

VAUCLUSE

PTSM



Projets
territoriaux
de santé mentale

PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE

Département du Vaucluse
2021-2025

Alain Douiller – Directeur du CoDES84
Léa Fayolle – Chargée de projets
29 novembre 2020

Préambule et remerciements

Le 1^{er} avril 2019 s'était tenu en Avignon un 1^{er} comité de pilotage pour lancer le Projet territorial de santé mentale de Vaucluse (PTSM). La plupart des institutions et associations impliquées dans les questions de santé mentale sur le département y étaient invitées.

Le siège régional et la délégation départementale de l'Agence régionale de santé qui invitaient les acteurs vauclusiens pour ce lancement, proposaient dès cette réunion **un travail de réflexion interinstitutionnel** et en sous-groupe thématiques. L'esprit des vingt mois de travail qui ont abouti à la rédaction du présent document était posé.

Comme dans la plupart des départements de Paca, l'Agence régionale de santé a misé en Vaucluse sur les capacités rassembleuses du réseau des comités d'éducation pour la santé et sur leurs compétences en animation collective. Le CoDES de Vaucluse est investi depuis de nombreuses années dans la prévention du suicide et en particulier dans le dispositif national de formation au repérage de la crise suicidaire. Il participe aussi activement aux Semaines d'information sur la santé mentale.

Cependant les compétences que le CoDES a tenté de mobiliser pour élaborer ce projet départemental de santé mentale ne sont pas de l'ordre de l'expertise ni de la connaissance technique du champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Mais davantage de la **méthodologie de projet et de l'ingénierie du travail collectif** : mobiliser, rassembler, écouter, produire de la connaissance collective, élaborer des propositions, établir des priorités. Avec pour leitmotiv permanent et partagé par tous, la place et le pouvoir d'agir des personnes touchées par les troubles psychiques.

Le champ concerné par la santé mentale et la psychiatrie est immense : le soin hospitalier, général et spécialisé, public et privé ; les différentes professions libérales, généralistes et spécialisées ; les structures du social et du médico-social ; l'addictologie ; les associations d'usagers et leur familles et accompagnants ; les acteurs de la lutte contre la précarité ; le secteur de la prévention et de la promotion de la santé ; les collectivités locales et territoriales ; les dispositifs de coordination territoriale... 140 personnes différentes se sont investies pour penser et concevoir ce projet territorial de santé mentale en Vaucluse, nous adressons à chacune d'entre elles notre profonde gratitude. Cette **large mobilisation** constitue notre plus grande satisfaction et la plus grande pertinence de ce PTSM.

Les 24 réunions qui ont jalonné cette période de travail ont montré à quel point la diversité de ce champ était une richesse autant qu'une difficulté. Le CoDES de Vaucluse s'est alors attaché, durant ces 20 mois, à créer du lien, à mobiliser, à miser sur l'intelligence collective. Qu'il nous soit permis ici de saluer **les éléments facilitateurs** de la large mobilisation sur laquelle nous avons pu nous appuyer en Vaucluse et de remercier celles et ceux qui en ont été des instigateurs. rices important.e.s :

- L'Agence régionale de santé s'est positionnée sur cette mission comme une instance de facilitation et de pédagogie pour faire progresser le dialogue et l'analyse sur les chantiers prioritaires de la santé mentale. Le Docteur Vincent Girard en particulier, efficacement accompagné par Thibaud Huret, a mis au service de la dynamique régionale son triple champ de compétences issu de son expérience de psychiatre de terrain, de son implication universitaire et de sa position institutionnelle. Son rôle dans la progression et la mise en lien des acteurs de la région aura été décisif. Nous lui

devons en particulier l'impulsion et la validation institutionnelle des trois axes de travail prioritaires de ce PTSM de Vaucluse : **l'optimisation et l'accessibilité des soins** (ce qui est plutôt classique dans le secteur sanitaire), mais aussi la **prévention** et la **réhabilitation psychosociale** (priorités moins attendues car plus orientées vers la santé mentale que la psychiatrie).

Au niveau local, nous avons également pu bénéficier de l'appui et de la confiance de la Délégation territoriale de Vaucluse de l'ARS et en particulier de sa Déléguée départementale adjointe, Nadra Benayache.

- La **dynamique régionale** de construction des PTSM de Paca aura été très dynamique également. Chaque département a ainsi pu bénéficier des réflexions et des avancées des autres, les journées d'études thématiques, les échanges sur les modalités et la méthodologie de travail organisés par le Comité régional d'éducation pour la santé de Paca et l'ARS ont permis à tous de progresser et de s'enrichir. Rarement une construction institutionnelle n'aura été aussi stimulante.
- Dans un contexte d'urgences et de difficultés multiples, le **Centre hospitalier spécialisé de Montfavet** et sa Directrice adjointe Florence Ayache en particulier, ont largement contribué à cette réflexion décloisonnée proposé par le PTSM et ont permis d'apporter les compétences et les expériences très variées de cette institution, dont le rôle est essentiel en Vaucluse.
- Si les difficultés structurelles d'associer les professionnels libéraux sont connues pour être récurrentes, nous pouvons nous féliciter de leur présence régulière lors de nos groupes de travail et notamment de la présence de médecins généralistes sous l'impulsion de Marielle Lafont, Médecin généraliste Morières-Lès-Avignon, Médecin coordinateur de la Plateforme Territoriale d'Appui Ressources Santé et conseiller COPIL CPTS Grand Avignon.
- 22 usagers de la santé mentale, adhérents de groupes d'entraide mutuelle ou simples citoyens, ont également participé, non seulement au groupe de travail qui leur était réservé, mais aussi à plusieurs autres groupes thématiques. Qu'ils soient ici grandement remerciés, de leur implication et de leur réflexion, qui donne le sens profond de ce PTSM : **renforcer le pouvoir d'agir** des personnes concernées par des troubles de santé mentale.

Il n'est pas possible de conclure en passant sous silence la période très singulière durant laquelle s'est élaborée ce Projet territorial de santé mentale. La pandémie de coronavirus a bien sûr grandement compliqué nos modalités et nos délais de travail et de concertation, empêchant durant de longues semaines les groupes de se réunir, mettant à l'arrêt une dynamique collective pourtant très bien engagée et rendant impossibles des temps de rassemblement et de concertation en groupe.

Surtout, cette crise sanitaire constitue une onde de choc dont nous ne faisons actuellement qu'entrevoir les conséquences sur la santé mentale des personnes. Ebranlant un peu plus les personnes fragiles, isolant, angoissant, privant beaucoup d'entre nous de ce qui fait le ferment d'une bonne santé mentale : les moments de convivialité, les rencontres qui enrichissent, les partages d'émotions qui nourrissent... Les privations, les enfermements, les restrictions, les contraintes que nous avons vécues et qui se prolongent, nous ont tous fragilisés, mais ont plongés certains dans un profond désarroi, parfois dans une véritable détresse. **Il faudra absolument que les PTSM prennent en compte et agissent sur ces fragilités supplémentaires créées par la pandémie de COVID 19.**

Alain Douiller, Directeur du CoDES 84 et co-animateur du PTSM

Léa Fayolle, Chargée de projet du CoDES 84 et co-animateur du PTSM

Sommaire

Préambule et remerciements	3
Sommaire	6
Glossaire	9
Cadre réglementaire	12
1. La loi de modernisation du système de santé	12
2. Les apports du décret numéro 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale	13
3. La contractualisation	14
Méthodologie	15
1. Instances de coordination et de pilotage du PTSM Vaucluse	15
2. L'animation régionale	15
3. Groupes de travail départementaux	17
Pilotage et suivi régional	26
1. Groupes de travail	26
2. Des actions de communication, d'information et de sensibilisation	26
3. Des actions d'évaluation	27
Suivi et évaluation au niveau départemental	28
1. L'animation et le suivi de la mise en œuvre du PTSM	28
2. Evaluations du processus d'implantation	28
3. Planning et délais d'exécution associés aux livrables	29
Diagnostic quantitatif territorial	30
1. Le territoire	30
2. La population vaclusienne	35
3. L'état de santé de la population	40
4. Les actes de prévention	42
5. L'offre de prise en charge	43
Diagnostic qualitatif territorial	57
• Groupe 1 : Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles	58
• Groupe 2 : Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale.	64
• Groupe 3 : L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins	73

- Groupe 4 : La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence..... 81
- Groupe 5 : Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques Lutte contre la stigmatisation de troubles psychiques. Renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir. Développement des modalités de soutien par les pairs 87
- Groupe 6 : Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale 92
- Groupe 7 : Les usagers en santé mentale 98
- Groupe 8 : Santé mentale et psychiatrie périnatale..... 105
- Priorisation des pistes d'action pour le PTSM Vaucluse..... 114**
 - a) Recensement des pistes d'action 114
 - b) Au total, 34 pistes d'action ont été identifiées 114
 - c) Animer un consensus sur les actions prioritaires à mener en Vaucluse..... 116
- Fiches actions 119**
 - 1. Tableau récapitulatif..... 119
 - Fiche action 1 : Formation des élus locaux « Sensibilisation Santé Mentale et gestion de situations de crise » 123
 - Fiche Action 2 : Se former avec des pairs experts 127
 - Fiche Action 3 : Programme basé sur la méditation de pleine conscience pour le développement des compétences émotionnelles chez les adolescents (prévention primaire – étude pilote) 130
 - Lettre d'intention 4 : Développer la formation « initiation à la psychiatrie » 139
 - Lettre d'intention 5 : Redéployer le dispositif de formation nationale au repérage de la crise suicidaire 141
 - Lettre d'intention 6 : Réunir un groupe de réflexion pour développer le repérage et la prise en charge du psychotraumatisme..... 144
 - Lettre d'intention 7 : Développer les compétences des professionnels, usagers et citoyens du Vaucluse en développant l'offre de formation Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) et lutter contre la stigmatisation 147
 - Fiche action 8 : Boussole des outils de la mobilité 154
 - Lettre d'intention 9 : Promouvoir et coordonner les réseaux de proximité en périnatalité..... 156
 - Lettre d'intention 10 : Groupe d'accompagnement de parents endeuillés par un deuil périnatal 163
 - Fiche action 11 : Equipe Mobile Maison des Adolescents..... 166
 - Lettre d'intention 12 : Faciliter l'accès économique à la psychothérapie..... 168
 - Lettre d'intention 13 : Contribuer à la réduction du nombre de soins sans consentements par l'appui au développement des Comité Locaux de Santé Mentale (CLSM) 174
 - Lettre d'intention 14 : Faciliter la communication et l'information permettant une meilleure prise en charge du patient..... 178

Lettre d'intention 15 : La coordination entre les structures et les professionnels pour une fluidité de parcours	181
Fiche action 16 : Soutenir le renforcement d'un réseau coordonné permettant le parcours des personnes souffrant d'addiction.....	183
Fiche action 17 : faciliter l'accès aux soins psychiques et somatiques des personnes en situation de grande précarité.....	184
Fiche Action 18 : Développer un Centre de ressources et de coordination de la réhabilitation psychosociale sur le territoire de Vaucluse et du Nord Bouches du Rhône.....	191
Fiche Action 19 : Le gestionnaire de cas en santé mentale (case manager)	194
Fiche Action 20 : Collectif PREUVE (Pairs rétablis ou en voie de l'être Redonnant leur Expérience auprès des Usagers pour un mieux Vivre Ensemble).....	200
Fiche Action 21 : Formation de pair aidants en Vaucluse	204
Fiche Action 22 : L'inclusion et le rétablissement par le sport.....	207
Lettre d'intention 23 : Création d'un lieu ressources à Vaugines.....	210
Lettre d'intention 24 : Développer le dispositif des Groupes d'entraide mutuelle (GEM) en Vaucluse.....	212
Lettre d'intention 25 : Co-construction d'une formation à destination des acteurs du logement	216
Lettre d'intention 26 : Organiser un état des lieux de l'insertion professionnelle en Vaucluse des personnes présentant des troubles psychiques	219
Annexe	223
Propositions et remarques des participants au COPIL et au CTS	223

Glossaire

A

AAFP Association Aide Familiale Populaire de Vaucluse
 AAH : L'allocation aux adultes handicapés
 AFOA : Centre de formations professionnelles qualifiantes pour adultes
 AFPA : Agence nationale pour la formation professionnelle des adultes
 AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
 AHARP : Association hébergement accueil et réinsertion en Provence
 ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
 ARIP : Association Recherche Information Périnatalité
 ARS : Agence Régionale de Santé
 ASE : Aide sociale à l'enfance
 ASL : L'accompagnement social lié au logement
 ASV : Atelier Santé Ville
 AVDL : Accompagnement Vers et Dans le Logement

C

CAF : Caisse d'allocations familiales
 CALES : Commissions d'attribution des logements
 CAMPS : Centres d'Action Médico-Sociale Précoce
 CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
 CCI : Chambre de Commerce et d'Industrie
 CD : Conseil départemental d'Education pour la Santé
 CDSA : Comité Départementale des Sports Adaptés
 CHA : Centre Hospitalier d'Avignon
 CHI : Centre Hospitalier Intercommunal
 CHM : Centre Hospitalier de Montfavet
 CHU : Centre Hospitalier Universitaire
 CHRS : Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
 CHS : Centre hospitalier spécialisé
 CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
 CMP : Centre Médico-Psychologique
 CMPEA : Centre Médico-Psychologique Enfants Adolescents
 CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique
 CoDES : Comité Départemental d'Education pour la Santé
 COPIL : Comité de pilotage
 CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
 CPS : Compétences Psycho Sociales
 CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
 CRES : Comité Régional d'Education pour la Santé
 CRPA : Conseil Régionaux des Personnes Accueillies ou accompagnées
 CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

D

DA : Directeur Adjoint

DT : Délégué / Délégation Territorial(e)

E

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendante

ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail

F

FDPC Méditerranée : société de formation continue professionnelle à l'intention des orthophonistes

FIPHFP : Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

G

GEM : Groupement d'entraide mutuelle

H

HAS : Haute Autorité de Santé

HAS : Habitat Alternative Sociale

HDJ hôpital de jour

HLM : Habitations à Loyer Modéré

HTP hospitalisation à temps partiel

I

IAE : Insertion par l'activité économique

IME : Institut Médico-Educatif

ISATIS Intégration, Soutien, Accompagnement au Travail et Insertion Sociale

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

L

LAEP : Lieux d'accueil Enfant-Parent

LAM : Lits d'Accueil Médicalisés

LHSS : Lits Halte Soins Santé

M

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique. Le sigle MCO correspond aux séjours hospitaliers en soins de courte durée, avec ou sans hébergement, ou des affections graves pendant leur phase aiguë

MDA : Maison départementale des adolescents

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maisons de santé Pluriprofessionnelles

MT : Médecin Traitant

P

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PFIDASS : Plateforme d'Intervention Départementale d'Accès aux Soins et à la Santé

PH : Personne Handicapée

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMR : Personne à mobilité réduite

PSSM : premiers secours en Santé Mentale

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

R

ROR : répertoire opérationnel des ressources

RPS : Réhabilitation Psychosociale

RQTH la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

S

SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)

SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)

SDOV 84 : Syndicat des Orthophonistes de Vaucluse 84

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SIAO : Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation

SISM : Semaine d'information Santé Mentale

SSR : Soins de suite et de réadaptation

T

TISF : Technicien de l'Intervention sociale et familiale

U

UPB : Unité Parent Bébé (rattachée au CHM)

URPS : Unions régionales des professionnels de santé

Cadre réglementaire

Selon l'OMS, **1 personne sur 4** est touchée par des troubles psychiques à un moment de sa vie. ¹

I. La loi de modernisation du système de santé

La Loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 ² propose que soit mis en œuvre sur chaque territoire une organisation graduée, allant de la prévention et repérage à l'ensemble des techniques de soins et prises en charge spécifiques, jusqu'aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale. L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé introduit le concept de parcours comme fondement de l'organisation de la psychiatrie et la santé mentale. Le parcours doit répondre aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques et leurs aidants dans un ancrage territorial.

La politique de santé mentale est conçue comme une action globale et comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale où tous les acteurs sont associés (y compris ceux du logement, de l'hébergement et de l'insertion). Cette politique repose sur l'élaboration d'un Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), dont l'objet est défini comme « l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture » ³

Le projet territorial de santé mentale doit être « élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant » et repose sur un diagnostic partagé à l'échelle de ce territoire.

La composition du projet territorial de santé mentale doit réunir l'ensemble des professionnels et structures concernées, et « associe notamment les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux » ³.

1 [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628 - dossier de presse - comite strategie sante mentale.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf)

2 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/>

3 <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000033865542/2017-01-14/>

2. Les apports du décret numéro 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale

Le PTSM « favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social »

Il permet également « la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social » et « détermine le cadre de la coordination de second niveau et la décline dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur. »⁴. L'enjeu premier du PTSM est donc la coordination intersectorielle et multi partenariale, à l'échelle du territoire retenu, pour favoriser la prise en charge du patient dans une logique de parcours sans rupture. Le décret fixe les 6 priorités auxquelles doit répondre chaque projet territorial de santé mentale :

- Le repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic, l'amélioration de l'accès aux soins et de l'accompagnement social ou médico-social
- L'organisation – sans rupture – du parcours des personnes, en particulier celles présentant des troubles graves, à risque ou en situation de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale
- L'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques
- La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence
- Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décision et d'action ainsi que la lutte contre la stigmatisation de ces troubles
- L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Ces six thématiques ont constitué le socle de l'organisation du travail de mobilisation et de concertation mené dans le Vaucluse pour concevoir le PTSM de ce département.

Dans la dynamique des consultations partenariales menées en Vaucluse, il est apparu important à tous d'ajouter deux autres thématiques :

- Les usagers de la santé mentale, afin de permettre de recueillir de façon plus spécifique la parole des usagers et d'entendre leurs besoins et analyses
- La santé mentale et la psychiatrie périnatale.

Ces 8 priorités ont fait l'objet de 8 groupes de travail auxquels ont participé les professionnels de santé, les acteurs du territoire et les usagers du Vaucluse. De façon plus générale le PTSM représente :

- Un temps de concertation et de collaboration des acteurs du département ;
- Un temps d'action au plus près du parcours de vie des personnes : la principale préoccupation sera de définir des actions locales et qui tiennent compte des spécificités infraterritoriales. Les groupes de travail sont sollicités pour faire émerger les préoccupations et les sujets prioritaires et leur déclinaison opérationnelle de façon la plus pragmatique possible.

Le décret n° 2020-1063 du 17 août 2020 ⁴ est venu modifier le délai prévu pour l'élaboration du premier projet territorial de santé mentale, l'épidémie de Covid-19 ayant bouleversé les

⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000042241351/2020-11-26/>

calendriers initiaux. Initialement fixé au 29 juillet 2020, ce délai est finalement porté au 29 décembre 2020.

3. La contractualisation

En prolongement du décret, l'instruction n°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 ⁵ relative aux projets territoriaux de santé mentale est venue préciser les modalités d'association des acteurs, le rôle des ARS, les modalités de mise en œuvre, de contractualisation, de suivi et d'évaluation des projets.

Ainsi, dans le respect de l'application de ce cadre règlementaire, il s'est agi pour les territoires d'élaborer :

- Un diagnostic territorial partagé, organisé avec l'ensemble des acteurs concernés (les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales) et établi sur la base de données quantitatives et sur une analyse qualitative émanant des réflexions et des échanges organisés entre les acteurs de terrain,
- Un projet territorial de santé mentale prenant la forme d'une feuille de route sur 5 ans comprenant des fiches action concrètes et réalistes.

Enfin, la contractualisation est précisée par l'art. L. 3221-2 du code de la santé publique ⁶ (ainsi que dans l'instruction du 15 juillet 2018) selon lequel « les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial *de santé mentale font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'Agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions* ».

Ce contrat doit définir « *l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation* ».

5 https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-06/ste_20180006_0000_0094.pdf

6 https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033865542

Méthodologie

Le projet territorial de santé mentale 84 est piloté par la Délégation départementale de l'Agence régionale de santé de Vaucluse

La conception, l'animation et l'accompagnement méthodologique du projet ont été confiés au Comité départemental d'éducation pour la santé de Vaucluse (CoDES), ainsi que sa première année de mise en œuvre (2020-2021).

I. Instances de coordination et de pilotage du PTSM Vaucluse

Groupe de pilotage régional : ARS et CRES Paca

Comité de pilotage départemental : Commission santé mentale du Conseil territorial de santé mentale, à laquelle nous avons joint les pilotes de chacun des huit groupes de travail départementaux (cf. Liste en annexe).

Comité de suivi : Délégation départementale ARS Vaucluse (DDARS84) et CoDES Vaucluse

Animation et pilotage opérationnel : CoDES de Vaucluse (Alain Douiller, Directeur, et Léa Fayolle, chargée de projet).

Les missions du comité de pilotage :

- Valider le diagnostic territorial ;
- Identifier des acteurs locaux cités ou recensés comme ressources/partenaires/public cible,
- Analyser les différentes actions proposées et faire le lien entre elles : redondances, complémentarités, regroupement par grands axes...
- S'assurer de la cohérence globale du projet ;
- Programmer et prioriser les actions sur les 5 années à venir ;
- Valider les propositions de suivi du PTSM 84 durant les 5 années.

2. L'animation régionale

Le CRES (Comité régional d'éducation pour la santé) Provence-Alpes-Côte d'Azur est un centre ressources en promotion de la santé et en santé publique. Il s'adresse aux professionnels des champs sanitaire, social, éducatif, médico-social. Parmi ses missions, il coordonne et anime de nombreux dispositifs d'envergure régionale, dont l'élaboration des PTSM de la région.

Cette mission est financée par l'Agence régionale de santé.

Cette animation régionale du processus d'écriture des PTSM est copilotée avec l'ARS siège. En ce sens, un *comité de réflexion* a été créé entre l'ARS et le CRES.

Durant la phase d'écriture des PTSM (de mars 2019 à décembre 2020), le CRES accompagne les animateurs départementaux autant sur la méthodologie qu'en termes d'apport de connaissances sur la thématique santé mentale.

L'accompagnement méthodologique

Le CRES propose aux animateurs départementaux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur une méthode de travail commune pour l'élaboration du PTSM dans chaque département. Cette méthode est transcrite sous la forme d'un guide, alimenté au fil des réunions régionales régulières qui réunissent les animateurs départementaux, les délégations territoriales des ARS, l'ARS siège et le CRES.

Les thématiques abordées dans ce guide sont les suivantes :

- Mobilisation partenariale
 - o Définition des missions de l'animateur et des liens avec la délégation départementale de l'ARS
 - o Élaboration et suivi de groupes de travail en lien avec les 6 priorités nationales
 - o Mise en place et animation d'un comité de pilotage
 - o Organisation de réunions institutionnelles
 - o Importance de donner la parole à tous les acteurs
- Grandes étapes de l'élaboration du PTSM
 - o Diagnostic partagé : échéances et élaboration
 - o Plan d'actions
 - o Identification des problématiques et priorisation
 - o Rédactions des fiches action
 - o Tableau synthétique de lecture des actions
 - o Charte graphique
 - o Evaluations
 - o Pilotage et suivi
- Modalités de communication entre le niveau régional et national
- Livrables
 - o Définition des 3 livrables à proposer à l'ARS

Cet outil est validé par l'ARS à chaque étape et partagé avec les animateurs et délégations territoriales de l'ARS.

Huit réunions d'animation régionales sont organisées durant le processus d'écriture. Ces réunions ont pour objectifs :

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

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

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

L'apport de connaissances

Le CRES propose également 5 journées régionales thématiques, dont les thèmes sont en lien avec les problématiques identifiées sur le terrain et les actualités ministérielles. L'objectif de ces journées est de permettre un échange et un apport de connaissances, autour de dispositifs, d'actions et de bonnes pratiques repérés en région ou au niveau national. Le but est de d'inspirer les acteurs des territoires dans leur processus d'écriture.

Les intervenants mobilisés ont présenté des actions déployées en France ou ailleurs. Les thèmes et lieux de ces journées sont les suivants :

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

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

Dans le cadre de sa mission documentaire, le CRES propose des sélections bibliographiques sur les thèmes abordés lors de ces journées ainsi que sur les 6 priorités des PTSM définies par l'instruction ministérielle. D'autres thématiques de sélections bibliographiques ont été mises à disposition des acteurs, sur demande.

En complément de cette offre, le CRES produit un site dont l'objectif est de référencer et de promouvoir les bonnes pratiques en santé mentale. Ce site se nourrit essentiellement des dispositifs et actions mis en œuvre régionalement, et en présente une synthèse, étayée de vidéos, ainsi qu'un niveau de preuve. Chaque bonne pratique doit mentionner une équipe référente ou ressource.

La finalisation, la mise en ligne et l'alimentation de ce site doivent maintenant être confiées à une structure associative nationale.

3. Groupes de travail départementaux

Constitution des groupes

Les acteurs du Vaucluse concernés par le PTSM sont tous ceux pouvant être amenés à répondre aux besoins des usagers. Ils sont donc fort nombreux : représentants d'usagers, aidants, professionnels du soin, du médicosocial, du social (logement, insertion...), de l'éducation et des collectivités locales et territoriales. Leurs niveaux d'intervention sont également très divers : prévention, soins somatiques ou de santé mentale, réinsertion et réhabilitation sociale, ce qui inclut donc tous les acteurs, du monde éducatif, de la vie sociale, économique, éducative et culturelle, politique etc...

La représentativité des personnes contributives de l'élaboration du PTSM apparaît donc immédiatement comme une question à la fois importante et difficile. Structurellement la participation de certains partenaires est compliquée, comme pour les professions libérales,

médecins notamment, dont la mobilisation sur des temps de réunions partenariales équivaut à des pertes de revenus et à des surcharges de travail. Cependant les organisations professionnelles ont réellement « joué le jeu » de cette concertation pour le PTSM en Vaucluse, que ce soient les URPS, certains Ordres, ou les CPTS. Conjoncturellement, la participation de certaines professions et partenaires a aussi été difficile : pénuries des professionnels de la psychiatrie, en particulier des médecins ou bien évidemment la période Covid qui a compliqué la participation de tous les soignants. Là encore nous devons nous féliciter de la présence de professionnels de la psychiatrie aux réunions clés de cette concertation et les en remercier, ainsi que leur Direction pour avoir encouragé et facilité leur participation.

Malgré des conditions difficiles, la mobilisation obtenue en Vaucluse peut-être être considérée comme une source de satisfaction et une marque d'intérêt pour la démarche du PTSM (cf. liste des structures participantes en annexe ...).

L'ensemble des groupes et des réunions de travail (soit 24 réunions au total) a été animé conjointement par deux animateurs PTSM du CoDES 84, ce qui a permis aussi d'assurer une homogénéité et une continuité de travail et de relations avec les partenaires.

La démarche de diagnostic partagé a été réalisée à partir des six priorités nationales et de deux priorités additionnelles :

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

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

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

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

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

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

Priorité 7 : Les usagers en santé mentale

Priorité 8 : Santé mentale et psychiatrie périnatale

Pour chaque groupe de travail, 2 copilotes se portant volontaires ont été identifiés, afin de corriger et amender les comptes rendus des réunions et de garantir la continuité et la fidélité de la concertation.

Participants

Le 1^{er} avril 2019, la DDARS 84 a organisé une journée de lancement et de présentation de la démarche du projet territorial de santé mentale et sollicité le CoDES de Vaucluse pour en assurer l'animation.

Après quelques semaines de préparation (avril à juin 2019) et à partir du mois de septembre 2019, le CoDES 84 a démarré l'animation et l'accompagnement méthodologique des réunions de travail.

La mobilisation des acteurs s'est faite sur la base de l'annexe 1 de l'instruction ministérielle du 5 juin 2018, qui dresse une liste des acteurs parties prenantes du PTSM.

Dans cette annexe, on retrouve la typologie d'acteurs suivante 16 :

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

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

- Le mailing des partenaires du CoDES 84 (plus de 2 000 professionnels et acteurs en Vaucluse)
- Une recherche complémentaire des acteurs par l'équipe du CoDES 84 ;
- Des contacts transmis par les participants.

Les informations relatives au PTSM et les invitations aux journées régionales organisées par l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur et le CRES sont également envoyées à cette même liste de diffusion.

140 personnes ont participé à une ou plusieurs réunions du PTSM 84, nous les en remercions très chaleureusement :

1. Éric AHIMAKIN – Administrateur GEM
2. Amina AKIL – IDE Centre de Réhabilitation CH de Montfavet
3. Frédérique ANGELETTI – Maire de Vaugines / Psychologue du travail
4. Aurore AUTISSIER – Psychologue CSAPA Ressources

5. Florence AYACHE – Directeur adjoint CH Montfavet
6. Laure BALTAZARD – Directrice adjointe CH de Montfavet
7. David BALVAY – IDE Unité Réhabilitation CH Montfavet
8. Octave BANCILA – GEM Avignon
9. Laurence BARBER – Administrative AAFP84 (TISF)
10. Maeva BELENA – Foyer M. Vischetti / SAVS APEI Cavaillon
11. Kaddour BENAOUA – GEM Mine de rien
12. Soumia BERCHID – Animatrice GEM
13. Marie BERGER-ROURE – Bénévole UNAFAM 84
14. Henri BERNARD – Unafam 84
15. Pierre-André BONNET – Médecin généraliste CPTS Grand Avignon
16. Noëlle BOUTON – GEM
17. BRANCHE Frédérique – Responsable prévention sanitaire CPAM
18. Anelyse BRAQUET - Assistante sociale ESAT/CHI Cavaillon
19. Anne BROSSIER - Médecin LHSS (Lits Halte Soins Santé) & LAM (Lits d'Accueil Médicalisés) CH de Montfavet
20. Patrick BUSSY – Bénévole GEM Mine de rien
21. Steven BUSSY – Bénévole GEM Mine de rien
22. Doris CAILLE – CESF (conseillère en économie sociale et familiale) ESAT Elisa 84
23. Sébastien CAPEL – Chef de service APEI Avignon « Les Iris »
24. Jean-Charles CAPELLE – GEM Vaison-la-Romaine
25. Bruno CARBONNEL – Directeur Adoma Asile
26. Laurie CARROT – Educatrice spécialisée Foyer M. Vischetti / APEI Cavaillon,
27. Thierry CHAMANARDE – Mine de rien
28. Brice CHAUVIN – Médecin Généraliste St Saturnin-les-Avignon, membre du COPIL CPTS Grand Avignon
29. Faustine CHAUVIN – Intervenante sociale ADOMA Asile Vaucluse
30. Guy CHAUVIN – Délégué régional CRPA Conseil régional des personnes accueillies (CHRS) / accompagnées
31. Isabelle CHOMY – Chef de service CD84 PMI de Vaucluse
32. Sylvie CLECH – Infirmière CD84 EDes AVG Ouest
33. Natacha COLLOMB – Chercheuse au CNRS, membre du CA de l'association vauclusienne ARIP
34. Laetitia CROCE – Animatrice socioculturelle / art-thérapeute
35. Rolande CULCASI - UNAFAM
36. Cyril D'ANGELO – Adhérent GEM Mine de rien
37. Gérald D'ANGELO – GEM
38. Fabienne DAHM – Cadre de santé CHM
39. Lionel DECAUDIN – Chef de service MAS Coallia Tourville
40. Emmanuelle DECKER – Psychologue et Formatrice Association « Journées d'Accord »
41. Jean DE FABUTUS – GEM
42. Séverine DELANNAY-VIGNERESSE – Responsable service SCL CH Avignon

43. Pascal DELICHERE – Directeur PEP84 – CMPP/SSEFS
44. Laure DELLE PIANE – Chef de service CD 84
45. Chantal DERLOT – Déléguée départementale ARS 84
46. Irène DESCHAMPS – Psychologue IME / JES
47. Jean-Louis DESCHAMPS – Juriste UNAFAM
48. Laurence DEVRED – Médecin somaticien CHS Montfavet
49. Marie-Noëlle DEWITTE – Coordinatrice RESAD
50. Alice DEY – Stagiaire ergothérapeute CH de Montfavet
51. Eliane DI BERNARDO – Présidente GEM Mine de rien
52. Jean-Pierre DIRICKX – Praticien hospitalier, chef de service d’obstétrique, CH Orange
53. Noureddine DJELDJILI – Chef de pôle CHM / Vice-président de la commission médicale d’établissement
54. Renaud DRAMAIS – Directeur AAFP84
55. Michel DUGNAT – Praticien attaché au CH de Montfavet
56. Emilie DUMAS – Responsable formation CHM et représentant Maryline MEOLANS Directrice des ressources humaines et des affaires médicales, du centre hospitalier de Montfavet
57. Patricia DUPONT – GEM
58. Sandy DUVAL – Sage-femme, cadre sup du pôle femme-mère-enfant du CH Avignon
59. Soundous ELLINI – Médecin généraliste CH Montfavet
60. Belkacem ELMAAMAR – Adhérent GEM Mine de rien
61. Philippe ESQUER – Chef de service CH Montfavet
62. Emmanuelle FAURE – Coordinatrice SIAO service Intégré de l’Accueil et de l’Orientation
63. Patricia FERNANDEZ – Educatrice spécialisée ADVSEA « Les Sources »
64. Magali FEUILLET – Chef de service Pôle logement AHARP
65. Viviane GASPARD – Psychologue clinicienne en libéral
66. Maryse GARNIER – Infirmière Education Nationale
67. Sabine GIRARDIN – Directrice SIAO Vaucluse
68. Mizoën GOSTEAUX – Bénévole Réseau français sur l’Entente de Voix
69. Cassia GRANDCOING – Psychologue ANPAA84 / CSAPA Convergence
70. Agnès GRENIER – Directrice OGA
71. Frédéric GUIBAUD – Cadre de santé CMP/CATTP Carpentras
72. Nathalie GUYON – Assistante Communication Journées d’Accords
73. Ingrid HARSCOET – Directrice CCAS APT
74. Nathalie HERITIER – Psychologue libérale en périnatalité
75. Sandrine HYZARD – IDE Référente Parcours Santé Rhéso
76. Éric JOLY – Médiateur santé pair
77. Nathaly JOYEUX – Orthophoniste / URPS Paca Orthophonistes
78. Mireille KLEIN – Sage-femme Cadre Maternité CH Orange Equipe maternité CH Avignon

79. Gilles KREBS – Animateur de l’atelier d’entraide « Prospect » UNAFAM
80. Marielle LAFONT – Médecin généraliste Morières-Lès-Avignon, Médecin coordinateur PTA Ressources Santé, conseiller COPIL CPTS Grand Avignon
81. Laurent LAYET – Psychiatre CMPP
82. Sandrine LEHIANI – Chef de projet Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) MDPH
83. Patrick LERAT – Chef de service 4SA CH Montfavet
84. Bastien LERAY – Conseiller technique CDSA84
85. Emmanuelle LEROY – Animatrice Secrétaire GEM de Vaison la Romaine
86. Dominique LIBES – Psychiatre CH de Montfavet
87. Alain LONGONE – Directeur Clinique St Didier
88. Arielle LUISELLI – Chef de service Foyer ADVSEA « Les Sources »
89. Nathalie MALET – Chargée de développement et de formation Rhéso
90. Pascale MARBOEUF – Chef de service PA/PH Conseil Départemental 84
91. Sylvie MARSAL – Infirmière en libéral
92. Halima MASSOT – Bénévole GEM Mine de rien
93. Isabelle MEASSON – Directrice PAEJ Le Passage
94. Benoît MENARD – Directeur adjoint CHA
95. Nourdine MEPSACI – GEM
96. Jean-Claude MERCIER – Unafam 84
97. Thomas MESURE – Adhérent GEM Grain de Café (Vaison-la-Romaine
98. Stéphane MICHEL – Expert Kinésithérapeute CPTS Grand Avignon
99. Ambroise MIEZAN – GEM Avignon
100. Peggy MONZIOLS – IDE Libérale Avignon, membre du COPIL CPTS Grand Avignon
101. Martine MORARD – Sage-femme, cadre sup, Maternité CH Carpentras
102. Françoise NAVARD – Présidente Association « Journées d’Abord » (organisme de formation)
103. Kader NEGUAZ – Président Association Mieux Vivre
104. Fatima Zahina NESTOUR – psychologue libérale CIDFF
105. Julie NEVEU – Coordinatrice MSP CPTS
106. Camille NORMANDIN – Infirmière Association Rhéso / Toit d’abord
107. Corine OGLAZA – URPS Orthophonistes 84 / SDOV 84 / FDPC Méditerranée
108. Aurélie PARET – Elue CDSA84
109. Marie-Laure PEREZ – Direction Personne Agée et Personne Handicapée Médecin territorial
110. Marie-Noëlle PETIT – Psychiatre et Chef de Pôle CHM
111. Catherine PETIT – Chef de projets Compagnons Bâisseurs Provence
112. Lucile PETIT JEAN -
113. Ludmilla PETRICENKO – Coordinatrice Atelier Santé Ville COVE Carpentras
114. Mélanie PEYRIN – Coordinatrice CLSM Avignon / Chef de service SAT l’Epi
115. Magali POILROUX – Coordinatrice SAVS APPASE
116. Caroline PORTE-BALLOT – DT adjoint PJJ

117. Philippe QUETIN – Praticien hospitalier au CHA (service de néonatalogie, pôle femme-mère-enfant du Dr Sylvie Lamoureux)
118. Charlène RAYNAL – Psychologue ESAT Elisa 84
119. Halim REDJEM – GEM
120. Alexia RIDEZ – Psychologue libérale / Bénévole Association REVFRANCE
121. Christophe ROBIN – Psychologue clinicien SESSAD Alain Pujol
122. Valérie ROUSTANG – Responsable Personne Agée ARS
123. Clément SALLIER – Médecine généraliste CH Montfavet
124. Catherine SAUGUES – Praticien hospitalier, responsable de l'Unité parents-bébé au CHM
125. Trine SAUPIC – Infirmière à l'Unité parents-bébé du pôle de pédopsychiatrie du Dr Christine Bonnauron au CHM, secrétaire du CA de l'association vauclusienne ARIP
126. Noëlle SEGU – Directrice ADVSEA « Les Sources »
127. Corinne SIXOU – Psychiatre IME St Ange et Pôle Petite Enfance « le Petit Jardin »
128. Blandine SOTELO – IDE Association ISATIS
129. Jean-Pierre STAEBLER – Directeur CH de Montfavet
130. Josiane STARASELSKI – Professeur EN / membre UNAFAM 84
131. Maguy SURSOCK – Psychiatre au CHM, pôle du Dr Petit
132. Pauline TAILIEZ – Animatrice GEM
133. Hildegarde THYBERGHIEN – Responsable de service Médico-social Rhéso
134. Hélène VALENTINO – R.Secteur 84 API Provence
135. Audrey VANEL – Psychiatre CHM
136. Hubert VANONI – Coordinateur MDA84
137. Florence VIALE – Administratrice GEM Mine de rien (Avignon)
138. Estelle VIGNAL – Coordinatrice ASV Apt
139. Jasmine VINCENT – GEM Mine de rien
140. Jean VOISIN – Médecin généraliste libéral, Avignon

Séances de travail

Entre septembre 2019 et février 2020, les groupes de travail par priorité se sont réunis 2 à 3 fois, soit 16 réunions.

Les objectifs de ces rencontres étaient de mobiliser les acteurs du département, de présenter la méthodologie de travail et d'établir un état des lieux des ressources et des problématiques rencontrées sur le terrain par les personnes souffrant de troubles psychiques et par les professionnels concernés par la question de la santé mentale.

Le groupe des copilotes des différents groupes de travail s'est réuni une fois le 10 février 2020, afin de valider les pistes d'action prioritaires à soumettre à l'ensemble des participants lors de la plénières.

Une matinée en plénière s'est déroulée le 06 mars 2020 afin de procéder à un vote de priorisation des pistes d'action à mettre en place sur le Vaucluse. Une cinquantaine de

participants ont pu se rendre à cette réunion, la situation sanitaire empêchant certains acteurs de se rendre disponibles.

Pour assurer un vote plus équitable et représentatif, un second vote de ces actions à prioriser s'est fait par voie numérique, au cours de la période de confinement.

Entre octobre et novembre 2020, 6 groupes de travail portant sur la rédaction de fiches action se sont réunis une fois.

- Groupe 1 : Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles
 - 2 réunions :
 - 23/09/19
 - 25/11/2019
- Groupe 2 : Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale
 - 3 réunions :
 - 18/09/2019
 - 27/11/2019
 - 05/02/2020
- Groupe 3 : L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins
 - 2 réunions :
 - 17/09/2019
 - 03/12/2019
- Groupe 4 : La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence
 - 2 réunions :
 - 26/09/2019
 - 09/01/2020
- Groupe 5 : le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques
 - 2 réunions :
 - 25/09/2019
 - 04/12/2019
- Groupe 6: L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mental
 - 2 réunions :
 - 19/09/2019
 - 06/12/2019

- Groupe 7 : Les usagers en santé mentale
 - 2 réunions :
 - 08/11/2019
 - 17/01/2020
- Groupe 8 : Santé mentale et psychiatrie périnatale
 - 1 réunion :
 - 21/07/2020
- 1 réunion « Copilotes » : 10/02/2020
- 1 réunion plénière : 06/03/2020
- 1 réunion par groupe de travail sur la rédaction des fiches action
 - « Rencontres et coordination » : 07/10/2020
 - « Réhabilitation psychosociale » : 12/10/2020
 - « Télémédecine et communication » : 13/10/2020
 - « Formations » : 20/10/2020
 - « Aller vers » : 26/10/2020
 - « Santé mentale et Psychiatrie périnatale » : 10/11/2020

Pilotage et suivi régional

Comme pour la phase d'écriture des PTSM, le CRES reste engagé sur l'animation régionale de la mise en œuvre des PTSM à compter de janvier 2021 et pour une durée de 6 mois. En complément de cette activité, le CRES a pour mission de mobiliser les acteurs de la santé mentale, les usagers et leurs proches au travers de différents formats d'intervention, présentés ci-dessous (groupes de travail régionaux et journée thématique régionale).

Cette animation régionale a pour but d'accompagner les départements sur la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des projets élaborés au sein de chaque PTSM.

I. Groupes de travail

L'animation des temps d'échanges à l'attention des référents départementaux se poursuit, sur des aspects méthodologiques. Les rencontres porteront sur l'identification et le contact des porteurs de projets, leur contractualisation avec l'ARS, les recherches de partenariat (notamment financiers), la démarche de suivi des projets, l'accompagnement à la mise en place des instances techniques et de pilotage, l'animation de temps départementaux, l'évaluation, etc.

Au niveau régional, plusieurs groupes de travail thématiques sont également créés. Leur objectif est d'engager une dynamique de travail régionale sur certaines thématiques identifiées comme prioritaires, afin de construire des projets répondant à un besoin régional ou de renforcer et de mutualiser les pratiques des projets déjà existants.

Les thématiques seront évolutives en fonction de l'avancée des groupes de travail et des instructions nationales relatives à la santé mentale et à la psychiatrie.

En septembre 2020, 7 groupes sont identifiés :

- Formations, en lien avec les organismes de formation de la région et les universités
- Réhabilitation psychosociale et rétablissement, en lien avec le centre référent régional
- Psychotraumatismes, en lien avec le centre régional des psychotraumas
- Développement des compétences psychosociales, violences scolaires
- Droits des personnes, lutte contre les discriminations
- Appui aux bonnes pratiques
- Addictions et santé mentale

Enfin, l'animation d'un espace numérique partagé prévoit de faire le lien entre les animateurs, les acteurs, les usagers et leurs proches.

2. Des actions de communication, d'information et de sensibilisation

Comme lors du processus d'élaboration des projets, l'animation de la communauté de pratiques sur l'Agora social club se poursuit, afin de favoriser les échanges et la veille thématique.

Une charte graphique commune permet de visibiliser les écrits, actions et communication en lien avec les PTSM de la région.

La communication est organisée aux différents niveaux, départementaux et régional, grâce à des lettres d'informations régulières.

De plus, une journée régionale thématique est proposée, dont la thématique est choisie en lien avec les départements.

Enfin, des veilles documentaires sont réalisées par les documentalistes du CRES sur les différentes thématiques concernées par les projets et les animations régionales, ainsi qu'à la demande, pour les acteurs qui le souhaitent.

3. Des actions d'évaluation

Le CRES conduit une évaluation des activités et du processus réalisés pour l'animation régionale de l'écriture des PTSM. Il s'agit de décrire la méthode, les ressources et moyens utilisés pour mettre en œuvre une animation régionale destinée à soutenir l'élaboration des projets, ainsi que d'analyser les apports, en termes de bénéfices, de cette coordination régionale.

Le CRES prévoit également la mise en travail d'une évaluation plus globale portant sur la pertinence et la cohérence des PTSM durant leur 5 années de fonctionnement. Un groupe de travail régional, dédié à cette évaluation, doit être mis en place.

Suivi et évaluation au niveau départemental

I. L'animation et le suivi de la mise en œuvre du PTSM

Organisation de la gouvernance et du suivi du PTSM

En lien avec la DD84 ARS, le CODES84 mettra en place un comité technique avec les copilotes des groupes de travail, organisera des rencontres du COPIL pour la validation et le suivi du PTSM. Il s'engage à rédiger des synthèses, des comptes rendus, à suivre les décisions prises en COPIL ainsi qu'à rédiger et présenter les bilans annuels.

Soutien aux acteurs pour la mise en œuvre des projets du PTSM

Le CODES84 apportera un appui méthodologique aux projets engagés ou aux nouveaux projets, à l'élaboration de partenariats d'action et à la maturation de projets.

Il offrira un accompagnement éventuel pour des demandes de subvention et réalisera des points d'étapes sur l'avancée de projets.

Maintien d'une dynamique partenariale autour du PTSM créée en année 1

Cela se traduira par des échanges de pratiques, des Workshops thématiques territoriaux, des temps d'échanges interprofessionnels et professionnels/usagers, intercommunautaire (professionnels de santé, usagers et représentants d'usagers...)

Organisation d'une journée départementale

Le CODES84 fera une présentation du projet, des actions en cours et des actions à venir. Il fera intervenir des personnes ressources, des experts et des usagers.

2. Evaluations du processus d'implantation

Un travail s'est fait entre les animateurs départementaux pour finaliser l'écriture des livrables PTSM ainsi que des échanges sur les contractualisations d'actions régionales et la méthodologie.

Puis un travail s'est fait sur l'élaboration du plan, des critères et indicateurs d'évaluation du processus de rédaction et du début d'animation. Ces actions seront suivies à l'aide d'outils élaborés à partir des critères et indicateurs du PTSM.

3. Planning et délais d'exécution associés aux livrables

Marché	Prestations	Livrables attendus	Période de réalisation
Accompagner le collectif local dans sa démarche d'élaboration du PTSM	Animation et écriture du PTSM	Première version du PTSM	Septembre 2020
	Animation et suivi de la mise en œuvre du PTSM	<ul style="list-style-type: none"> Finalisation de l'écriture du projet et signature avec le DG ARS Contractualisation du PTSM 	<ul style="list-style-type: none"> Décembre 2020 Janvier – Juin 2021
	Evaluation in itinere du processus d'implantation	Mise en place du PTSM 84, évaluation et suivi (écriture du prochain PTSM)	Juillet 2021/Juillet 2026

Diagnostic quantitatif territorial

I. Le territoire

Le Vaucluse est un département contrasté : avec une surface de 3 567 km², soit 11 % de la surface régionale, le Vaucluse est le plus petit département de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Il est situé au carrefour des régions Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur et s'étend de la Drôme provençale avec l'enclave des Papes, jusqu'aux plaines du sud Lubéron. C'est un département contrasté aussi sur le plan topographique, qui comporte des zones urbaines et rurales, des plaines, des plateaux et des territoires de montagne. Il compte 5 grands territoires : le Haut-Vaucluse, le Lubéron, le Pays des Sorgues, le Grand Avignon et le pays du Mont-Ventoux⁷

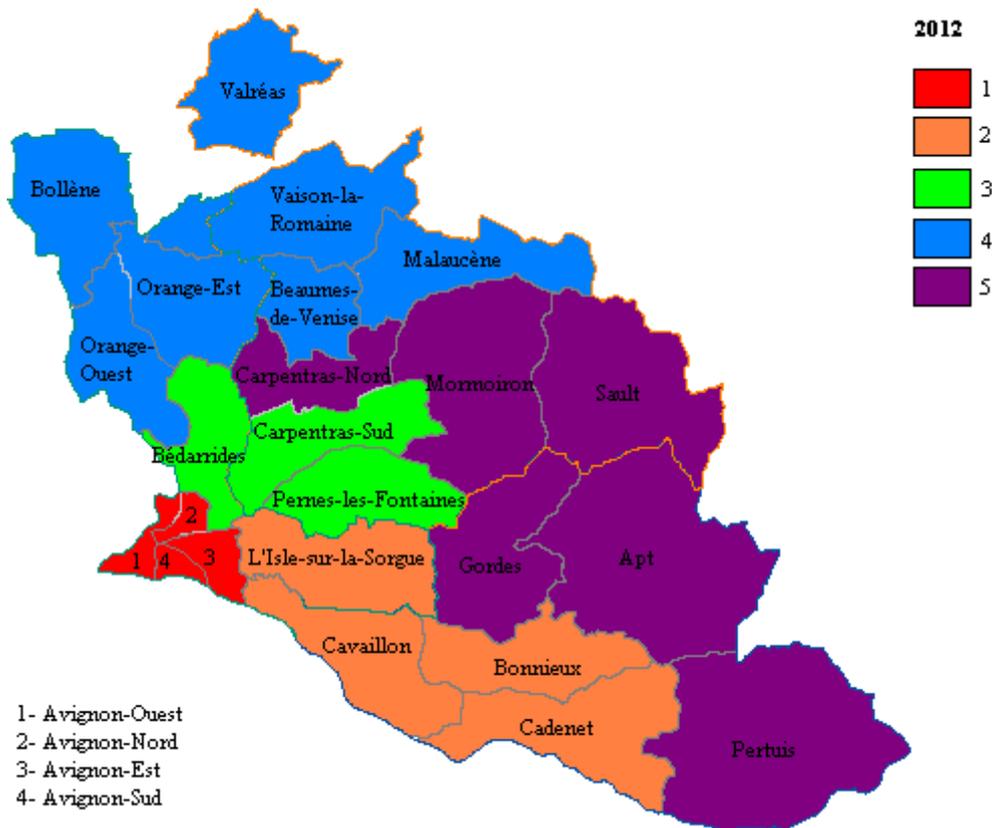
Le Haut-Vaucluse, organisé autour des villes de Bollène, Valréas et Vaison-la-Romaine, offre un maillage régulier de villes moyennes et de bourgs. C'est un territoire à la fois rural et industrialisé, dont l'économie repose sur la viticulture, le tourisme, les services de proximité. Il présente la particularité d'être à l'interface de plusieurs départements et régions.

Le Lubéron possède à la fois une tradition agricole et une très forte attractivité touristique. Il s'agit également d'un lieu de desserrement de l'agglomération aixoise, où la population augmente rapidement.

Le Grand Avignon et le Pays des Sorgues constituent un espace de plaine fortement urbanisé, qui rassemble les 5 plus grandes villes du département (Avignon, Cavaillon, L'Isle-sur-la-Sorgue, Carpentras, Orange). Ce territoire concentre une grande partie de la population vauclusienne et des activités économiques du département.

Le pays du Mont-Ventoux comprend les zones de plateaux et montagnes, situées à l'est du département (Ventoux, Dentelles de Montmirail, Monts de Vaucluse). Ce territoire est relativement isolé mais offre un environnement et un cadre de vie de qualité.

⁷ La géographie et le découpage administratif du Vaucluse. <http://www.vaucluse.fr/>



Carte des circonscriptions de Vaucluse en 2012 ⁸

Une économie tournée vers le tourisme et l'agriculture

Au 1er septembre 2017, le Vaucluse comptait près de 30 000 établissements inscrits au registre des commerces et des sociétés et plus de 94 000 emplois⁹. Comme dans le reste de la région Paca, l'économie résidentielle¹⁰ représente plus de 45 % des emplois dans le Vaucluse. Le secteur commercial vauclusien (et notamment le commerce de détail) est très représenté dans le département au regard de sa taille et emploie environ 30 000 personnes. L'industrie représente 8 % des entreprises et 18 % des emplois du département. Les principales activités présentes sur le territoire sont la plasturgie, le travail des métaux, ou encore les cosmétiques. Enfin, les services à la personne répondent à des besoins nouveaux et sont appelés à se développer pour accompagner les évolutions démographiques futures. Le tissu économique du Vaucluse se caractérise par une prépondérance de petits établissements : près de la moitié (46 %) des établissements ne comptent aucun salarié et la quasi-totalité d'entre eux moins de 10 salariés.

Plus de la moitié de la surface du département est occupée par des espaces agricoles, le double de la moyenne régionale. Malgré une baisse du nombre d'exploitations ces dernières années et un vieillissement des chefs d'exploitation (40 % ont plus de 55 ans), l'agriculture

⁸ Wikipédia

https://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_des_circonscriptions_l%C3%A9gislatives_de_Vaucluse

⁹ Site internet de la Chambre de Commerce du Vaucluse. <http://economie.vaucluse.cci.fr>

¹⁰ L'économie résidentielle de l'Insee s'exprime en nombre d'emplois. Il s'agit de l'ensemble des emplois qui répondent localement à la demande des ménages (exemple de profession concernée : boulanger, commerçant, médecin...) - <https://www.cairn.info/revue-pour-2008-4-page-50.htm#>

reste un pilier de l'économie du département. La viticulture, notamment, représente 60 % de l'activité agricole.

Selon la Mutuelle Sociale Agricole (MSA), l'agriculture est un secteur à risque, de par le nombre et la gravité des accidents du travail qu'il engendre¹¹. Les activités du travail de la vigne, de la vendange et les travaux dans les chais et cuves exposent les travailleurs à une multitude de risques professionnels (risques liés aux gestes répétitifs et aux postures contraignantes de la taille et de la vendange avec tous les troubles musculo-squelettiques associés ; risques de coupures ou blessures liés à l'utilisation de machines et outils coupants ; risques chimiques liés à l'exposition aux pesticides et engrais lors des traitements phytosanitaires et de fertilisation...). Par ailleurs, un excès de risque de décès par suicide a été observé chez les agriculteurs dans plusieurs études françaises et internationales¹².

Le tourisme est un secteur économique déterminant pour le département : il représente 8,5% du PIB départemental. Le Vaucluse accueille 4,4 millions de touristes à l'année¹³ et compte plus de 16 385 emplois liés au tourisme, dont 70 % d'emplois salariés. Ce département comporte de nombreux atouts : il abrite des sites naturels exceptionnels sur le plan environnemental et paysager (19 sites classés) comme le mont Ventoux, le Luberon, les Dentelles de Montmirail, les gorges de la Nesque, Fontaine-de-Vaucluse, le Colorado provençal... Le département possède également un patrimoine protégé d'une grande richesse (plus de 220 monuments classés). Enfin, il tire sa renommée culturelle des arts vivants qui s'expriment à travers de multiples manifestations et festivals. L'activité touristique dans le département génère un afflux important de population pendant la période estivale et est susceptible d'impacter les déplacements et l'accès aux équipements des habitants résidant à l'année, mais aussi l'activité des professionnels de santé de certains territoires.

Le Vaucluse, de par son activité touristique et agricole développée, accueille de nombreux travailleurs saisonniers (près de 2 500 emplois en équivalent temps plein dans le département)¹⁴. Ces derniers constituent une population à risque sur le plan de la santé. Ils sont soumis à davantage de risques professionnels de par la nature et l'intensité de leur activité. Ils font plus souvent l'expérience d'accidents du travail, de gravité souvent importante. Les travailleurs saisonniers et notamment les jeunes sont également plus nombreux à avoir des comportements à risque (consommation d'alcool et de substances psychoactives notamment). Ils rencontrent des difficultés d'accès aux soins, de par leur situation sociale précaire et leur méconnaissance de l'offre locale. Enfin, la forte mobilité de l'emploi et la grande diversité des lieux de travail des saisonniers rendent très difficile le suivi de ces salariés et la traçabilité de leurs expositions aux risques professionnels¹⁵.

11 Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Tableau de bord 2016 santé sécurité conditions de travail de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

http://www.sistepaca.org/sites/default/files/pdf/tbst/TBST_2016.pdf

12 Khireddine-Medouni I, Breuillard É, Bossard C. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Situation 2010-2011 et évolution 2007-2011. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2016. 29 p.

http://www.lafranceagricole.fr/r/Publie/FA/p1/Infographies/Web/2016-10-05/rapport_surveillance_mortalite_suicide_agriculteurs_exploitants%20%286%29.pdf

13 Vaucluse Provence Attractivité. Les Chiffres Clés du Tourisme en Vaucluse.

<http://www.investinvaucluseprovence.com/les-filieres/tourisme/chiffres-cles>

14 Insee Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Emplois saisonniers : 174 000 contrats salariés et 30 000 missions d'intérim. Insee Analyses, 2016. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2019636>

15 Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes. Etude régionale sur les conditions de travail, les conditions de vie et la santé des travailleurs saisonniers. Volet 1 : étude qualitative auprès des saisonniers, des employeurs et des professionnels. Janvier 2008 <https://www.anact.fr/etude-regionale-sur-les-conditions-de-travail-les-conditions-de-vie-et-la-sante-des-travailleurs>

Un niveau d'équipement et de service ¹⁶ globalement satisfaisant

Le Vaucluse est relativement bien doté en équipements et services (commerces, écoles, services de santé...), avec 44,4 équipements pour 1 000 habitants, contre 46,9 dans la région. Il se situe au 3e rang régional en terme de nombre d'équipements par commune.

L'accessibilité à l'ensemble des équipements et services est très bonne : la distance moyenne aux équipements s'établit à moins d'un kilomètre (12e rang national). Pour autant, des déséquilibres territoriaux demeurent, certaines communes accusant un sous-équipement et se trouvant parfois éloignées des commerces et services. Ainsi, certaines petites communes rurales des pays du Ventoux ou du plateau de Sault se situent à plus d'un quart d'heure en moyenne du panier des équipements intermédiaires, ou à plus d'une demi-heure de celui des équipements supérieurs.

Environ 9 communes sur 10 soumises aux risques de mouvements de terrain, séismes, inondations et incendies de forêt

Toutes les communes du Vaucluse sont soumises aux risques mouvements de terrain et séismes, 98 % d'entre elles (n=148) sont exposées au risque inondations et 90,7 % (n=137) au risque incendies de forêt.

Trois risques naturels sont plus présents : les inondations qui sont engendrées par le Rhône, la Durance, l'Aygues et l'Ouvèze ; les incendies de forêt car les forêts et zones boisées représentent les trois-quarts de la superficie du département ; les mouvements de terrain qui sont notamment liés au retrait-gonflement des argiles. Par exemple, entre 2006 et 2015, 102 inondations ont eu lieu dans le Vaucluse, soit 9,6 % des inondations recensées dans la région Paca.

Les conséquences des catastrophes naturelles sont nombreuses, tant sur le plan physique (lésions, intoxications, noyades, maladies respiratoires...) que sur les plans psychologique et social (déclenchement ou aggravation de troubles psychologiques, augmentation de la consommation de médicaments psychotropes...). Ces troubles peuvent persister plusieurs années après l'événement.

De fortes tensions sur le marché foncier

En 2016, 245 731 résidences principales ont été recensées dans le département. La situation du logement dans le Vaucluse se caractérise par une faible proportion de logements collectifs (34,8 % des logements, contre 56,7 % en Paca), un parc social (en tension faible rotation, peu de logement « PLAI¹⁷ ») concentré dans les villes centres et une concurrence entre le marché

¹⁶ Les équipements et services, publics ou privés, recensés chaque année dans la Base Permanente des Équipements (BPE) sont regroupés en trois gammes selon leur fréquence d'implantation et leur présence conjointe sur le territoire communal. Elles traduisent une hiérarchie dans les services rendus à la population. La gamme de proximité rassemble les services les plus présents sur le territoire comme les écoles, les médecins généralistes ou les boulangeries. La gamme supérieure regroupe des équipements plus rares comme les lycées, les établissements hospitaliers ou les hypermarchés. On retrouve dans cette gamme de nombreux équipements de santé ou sociaux. Enfin, à mi-chemin, la gamme intermédiaire rassemble des services comme les collèges, les opticiens ou les supermarchés

¹⁷ Les PLAI (Prêt Locatif Aidé d'Intégration) sont réservés aux personnes en situation de grande précarité.

résidentiel touristique et l'habitat permanent, qui pénalise en particulier les jeunes et les ménages les plus précaires. En 2016, les résidences secondaires représentaient 7,9 % des logements dans le département, moitié moins que dans la région (17,8 %). Elles étaient par contre beaucoup plus nombreuses dans certaines zones rurales du département, comme dans le Lubéron (37,4 % de résidences secondaires dans les cantons de Gordes et Bonnieux), ou dans les bassins de vie de Sault (34,1 %) et de Malaucène (32,6 %).

Par conséquent, le Vaucluse est marqué par des tensions foncières qui génèrent des pénuries tant sur le marché locatif, dont l'habitat social, que sur le marché de l'accession à la propriété.

18 000 logements privés potentiellement indignes dans le Vaucluse

En 2014, les logements anciens (construits avant 1949) représentaient 24,3 % du parc de logements dans le Vaucluse, contre 21 % en Paca¹⁸. Ils étaient particulièrement nombreux dans les zones rurales du nord-est du département : 45,6 % dans le bassin de vie de Sault, 41 % dans celui de Malaucène.

En 2013, on estimait à environ 18 000 le nombre de logements privés potentiellement indignes¹⁹, représentant 8,4 % des logements du département (Paca : 6,6 %). Là encore, ils étaient particulièrement nombreux dans les zones rurales du nord-est et du centre du département.

La dégradation du bâti ou l'ancienneté des installations peut avoir des conséquences néfastes sur la santé des occupants, du fait notamment de la présence de plomb (peintures ou vieilles canalisations) et d'appareils de chauffage anciens. La rénovation n'est souvent pas accessible aux propriétaires qui sont parfois eux-mêmes occupants. Leur situation quand ils vieillissent est particulièrement préoccupante et difficile à repérer.

De plus, les logements anciens peuvent être inadaptés pour les personnes âgées et favoriser la survenue d'accidents domestiques au sein de ce groupe de population.

Plus d'un habitant sur 10 habite dans un quartier prioritaire

Le Vaucluse compte 22 quartiers prioritaires²⁰, localisés dans les grandes villes du département et notamment à Carpentras (n=4), Avignon (n=3), Sorgues (n=3), Cavaillon (n=2), le Pontet (n=2) et Orange (n=2). Environ 63 000 personnes y résidaient en 2013, soit 11,5 % de la population du Vaucluse²¹. De nombreuses études ont montré que les habitants des quartiers de la politique de la ville sont en moins bonne santé que le reste de la population. Ils sont davantage touchés par certaines pathologies, comme la dépression, le surpoids, l'obésité et le

18 Outil Observatoires des territoires, Région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#bbox=311474,5683073,707064,415371&c=indicator&i=insee_rp_hist_1968.dens_pop&s=2016&view=map26

19 Sont considérés comme « potentiellement indignes » les logements de catégories cadastrales 6,7 et 8 (la classification communale, qui s'applique tant aux maisons individuelles qu'aux appartements, comprend huit catégories allant de 1 (logement de grand luxe) à 8 (logement médiocre)) occupés par des ménages à très faibles ressources (Revenu fiscal de référence en dessous de 70 à 150 % du seuil de pauvreté).

20 Les quartiers prioritaires de la politique de la ville sont des territoires d'intervention du ministère de la Ville, définis par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014. En métropole, ils ont été identifiés selon un critère unique, celui du revenu par habitants

21 Système d'information géographique de la politique de la ville : <http://sig.ville.gouv.fr/zone/9384>

diabète. Ils rencontrent de plus des difficultés importantes d'accès aux soins et sont nombreux à retarder ou à renoncer à se soigner.

2. La population vaclusienne

Une croissance démographique qui ralentit dans le département

D'après les estimations de l'INSEE, au 1^{er} janvier 2018, le Vaucluse comptait 566 096 habitants, soit 11 % de la population régionale. C'est le 4^{ème} département de la région en nombre d'habitants.

La densité de population dans le département est proche de la moyenne régionale (156,4 habitants par km² contre 159,8 en Paca en 2016. *105,1 pour la densité nationale – Insee*), mais ce chiffre masque une inégale répartition de la population : plus des deux tiers de la population vaclusienne réside dans une des cinq principales villes du département (Avignon, Orange, Carpentras, Cavaillon et l'Isle sur la Sorgue), alors que les zones rurales et montagneuses du centre et de l'est du département sont faiblement peuplées.

Le Vaucluse a connu un essor démographique et sa population a augmenté de plus de 40 % en 30 ans, en raison d'un solde migratoire très élevé. Ce département continue à gagner des habitants, mais de façon beaucoup plus modeste, en raison d'une baisse de son attractivité. Ainsi, la population du département a augmenté en moyenne de 0,5 % chaque année entre 2009 et 2014, comme dans la région (+ 0,4 % par an). D'après les projections de l'INSEE, la population du département devrait augmenter de près de 70 000 personnes d'ici 2040.

Un département jeune, mais plus âgé dans le nord et l'est du département

La population du Vaucluse est relativement jeune. En 2016, environ 80 000 familles avec enfant(s) de moins de 25 ans ont été comptabilisées dans le département. Environ un quart de la population (23,4 %) était âgée de moins de 20 ans dans le Vaucluse, proportion la plus élevée de la région Paca (22,7 %) (24,3% au niveau national). Par ailleurs, le département comptait moins de personnes âgées que le reste de la région : en 2016, 27,6 % de la population avait 60 ans ou plus (région : 28,4 % et national : 25,1%) et 10 % était âgée de 75 ans ou plus (région : 10,9 % et national : 9,2%).

Des différences importantes peuvent être relevées entre les zones urbaines et périurbaines, et les zones rurales du département. Les grandes villes du Vaucluse et leurs banlieues, situées à l'ouest et au sud du Vaucluse, comptent beaucoup d'enfants et de jeunes, alors que les zones rurales et montagneuses du nord et de l'est du département présentent des populations beaucoup plus âgées.

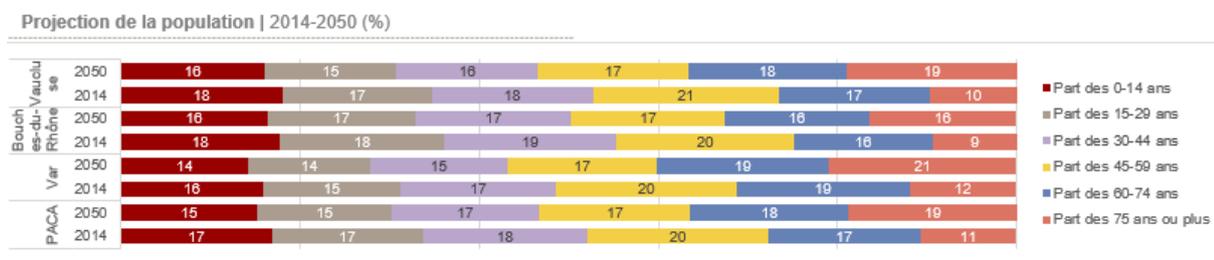
Une personne âgée de 75 ans ou plus sur 4 en situation de perte d'autonomie modérée à sévère

En 2016, 55 870 personnes âgées de 75 et plus résidaient dans le Vaucluse (10,2 % de la population du département). Parmi elles, 40,9 % vivaient seules dans leur résidence principale

(région Paca : 42,2 %) et présentaient donc un risque accru d'isolement social et près d'1 sur 4 (25 %) se trouvait dans une situation de perte d'autonomie modérée à sévère (région Paca : 26,8 %)²².

Dans le Vaucluse comme dans la région et en France, la population vieillit. Dans les prochaines années, ce mouvement va encore s'accroître avec l'allongement de l'espérance de vie et l'arrivée aux grands âges des générations nombreuses du baby-boom. En 2028, d'après les projections de l'INSEE, plus de 77 000 personnes seront âgées de 75 ans ou plus dans le Vaucluse, contre moins de 56 000 en 2016. Elles représenteront alors 12,8 % de la population du département, contre 13,5 % dans la région. Sous l'hypothèse d'un maintien du taux de croissance des places en institutions, plus de 5 700 personnes âgées de 75 ans ou plus résideraient dans un établissement. En 2028, plus de 8 500 personnes âgées de 75 ans ou plus seraient en perte d'autonomie sévère à domicile¹⁹.

Les personnes dépendantes ont besoin d'un accompagnement régulier, voire quotidien, de la part de professionnels des services à la personne comme de leurs proches (aidants informels). La santé physique et psychique des aidants peut être fortement impactée par cette situation.



Source : Insee Omphale Scenario central, Insee RP 2014

Des revenus faibles, surtout dans les zones urbaines et à la frontière des Alpes-de-Haute-Provence

Le Vaucluse présente des indicateurs de précarité bien souvent défavorables par rapport au reste de la région. En 2016, le revenu médian par unité de consommation était le plus faible de la région : 19 204 euros dans le département, contre 20 524 euros en moyenne en région Paca. Une personne sur 5 (19,7 %) disposait de revenus inférieurs au seuil pauvreté en 2015 (1 015 euros mensuels), contre 17,2 % dans la région. Les zones urbaines et le nord-est du département sont particulièrement touchés par la précarité, alors que le territoire du Lubéron est plus aisé que le reste du département.

Les inégalités sociales sont très importantes dans le Vaucluse, comme dans la région. C'est notamment le cas dans les grandes villes du département : le rapport de revenu entre les 10 % les plus pauvres et les 10 % les plus aisés varie ainsi de 1 à 8 pour Carpentras, Cavaillon ou Orange, et de 1 à 13 en Avignon.

²² Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Projections de la perte d'autonomie et de sa prise en charge chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Note de l'Observatoire Régional de la Santé, 2017.
http://www.sirsepaca.org/content/pdf/SIRSE_territoires/TERRITOIRE_REGION/perse_autonomie_75plus.pdf

En 2016, le Vaucluse comptait 26 023 familles monoparentales, soit 26,3 % des ménages avec enfant(s) de moins de 25 ans (27,5 % dans la région). La proportion de familles monoparentales est plus élevée dans les territoires les moins favorisés sur le plan social. (Taux de pauvreté des familles monoparentales supérieur à 50%²³)

Revenus modestes et situations de vulnérabilité socioprofessionnelle jouent négativement sur l'état de santé en exposant les personnes à des conditions de travail, de logement et de vie dégradées.

Le Vaucluse, département de la région le plus touché par le chômage

En 2019, le Vaucluse était le département de la région qui présentait le plus fort taux de chômage (11 %, contre 9,7 % dans la région). Deux zones d'emploi étaient particulièrement touchées, celles d'Orange (11,4 %) et de Cavaillon-Apt (13,3 %). Plus d'un jeune âgé de 15 à 24 ans sur 3 (44,2 %) était au chômage en 2016, là encore, le taux le plus élevé de la région (39,5 %)²⁴.

Au-delà de la précarité financière qu'il engendre, le chômage a de nombreuses conséquences sur la santé : il favorise notamment l'apparition ou l'aggravation de certains problèmes de santé (maladies cardiovasculaires, cancers, dépression...). Il a de plus un impact social majeur puisqu'il augmente le risque de séparation et d'isolement social et impacte l'avenir scolaire des enfants²⁵.

Un niveau de diplôme des jeunes particulièrement bas

Le territoire se distingue par **un niveau de diplôme et de scolarisation faible**.

- Plus d'un quart des moins 25 ans non scolarisés **n'ont aucun diplôme**,
- **Seul 16% des moins de 25 ans** non scolarisés sont **diplômés d'études supérieures**,
- **Près d'un quart des jeunes ne sont pas insérés socialement (22%) contre une moyenne nationale de 17,4 %.**

A l'échelle du département, des disparités se manifestent :

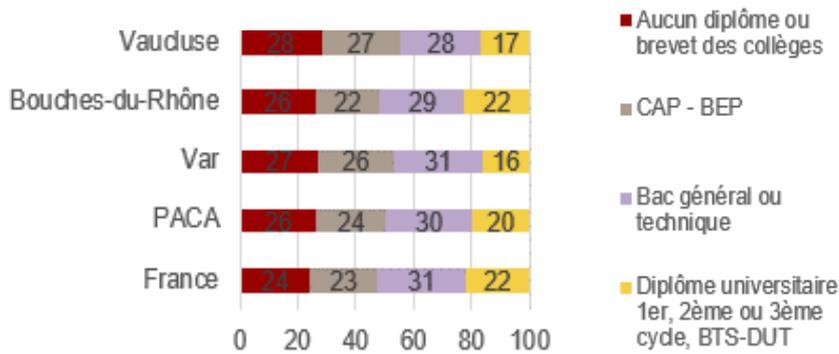
- Bien qu'inférieur à la moyenne nationale, le niveau de diplôme est plus élevé sur la Communauté d'Agglomération d'Avignon, où se situe également la seule université du Vaucluse, et dans les territoires avoisinants du Sud Vaucluse et d'Avignon Nord,
- Les territoires du Nord (Centre Est Vaucluse et Haut Vaucluse) sont marqués par un niveau de diplôme particulièrement faible.

²³ INSEE- DGPFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA-Fichier localisé social et fiscal 2015

²⁴ Observatoire des territoires et <https://ville-data.com/>

²⁵ FARACHE Jacqueline. L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner. Disponible en téléchargement sur <https://www.lecese.fr/travaux-publies/limpact-du-chomage-sur-les-personnes-et-leur-entourage-mieux-prevenir-et-accompagner>

Répartition des moins de 25 ans non scolarisés par type de diplôme | 2014 (%)



Source : Insee RP 2014

2014	Vaucluse	BdR	Var	PACA	Fce métró
Part des jeunes non insérés (ni emploi, ni scolarisés)	22,3	18,7	20,6	19,1	17,4

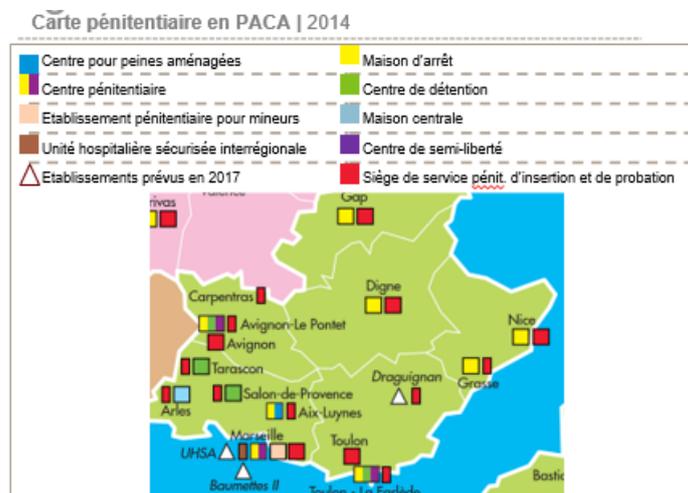
a) Une surpopulation carcérale et des conditions de détention difficiles

En 2016, la région PACA comptait **7 466 personnes détenues pour 5 690 places opérationnelles** au sein de 13 établissements pénitentiaires soit **une surpopulation de 131%**.

En 2017, 3 établissements supplémentaires ont été créés dont l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) à Marseille dont l'ouverture est progressive (60 lits au total).

Le centre pénitentiaire d'Avignon qui comprend une importante maison d'arrêt, où plusieurs détenus peuvent occuper la même cellule, est particulièrement confronté à des problématiques de surpopulation (141% en 2016),

Le centre de détention de Tarascon et la maison centrale d'Arles, situés dans les Bouches-du-Rhône, présentent tous deux des taux d'occupation plus faibles, car chaque détenu doit y bénéficier d'une cellule individuelle.



Population carcérale en 2016

	Centre Pénitentiaire d'Avignon – Le Pontet	Centre de Détention de Tarascon	Maison Centrale d'Arles	PACA
Places opérationnelles	625	650	157	5 690
Nombre de détenus	880	611	125	7 466
Taux d'occupation (%)	140,8	94,0	79,6	131,2
Durée moyenne sous écrou (en mois)	8,2	15,9	25,0	6,4

Source : PRAPS 2018-2023, Stock au 1er janvier, Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues - Flux 2016, Extraction données infocentre pénitentiaire au 12 avril 2017, Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues

Source : Administration pénitentiaire, janvier 2017



Une polarisation des populations à l'Ouest du territoire
4 habitants sur 10 résident dans une des principales agglomérations du Vaucluse



Une hausse de la population et un solde migratoire relativement importants
Le solde migratoire est supérieur au solde naturel dans le Sud du territoire



Une forte proportion de familles
Une part importante des familles monoparentales dans les agglomérations



Une population plutôt âgée
Un vieillissement de la population en cours, particulièrement marqué au Nord-Est du Vaucluse, et qui va s'accroître d'ici 2050 (les 75 ans et plus représenteraient 19% de la population)



Des problématiques carcérales
Des établissements en surpopulation



Un niveau de scolarisation et de diplôme particulièrement bas
Un constat marqué au Centre Est du Département



Un département qui comprend davantage d'ouvriers, de retraités et de personnes sans activité professionnelle qu'au niveau national
Beaucoup de personnes sans activité professionnelle à Avignon



Un département pauvre et davantage concerné par le chômage que la région
Une précarité qui touche toutes les classes d'âge et des revenus médians faibles, en particulier à Avignon



Un fort taux de bénéficiaires d'aides sociales (RSA, CMU-C, aides au logement)



Une part d'allocations d'aides aux personnes âgées et adultes handicapés dans les moyennes des autres territoires



Un taux de délinquance relativement important

3. L'état de santé de la population

Plus de la moitié des décès liés à un cancer ou à une maladie de l'appareil circulatoire

En 2016, l'espérance de vie à la naissance dans le Vaucluse était proche des moyennes nationale et régionale : elle s'élevait à 79,3 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes, contre respectivement 79,7 ans et 85,5 ans dans la région²⁶. Entre 2009 et 2013, 4 963 personnes sont décédées en moyenne chaque année dans le département du Vaucluse, soit une surmortalité toutes causes confondues par rapport à la région de + 3,9 %. Les principales causes de décès dans le département sont, comme dans la région, les cancers (28 % des décès), les maladies de l'appareil circulatoire (26,4 %) et les traumatismes, c'est à dire les suicides, les accidents de la vie courante et de la circulation (7,1 % des décès).

Une mortalité prématurée élevée dans les cantons de Sault et d'Avignon

La mortalité prématurée (avant l'âge de 65 ans) est un puissant marqueur d'inégalités sociales de santé. Dans le Vaucluse, comme dans la région, le niveau de mortalité prématurée continue d'être élevé, malgré une diminution de plus de 30 % en 25 ans.

Sur la période 2009-2013, environ 900 décès prématurés ont été recensés en moyenne chaque année dans le département. Un tiers de ces décès serait évitable par une réduction des comportements à risque (tabagisme, consommation d'alcool, conduites dangereuses...).

On observe dans le Vaucluse des disparités territoriales de mortalité prématurée importantes. Ainsi, une surmortalité prématurée significative par rapport à la région est observée dans les cantons de Sault (+ 53,5 %) et Avignon (+16,2 %). A l'inverse, une sous-mortalité prématurée par rapport à la région est relevée dans les cantons de Beaumes-de-Venise (- 36,2 %) et de l'Isle sur la Sorgue (- 15,2 %).

Une surmortalité par rapport à la région pour différentes causes de décès

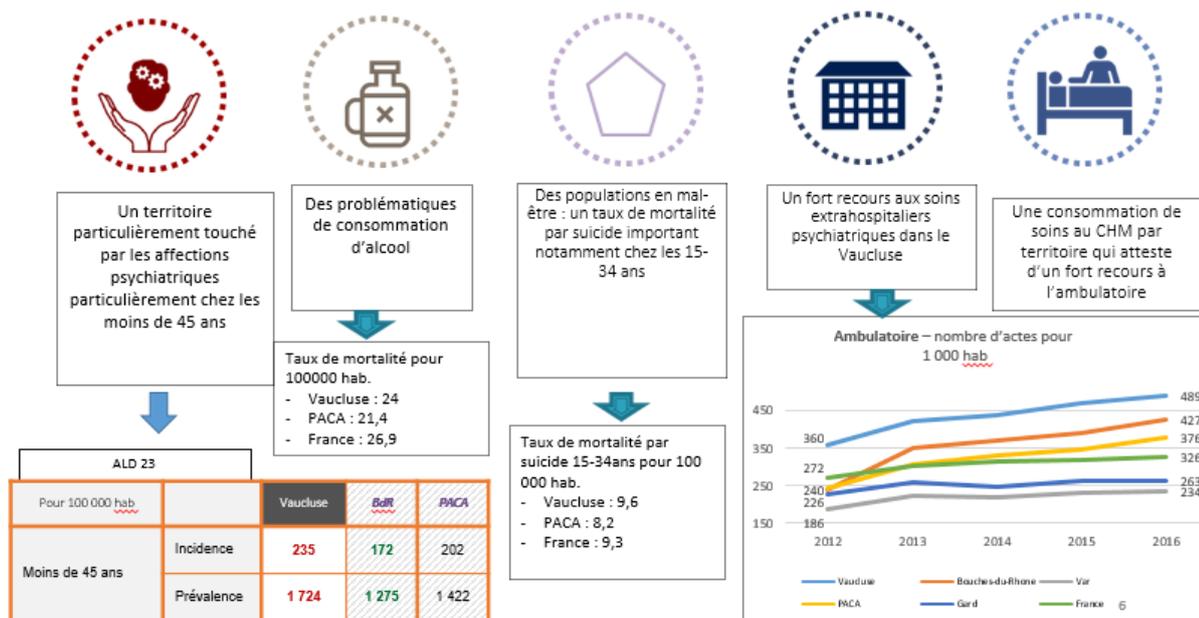
Globalement, les indicateurs de mortalité mettent en évidence une situation moins favorable dans le Vaucluse que dans le reste de la région. Ainsi, sur la période 2009-2013, une surmortalité a été relevée dans le Vaucluse par rapport à la région pour les cancers (+ 6,4 %), dont les cancers du sein (+ 13,1 %), les maladies de l'appareil circulatoire (+ 11,3 %) ou encore pour les accidents (+ 9,4 %). Ces constats mettent en évidence l'importance de développer des actions de prévention et de promotion de la santé dans le Vaucluse, notamment auprès des groupes de population les plus vulnérables (populations précaires, personnes âgées isolées, familles monoparentales...).

²⁶ Site internet de l'INSEE. Espérance de vie en 2016 [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749>

Près de 20 000 diabétiques traités dans le département

En 2015, on estimait à près de 20 000 le nombre d'assurés du régime général âgés de 20 ans ou plus traités pour un diabète, soit une prévalence standardisée de diabète traité de 5,9 % (7,3 % chez les hommes et 4,9 % chez les femmes). La prévalence de diabète relevée dans le département était plus élevée que dans la région, chez les hommes (+ 3,5 %) comme chez les femmes (+ 3,2 %). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que la prévalence du diabète est plus élevée parmi les populations de niveau socio-économique moins favorisé, notamment en raison de la forte prévalence de l'obésité parmi celles-ci. Les complications du diabète sont fréquentes et graves (infarctus du myocarde, cécité et autres complications ophtalmologiques, insuffisance rénale chronique terminale, amputation d'un membre inférieur, mal perforant plantaire). Toutefois, elles peuvent être retardées voire évitées grâce à un contrôle strict de la maladie.

Un territoire particulièrement touché par les affections psychiatriques de longue durée, les addictions, la mortalité par suicide et un fort recours aux soins psychiatriques extrahospitaliers



Source : Diagnostic – Contexte territorial & Positionnement du Centre hospitalier de Montfavet (2019)

4. Les actes de prévention

Une réalisation de bilans buccodentaires fréquente dans les grandes villes du département

Ci-dessous les chiffres par commune : exemple, sur Cavaillon, 70.6 % sur un nombre de patients de 1 080 concernés sur ce territoire ont bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire, quand sur le département le taux est de 73.5%, pour la Région PACA 75.6% et France entière 75.20 %

Part des enfants des moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire

Cavaillon	Apt	Pertuis	Avignon	Carpentras	Orange	Bollène	Dépt	Région	France
70.6%	70.4%	72.2%	71.6%	71.4%	71.7%	71.7%	73.5%	75.6%	75.2%
1 080 patients	1480 pat.	2 270 pat.	6 216 pat.	7 367 pat.	8536 pat	9093 pat.			

Source DCIR/SNDS/SNIIRAM – 2019

Les grandes villes du département (Avignon, Bollène, Cavaillon...) se distinguent par des pourcentages inférieurs à la moyenne départementale, ce qui s'explique probablement par la précarité marquée dans ces communes. En effet, le recours aux soins buccodentaires est fortement lié au niveau de revenu, d'éducation et à la couverture complémentaire.

Taux de recours global aux chirurgiens-dentistes pour les classes d'âge concernées par l'examen Bucco-dentaire

Caisse	Taux de Recours 6 ans	Taux de Recours 9 ans	Taux de Recours 12 ans	Taux de Recours 15 ans	Taux de Recours 18 ans	Taux de Recours 21 ans	Taux de Recours 24 ans	Taux de Recours 6 -24 ans	Taux de Recours 6-18 ans
CPAM									
84	54.71%	65.89%	70.59%	69.28%	48.17%	48.20%	45.82%	58.28%	61.66%

Source : CPAM de Vaucluse – données actualisée au 31/12/2019

Selon l'Association Française Dentaire, une mauvaise hygiène dentaire a des conséquences majeures sur la santé globale et sur la qualité de vie des personnes, certaines étant irréversibles (caries, maladies des gencives, halitose mais aussi risque de maladies cardiovasculaires, cancers, diabète...)²⁷.

²⁷ Site internet de l'Association Française Dentaire. <http://www.adf.asso.fr/fr/>

Près d'1 femme de 50-74 ans sur 2 a participé au dépistage organisé du cancer du sein

En 2019, 49% des femmes âgées de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer du sein dans le Vaucluse, un chiffre largement supérieur à la moyenne régionale (39.89%) mais proche de la moyenne nationale (48,6 %). On note une moindre participation des 56-60ans et dans les cantons de Cavaillon, Château Blanc, Sault et de Pertuis.

Toujours en 2019, le taux de participation au dépistage du cancer colorectal est de 19,4% en Vaucluse (18,1% en Sud PACA), sur 27% de la population invitée à réaliser ce dépistage (20,7% en Sud PACA)

Pour le Vaucluse : 1865 tests positifs, et sur les 386 coloscopies analysées : 32% de coloscopie normale, 60% d'adénomes plus ou moins à risques et 5.4% de cancers²⁸

Dans les quartiers prioritaires de la politique de la vielle (QPV), les femmes cessent de consulter après leur dernière grossesse (constat partagé par les acteurs à la réunion du 30/11 – organisée par le Grand Avignon dans le cadre des travaux sur les Ateliers Santé Ville – sur les inégalités genrées dans l'accès à la santé).

5. L'offre de prise en charge

Un accès aux urgences plus difficile dans les zones rurales du centre et de l'Est du département

Le Vaucluse compte 9 services d'urgences autorisés, dont 1 pédiatrique. Ces services sont présents dans les grandes villes du département (Avignon, Orange, Cavaillon, Carpentras, Apt, Pertuis, Valréas, Vaison-la-Romaine). Le temps d'accès aux urgences est par conséquent faible dans les zones urbaines. Il est par contre beaucoup plus élevé dans les zones rurales isolées. Par exemple, dans l'espace de santé de proximité de Sault, une grande partie de la population est située à plus de 30 minutes d'un service d'urgences²⁹.

En 2016, avec 64 501 passages comptabilisés, le service d'urgences adultes d'Avignon a été le plus fréquenté du département et le 3e le plus fréquenté de la région derrière les services d'urgences des hôpitaux Pasteur de Nice et de la Timone à Marseille. A l'inverse, avec moins de 10 000 passages en 2016, les services d'urgences des hôpitaux de Valréas et de Vaison-la-Romaine constituent les moins fréquentés du département et les 2e et 3e services les moins fréquentés de la région.

En 2016, le taux de passage aux urgences, c'est-à-dire le nombre de passage aux urgences rapporté au nombre d'habitants du territoire, était de 43,9 % dans le Vaucluse, le deuxième le plus élevé de la région (taux de passage régional : 36 %) derrière les Hautes-Alpes (46,7 %). Par ailleurs, le Vaucluse a enregistré une hausse d'activité (+ 6,1 %) des services d'urgences entre 2015 et 2016 bien supérieure à la moyenne régionale (+ 2,8 %)³⁰.

²⁸ Données recueillies par le Dr Claude Pierre GAUTIER, médecin coordinateur « Dépistage des Cancers » – Antenne de Vaucluse, le 22/05/2020

²⁹ Observatoire Régional des Urgences Provence-Alpes-Côte d'Azur. Activité des services d'urgences : panorama 2016 de la région PACA, 2016. <https://ies-sud.fr/activite-services-durgence-panorama-2016-de-region-paca/>

³⁰ Observatoire des territoires et <https://ville-data.com/>

Le taux élevé de passage aux urgences observé dans le département peut être lié au profil démographique départemental, à savoir les proportions élevées d'enfants et de personnes âgées dans certaines zones du département : on sait que ces publics ont davantage recours aux services d'urgences que les autres. Par ailleurs, ce constat interroge sur l'accessibilité de l'offre de soins l'offre de soins de premier recours dans le département.

Un tissu médico-social déficitaire en particulier pour les services handicap adultes et enfants avec un dispositif saturé et principalement à Avignon



Des orientations stratégiques dans le Schéma Régional de Santé 2018-2023 sur le médico-social qui mettent notamment l'accent sur les parcours, les coopérations, l'inclusion



Une offre en places IME, ITEP, CAMSP à renforcer en priorité sur le département



Une offre en services pour adultes handicapés déficitaire dans le Vaucluse



Un territoire sous-doté en places d'EHPAD par rapport à l'échelle nationale, Des taux satisfaisants pour les autres types de services et d'hébergement



Des ESMS « enfants » du territoire particulièrement saturés
Un indicateur de pression de 33% (Nombre d'enfants en attente / nombre de places installées)

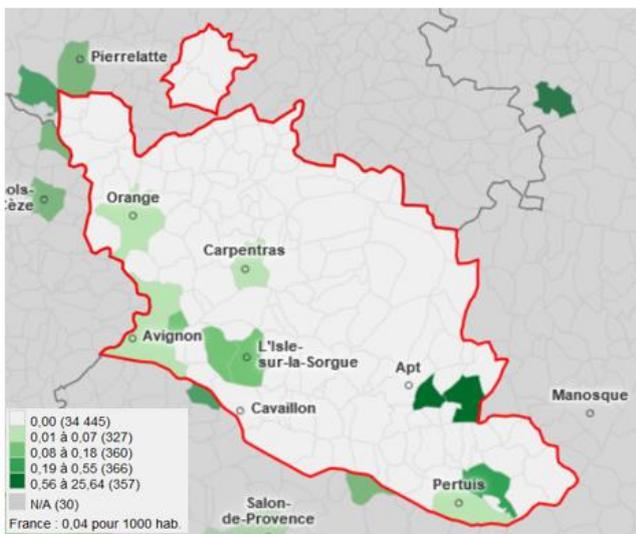
Source : Diagnostic – Contexte territorial & Positionnement du Centre hospitalier de Montfavet (2019)

a. Une offre en places en ESMS enfants/adolescents handicapés très déficitaire

Le territoire est confronté à un déficit en places pour les enfants handicapés.

- **Les taux d'équipement en IME, ITEP et CAMSP sont systématiquement inférieurs** aux taux régionaux (similaire pour les ITEP) et nationaux ainsi qu'aux autres départements de PACA
- Seul le taux d'équipement en SESSAD est supérieur aux taux de comparaison.

Taux d'équipement pour 1000 habitants en structures d'hébergement pour enfants handicapés | 2016



Taux d'équipements en places de structures pour 1000 enfants de moins de 20 ans en 2016

	Vaucluse	PACA	France métro.
IME	3,42	3,61	4,12
Etablissements enfants ou adolescents polyhandicapés	0,44	0,51	0,33
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I,T,E,P,)	0,46	0,64	0,94
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	3,12	2,87	2,99
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	1,09	1,47	NA

Source : Insee BPE, Creai Paca-Corse, Satiss 2015

b. Une offre en services pour adultes handicapés également déficitaire dans le Vaucluse

- **L'offre médico-sociale à destination des adultes handicapés est également faible avec des taux d'équipement globalement inférieurs aux moyennes régionales et nationales.**
- Une part importante de cette offre est portée par le Centre hospitalier de Montfavet.

Taux d'équipements en places de structures pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans en 2016

	Vaucluse	PACA	France métro.
MAS	0,80	0,72	0,81
FAM	0,80	0,74	0,82
Foyers de vie	0,96	1,13	1,44
Foyers d'hébergement	1,26	0,82	1,16
SAMSAH	0,16	0,29	NA
SAVS	1,48	0,92	NA
SSIAD	0,14	0,22	NA

Source : Insee BPE, Creai Paca-Corse, Satiss 2015

c. Un territoire sous-doté en places d'EHPAD par rapport à l'échelle nationale

Le territoire a une offre en EHPAD faible au regard de sa population avec un taux d'équipement inférieur au taux national.

Cependant, il est mieux équipé que la région et que les départements de comparaison en place de logements foyers, SSIAD³¹, accueil de jour, hébergement temporaire, SAVS³² et USLD³³.

L'implantation des structures est répartie sur l'ensemble du territoire notamment au Nord-Est du département du Vaucluse.

Taux d'équipements en places de structures pour 1000 personnes de 75 ans et plus en 2016

	Vaucluse	PACA	France métro.
EHPAD	82,5	85,2	99,7
Logements foyers	19,2	11,2	18,2
SSIAD	19,9	18,5	20,1
Accueil de jour	2,3	2,2	NA
Hébergement temporaire	1,8	1,3	NA
USLD (2015)	2,9	1,4	2,7

Source : Insee BPE, Creai Paca-Corse, Finess, Satiss 2015

31 Service de Soins Infirmiers A Domicile

32 Service d'accompagnement à la vie sociale

33 Unité de soins longue durée

Les structures d'exercice coordonné ouvertes ou en projet dans le Vaucluse

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et/ou Maisons Régionales de la Santé : Les MSP d'Apt, Avignon Sud, Bédarrides, Carpentras, La Tour d'Aygues, Le Pontet, Rasteau, Saint Saturnin les Avignon, Sorgues, Vedène sont ainsi toutes labellisées ARS à ce jour et/ou en cours de contractualisation Assurance Maladie. Les MSP de Bédoin, Sablet et de Saint Saturnin les Apt ne sont pas contractualisées avec L'Assurance Maladie. La majorité de ces structures sont situées en zone rurale, les autres au sein de quartiers prioritaires.

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : à ce jour 3 CPTS sont déjà passées en Commission de Coordination de l'Offre Départementale de Proximité (CCOPD). Il s'agit des CPTS du Comtat Venaissin, du Grand Avignon et de Santé Lub. A elles seules, elles couvrent l'équivalent de 325 000 habitants. Ces 3 CPTS se situent à des stades d'écriture différents dans leur projet de santé. A terme, toutes déposeront leur projet de santé pour labellisation ARS et contractualisation ACI avec l'Assurance Maladie. Les CPTS constituent un enjeu majeur de « ma Santé 2022 »³⁴ et vont être un acteur important dans l'offre de soins ambulatoire, la coordination des parcours et les actions de prévention.

3 Equipes de Soins Primaires : Sault, Saint Christol et Morières.

Le mode d'exercice en structure d'exercice coordonné, de plus en plus prisé des professionnels, et tout particulièrement des jeunes médecins, constitue un des dispositifs favorisant le maintien ou le développement d'une offre de soins dans les territoires en voie de désertification médicale et/ou auprès des populations les plus vulnérables. La première évaluation des maisons de santé par l'IRDES en 2014 a montré que ces regroupements stabilisaient la démographie des professionnels, et amélioraient la qualité des soins à moindre coût³⁵.

Des structures d'accueil social et de logement existantes dans le Vaucluse, mais des besoins en Lits Halte Soins Santé et en structures d'accueil d'urgence, notamment pour les demandeurs d'asile



Des disparités infrarégionales en matière de dispositifs favorisant l'accès au logement
Des taux d'équipement importants dans le Vaucluse en Foyers de Jeunes Travailleurs, Maison Relais



Des équipements de santé dans le champ de l'exclusion sociale existants mais à développer ou en cours de développement

Source : Diagnostic – Contexte territorial & Positionnement du Centre hospitalier de Montfavet (2019)

³⁴ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022>

³⁵ Espérance de vie en 2016 sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749>

a. Un département sous-doté en structures d'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés

Le département du Vaucluse présente la plus forte part de population de nationalité étrangère (7,1 %, contre 6,8 % dans la région et 6,4 % au niveau national).

- *Avignon comprend également la plus forte part de population étrangère (12,3 %, soit près de 2 fois plus que la moyenne nationale).*

Le Vaucluse présente pour autant les plus faibles taux d'équipement en nombre de centres d'accueil pour demandeurs d'asile (respectivement 0,18 pour 100 000 habitants, contre 0,36 pour 100 000 habitants en région PACA). Ces valeurs restent inférieures à celles de la métropole.

Structures et aides sociales en faveur des personnes de nationalité étrangère | 2014

	Vaucluse	PACA	France métro.
Part de population de nationalité étrangère (%)	7,1	6,8	6,4
Taux d'équipement pour 100 000 habitants en nombre de centre d'accueil pour demandeur d'asile en 2016	0,18	0,36	0,42

Source: Insee RP 2014, Insee BPE, SNIIRAM

N.B: Depuis 2014 il s'est créé un grand nombre de places en Vaucluse tous dispositifs confondus avec l'arrivée sur le territoire d'ADOMA Asile et de l'Entraide Pierre Valdo (EPV) sur le département. Certains réfugiés accèdent difficilement au logement à leur sortie des dispositifs en particulier lorsqu'il s'agit d'hommes isolés. « Financés par l'Etat au titre de l'aide sociale obligatoire, ces centres sont placés sous contrôle budgétaire et administratif de la Direction départementale de la cohésion sociale³⁶ :

- Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile – HUDA
- Centre d'accueil des demandeurs d'asile – CADA
- Centre d'accueil et d'orientation – CAO
- Intermédiation locative – IML (pour réfugiés statutaires)
- Accueil temporaire service de l'Asile – ATSA
- Dispositifs pour les réinstallés (EPV et Adoma)

b. Des disparités infrarégionales en matière de dispositifs favorisant l'accès au logement

Concernant les dispositifs d'accès au logement pour les adultes en difficulté, le Vaucluse est mieux équipé que les autres départements. Le dispositif Accueil Hébergement Insertion qui a vocation à répondre à ces publics, au regard du déploiement de la stratégie du logement d'abord connaît une véritable métamorphose. L'accès au logement de droit commun est systématiquement privilégié alors qu'il ne correspond pas toujours (ou en tout cas pas sans un accompagnement adapté) aux besoins et attentes des personnes.

Le Vaucluse est également mieux équipé en places de maisons relais, mais il y a peu de rotation sur ces dispositifs. Attentes parfois supérieures à 12 mois pour y accéder.

³⁶ <http://www.vaucluse.gouv.fr/dispositifs-pour-demandeurs-d-asile-et-refugies-a11842.html>

Enfin, le Vaucluse était mieux équipé que les départements de comparaison et que la région en FJT* en 2014, tandis que l'offre en FTM* reste globalement à renforcer sur le territoire. Depuis le FJT de Carpentras a fermé. Les jeunes précaires sont renvoyés vers des dispositifs du secteur Accueil Hébergement Insertion qui n'est pas dimensionné pour leur répondre. Les jeunes sortants des dispositifs de protection de l'enfance sont particulièrement concernés et parmi eux les anciens mineurs non accompagnés devenus majeurs présentent d'autres facteurs de fragilité sur le plan de la santé mentale.

Taux d'équipement pour 100 000 habitants en nombre de places - Dispositifs favorisant l'accès au logement pour les adultes en difficulté | 2017

	Vaucluse	BdR (13)	Var	PACA
CHRS - Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale	47,5	117,8	5,5	80,4
Maisons relais	30,0	22,7	19,5	22,3
Résidences sociales	117,5	362,7	112,3	211,3
Foyers de jeunes travailleurs (FJT)* en 2015	48,4	21,0	8,5	15,6
Foyers de travailleurs migrants (FTM)* en 2015	-	2,2	-	28,9

Source : PRAPS 2018-2023, TANorama statistique PACA 2016

* Non transformés en résidences sociales

c. Des équipements de santé dans le champ de l'exclusion sociale existants mais à développer

- Les Lits Halte Soins Santé (moins de 30 lits) accueillent des « *personnes majeures sans domicile fixe, ne pouvant être soignées par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique ne nécessite pas de soins ou d'accompagnement hospitalier ou médico-social mais n'est pas compatible avec la rue* ».

Le département dispose d'un taux d'équipement en lits halte soins santé inférieur au taux régional (2,2 places pour 100 000 habitants contre 2,6 places pour 100 000 habitants). L'une des deux structures du territoire est gérée par le CHM.

- Les Lits d'Accueil Médicalisé (15 à 25 lits) accueillent des « *personnes majeures sans domicile fixe, atteintes de pathologies lourdes chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être accueillies dans d'autres structures* ».

Taux d'équipement pour 100 000 habitants en nombre de places - Dispositifs de soins spécifiques (2017)

	Vaucluse	BdR (13)	Var	PACA
LHSS (places autorisées installées) - Lits Halte Soins Santé	2,2	3,0	1,0	2,6
LAM (places autorisées non installées ou en cours d'installation) - Lits d'Accueil Médicalisé	3,6	1,0	-	0,8

Source : PRAPS 2018-2023, Sites internet association Rhéso/Imagine 84/SIAO Vaucluse

- 1 service d'Appartements de coordination thérapeutique (ACT) – Groupe SOS (Avignon) : visent à donner accès à un hébergement adapté et un accompagnement médico-social à des personnes souffrant d'une pathologie lourde invalidante en situation de précarité sociale.

Les ACT Vaucluse propose 12 appartements semi-collectifs (avec 2 places par appartement) et 5 places en ACT individuels.

- 2 Résidences accueil :
 - Centre Hospitalier de Montfavet : 25 logements
 - Aharp : 30 logements en résidence accueil CHM : 17 places en résidence accueil LHSS : 13 places (6 Carpentras, 7 Avignon) LAM : 18 places à Avignon ACT : 15 places à Avignon.

Un territoire sous doté en dispositifs de protection de l'enfance et inégalement répartis sur le territoire



Un territoire sous-équipé en places d'établissements de protection de l'enfance

Avec une répartition des établissements inégalitaire dans l'offre des établissements



Les lieux de vie et d'accueil, premier type d'établissement en protection de l'enfance du Vaucluse en nombre de structures (contre les mecs dans les autres départements de la région)

Source : Diagnostic – Contexte territorial & Positionnement du Centre hospitalier de Montfavet (2019)

a. Un territoire nettement sous-équipé en places d'établissements de protection de l'enfance³⁷

En 2015, le Vaucluse présente des taux d'équipement en places d'aide sociale à l'enfance inférieurs aux taux régional et national : un taux de 2,7 places d'établissements d'aide sociale à l'enfance pour 1000 habitants de moins de 20 ans, contre 4,1 places dans la région et à l'échelle nationale.

Ainsi, en établissement comme en accueil familial, les places sont saturées, notamment en dispositif d'urgence.

En 2015, le schéma départemental de l'enfance et de la famille du Vaucluse mettait en avant l'inégalité de la répartition sur le territoire des établissements de protection de l'enfance, couplée au faible taux d'équipement.

Le département maintient néanmoins une offre d'accueil diversifiée avec le développement de plusieurs solutions et de prise en charge : SAPSAD (Service d'Accueil, de Protection, de Soutien, d'Accompagnement à Domicile), accueil séquentiel... Certaines structures cherchent à développer des partenariats avec des acteurs de pédopsychiatrie pour favoriser l'insertion des jeunes majeurs ayant des troubles psychiatriques.

b. Le dispositif d'accueil et d'accompagnement des jeunes

En 2020 : création de 85 places d'hébergement. Le dispositif départemental de prise en charge est de :

- 870 places d'hébergement avec les places conventionnées (Entraide Pierre VALDO)
- 934 mesures d'Action Educative en Milieu ouvert (AEMO)

Réparties sur :

- o 1 structure d'urgence : foyer, centre maternel (CM) /accueil urgence famille (AUF), Pouponnière : 75 places
- o 1 centre maternel : 16 places
- o 9 MECS dont 2 expérimentales à destination de Mineur Non Accompagné (MNA) : 416 places dont 205 en service d'autonomie
- o 1 Placement Familial Spécialisé (PFS) : 67 places
- o 5 Services expérimental en faveur de l'enfance protégée (SAPSAD) : 179 places
- o 4 services Visite avec Présence d'un Tiers (VPT) : 3 472 heures
- o 11 Lieux de Vie et d'Accueil (LVA) : 55 places
- o 2 services AEMO : 934 places
- o 1 Service de Prévention Spécialisée
- o 1 Service d'accompagnement majeurs MNA conjoint CD³⁸/DDCS³⁹ : 22 places
- o 1 Service d'accompagnement majeurs ASE⁴⁰/MNA : 40 places
- o Cet accompagnement est complété par des dispositifs conventionnels avec les différents partenaires (AMADO) auquel s'ajoute le dispositif hôtelier.

37 Source : Schéma départemental enfance – famille 2015-2020 du Vaucluse, DREES, EAs, Insee

38 Conseil Départemental

39 Direction Départementale de Cohésion Sociale

40 Aide Sociale à l'Enfance

Une offre de soins libérale déficitaire sur le territoire, pour tous les types de professionnels de santé étudiés (de premier recours ou spécialisés)



Un schéma régional de Santé qui invite la médecine de ville aux coopérations et l'accompagnement des parcours



Une offre départementale en médecins généralistes, spécialistes, infirmiers et pédiatres globalement déficitaire



Une offre départementale en psychiatres et pédopsychiatres déficitaire en particulier dans le Sud du département

Source : Diagnostic – Contexte territorial & Positionnement du Centre hospitalier de Montfavet (2019)

a. Une offre départementale en médecins généralistes, médecins spécialistes (dont pédiatres) et infirmiers globalement déficitaire

Par rapport aux départements de comparaison et à la région, **le Vaucluse est le territoire le moins bien doté en médecins généralistes** (92 pour 100 000 habitants), **en médecins spécialistes** (101,7), **en infirmiers** (196,7) et **en pédiatres** (3,9).

Le Vaucluse présente aussi la plus grande part de **médecins généralistes de 55 ans et plus** (61,6 %).

Les densités en médecins spécialistes, **(hors pédiatres)** et infirmiers du département restent néanmoins **meilleures que les densités nationales**

Densités en professionnels libéraux ou mixte pour 100 000 habitants | 2017

	Vaucluse	PACA	Fce métro
Médecins généralistes	92,0	108,8	104,2
Part des 55 ans et + (%)	61,6	58	50,6
Médecins spécialistes	101,7	124,8	91,2
Infirmiers	196,6	248,4	137,3
Pédiatres	3,9	5,6	4,4

Source : DRSM Paca-Corse

b. Une offre départementale en psychiatres et pédopsychiatres déficitaire

Le Vaucluse est le département le moins bien doté en psychiatres parmi les départements de comparaison, la région et la métropole (7,4 pour 100 000 habitants).

Par ailleurs, le Vaucluse présente la densité la plus faible de pédopsychiatres (9,1 pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans), bien que supérieure à la moyenne nationale (6,7 pour 100 000).

Répartition des psychiatres libéraux ou mixtes en 2017



Densités en professionnels libéraux ou mixte pour 100 000 habitants

	Vaucluse	PACA	Fce métro
Psychiatres pour 100 000 habitants (2016)	28,5	32,5	27,1
Pédopsychiatres pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans (2016)	9,1	10,3	6,7
Gériatres pour 100 000 personnes de 65 ans et + (2017)	10,7	9,4	15,6

Source : RPPS, Insee

Une offre sanitaire relativement satisfaisante et coordonnée entre les différents acteurs du territoire



Un schéma régional de Santé qui promeut la coordination et un parcours conjoint en santé mentale



Une offre MCO relativement satisfaisante et organisée autour du GHT du Vaucluse, en coordination avec CHM sur les filières addictologie, prises en spécifiques, gestion de l'urgence



Un taux d'équipement sur le territoire du CHM élevé notamment en temps partiel

Source : Diagnostic – Contexte territorial & Positionnement du Centre hospitalier de Montfavet (2019)

a. Une offre en Médecine, Chirurgie, Obstétrique répartie sur l'ensemble du territoire et globalement satisfaisante

Sur le territoire couvert par le CH de Montfavet, sont implantés :

- 11 établissements de santé, membres du GHT du Vaucluse,
- 2 établissements privés non lucratifs (Maison de repos et de convalescence à Sarrians et la clinique Ste Catherine à Avignon),
- 9 établissements privés lucratifs : Polyclinique Urbain V, Clinique du Dr. Montagard, Centre Chirurgical St Roch, Clinique du Parc, Clinique Rhône Durance, Clinique Fontvert St François, Centre les Cyprès, Centre du Lavarin, Polyclinique Synergia, Centre Médical du Ventoux.

Le territoire est bien doté en lits et places de Médecine, Chirurgie et Obstétrique, avec des taux d'équipement supérieurs aux taux nationaux.

Taux d'équipement sur le territoire du GHT du Vaucluse | pour 1 000 habitants – 2016

	GHT Vaucluse	France	Ecart
Lits et places en médecine	2,2	2,1	+ 5 %
Lits et places en chirurgie	1,5	1,3	+ 19 %
Lits et places en obstétrique*	2,3	1,6	+ 39,5 %
Lits et place en SSR	5,6	7,1	- 22 %

b. Une articulation avec les CH du territoire notamment dans la gestion des situations d'urgence

Sur le territoire, il existe 7 services d'urgences :

- Le CH d'Avignon (plus de 100 000 passages),
- Des services ayant entre 25 000 à 32 000 passages annuels (Orange, Cavaillon, Carpentras)
- Le CH d'Apt (+ 15 000 passages),
- Des services d'urgences ayant moins de 10 000 passages annuels (Valréas, Vaison-la-Romaine).

Excepté pour le CH de Valréas, les services d'accueil des urgences (SAU) du territoire connaissent une forte augmentation de l'activité en un an (2016).

Cette forte demande nécessite une bonne coordination avec le CHM pour gérer les situations d'urgence des patients nécessitant une prise en charge psychiatrique. La part des passages aux urgences pour motif psychiatrique (diagnostic principal) ne dépasse pas 5% pour l'ensemble des services avec des écarts expliqués notamment par le dimensionnement des différents SAU : 5% pour le CH d'Avignon contre 2% pour Apt, Valréas, Cavaillon. La part des passages pour motif psychiatrique est stable pour l'ensemble des SAU entre 2015 et 2016.

La part des séjours codés en psychiatrie (diagnostic associé) est faible pour l'ensemble des CH (inf. à 3%) excepté pour Vaison-la-Romaine et Valréas (respectivement 5,6% et 4,8%). Ces taux attestent d'une articulation opérante entre les CH généralistes et les équipes du CH de Montfavet.

Bien que n'étant pas membre du GHT du Vaucluse, le CH de Montfavet est partenaire avec l'ensemble des autres centres hospitaliers du département et est associé aux axes du Projet Médical Partagé comme opérateur de premier plan dans l'organisation des soins sur le territoire. Le CH de Montfavet est le porteur dans le projet médical partagé du GHT de Vaucluse des filières psychiatrie et addictologie et est associé aux réflexions sur la prise en charge des urgences et sur la gériatrie.

Caractéristiques de l'activité des CH du GHT du Vaucluse | 2016

	CH Avignon		CH Orange	CH Carpentras	CH Cavaillon	CH Apt	CH Valréas	CH Vaison La Romaine
Lits et places MCO	762		181	111	86	60	32	29
Lits et places SSR	109		25		81	30	23	33
Passages aux urgences (<i>évolution % à 2015</i>)	Ad : 64 501 (+9%)	Enf : 36 720 (+4,5%)	31 940 (+8%)	29 453 (+5%)	27 691 (5%)	15 575 (7%)	9 587 (+0,4%)	9 935 (3%)
<i>Part des passages motif psy (diag principal)</i>	Ad : 5%	Enf : 1%	3,4%	2,7 %	2,3%	2,2%	2,2%	2,4%
Séjours (hors séances)	51 587		12 194	7 317	8 161	4 298	1 351	1 636
Séjours avec diag associé psy (<i>part % séjours</i>)	870 (1,7%)		288 (2,4%)	179 (2,4%)	195 (2,4%)	126 (2,9%)	65 (4,8%)	85 (5,6%)

Sources : Données PMSI 2015-2016, retraitement Mazars

c. Une offre capacitaire importante sur le territoire et principalement portée par le CHM

L'offre en psychiatrie du département est principalement portée par le CH de Montfavet :

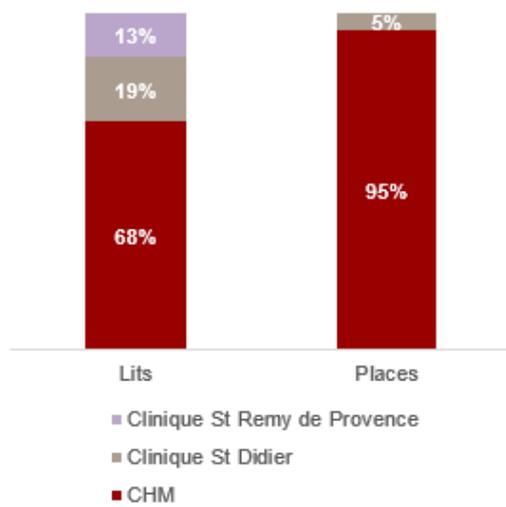
- En psychiatrie générale :
 - 351 lits en hospitalisation temps plein, (hors UMD),
 - 232 places en hospitalisation à temps partiel.
- En psychiatrie infanto-juvénile :
 - 5 (devant être portés à 7) lits en hospitalisation pour les enfants, 10 lits pour les adolescents,
 - 107 places en hospitalisation à temps partiel dont 8 dédiées aux adolescents.

Sur le territoire de Vaucluse, en psychiatrie générale, le taux d'équipement en hospitalisation temps plein se situe au-dessus de la moyenne nationale avec plus de 11 lits pour 10 000 habitants. Le taux d'équipement en pédopsychiatrie est légèrement inférieur aux données de comparaison avec 1 lit pour 10 000 enfants de 0- 19 ans

Concernant les taux d'équipement en hospitalisation à temps partiel, les indicateurs sont largement supérieurs aux données de comparaison en psychiatrie adulte comme en pédopsychiatrie.

Concernant les taux d'équipement, la région PACA est relativement bien dotée en psychiatrie.

Répartition des lits et places du territoire du CHM | 2017



Comparatif des taux d'équipement | pour 10 000 habitants - 2016

	Territoire CHM*	PACA	France
Psychiatrie générale 10 000 habitants de plus de 19 ans			
Lits temps plein	11,4	12,7	11,2
Places	5,4	3,8	4,0
Pédopsychiatrie 10 000 habitants de moins de 19 ans			
Lits temps plein	1,2	1,4	1,4
Places	6,9	5,9	6,0

Sources : DREES, SAE 2015, STATISS 2016 -- Retraitement Mazars sur population (0-19 ans pour permettre les comparaisons) |

* Territoire CHM : prise en compte de la Clinique St Didier et de la Clinique St Remy de Provence, des unités sectorielles et intersectorielles (départementales), retrait UPB, UMD.

Diagnostic qualitatif territorial

En Vaucluse, il a donc été proposé de travailler, sous forme de groupes de travail spécifiques, sur chacune des 6 priorités nationales du Projet Territorial de Santé Mentale, auxquels nous avons ajouté deux thématiques supplémentaires : les usagers de la santé mentale et la psychiatrie périnatale. Les 8 groupes de travail que nous avons animés en Vaucluse ont donc été les suivants :

1. Le repérage précoce des troubles psychiques
2. L'organisation – sans rupture – du parcours des personnes
3. L'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques
4. La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence
5. Le respect et la promotion des droits des personnes
6. L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.
7. Les usagers de la santé mentale
8. La santé mentale et la psychiatrie périnatale

Les acteurs de la santé mentale de Vaucluse ont donc été invités largement à venir s'exprimer, sur les problématiques et difficultés rencontrées, sur des besoins perçus et sur des propositions d'amélioration.

Les éléments suivants s'appuient donc principalement sur les témoignages et l'expertise des acteurs locaux et sur des travaux ayant pu être réalisés sur le territoire.

Nous insistons ici sur le fait que les propos sont ci-après retranscrits fidèlement aux échanges et ne reflètent pas nécessairement l'avis des rédacteurs ni de l'ensemble des participants.

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

Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médicosociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles. A ce titre, il prévoit l'organisation de :

- *L'accès à un avis spécialisé pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes*
- *L'accès aux soins et aux accompagnements dans des délais répondant à la nature des situations*
- *L'accès aux dispositifs spécifiques existant au niveau régional ou interrégional*

Pour permettre d'atteindre ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur :

- *La mobilisation et la sensibilisation des acteurs au repérage précoce des troubles, notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'Education Nationale, de l'enseignement supérieur, de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse*
- *Les professionnels de la psychiatrie, en particulier au titre de la mission de psychiatrie de secteur, et le soutien de ces professionnels aux acteurs sociaux et médico-sociaux confronté à des situations de décompensation ou de détresse psychiques*

Les acteurs sociaux et médico-sociaux et le soutien de ces acteurs aux professionnels de la psychiatrie, par la mise en œuvre la plus précoce possible de réponses d'accompagnement adaptées, en particulier pour les situations complexes ; Les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux apportant eux-mêmes leur appui aux proches et aux familles dans leur rôle d'aidants de proximité

(cf décret du 27 juillet 2017)

Contenus des échanges et problématiques identifiées

- Troubles psychologiques (anxieux, phobiques...) et d'apprentissage font le lit des maladies psychiatriques, des addictions, des troubles de la personnalité : le repérage précoce est essentiel. Les actions de prévention et la prise en charge précoce de ces troubles est souvent plus courte, moins onéreuse et plus efficace que celle d'une maladie psychique « installée ».
- Nécessité de faire évoluer la vision hospitalo-centrée
- Manque de moyens de repérage et de mobilisation
 - En milieu scolaire
 - Du milieu familial. La sensibilisation des familles est importante : PRE (Programme de Réussite Educative), ADVSEA (Association Départementale de Vaucluse pour la Sauvegarde de l'Enfance à l'Adulte) partenaires de OGA mais « les familles ne suivent pas, sont dans le déni de la situation », difficulté

d'accepter les troubles psychiques de leurs enfants. Il faut permettre l'insertion scolaire et parentale, avec une inscription administrative qui soit « facile ».

- Manque de connaissance des partenaires
- Importance du réseau et de connaître les structures pouvant orienter, évaluer et diagnostiquer. Le CMPP permet justement ce diagnostic de prise en charge pluridisciplinaire et multifactorielle.
- Proposer des structures, des services, en amont de la psychiatrie. Importance des CMPP dans ce rôle de premier recours non psychiatrisé, mais file active souvent engorgée (jusqu'à 18 mois d'attente) Importance de la présence d'un TISF (Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale) auprès des familles, notamment sur le volet périnatalité, au sortir de la maternité, que ce soit dans le cadre de la CAF ou du Conseil Départemental.
- Problématique de l'enfant qui est scolairement « bon » sans trouble de l'apprentissage (dys...) et pour lequel la pathologie passe inaperçue. Au sein de l'éducation nationale, le repérage se fait à travers l'expression des troubles cognitifs → Attention particulière à porter aux troubles psychiques invisibles et silencieux, aux symptômes non bruyants. Dans le cadre de l'intervention à domicile (service TISF), le repérage se fait au travers des troubles constatés dans la relation parents/enfant.
- Dans l'anamnèse du patient en souffrance, certaines situations doivent attirer l'attention : un passé de petite enfance ou adolescence avec des troubles psychiques, une absence de repérage/de prise en charge et des carences affectives.
- Pour être efficace, le repérage précoce doit prendre en compte l'histoire de l'enfant dès son plus jeune âge (petite enfance) et se décliner au niveau de la périnatalité (pour la femme enceinte pour la première fois et/ou à risque), de la PMI, des crèches. Besoin de « créer des partenariats dans le temps et dans l'espace », d'un « maillage temporel et spatial » et de travailler en réseau. Utilisation des possibilités offertes par le dispositif PRADO Maternité⁴¹ (visite sage-femme + intervention TISF), dans une logique plus globale de prévention des dysfonctionnements du lien parents/bébé.
- Travailler en réseau demande une « boussole » : un médecin qualifié doit poser un diagnostic et orienter au départ la prise en charge par la prescription (séances de psychothérapie, traitement médicamenteux, rééducation en orthophonie en psychomotricité...)
- Attentes vis-à-vis de la MDPH pour jouer un rôle de liant, de pivot... mais la MDPH de Vaucluse est totalement engorgée et en difficulté.
- La prévention permet d'identifier les populations dites « à risque ». Il faut concentrer les moyens sur la prise en charge de cette population afin d'éviter l'apparition de maladies psychiatriques.

⁴¹ Programme d'accompagnement du retour à domicile – <https://www.onssf.org/exercice-liberal/le-prado-maternite/>

- « On est dans le curatif, pas dans la prévention. On connaît les populations à haut risques, on peut concentrer les moyens sur ces populations »
- Nécessité de parler des émotions, de faciliter la prise de parole, dans les écoles et d'éduquer la bienveillance
- Disparition des RASED et diminution des psychologues scolaires
- Questionnement au niveau du moyen de transport : comment se rendre à des rendez-vous lorsque les parents ne sont pas disponibles, qu'il n'y a pas de voiture, de bus ou de budget pour ces déplacements ? A ce niveau également, l'intervention d'un TISF peut garantir une certaine mobilité afin d'assurer la continuité des soins.
- Besoin de s'appuyer sur le monde libéral, de proximité :
 - Est porté à la connaissance du groupe le document « **HAS Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – Etats de lieux, repères et outils pour une amélioration** » (lien pour consulter le document https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201810/guide_coordination_mg_psy.pdf)
 - Créer un maillage sur lequel s'appuyer et améliorer la situation actuelle.
 - Les jeunes médecins généralistes souhaitent souvent travailler différemment que leurs aînés : rythme de travail moins soutenu, féminisation de la profession... → penser à mettre en place des professionnels intermédiaires
 - Problème du patient complexe qui prend davantage de temps que les consultations « ordinaires »
- Mission et enjeux très importants des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) – Financement important de la part de la CNAM Gestion des services de santé (déploiement d'assistants médicaux pour les médecins libéraux). La CPTS Grand Avignon a démarré il y a un an et regroupe environ 170 professionnels manifestant de l'intérêt pour cette dynamique qui est mise en place. Elle vient de recevoir le label de l'ARS pour commencer le diagnostic et espère obtenir une convention avec la CPAM en 2020
- Favoriser une passerelle entre les médecins généralistes et les psychiatres de façon à éviter le cloisonnement
 - Formation en continu, formation initiale... car les médecins généralistes sont les premiers consultés
 - Soutien aux professionnels libéraux
- Sentiment de détresse, de mise à l'écart de la part des parents dont l'enfant souffre d'un trouble psychique → le travail d'information et de renseignement avec la famille est primordial (une orientation vers l'Unafam, par exemple)
- En milieu scolaire, permettre la formation des enseignants au repérage

- CMP / CMPP / CMPEA (Centre Médico Psychologique Enfants et Adolescents → Embouteillés
 - Travailler en réseau
 - Renforcer la PMI, les CMPP, les CAMPS et la prévention
 - Repérage des prodromes (premiers signes précurseurs ou prémonitoires d'une pathologie) pour permettre une attention particulière, sans parler de diagnostic. Repérer des signes aspécifiques, sensibiliser les acteurs de terrains.
 - Permettre aux acteurs de première ligne de savoir vers qui orienter

- Idée de groupe de paroles pour enfants – Exemple des groupes de parole d'adolescents au CMPP qui par la suite sont susceptibles de repérer eux-mêmes d'autres pairs en difficultés.

- Mettre en place des dispositifs de prévention déjà utilisés mais pas dans le domaine de la santé mentale (ateliers santé...)

- Importance du regard extérieur : l'environnement familial est souvent cloisonné, c'est à l'extérieur que les signes sont le plus visibles (école, club de sport...)

- Le système doit être suffisamment étayé pour préconiser une prise en charge autre que psychiatrique et être capable, par un canal prioritaire, de signaler quand il y a un besoin spécifique de prise en charge psychiatrique → Vacuité actuelle, système en souffrance

- Travail de répertoire et cartographie : « qu'est ce qui est proposé si j'ai un enfant qui a un trouble d'apprentissage ? un enfant qui fait une tentative de suicide ? concrètement qu'est-ce qu'on fait et où est-ce qu'on va ? » → Besoin d'une orientation efficiente du parcours de soin

Points clés à retenir et pistes d'action

- Besoin de connaître et de communiquer davantage entre partenaires de manière à :
 - Améliorer l'efficacité de la prise en charge et ainsi éviter les défauts de coordination
 - Réaliser une cartographie, un répertoire commun des ressources sur un territoire

- Existence de dispositifs potentiels de repérage et de prévention dont l'action peut être élargie au repérage précoce des troubles psychiques (MDPH, PRADO Maternité¹¹)

- Existence de dispositifs de prévention en amont de la psychiatrie (exemple des CMPP) qui permettent un diagnostic, une prise en charge, une coordination et une orientation pour des enfants à risques qui présentent des signes de souffrance, des troubles psychologiques ou des troubles des apprentissages. Mais ces structures manquent de moyens et sont sous dotées au regard des besoins de la population.

- Permettre aux acteurs non soignants (parents, enseignants, ATSEM, service TSIF...) d'aider au repérage « on devrait tous être capable de repérer un enfant qui va mal » → besoins de formation, d'information, d de lieux de rencontre, d'une ouverture du milieu scolaire aux parents.
- Déstigmatisation des troubles mentaux via les SISM (Semaines d'Information de la Santé Mentale) par exemple. Améliorer la communication et la visibilité afin de « libérer la parole »
- Les dispositifs de repérage et de prévention sont moins onéreux et plus efficaces que la prise en charge des troubles psychiatriques installés
- Proposer un remboursement des séances chez les spécialistes (psychologue, psychomotricien...)
- Prise en charge précoce :
 - Travailler ensemble, formation au repérage du trouble psychique, travailler en réseau
 - Mise en place de plateforme de dépistage, de coordination de la prise en charge précoce (par conventionnement avec les CAMPS (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) ?)
- Mettre en place une cartographie accessible au grand public et aux professionnels en fonction de l'âge, de la problématique repérée et du territoire - permettant de savoir comment « intégrer la boucle »
 - CPTS et PTA comme outils répondant à cette cartographie ?
- Renforcer et développer les structures déjà existantes pour leur permettre de répondre dans les délais nécessaires (CAMPS, CMPP, PMI, Equipe mobile...)
- Sensibiliser et former au repérage des prodromes
 - Les acteurs de 1ère ligne qui ne sont pas soignants (AVS, instituteur, puéricultrice, TISF (Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale) ...)
 - Les familles
 - Les médecins généralistes
- Développer les compétences psychosociales de l'enfant
 - Groupes de parole
 - Libérer la parole via d'autres forme d'expression (art thérapie...)
 - Infirmières scolaires sensibilisant à la santé mentale
- Réfléchir à la mise en place d'une plateforme d'échange d'information et de communication tel l'Agora Social Club (réseau social de l'ARS PACA au service de la politique régionale de santé, qui propose une façon de travailler collaborative) ?

- CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) : proposer une « personne ressource santé mentale » dans les structures afin d’être en mesure de faire du lien, de construire en partenariat avec des professionnels de santé ou du médico-social et autres acteurs (famille, instituteur...), des propositions d’interventions auprès de pairs, adaptées à leur parcours de vie et de soins, selon une approche globale de la personne, et intégrant ses attentes et besoins

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

Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation d'un parcours de santé et de vie sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. A ce titre, il prévoit :

Les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

Le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire.

Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur la mise en place d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité.

(cf décret du 27 juillet 2017)

Contenus des échanges et problématiques identifiées

- Présentation par Mme HYZARD (IDE Référente Parcours Santé Rhéso) du dispositif expérimental « Toit d'abord », s'inspirant de l'expérimentation « un chez soi d'abord » issu du modèle nord-américain « Housing First ». Ce dispositif garantit un accompagnement dans un cadre de vie de qualité en parallèle d'un parcours de santé en partant du postulat que tout individu peut accéder à un logement de droit commun. Rhéso met en œuvre cette action pour des jeunes célibataires, entre 18 et 25 ans, sans-abri ou en risque de l'être et présentant des troubles psychiatriques sévères. Les jeunes accueillis sont logés dans des appartements individuels meublés (type studio ou T2), sur Carpentras ou Orange. L'accueil du jeune dans le dispositif jusqu'à son glissement dans son propre logement doit se dérouler sur une durée maximale de deux ans. Nombre de places : 30.
Existence de deux accueils de jour (Carpentras et Orange) pour personnes précaires avec possibilité de douche et de petit-déjeuner → « sas permettant d'identifier les jeunes éventuellement dans le besoin »
- Annonce en 2020 d'un projet d'ouverture de GEM à Carpentras, porté par le CH de Montfavet et Rhéso
- Bruno CARBONNEL – Directeur Adoma Asile : témoignage autour de la souffrance des équipes encadrantes, du sentiment d'impuissance vis-à-vis de la difficulté d'accès aux soins pour les personnes qu'ils accueillent qu'aux difficultés rencontrées dans l'accompagnement au quotidien (gestion de divers troubles psychiques). Sentiment

partagé au sein du SIAO. « Les acteurs du logement, du social se sentent démunis. La souffrance des personnes est trop lourde ».

« On se retrouve seul face à ces problématiques : comment prendre en charge ? Comment on loge des personnes schizophrènes ou avec un syndrome de Diogène ? Comment faire comprendre la situation au voisinage ? qui sera là en cas de décompensation ? »

- Les migrants : La comparaison peut parfois être faite entre la souffrance psychique des migrants et celle des patients en hospitalisation sans consentement : pas de sensation de contrôle, dans l'attente d'une décision.
- Evocation de la complexité du cas des Sans Domiciles Fixes dont la souffrance mentale se combine parfois avec des pathologies psychiatriques associées : l'accueil et l'accompagnement est d'autant plus difficile
- Méconnaissance de l'existant : nécessité d'un répertoire des partenaires pour orienter, pour « savoir ce qui est possible de faire », pour permettre une visibilité des acteurs (santé, accueil...). Exemple d'un forum interprofessionnel initié en 2018 par le CH de Montfavet.

Besoin d'un répertoire commun :

- CLSM réfléchit à la création d'un livret ressource par thématique et travaille sur le recensement des partenaires
- Existence du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) porté par l'ARS PACA Madame BESSE, référente ARS ROR sur la partie opérationnelle, a été contactée et propose de venir présenter l'outil et son utilisation
- La PTA (Plateforme territoriale d'appui) avait en projet d'en construire un également
- Existence d'acteurs « facilitateurs » : MDPH, éducation nationale, CPAM, CCI (parcours scolaire), AFPA, PTA
- Inclure davantage les médecins libéraux pour qui parfois l'accueil d'une personne souffrant de troubles psychiques est problématique (difficulté à patienter, comportements singuliers...)
 - ➔ L'accompagnateur du patient n'est pas accepté durant le rendez-vous médical : besoin de communiquer sur l'importance de cette présence tiers, rassurante et aidante. Un travail d'information auprès des médecins serait nécessaires pour les informer des caractéristiques et des difficultés probables des personnes souffrant de trouble psychique et ou mental. Cela permettrait un accueil de l'accompagnateur et des modalités d'accompagnement dans le soin plus spécifiques et adaptées.
- Difficulté d'accompagnement pour des personnes dont les diagnostics, notamment pour les troubles du spectre autistique, ne sont pas posés. Les structures ont donc besoin d'aide, d'outils et d'éclairage par d'autres professionnels notamment, par exemple, par l'Unité Mobile Adulte Autisme Les Makaras de Marseille.

- Discussion sur de l'émergence de la fonction de « case manager » en santé mentale, dont le modèle est axé sur le rétablissement, qui vise à offrir des soins accessibles, coordonnés et efficaces. Cela demande d'envisager de sortir d'un modèle médico-centré, ce qui donne l'opportunité aux professionnels d'élargir leur rôle. C'est une conséquence directe du mouvement de désinstitutionnalisation. Point positif : Ouverture des structures vers d'autres professionnels car les problématiques et les spécificités des publics sont multiples. Mais besoin de connaissance de qui est déjà existant sur le territoire pour pouvoir le faire.
- Phénomène d'errance du fait du manque de places dans les structures hospitalières et médico-sociales. Il y a une difficulté dans les petites villes d'une prise en charge par un psychiatre car elles deviennent des déserts médicaux.
- Mise en lumière d'une barrière importante entre le monde de la psychiatrie et le logement. Exemple d'un appel d'urgence au SIAO 115 par un patient sortant d'hospitalisation et ne sachant pas où aller → Aucune solution n'a pu être trouvée suite à cette demande pressante.
- Question du logement : nombre de places insuffisant de manière générale pour les personnes souffrant d'un handicap, quel qu'il soit (psychologique, moteur ou sensoriel). Véritable problème de logement en ce qui concerne le handicap moteur (les structures ne sont pas adaptées même si on note la création de 2 structures avec accès PMR sur Avignon dans un CHRS d'urgence) et lorsqu'il y a des nécessités de soins sans pour autant être hospitalisé (accueil Lits Halte Soins Santé (LHSS) au CH de Montfavet mais places insuffisantes) → les idées ou structures existent parfois, mais les budgets et les capacités sont trop faibles (« les listes d'attente sont énormes dans les foyers de vie et d'accueil », « il y a engorgement des structures type LHSS car les structures d'aval (EHPAD, foyers logements) refusent les publics sortants. (Cf Note de cadrage de la Haute Autorité de Santé d'octobre 2018⁴², la part des personnes restant en LHSS alors qu'ils n'en relèvent plus est conséquente)
- Les publics les plus compliqués à loger sont les personnes âgées et les jeunes, du fait de la précarité financière en particulier. « Lorsqu'il y a des troubles psychiques associés, cela devient impossible ».
- L'idée utopique = offrir du logement et pas seulement de l'hébergement.
- Problématique des jeunes de l'ASE qui appellent le 115 dès le jour de leur majorité pour trouver un logement. Ils ne sont pas suivis donc sans demande MDPH et vont être livrés à eux-mêmes avec leurs troubles psychiques

42 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019_07/la_coordination_des_parcours_des_personnes_confrontees_a_des_difficultes_specifiques._la_place_d_es_lhss-des_lam_et_des_act-n.pdf

- 45% des appels SIAO concerne des femmes ayant subi des violences, physiques ou psychologiques : leur situation est particulièrement délicate, la plupart sont dans des hôtels, ce sont des solutions d'hébergement de courte durée seulement → Manque de places sur des dispositifs. Les femmes nécessitant en plus de l'hébergement, une mise à l'écart du conjoint violent
- SIAO - Instance Porcelaine depuis 2006 : Au fil des années, cette instance s'est formalisée autour de la rédaction d'une fiche-action. Les situations des personnes les plus vulnérables sont repérées et travaillées en regards croisés par différents professionnels afin de tenter d'apporter des solutions ou au moins d'être vigilant quant à l'évolution des situations
 - ➔ Réflexion à avoir sur les personnes qui ne font plus de demandes directes : les personnes les plus fragiles, démunies et en grande souffrance

Observation d'un nombre de plus en plus important de personnes en souffrance psychique.

- Les foyers de travailleurs en situation de handicap de 18 à 62 ans ne sont « pas du tout » adaptés aux personnes vieillissantes : « Après 62 ans, on oriente les personnes vers les EHPAD et c'est terrible mentalement pour elles de se retrouver avec des personnes de 20 ans plus âgées. » → Sentiment d'être « maltraitants » de la part des professionnels. Au vu de cette problématique, une anticipation des doubles orientations doit se faire pour éviter une attente trop longue pour une place en foyer de vie. Idée de développer des EHPAD spécifiques au public en situation de handicap mental ou psychique car l'accompagnement éducatif est minime voire inexistant en EHPAD par manque de moyens humains.
- Difficultés rencontrées par l'ESAT Epi (Avignon) :
 - Engorgement de l'ensemble des dispositifs existants (plusieurs années), (comme les résidence autonomie ancien foyer logement). Seule résidence répondant à la loi adaptation.
- Saturation des dispositifs de type LHSS (Lits Halte Soins Santé) et LAM (Lits d'Accueil Médicalisé) du fait de la saturation des dispositifs en aval
- ISATIS 84 - Intégration, Soutien, Accompagnement au Travail et Insertion Sociale :
 - L'accompagnement suite à une orientation par CAP EMPLOI est complexe : « La RQTH n'aide pas, au contraire : au lieu d'ouvrir, ça ferme des portes » or « l'emploi est structurant »
 - « Dans Le retour à l'emploi, la finalité n'est pas un emploi pérenne ni le point de vue économique, du moins pas en premier lieu. C'est l'emploi comme outil de rétablissement, de recovery. C'est pour améliorer le bien-être, la santé mentale de la personne. »

- Bien que « toute administration ou entreprise de 20 salariés et plus doit répondre à une obligation d'emploi de travailleurs handicapés fixée à 6% de son effectif total »⁴³, l'accès semble plus compliqué pour les personnes en situation de handicap mental. Les employeurs ainsi que les équipes de travail devraient être soutenus et sensibilisés au handicap mental, à l'insertion et au maintien dans l'emploi
→ Encourager, et pérenniser les actions menées par FIP /AGEFIP, ISATIS emploi handicap, Elisa84 ESAT, qui accompagnent les travailleurs en milieu ordinaire ou encore L'envol (Carpentras) sur les volets « service à la personne » et « soutien à l'emploi »
Besoin d'instaurer un cercle vertueux résultant de l'embauche d'un travailleur handicapé
- Aide et Accompagnement :
 - Echange sur le case management et la notion d'une personne accompagnant le travailleur handicapé sur le volet de l'emploi mais aussi dans la recherche des entreprises à sensibiliser
 - Fracture numérique – difficulté pour certaines personnes d'avoir accès à internet, d'avoir un téléphone (créer un profil, entrer un code métier, obtenir un code AMELI...)
 - Ouverture en 2020 d'un espace de vie sociale à Vaison-la-Romaine avec la présence d'une aide administrative
 - Problématique de traduction qui complexifie certains parcours avec l'absence de traducteurs disponibles
- Prise de connaissance des Club House : « Un club house est un lieu de vie créé pour et avec des personnes fragilisées par les effets de troubles psychiques dans le but de faciliter leur socialisation et leur réinsertion professionnelle »⁴⁴
- Nécessité de travailler en réseau
- Discussion sur l'accès à l'emploi et la réhabilitation sociale :
 - « Dans les 6% d'emplois réservés aux personnes handicapées, les employeurs vont avoir tendance à préférer embaucher une personne souffrant d'un handicap visible ». Nécessité d'un diagnostic en amont pour établir le profil de la personne à embaucher en fonction du travail proposé ainsi que d'un accompagnement dans le travail et auprès des équipes qui vont accueillir le nouveau salarié. Il faut prêter attention tant au bien-être de l'entreprise qui accueille que du salarié.
 - Modèle IPS⁴⁵ et/ou Working First⁴⁶ à développer dans le département ?
L'association Rhéso pourrait potentiellement porter ce projet car elle travaille déjà sur le volet « housing first » (thématique du logement prioritaire).
Nécessité de soutenir les structures voulant s'investir dans les actions du PTSM

43 <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F23149>

44 <https://www.clubhousefrance.org/>

45 Individual Placement and Support – <http://www.espace-socrate.com/index.php/socrate-rehabilitation/ips>

46 Working first – <https://workingfirst.fr/>

- Journée DuoDday : Le 14 mai 2020 (*annulation suite à la crise sanitaire du Coronavirus*), partout en France, l'opération DuoDay⁴⁷ permettra la formation de duos entre des personnes en situation de handicap et des professionnels volontaires dans de nombreuses entreprises, collectivités ou associations. Leur objectif : rassembler, dépasser les préjugés et avancer vers l'inclusion.
→ Besoin de faire connaître, de communiquer, de colliger ce genre d'initiatives faites sur le département et qui ne sont connues ni du grand public ni mêmes des structures pour personnes handicapées (PH)
 - Discussion autour de la réinsertion dans l'emploi et des chantiers de réinsertion
 - ANPE s'occupait du retour à l'emploi des PH → possibilité de demander un financement par pôle emploi et cap emploi concernant le Working First.
 - Envisager une souplesse de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)⁴⁸ pour encourager la recherche d'emploi.
 - Injonction forte pour les CHS de développer ce qu'il faut pour permettre la réhabilitation sociale
 - DU de case manager⁴⁹ ouvert à tout professionnel du paramédical, social... → Quid de cette formation dans notre région ? Département ?
 - Pair-aidance : aider à la mise en place des pairs-aidants sur le département
- Mise en œuvre d'un centre référent de réhabilitation sociale : soutenir le travail fait par Mme le Docteur LIBES (psychiatre au CHM) ; L'idée de ce centre est de présenter ce projet : avoir une coordination départementale qui se déclinera sur tout le territoire. Le squelette est l'hôpital mais sera habillé de tous les partenaires.
 - Etendre le maillage territorial des GEM et créer un collectif de GEM départementaux → mutualisation des moyens ? Tutelle avec un référent ARS ?
 - Nécessité de penser les projets dans un parcours de soin, en réseau, et en partant des problématiques des personnes

Points clés à retenir et pistes d'action

- Besoin de soutien des acteurs du social
 - Ce qui est proposé dans les structures est insuffisant. L'analyse des pratiques apaise la souffrance individuelle des professionnels mais il manque des outils « forts » dans l'accompagnement au quotidien, des formations.
 - Nécessité de décloisonner le sanitaire/ social/ psychiatrique/ somatique : Les problématiques sont multi factorielles et nécessitent une approche pluridisciplinaire.

⁴⁷ <https://www.duoday.fr/>

⁴⁸ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F21615>

⁴⁹ <https://www.santementale.fr/formation/formations/du-case-management.html>

- Besoin de connaître et de communiquer davantage entre partenaires de manière à :
 - Éviter les défauts de coordination
 - Faire un état des lieux de l'existant et réaliser une cartographie, un répertoire commun
 - Ouvrir le réseau, permettre les rencontres entre les partenaires, la discussion, l'échange

- Importance de la notion du « aller vers » :
 - L'émergence du case management : Approche transdisciplinaire pour la personne, où les acteurs médico sociaux, les partenaires institutionnels et associatifs travaillent en coopération étroite
 - Médiateurs santé/pairs aidants : repose sur l'idée qu'en ayant vécu la même maladie (physique ou psychique), on peut d'autant plus s'entraider. Ainsi, la personne qui a réussi à gérer au mieux sa maladie peut accompagner une autre personne qui n'en est pas au même stade.

- Renforcer le travail et les moyens avec les partenaires mobilisés : CLSM, ASL, AVDL, PFIDASS, PTA, MDPH ... et permettre un accompagnement adapté en terme de logement, de budget, de suivi de la personne, d'intégration auprès du voisinage

- Il existe déjà des structures qui tentent de répondre aux problématiques questionnées dans le PTSM : il sera important de les développer, les soutenir, les rendre davantage visibles

- Emploi et insertion :
 - Les ateliers et chantiers d'insertion : structures d'insertion par l'activité économique qui existent en France. Elle a pour but de lever les freins à l'emploi de personnes en difficulté d'insertion et d'emmener les salariés en insertion à l'emploi ou la formation (à Avignon Association SEMAILLES, PASSERELLE, Centre ESPELIDO)
 - Pôle Emploi / Cap Emploi : Insertion par l'Activité Economique. L'IAE s'adresse aux personnes sans emploi qui rencontrent des difficultés professionnelles et sociales particulières ne leur permettant pas d'accéder à l'emploi dans les conditions habituelles du marché du travail : par exemple demandeurs d'emploi de longue durée, jeunes sans qualification, travailleurs handicapés, allocataires RSA, minima sociaux
 - Pallier au manque de formation en réhabilitation sociale et rétablissement et envisager des ouvertures possibles de plusieurs niveaux de formation : certificat, diplôme, master et ETP⁵⁰ (40h)

- Problématiques de traduction : l'absence de traducteurs disponibles complexifie les parcours (ADOMA Asile)

- Complexité des modalités administratives :
 - Fracture numérique
 - Difficulté à obtenir certains documents indispensables au montage des dossiers dans le parcours de migrants (« exemple des récépissés obligatoires mais impossible à obtenir »)
 - Nécessité d'une aide, d'un accompagnement reconnu
 - Simplifier les demandes administratives

- Développer la réhabilitation sociale :
 - Le modèle « Club House » - Organiser une rencontre avec un Club House ?
(Réalisée lors de la journée d'échanges régionale organisée par l'ARS PACA et le CRES le 30 janvier 2020 au CHM)
 - Les GEM

- Déstigmatisation / Information
 - Nécessité de sensibiliser le corps enseignant et les élèves dès le plus jeune âge à la santé mentale
 - Revaloriser le statut des AVS (Auxiliaires de vie scolaire) : manque de personnel car conditions de travail précaires
 - Développement des PIAL (Pôles Inclusifs d'Accompagnement Localisés) qui favorisent la coordination des ressources au plus près des élèves en situation de handicap (les aides humaines, pédagogiques, éducatives, et, à terme, thérapeutiques) pour une meilleure prise en compte de leurs besoins

- ROR : outil qui peut vraiment avoir un impact positif → à décliner sur le territoire, doit être bien nourri et articuler pour garantir son efficacité

- Développer la formation PSSM⁵¹ dans les communautés de commune, au plus près de populations, du grand public, des élus locaux, des structures d'accueil... afin d'éviter certaines résistances

- Accompagner, promouvoir par tous les moyens la diminution des hospitalisations et des soins sans consentement en Vaucluse

- Inclure des acteurs de la santé mentale dans le champ de l'hébergement et du logement
 - La politique du logement d'abord, Housing First doit être prioritaire mais « les partenaires sont de plus en plus frileux, il faut travailler ensemble pour les informer et sécuriser au mieux la personne en demande de logement ».

- Développer la réhabilitation psychosociale dans les projets d'établissement et garantir un socle → soutenir le CHM dans sa volonté de mettre en place ce projet d'établissement

51 <https://pssmfrance.fr/>

- Ouvrir des postes de médiateurs pairs, développer l'inclusion et suivre le conseil de rétablissement en travaillant en binôme
- Permettre une activité minimale rémunérée plus fluide, une incitation à travailler, ayant un rapport au bénéfice immédiat. Proposer des « petites actions qui permettent d'avoir un petit plus » comme dans les ateliers (Décret 2001-576 du 3 juillet 2001)

<https://www.asfad.fr/> : Les CHRS peuvent organiser des actions ayant pour objet l'adaptation à la vie active (AAVA) par l'apprentissage ou le réapprentissage des règles nécessaires à l'exercice d'une activité professionnelle.

Ces actions s'adressent à des personnes qui ne sont pas en mesure d'effectuer un travail régulier en raison d'un cumul de difficultés, notamment sociales, professionnelles ou liées à leur état de santé et qui, pour ce motif, n'ont pas vocation à bénéficier des aides à l'insertion par l'activité économique prévues.

Les personnes qui prennent part à ces actions reçoivent une rémunération horaire comprise entre 30% et 80% du SMIC attribuée par le centre, compte tenu de leurs autres ressources et du caractère de l'activité pratiquée selon qu'elle est à dominante productive ou à dominante occupationnelle. La durée mensuelle de l'action ne peut excéder 80 heures.

- Financer et développer un centre de réhabilitation psychosociale qui redonnerait des moyens à la psychiatrie dans son ensemble

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

Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins. A ce titre, il veille à ce que soient prévus :

- *L'accès au suivi somatique de ces personnes par les médecins généralistes, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé*
- *En cas d'hospitalisation, l'organisation des établissements ayant une activité en psychiatrie pour assurer à leurs patients un accès aux soins somatiques, y compris spécialisés*
- *L'organisation, par les établissements de santé autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique, d'un accueil spécifique des personnes présentant des troubles psychiques, incluant l'accès aux investigations et aux soins spécialisés nécessaires, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.*

(cf décret du 27 juillet 2017)

Contenus des échanges et problématiques identifiées

- **Constats partagés de tous : grande difficulté d'accès aux soins et à un médecin généraliste ainsi qu'un défaut de suivi pour les personnes souffrant de troubles psychiques**
- **Statistique de la Clinique Saint Didier : sur une population d'environ 900 patients, seulement 43% ont une consultation somatique dans l'année suivant l'hospitalisation**
- **Prise en charge somatique complexe en cas de comorbidité somatiques et psychiques :**
 - **Manquement possible dans les soins primaires car le trouble psychique prend le dessus**
 - **Patients dyscompliance = temps de consultation plus long (auscultation compliquée, haptophobie (peur d'être touché)), difficulté pour le patient à attendre**
 - **Nécessité d'un suivi particulier, une aide, car le patient psychotique ne suit généralement pas les indications, les traitements : négligence qui peut irriter et déconcerter certains praticiens → Clinique St Didier : expérimentation avec des médecins de ville afin de proposer le suivi par télé-médecine**
 - **Besoin récurrent d'une présence rassurante et aidante lors d'une consultation, souvent refusée par les praticiens libéraux**
 - **Difficulté pour les somaticiens libéraux à adapter les soins à la patientèle psychiatrique :**
 - **« On retrouve beaucoup de caries dentaires chez les patients. On pourrait soigner la dent pour un patient non handicapé, mais dans ces cas précis, il faudrait préconiser de l'arracher car ce sont souvent des personnes qui**

ont une hygiène buccodentaire déplorable. Ce n'est pas le même traitement, il faudrait pouvoir faire au plus facile et pratique pour la personne en tenant compte de son état psychologique et de ce que cela implique »,

- Certains examens relativement anodins demanderaient l'endormissement du patient via anesthésie
- Une raréfaction notable des professionnels de santé, d'autant plus ressentie pour ces soins assez spécifiques aux personnes atteintes de troubles psychiques.
- Unité 4SA « Handiconsult »⁵² (CH Montfavet) : service de soins somatiques spécifiques et adaptés → missions essentielles de soins et diagnostics pour l'ensemble des patients de l'établissement, et depuis 2016, engagé dans une ouverture progressive vers l'extrahospitalier. Disposant d'une expertise particulière dans la prise en charge des personnes en situation de handicap mental et psychique, ce service s'ouvre aux personnes prises en charge dans des structures médico-sociales autonomes et qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins en milieu ordinaire. Les patients hospitalisés au CH de Montfavet bénéficient systématiquement d'une consultation de médecine générale à leur entrée et de consultations au sein même des structures de soins de l'établissement, et ce plusieurs fois par semaine.
24h/24 et 7j/7 un médecin est présent pour les urgences et la permanence des soins
- Piste de réflexion vis-à-vis du « travailler ensemble » entre le pôle « somatique » et les CMP
- Problématique de la disponibilité :
 - Le suivi somatique est compliqué : les personnes souffrant de troubles psychiques sont souvent dans l'incapacité de prévoir un rendez-vous dans 6 mois comme dans 15 jours → il y a un besoin d'immédiateté
 - Un accès rapide aux examens complémentaires (IRM, scanner, gastroscopie...) permettrait une meilleure prise en charge des patients déjà en difficulté
 - Les urgences somatiques « négligent » souvent les patients atteints de troubles psychiques, qui eux-mêmes ont de la peine à s'adapter au contexte des Urgences.
 - Importance des troubles liés aux addictions souvent présentes chez les personnes souffrant de troubles psychiques.
- Une expérimentation de l'HAS (Habitat alternatif social), permettant une coordination de soin avec intervention des praticiens à domicile (équipe de soin IDE, médecin généraliste) : importance de pérenniser ces expériences positives.
- PTA (Plateforme territoriale d'appui) : comment cette plateforme pourrait faciliter la prise en charge des personnes en difficulté et souffrant de troubles psychiques ?

52 <http://www.ch-montfavet.fr/votre-parcours/plateau-medico-technique-adapte/>

- Informatisation :
 - « Le tout informatique ne facilite pas l'accès aux droits et aux soins des patients les plus fragiles. Ils sont confrontés à un sentiment d'infériorité sociale, tout est plus compliqué, tous n'ont pas de téléphone connecté »
 - Comment se rendre sur son compte AMELI sans adresse mail ? → l'hyper technologie augmente les inégalités sociales
 - Complexe pour le praticien d'établissement public : déclaration ALD impossible hors cabinet libéral, ce qui surcharge le travail, complique la communication et le contact avec la MDPH et augmente considérablement le délai de traitement de dossier
 - Besoin « d'écrivain public » pour les démarches administratives et informatiques

- Engorgement de la MDPH : 6 à 12 mois d'attente pour le traitement des dossiers (Allocation adulte handicapé notamment)

- Equipe mobile :
 - Existence d'une équipe mobile géronto-psy et psy de liaison au Centre hospitalier de Montfavet (l'ensemble des pôles en sont dotés). Elle intervient chez les patients suite à une consultation ou une indication psychiatrique
 - Améliorer le lien CMP / équipe mobile
 - Equipe mobile de psychiatrie précarité

- « L'accès aux soins de manière générale est compliqué, surtout dans l'éloignement géographique » : discussion vis-à-vis de la mise en place de bus « santé » itinérant (consultations, bloc opératoire, assistance sociale, médecin...)

- Circuit de bus douche pour les sans domicile fixe à Avignon (association Mobil'douche), mais expérience ponctuelle.

- Circuit bénévole de médecins généralistes qui donnent du temps au Secours catholique.

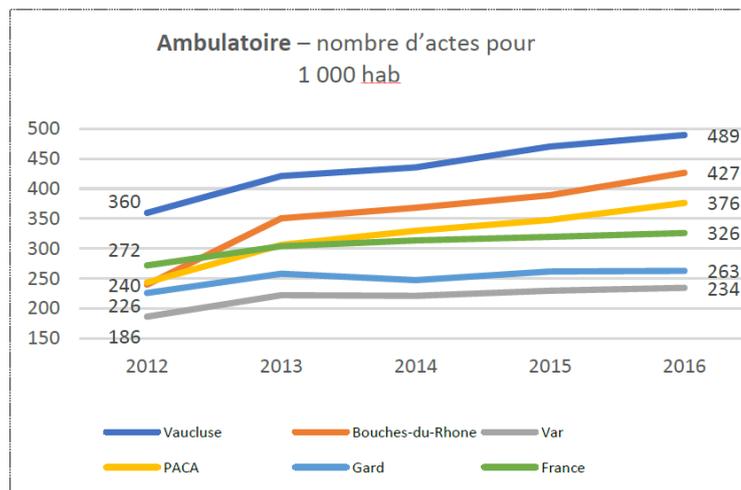
- Besoin d'éducation et de prévention vis-à-vis de l'alimentation : beaucoup de NASH (stéato-hépatite non alcoolique), de diabète, de problèmes d'obésité, de pathologies cardio-vasculaires et de consommation de produits psychoactifs chez les personnes souffrant de troubles psychiques

- Prise de connaissance de documents :
 - « Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la PEC somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique » – Recommandations Juin 2015 – FFP CNPP ⁵³
 - « Soins somatiques et psychiatrie » – Psycom 04/2018⁵⁴

53 http://www.psydoc-france.fr/conf%26rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf

54 http://www.psycom.org/file/download/51885/1088543/file/Soins_somatiques_en_psychiatrie_maj_04_18-WEB.pdf

- « Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Etat des lieux, repères et outils pour une amélioration » - HAS septembre 2018⁵⁵
- Rappel des chiffres au CHM, file active et suivi en ambulatoire → Fort recours de soins extrahospitaliers psychiatriques dans le Vaucluse + Consommation de soins au CHM par territoire qui atteste d'un fort recours à l'ambulatoire



Source : Séminaire de restitution des travaux d'actualisation du projet médical et médico-social du centre hospitalier de Montfavet le 22 mai 2019

- Rappel des chiffres sur la surmorbimortalité importante en lien avec des pathologies somatiques des patients souffrant de troubles mentaux²³ :
 - 8 millions de morts prématurées dans le monde, liées aux troubles psychiatriques (OMS)
 - La première cause de mort des personnes vivant avec des troubles psychiques est naturelle. Leur espérance de vie est écourtée de 10 à 20 ans et leur taux de mortalité est trois à cinq fois supérieur (OMS)
 - Les maladies cardiovasculaires et celles liées au tabac représentent les principales causes de décès. Une personne chez qui un diagnostic de schizophrénie ou de troubles bipolaires a été établi aurait 2 à 3 fois plus de risque de mourir d'une maladie cardiovasculaire que la population générale
 - Les personnes atteintes de dépression majeure et de schizophrénie ont 40 à 60% plus de risques que la population générale de mourir prématurément, du fait de problème de santé physique : cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, addictions ou infection VIH (OMS)
- Les difficultés au CH de Montfavet :
 - Accueil de patients qui souvent n'ont pas de médecin généraliste (MG), médecin traitant (MT) ; difficultés pour le suivi en ville et notamment le suivi somatique

55 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf

- Permettre que les professionnels de la psychiatrie et ceux du médical / paramédical travaillent davantage en collaboration, permettre une coordination → volonté de la CPTS d'Avignon
 - Réduction de moyens en psychiatrie de l'enfant suite à une mesure de péréquation régionale → Diminution des dotations en pédopsychiatrie
 - Depuis deux ans, conjonction problématique entre les départs à la retraite et le nombre réduit de nouveaux médecins
 - 15% de postes vacants
 - Afflux massif de patients au cours de ces deux dernières années + nombre important d'arrivées en urgence → Difficulté à préparer les sorties et d'éviter les sorties prématurées, manque de temps pour réaliser les documents de liaison
- Médecins généralistes :
 - Pénurie de médecins traitants sur le territoire vauclusien ; risque de ruptures du parcours de soins ; suivi somatique insuffisant
 - Le MG est souvent la première personne en contact avec le patient ; mais ils ne sont pas tous formés à l'approche psychiatrique (« crainte » du patient psychiatrique, aspect chronophage de la consultation, temps d'écoute important...) ; de fait, ceci peut expliquer certains refus de prise en charge de ces patients quand ils ne sont pas déjà connus par le médecin traitant
 - Par ailleurs, les MG qui reçoivent des patients présentant des troubles psychiatriques déplorent le fait d'être insuffisamment informés par les équipes psychiatriques (en secteur hospitalisation et/ou CMP) sur les troubles présentés, l'histoire clinique, les comptes rendus d'hospitalisation, les traitements en cours... → cela peut entraîner des hospitalisations excessives
- Coordination
 - Besoin de renforcer la transmission d'informations sur les patients, de systématiser les lettres de liaison (décret du 20 juillet 2016 ; obligation depuis janvier 2017) → Leur absence entraîne pour le professionnel suivant un manque de connaissance du parcours du patient et une perte de temps dans la recherche de ces informations
 - Courrier de liaison obligatoire par la loi
 - Soins SAMSAH : besoin d'un référent, d'une articulation de l'axe sanitaire → il faut amener les personnes souffrant de handicap psychique vers le soin
 - Encourager le développement des Equipes de Soins Primaires (ESP) et Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) ; prévoir un partenariat avec les CPTS en cours d'installation (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé)
 - Donner la priorité à l'accès au soin pour les personnes dyscommunicantes
 - Répondre au besoin de lisibilité des opérateurs intervenant sur le champ des addictions dans l'objectif de consolider la réponse et faciliter l'accès aux soins des personnes confrontées à une addiction. Permettre aux professionnels libéraux, aux structures médico-sociales d'accompagnement des personnes confrontées aux addictions, aux

établissements de santé et aux équipes hospitalières (ELSA⁵⁶) de pouvoir organiser le parcours des personnes.

Le Vaucluse va disposer d'une offre de soins de suite et de réadaptation spécialisés en addictologie implantée au CHM (début 2021), permettant de consolider les personnes après sevrage aux produits psychoactifs. Une communication ciblée et large sera mise en œuvre pour faire connaître cette offre en la replaçant dans la filière d'accompagnement et de soins en addictologie.

- Infirmier en pratiques avancées → Formation et nouvelle fonction qui diversifie l'activité des soignants et vise deux objectifs : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées⁵⁷.
- Développement du télétravail au sein du CHM et de la Clinique St Didier
- Rôle des CMP dans l'accompagnement et la « récupération » des patients sortis du circuit de soins somatiques
- Discussion sur la loi du 05 juillet 2011⁵⁸ et l'intervention du juge des libertés dans les soins sans consentement : sortie contre avis médical lorsqu'il est jugé que le patient peut être pris en charge en soin ambulatoire → sortie avec un programme de soin ou sans (dite sortie « sèche »)
- Case management : rôle, intérêt et place de l'accompagnant dans le soin, dans le lien à créer entre les différentes structures (hospitalières, médico-sociales...) et les professionnels libéraux
- Faire évoluer la notion de secret médical

Points clés à retenir et pistes d'action

- Grande difficulté d'accès aux soins somatiques et de diagnostic
- Nécessité d'améliorer la qualité des soins primaires ainsi que la prévention chez les personnes souffrant de troubles psychiques
- Importance du rôle et du travail avec les CMP
- Besoin de communiquer sur le rôle de l'accompagnant de façon à reconnaître l'importance de cette présence pour le patient : faire repérer et reconnaître la fonction

⁵⁶ Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

⁵⁷ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

⁵⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024312722/>

- Importants besoins de formation/d'information sur les questions des troubles et handicaps psychiques
 - Auprès des somaticiens libéraux : penser différemment le soin auprès des personnes souffrant de troubles psychiques
 - Du personnel dans les établissements de santé (MCO, CH) pour l'accueil des personnes dyscommunicantes

- Importance de l'« aller vers » le patient, de partir de ses besoins :
 - Equipe mobile, consultations itinérantes...
 - Besoin d'une prise en charge et d'un suivi particulier et répondant au plus juste à la problématique du patient dyscompliant et dyscommuniquant

- Besoin de déstigmatisation de la maladie mentale auprès des professionnels et des structures de soins, y compris les services d'urgence

- Nécessité de trouver de meilleures procédures pour l'accès aux Urgences des personnes atteintes de troubles psychiques

- Idée de concevoir un dispositif spécifique de type « Prado » de l'Assurance maladie pour l'accès aux soins.

- Connaître les dispositifs existants et les pérenniser

- Besoins de coordination et de lien entre :
 - Patient/soignant
 - Soignants
 - Les centres de soins
 - Secteur social et médical

- Développer le système PRADO⁵⁹ (service de retour à domicile) pour les troubles psychiques, avec un référent se chargeant de la planification des rendez-vous et du carnet de liaison des patients

- Développer la télémédecine dans les établissements publics de santé et proposer des consultations téléphoniques avec les médecins + ouvrir la télémédecine aux libéraux

- Mettre en place un groupe de travail CHM/CPTS pour améliorer la coordination entre les acteurs et fluidifier/sécuriser les parcours

- Mettre en place une réponse téléphonique 24/24 par le CHM pour les MT (piste proposée par Mr STAEBLER, Directeur du CH de Montfavet)

59 <https://www.ameli.fr/vaucluse/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

- Développer la liaison entre les champs du social, du somatique et de la psychiatrie
 - Lien CMP/CHM
 - Proposer des permanences des CMP au sein des Maisons de santé pluri disciplinaires.

- Développer la communication numérique des structures et services existants

- Mettre en place des soirées d'échanges interprofessionnels pour que les différents champs d'activité (social, médical, paramédical, psychiatrie, libéral, hospitalier...) se rencontrent et communiquent

- Solliciter la PTA (Plateforme territoriale d'appui) pour jouer un rôle d'accompagnement/de coordination du soin pour créer un point ressource et créer du lien ; lien à construire CHM/CPTS/PTA

- Créer une cellule téléphonique spécifique aux personnes souffrant de troubles psychiques dans les établissements publics de santé → rôle de coordination du parcours de soin entre les services de l'établissement + réponse adaptée à la personne

- Dossier Médical Partagé (DMP) : Développer des champs spécifiques au sein de cet outil qui faciliterait les liens, les échanges d'information → notion d'immédiateté

- Articuler et décloisonner : institutionnaliser les liens entre la psychiatrie et les autres champs d'activités (paramédical et médical), entre CPTS et PTA, entre les somaticiens des villes

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

La crise est définie comme un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, évolue le plus souvent vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte.

*Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant de développer l'intervention des professionnels de soins de psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales, **en prévention de la crise ou en cas de crise et d'urgence**, afin de mettre en place une réponse adaptée, de favoriser l'adhésion aux soins et d'éviter autant que possible le recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement.*

*Le projet territorial de santé mentale **prévoit l'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques**, afin qu'une réponse soit apportée à ces situations quels que soient l'heure et l'endroit où se trouve la personne concernée. Cette organisation précise les modalités d'articulation avec la régulation médicale du SAMU/Centre 15.*

*Lors d'une entrée dans les soins par une hospitalisation, **la sortie d'hospitalisation** doit s'accompagner de toutes les conditions permettant de maintenir les soins nécessaires et d'éviter le retour à une situation de crise. Une personne sortant d'hospitalisation pour motif psychiatrique doit ainsi bénéficier d'un suivi ambulatoire.*

(cf Décret du 27 juillet 2017)

Contenus des échanges et problématiques identifiées

- Accueil des migrants – ADOMA :
 - Accueil de migrants non francophones avec des souffrances psychiques très importantes et parfois des souffrances psychiatriques diagnostiquées dans leur pays d'origine. Faute de disponibilité d'interprétariat (grand nombre de locuteurs persans), « la réponse obtenue lors d'une demande de prise en charge est qu'il faut attendre la crise et l'hospitalisation ». En sortie, l'accompagnement et le suivi sont possibles seulement si la personne intègre un CMP, ce qui s'avère une tâche difficile
 - Les demandeurs d'asile ont droit à la CMU lorsqu'ils sont en situation régulière provisoire
 - La situation est compliquée, ils font « du cas par cas »
- Problématique de la prise en charge au domicile :
 - Pour les personnes âgées ayant eu un parcours de vie en psychiatrie et qui se retrouve seul, il y a un manque de mobilisation du secteur psychiatrique, le parcours de soin est rompu. « Même en contactant la PTA, on est confronté à un déficit de médecins qui acceptent de nouveaux patients, qui ont des pathologies lourdes, ou qui vivent dans secteurs reculés. En cas de problème, c'est donc généralement les voisins qui signalent un comportement ou une situation étrange ».

- Existence d'une équipe mobile gérontologie et gériopsychiatrie mise en place par le CH de Montfavet et développement de ces équipes sur l'ensemble du territoire.
- La situation de crise ou d'urgence est extrêmement violente psychologiquement → le patient n'a souvent pas les moyens cognitifs de demander de l'aide
- CMP
 - Horaire d'ouverture et d'accueil → disponibilités restreintes des créneaux horaires + fermeture le week-end mais ouverture des CMP entre 12h et 14h et plages de consultations réservées aux urgences.
 - Fonctionnent par prise de rendez-vous : incompatible avec une situation de crise ou d'urgence
- Constat partagé : déficit de professionnels de santé, de places dans les établissements d'accueil
 - Exemple du CSAPA : jeune femme avec des pensées suicidaires et ayant fait plusieurs tentatives de suicides → pas de place pour une hospitalisation rapide (deux mois d'attente)
 - Remarque vis-à-vis de la pénurie de médecins généralistes et de psychiatres
- Le lien crise/hospitalisation/psychose : lorsqu'il n'y a pas de psychose diagnostiquée, il n'y a pas d'hospitalisation alors qu'il peut y avoir une souffrance profonde. Le point accueil écoute jeune « Le Passage » : question vis-à-vis de la prise en charge des épisodes de crise rencontrés chez certains adolescents → Les pompiers sont contactés mais ce n'est pas la réponse la mieux adaptée
- Restructuration des IME → « il y a des jeunes avec des troubles psychiques qui n'étaient pas là avant, qui dépendaient de la pédopsychiatrie », Il y a une équipe mobile qui vient lors d'une situation d'urgence ou de crise mais c'est l'instant t qui est traité, rien sur le moyen ni long terme.

Les IME accueillent d'un point de vue pédagogique les enfants souffrant d'un déficit intellectuel, avec ou sans troubles psychiques associés. Même si les enfants sont stabilisés, ils restent en IME jusqu'à l'adolescence où les « pathologies flambent »
- Réalité économique visant à faire du médicosocial, moins onéreux, mais il faut alors étayer les liens avec les autres secteurs (sanitaire, psychiatrique, socio judiciaire...) car manque d'articulation, de maillage, de communication
 - Exemple de la maison relais mise en place par l'association Rhéso (Ressources Hébergement Solidarité à Carpentras) et où le CMP vient à l'utilisateur suite à la signature d'une convention
 - Exemple de la maison régionale de santé à Vedène où les professionnels de santé se retrouvent, communiquent, partagent et travaillent ensemble → travail pluridisciplinaire
 - Exemple Foyer M. Vischetti : aucun lien ni communication de faite lorsqu'une personne sort d'une hospitalisation en hôpital psychiatrique, si ce n'est une nouvelle ordonnance rédigée → la communication se heurte à la déontologie, au

secret médical, au respect hiérarchique (IDE ne peut communiquer sur le patient sans référent psychiatre) : « Dans l'intérêt du patient, pourrait-on dépasser ça ? »

- Avancée positive : la prise en charge de séances chez un psychologue mais il y a des conditions compliquées (pas de prise en charge en cas de troubles psychotiques, la demande doit être renouvelée chez un médecin « en suivant une évaluation du besoin ou de l'avancée, ce qui n'est pas mesurable »)
- Proposition de programme de formation faite auprès de l'ARS par la PTA car les médecins de ville ont besoin d'être formés à la patientèle souffrant de troubles psychiques afin de les repérer, connaître les éléments déclencheurs, les éléments précurseurs, comment les prévenir
- Communication d'une conférence/débat sur la crise suicidaire à l'hôpital de Carpentras
- Comment mettre en place un suivi qui informe les médecins de ville à posteriori ? → Avoir une communication fluide entre univers psychiatrique et somatique, ainsi qu'avec les structures travaillant avec les usagers de la santé mentale
- Quel juste milieu entre la volonté du patient et les normes sociales, entre sa volonté et ce que va imposer le médecin. A partir de quand et qui décide qu'une personne devient « patient », qu'elle en a besoin → Besoin d'impliquer le patient, de développer l'alliance thérapeutique, d'avoir un plan d'accompagnement partagé (qu'est-ce qu'on peut faire avant / pendant / après un épisode de crise) et tendre à l'adhésion et au consentement : qu'est-ce que la personne est prête à faire, à accepter
- Encouragement de la médecine du travail pour les professionnels mais quid des libéraux qui sont isolés. Pourtant le besoin est important : exemple de la Clinique psychiatrique Belle Rive (Villeneuve-lès-Avignon, 30) qui a un service réservé aux professionnels de la santé
- Grande nécessité de s'accorder entre différents secteurs car la multiplicité des prises en charge (judiciaire, médico-sociale, sociale, psychiatrique...) requiert un travail commun. Pour un même patient, il peut y avoir multiples interventions dont les structures ne sont pas au courant → Manque de transfert d'informations sous couvert de « secret médical », besoin de décloisonner.
Ce lien, c'est ce qu'essaie de construire la PTA, sollicitée pour ces problématiques de coordination.
- Soutien et outils numériques :
 - L'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNAC) dans les régions : un appel à projets est lancé auprès des ARS afin de déployer les services numériques d'appui à la coordination au sein de leur région sur la période 2017-2021. Dans le cadre du volet numérique du programme « Territoires de soins 2021 », le volet « e-Parcours » a pour objet

d'accompagner la mise en oeuvre de services numériques d'appui à la coordination (SNAC) au service des organisations sanitaires, médico-sociales, sociales coordonnées au travers des dispositifs d'appui à la coordination (PTA, PAERPA, etc.)

- GRAD groupe régional d'appui pour le développement de la vie santé. Outils communs à la région ou département (agenda partagés, service socle, messagerie...)
- Répertoire opérationnel des ressources (ROR)
- Proposer le « Plan de prévention partagé » en format numérique
- Dossier médical partagé → informer davantage et diffuser cet outil

Le dossier médical partagé (DMP) se présente comme un carnet de santé géré informatiquement.

Il est défini par l'article 1 du décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 comme « un dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients, dont les modalités de création, d'accès et de fonctionnement sont régies par la présente section. »

Il peut être créé pour toute personne qui en donne son consentement par :

- Le patient lui-même ;
- Un professionnel de santé ou une personne exerçant sous sa responsabilité
- Une personne assurant des fonctions d'accueil des patients au sein des établissements de santé, des laboratoires de biologie médicale, des services sociaux et médico-sociaux ;
- Un agent de l'Assurance maladie.

Le dossier médical partagé est progressivement créé automatiquement et proposé aux assurés qui sont libres de l'accepter ou de le refuser

- Changement de paradigme qui s'opère, développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP), notion de rendre acteur le patient dans le parcours de soin
- La difficulté de repérer, d'organiser la prise en charge d'une personne qui est hors circuit de soin (sans médecin traitant, sans pathologie psychiatriques mais des troubles, isolées dans les villages...)
 - ➔ PTA : la précarité et la psychiatrie sont des éléments phares du projet de santé : volonté de mettre à disposition un médecin traitant pour chaque patient, améliorer l'organisation territoriale en passant par des partenariats et des conventions avec le CHM, le CHA. La CPTS du Grand Avignon travaille sur les procédures à suivre.
- CPTS : communauté du monde de la ville, pour que le monde libéral soit représenté par une organisation structurée qui puisse travailler avec d'autres acteurs (psychiatrique, médico-social...). Dans ce cadre-là, financement ARS et accords conventionnels avec CPAM, pour que la communauté puisse vivre. En contrepartie la CPTS doit organiser sur le territoire : la mise à disposition des médecins traitants, et répondre à la demande de rendez-vous pour des soins non programmés (répondre à la problématique des agendas médicaux se remplissant très rapidement et laissant donc peu de temps pour l'imprévu) CPT Grand Avignon, CPTS Arles, CPTS Carpentras... Tout le territoire doit être couvert

- Nécessité d'un point écoute disponible dans les situations « d'entre deux » (situations ne relevant pas de l'urgence psychiatrique mais qui ne peuvent attendre pour autant), avec des horaires plus étendus que ceux des standards téléphoniques classiques
- Discussion sur le site internet Doctolib : Sentiment de privatisation et déshumanisation de la santé
- Engorgements des CMP → situation départementale voire nationale
- La crise suicidaire :
 - Le PEJ (Point Ecoute Jeune) soulève la difficulté face aux mineurs de moins de 15 ans. La solution proposée actuellement est de les diriger vers les urgences d'Avignon, et s'ils y vont, la prise en charge est peu adaptée à la situation, avec un manque d'information sur ce qui a été fait, un manque de relais.

Manque de communication car ce sont les urgences, ne peuvent pas donner d'info sur ce qui a été fait (on ne sait pas qui s'en est chargé...) pas de relais. C'est le jeune ou ses parents qui le font.

→ Proposition de se rapprocher de l'équipe ELISEA (Équipe de Liaison et de Soins pour l'Enfant et l'Adolescent)

→ Besoin d'un suivi post hospitalisation

Voir les recommandations de bonne pratique sur la crise suicidaire⁶⁰

- La Mission Locale d'Avignon signale le manque de connaissance des partenaires, des acteurs, d'orientation et de retour sur la prise en charge en urgence afin de savoir comment adapter le suivi du jeune une fois sorti

→ Partenariat à mettre en place avec la Maison des Ados ?

- Il manque des lieux de repos, d'apaisement pour les jeunes en souffrance mais n'ayant pas de troubles psychiatriques

Points clés à retenir et pistes d'action

- Développer un Plan d'accompagnement partagé pour assurer une continuité, un suivi, une communication entre les acteurs dans le parcours de soin du patient
- Communiquer sur les outils d'échanges partagés et proposer un accompagnement pour les utilisateurs pour permettre de résoudre les problèmes de coordination entre acteurs (premiers recours, psychiatres, médecins généralistes, structures d'accueil...)
- Définir des situations de crises et les réponses adaptées
 - Quel type d'urgence ? (vitale, sociale...), quelle population ? (Personnes âgées, enfant,...)

⁶⁰ https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

- Quid des patients à risques ?
- Informer et former les professionnels de santé de ville libéraux car ce sont les premiers à pouvoir repérer des situations potentielles de crises
- Rembourser la psychothérapie
- Relancer la convivialité, la rencontre entre professionnels
 - « Besoin de remettre de l'humain »
 - Connaître les ressources des uns et des autres, entretenir et activer ce qui existe → se connaître au-delà des répertoires
 - Besoin de lien, de passerelle et de communication entre les secteurs sanitaires, psychiatriques, judiciaires, sociaux...
- Avoir plus de places, de lieux pour accueillir la souffrance et pallier l'indisponibilité des structures existantes
- Repenser et faciliter la communication via courriel (problématique des données personnelles de santé qui sont illégales dans le transfert d'information)
- Développer les équipes mobiles → équipes qui permettent du lien, d'amener le soin vers la personne
- Permettre une meilleure lisibilité de l'offre des services, par âge et par territoire
- Permettre une plus grande efficacité, réactivité pour le public jeune pour une prise en charge rapide (équipe mobile, déplacement rapide, prise en charge des psychothérapies ...)

Ex : 5000 jeunes par an à la mission locale d'Avignon (16 à 25 déscolarisés) pour une psychologue réalisant une permanence de 2 jours par semaine.

- Importance du rôle et du travail avec les CMP
- Importance du « travailler ensemble »
 - Travail pluridisciplinaire
 - Besoin d'un langage commun en amont, sans attendre la crise ou l'urgence et réduire l'écart culturel interprofessionnel
- Notion de « aller vers » le patient :
 - Faciliter le trajet vers le soin ou déplacer les soins dans les lieux de vie
 - Equipe mobile
 - Travailler sur l'implication du patient

- **Groupe 5 : Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques Lutte contre la stigmatisation de troubles psychiques. Renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir. Développement des modalités de soutien par les pairs**

Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles. A cette fin, il veille à promouvoir l'implication de ces personnes, de leurs proches et leurs familles, dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement social ou médico-social, notamment en ce qui concerne l'éducation thérapeutique, le soutien aux aidants et les modalités d'entraide par les pairs, tels que les groupes d'entraide mutuelle.

Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale vise à développer :

- *Des espaces de concertation et de coordination locales, notamment les conseils locaux de santé mentale ou toute commission créée par les collectivités territoriales ayant pour objet la santé mentale*
- *L'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits afin d'en favoriser l'accès*
- *Les réponses aux personnes en situation de soins sans consentement*
- *La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et à améliorer l'information du grand public sur la santé mentale.*

(cf décret du 27 juillet 2017)

Contenus des échanges et problématiques identifiées

- Hospitalisation sans consentement :
 - Droit de saisine : un patient a le droit de signaler son non-consentement à une hospitalisation. La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), où la présence d'un magistrat est prévue par la loi, se charge de vérifier les certificats d'hospitalisation sans consentement lorsque la situation est litigieuse. Elle passe trimestriellement dans les CH
 - Nombre d'hospitalisations et de demandes de soins sans consentement très élevé en Vaucluse
- Informer les usagers
 - Sur leurs droits : outils (livret d'accueil, recueil des droits...) peu adaptés aux usagers et difficile à transmettre
 - Sur le diagnostic et/ou le traitement médicamenteux qu'ils vont suivre (action, effets secondaires...)
- Selon le ressenti de certains patients, il y a deux options qui s'offrent à eux : refuser le traitement proposé (enfermement, prise de médicaments...), ce qui est perçu comme un déni et donc une justification du besoin d'hospitalier et/ou médicamenteux soit

accepter le traitement (confiance dans le corps médical) mais soumission à l'autorité et ne vont rien faire valoir ni questionner → importance de la pair-aidance qui permet de remettre de la confiance, du sens et renforcer les compétences psycho sociales (formation disponible à Marseille ou Lyon) mais pas à Avignon

- Besoin d'écouter le patient, de lui donner la parole et lui permettre d'expliquer son refus → ne pas sous-estimer le niveau de compréhension des patients
- Les professionnels de la santé mentale et les pair-aidants ont des connaissances à s'apporter mutuellement
- Importance clef des GEM, de leurs animateurs et du besoin de se rapprocher les uns des autres, de tisser un réseau, de faire des actions communes, de se faire connaître
 - Planification nationale avec un plan financier fléché pour renforcer la création de GEM
 - Exemple du GEM de Vaison-la-Romaine qui n'est connu ni du CH de Vaison ni de la mission locale
- Problème soulevé des villages isolés et du manque de moyens de transport
- Droit à trouver refuge : parallèlement aux hospitalisations sans consentement, certains usagers veulent se faire hospitaliser, accélérant le passage à l'acte pour être « reçu »
- Les acteurs sociaux ne bénéficient pas de formation spécifique quand il s'agit d'interagir avec des personnes souffrant de troubles psychiques
 - Exemple de Monsieur Chauvin qui intervient dans un centre de formation d'éducateurs spécialisés se retrouvant dans des situations qu'ils ne savent pas gérer
 - Le travailleur social devrait être garant des droits de la personne quelle que soit la condition de cette dernière
- CRPA Conseil Régional des Personnes Accueillies et accompagnées : Pas d'aide de l'ARS pour les délégués régionaux, « il y a beaucoup de bénévolat. On ne parle pas forcément de rémunération mais d'un défraiement déplacement, une reconnaissance des efforts et du travail »
- Lutter contre la stigmatisation :
 - Les SISM (Semaines d'Information Santé Mentale) : levier intéressant mais nécessitant davantage d'aide de la part de la commune
 - Dans le corps médical : travail de déstigmatisation serait pertinent chez certains professionnels de la santé. Exemple de Monsieur MESURE dont le médecin généraliste stipulait que son mal dentaire provenait de l'arrêt de son traitement médicamenteux. Après être allé consulter un autre médecin, Il s'agissait d'une infection de la mâchoire

- Existence de la « psychophobie », les représentations sociales du malade psychiatrique ou psychique sont erronées : informations véhiculées par les médias sont toujours des actions criminelles, bruyantes, sensationnelles.
 - Ne pas pour autant retirer le mot « handicap », il est important de garder sa spécificité, « on a des difficultés à vivre comme les autres » → la souffrance handicapée
- Importance d'un lieu pour accueillir la souffrance avec l'exemple de SOS amitié. « Il ne faut pas tout reporter sur l'hôpital psychiatrique, il devrait y avoir d'autres centres d'écoute. Et il y a un manque de formation à cette écoute, à la psychologie »
 - Des propositions d'action et d'expression existent pour les patients dans les centres sociaux et médico-sociaux : l'avis et les propositions faites par les personnes accompagnées sont relevés et parfois certaines propositions sont acceptées
 - Le Projet d'accompagnement personnalisé : document revu chaque année où la personne accompagnée co-construit, avec son éducateur, son projet de vie et les objectifs pour y arriver
 - Demande un vrai suivi : sa vision est-elle toujours la même ou envie de la modifier ? faire un point sur l'avancé éventuelle...
 - Nécessité de le proposer sur la base du volontariat dans les établissements de soin
 - Discussion sur l'information comme enjeu capital tant pour les personnes concernées que pour les professionnels. La grande précarité peut toucher les personnes en situation de souffrance psychique : partage d'informations sur le fonctionnement des acteurs de première ligne, 115 et équipes mobiles Avignon. L'Equipe Mobile Santé Social (association Habitat Alternatif Social (HAS) organise des maraudes quotidiennes en journée avec un personnel de santé. La Croix Rouge tourne tous les soirs sur plusieurs circuits. Les deux équipes peuvent aussi se mobiliser sur sollicitation du 115 (en cas de signalement)
 - Echange sur le modèle Club House : lieu d'activités de jour non médicalisé, créé pour et avec des usagers en santé mentale, dans le but de faciliter leur socialisation et leur insertion professionnelle. Ce lieu permet d'y retrouver des pairs pour parler librement dans une ambiance de compréhension, de participation et de partage amical.
 - Il est envisagé que le GEM Mine de Rien (Avignon) filme la journée régionale PTSM du 30 Janvier 2020 à Avignon pour la diffuser au GEM Grain de café (Vaison-la-Romaine)
 - Lecture commune du compte rendu de la première réunion et modification collective
 - L'Institut Méditerranéen de Formation et de recherche en travail social (IMF) recherche des usagers pour intervenir dans les formations des travailleurs sociaux

L'association REV (Réseau Entente de Voix⁶¹) intervient dans des cursus de formation de personnels soignant à Nantes, dans la perspective de rétablissement.

- La problématique du renouvellement d'ordonnance est soulevée ainsi que celle de l'accueil des patients en situation de détresse pendant les périodes de fermeture du CMP. Les CMP sont fermés les soirs, samedis et dimanche et les délais d'attente pour un rendez-vous peuvent aller jusqu'à trois mois. Il existe un risque de Rupture du traitement médicamenteux
 - La formation d'infirmiers en pratiques avancées (IPA) va permettre de désenclaver cette situation avec la possibilité pour eux de réaliser ces renouvellements
 - Inversement, la réponse uniquement médicamenteuse des services d'urgence psychiatrique le week-end ne correspond pas nécessairement à l'attente des personnes qui voudraient surtout une écoute.

Points clés à retenir et pistes d'action

- Importance de la déstigmatisation des troubles psychiques
 - Y compris dans le domaine médical
 - Par l'expériences des usagers → « une façon expérientielle de comprendre. On abandonne le « simple » symptôme : qu'est-ce qu'il y a derrière le délire visible qui fait peur ? »
- Importance du rôle des usagers et des GEM :
 - Elargir leurs actions : intervention dans les formations médicales et sociales (IFSI, éducateur spécialisé...)
 - Communiquer davantage sur l'existence des GEM
 - Renforcer leurs moyens
- Notion de pair-aidance
- Notion de Projet d'accompagnement personnalisé
- Grand nombre d'hospitalisation et demandes de soins sans consentement :
 - Département où le nombre de mesures de soins sans consentement sur décision du directeur est parmi les plus élevés de France, 204 mesures pour 100 000 habitants contre 109 en moyenne nationale
 - Plus de 50% d'entrées proviennent des services d'accueil des urgences
- Besoin de lieu/numéro pour accueillir la souffrance des personnes en détresse
- Faciliter le trajet vers le soin

61 http://revfrance.org/wp-content/uploads/2018/05/Travailler-avec-les-voix_REV-Nantes-2018.pdf

- Cartographie / Connaissance de l'existant :
 - Faire connaître la plaquette d'information du SIAO Vaucluse recensant les services départementaux et lui donner un format numérique pour la diffuser plus largement
 - Communiquer sur et développer le ROR (répertoire organisationnel des ressources) pour que les structures type GEM s'y inscrivent

- Proposer des numéros non taxés pour joindre les services publics (Caf, Sécurité Sociale...) → Difficultés supplémentaires pour les usagers ainsi que pour les GEM qui ont leur ligne téléphonique bloquée sur les numéros surtaxés

- Déstigmatisation / Discrimination :
 - Davantage d'information sur les troubles psychiques, renforcer les SISM, proposer des interventions dans les écoles, des spots publicitaires... pour faire évoluer les représentations de la maladie mentale
 - Sensibiliser les entreprises et les travailleurs sur le handicap psychique qui est invisible → communiquer sur et proposer des actions durant la semaine européenne pour l'emploi des personnes handicapées

- Formation :
 - Recenser les formations médicales et paramédicales du département et les mettre en relation avec des usagers pouvant intervenir dans ces formations (relais des GEM)
 - Former les soignants aux troubles mentaux → Formation en Premiers Secours en Santé Mentale
 - Faciliter l'accès à la formation de Pair-aidant → VAE (Validation des Acquis de l'Expérience), MOOC (formation en ligne) ...

- Créer et soutenir des postes de pair-aidants dans les structures existantes notamment dans les équipes proposant des maraudes et instaurer une supervision

- **Groupe 6 : Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale**

Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale. A ce titre, il visé à :

- *Renforcer les compétences des personnes en matière psycho-sociale, notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental*
- *Prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques.*

(cf décret du 27 juillet 2017)

Contenus des échanges et problématiques identifiées

- Constat des Compagnons bâtisseurs Provence : manque de réseau médical pour encadrer le travail des professionnels sociaux
- Discussion de l'importance des actions à développer vis-à-vis des déterminants sociaux et environnementaux liés au traumatisme : maltraitance, violence conjugale, abus sexuels (qu'ils soient commis par un adulte ou non → témoignages de récits où le frère, le cousin, amis du même jeune âge s'adonnent à des « jeux d'enfants » qui n'en sont pas pour la victime et vécues comme traumatisants)
- Des actions proposées mais se heurtant à des difficultés :
 - PIAL (Pôles inclusifs d'accompagnement localisés) : nouvelle circulaire pour renforcement mais dans les faits, les écoles ont le sentiment de se mobiliser toutes seules
 - Accompagnement scolaire des enfants handicapés par des AESH (Accompagnants des Elèves en Situation de Handicap), personnes diplômées du baccalauréat (ou d'un titre ou diplôme équivalent) et recrutées directement par l'Education Nationale
 - ➔ « L'accompagnement d'enfant handicapé est spécifique, une personne novice dans ce milieu n'est pas la mieux adaptée à la situation »
 - Difficulté pour le CMPP d'intervenir dans les écoles malgré la demande express
 - ➔ « C'est une solution praticopratique qui ne fonctionne pas » (manque de place ans les écoles, pas de salle disponible...)
- Complexité de travailler auprès des enfants :
 - Difficulté de faire de la prévention car en amont le diagnostic est difficile à poser sur les enfants (culture, manque de vigilance de l'instituteur, des parents...). Or si l'enfant n'est pas repéré, il n'y a pas de prise en charge possible et l'enfant va continuer de grandir sans le développement psychologique stable, sans les codes sociaux, sans savoir lire → adolescence à risque très important (troubles psychiatriques, déscolarisation, violence...)

- Arrivée tardive du diagnostic → Vaison-La-Romaine : certains parents font changer leur enfant d'école dès lors qu'on leur signale un problème. « Les parents vont critiquer l'école, le professeur, la société et fuient. Cas aussi où les parents viennent chercher de l'aide une fois que la souffrance n'est plus dissimulable. C'est dur à anticiper, à « choper » l'enfant au bon moment ». Dans ces cas-là, pas de prise en charge pendant l'enfance alors que le CMPP accueille les enfants dès 3 ans.
- Constat d'une dégradation :
 - Grande difficulté liée à une communautarisation de la société. Il y a un affrontement de plus en plus violent, avec un rejet du pays d'accueil → Repli culturel, pas de volonté de réussir à l'école, d'accepter les soins, conflit de loyauté envers les parents si certains jeunes acceptent de parler français,
 - Augmentation de l'absentéisme (CMPP 20 à 25% d'absence aux rendez-vous)
 - Ville de Bollène : désertification du système de soins, fuite du personnel soignant tellement la situation sociale est complexe
 - Départementale : territoire extrêmement fragilisé car les partenaires associatifs et institutionnels sont en disparition de leurs moyens : pénurie d'enseignant, manque de ressources humaines, de médecins libéraux, de moyen économique pour embaucher
 - Tension palpable : « tout le monde se jette la faute dessus » : Besoin de coordination, d'une action commune, d'une communication et d'un meilleur relais → délégation entre les acteurs de parcours de santé
 - « Tendances à attendre la crise ou l'hospitalisation d'office mais ce n'est pas la solution et le CHM ne peut pas tout gérer »
 - Villes de Bollène, Cavillon : situation à risque, tension sociale
- Public immigré :
 - Différence culturelle, pays laïque dont les lois doivent être sues et comprises
 - OFI (Office Français de l'Immigration et de l'Insertion) : les personnes doivent signer des documents, effectuer un service civique dans une langue ni lue/écrite/parlée → compréhension impossible
- Nécessité de connaître les partenaires, les dispositifs, savoir leur champ d'action, « sinon c'est seulement un empilement de prestations inconnues, qui ne s'entraident pas et pouvant même se chevaucher sur ce qui est proposé »
- Emergence des case managers qui permettent le lien entre l'« aller vers » le patient et la coordination « Axé sur le rétablissement, le case management est un modèle d'intervention basé dans la communauté, qui vise à offrir, dans un environnement devenu complexe, des soins accessibles, coordonnés et efficaces à des personnes souffrant de troubles mentaux sévères. Il nécessite donc de sortir d'un modèle médico-

centré, ce qui donne l'opportunité aux soignants d'élargir leur rôle, à condition que leurs compétences nouvelles soient reconnues. »⁶²

- Une vision trop médico centrée :
 - Si le psychiatre n'est pas présent, l'infirmier peut lui aussi se charger du suivi → Besoin de déléguer et de changer les mentalités
 - Nécessité de lieux pour accueillir la souffrance, pour travailler sur le traumatisme → « Il faut accepter que l'autre déverse, qu'il sache que la parole est libre, qu'il peut dire « je veux mourir » sans que la réponse immédiate soit les urgences psychiatriques » → Ecoute en amont
- Une problématique différente en milieu rural pour les villages de moins de 1000 habitants et ceux compris entre 1000 et 2000 habitants, loin des structures et dispositifs de ville
 - Mais des ressources liées à la solidarité des habitants, un circuit décisionnaire plus court, un système D parfois assez efficace, même si les limites sont vite atteintes.
 - Réfléchir à une meilleure diffusion de l'information sur la santé mentale auprès des élus et secrétaires de mairie, infirmiers libéraux.
- Echange sur le modèle Club House (plusieurs personnes sur un poste de travail permettant de tenir compte du niveau d'employabilité des personnes en favorisant le retour à l'emploi)
- Le CH de Montfavet propose une formation auprès du personnel pénitentiaire à l'approche des pathologies psychiatriques et assurée par les professionnels de santé du CHM. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et le ministère de la justice ont demandé d'utiliser le contenu de cette formation pour la développer dans d'autres structures.
- Lecture commune du compte rendu de la première réunion et modification collective
- Point sur la PTA (plateforme territoriale d'appui) qui facilite une mise en relation des offreurs de santé et de la médecine de ville pour les personnes sortant des établissements de santé. La PTA de Vaucluse est un soutien aux des professionnels libéraux souhaitant s'organiser en CPTS (communauté professionnelles territoriales de santé).

Ces organisations doivent répondre à deux quatre missions socles prioritaires : deux missions portent sur l'accès aux soins. Il s'agit de « l'accès facilité à un médecin traitant et l'accès à des plages de soins non programmés ». Une autre mission socle concerne « l'organisation des parcours » de soins. Enfin, une quatrième mission autour de la prévention et de l'éducation à la santé

62 « Le case management en santé mentale » sur <https://www.santementale.fr/boutique/acheter-dossier/case-management-en-sante-mentale.html>

- Ces CPTS ont donc vocation sur un territoire à permettre à la population d'accéder à un médecin traitant + répondre à la permanence des besoins (éviter que par manque de dispositifs en santé de ville, les personnes utilisent les services d'urgence des hôpitaux).
La PTA est chargée par l'ARS de l'animation des Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)

- Repérage et accompagnement
 - CHM Unité 12/17 (unité adolescents) : les 10 lits sont occupés mais « il n'y a pas obligatoirement de pathologie psychiatrique » retrouvée chez les jeunes → « Il y a passage à l'acte après un échec au niveau de l'accompagnement »
 - Le repérage précoce permettrait, si ce n'est d'éviter les situations à risque, d'anticiper celles-ci ou d'y prêter une attention particulière
 - SESSAD : structure répondant à ces questions de travail en réseau, de lien, d'accompagnement mais délai d'attente important (3 ans) et à destination d'enfants déjà repérés, dans un parcours de soin avec un dossier MDPH.
Il est remarqué depuis quelques années une diminution des prises en charge pour déficit intellectuel (de 80% à 50% approximativement) et une augmentation des troubles du comportement
Demande de CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) pour augmenter les moyens disponibles

- Les actions visant le renforcement des CPS de la population :
 - Grande nécessité de ces actions → déficit de communication, « les gens ne savent pas parler de leurs émotions, de ce qu'ils ressentent. Les tensions se cristallisent puis débordent ».
 - Association Journées d'Abord : Organisme de formation travaillant sur la pacification des émotions, la capacité à s'ouvrir auprès des usagers, des familles, des intervenants. Comment introduire davantage de confiance dans les relations, de créativité, tout en dégageant les freins
 - CHM : processus de réhabilitation psychosociale → privilégier les hospitalisations courtes, éviter la désocialisation. Les hospitalisations au long cours conduisent à un engorgement des services ainsi qu'à la perte progressive des habiletés et des capacités des patients à s'imaginer en dehors. La population augmente, la souffrance psychique augmente mais l'offre n'augmente pas. « Il faut répondre autrement à la demande et cet autrement c'est en favorisant le maintien dans le milieu habituel de vie »
 - TCC (Thérapie Comportementale et Cognitive) pour éviter le passage à l'acte
 - Faire évoluer la vision du malade psychique, tant celle que l'utilisateur a de lui-même que celle des soignants à son égard → « Arrêter de penser que le trouble psychique fait disparaître toutes les autres capacités de l'utilisateur »
 - Développer les CPS en milieu scolaire, travailler avec l'éducation nationale → il est demandé aux écoles de savoir accueillir l'enfant quel que soit son handicap mais impossibilité d'agir en milieu scolaire
 - SESSAD : travail de mise en confiance par le « faire » → « les adolescents se sentent mieux quand ils travaillent, font, quand on leur confie des responsabilités, quand ils sont écoutés et dans un cadre bienveillant »

- Existence de structures qui fonctionnent mais manque de moyen et délais d'attente très long → Foyer de vie : 7 ans, SESSAD : 2 ans, CMP engorgés...

Points clés à retenir et pistes d'action

- Besoin d'une lisibilité de l'existant (partenaires, structures, champs d'action...)
- Créer du lien entre partenaires : pour orienter, diagnostiquer, permettre une prise en charge efficace. Le travail pluridisciplinaire est plus efficace, il faut qu'il soit possible, souple et réactif à la fois pour une continuité des soins et pour la gestion de situations difficiles, de situation de crise.
- Vaucluse : département fragilisé par un manque de moyen humain et financier
- Notion de « aller vers » :
 - Stimuler la personne ayant besoin d'être accompagnée, être force de proposition
 - Emergence du case management
 - Vers l'enfant, les parents → prévention.
 - Besoin de banaliser l'information sur la santé mentale, au même titre que la santé physique mais difficulté dans les délais de consultation ou risque de surdiagnostic
 - Intégrer aussi dans le réseau les conseillers pédagogiques de l'Education Nationale pour assister les enseignants dans l'adaptation pédagogique ?
- Vers un changement de paradigme : vision encore trop médicale → Importance des acteurs du social et du paramédical (en lien avec l'idée du réseau pluridisciplinaire réactif et souple)
- Nécessité de déstigmatiser la santé mentale → information, communication
- Réfléchir à des actions de communication, des ateliers, débats, pendant les SISM
- Proposer avec AMF (Association des Maires de France) des formations auprès des élus, des communautés de commune
3 thématiques : amélioration des compétences psychosociales, gestion des situations de crise relationnelle et urgence psy
- Développer l'accès et le maintien au logement : la problématique du logement se répercute sur les sorties d'hospitalisation. C'est une priorité dans le cadre d'un accès au droit. Les dispositifs de réhabilitation psycho sociale nécessitent une mise en situation d'autonomie dans le logement.

- Nécessité d’informer et de communiquer sur la santé mentale et la déstigmatisation, la prévention :
 - Lors des Semaines d’Information de la Santé Mentale (SISM)
 - Auprès des professionnels pivot/relais, qui pourraient avoir un rôle dans le repérage
 - Outiller les parents pour mieux comprendre leur enfant (formation, moment de partage) et redonner sens à la communication – Maintien de la relation dans les moments de tension

- Permettre une meilleure coordination/articulation/lisibilité
 - Proposer des rencontres interprofessionnelles régulières
 - Proposer des sigles similaires par département et région pour mieux s’identifier et se repérer

- Organiser des journées de formation comme celles en PSSM mais diriger vers les émotions, la communication, les relations interpersonnelles...

- Mettre en place des référents de parcours : Importance d’un soutien, d’un coordinateur, d’un médiateur pour assurer la continuité du soin (savoir où aller, faire le lien entre les professionnels, entre les structures)
 - UNAFAM : un intervenant ISATIS (Association œuvrant pour l’accompagnement médico-social, l’insertion sociale et professionnelle, logement social accompagné) est venu parler de job coaching en santé mentale dont le rôle est d’accompagner le projet professionnel des personnes souffrant d’affections psychiques
 - Développer les capacités d’action et de choix de la personne

- Augmenter les moyens des structures existantes (SESSAD, CMP, MDPH...)

- Travailler avec l’Education Nationale pour sensibiliser dès le premier âge à la santé mentale → « permettre aux enfants d’avancer dans la vie avec des bagages : assertivité et empathie »

- **Groupe 7 : Les usagers en santé mentale**

Un septième groupe de travail composé principalement d'usagers (à l'exception d'animatrices de GEM) a conduit parallèlement son propre diagnostic selon la même méthodologie que les groupes de travail précédents.

Les usagers étaient invités à participer à tous les groupes de travail du PTSM. On connaît cependant la difficulté pour une personne non habituée et se sentant moins légitime, à prendre la parole et à donner son point de vue dans une assemblée essentiellement composée de professionnels. Ce groupe supplémentaire a donc été proposé pour permettre une prise en compte plus directe et plus libre de la parole des usagers.

Pour mettre en place ce groupe et inviter les usagers, nous nous sommes appuyés sur les GEM (Groupements d'entraide mutuelle) du Vaucluse. Les modalités et l'organisation ont été les mêmes que pour les autres groupes. Toutefois, les réunions se sont tenues au GEM d'Avignon (Mine de Rien), lieu familier et rassurant pour les usagers, et dans des conditions de convivialité (goûter et boissons) qui ont également grandement facilité les échanges. Le regret est, comme pour les autres groupes de travail, faute de temps suffisant, de ne pas avoir pu organiser des réunions au-delà d'Avignon et au plus près des réalités de vie et de travail du département. Ce « centralisme » n'a en effet pas permis la participation de tous les GEM à nos réunions de travail, puisque seuls ceux d'Avignon et de Vaison la Romaine ont été présents.

Contenus des échanges et problématiques identifiées

- Création du GEM Mine de rien (Avignon) en 2009 et du GEM Grain de café (Vaison-la-Romaine) en 2012. Il existe également un GEM à l'Isle sur la Sorgue et deux autres sont en démarrage : à Carpentras et un GEM « Autisme »
- Constat global d'une situation d'extrême précarité de la plupart des usagers
- Le logement
 - Accès :
 - Bailleurs sociaux : forte réserve vis-à-vis des personnes souffrant de troubles psychiques → RHESO, HAS, AHARP proposent des dispositifs pour faciliter l'accès
 - DALO (Droit Au Logement Opposable) : La procédure demande une enquête sociale qui « met le doigt sur ce qui fâche », sur le trouble psychique
 - L'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés) reste faible
 - S'il y a une protection judiciaire (tutelle/curatelle), sentiment d'une difficulté supplémentaire : il y a une garantie pour le bailleur d'être payé mais cela témoigne d'un trouble psychique qui « fait peur, qui est une marque d'instabilité »
 - Les usagers disent ne pas trouver de soutien au niveau des tutelles/curatelles qui les « laissent se débrouiller » pour trouver un logement
 - Le maintien dans le logement :

- Sentiment d'abus de faiblesse : en cas de problèmes pratiques, les propriétaires ou l'agence immobilière ne répondent pas toujours au signalement. « Tout le monde n'a pas la chance d'être entouré par des personnes bienveillantes (cercle familial ou accompagnateurs) qui peuvent aider ou nous diriger vers la Confédération Nationale du Logement (CNL), l'Agence Départementale d'Information sur le Logement (ADIL-ANIL) et les autres organismes qui peuvent venir en aide »
 - Manque de connexion entre les organismes
 - L'intermédiation locative : dispositif social et solidaire permettant d'encourager les propriétaires du parc privé à se lancer dans le locatif en leur assurant une relation locative simplifiée et sécurisée grâce à l'intervention d'un tiers social (organisme agréé, association, opérateur).
- Besoin d'accompagnement :
 - Sentiment d'abandon, d'isolement. Les usagers en santé mentale n'ont pas toujours les ressources pour comprendre les aspects juridiques, administratifs... et ne savent pas à qui s'adresser lorsqu'ils nécessitent une aide ou une explication, qui semblerait banale pour certains
 - Engorgement des CMP et des demandes de rendez-vous avec une assistante sociale. Les animateurs/animatrices des GEM aident comme ils le peuvent lorsque le problème rencontré demande une réponse rapide, mais cela ne fait pas partie de leur fonction. Exemple d'une animatrice qui aide un usager du GEM à contacter les organismes afin qu'il puisse dormir ailleurs que dans sa voiture, et qui à qui on répondra « ce n'est pas votre travail » → sentiment de cloisonnement, chacun à son champ d'action sans qu'il y ait de lien entre les organismes.
 - Les usagers témoignent de leurs difficultés financières mais soulignent que le besoin d'accompagnement est tout aussi important : la communication ne leur est pas toujours chose facile, aller réclamer quelque chose peut s'avérer très compliqué, « nous ne sommes pas pris au sérieux »
- Les maisons relais permettent un encadrement social rassurant
- Dispositifs d'aide :
 - Ouverture en mars 2020 d'un espace de vie à Vaison-la-Romaine (association financée par des fonds publics) visant à aider dans le parcours de soin ou de vie de la personne souffrant de troubles psychiques
 - EAVS : Dispositif d'accompagnement à la vie sociale à Avignon
- Pair-aidance : l'envie de s'investir dans cette pair-aidance est très forte. Se soulève la question de la possibilité de devenir pair-aidant par VAE (importance du savoir expérientiel)
- Attention particulière à porter aux personnes isolées (addiction, précarité extrême...) qui ne vont pas chercher de l'aide mais en ont grandement besoin

- Soins :
 - Le groupe soulignent la qualité du travail fait par l'HAS mais également le manque de moyen par rapport au nombre de demandes → accompagnement limité
 - Raréfaction des spécialistes : manque de psychiatres, d'ophtalmologistes. Situation complexe pour tout citoyen mais difficulté supplémentaire pour les usagers pour qui attendre et prévoir un rendez-vous est presque impossible, ne sachant pas comment leur situation psychique va évoluer dans les prochains jours
 - Psychiatre souvent perçu comme un prescripteur de médicaments → manque de confiance et de lien professionnel/usager
 - « Les soins ne se limitent pas au traitement médicamenteux » → l'écoute, la parole, l'art thérapie... libérer et accueillir la souffrance sous différentes formes
 - L'approche des plaintes somatiques par les médecins généralistes lorsqu'elles émanent d'une personne atteinte d'une maladie psychique : « s'il ne s'agit pas du médecin traitant, la lecture est trop souvent psychiatisée au risque de passer à côté d'une réelle problématique. La parole de la personne n'est pas prise en compte ni son ressenti physique. » (Témoignage d'un participant)
 - Problème soulevé des consultations avec un psychologue qui sont non remboursées ou inaccessibles en CMP (engorgement) alors que le besoin de parler est très grand
 - Accès aux soins compliqué :
 - CMP : horaires d'ouverture très restreints, « une ligne téléphonique à contacter en cas d'urgence pourrait être utile »
 - CMP saturé → renvoie au CHM saturé lui aussi
 - Urgences psychiatriques du CMP de Vaison : 1 mois d'attente

- Loisir/culture/activité :
 - Les activités au sein des GEM peuvent être organisées mais certains gestionnaires ne souhaitent que ces dernières relèvent du soin → « alors qu'on fait partie d'un GEM pour prendre soin les uns des autres »
 - GEM mine de rien : pas de gestionnaire → art thérapie proposée pour les adhérents
 - Tutelles / curatelles :
 - Fonctionnement qui demande de la prévoyance → il est demandé de prévoir et budgétiser ses besoins plusieurs mois à l'avance mais certains usagers sont dans l'incapacité de se projeter, surtout sans aide extérieure
 - Temps de réponse « lent » : exemple d'un usager qui demande depuis 4 mois la possibilité d'avoir un nouveau téléphone
 - Conditions strictes → frustration pour l'utilisateur qui travaille d'avoir des difficultés à obtenir le droit d'utiliser l'argent qu'il gagne
 - Nécessité d'une meilleure communication et davantage d'échanges avec les tuteurs / curateurs

- Faciliter l'accès à la culture pour les personnes précaires → exemple de l'association « la culture du cœur » à Vaison qui propose une adhésion annuelle de 80 euros
- Manque de soutien : de certaines Mairie, les élus ne viennent pas aux portes ouvertes, les subventions sont de plus en plus faibles (dont 80% sont utilisés pour les charges de location, de téléphonie...)
- Accès à l'emploi ou à la formation : « Avant de penser à cela, il faut maîtriser les bases → le GEM propose des ateliers d'écriture, des exercices de dictée...
- Nécessité d'être vu, connu et permettre la rencontre entre les GEM, entre animateurs
- Proposition d'animation d'atelier d'écriture auprès des GEM avec pour objectifs de publier les écrits lors des SIMS (témoignages sur les vécus autour des questions de stigmatisation)
- Retour sur compte rendu de la première réunion : relecture et modifications
- Réflexion sur les actions prioritaires que les participants du groupe souhaiteraient voir émerger → besoin de rencontre entre les usagers, entre les acteurs de l'accompagnement des usagers.
- Discussion sur la question de la représentativité du groupe usagers et la difficulté à contacter et rassembler les usagers de la santé mentale.
- CMP de Vaison-la-Romaine → témoignage d'adhérents à qui il était proposé des activités en extérieur, de l'extra-médical (sorties, activités...) vécues comme très positives
 - Mais l'embouteillement des CMP est départemental et le CMP de Vaison souffre également du déficit de psychiatres

Point clefs à retenir et pistes d'action

- Nécessité d'un accompagnement pour les actes essentiels de la vie quotidienne et les démarches administratives
- Besoin de se faire connaître par les organismes afin de créer du lien et d'orienter les usagers vers les GEM/maison de relais spécialisés/ (vers les associations ou autres d'accueil des usagers hors cadre institutionnel/médical)
- Coordination des GEM : besoin de se connaître, de travailler en réseau et d'agir ensemble

- Grande volonté des usagers à s'investir dans la pair-aidance → importance du savoir expérientiel
- Mettre en place des numéros gratuits pour joindre les services publics (CAF, Sécurité Sociale...)
- Nécessité de déstigmatiser la santé mentale → information, communication
- Se faire connaître, entendre et organiser des rencontres
 - Entre usagers
 - Entre accompagnateurs
 - Entre usagers et non usagers : Proposer des jeux ludiques et conviviaux « jeux de l'entraide » où une quête à faire par binôme Gémineur/Personne du public pour créer du contact entre 2 personnes « différentes » → permet le travail d'équipe, l'adaptation à l'autre et d'agir pour la déstigmatisation
 - Le CDSA (Comité Départemental Sport Adapté 84) propose les 1ers et 3èmes samedis du mois des cours de fitness devant le palais des papes, ouverts à tous
 - Aller à la rencontre des organismes public (CAF...) ou des institutions psychiatriques pour se faire connaître et « prôner une vision positive de la santé mentale »
- Rendre prioritaire l'obtention d'un logement pour les personnes souffrant de troubles psychologiques
 - Rendre obligatoire la présence d'un représentant des personnes en souffrance aux CALES (Commissions d'Attribution des Logements - organisme des HLM) car les bailleurs sociaux ont généralement davantage de réticence à laisser un logement aux usagers de la santé mentale
 - Proposer aux bailleurs sociaux, aux particuliers à SCI d'avoir un seuil minimum de personnes atteintes de handicap psychique dans leurs logements, et à loyer modéré
 - Rendre obligatoire la présence d'usagers dans les conseils d'administration des organismes sociaux
- Organiser une « Zinzin Pride » à Avignon, calquée sur la Fada Pride de Marseille, pour se jouer des stéréotypes, de la stigmatisation des patients, des « malades mentaux »
- Modifier les conditions d'accès aux formations et à certains métiers, mieux cibler le recrutement et en changer les conditions.
Exemple du métier d'employée de vie scolaire (EVS) : pôle emploi pose des conditions empêchant d'y avoir accès et n'étant pas en lien avec la qualification de la personne : « il faut être âgé d'au moins 50 ans, être au chômage depuis une durée suffisamment longue, ne pas avoir de diplômes... »
- Développer des cours d'alphabétisation et des cours d'informatique : pour palier à la fracture électronique (lutter contre l'analphabétisme et « l'électronisme »)

- Faciliter l'accès au travail :
 - Développer Working First et/ou House club à Avignon : afin de socialiser la personne, redonner une estime de soi
 - Permettre l'insertion en milieu ordinaire en informant sur le handicap psychologique, sur la souffrance invisible

- Faciliter l'accès aux loisirs, à la culture, à la mobilité :
 - Débloquer des fonds ou proposer des partenariats, des dons (aux GEM, aux CMP par exemple) pour que les usagers en difficulté financière puissent se rendre au cinéma, au théâtre, à des expositions.
Le GEM de Vaison va rencontrer prochainement l'association Culture du cœur pour proposer un partenariat car actuellement, l'adhésion annuelle est fixée à 80 euros, « ce qui n'est pas forcément un tarif accessible pour tous les usagers »
 - Faciliter le transport → « En voiture Simone » (Vaison-la-Romaine) : association pour rompre l'isolement des personnes qui n'ont pas de véhicule mais reste inabordable pour beaucoup « il faut compter 15 euros pour un aller-retour dans Vaison »

- Travailler sur la confiance en soi

- Revaloriser la profession des psychiatres pour redynamiser ce choix de carrière professionnelle

- Protéger les droits fragiles : apprendre aux gens à reprendre possession de leur vie → notion d'empowerment⁶³
 - Proposer des cours de gestion, à gérer ses comptes bancaires
 - Écrire un rêve par an et le réaliser pour se voir progresser, prendre confiance → rendre acteur, rendre autonome
 - Passer de la curatelle à l'autonomie avec un accompagnement
 - Travailler avec les conseillères d'économie sociale et familiale de Cap Habitat ?

- Revaloriser le statut des animatrices des GEM
 - Une formation « animation de GEM » devait avoir lieu mais a été annulée, importance de renforcer et valoriser le rôle essentiel des animateurs.trices

- Permettre une plus grande autonomie des GEM :

63 Nina Wallerstein, auteure du rapport sur l'empowerment pour l'OMS définit l'empowerment comme "le résultat d'une interaction dynamique entre deux niveaux : le développement de compétences individuelles (internes) et le dépassement de barrières structurelles (externes), afin d'améliorer les conditions de vie des plus défavorisés - <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/empowerment-des-jeunes-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-446#:~:text=Nina%20Wallerstein%2C%20auteure%20du%20rapport,conditions%20de%20vie%20des%20plus>

- Exemple du GEM Avignon : 60 000 euros des dernières subventions n'ont pas été transférés par le nouveau gestionnaire. ARS a été mise au courant mais pour l'instant, il n'y a pas de changement opéré.

- Développer la pair-aidance
 - Une formation ou VAE (validation des acquis de l'expérience) accessible à tous ? La question de l'accessibilité se pose. La notion d'aidance doit se faire avec de l'apport théorique, la formation est très importante, mais l'expérience l'est aussi. Nécessité de sortir des schémas habituels.
Coût ? Qui peut le prendre en charge ? Quelle reconnaissance du diplôme ?
Quelle validation du métier ?

- **Groupe 8 : Santé mentale et psychiatrie périnatale**

Mieux répondre aux besoins de soins psychiques conjoints (parents-bébé) en développant une offre graduée et coordonnée promouvant l'égalité dans l'accès aux soins

À un moment où la crise de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie est reconnue, un enjeu crucial de santé publique les concernant toutes deux se dégage : les conséquences délétères de l'intrication des troubles des interactions précoces et de la pathologie psychique parentale, en particulier maternelle, sur le développement du bébé puis de l'enfant et de l'adulte qu'il deviendra.

Pendant la période des « 1000 jours » (cf. recommandations de l'OMS)⁶⁴, de la conception à la deuxième année de l'enfant, du fait de la néoténie, le fœtus et le bébé sont particulièrement dépendants de leur environnement, tout en étant acteurs de la relation, laquelle est essentielle à leur développement. La complexité de la prévention et du soin en période périnatale tient donc au fait qu'une intervention prévenante chez l'un des partenaires de l'interaction peut avoir un effet favorable pour l'un, mais également pour l'autre. De la même manière, un soin prodigué à l'un peut avoir un effet favorable et/ou prévenant pour l'autre. Eu égard à cette dimension interactionnelle, à la réceptivité des familles durant cette période sensible et à la rapidité du développement du bébé, un ajustement des modalités des interventions, de leur temporalité et de leur rythme aux besoins spécifiques de chacun est un facteur de première importance.

Association Recherche Information Périnatalité

<https://arip.fr/wp-content/uploads/argumentaire-05-06-19.pdf>

Contenus des échanges et problématiques identifiées

- Le logiciel Psypérinathon⁶⁵ adapté du rapport Bauer permettant de mettre en évidence les économies que pourrait faire la France si une politique globale et ambitieuse de santé mentale périnatale était menée (8 milliards d'euros par cohorte annuelle de naissance d'économies dans les secteurs sanitaire, social, public et dans la société toute entière). Les échelles de territoire vont des circonscriptions aux villes, départements, régions, ...

Pour le Vaucluse : 6 800 naissances domiciliées (INSEE 2018) : 66 millions d'euros d'économie possibles sur le département si étaient menées une politique de santé mentale (SM), c'est-à-dire soutien du développement des fœtus et des bébés, prévention des troubles psychiques chez les parents et de psychiatrie périnatale, c'est-à-dire amélioration des pratiques des acteurs de la périnatalité et des services de psychiatrie du CHM.

- Importance de la prévention antéconceptionnelle (pour les femmes présentant des troubles psychiques préexistants) et anténatale
- Unité parent-bébé (UPB) CHM : unité avec consultations externes et hôpital de jour parents-bébé opéré par la même équipe. Bon travail en réseau : le réseau inter-institutionnel tissé par l'unité avec ses partenaires permet, autour de chaque situation

⁶⁴ https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/fulldocument_globalstrategy/fr/

⁶⁵ <https://arip-app.herokuapp.com>

familiale particulière, d'activer un travail en réseau personnalisé (cf. la convention département, établissements avec maternités, CHM sur les staffs médico-psychosociaux).

Ces réunions mensuelles rassemblant l'ensemble des partenaires dans chacune des maternités du Vaucluse permettent une bonne coordination des professionnels dès l'anténatal : repérage des vulnérabilités, optimisation de l'accompagnement des femmes enceintes, préparation de la naissance, anticipation d'éventuelles difficultés dans le post-partum immédiat.

- Mise en place de nouveaux réseaux :

L'UPB participe au fonctionnement des réseaux périnataux de proximité (formalisés par la création d'une association comme à Carpentras et Cavaillon ou informels) et des staffs MPS (maters, PMI, UPB, parfois libéraux) autour des différentes maternités, réseaux qu'elle a contribué à mettre en place :

- Réseau périnatal de proximité du Comtat-Venaissin autour de la Maternité de Carpentras (associatif, formalisé, non financé, animé par Martine Morard)
 - Réseau ResPeCa autour de la maternité du CH de Cavaillon (associatif, formalisé, non financé, animé par la psychologue de la maternité de Cavaillon)
 - Travail en réseau autour du pôle femme-mère-enfant du Centre Hospitalier d'Avignon
 - Travail en réseau autour de la maternité du CH d'Orange (suite à l'arrêt de financement du réseau Novanat-Novasanté par l'ARS dans les années 2010).
 - Collaboration régulière avec le Réseau périnatal du pays d'Aix autour du CH d'Aix-en-Provence (formalisé, financé et animé par le Dr Yves Rimet, pédiatre, néonatalogue, chef de pôle femme-mère-enfant du CHIAAP) et travail en réseau autour du CH de Salon-de-Provence
- Existence d'un réseau régional réglementaire de périnatalité, le Réseau Méditerranée (secrétaire du CA de l'association gestionnaire, Dr Michel Dugnat, secrétaire adjoint, Dr Jean Voisin), qui couvre la région PACA ainsi que la Corse et la principauté de Monaco. Il a pour mission de coordonner et de soutenir les professionnels de santé pour accompagner au mieux : le projet préconceptionnel, le déroulement de la grossesse, les conditions de la naissance, le bien-être de l'enfant et de ses parents, le suivi des enfants les plus vulnérables. Constat partagé qu'il manque une déclinaison départementale comme y insistent le Dr Dugnat et le Dr Voisin.
 - Manque de coordination des actions de prévention en périnatalité en particulier faible taux d'entretiens prénataux précoces et absence d'entretiens post-nataux précoces (actes de prévention financés par l'assurance maladie de la Sécurité sociale)
 - La municipalité d'Avignon (CCAS) gère 3 lieux d'accueil enfants/parents (LAEP) accueillant 200 familles différentes reçues par LAEP et par an. Accueils destinés aux enfants de 0 à 3 ans. Accueils libres, anonymes et gratuits, ouverts à tous, ne bénéficiant que très peu aux familles concernées par la santé mentale.
 - Manque de personnes ressources en psy périnatalité sur le territoire du Vaucluse :

- Besoin d'évaluation et de relai (présence / permanence d'un psychiatre référent au sein des maternités, en particulier celle d'Avignon, peut-être le psychiatre de liaison)
- Besoin de coordination de l'antéconceptionnel aux 18 mois de l'enfant par un professionnel médical (sage-femme ?) entre l'ensemble des acteurs des différentes institutions pour les cas les plus grave (case management)
- Besoin de pédopsychiatres ou psychiatres formés à la périnatalité dans les équipes du CHM (Centre médicopsychologique pour enfant, Centre médicopsychologique pour adulte). En 2018, 20 pédopsychiatres praticiens hospitaliers au CHM. En 2019, plus que 11 (départs en retraite, mutations, ...). La pénurie est gravissime.

Il existe une équipe de psychiatrie d'urgence du CHM intervenant au CHA, mais elle n'assure pas la liaison ni le suivi pour les patientes/mamans ayant des troubles psychiques connues ou non de l'UPB ou de l'équipe de psychiatrie de l'adulte.

- Besoin d'information : la grossesse et le post-partum sont des périodes de fragilisation psychique et doivent donner lieu si nécessaire à un accompagnement médico-psychologique (c'est-à-dire dans 10% des cas, soit plusieurs centaines de naissance en Vaucluse par an). Cette information générale ne peut pas passer seulement par le psychiatre, elle doit être le fait de tous les acteurs de la périnatalité et en particulier du professionnel polyvalent de la naissance, la sage-femme, qu'elle soit libérale, hospitalière ou en PMI. Trop souvent les femmes souffrant de troubles psychiques s'éloignent de leur psychiatre pendant la période de la grossesse. Cette information par l'ensemble des professionnels du sanitaire et du sociale relève de la prévention et de la promotion de la santé. Besoin de communiquer mieux sur la dimension consultation de l'UPB, trop souvent confondue avec l'hospitalisation de jour.
- Besoin de suivi spécialisé en amont de l'accouchement : Besoin de repérer précocement des situations à risque. Nécessité d'établir une relation de confiance avec les patientes.
- Pas de possibilité d'hospitalisation conjointe à temps plein sur le Vaucluse des mères et des bébés (plusieurs situations par an adressées à Aix ou à Marseille ou prises en compte en hôpital de jour (HDJ) à l'UPB et en hospitalisation à temps partiel (HTP) en psychiatrie adulte).
- À noter depuis le plan périnatalité 2005-2007⁶⁶, la présence d'un temps proportionnel au nombre de naissances de psychologue dans les maternités, mais l'absence (cf. supra) d'un psychiatre alors qu'il est nécessaire dans chacune des maternités plusieurs dizaines de fois par an (suivant le nombre de naissance).
- Un autre dispositif fait lui défaut sur les maternités de niveau 1⁶⁷ du département, celui animé à la maternité de niveau 2B³⁵ (Avignon) par le Dr Roy, pédopsychiatre à Nîmes, qui propose des reprises de cas médico-psychologiques : rassembler les acteurs qui se racontent une situation concrète et réfléchissent aux leviers concrets de changement.

66 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf

67 http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/nouveaune/site/html/1_2.html

- Expérience et organisation des soins à Montélimar (Drôme) d'où vient le Dr Jean-Pierre Dirickx (désormais chef de service d'obstétrique à Orange), il n'y a pas de dispositif de soins conjoints parents-bébé, même ambulatoire, en psychiatrie publique :
 - Consultation de psycho périnatalité au sein de la maternité, dans le parcours anténatal et obstétrique : 2 consultations spécifiques pour accompagner et repérer les troubles précoces.
 - Organisation de rencontres entre libéraux et hospitaliers autour de reprises de cas (avec le Dr Roy) qui ont permis d'améliorer la prise d'en charge des troubles psychiques et psychosociaux
 - Proposition d'hospitalisation complète de la dyade mère/enfant ou de la triade père/mère/enfant jusqu'à 18 mois si nécessaire. Financement et autorisation de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.
 - Rôle contenant pour les parents : ergothérapie, intervention de psychologues, de sages-femmes, massages bébé...

- Expérience et organisation des soins à Carpentras
 - Le réseau formalisé non financé de Carpentras est un bon exemple de la nécessité de réunions trimestrielles en dehors des staffs médico-psychosociaux permettant connaissance des acteurs entre eux et facilitant la coordination de ces acteurs à l'échelle du bassin de vie de la maternité, comme le montre le témoignage de Mme Morard.
 - La présence de la psychiatrie de l'adulte du CHM dans le pôle de santé public-privé permet avec l'association déjà citée la présence systématique de la psychiatrie de l'adulte dans les staffs médico-psychosociaux mensuels et une étroite articulation en amont de l'accouchement avec la cadre sup sage-femme Mme Morard.
 - Articulation facilitée entre la psychologue et les infirmiers psychiatriques dont une (toujours la même) est présente au staff et qui peuvent intervenir dans un délai de quelques heures.

- À noter, une cinquième sage-femme de PMI va être recrutée par le Département

- L'ARIP a été financé en 2019 par la direction de prévention et de la promotion de l'ARS PACA et refinancé en 2020 dans le même cadre : production par l'ARIP de 20 films permettant
 - Une mise à niveau sur le développement du bébé et sur l'importance de l'interaction parents-bébé à destination des professionnels de santé et du social en périnatalité (actualisation des formations)
 - La formation des professionnels de périnatalité à la prévention précoce et au repérage, facilités par la formation à l'utilisation de ces films
 - Des échanges avec des parents animés par ces professionnels
 - L'organisation de réunions de travail sur la base des staffs médico-psychosociaux existants :
 - Un temps de travail annuel départemental, animé par le service de PMI et l'UPB, se déroulant dans les locaux du Conseil départemental et

présentant les avancées d'une des maternités (en 2020, celle de Carpentras)

- Un temps de travail annuel se déroulant dans chaque maternité du département, animé par l'équipe de la maternité et l'UPB pour créer des liens entre acteurs du terrain, libéraux et hospitaliers à l'échelle du bassin d'attraction de cette maternité
- À noter dans le département du Vaucluse, un entretien précoce de prévention (distinct de l'entretien prénatal précoce) inscrit dans un parcours des 9 mois porté par la CPAM, permettant de repérer les conduites addictives et de favoriser la santé environnementale mené par des professionnelles de première ligne, les sages-femmes.
 - À noter, la mise en place dans les consultations de suivi de grossesse d'un dépistage de vulnérabilités par des sages-femmes libérales (en particulier celles qui se sont formées dans des DU de psypérinatalité) génère pour celles-ci un travail de coordination qui ne leur incombe pas.
 - Il existe des besoins d'accompagnement des patientes présentant des troubles psychiques qui ne sont pas hospitalisées pour leur prise en charge de suivi de grossesse. Les TISF, la PMI et l'UPB y contribuent mais pour les situations les plus complexes, un accompagnement par une professionnelle de la naissance formée à la psychiatrie périnatale serait extrêmement pertinent
 - Comment repérer les femmes vulnérables en amont ? L'entretien prénatal précoce ne concerne probablement qu'une femme sur trois et on sait que celles qui en bénéficient ne sont pas celles qui en ont le plus besoin.
 - Une priorité absolue doit être accordée aux liaisons et à la coordination. Un niveau départemental de coordination serait précieux.
 - Une relativement bonne connaissance des acteurs de terrain entre eux surtout dans le secteur sanitaire et médico-social contraste avec un certain manque d'articulation entre libéraux et hospitaliers (pédiatres, généralistes, sages-femmes, psychiatres...), mais surtout entre libéraux et services départementaux. Le projet ARIP financé par l'ARS (cf. supra) en permettra certaines, qui sont programmées. Les deux CPTS (celle d'Avignon étant déjà sensibilisée à la santé mentale et psychiatrie périnatales) pourraient être une façon d'entrer en contact, de même que les maisons « régionales » de santé, importantes par leur pluriprofessionnalité.
 - Le besoin de travail en réseau entre les deux maternités type 2A (Clinique Urbain V) et 2B (CHA) avec les maternités de type 1 pour les femmes présentant des troubles psychiques pose des questions de continuité. La mise en œuvre de la convention de partenariat entre les établissements et les services départementaux (PMI) portant initialement sur les staffs médico-psychosociaux pourrait être complétée par un avenant spécifique à la prévention et aux soins psypérinataux.

- Le manque de moyens d'intervention à domicile spécialisée en soins conjoints parents-bébé en Vaucluse fait l'objet d'un consensus. Le CHM a engagé une réflexion pour demander le financement d'une équipe mobile infrarégionale de psypérinatalité.
- Les difficultés pour développer des dispositifs permettant une meilleure coordination dans les projets de soins et d'accompagnements sont partagées. Un niveau de coordination départementale pour les situations les plus complexes, confié à une sage-femme recrutée par le CHM dans le cadre d'un conventionnement avec le Réseau régional de périnatalité, est à réfléchir.
- Le nombre insuffisant d'entretiens prénataux précoces est une question nationale. Il serait possible de faire bénéficier les femmes présentant un trouble psychique antéconceptionnel ou anténatal d'un entretien prénatal précoce dédié par une sage-femme formée à la santé mentale et à la psychiatrie périnatales.
- L'insuffisance de repérage des difficultés paternelles est notée. Il existe à l'Unité parents-bébé un savoir-faire pour prendre en charge les pères en difficulté.
- L'absence de lits de psychiatrie temps plein parents-bébé en région PACA est rappelée. Le choix d'une équipe mobile paraît prioritaire.
- La question des limites entre soins, dispositifs de prévention, dispositifs de protection reste floue dans certaines situations complexes. Le développement des reprises de cas complexes déjà existantes serait utile.
- L'accès à l'accompagnement par une TISF (technicien de l'intervention sociale et familiale) est insuffisant. Un dispositif inspiré de celui des Bouches-du-Rhône pourrait être envisagé.
- Il n'y a pas assez de suivi psychologique pour les femmes qui ont accouché sous le secret ou ayant renoncé à accoucher sous le secret. Le temps de psychologues de maternités devrait être augmenté.
- En ce qui concerne le pôle femme-mère-enfant du CHA (niveau 2B)³⁵
 - Le besoin de psychiatrie de liaison est très important et la fermeture partielle des urgences est préjudiciable : à tous les niveaux, il existe des difficultés de liaison avec le CHM. Beaucoup de patientes inquiétantes du CHM ne font pas l'objet d'un suivi dédié. Il ne revient ni aux psychologues ni aux sages-femmes de poser un diagnostic (hors compétence). Un professionnel dédié à la coordination serait utile au moins une fois par mois. La présence de la psychiatrie les services de néonatalogie et de maternité du CHA est cruciale.
 - Historiquement, en région PACA, le choix a été fait de créer des postes de psychologues dans les services de maternités mais pas de (pédo)psychiatres formés à la périnatalité sauf à Nice et Marseille. Ce choix, couplé à la pénurie de pédopsychiatres et au manque de moyens, rend difficile d'obtenir des temps

pour ces diagnostics spécialisés, en particulier au CHA (1/3 des accouchements ayant lieu dans le Vaucluse). On peut noter que l'Alliance « Psypérinat » rassemblant l'ensemble des métiers travaille ensemble pour faire remonter l'importance de la santé mentale périnatale en particulier dans ses dimensions de prévention.

- La rencontre avec les femmes enceintes vulnérables est généralement trop tardive d'où un manque de repérage qui peut donner lieu à des situations complexes où les patientes vont devoir être dirigées au service des urgences déjà défaillant. Le CHM met tout en œuvre pour rouvrir le CAP72⁶⁸ et la nouvelle équipe pourrait être formée à la psy-périnatalité
 - Comme dans les autres maternités, mais plus qu'elles à cause du service de médecine néonatale, la coordination est cruciale et déborde les fonctions déjà importantes des cadres sages-femmes. Une coordination authentiquement médico-psychosociale aurait vocation à être basée géographiquement entre le CHA et le CHM avec un personnel mobile pour le département et le bassin d'attraction de la maternité d'Avignon (Est Gard).
- Les LAEP :
 - Ne sont pas des lieux de soins, accueillants mais pas soignants, ce qui rend difficile l'orientation des familles quand elle serait utile du point de vue des équipes. La création, grâce au CHM, dans le lieu Joly Jean, d'un lieu d'accueil enfant-parents novateur (de type Pâtes au beurre à Nantes) interinstitutionnel est un puissant facteur d'espoir.
 - L'accès aux LAEP des bébés handicapés et de leurs parents présentant ou non des troubles psychiques reste difficile, et ce malgré plusieurs tentatives de rapprochement avec la MDPH et le Petit Jardin. Ces efforts pourraient être repris à nouveaux frais si les projets du CHM étaient financés par l'ARS.

Points clefs à retenir et pistes d'action

- Développer la psychiatrie de liaison afin de permettre le recours possible pour toutes les femmes qui le nécessitent, avec un psychiatre rapidement disponible et formé à la psychiatrie périnatale conformément aux décrets de périnatalité de 1998.
La psychiatrie de liaison a pour mission l'évaluation et la prise en charge des patients hospitalisés dans les services soins de suite et réadaptation et souffrant de difficultés psychiatriques ou psychologiques en lien, ou antérieures, à leur maladie. Elle permet aussi d'accompagner l'entourage familial des patients.
- Soutenir l'ensemble des professionnels du sanitaire, comme du social, dans leur accompagnement auprès du bébé et sa famille pour une prise en charge précoce du trouble de la relation parents-enfant
 - Obtenir des moyens pour des interventions encore plus précoces (anténatal)
 - Soutenir les innovations et faire circuler les expériences fructueuses (Carpentras) d'un territoire infradépartemental à l'autre.

⁶⁸ Service d'accueil des urgences psychiatriques détaché du Centre Hospitalier de Montfavet avec un service d'hospitalisation de courte durée

- Améliorer l'accompagnement à la parentalité dès le projet de grossesse pour les parents qui le souhaitent
- Développer communication et échanges, multiplier localement les rencontres entre les acteurs et faire connaître le périmètre d'intervention et les limites de chacune des institutions concourant à la santé mentale périnatale.
- Proposer des formations pluri-institutionnelles et pluri-professionnelles accessibles gratuitement aux professionnels d'horizons différents et de pratiques diverses ouvertes à des usagers.
- Diffuser des outils pour les professionnels de premier recours pour repérer les difficultés maternelles dès l'anténatal et être en mesure de les orienter si nécessaire (annuaire départemental et réactivité de l'ensemble des acteurs).
- Soutenir la communication concernant l'UPB en particulier concernant l'accueil dès l'anténatal avec un service de consultations externes dans des rencontres pour permettre une meilleure connaissance de l'Unité parents-bébé et de sa double offre de soins (consultation et hospitalisation de jour).
- Améliorer la coordination, développer le réseau, ajouter des actions dans le cadre de la convention Département-établissement pour permettre un parcours de soin sans rupture gradué, coordonné, intégré en santé mentale et psychiatrie périnatales.
- Agir auprès des parents directement : soutenir des groupes de parents qui traiteraient du développement du bébé et de l'importance de l'interaction, soutenir la parentalité.
- Renforcer le rôle et la présence des psychologues en maternité et médecine néonatale.
- Coordonner les psychologues, les psychiatres et les équipes infirmières de psychiatrie dans les maternités
- Créer et distribuer le plus largement possible une plaquette spécifique aux consultations externes psychothérapeutiques parents-bébé (CH Montfavet et CMPEA d'Apt).
- Créer une équipe mobile partenariale (sage-femme coordinatrice, puéricultrice, éducatrice spécialisée, infirmière) :
 - Intervenant dès l'anténatal à domicile, dans les services de psychiatrie et les maternités et le service de médecine néonatale
 - Permettant l'aller vers avec une coordination elle-même mobile assurée par un professionnel de santé disponible même le week-end (astreinte)
- Créer un niveau départemental de réseau de psy périnatalité, éventuellement conventionné avec le réseau régional.

- Soutenir les actions autour de la question du deuil périnatal (groupe de parole, conférences, association...).
- Organiser des reprises médico-psychosociales des cas et des situations complexes avec un intervenant extérieur (par exemple, Dr Joël Roy), à l'échelle départementale pour partager les expériences des autres maternités, et en soirée afin que les libéraux puissent participer également.
- Axe Coordination :
 - La convention entre les établissements à autorisation naissance, le CHM et le Département est un point de départ : entre cet ensemble d'institutions, il pourrait être imaginé une meilleure organisation du travail en réseau avec éventuellement un positionnement institutionnel.
 - Les TISF pouvant jouer un rôle important pour les femmes souffrant de troubles psychiques, il faut penser leur rôle spécifique en période périnatale et leur financement.
 - Création d'un numéro d'astreinte psypérinatalité et périnatalité, avec un professionnel qui pourrait conseiller, orienter, ou organiser une intervention d'urgence avec hospitalisation si besoin pour permettre de résoudre des situations aiguës qui auraient échappé à un dispositif réorganisé.
 - Création d'un annuaire de ressources, incluant les libéraux mobilisés par les questions de santé publique, de santé mentale et de psychiatrie périnatales.

Priorisation des pistes d'action pour le PTSM Vaucluse

a) Recensement des pistes d'action

A partir des comptes rendus systématiquement rédigés par le CoDES de Vaucluse, validés et amendés par les co-pilotes des groupes de travail, nous avons pu dégager trente-quatre axes de travail concrets, pouvant figurer dans le PTSM de Vaucluse.

En terme de niveau d'importance et de calendrier de travail, mener ces 34 projets d'action de front sera bien évidemment impossible. C'est pourquoi un travail de concertation entre tous les groupes de travail et de priorisation collective des actions les plus essentielles et les plus urgentes a été entrepris et selon 2 modalités : un groupe des co-pilotes et une Assemblée plénière

Groupe des copilotes

Les copilotes désignés pour représenter chacun des groupes de travail se sont réunis le 10 février 2020 afin d'analyser et de valider les pistes d'actions identifiées lors des différents temps de réunion.

Réunion plénière

Tous les participants aux différents groupes de travail ont été invités pour une réunion commune à l'amphithéâtre de la CCI d'Avignon. Les échanges entre les acteurs lors de cette Assemblée plénière du 06 mars 2020 ont permis de mettre en lumière certaines nouvelles pistes d'action qui ont été ajoutées avant de procéder à la priorisation de celles-ci.

Nota bene sur le Groupe Santé mentale et Psychiatrie périnatalité

Ce groupe de travail s'étant mis en place tardivement (après la réunion plénière), la piste d'action « Santé mentale et Psychiatrie périnatale » fut ajoutée à la liste des pistes d'action identifiées précédemment.

b) Au total, 34 pistes d'action ont été identifiées

1. Implanter un **centre référent de réhabilitation psycho-sociale** en Vaucluse
2. Développer les possibilités **d'accès au logement** (extension du dispositif « Un Chez soi d'abord », l'Habitat inclusif, accompagnement dans le logement)
3. Soutenir **l'accès à l'emploi** et expérimenter un dispositif Club House ou Working first
4. **Impliquer davantage les usagers** : en développant les dispositifs de médiation et de pair-aidance et en proposant des formations validant le statut professionnel des usagers
5. **Organiser les interventions des usagers dans les écoles de formations** médicales, sociales et para-médicales

6. Développer de **nouveaux GEM** (Groupes d'Entraide Mutuelle) sur le département
7. Porter une vigilance sur les **moyens d'action réels** et l'autonomie des GEM existants
8. Soutenir **l'organisation collective (départementale)** des GEM et une représentation départementale des usagers
9. **Redéployer** le dispositif de formation national au **repérage de la crise suicidaire**
10. Développer les impacts des **Semaines d'information sur la santé mentale** (SISM)
11. Développer la **formation PSSM** (Premiers Secours en Santé Mentale) **pour la population générale**
12. Développer une **formation spécifique sur la santé mentale pour les élus**
13. Développer une **formation spécifique sur la santé mentale pour les professionnels médicaux et para-médicaux**
14. **Diffuser les connaissances scientifiques relatives aux conséquences du psychotrauma** sur la santé mentale et **développer les formations** spécifiques sur ce thème
15. Rendre largement accessible les **formations aux Compétences Psychosociales, à la gestion des émotions, à la méditation de pleine conscience, et développer des programmes** s'appuyant sur ces approches
16. **Valoriser les répertoires existants** (ex : celui du SIAO **Service Intégré d'Accueil et d'Orientation**) et contribuer à la **réalisation du ROR** (Répertoire Opérationnel des Ressources)
17. **Développer le partenariat** entre les secteurs **psychiatrique/hospitalier/libéral/communautés professionnelles territoriales de santé** (via la **Plateforme Territoriale d'Appui**)
18. Proposer des **temps de rencontre et de concertation sur la santé mentale** pour les **différents acteurs** (professionnels, bénévoles, usagers) et **décentralisés** sur différents territoires de Vaucluse
19. Développer la fonction de **réfèrent de parcours**
20. Développer les **dispositifs mobiles** (Equipe mobile) et de **liaison** (Case management, médiateurs, pairs aidants, Rôle et reconnaissance du **statut d'accompagnant**)
21. Développer la **télé médecine**
22. Participer et encourager une réflexion sur la réduction des soins sans consentement.
23. Développer des **fonctionnements alternatifs au sein des CMP (Centres Médico Psychologiques)** (ex : implantation en Maison de santé...), avec des **IPA (Infirmières en pratique avancée)**
24. Renforcer le **rôle** et la **facilité économique** de recours aux **psychologues**

25. **Développer les CLSM (Conseils Locaux de Santé Mentale)** et les **accompagner** davantage
26. **S'appuyer sur les ASV (Ateliers Santé Ville) et les CLS (contrats locaux de santé)** pour s'assurer de la prise en compte des enjeux de santé mentale sur les territoires
27. Former **les acteurs du secteur « Personnes âgées »** au repérage des troubles psychiques
28. Communiquer et soutenir **l'utilisation des outils numériques** (Répertoire opérationnel des ressources, dossier médical partagé...).
29. Faciliter le parcours de soin et l'accès aux **dispositifs de santé mentale pour les adolescents**
30. Faciliter et encourager **l'activité physique, l'accès à la culture et la mobilité** des personnes présentant des troubles psychiques
31. Impliquer les services de **l'Education nationale** dans la dynamique du PTSM et inclure les enjeux de santé mentale dans les **activités scolaires et périscolaires**.
32. Développer les connaissances et la formation sur les **dimensions sociales et environnementales** comme facteurs de troubles mentaux et de souffrance psychique
33. Impliquer davantage **les acteurs de la santé au travail** dans la dynamique du PTSM et des actions sur la santé mentale en milieu professionnel
34. Prendre en compte les enjeux de la **santé mentale** et de la **psychiatrie périnatale**

c) Animer un consensus sur les actions prioritaires à mener en Vaucluse

La réunion plénière du 6 mars 2020

Une réunion plénière a donc été organisée le 6 mars 2020, pour restituer les résultats de près d'une année de travail et tenter d'établir un consensus sur les actions à mener sur le département dans les 5 années à venir (durée du PTSM). Compte tenu de la situation pandémique qui menaçait alors, cette assemblée n'a permis d'accueillir que 39 participants.

D'un point de vue de la méthode d'animation, plusieurs temps de travail ont été organisés : une réflexion individuelle, puis par binôme, puis par groupe de 4, de 8 pour arriver à un consensus de l'ensemble des acteurs présents. A l'issue de ce travail collectif 6 pistes d'action ont alors été priorisées.

Vote électronique via SurveyMonkey

Les résultats obtenus lors de la priorisation faite en plénière n'étant pas forcément représentatifs de l'ensemble des acteurs de la santé mentale en Vaucluse, il a été décidé de mettre en place durant la période de confinement une proposition de vote par voie électronique auprès de l'ensemble des acteurs du PTSM, avec deux rappels par mail entre juillet et septembre 2020. Cette démarche a permis de recueillir l'avis de 21 personnes supplémentaires.

Les 14 pistes d'action qui ressortent ici sont donc le fruit de cette double démarche de priorisation, lors d'une réunion collective en mars 2020 et par voie électronique durant la période de confinement et de déconfinement.

Ces résultats ont alors fait l'objet de discussions et d'échanges, avec les pilotes des groupes de travail en particulier, pour arriver au plan d'action suivant.

Un plan d'action PTSM Vaucluse en 14 pistes de travail, réparties en 3 axes :

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

- a) Volet formations : Développer les formations (**CPS, méditation en pleine conscience, repérage précoce des troubles**) spécifiques pour
 - a) **Les élus**
 - b) **Les professionnels médicaux et para-médicaux**
 - c) **L'éducation nationale**
- b) **Redéployer** le dispositif de formation nationale au **repérage de la crise suicidaire**
- c) **Diffuser les connaissances scientifiques relatives aux conséquences du psychotrauma** sur la santé mentale et **développer les formations** spécifiques sur ce thème

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

- d) Développer les **dispositifs mobiles** (Equipes mobiles) et de **liaison** (Case management, médiateurs, pairs aidants, Rôle et reconnaissance du **statut d'accompagnant**)
- e) Renforcer le **rôle** et la **facilité économique** de recours aux **psychologues**
- f) Permettre la **rencontre entre acteurs** et faciliter le travail de **coordination** (organisation de rencontres interprofessionnels pour des échanges de pratiques et/ou des reprises de cas et de situations...)
- g) Participer et encourager une réflexion sur la **réduction des soins sans consentement**.
- h) Prendre en compte les enjeux liés à la **santé mentale et à la psychiatrie périnatale**
- i) Développer la **télé médecine**

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

- j) Implanter un **centre référent de réhabilitation psycho-sociale** en Vaucluse
- k) **Impliquer davantage les usagers :**
 - a. En développant les **dispositifs de médiation et de pair-aidance** et en proposant des formations validant le statut professionnel des usagers
 - b. En facilitant et encourageant **l'activité physique et l'accès à la culture** pour les personnes présentant des troubles psychiques
 - c. En **organisant des interventions des usagers dans les écoles de formations** médicales, sociales et para-médicales
- l) Soutenir **l'organisation collective (départementale)** des GEM et une représentation départementale des usagers, et porter une vigilance sur les **moyens d'action réels** et l'autonomie des GEM existants
- m) Soutenir **l'accès à l'emploi** des personnes présentant des troubles psychiques et expérimenter un dispositif Club House ou Working first
- n) Faciliter l'accès et le maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques

Fiches actions

1. Tableau récapitulatif

Tableau récapitulant les axes d'action, les fiches action ou lettre d'intention et les priorités nationales correspondantes.

Rappel des priorités nationales :

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

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

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

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

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

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

Axes d'action	Fiches action	Priorités nationales
Axe 1 Prévention : Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide	1. Formation des élus locaux : Sensibilisation Santé mentale et gestion de situations de crise	1 2 5 6
	2. Se former avec des pairs experts	
	3. Programme basé sur la méditation de pleine Conscience pour le développement des compétences émotionnelles chez les adolescents : Prévention primaire - étude pilote	
	4. Développer la formation « Initiation à la psychiatrie »	
	5. Redéployer le dispositif national de formation au repérage de la crise suicidaire	4 6
	6. Réunir un groupe de réflexion pour développer le repérage et la prise en charge du psychotraumatisme	1 4 5 6
	7. Développer les compétences des professionnels, usagers et citoyens du Vaucluse en développant l'offre de formation PSSM et lutter contre la stigmatisation.	1 5

Axes d'action	Fiches action	Priorités nationales
Axe 2 Soins : Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité	8. Boussole des outils de la mobilité	1 2 3 4 5 6
	9. Promouvoir et coordonner les réseaux de proximité en périnatalité	1 2 3 4 5 6
	10. Groupe d'accompagnements pour parents endeuillés par un deuil périnatal	
	11. Equipe mobile Maison des Adolescents	1 2 3 4 5 6
	12. Faciliter l'accès économique à la psychothérapie	1 3 4 5 6
	13. Lettre d'intention : Contribuer à la réduction du nombre de soins sans consentements par l'appui au développement des CLSM.	1 2 3 4 5 6
	14. Faciliter la communication et l'information permettant une meilleure prise en charge du patient	1 2 3 4 6
	15. La coordination entre les structures et les professionnels pour une fluidité des parcours	
	16. Soutenir le renforcement d'un réseau coordonné permettant le parcours des personnes souffrant d'addiction	
	17. Faciliter l'accès aux soins psychiques et somatiques des personnes en situation de grande précarité	

Axes d'action	Fiches action	Priorités nationales
Axe 3 Réhabilitation psychosociale : Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique	18. Développer un Centre de ressources et de coordination de la réhabilitation psychosociale sur le territoire de Vaucluse et du Nord Bouches du Rhône	1 2 5 6
	19. Le gestionnaire de cas en santé mentale (case manager)	
	20. Le collectif PREUVE	1 2 3 6
	21. Formation de pairs aidants en Vaucluse	
	22. L'inclusion et le rétablissement par le sport adapté	
	23. Création d'un lieu ressources à Vauginès	
	24. Développer le dispositif des Groupes d'entraide mutuelle (GEM) en Vaucluse	5 6
	25. Coconstruction d'une formation à destination des acteurs de proximité du logement	2 5 6
	26. Organiser un état des lieux de l'insertion professionnelle en Vaucluse des personnes présentant des troubles psychiques	5 6



AXE I

PROMOUVOIR LE BIEN ETRE MENTAL,
PREVENIR ET REPERER PRECOCEMENT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE,
ET PREVENIR LE SUICIDE.

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

Fiche action I : Formation des élus locaux « Sensibilisation Santé Mentale et gestion de situations de crise »

Nom de la structure porteuse du projet	Association des Maires de France
Nom du représentant légal de la structure	DOTRES Nathalie
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Jocelyne VASSALO, cadre supérieure en santé mentale retraitée
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	7, rue des Frênes – 17137 Esnandes
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	DOTRES Nathalie <nathalie.dotres@amf.asso.fr> 01 44 18 14 29
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	mina.vassallo@gmail.com ☎.....0673357630.....

Constats/problèmes transversaux :

- Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels
- Des insuffisances dans la formation
- Besoin d'évolution des politiques publiques

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

Les maires et élus locaux disposent généralement de peu de connaissances sur le handicap physique et la maladie mentale. Ils ont néanmoins besoin d'être plus à l'aise dans le Comment aborder la personne et son entourage lors d'une situation de crise. Les élus de petites communes rurales se retrouvent souvent en première ligne pour la gestion de situations de crises psychiques. Mais ils n'y sont pas formés et même si le bon sens et l'expérience de terrain sont des ressources importantes, elles ne sont pas suffisantes.

Le maire ou son adjoint sont souvent appelés par les voisins ou familles des personnes en crise d'agitation et se rendent sur les lieux en premier pour tenter de résoudre la crise et limiter ses conséquences en attendant l'arrivée des secours ou des forces de l'ordre.

L'objectif de cette formation est aussi la lutte contre les stigmatisations et discriminations qui peuvent parfois bloquer la résolution de ces situations de crise, créer un déni ou une vision défaitiste des perspectives d'évolution de la situation.

La formation doit permettre de mieux comprendre le handicap psychique et trouver des clés de communication efficaces.

Partager les savoirs issus de l'expérience pour progresser dans ses pratiques.

Objectif général :

Permettre aux élus de se sentir plus à l'aise avec les habitants ayant des troubles psychiques, en particulier lors de situations de crise et d'intervention nécessaire dans la commune.

Permettre de diminuer une stigmatisation et une meilleure insertion sociale de la personne en souffrance

Faciliter le contact avec l'entourage de la personne souffrante dans le respect de sa dignité

Objectifs opérationnels :

Augmenter ses connaissances sur la santé mentale pour monter en compétence sur la gestion des situations de crise en attendant les secours

Diminuer ses appréhensions et limiter son stress en situation de gestion de crise

Mieux connaître les textes de loi liés à l'hospitalisation, le contexte actuel de l'hôpital et des prises en charge, le suivi post hospitalier.

Anticiper et mieux prévenir les situations de crise, repérer les signes avant-coureurs

Faire évoluer son regard sur la santé mentale

Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

TEMPS 1 : 1 jour

Présentation des participants

Brainstorming : handicap physique ? maladie mentale ? fou ?...

Construction des attentes de chacun et de leurs difficultés rencontrées sur le terrain.

Exposé sur les notions de névrose, psychose, troubles du comportement

Exercices pratiques sur les attitudes à adopter avec une personne en situation de crise psychique

Bilan des bonnes pratiques

TEMPS 2 : 1 jour (1 mois plus tard)

Interactions sur l'intervention du mois précédent

Travail sur des cas concrets d'hospitalisation

Exposé de chaque participant sur une situation vécue

TEMPS 3 : ½ journée de débriefing (3 à 6 mois plus tard)

Rappel des textes de loi en vue d'une hospitalisation

Le contexte de l'hôpital psychiatrique, le suivi post hospitalier, ses contraintes, les principaux intervenants de la santé mentale.

Echanges entre élus et professionnels de la santé mentale

Visionnage de vidéos

Evaluation à chaud de ces moments de partage autour des troubles psychiques

Bénéficiaires :

Elus locaux de petites communes rurales, élus locaux confrontés à la gestion de situation de situation de crise psychique

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Elus du Vaucluse, communes rurales : Vaugines, Lourmarin et autres communes de la communauté d'agglomération Luberon Monts de Vaucluse.

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

Prise en charge des frais de déplacement, restauration, hébergement de la formatrice

Une salle de formation (prêt des communes)

Un tableau paper-board

Un vidéoprojecteur

Accueil café, bouteilles d'eau

Modalités de suivi :

Evaluation à chaud en fin de session

Reprise sur les attentes du 1^{er} jour de formation

Débriefing de la dernière demi-journée

Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- Évaluation de processus
 - évaluation de fin de session
- Résultats attendus
 - une meilleure connaissance de la santé mentale
 - une meilleure prise en charge de la gestion des situations de crise
 - une déstigmatisation des personnes en souffrance psychique
 - une relation plus constructive avec les familles
 - une meilleure intégration sociale des malades.

Acteurs et partenaires Impliqués ou pressentis

a. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet

Les usagers, les personnes en souffrance psychique bénéficieront indirectement de l'action car les élus locaux formés pourront intervenir dans la gestion des situations de crise avec plus de pertinence, d'empathie, dans le respect de la personne et des familles.

Le dialogue pourra s'établir plus facilement lors de l'intervention ou ensuite dans la commune avec la construction d'une relation de confiance, en dehors des situations d'urgence.

La sensibilisation aux problèmes psychiques va aussi permettre de proposer une meilleure intégration dans le tissu social de nos communes pour atteindre avec certains une insertion et une participation citoyenne dans nos associations culturelles et sportives (cf Lettre d'intention du lieu Troc Ressources).

b. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet

L'objectif de la formation est aussi de faciliter le dialogue avec les familles. Des études de cas réels d'hospitalisation permettront aux élus de s'entraîner et d'échanger sur les bonnes pratiques.

c. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle :

Un psychiatre, chef de service de l'hôpital de Martigues est associé en amont dans la conception du programme, et est l'intervenant de la dernière séquence de formation.

L'association des maires de France est une ressource pour relayer les besoins des élus locaux et pour des apports réglementaires sur le rôle du maire dans la gestion de ces situations.

Fiche Action 2 : Se former avec des pairs experts

Constats/problèmes transversaux :

- Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels
- Des insuffisances dans la formation
- Insuffisance d'accompagnement personnalisé
- Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

Le champ de la Santé Mentale vit cette complexité d'accompagner la souffrance psychique en ayant très peu accès à ce qui est vécu par les patients. Dans les situations de crise, la personne n'a pas la capacité d'exprimer ses besoins, dans les autres moments de sa souffrance, la personne peut ne pas avoir de compréhension claire de ce qu'elle vit.

Depuis plusieurs dizaines d'années, les « patients » ou « usagers » apportent leurs témoignages et certains développent un champ théorique du vécu, de la souffrance, et de la gestion des symptômes.

Cet apport pourrait permettre aux familles de mieux accompagner la personne en souffrance dans son vécu et d'être d'autant plus aidante dans son rétablissement c'est-à-dire dans la diminution des symptômes et de leurs impacts.

Par ailleurs, le concept de pair aideance a de plus en plus de résonance en santé mentale. Et nous souhaitons être un appui à son développement dans le Vaucluse, en prenant en compte les expériences déjà connues.

La formation est un moteur évident, autant pour les familles, que pour les pairs aidants et pour les équipes qui intégreraient les pairs dans leur pratique.

Notre proposition est de mettre à profit l'expérience collectée et la compétence des experts par expérience, en leur donnant la place de formateur.

Objectif général (*) :

Proposer des ressources de formation co-élaborées et co-animées par des experts par expérience et des accompagnants du champ de la Santé Mentale formés au rétablissement.

Objectifs opérationnels :

Ces formations auraient pour objectifs de :

- Favoriser l'intégration de pairs aidants dans les services de Santé Mentale en Vaucluse, en cohérence avec les concepts du rétablissement.
- Offrir une connaissance au plus proche des besoins de chacun, à la fois pour les patients, les soignants et les familles, au travers de formations accessibles à tous.

Ces formations permettraient d'augmenter la compréhension empirique de la souffrance, améliorer l'accompagnement général et donc le sentiment de *pourvoir quelque chose (empowerment)* des aidants et soignants, et par répercussion des personnes en souffrance.

Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

Nous disposons aujourd'hui des ressources d'un collectif de *pairs* en construction en Vaucluse et de la connaissance pratique et théorique des *experts par expérience*.

La première étape consisterait à réunir ces personnes pour la co-élaboration :

- d'une formation à destination des soignants en psychiatrie (ou services de psychiatrie) et des pairs qui souhaiteraient se former au concept de pair aideance et de rétablissement.
- d'une formation à destination des personnes en souffrance psychiques et de leurs accompagnants : famille, amis, soignants, accompagnateurs sociaux, etc. Cette formation apporterait ce langage commun nécessaire à l'écoute et à la compréhension de la personne, pour l'accompagner de façon adaptée dans la diminution, et la gestion de sa souffrance et de ses symptômes.

La deuxième étape serait de dispenser les formations, toujours en co-animation :

- En faisant partie de l'annuaire de formation du CHM de Montfavet
- Avec le support du CODES et de son vaste réseau
- Avec un travail de communication auprès des familles (les soignants prescripteurs, l'Unafam, etc)

Une troisième étape (à terme) pourrait être de devenir un centre ressource pour l'intégration de la pair aideance dans les services des secteurs psychiatriques et medico-sociaux. Il s'agirait alors d'offrir un véritable accompagnement personnalisé.

Bénéficiaires :

Personnels soignants en psychiatrie, pairs, personnes en souffrance psychique, accompagnants et entourage.

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Vaucluse

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

Salle

Chargé de projet/coordonateur/administratif

Total première année : 360 personnes formées

Modalités de suivi :

Retroplanning pour l'élaboration et la mise en place des formations

Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

Nombre de formations dispensées, nombre de personnes bénéficiaires par catégorie (soignants, famille, pairs), enquête de satisfaction suite à la formation, enquête à 1 mois de la formation sur les changements ressentis.

Acteurs et partenaires Impliqués ou pressentis

a. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet

Ils en sont à la fois les constructeurs (élaboration des formations et animateurs) et les bénéficiaires du projet (formations ouvertes aux *pairs*)

b. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet

Les familles seront concertées dans l'élaboration des formations, au travers par exemple, de l'UNAFAM.

Elles en seront bénéficiaires sur le projet de formation 2 (se rétablir ensemble).

c. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle :

- Collectif de pairs vauclusien en construction : ressource de pairs souhaitant être formateurs et/ou pairs aidants.
- REV France : ressource sur l'approche du rétablissement par les pairs et sur les contenus de formation. Ressource en formateurs potentiels.
- Espère Pro avec Yves Bancelin : ressource sur l'approche du rétablissement par les pairs et sur les contenus de formation. Ressource en formateurs potentiels.
- CoFor : ressource sur l'approche du rétablissement par les pairs
- Unafam : consultation pour l'élaboration des formations. Potentiels prescripteurs.
- Centre Hospitalier de Montfavet : bénéficiaires et prescripteurs
- CoDES84 : partenaire sur la construction et ressource sur la communication

d. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et quelle est sa mission

De nombreux étudiants sont interpellés par le concept de rétablissement. Nous pourrions avoir accès à eux (au travers du réseau et de l'Université Paris 8 dans la formation à distance orientée rétablissement) et orienter des projets de recherche.

Fiche Action 3 : Programme basé sur la méditation de pleine conscience pour le développement des compétences émotionnelles chez les adolescents (prévention primaire – étude pilote)

Nom de la structure porteuse du projet	<p><i>Journées d'Accords</i></p> <p>Agrée formation continue n°93 84 022 37 84</p> <p>N° Siret : 431 245 927 00022</p> <p>http://www.journeesdaccords.com/</p>
Nom du représentant légal de la structure	Nathalie Guyon , présidente de <i>Journées d'Accords</i>
Nom, prénom, fonction du référent du projet	<p>Emmanuelle Decker, coordinatrice pédagogique & formatrice</p> <p>Fonction : Chargée de Conception & coordination & mise en œuvre du projet « étude pilote », adaptation du programme et des supports pédagogiques, implantation du programme dans les collèges & formation auprès des élèves et des enseignants, liaison avec l'équipe de recherche en charge du traitement statistique (recueil et analyse des données), rédaction du rapport final.</p>
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	15 rue Théophile Jean 84800 L'Isle sur la Sorgue
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	<p>@ nat.sophrologie@gmail.com</p> <p>☎ 06 07 12 04 07</p>
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	<p>@ deckeremmanuelle@gmail.com</p> <p>☎ 06 17 33 73 48</p>

Constats/problèmes transversaux :

- Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce
- Prévention du développement des psychopathologies : intervention primaire pour le développement des compétences psychosociales

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

Les pédiatres et psychologues, spécialistes du développement de l'enfant, considèrent l'adolescence comme une des périodes particulièrement sensibles au contexte environnemental. Les adolescents sont confrontés à des métamorphoses/pubertaires associées à des transitions majeures dans les champs biologiques, cognitif (activités mentales qui permettent de traiter les informations de l'environnement), psychique (séparation, individuation, construction) et social (être reconnu, appartenir à des groupes).

Cette restructuration totale qui accompagne la construction puis la consolidation identitaire rend les adolescents particulièrement fragiles et sensibles, et leur provoque d'intenses et fréquentes réactions émotionnelles et expériences stressantes.

Cette période caractérisée par la difficulté à gérer ses émotions est donc aussi une période critique pour le développement des psychopathologies. En effet, les troubles émotionnels apparaissent souvent à l'adolescence⁶⁹ et la moitié des problèmes de santé mentale commencent avant l'âge de 14 ans⁷⁰. Les difficultés de régulation émotionnelle sont impliquées dans l'apparition et la persistance des troubles psychopathologiques internes (anxiété, rumination, dépression) ou externes (impulsivité, opposition, agressivité)⁷¹, avec une tendance à se maintenir et/ou s'aggraver à l'âge adulte⁷².

Ce constat nécessiterait la mise en place d'apprentissages précoces des compétences émotionnelles, pour prévenir le développement des psychopathologies de l'adolescent, et l'installation de symptômes persistants et plus sévères à l'âge adulte.

De plus, certains résultats préliminaires d'études en neurosciences rapportent que la charge émotionnelle et les tensions dues aux conséquences de la crise provoquée par la Covid-19 risquent d'engendrer des séquelles psychiques et un impact sur les comportements prosociaux⁷³.

En effet, l'adolescence étant *une période cruciale pour le développement et la pérennisation d'habitudes sociales et émotionnelles importantes pour le bien-être mental*⁷⁴, il est essentiel de développer des programmes de prévention qui construisent et consolident les capacités de régulation émotionnelle, et diminuent les comportements impulsifs ou à risque.

Les chercheurs et cliniciens considèrent que l'entraînement à la méditation de pleine conscience serait un outil efficace pour favoriser et accompagner le développement des compétences émotionnelles.

69 OMS, 28 Septembre 2020, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

70 Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007; 6: 168–76.

71 Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74, 1869–1880. doi:10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x.

72 Hofstra, M. B., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2001). Adolescent's self-reported problems as predictors of psychopathology in adulthood: 10 year follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 203–209. doi:10.1192/bjp.179.3.203.

73 Crone, E. (2020). *Projet prosocial*, Université de Rotterdam, <https://cordis.europa.eu/project/id/681632/fr>

74 OMS, Ibid.

Cet entraînement serait un outil permettant conjointement :

- D’ancrer son attention, sa présence et sa concentration dans le moment et l’action en cours
- De prendre conscience et d’explorer les différentes facettes des émotions :
 - Sensations corporelles
 - Pensées en lien
 - Comportements et tendances à l’action
- Comprendre comment réguler les ruminations et les émotions en les apprivoisant, c’est à dire en étant capable de :
 - Tolérer les états aversifs en développant l’inhibition des réactions automatiques – actions réactionnelles non réfléchies
 - S’ancrer dans ses ressources psychiques et dans son corps pour prendre de la distance
 - Se mobiliser et poser des actions qui ont du sens, en lien avec ses valeurs, et ajustées au contexte⁷⁵

Ainsi, l’entraînement à la méditation de pleine conscience développerait les fonctions exécutives (flexibilité, inhibition, adaptation), permettant de se fixer des objectifs, de planifier et dérouler des actions efficaces en s’ajustant avec flexibilité au contexte ou en modifiant son comportement pour l’adapter.

Les recherches scientifiques portant sur les programmes et les interventions basés sur l’apprentissage de la méditation de pleine conscience rapportent que cet *entraînement mental à la régulation attentionnelle et émotionnelle*⁷⁶ améliorerait différents troubles psychologiques comme les troubles anxieux, les dépressions récurrentes⁷⁷ et plus généralement la régulation émotionnelle⁷⁸ et les souffrances psychiques associées à diverses pathologies biologiques et/ou psychologiques⁷⁹.

Les études récentes portant spécifiquement sur les enfants et les adolescents rapportent des améliorations significatives sur les échelles d’anxiété, de dépression, sur certaines des sous échelles de l’impulsivité (urgence, manque de persévérance)⁸⁰, et l’auto-efficacité liée à la régulation émotionnelle⁸¹.

Le développement des compétences attentionnelles et émotionnelles ciblées par les interventions basées sur la méditation de pleine conscience serait donc un facteur protecteur

75 Deplus, S., & Lahaye, M. (2015). La pleine conscience chez l’enfant et l’adolescent. Ed. Mardaga

76 Lutz, A., Slagter, H.A., Dunne, J.D., & Davidson, R.J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163-69.

77 Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D. et al. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(8899), 63-73

78 Roemer, L, Williston, S.K., & Rollins, L.G. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current in Psychology*, 3, 52-57.

79 Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187(3), 441-453.

80 Deplus, S., Bilieux, J., Scharff, C., & Philippot, P. (2016) . A Mindfulness-Based Group Intervention for Enhancing Self-Regulation of Emotion in Late Childhood and Adolescence: A Pilot Study *Int J Ment Health Addiction* DOI 10.1007/s11469-015-9627-1

81 Metz, M., Frank, Rebel, D., Cantrell, T. 2013). The Effectiveness of the Learning to BREATHE Program on Adolescent Emotion Regulation. *Research in Human Development*, 10(3), 252–272, 2013 ISSN: 1542-7609 print/1542-7617 online DOI: 10.1080/15427609.2013.818488

contre les détresses émotionnelles et la psychopathologie de l'adolescent, et pourrait de ce fait être proposée comme intervention primaire au niveau du collègue.

Objectif général (*) :

Dans le cadre de la prévention des psychopathologies, l'objectif de ce projet est d'étudier les effets d'un programme basé sur la méditation de pleine conscience sur l'amélioration des compétences émotionnelles chez des adolescents collégiens.

Objectifs opérationnels :

Plus spécifiquement, les objectifs opérationnels de ce projet sont d'évaluer l'impact d'un programme de méditation de pleine conscience adapté au contexte scolaire sur :

1. **les capacités de régulation émotionnelles** (fonctionnelles / dysfonctionnelle – faisant appel aux ressources externes / ressources internes)
2. **les 4 facettes de l'impulsivité** (urgence, manque de préméditation, manque de persévérance, recherche de sensations)
3. la **pleine conscience – pleine présence lors des activités quotidiennes**
4. sur **le stress et l'anxiété**

Participants :

Les adolescents inclus dans le projet seront des collégien(ne)s en classe de 4^{ème}, scolarisés dans les écoles pilotes souhaitant participer à une étude portant sur le développement des CSP (compétences psychosociales), et plus particulièrement des compétences de régulation attentionnelle et émotionnelle.

De part son implication sur le terrain, Le CoDES 84, partenaire de l'étude, fera le lien entre les collèges susceptibles de répondre favorablement au projet et la structure porteuse du projet, *Journées d'Accords*.

Le projet est une étude randomisée contrôlée, il est donc nécessaire de constituer un « groupe participant » au programme et un « groupe contrôle » ne participant pas au programme.

Pour permettre une puissance statistique suffisante, 60 élèves minimum doivent participer au programme soit 120 élèves minimum pour réaliser les 2 groupes de l'essai randomisé contrôlé.

Les enseignants porteurs du projet au sein de leur établissement seront les professeurs d'instruction civique, le programme se réalisant dans ces cours. Les enseignants seront recrutés sur la base du volontariat et bénéficieront de 3 séances d'entraînement en groupe d'adultes.

Programme :

L'intervention est un programme de **12 semaines** (Un trimestre) dont une séance de présentation et mobilisation. Le programme est une adaptation du programme MBCT pour adultes (mindfulness-based cognitive therapy) au contexte scolaire et à l'adolescence.

Le choix de ce programme s'est fait après une veille scientifique et sur la base d'études réalisées auprès d'adolescents par l'Institut des sciences psychologiques et le laboratoire de psychologie expérimentale de Louvain la Neuve en Belgique⁸².

Ce programme aborde différents thèmes associés à des pratiques courtes, des pratiques formelles et/ou ludiques, transposables dans la vie quotidienne :

Parmi ces thèmes, seront abordés : (1) la présence et le pilotage automatique, (2) les alarmes émotionnelles, les obstacles, l'inattendu, (3) L'esprit dispersé et l'ancrage dans la respiration, (4) La stabilité, la force, l'enracinement dans le corps, dans la respiration, dans ses valeurs, (5) comment apprivoiser les douleurs, les difficultés, les réactions automatiques, (6) Les pensées, les ruminations, (7) Les valeurs, les ressources, ce qui fait sens, (8) La manière de transférer et d'adapter des pratiques courtes.

Evaluations :

Les évaluations seront réalisées par le groupe participant et le groupe contrôle, aux temps :

- T0 : avant le programme (début d'année scolaire)
- T1 : À la fin du programme à 12 semaines
- T2 : 3 mois après la fin du programme
- T3 : 6 mois après la fin du programme (fin d'année scolaire)

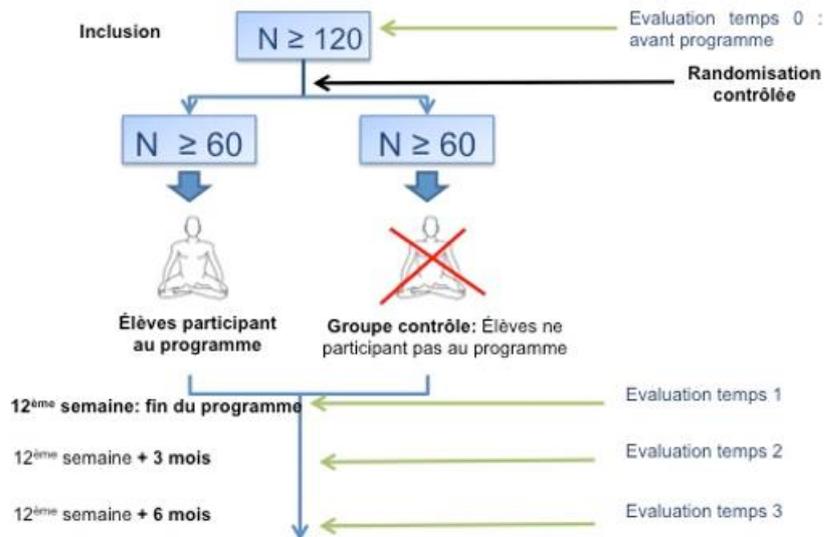
Les adolescents complètent les questionnaires auto-rapportés (observation – perception interne) de :

- Régulation émotionnelle ; REQ, version française, Philippot 2009
- Impulsivité : Validation française UPPS
- Pleine conscience : FFMQ : version française adaptée aux enfants – adolescents
- Échelle de stress- anxiété : STAI, version française

Les parents et les éducateurs complètent également les questionnaires (observations externes des enfants) :

⁸² Deplus, S., Bilieux, J., Scharff, C., & Philippot, P. (2016) . A Mindfulness-Based Group Intervention for Enhancing Self-Regulation of Emotion in Late Childhood and Adolescence: A Pilot Study Int J Ment Health Addiction DOI 10.1007/s11469-015-9627

Projet d'étude pilote en essai randomisé contrôlé



Recueil et Traitement des données

Le traitement des données sera effectué par un étudiant en Master du laboratoire Epsilon (dynamiques des capacités humaines et conduites de santé), encadré par son responsable scientifique.

Résultats attendus :

Eu égard à l'état de l'art, les résultats attendus sont :

- **Une augmentation de la régulation émotionnelle fonctionnelle interne** (nécessitant de s'appuyer sur ses propres ressources sans être obligé de solliciter l'environnement externe, ni de décharger en réactions automatiques)
- **Une moindre impulsivité** (meilleure inhibition, meilleure persévérance)
- **Une augmentation de la capacité d'observation, de perception et de présence à l'action en cours**
- **Une diminution des scores d'anxiété et de stress**

Dans le « groupe participant » au programme en comparaison avec le « groupe contrôle » ne participant pas au programme.

Rapport final

Un rapport écrit sera remis en fin de projet à l'ARS. Ce rapport sera le support à soumission d'une publication scientifique.

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Vaucluse

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

Moyens humains

- **Un(e) chargée de projet & formatrice** : conception, réalisation, mise en œuvre et compte rendu final
- **Un responsable statistique** : recueil et traitement

Moyens matériels :

- **Fournitures**
 - Matériel imprimerie : photocopies (NB + Couleurs) + reliures « Book programme » élèves + enseignants
 - Tablette graphique pour adaptation du programme « MBCT Adultes » vers le programme « MBCT adolescents » : transposition iconique & graphique, simplifiée et ludique, des concepts essentiels à l'entraînement attentionnel et émotionnel de la méditation, en fonction des thématiques de chaque séance

Modalités de suivi :

Cf méthodologie

Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- Évaluation de processus
 - Nombre de personnes suivies
 - Nombre d'utilisateurs se déclarant rétablis à l'issue du processus
- Résultats attendus
 - Accessibilité au dispositif de droit commun (logement, emploi, éducation, loisirs...) pour toute personne ayant accès aux soins de RPS

Acteurs et partenaires Impliqués ou pressentis

a. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet

Les adolescents :

- assisteront à une petite réunion d'information avant le programme : cette 1^{ère} rencontre avec le formateur(trice)-animateur(trice) leur permettra de découvrir certains acteurs des champs d'application et les intérêts des entrainements qu'ils découvriront (sportifs de haut niveaux, apnéistes, pilotes d'avions, etc.). Ce 1^{er} contact permettra de mobiliser leur motivation et leur intérêt de manière à ce qu'ils se sentent partie prenante du projet
- remplissent les questionnaires d'évaluation et suivent le programme s'ils appartiennent aux classes sélectionnées pour le réaliser
- Remplissent les questionnaires s'ils appartiennent aux classes non sélectionnées pour réaliser le programme en 1^{ère} intention (essai randomisées contrôlé)

b. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet

Les parents, en tant qu'éducateurs :

- participeront à une réunion d'information
- rempliront les questionnaires d'évaluation (mesures d'impulsivité, de compétences émotionnelles, etc.) aux différents d'évaluation avant et après le programme, pour croiser leurs perceptions de l'impact du programme avec celles des enseignants et celles des adolescents
- seront informés des résultats de l'étude

c. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle :

Partenaires	Rôles
CoDES 84	Accompagner la structure porteuse du projet <i>Journées d'Accords</i> , pour favoriser les rencontres avec les partenaires éducatifs – les collègues volontaires.
Services départementaux de l' Éducation Nationale du Vaucluse	
Laboratoire de recherche Epsilon , Université Montpellier 3 « Dynamiques des capacités humaines et des conduites de santé »	Traitements des données statistiques. Garantir l'aspect scientifique, l'intégrité des données et des résultats : fiabilité et validité Le traitement des données peut être pris en charge par un(e) élève en master recherche, encadré(e) par son responsable enseignant-chercheur.

d. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et quelle est sa mission

Équipe de recherche : **Le Laboratoire de recherche Epsilon** spécialisé dans la « Dynamiques des capacités humaines et des conduites de santé » (Université Montpellier 3)

Mission : Traitements des données statistiques

Objectif : Garantir : fiabilité et validité des résultats

Lettre d'intention 4 : Développer la formation « initiation à la psychiatrie »

Constats/problèmes transversaux :

- Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels
- Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur
- Des insuffisances dans la formation

Description de la formation :

Public concerné

Cette formation est destinée à l'ensemble du personnel non soignant travaillant au Centre Hospitalier de Montfavet

Lieu : Centre de formation continue du Centre Hospitalier de Montfavet

Objectifs pédagogiques

- Approche théorique des pathologies psychiatriques
- Développement d'attitudes adaptées aux situations rencontrées
- Remise d'un document écrit aux stagiaires comme support théorique

Intervenant

Christian PERRIER

Infirmier de secteur psychiatrique

Master II en Sciences Humaines et Sociales - Mention Education et Formation - Université d'Aix Marseille

Formateur en Institut de formation d'aides-soignants

Formateur : Formation Continue. Centre Hospitalier de Montfavet

Formateur : Formations préparatoires à l'accessibilité à l'entrée en instituts de formation d'auxiliaires de puériculture et d'aides-soignants. ERFPP GIPES Avignon/Pays de Vaucluse

Programme

Jour 1 :

Accueil. Présentations croisées. Test de connaissance sur les pathologies psychiatriques

Le développement de la personnalité. Les différents types de personnalité

Pathologies : les névroses

Etudes de cas concrets

Jour 2 :

Différences entre psychoses et névroses

Pathologie : la schizophrénie

Etudes de cas concrets

Jour 3 :

Pathologies : La paranoïa, le délire paranoïaque

Reportage TV : « Folies meurtrières » tourné aux UMD du Centre Hospitalier de Montfavet

Etudes de cas concrets

Pathologies : Les perversions narcissiques

Pathologies : Les troubles de l'humeur

Jour 4 :

Pathologies : Les conduites addictives

Pathologie : Les Troubles Envahissants du Développement

Correction du test de connaissances

Bilan de formation en collaboration avec Madame Emilie Dumas (Responsable du pôle de formation continue du CHM)

Lettre d'intention 5 : Redéployer le dispositif de formation nationale au repérage de la crise suicidaire

Contexte

A partir des années 2000, des formations au repérage et à l'intervention de crise suicidaire ont été mises en place sur l'ensemble du territoire national avec pour objectif principal d'informer, de sensibiliser et de repérer le problème du suicide pour un large public. En PACA, un réseau régional de formateurs a été constitué progressivement pour répondre à cette orientation. 89 personnes ont ainsi été formées.

L'évolution des pratiques, les recommandations du Haut conseil de la santé publique et la stratégie de prévention du suicide porté par le Ministère des Solidarités et de la Santé ont conduit à une actualisation et une rénovation du dispositif de formation. La nouvelle approche priorise ainsi l'intervention auprès des personnes à haut risque suicidaire, c'est-à-dire les personnes ayant fait une tentative de suicide et celles souffrant de troubles psychiatriques. Dans ce nouveau contexte, la Direction Générale de la Santé (DGS) a fait appel au Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide (GEPS) pour proposer un nouveau format de formation comprenant trois niveaux d'actions : un niveau dit « sentinelle », un niveau « évaluation » un niveau « intervention de crise ».

L'année 2018 a été consacrée à constituer un vivier de formateurs nationaux sur la base du nouveau protocole de repérage et d'intervention en crise suicidaire. Chaque région dispose dorénavant de deux à trois formateurs référents. En régions PACA et Corse, trois professionnels ont été formés. Conformément aux engagements qu'ils ont pris, ces formateurs ont la charge de décliner au niveau régional le nouveau dispositif, en lien direct et étroit avec l'Agence Régionale de Santé PACA et le réseau CRES/CODES-CODEPS en charge de l'ingénierie de la formation. Cette déclinaison s'opère notamment par la formation de formateurs régionaux répartis de manière équilibrée entre les différents territoires de la région PACA pour un maillage homogène. Les connaissances des formateurs régionaux seront réactualisées selon le nouveau protocole. En fonction de leur profil de formateurs, ils seront amenés à former sur le terrain aux premiers, deuxièmes ou troisièmes modules.

En Vacluse, les formations sont organisées et proposées par le CoDES 84. 3 formateurs « Sentinelles » ont été formés, 2 formateurs « Evaluation » et 1 formatrice « Intervention de crise ».

Objectif général

Déployer en Vacluse le nouveau dispositif national de formation, de prévention et de repérage d'orientation et de prise en charge de la crise suicidaire.

Objectifs opérationnels

- Constituer une équipe de formateurs formée au nouveau dispositif national et participer à sa formation continue et à son accompagnement.
- Organiser et proposer chaque année 9 journées de formation au total et selon les besoins du département (sentinelles, évaluation, intervention de crise)
- Structurer un repérage départemental des différents acteurs de la prévention, du repérage et de la prise en charge de la crise suicidaire et constituer un guide pratique à distribuer à chaque personne formée.
- Constituer un répertoire des personnes formées sur le département, pour faciliter le travail en réseau et le travail d'orientation.
- Communiquer :
 - de façon large sur ces 3 types de propositions de formation (sentinelles, évaluation intervention de crise), auprès des professionnels des secteurs sanitaires, sociaux, éducatifs et des « aidants potentiels ».
 - de façon plus ciblée pour certaines secteurs et catégories de professionnels particulièrement concernés par le risque suicidaire (personnes âgées, éducation nationale, pompiers, publics en situation de précarité sociale et économique, personnes présentant des troubles psychiques...).

Plan opérationnel / description déroulement et méthodes

- En 2019 et 2020, une équipe de formateur a été constituée pour intervenir en Vaucluse. En 2021, cette équipe devra être renforcée, notamment pour ce qui concerne les formateurs « Intervention de crise ».
- Dès le 2^e semestre 2020, 9 journées de formation ont été proposées en Vaucluse :
 - 3 formations « Sentinelles » (d'une journée chacune)
 - 2 formations « Evaluation » (de 2 journées)
 - 1 formation « Intervention » (de 2 journées).

L'objectif est de proposer le même nombre de journée chaque année, en ajustant éventuellement leurs répartitions en fonction des besoins du département.

- Réalisation en 2021 d'un guide des lieux ressources pour la prévention, le repérage et l'intervention de crise.
- Constitution à partir de 2021 d'un répertoire des personnes formées en Vaucluse.
- Communication régulière, générale et plus ciblée, sur les propositions de formation à la prévention de la crise suicidaire.

Bénéficiaires

Les bénéficiaires de ce dispositif de formation à la prévention du suicide sont, in fine, les publics présentant des risques suicidaires, afin d'être mieux repérés, orientés et pris en charge. Et la connaissance des personnes les plus à risques est désormais bien documentée : personnes ayant déjà fait une tentative de suicide, personnes présentant des troubles psychiques, personnes âgées, personnes en situations de précarité, adolescents...

Mais les bénéficiaires plus directs de ce dispositif de formation sont les bénévoles et surtout les professionnels (de psychiatrie, de santé, travailleurs sociaux et simples citoyens) engagés dans un « souci de l'autre » et une volonté d'investir cette problématique du risque suicidaire. Cf. le catalogue des formations régionales :

http://www.cres-paca.org/depot_arkcms_crespaca/depot_arko/articles/2581/voir-le-catalogue-et-s-inscrire_doc.pdf

Périmètre / territoire géographique d'implantation pressenti

Le territoire d'implantation de ce dispositif est le département de Vaucluse. Toutefois, des logiques de travail en réseau plus localisé entre les acteurs seront favorisés dès que les occasions s'en présenteront (formation de plusieurs professionnels d'une même localité ou d'un même dispositif, formation décentralisée sur certains sites du département...).

Moyens matériels et humains nécessaires

Le porteur départemental du dispositif de repérage, évaluation et intervention en crise suicidaire est le Comité départemental d'éducation pour la santé de Vaucluse (CoDES 84).

Un.e chargé.e de projet pour la coordination et le suivi de ce dispositif de formation et mise en réseau est nécessaire.

Des formateurs ont été recrutés pour de premières sessions de formation à animer en 2020. D'autres formateurs sont à recruter pour étoffer et pérenniser le dispositif.

Ce dispositif est déjà financé par l'Agence régionale de santé de Paca.

Modalités de suivi

Ce dispositif fait l'objet d'un dispositif de suivi et d'évaluation dans le cadre du financement par l'ARS Paca. (Nombre de formations mises en place et animées, nombre de participants, questionnaires de satisfaction, réalisation effective des guides et répertoire...)

Indicateurs et critères d'évaluation

Ce dispositif fait l'objet d'un dispositif de suivi et d'évaluation dans le cadre du financement par l'ARS Paca. (Nombre de formations mises en place et animées, nombre de participants, questionnaires de satisfaction, réalisation effective des guides et répertoire...).

Lettre d'intention 6 : Réunir un groupe de réflexion pour développer le repérage et la prise en charge du psychotraumatisme

Contexte

Historiquement la notion de psychotrauma (sans le vocable) a 4000 ans. Elle s'est affinée progressivement au cours des siècles pour aboutir aujourd'hui au Trouble de Stress Post Traumatique (T.S.P.T.) qui inclut au tableau clinique du psychotrauma des guerres-catastrophes-attentats celui de la victimologie, des agressions physiques et sexuelles. La médecine du travail y ajoutera les harcèlements graves lorsque la clinique présente également les syndromes de répétition et d'évitement spécifiques.

Les troubles psychiques de la clinique du psychotraumatisme sont souvent méconnus, sous-estimés, fréquents, graves, durables et vont peser lourdement sur la santé des personnes et sur leur avenir affectif, social et professionnel. Ils sont difficiles à diagnostiquer car masqués par une comorbidité au premier plan.

Le Centre Hospitalier de Montfavet (CHM) a été désigné pour porter en commun avec l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, le CHU de Nice et la fondation Lénval à Nice un des dix centres experts nationaux en psychotraumatologie⁸³.

Organisation du psychotraumatisme : du CHM à la Région Sud-Corse :

- **Un séminaire** mensuel se réunit depuis 3 ans tous les premiers vendredis du mois. Ouvert à tous, il traite des avancées de l'organisation, de cas cliniques de psychotrauma complexes, de la formation et des pistes de recherche. **Les formations** se multiplient : de la sensibilisation des soignants à la mise à disposition d'outils diagnostiques et thérapeutiques au profit des infirmiers, psychologues et psychiatres. D'autres formations concernent les psychologues du CH d'Avignon, les psychologues et assistantes sociales de l'Éducation Nationale.
- **La consultation psychotraumatisme a lieu tous les vendredis. Les patients, parfois accompagnés de soignants, sont reçus par un binôme infirmier-psychologue qui établit (ou non) le diagnostic à l'aide d'une grille basée sur le T.S.P.T. du D.S.M.484, et qui récapitule la biographie traumatique. La synthèse est faite par un psychiatre et adressée au service ou médecin adresseur avec si possible des orientations thérapeutiques.**
- **Publications et communications. Des enquêtes sont parues dans des revues nationales et un ouvrage sur la victimologie en 2018. Ces publications nous ont rendus visibles sur le plan national et font du CHM un centre reconnu et expérimenté sur le psychotrauma complexe.**
- **Le CHM est partenaire du centre expert régional psychotrauma PACA-Corse. C'est un des dix centres qui viennent de voir le jour en France début 2019. Ce centre expert est constitué d'hôpitaux universitaires, des CHU Nice et Lénval (pédopsychiatrie), de l'AP-HM85, et du CH Montfavet, ce dernier parfois**

83 http://www.ch-montfavet.fr/wp-content/uploads/2019/09/6Montfavet_mag_07-version-finale.pdf

84 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

85 Assistance publique-hôpitaux de Marseille

identifié comme une « locomotive » du psychotrauma. Ce centre expert a pour mission de coordonner le développement de la formation psychotrauma et la mise en place de programmes de résilience sur l'ensemble de la région.

- **Le service psychotrauma psychiatrie légale – CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique) nouvellement créé au sein d'un pôle de l'établissement va permettre de dynamiser les savoirs-faires décrits ci-dessus. L'unité de soins Joseph Grasset apporte son expérience en victimologie, son expertise en psychiatrie légale, sa connaissance des réseaux et d'associations d'aide aux victimes. Ce service est une antenne du centre expert PACA-Corse.**

Source : CHM le m@g – Magazine d'information semestriel du centre hospitalier de Montfavet – Avignon (n°6 – 2^{ème} semestre 2019)

http://www.ch-montfavet.fr/wp-content/uploads/2019/09/6Montfavet_mag_07-version-finale.pdf

Objectif général

Repérer et orienter des personnes en souffrances psychiques liées à un évènement traumatique, (accidentés de la route, femmes victimes de violences conjugales, migrants arrivés dans le département, enfants victimes de maltraitance et d'harcèlement scolaire...)

Objectifs opérationnels

- Mettre en réseau des compétences de prise en charge du psychotraumatisme
- Diffuser des connaissances sur le psychotraumatisme et soutenir les professionnels contribuant à cette prise en charge notamment pour les prises en charge complexes
- Constituer un répertoire des personnes formées sur le département, pour faciliter le travail en réseau et le travail d'orientation.

Plan opérationnel / description déroulement et méthodes

- Mise en place d'actions de communication afin de parfaire l'identification des dispositifs de prise en charge du psychotraumatisme par l'ensemble des acteurs de la santé, du social et du médico-social susceptibles d'être amenés à orienter des victimes de psycho traumatisme
- Travail de réflexion spécifique sur le repérage et la prise en charges (« *Thérapies cognitives et comportementales* » et à l'*EMDR (Désensibilisation et Reprogrammation par Mouvement des Yeux)*) des différents publics (enfants, adolescents, migrants, victimes de violences conjugales...)

Bénéficiaires

L'ensemble des acteurs de la santé, du social et du médico-social

Périmètre / territoire géographique d'implantation pressenti

Avignon et département de Vaucluse

Moyens matériels et humains nécessaires

Acteurs pressentis pour cette réflexion :

- Antenne départementale du Centre Ressource du Psychotraumatisme CHM
- Cellule d'Urgence Médico-Psychologique 84 – Centre Hospitalier de Montfavet / CMP Joseph Grasset à Avignon
- Adoma Asile
- Alexia Ridez – Psychologue libérale et bénévole association « Réseau Entente de Voix »
- Maison des Adolescents 84
- Education Nationale
- ...

L'identification des acteurs est à poursuivre.

Indicateurs et critères d'évaluation

- Nombre de réunions avec les partenaires
- Nombre d'actions de formations réalisées
- Nombre de consultations, entretiens, prises en charge réalisés

Lettre d'intention 7 : Développer les compétences des professionnels, usagers et citoyens du Vaucluse en développant l'offre de formation Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) et lutter contre la stigmatisation

Nom de la structure porteuse du projet	ISATIS VAUCLUSE
Nom du représentant légal de la structure	Jean-Claude Gréco, Directeur Général
Nom, prénom, fonction du référent du projet	GLORIES Pascale, Directrice Territoriale
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	4 rue Ninon Vallin Le San Miguel 84000 AVIGNON
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@pascale.glories@isatis.org ☎06 85 53 81 75
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@ IDEM

Constats/problèmes transversaux :

- Des insuffisances dans la formation
- Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

Le programme de Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) a été conçu en 2000 en Australie par une éducatrice usagère en santé mentale et un chercheur en santé mentale. Ce programme vise à intégrer les troubles psychiques dans le principe de formation aux premiers secours, notamment dans les cas de crise ou d'aggravation de symptômes.

PSSM France a été fondé par trois porteurs : INFIPP, santé mentale France et l'UNAFAM. PSSM France a mis en place ce dispositif sur le même modèle que le MHFA (Mental Health First Aid Australia) en adaptant le contenu à la spécificité française.

Cette formation s'adresse à tous, comme la formation aux premiers secours. Elle peut concerner des professionnels, des usagers de la santé mentale, des citoyens intéressés.

Elle a un intérêt majeur dans la lutte contre la stigmatisation des usagers en santé mentale et peut aussi permettre à des professionnels d'acquérir des bases sur la santé mentale et la gestion de la crise psychique.

Cette formation est soutenue par l'ARS PACA qui a déjà proposé plusieurs formations sur la région. L'objectif est maintenant d'avoir des formateurs locaux, dont des usagers de la santé mentale afin de poursuivre le développement de ces formations auprès des professionnels non médicaux et du grand public. Elle permet d'acquérir les premiers repères en matière de gestion de la crise ou d'aggravation de symptômes, mais aussi de lutter contre la stigmatisation concernant les troubles psychiques et ainsi de mieux comprendre et maîtriser les peurs et les idées reçues auprès du grand public.

Depuis 20 ans, l'association ISATIS accompagne les personnes souffrant de troubles psychiques dans leurs projets d'insertion sociale et professionnelle et d'accès aux soins. Implantée en PACA, Corse et dans l'Hérault, l'association s'engage pleinement dans la promotion des formations Premiers Secours en Santé Mentale portée par PSSM France en permettant à ses professionnels d'accéder à la formation initiale puis éventuellement formateurs accrédités en PSSM.

Objectif général :

Développer les compétences des professionnels, usagers et citoyens du Vaucluse en développant l'offre de formation PSSM et lutter contre la stigmatisation.

Objectifs opérationnels :

- Former des usagers en santé mentale pour leur permettre de mieux gérer leurs troubles et favoriser l'empowerment ;
- Former des professionnels médico-socio-éducatifs, de secours, de police et des bénévoles afin de leur permettre une meilleure connaissance des troubles psychiques et de la gestion de crise. Leur permettre d'acquérir les comportements adaptés aux différentes situations de crise en attendant une éventuelle prise en charge médicale ;
- Former les citoyens intéressés par la santé mentale pour leur permettre d'apporter un soutien à une personne développant un trouble psychique ou présentant des signes d'aggravation de son trouble ou un état de crise ;

Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

La formation initiale est basée sur une démarche pédagogique participative pour

- Prendre confiance dans l'interaction avec des personnes éprouvant un problème de santé mentale ou en crise de santé mentale.
- Revoir ses représentations concernant la santé mentale.
- Renforcer l'aide apportée aux personnes en crise ou éprouvant un problème de santé mentale.

La formation apprend comment fournir un soutien initial aux personnes qui subissent un début de troubles de santé mentale, ou la détérioration de troubles existants de santé mentale, ou une crise de santé mentale :

- Troubles de santé mentale émergents : dépression, problèmes d'anxiété, psychose, problèmes liés à la dépendance.
- Crises en santé mentale : pensées et comportements suicidaires, attaques de panique, événements traumatiques, états sévères de psychoses, effets sévères liés à l'utilisation de l'alcool et de substances toxiques, conduites agressives.

Le travail se déroule en sous-groupes : jeux pédagogiques, exercices et vidéos.

Un « Manuel des Premiers Secours en Santé Mentale » est remis à chaque participant.

Le plan opérationnel pourrait être le suivant :

1^{er} semestre:

- 1- Définition du public prioritaire sur le département : groupe de travail PTSM, ARS, CODES
- 2- Proposition d'un calendrier de formation : formateur ISATIS accrédité par PSSM France et autres formateurs accrédités
- 3- Communication sur les formations auprès du public cible, des professionnels de santé et du médico-social

2^{ème} semestre:

- 4- Démarrage des premières formations PSSM Vaucluse : formation initiale 2 jours

Plan pluriannuel :

- 1- Développement des formations selon calendrier annuel – 5 sessions par an
- 2- Formations de nouveaux formateurs accrédités PSSM par PSSM France dont formateurs pairs

Bénéficiaires :

Public cible à définir en fonction des attendus du PTSM : à titre d'exemple :

- Professionnels médico-sociaux-éducatifs,
- Professionnels de secours et de police,
- Professionnels d'accueil de public dans les administrations,
- Citoyens intéressés

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département du Vaucluse

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

- Formateurs accrédités par PSSM France
- Salle de formation et matériel informatique et de vidéoprojection
- Livret du stagiaire élaboré par PSSM France
- Plaquettes de communication sur l'offre de formation
- Si possible : budget formation pour les professionnels et budget spécifique pour les usagers et le public prioritaire

Modalités de suivi :

- Mise en place d'un groupe de suivi avec les partenaires mobilisés par le projet : PSSM France, ARS, CODES 84, ISATIS, UNAFAM, Collectif Preuve....

Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- Nombre d'usagers, de professionnels et de citoyens formés dans le département,
- Taux de satisfaction des stagiaires formés dans le Vaucluse : questionnaire écrit et évaluation par PSSM France

Evaluation de Processus

- Evaluation des compétences acquises en matière de prise en charge des personnes en crise psychique : en continu sur les 2 jours de formation : exercices pratiques et temps d'échanges
- Evaluation de la déstigmatisation : questionnaire sur les idées reçues pour les stagiaires en début et fin de formation

Résultats attendus

Permettre à des professionnels, des usagers en santé mentale et des citoyens d'acquérir les premiers repères de gestion de crise et lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques, notamment dans le milieu professionnel.

Acteurs et partenaires Impliqués ou pressentis

- a. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet**
 - puis pour les usagers volontaires à la formation de formateur accrédité
 - participation au suivi et au développement de la formation sur le département
- b. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet**
 - L'UNAFAM est l'un des porteurs du projet à l'origine de la fondation de PSSM France
 - Accès à la formation pour les familles, communication et suivi du développement
- c. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle :**
 - La formation est portée par PSSM France et soutenue par l'ARS



AXE 2

GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNES
ET SOUTENUS PAR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE,
DIVERSIFIÉE ET DE QUALITÉ.

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

Fiche action 8 : Boussole des outils de la mobilité

Constats/problèmes transversaux :

- Multiplication des interventions se réclamant de la démarche « d’aller-vers » dans un contexte de cloisonnement entre les acteurs et les professionnels
- Absence de définition commune de cette modalité d’action ; risque d’accentuer la difficulté de coordination dans le parcours de l’usager, de créer des phénomènes de brouillage et de doublons.
- Des difficultés d’accès à l’information pour les patients, les familles et les professionnels

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

La démarche « d’aller-vers » se développe et montre sa pertinence pour répondre aux besoins singuliers des personnes en situation de souffrance psychique. Sa forme la mieux connue est celle des équipes mobiles. Toutefois, elle revêt des réalités et des pratiques extrêmement variées qui gagneraient à être décrites et valorisées précisément. Le développement des pratiques d’aller-vers donne lieu à des réflexions et à la mise en œuvre de nombreuses initiatives. Toutes valorisent la transdisciplinarité et une coopération étroite entre les professionnels de divers secteurs. Ces actions apparaissent foisonnantes mais encore mal connues. Un risque d’illisibilité est repéré ainsi que de doublon dans les interventions. Il paraît essentiel de soutenir cette démarche d’ensemble tout en favorisant sa mise en cohérence.

Objectif général :

Mettre à disposition des professionnels, bénévoles et personnes concernées un outil de repérage des différentes actions dans le domaine de l’aller-vers.

Objectifs opérationnels :

- Réaliser une cartographie quantitative et qualitative de l’existant.
- Préciser les contours d’une définition partagée de la démarche d’aller-vers.
- Identifier les axes d’amélioration.
- Proposer un ou plusieurs outils opérationnels.

Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

Phase 1 :

- Identification et sollicitation des partenaires ressources
- Contacts et rencontres avec les acteurs
- Recensement des actions et description qualitative des pratiques
- Mise en forme de la cartographie

Phase 2 :

- Identification des tensions
- Formulation d’axes d’amélioration ou d’approfondissement
- Proposition d’un ou plusieurs outils

Bénéficiaires :

Personnes concernées par la démarche d'aller-vers, professionnelle ou non.

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Vaucluse

Acteurs et partenaires Impliqués ou pressentis

a. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet

Les GEM sont membres des groupes de travail. Par ailleurs, le CLSM et le PTSM interviennent en appui de la création d'un collectif de pairs qui sera présent et associé à la démarche. Des contacts sont en cours avec d'autres associations d'usagers (Entendeurs de Voix, France Dépression).

b. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet

L'UNAFAM est associée aux groupes de travail.

c. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle :

Pour le recensement des actions (phase 1) :

- CHM
- MDPH
- SIAO
- PTA
Pour la mise en forme de la cartographie
- CLSM
- ASV du territoire
- CODES

Pour l'élaboration d'un outil partagé

- Tous les acteurs + participants aux groupes CLSM.

Lettre d'intention 9 : Promouvoir et coordonner les réseaux de proximité en périnatalité

Nom de la structure porteuse du projet	Bien-naître en Vaucluse
Nom du représentant légal de la structure	Dr Jean Voisin
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Dr Michel Dugnat et Nathalie Héritier
Adresse de correspondance	23 avenue Monclar 84000 Avignon
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	jeanvoisin.doc@free.fr 06 08 28 63 65
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	michel.dugnat@gmail.com 06 09 65 11 75

Constats/problèmes transversaux :

- Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels
- Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur
- Des insuffisances dans la formation
- Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels
- Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce
- Difficulté d'accès aux soins somatiques
- Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles
- Besoin d'évolution des politiques publiques

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

Contexte national

L'Entretien prénatal précoce a été rendu obligatoire dans le cadre du suivi de la grossesse en 2020⁸⁶.

Le rapport « Les 1000 premiers jours, là où tout commence »⁸⁷

- p. 54 et 57 propose un développement de l'EPP et la création d'un référent parcours
- p. 79, 81 et 82 propose un accent spécifique sur les enjeux de parentalité pour les personnes souffrant de troubles psychiques

⁸⁶ <https://www.ameli.fr/vaucluse/sage-femme/actualites/lentretien-prenatal-precoce-un-accompagnement-desormais-obligatoire-pour-les-futurs-parents#:~:text=Depuis%20le%201er%20mai%202020,le%204e%20mois%20de%20grossesse.>

⁸⁷ <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>

Le Secrétaire d'état à l'enfance et aux familles a annoncé 10 M d'euros pour la meilleure information des familles, 35 M d'euros pour les PMI des départements contractualisant avec l'Etat, 200 postes de professionnels pour les 100 maternités les plus en difficulté du territoire français (soutien au développement des staffs psycho-médicosociaux).

Contexte régional

- Les staffs médico-psychosociaux ont été conventionnés à la demande de l'ARS PACA dans le cadre des CEPOM entre chaque département et ses établissements naissance (thèse en cours sur le sujet).

- Un projet de santé mentale et psychiatrie périnatales a été financé par l'appel d'offre « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » en 2020.

- L'Agence régionale de santé mène une politique active, surtout sur l'Ouest de la région, en matière de psychiatrie et santé mentale périnatales.

Contexte départemental

Les acteurs de santé publique périnatale rassemblés dans l'Association Bien-naître en Vaucluse partagent de longue date des valeurs et des objectifs communs.

L'écoute des patientes et des couples dans l'après-coup montre à quel point leur parcours a été marqué par les événements positifs ou négatifs qui ont entouré la naissance de leurs enfants.

Les doutes perçus, les mots entendus et interprétés se sont gravés dans leur mémoire et façonnent souvent l'environnement affectif de leur enfant.

A plus forte raison, les événements imprévus, naissances prématurées, hospitalisations, les maladies, annonces redoutées et, aujourd'hui, la crise sanitaire liée au covid 19, laissent des traces chez eux et chez leurs enfants, indépendamment des conséquences somatiques des problèmes de santé.

L'appui sur une personne de confiance, vécue comme protectrice, comme « sachante » (mère, tante...) est dans le contexte sociétal actuel apporté par des professionnels : sage-femme, gynéco-obstétricien, médecin ou puéricultrice diplômée d'état (PDE) ou infirmière diplômée d'état (IDE), technicienne en intervention sociale et familiale (TISF). Cet appui permet, quand il existe, la meilleure prévention des conséquences de l'activation par la parentalité de fragilités antérieures.

Il s'agit donc de repérer de façon prévenante ces fragilités et d'accompagner les situations à risques intriqués médico-psychosociaux le plus tôt possible, soit dès le début de la grossesse et idéalement avant même la conception. La prévention prénatale précoce, avant la naissance de l'enfant, est essentielle. D'importants remaniements psychiques et affectifs sont à l'œuvre pendant la grossesse, de façon physiologique, chez tous les futurs parents leur permettant de répondre aux besoins de leur enfant. Ce processus débute pendant la grossesse et se poursuit tout au long de la vie. Il apparaît donc primordial d'accompagner la parentalité en amont de la naissance, en plaçant les parents au cœur du dispositif en tenant compte de leurs compétences et de leurs fragilités.

Promouvoir et développer l'entretien prénatal précoce (EPP) en y associant les usagères permettra une amélioration du bien-être de toutes les familles en devenir et, si besoin, un repérage précoce dès le début de la grossesse, afin de prévenir le plus en amont possible, d'éventuels troubles de la relation parent/enfant. Ce repérage précoce permettra de proposer aux futurs parents un suivi personnalisé, adapté, coordonné et organisé entre les différents acteurs du réseau de proximité en qui les parents ont confiance.

La possibilité en Vaucluse d'un réseau local formalisé a été prouvée par l'existence de Novanat financée par la DRASS (Orange), puis par le développement d'un réseau local formalisé non financé sur Carpentras et Cavaillon, et la poursuite d'une activité de travail en réseau informel sur Orange. L'objectif de ce projet est de faire bénéficier la maternité de l'Hôpital Henri Duffaut (2B) et la maternité de la clinique Urbain V du savoir-faire accumulé par ces trois maternités, sur la base de l'expérience princeps de la maternité Catherine Barré de Pertuis dès les années 1990. Les promoteurs du projet Novanat sont impliqués dans le présent projet.

Ce développement sera possible sur la base existante de la convention associant le Département, le Centre hospitalier de Montfavet et les établissements à autorisation naissance du Vaucluse.

Objectif général :

- Organiser un parcours de soins fluide pour toutes les femmes et pouvoir offrir à toute femme enceinte fragile (isolement, mort *in utero*, trouble psychique préexistant ou se déclarant...) un accompagnement personnalisé.
- Faire le lien entre le somatique, le psychologique et le social afin de sécuriser pour les futurs parents leur entrée dans la parentalité, de prévenir et si besoin de traiter les troubles de la relation parents / bébés en intégrant au mieux la parole des usager.e.s.

Objectifs opérationnels :

- Contribuer :
 - à l'amélioration de l'information sur l'EPP des parents avec projet de grossesse au plus tard à la déclaration de grossesse
 - à l'information sur l'EPP et à la formation à en parler en trois phrases des acteurs de la santé qui déclarent la grossesse, à la formation des sages-femmes du territoire non formées (quel que soit leur mode d'exercice) à l'EPP et l'actualisation des compétences de celles qui ont été formées en formation continue
 - à un développement étroitement associé entre l'EPP et le travail en réseau personnalisé autour de chacune des maternités avec une augmentation ciblée
- Assurer le lien et le parangonnage entre les différents réseaux de proximité du département, par la montée en compétence collégiale des partenaires de chaque réseau de proximité et du réseau départemental
- Contribuer à une coordination ascendante des acteurs du département vers le réseau régional par la remontée des expériences territoriales pour faire du département du Vaucluse un département pilote en région PACA

Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

- Proposer une offre hospitalière d'EPP pour les femmes les plus fragiles (en recrutant une sage-femme à former à la santé publique, avec le soutien du CODES) en pleine articulation avec l'équipe mobile de pspérinatalité du CH de Montfavet soumise par l'ARS PACA au jury national de l'appel d'offre « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » 2020-2021.
- S'appuyer sur les staffs médico-psychosociaux existants, les développer en direction d'une meilleure collaboration ville-hôpital.
- Coordonner horizontalement les six maternités du département et, verticalement, les cinq maternités (1 et 2A) avec la maternité de l'hôpital Henri Duffaut.
- Favoriser le déploiement en 2020 des journées de formation prévues par le projet ARIP (« Tisser des liens », deuxième année) financé par la direction de la prévention et de la promotion de la santé de l'Agence régionale de santé.
- Organiser le nombre de formations nécessaires pour les sages-femmes non formées à l'EPP et de mise à niveau pour les sages-femmes formées mais souhaitant actualiser leurs pratiques actuelles par une réflexion sur leurs pratiques et des connaissances nouvelles.
- Développer une culture commune sur les territoires infra départementaux et sur le département par des reprises de cas complexes.
- Rencontrer la Caisse primaire d'assurance maladie pour adapter au Vaucluse la communication annoncée par le Secrétaire à l'enfance sur l'EPP, y compris le développement d'une campagne grand public dans les médias locaux.
- Mener une enquête qualitative (entretiens approfondis) avec un chercheur en sciences humaines et sociales pour partir d'un état des besoins reposant sur la parole des usagers et des acteurs.

Bénéficiaires :

Toute patiente enceinte ou accouchée et le deuxième parent

Toute patiente enceinte ou accouchée (ou couple) considérée comme vulnérable : fausse-couche, interruption volontaire de grossesse, interruption médicale de grossesse, prématurité de l'enfant, maladie handicapante de l'enfant, toute maladie handicapante de l'un des deux parents, troubles psychiques ou détresse psychologique préexistants ou développés dans la période périnatale, répercussion sur la santé mentale de la situation sociale ... pour protéger, accompagner et soutenir relation parents-bébé et le développement de l'enfant et de l'adulte qu'il deviendra.

Tout professionnel engagé en tant qu'acteur de santé publique dans la mise en œuvre des actions de santé mentale périnatale en Vaucluse.

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département du Vaucluse, y compris Pertuis.

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

La sage-femme recrutée par l'association sera hébergée dans des locaux gratuits mis à disposition par le CH de Montfavet.

Les formations à l'EPP et au travail en réseau seront assurées par des formateurs professionnels respectueux des valeurs de l'association.

Par tous les moyens nécessaires (conventionnement), la sage-femme recrutée travaillera en étroite articulation avec les réseaux formalisés existant ou à créer, l'équipe mobile du dispositif de soins psychiques conjoints du CH de Montfavet et les éventuelles associations d'usagers de la santé mentale périnatale. Elle opérera deux interventions de guidance à domicile (interventions directes) et un appui aux professionnels sur des situations complexes. Elle se formera à la santé publique et à la santé mentale périnatale dans des orientations conformes aux valeurs de l'association. Elle contribuera au développement d'une association d'utilisateur.e.s ad hoc rattachée à une fédération.

Les formations individualisées sur chaque territoire infradépartemental choisies localement seront financées en fonction des possibilités.

La réalisation, la transcription et l'analyse des entretiens approfondis permettront une synthèse sous la forme d'un rapport en début et en fin d'action.

Modalités de suivi :

Le suivi sera qualitatif et quantitatif pour permettre l'étude de la transférabilité à d'autres départements en PACA ou en France entière.

Le comité de pilotage du projet (CPTS d'Avignon et de Carpentras, CLSM d'Avignon, CODES 84, association ARIP, DT 84 ARS, FNAPSY, UNAFAM, Maman Blues) sera réuni une fois par an en distanciel pendant trois heures par le chef de projet.

Il s'agira également de se rapprocher du Conseil Départemental et l'intégrer au comité de pilotage.

Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

Évaluation de processus

- Nombre de :
 - Staffs médico-psychosociaux réguliers
 - Réunions pour un cas complexe
 - Patientes ayant bénéficié du staff ou de la réunion de cas complexe
 - Reprises de cas (RMM)
 - Formations données et de personnes formées
 - Patientes ayant bénéficié d'un EPP par une sage-femme formée
 - Patientes ayant bénéficié d'un EPP par une sage-femme non formée ou seulement (in)formée en formation initiale

- Patientes ayant bénéficié d'un accompagnement avec référent spécifique
- EPP ayant fait l'objet d'une transmission au réseau local
- Satisfactions des usagers

Résultats attendus :

- Formalisation de l'existence du travail en réseau autour de chaque maternité
- Parcours de soins adapté, coordonné et fluide (cf. rapport « Là où tout commence »)
- Amélioration de la satisfaction des (futurs) parents fragiles et des (futurs) parents tout-venant

Acteurs et partenaires Impliqués ou pressentis

a. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet

Outre l'enquête prévue par le projet lui-même, la FNAPSY (national), Maman Blues et une usagère du Vaucluse ont été sollicités pour avis.

b. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet

L'UNAFAM national a été sollicité pour avis.

c. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle :

Dans le cadre d'un projet parallèle, le Conseil départemental a été sensibilisé à la démarche « Mille et un jours » et à ses déclinaisons dans le Vaucluse. Le projet parallèle a été soutenu officiellement.

Le Département de Vaucluse s'est engagé en 2019 à travers une convention de partenariat pour renforcer la prévention périnatale avec les centres hospitaliers du département de Vaucluse dotés d'une maternité, notamment à travers les staffs médico psycho sociaux les liaisons de préventions ante et post natales.

Le CPTS du Vaucluse a été averti du projet par le Dr Isabelle Gueroult vice-présidente du Conseil de l'ordre des médecins du Vaucluse. Le CPTS de Carpentras doit l'être par le truchement du Dr Jo Le Guen, pédiatre libéral à Carpentras.

Le CODES a organisé les deux réunions de travail préliminaires et accompagnera le projet s'il est financé.

L'Association Recherche (In)formation Périnatalité (ARIP), association vaclusienne de formation en psychopérinatalité, soutient la démarche.

Les deux réseaux formalisés et les deux réseaux informels ont été représentés à la réunion du 24 novembre et sont à l'origine de cette demande.

La présidente du Conseil de l'ordre des sages-femmes du département est associée à la démarche qu'elle soutient à titre personnel.

Le Centre hospitalier de Montfavet soutient avec bienveillance cette action complémentaire à celle qu'il mène en visant à la création d'une équipe mobile dédiée aux devenant parents et aux parents avec troubles psychiques, qui sont signalés comme nécessitant un accompagnement soutenu et en difficulté pour se rendre aux consultations de l'unité Parent/Bébé du CHM.

d. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et quelle est sa mission

Un ou deux chercheurs en sciences humaines et sociales seront associés au projet, ainsi qu'une personne chargée de la transcription des entretiens (contacts en cours).

e. Autres acteurs

Anne-Myrtille Rivoal, usagère.

Lettre d'intention 10 : Groupe d'accompagnement de parents endeuillés par un deuil périnatal

Nom, prénom, fonction du référent du projet	Nathalie HERITIER
Adresse de correspondance	6A passage de l'Oratoire 84000 AVIGNON
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	nathalie.heritierpsychologues@sfr.fr 06.10.02.03.77

Constats/problèmes transversaux/:

- Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels
- Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur
- Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

Le deuil périnatal est défini par M.-J. Soubieux et M. Soulé dans leur ouvrage collectif La psychiatrie fœtale (2005, PUF) comme « *toute perte d'un enfant survenu entre la 20ème semaine de gestation et le premier mois de vie, y compris les morts fœtales in utero (MFIU), et les Interruptions Médicales de grossesses (IMG)* ».

L'accompagnement psychologique en périnatalité nous montre à quel point la survenue de l'épreuve d'un deuil périnatal est un réel traumatisme individuel, conjugal et familial. Cet accompagnement individuel et/ou conjugal des parents endeuillés offre un espace à ces parents endeuillés qui peuvent être aussi en demande de rencontrer d'autres parents endeuillés. En effet, l'expérience nous apprend que le deuil périnatal est un deuil complexe, il s'agit d'accomplir un processus de deuil d'un être cher perdu, mais que les parents n'ont pas tout à fait connus. Ils expriment souvent un sentiment d'incompréhension de leur entourage, une banalisation involontaire bien sûr mais qui majorent le sentiment de solitude et d'injustice des parents.

La pratique clinique nous permet de constater la demande fréquente de groupe de parents endeuillés par un deuil périnatal. Nous savons que les groupes de parents sont de réels appuis. Autour du dénominateur commun du deuil périnatal, entourés par un professionnel et un parent endeuillé ou autre professionnel les parents puisent de réelles ressources dans la réciprocité de leurs échanges.

Il s'agit donc en lien avec les lieux de naissances, les professionnels libéraux... qui auront repéré cet évènement traumatique dans la vie d'un.e patient.e, d'un couple, de pouvoir accompagner ces parents endeuillés avec une approche groupale.

L'évaluation plus précise est à faire avec les usagers et les professionnels engagés à leurs côtés. La possibilité de proposer sur notre territoire vauclusien ce dispositif de groupe d'accompagnement de parents endeuillés par un deuil périnatal serait aussi un réel espace de prévention pour tous les parents endeuillés pour qui la rencontre individuelle avec un professionnel de santé est délicate voire impossible.

Nous savons aujourd'hui, des études le montrent, que l'absence d'accompagnement lors d'un deuil périnatal peut induire des troubles de la relation précoce mère-bébé lors de la naissance d'un puiné, des dysharmonies de développement... Cet accompagnement est donc à la fois dans un prendre soin des parents endeuillés, mais pas que... Il s'agit aussi par cet accompagnement prévenant et entourant de « préparer la layette » des autres enfants à naître.

Objectif général :

Élaborer un « groupe d'accompagnement de parents endeuillés par un deuil périnatal » pour entourer ces parents et leur permettre de rencontrer d'autres parents dans la réciprocité de leurs expériences.

Ajuster l'accompagnement au plus près des besoins des patients

Prévenir les difficultés relationnelles parents-bébés lors d'une future grossesse

Faire le lien avec les institutions, les associations, les libéraux...

Objectifs opérationnels :

Groupe d'accompagnement de parents endeuillés par un deuil périnatal

Co-animé par un psychologue et soit un parent endeuillé prêt et disposé à accompagner soit un autre professionnel de santé

Durée : 2 heures

Fréquence : 1 fois par mois

Supervision des co-animateurs 2h tous les 2 mois

Bénéficiaires :

Usagers parents endeuillés (cf. infra)

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Maternités du département du Vaucluse

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

Une salle de réunion, deux co-animateurs et un superviseur

Modalités de suivi :

Articulation avec les sages-femmes coordinatrices des maternités concernées

Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- Évaluation de processus : mise en place du groupe
- Résultats attendus : échanges de paroles entre parents endeuillés dans le cadre contenant rendu possible par les co-animateurs.

Fiche action II : Equipe Mobile Maison des Adolescents

Nom de la structure porteuse du projet	Maison des Adolescents de Vaucluse
Nom du représentant légal de la structure	Florence Ayache
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Hubert Vanoni
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	48 avenue des sources 84000 Avignon
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	florence.ayache@ch-montfavet.fr
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	coordination@mda84.fr ☎06 84 41 62 92

Constats/problèmes transversaux :

- Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels
- Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur
- Difficulté d'accès aux soins

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

La Maison des Adolescents de Vaucluse ne peut pas répondre aux demandes de tous les jeunes du département. En effet, elle est présente sur 5 communes (Avignon, l'Isle sur la Sorgue, Cavaillon, Vaison la Romaine, Valréas). Toutefois, le territoire départemental est étendu et la population peut être très éloignée des établissements de soin. Il est parfois difficile pour des jeunes et leurs familles de se rendre sur un lieu d'accueil et d'écoute de la MDA. La notion d'"aller vers" nous semble très importante. En effet, si les jeunes et les familles ne peuvent pas se déplacer, il est impensable que ceux-ci renoncent au soin. L'équipe de la MDA réfléchit depuis plusieurs années à la mise en place d'une équipe mobile qui pourrait aller à la rencontre des jeunes et des familles isolées.

Objectif général (*) :

Aller au plus proche des publics cible de la Maison des Adolescents (jeunes de 11 à 25 ans, familles de ces jeunes, professionnels de la jeunesse).

Objectifs opérationnels :

- Proposer des entretiens d'évaluation des situations
- Orienter ces situations vers les structures proches du lieu de vie des jeunes/parents
- Eviter le renoncement au soin des jeunes
- Mise en réseau des partenaires et des structures de prise en charge

Bénéficiaires :

- Reclus au domicile (hikikomori⁸⁸)
- Parents ou équipe démunis face à un adolescent en situation de mal-être
- Jeunes en rupture ou en risque de rupture au soin

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Vaucluse

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

- 0.4 ETP (Equivalent temps plein)
- Véhicule
- Communication en direction des professionnels de la jeunesse, des parents et des jeunes (flyers, site internet, réunions d'information)

Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- Évaluation de processus
 - Nombre de demande
- Résultats attendus
 - Augmentation de la file active
 - Elargissement du territoire d'intervention de la MDA
 - Développement du partenariat local

88 <https://hikikomori.blog/>

Lettre d'intention 12 : Faciliter l'accès économique à la psychothérapie

Faciliter l'accès économique à la psychothérapie en déclinant 1 ou 2 expérimentations du remboursement des séances chez un psychologue par l'Assurance maladie.

Contexte et cadre législatif

2 expérimentations de remboursement sont réalisées au niveau national :

- **« L'expérimentation du remboursement des psychologues libéraux pour les 6-21 ans définitivement adoptée ! »⁸⁹**

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a été définitivement adopté à l'Assemblée nationale le 6 décembre 2016.

Dans sa version définitive, l'article 68 valide l'expérimentation du remboursement des consultations chez un psychologue en libéral pour les jeunes de 6 à 21 ans.

Dans cette expérimentation prévue pour l'instant uniquement dans 3 régions en 2017 (Ile de France, Pays de la Loire et Grand Est) les médecins ou les psychologues scolaires pourront orienter les familles vers les psychologues installés en libéral qui disposent d'un numéro ADELI.

Lire ci-dessous le texte de l'article 68 adopté le 6 décembre 2016

(AN NL) Article 68 40

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à partir du 1er janvier 2017 et pour une durée n'excédant pas quatre ans, afin d'améliorer la prise en charge et le suivi de jeunes de six à vingt et un ans chez lesquels un médecin, notamment médecin généraliste, médecin scolaire, pédiatre ou psychologue scolaire, a évalué une souffrance psychique.

Dans le cadre de ces expérimentations, les médecins ou psychologues scolaires peuvent, après évaluation, orienter vers des consultations de psychologues libéraux, en fonction des besoins et de la situation du jeune et de sa famille.

Ces consultations sont réalisées par les psychologues libéraux figurant sur la liste mentionnée à l'avant-dernier alinéa du I de l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et donnent lieu à un financement forfaitaire sur les crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires retenus pour les expérimentations.

(AN 1) II. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de ces expérimentations, notamment quant au suivi des patients et au financement des consultations.

(S1) III. – Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

89 http://www.newspress.fr/Communique_FR_300109_1518.aspx

Un décret à venir précisera les modalités mais l'état d'esprit de cette expérimentation peut être appréhendé en consultant le Plan bien-être et santé des jeunes présenté le 29 novembre 2016 par François Hollande⁹⁰ qui indique en p.6/7 :

2/ Un accès facilité aux consultations de psychologues : le « Pass santé jeunes »

– Accès effectif au printemps 2017 –

Le « Pass santé jeunes » (P@ssSaJ) prolonge et complète ce droit à l'information.

Eu égard au coût des consultations de psychologues et à l'absence de prise en charge financière, est créé, pour une période expérimentale de trois ans, un P@ss Santé jeunes (P@ssSaJ) assurant l'accès gratuit d'enfants et de jeunes adultes (jusqu'à 21 ans) à des consultations auprès d'un psychologue clinicien formé pour ce type de consultation, dans la limite de 10 séances, encadrées par deux séances de bilan. Jusqu'à l'âge de 15 ans, l'accès à ces consultations passera par les parents. Les parents auront eux-mêmes accès à deux consultations ainsi prises en charge.

L'orientation des jeunes vers ce suivi sera fondée sur une première évaluation par un médecin formé pour l'évaluation de la souffrance psychique (acte de consultation coté 2C).

Cette mesure, inscrite dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017, s'appliquera d'abord sur trois territoires. La constitution et la coordination du réseau de professionnels sera assurée de manière privilégiée par la maison des adolescents en lien avec l'agence régionale de santé. Cette fonction importante d'organisation, de coordination et de suivi localement sera soutenue financièrement.

La promotion d'un meilleur accès à une aide psycho-sociale pour les adolescents est une recommandation de la littérature internationale et cette mesure est un élément clé de ce plan d'action. Elle contribuera par ailleurs à désengorger les structures médicopsychologiques infanto-juvéniles qui pourront se recentrer sur les troubles sévères.

Cette mesure peut s'inscrire à terme dans des parcours intégrés d'aide et de soins pour des adolescents ou de jeunes adultes, avec un traitement spécifique des situations complexes. Elle fera l'objet d'une évaluation globale par une équipe indépendante."

- **Des séances chez le psychologue, remboursées à 100% par l'Assurance maladie⁹¹.**

C'est l'expérimentation actuellement menée **dans quatre départements sur une durée de 3 ans : la Haute-Garonne, les Bouches-du-Rhône, le Morbihan et les Landes.**

Dans ces quatre départements, les Caisses primaires d'Assurance maladie ont signé des conventions avec des psychologues afin de prendre en charge à 100% la psychothérapie des patients les plus défavorisés.

90

http://cache.media.education.gouv.fr/file/11_novembre/06/9/Plan_BienEtreJeunes_29novembre2016_674069.pdf

91 <http://maisondelapsychologie.org/wp-content/uploads/2018/09/Guide-Pratique-%C3%A0-destination-des-patients.pdf>

Diminuer la consommation de psychotropes

L'objectif de cette expérimentation ? Réduire les dépenses de Sécurité sociale liées aux maladies psychiques, en abaissant notamment le nombre de jours d'arrêt de travail, mais surtout la consommation d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et de somnifères, qui ont des effets secondaires indésirables et entraînent des dépendances.

Suivant les recommandations de la Haute Autorité de Santé parues en 2017, qui préconisent la psychothérapie pour diminuer la consommation de psychotropes, **ce test mené dans quatre départements français concerne tous les patients âgés de 18 à 60 ans, sans conditions de ressources.**

Actuellement, seules les consultations réalisées par un médecin psychiatre, sous prescription médicale, sont remboursées par la Sécurité sociale au taux de 70%, le reste à charge pouvant être complété par la complémentaire santé de l'assuré. Si l'expérimentation mise en place s'avère concluante, un patient pourra se faire rembourser ses séances chez un psychologue en cabinet privé à une condition : qu'elles aient été prescrites par un médecin généraliste.

Comment ça marche ?

Le médecin généraliste doit d'abord délivrer une prescription pour une séance d'évaluation de 45 minutes, à réaliser chez un psychologue conventionné.

Un bilan lui est alors adressé en retour par le professionnel de santé. S'il s'avère que les troubles mentaux constatés chez le patient sont d'intensité "faible à modérée", une seconde prescription de 10 séances de psychothérapie de soutien de 30 minutes est adressée.

Elle pourra être complétée, le cas échéant, par 10 séances de psychothérapie structurée de 45 minutes.

En cas de pathologie plus lourde, le patient pourra être orienté vers un médecin psychiatre. La fréquence des séances est fixée entre le patient et le thérapeute. **20 séances maximum pourront être remboursées par l'Assurance maladie.**

Un tarif trop bas selon les psychologues

Réclamé depuis de nombreuses années par les psychologues, le remboursement par l'Assurance maladie des séances de psychothérapie dans quatre départements a été salué par de nombreux professionnels. "C'est une belle avancée pour ouvrir notre profession à une patientèle qui sans remboursement ne consulte pas. C'est pour eux que nous sommes satisfaits, et pour lutter contre la consommation excessive d'antidépresseurs", a déclaré à France 3 la psychologue clinicienne Fanny Villain. Cette dernière a déjà reçu cinq patients sur prescription d'un généraliste.

En revanche, tous ou presque s'accordent à dire que les tarifs imposés par l'Assurance maladie sont bien trop bas : **22 euros pour les 10 premières séances, 32 euros pour les 10 suivantes.** Interrogé par *La Dépêche*, Patrice Bouchaïb, psychologue à Toulouse et représentant du Syndicat national des psychologues pour la région Occitanie, regrette que le tarif proposé par la CPAM soit "ridiculement bas". "Je pense qu'ils ont oublié qu'on travaillait en cabinet. Au centre de Toulouse, un cabinet coûte 850 euros par mois environ, et les tarifs de consultation tournent autour de 50 euros". Pour réclamer une révision des tarifs de

remboursement, une pétition a été lancée par le Syndicat national des psychologues et transmise à la ministre de la Santé Agnès Buzyn.⁹²

Décret n° 2017-813 du 5 mai 2017 relatif aux expérimentations visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes⁹³

NOR: AFSP1704616D - Version consolidée au 23 juin 2017

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1110-4, L. 1110-12 et L. 1435-8 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-5-3 ;

Vu la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, notamment son article 44 ;

Vu la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, notamment son article 68,

Décète :

Article 1

I. - Dans le cadre des expérimentations prévues à l'article 68 de la loi du 23 décembre 2016 susvisée, les médecins généralistes, les pédiatres ou les médecins scolaires prescrivent, après évaluation, au maximum douze consultations psychologiques prises en charge dans la limite d'un forfait, au jeune entre 11 et 21 ans en situation de souffrance psychique, incluant ses parents ou les titulaires de l'autorité parentale, et les orientent vers un psychologue libéral, inscrit sur le fichier ADELI géré par les agences régionales de santé, figurant sur la liste mentionnée à l'avant-dernier alinéa du I de l'article 44 de la loi du 25 juillet 1985 susvisée.

Lorsque le jeune est scolarisé, l'évaluation est, le cas échéant, effectuée avec l'aide d'un psychologue affecté en établissement scolaire.

Les jeunes présentant des troubles psychiatriques ou des signes de crise suicidaire sont exclus de l'expérimentation et orientés vers les soins spécialisés.

II. - Seuls les professionnels mentionnés au I et adhérant à la charte de l'expérimentation mentionnée à l'article 3 du présent décret peuvent participer à l'expérimentation prévue pour une durée maximale de quatre ans.

La liste des médecins et psychologues adhérant à cette charte est élaborée par l'agence régionale de santé. Elle est mise à disposition des bénéficiaires et des professionnels selon des modalités définies dans le cahier des charges mentionné à l'article 3 du présent décret.

III. - L'entrée dans l'expérimentation est subordonnée au consentement du jeune, ou des titulaires de l'autorité parentale du jeune lorsqu'il est mineur, recueilli dans les conditions fixées à l'article 4 du présent décret. Si le jeune était mineur et non émancipé au moment de son inclusion dans l'expérimentation, son consentement doit être recueilli dès l'atteinte de sa majorité pour maintenir son inclusion dans l'expérimentation.

92 <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/25296-Psychologues-Toulouse-teste-remboursement-psychotherapies>

93 <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034602624/2020-11-19/>

Les jeunes ainsi que le ou les titulaires de l'autorité parentale lorsqu'ils sont mineurs peuvent :

1° Retirer leur consentement à tout moment et sortir définitivement de l'expérimentation et du dispositif de prise en charge des consultations psychologiques ;

2° Demander à changer de psychologue en cours de prise en charge.

Article 2

I. - Dans chacun des territoires retenus par l'arrêté mentionné à l'article 68 de la loi du 23 décembre 2016 susvisée, la maison des adolescents compétente assure la coordination du dispositif de prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans, selon les modalités définies par le cahier des charges mentionné à l'article 3 du présent décret.

Elle organise notamment des sessions de sensibilisation et de formation auprès des médecins et des psychologues adhérant à la charte de l'expérimentation mentionnée à l'article 3 du présent décret.

II. - Dans les six mois suivant la publication de l'arrêté susmentionné, une convention est signée entre la maison des adolescents compétente pour le territoire de l'expérimentation, le directeur général de l'agence régionale de santé et le recteur d'académie concernés pour toute la durée de l'expérimentation. Cette convention précise notamment les modalités de coordination, de sensibilisation et de formation, ainsi que les modalités de versement par la maison des adolescents du forfait aux psychologues libéraux participant à l'expérimentation.

III. - Le médecin généraliste, le pédiatre ou le médecin scolaire assure le suivi du parcours du jeune avec le psychologue libéral et en lien avec son médecin traitant.

IV. - Le forfait mentionné au I de l'article 1er du présent décret comprend un total de douze consultations maximums pour le jeune et les titulaires de l'autorité parentale.

Le forfait est financé par les crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, alloués aux maisons des adolescents à ce titre.

V. - Un bilan annuel de la mise en œuvre de l'expérimentation réalisée dans chaque territoire est établi par la maison des adolescents qui l'adresse au directeur général de l'agence régionale de santé, au recteur d'académie concernés ainsi qu'aux ministres chargés de l'éducation nationale, de la santé et de la sécurité sociale.

VI. - Une équipe de recherche, mise en place selon les modalités définies par le cahier des charges mentionné à l'article 3 du présent décret, évalue l'expérimentation visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans, en évaluant notamment l'acceptabilité des parties prenantes, l'efficacité du dispositif et son efficience, ainsi que la coordination du parcours du jeune. Elle formule des recommandations sur les modalités de généralisation de l'expérimentation sur l'ensemble du territoire français.

Article 3

Un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de l'éducation nationale, de la santé et de la sécurité sociale précise notamment les modalités du pilotage national et régional de l'expérimentation, le contenu de la charte de l'expérimentation pour les médecins et les psychologues, les modalités de financement, les modalités du parcours du jeune, ainsi que le suivi et l'évaluation de l'expérimentation mentionnée notamment au VI de l'article 2 du présent décret.

Article 4

Le consentement exprès et éclairé du jeune, ou des titulaires de l'autorité parentale du jeune le cas échéant, est recueilli par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée, après qu'il a ou qu'ils ont reçu les informations suivantes :

1° Les modalités de l'expérimentation, notamment quant à la prise en charge et au suivi proposés, ainsi que ses finalités ;

2° Le recueil et la transmission à un ou plusieurs professionnels ou structures participant à la prise en charge et au suivi du jeune, dans les conditions définies aux articles L. 1110-4, L. 1110-12 et L. 1111-8 du code de la santé publique, des informations mentionnées au cahier des charges prévu à l'article 3 du présent décret.

Le consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Il est strictement limité à la durée de la prise en charge du jeune dans le cadre de l'expérimentation.

Article 5

La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'Etat chargé du budget et des comptes publics sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 5 mai 2017(...).

Objectifs :

- Encourager l'orientation du patient par le médecin traitant vers un psychologue (cas léger) et vers un psychiatre (cas plus sérieux)
- Trouver une solution pour désengorger les CMPP en proposant au médecin traitant de faire l'orientation adaptée pour son patient

Bénéficiaire

Public de 6 à 60 ans inclus

Périmètre

Département de Vaucluse (84)

Moyens et conditions nécessaires à la mise en place de cette action

- Obtenir les résultats des 2 expérimentations
- Créer un groupe de réflexion et de travail en Vaucluse sur cette thématique
 - CPAM
 - PTA
 - URPS des Médecins Libéraux
 - Psychologues
 - Médecins psychiatres

Lettre d'intention 13 : Contribuer à la réduction du nombre de soins sans consentements par l'appui au développement des Comité Locaux de Santé Mentale (CLSM)

Nom de la structure porteuse du projet	CoDES 84 et CLSM
---	------------------

Constats/problèmes transversaux :

- Fragilité des réseaux interprofessionnels : nécessité de lutter en permanence contre le cloisonnement
- Impact de ce fonctionnement sur la qualité de l'accompagnement des personnes et sur la fluidité de leur parcours
- Difficulté à reconnaître et prendre en compte la parole des personnes concernées et de leur famille
- Manque d'information de la population générale sur les questions relatives à la santé mentale.

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

- Le manque de connaissance des professionnels entre eux et la persistance de représentations sur la santé mentale et la psychiatrie compromettent le fonctionnement des réseaux et freine l'accès et l'orientation vers le soin psychique.
- La maladie psychique demeure souvent associée dans les représentations à la notion de danger, de crise et le recours à l'urgence. Le soin sans consentement est plus fréquent dans notre département qu'ailleurs en France alors qu'il devrait rester exceptionnel.
- Ce fonctionnement n'est pas pertinent :
 - Pour les patients qui risquent d'associer soin et privation de liberté et peuvent être confrontés à des situations traumatisantes (sédation contrainte, enfermement)
 - Pour les professionnels de la psychiatrie qui ne peuvent engager de soins de qualité lorsque la demande d'hospitalisation s'avère non adaptée.
 - Pour les services d'urgence, mobilisés par des interventions lourdes qui sont rarement suivies d'effet (interruption de l'hospitalisation après quelques jours)
 - Pour l'environnement de la personne qui reste dans l'incompréhension de ce fonctionnement et risque de développer des attitudes de rejet.
- La promotion de la prévention, de suivis de proximité, de lieux ressources permettrait de faire évoluer les représentations.
- Besoin de s'appuyer sur et de collaborer avec les acteurs de proximité de la cité, soignants ou non soignants.
 - Favoriser une passerelle entre les médecins généralistes et les psychiatres de façon à limiter le cloisonnement
 - Avoir une communication fluide entre univers psychiatrique et somatique, ainsi qu'avec les structures travaillant avec les usagers de la santé mentale
 - Articuler un travail pluridisciplinaire et réduire l'écart culturel interprofessionnel
 - Rechercher systématiquement l'implication des personnes concernées, de leur famille et de leur entourage.
 - Associer les acteurs locaux de l'éducation, des loisirs, du sport et de la culture.

Objectif général :

Améliorer la coordination des acteurs, leur information ainsi que celle des personnes concernées par la rencontre entre partenaires de la santé mentale pour améliorer la prise en compte des maladies psychique et leur prise en charge en limitant le cadre des soins sans consentement aux seules situations qui le nécessitent.

Objectifs opérationnels :

- Développer les rencontres entre partenaires de la santé mentale de manière à :
 - Limiter les défauts de coordination
 - Permettre à tous de savoir où et comment intégrer le parcours de soin.
 - Connaître le périmètre d'intervention et les limites de chacune des organisations concourant à la santé mentale
 - Disposer d'un état des lieux de l'offre existante actualisé et accessible (développer les canaux informatisés)
 - Ouvrir le réseau, permettre les rencontres entre les partenaires, la discussion, l'échange

- Créer une Newsletter « Santé Mentale » pour :
 - dédramatiser le recours à la au soin psychique en général et à la psychiatrie en particulier,
 - diffuser plus largement l'actualité sur les actions en faveur de la promotion de la santé mentale,
 - partager les connaissances construites dans les groupes de rencontre.

- Associer l'ensemble des professionnels de santé libéraux et leurs représentants pour participer à l'amélioration de l'articulation entre les soins de ville et l'hôpital. Créer un groupe de réflexion sur la mise en œuvre des recommandations de la Haute Autorité de Santé pour l'amélioration de la communication entre professionnels de santé notamment par la création de lignes téléphoniques dédiées.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

- Inscrire la question de l'éthique et les bonnes pratiques en santé mentale de manière transversale dans les groupes de travail et les rencontres.

Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

- Réunir un comité de rédaction impliquant les personnes concernées pour la création d'une Newsletter départementale en santé mentale ; en préciser la ligne éditoriale, le format, les supports de diffusion et la fréquence.
 - Contenus envisagés : informations sur les activités des partenaires comprenant les GEM, les associations de familles et d'usagers, initiatives locales (avancement du développement des CLSM), mise en œuvre de projets, focus sur des pratiques de soins novatrices, place des personnes en souffrance psychique dans la cité (sport, loisir, culture, emploi, citoyenneté).

- Composer un comité de lecture. Prévoir des temps de bilans et d'ajustement
- Prévoir des journées d'échanges à l'échelle départementale par exemple :
 - coordination de proximité
 - Échanges sur les actualités et les initiatives du secteur
 - Présentation de structures, de projet en cours.
 - partage d'expérience
 - Développement de pratiques spécifiques en réponse aux cas les plus complexes
 - Les bonnes pratiques en santé mentale
- Communiquer sur les projets des acteurs et proposer avec l'appui du CODES un accompagnement méthodologique pour l'écriture de projet pour les professionnels libéraux.

Bénéficiaires :

Professionnels des secteurs médical, social et médico-social, les médecins généralistes et spécialistes des villes et leurs représentants, les structures de soins, les GEMs, associations de familles et d'usagers, les usagers de la SM...

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Avignon et territoire de Vaucluse

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

- Salle pour accueillir les temps de rencontre
- Intervenants extérieurs pour l'éclairage théorique ou les échanges de pratique
- Personne chargée de collecter les différentes informations relatives à la SM et de rédiger la Newsletter.

Modalités de suivi :

Réunion annuelle

Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- Évaluation de processus
 - Amélioration de la qualité des orientations vers le soin psychique et de leur perception par les personnels soignants.
 - Amélioration de la connaissance des acteurs entre eux.
 - Amélioration du parcours de soin des usagers en santé mentale et de sa perception par les personnes concernées.

- Mesure des résultats attendus à moyen terme
 - Nombre d'abonnements et de lectures de la lettre
 - Diversité des contributions à la rédaction
 - Implication des personnes concernées et de leurs représentants
 - Nombre de rencontres locales et départementales
 - Nombre de participants aux rencontres.

- Résultats attendus à long terme
 - Evolution du nombre d'hospitalisation sans consentement
 - Fluidification des relations entre les acteurs de santé
 - Meilleure qualité d'ouverture de la cité aux personnes atteintes de troubles psychiques.

Acteurs et partenaires Impliqués ou pressentis

Indiquez quels sont les partenaires associés au projet :

- CLSM
- CHM : ensemble des pôles de soins par le biais de leurs services hospitaliers et ambulatoires, équipes mobiles et de liaison.
- Municipalités et intercommunalités (Ateliers Santé Ville)
- CPTS
- URPS
- PTA : relayer les informations (communication vers les professionnels libéraux)

Lettre d'intention I4 : Faciliter la communication et l'information permettant une meilleure prise en charge du patient

Constats/problèmes transversaux :

- Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels
- Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels
- Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur

Remarque lors du COPIL du 01/12/20 : La télémédecine constitue une aide

Echanges sur les constats et les besoins :

- Séparer Télémédecine = Moyen de communication de pratique médicale à distance
- Et Communication au sens large :
 - Nécessité de la communication c'est-à-dire la circulation de l'information permettant une meilleure prise en charge du patient
 - Entre les professionnels de santé concernés par le patient
 - Entre les professionnels de santé et le patient (service Télésoins)

Distinguer deux phases :

- En situation de crise sanitaire
- En situation « Normale »

Quels besoins/ objectifs prioritaires ?

Public bénéficiaire :

Patient avec un trouble psychiatrique

Objectifs généraux :

- Permettre la création d'un parcours de soins « Santé Mentale » identifié par tous les acteurs
- Développer la Télémédecine sur le département du Vaucluse quel que soit le lieu et/ou les conditions d'hébergement du patient (collectif ou individuel).
- Construire la fluidité de l'information et les échanges des données médicales entre professionnels du soin pour faciliter la prise en charge et le suivi du patient, le tout dans le respect de la protection des données dites sensibles (RGDP, DPO).
- Bâtir un annuaire de contact de professionnels référents et/ou correspondants connu de tous
- Faciliter l'accès aux soins du patient en mettant en place un système de régulation : idem centre 15 ou numéro vert gratuit

Quel périmètre ou territoire géographique d'implantation pressenti ?

Selon les participations des différentes CPTS, à l'échelle du Grand Avignon voire du Département du Vaucluse

Modalités de suivi ?

Réunions régulières entre CPTS et Représentant du CH Montfavet pour voir au niveau du déploiement les avancées de chacun.

Quelles modalités plus opérationnelles ?

Pistes d'actions proposées sur le thème « Communication »

- **Entre les Professionnels de santé (PS)**
Soignants
Centre de soins
Secteur social et médico-social

Plusieurs cas de figure à envisager :

1. Patient connu avec Médecin Traitant (le Médecin Traitant prend en charge)
2. Patient inconnu avec Médecin traitant (lien à faire avec le Médecin traitant)
3. Patient sans Médecin Traitant (Rôle de la CPTS pour en trouver un en fonction du lieu de résidence du patient)
4. Patient en sortie d'hospitalisation (aux Urgences) en lien avec une PB santé mentale (lien à faire avec le Médecin traitant et/ou la CPTS)

Ces 4 cas devront faire l'objet d'une procédure de prise en charge détaillée afin de faciliter la fluidité de la prise en charge et la circulation de l'information entre les PS.

Quel sens de communication utile identifié ?

- Du Médecin traitant vers le Médecin psychiatre
- Du Médecin traitant vers l'infirmier (en structure ou libéral)
- Du Médecin psychiatre vers le Médecin traitant
- De l'infirmier vers le Médecin traitant
- Structure hospitalière vers Médecin traitant et/ ou médecin psychiatre, Infirmier
- Du Secteur médico-social et social vers le Médecin traitant et/ou spécialisé

Quels supports attendus à minima ? Document simple à formaliser

- Un compte rendu du Médecin psy et/ ou infirmier
- Une évaluation médicale du Médecin généraliste du patient vers le médecin spécialisé

Comment communiquer ?

- Enrichir le DMP du patient : compte rendu, résultats d'analyse, d'examen, bilans, proposer de créer un onglet spécifique « Santé Mentale »
- Boîte mail sécurisée
- Serveur santé sécurisé : dépôts de documents
- Plateforme d'échange d'information et de communication (idem AGORA CLUB= travail collaboratif)
- Développer la télé-expertise entre PS

- Créer un temps de concertation (à définir hebdomadaire, par quinzaine, mensuel) entre PS en visio conférence en regroupant les dossiers des patients concernés : faciliter les échanges et le suivi du patient.
- Avoir un correspondant et Prévoir une réponse téléphonique pour les PS sur une plage horaire élargie 20h –Minuit pour répondre à une orientation ou à un besoin.

- **Entre les Professionnels de Santé et le Patient**

- 1. 1^{er} besoin identifié : la Bonne orientation du patient face à un PB de santé mentale**

Créer un numéro vert d'appel spécialisé en santé mentale (de type idem SOPHIA pour les diabétiques et asthmatiques) pour les orienter, les conseiller ou un centre de régulation dévolu (à l'identique du 15).

- 2. Un suivi du Patient adapté :**

1ere consultation en présentiel obligatoire

Les suivantes en virtuel : suivi téléphonique, expérimenter la « Téléconsultation Soins » Distinguer les patients en structures hébergés et les patients à domicile : mise en place d'une assistance à la téléconsultation par les Infirmières (ers).

- 3. La CPTS comme moyen d'orientation/ et ou de prise en charge du patient sans médecin traitant**

Prévoir une personne au sein de la structure qui coordonne le tout.

- 4. DMP : outil à enrichir et à faire évoluer**

Développer des champs spécifiques au sein de cet outil facilitant les liens, les échanges d'information (notion d'immédiateté) Compétence Caisse Nationale D'Assurance Maladie

- 5. La PTA et la CPTS : appui pour décroisonner et articuler les liens entre la psychiatrie et les autres acteurs (médical, paramédical, somaticiens des villes, médico-social, social, judiciaires).**

Moyens

Une personne et un temps de coordination associé, formation ensuite par les pairs

Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs ?

- Mesure de l'intensification du flux de mail entre médecins libéraux et CMP
- Diminution du nombre de patients suivis en CMP sans Médecin traitant déclaré
- Chiffrer le nombre de téléconsultations organisées au début (à trois mois) en cours (à six mois) du démarrage d'une expérimentation de l'action.

Quels Porteurs d'actions ?

- Les CPTS (CPAM en appui)
- Les MSP (CPAM en appui)
- Le secteur hospitalier général, psychiatrie

Lettre d'intention 15 : La coordination entre les structures et les professionnels pour une fluidité de parcours

Constats/problèmes transversaux :

- Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels
- Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels
- Difficulté d'accès aux soins somatiques

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

Besoin de soins psychiatriques et diminution du nombre de psychiatres

Objectif général :

Assurer la coordination entre les structures et les professionnels de santé, pour une fluidité du parcours

Objectifs opérationnels :

Accès aux soins spécialisés par le développement de la télémédecine avec les établissements sanitaires et médico sociaux

Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

- Organisation de réunions d'informations avec les professionnels des structures.
- Déploiement de la plateforme « iesS », innovation e-santé sud, portée par l'ARS PACA / ou une autre plateforme de télémédecine

Bénéficiaires :

Usagers – Partenaires impliqués dans le parcours

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Vaucluse

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

- Temps de psychiatres et d'infirmiers
- Temps de coordination du projet
- Outils informatiques et techniques, connexion Internet auprès des publics
- Formation

Modalités de suivi :

- Bilan annuel avec les utilisateurs.
- Évaluation – Bilan d’activité avec un temps de coordination

Indicateurs et critères d’évaluation au regard des objectifs

- Évaluation de processus
 - Nombre de réunions de concertation
 - Nombre de déplacements réalisés (professionnels, usagers)
- Résultats attendus
 - Diminution du délai de réponse à une demande de consultation
 - Augmentation du nombre d’expertises demandées aux professionnels de santé

Fiche action 16 : Soutenir le renforcement d'un réseau coordonné permettant le parcours des personnes souffrant d'addiction

Constat / problèmes transversaux

- Difficulté du territoire à disposer d'une offre hospitalière complète en faveur des personnes souffrant d'addiction allant du sevrage (simple ou complexe) à la réadaptation ;
- Les opérateurs font appel à des appuis hors territoire qui fragilisent le rétablissement des personnes.

Objectif général

- Permettre aux personnes confrontées à une ou plusieurs addictions, avec ou sans produit, de trouver sur le territoire une offre complète hospitalière associant les ELSA, les consultations hospitalières, les services de court séjour, les acteurs de la psychiatrie (secteur, service Guillaume Broutet) et les soins de suite et de réadaptation ;
- Permettre aux médecins libéraux et aux structures médico-sociales d'accompagnement (CSAPA) d'orienter les patients et les usagers vers le réseau sanitaire.

Objectif opérationnel

Compléter l'offre hospitalière présente en Vaucluse d'une unité de SSR d'addictologie pour stabiliser les patients ayant bénéficié d'un sevrage pour limiter les risques de rechute.

Plan opérationnel

Donner aux partenaires, dès la mise en service du SSR addictologie au centre hospitalier de Montfavet, la grille de lecture des organisations hospitalières permettant de consolider un parcours de soins sur le territoire.

Limiter par cette structuration de l'offre les renoncements ou les rechutes des usagers de produits psychoactifs.

Se doter des moyens de trajectoires complètes d'usagers sans recourir à des territoires limitrophes eux-mêmes confrontés à des difficultés de réponse (liste d'attente).

Répondre aux orientations nationales et régionales en matière de dispositifs hospitaliers addictologiques du territoire qui compte plus de 600.000 habitants (niveau 2).

Indications et critères d'évaluation

Nombre d'orientations de personnes vers le réseau hospitalier de prise en charge des personnes souffrant d'addictions :

- Orientation par les médecins libéraux,
- Orientation par les structures médico-sociales (CSAPA / CARRUD),
- Suivi de l'activité de sevrage (simple et complexe) réalisée au sein des établissements de santé participant à la filière coordonnée.

Fiche action 17 : faciliter l'accès aux soins psychiques et somatiques des personnes en situation de grande précarité

Nom de la structure porteuse du projet	Centre hospitalier de Montfavet
Nom du représentant légal de la structure	Jean-Pierre STAEBLER
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Jean-Luc SICARD
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	Centre Hospitalier Avenue de la pinède CS 20107 84918 AVIGNON Cedex 9
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	jean-luc.sicard@ch-montfavet.fr ☎0682660939
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	laure.baltazard@ch-montfavet.fr ☎0490039001

Constats/problèmes transversaux :

- Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels
- Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce
- Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur
- Difficultés d'accès aux soins somatiques
- Besoin d'évolution des politiques publiques

Contexte :

L'équipe mobile de psychiatrie précarité est un maillon essentiel dans le repérage et l'accompagnement des publics précaires vers le soin psychique. **Dans le cadre de son investissement pendant la crise sanitaire et sa participation active à la création de l'équipe sanitaire mobile Covid 84, il est apparu un réel besoin de prise en charge somatique de publics en situation de précarité.**

Objectif général :

- **Conforter l'équipe mobile de psychiatrie-précarité** dans sa mission d'aller vers les publics les plus vulnérables ;
- **Créer une équipe mobile somatique précarité EMSP** (sur le modèle existant d'équipe mobile psychiatrie précarité EMPP) pour aller vers les personnes en situation de précarité, se trouvant à la rue, en campements ou en CHRS, en confortant le travail mis en œuvre durant la crise liée au SARS-COV-2 ;
- **Création d'une PASS Psy.**

Objectifs opérationnels :

Le projet d'équipe mobile somatique précarité, porté par le centre hospitalier de Montfavet, doit permettre la prise en charge somatique de ces personnes très vulnérables et les plus éloignées du soin dans un dispositif de soins « hors les murs ». L'objectif est la création d'une équipe mobilisable rapidement sur signalement des partenaires de terrain, des autorités de santé publique, de l'État (DDCS et préfecture) et à partir de maraudes.

Les missions sont similaires à l'équipe mobile psychiatrie précarité, à savoir :

- Développer le travail d'aller vers... ;
- Evaluation des besoins de soins somatiques ;
- Examen clinique si besoin dans le cadre de consultations ou de télémedecine avec les partenaires médicaux ;
- Actions de santé publique, prévention, information... ;
- Orientation et accompagnement vers les services de soins adaptés (consultations ambulatoires, hospitalisation, LHSS, LAM...) ;
- Possibilité de réaliser des soins de première nécessité et dépistages dans le cas d'épidémie ;
- Possibilité de participer aux campagnes de vaccination ;
- Sensibilisation des professionnels à l'attitude relationnelle auprès d'un public en situation de précarité ;
- Permettre l'accès aux soins des personnes en situation de précarité : consultations médicales, traitements médicamenteux... ;
- Réaliser un bilan social et coordonner les différentes démarches.

Le projet de création d'une permanence d'accès aux soins de santé en milieu psychiatrique porté par le centre hospitalier de Montfavet doit permettre de faciliter la prise en charge médicale globale de ces personnes vulnérables et les plus éloignées du soin :

- Dispenser des soins et traitements gratuits dans l'attente de l'ouverture des droits ;
- Faire une évaluation de l'état de santé des personnes ;
- Les réinscrire dans un parcours social et de soins grâce à un travail de coordination.

Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

Sur le plan sanitaire, l'équipe mobile somatique précarité a pour mission d'identifier et de répondre au mieux aux besoins des personnes les plus éloignées du soin, d'améliorer la prévention à la santé et l'accès aux soins des personnes à la rue dans le cadre d'une démarche globale socio-sanitaire et de mettre en place des réponses coordonnées à l'interface des dispositifs sanitaires et sociaux en collaboration avec les différents partenaires. L'équipe assurera également l'orientation des personnes vers les services de consultations et d'urgence.

Temporalité :

- 1- *Poursuite des missions de l'équipe sanitaire mobile Covid84* jusqu'à la fin de la crise sanitaire ;
- 2- *Pérennisation* de cette mission par la création de l'équipe mobile somatique précarité ;
- 3- *Création de la PASS Psy.*

Bénéficiaires :

- Publics SDF à la rue ;
- Publics en situation de précarité accompagnés et/ou hébergés par le secteur associatif du territoire (CCAS, associations des dispositifs AHI, SIAO, etc.) ;
- Public des campements ;
- Public des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des migrants et des demandeurs d'asile.

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Territoire de Vaucluse

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

- **Pérennisation de l'équipe sanitaire mobile Covid** : 1 temps de coordination médicale, 2 IDE, 1 temps de travailleur social, 1 temps de secrétariat, véhicule, bureaux, mise à disposition d'un lieu de rencontre et de consultation dans la cité, frais de fonctionnement... ;
- **Création d'une PASS Psy** : renforcement des temps de praticien hospitaliers (somaticien et pharmacien), de l'équipe infirmière de l'EMPP et de l'EMSP, du temps de travailleur social, du temps administratif. Mise à disposition de bureaux.

Modalités de suivi :

- Traçabilité de l'activité
- Réunions de service
- Rapports annuels
- Rencontres annuelles avec les partenaires

Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- Evaluation de processus
- Rapports d'activité
- Résultats attendus

Acteurs et partenaires Impliqués ou pressentis

- Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet**
 - Conseils de la vie sociale des CHR, LHSS, LAM
- Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet**
 - *Non concerné*

c. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle :

- CLSM : Conseil locaux de santé mentale
- SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation, instance porcelaine
- CSAPAA
- RESAD
- CPTS
- PTA
- Associations AHI : Croix rouge, HAS, AHARP, Secours catholique, Secours populaire, RHESO, Le Village, Passerelle, etc...
- Dispositifs LHSS, LAM, ACT départementaux
- Dispositifs d'accueil et d'accompagnement des migrants
- Associations d'usagers : groupe de pairs, groupe d'entraide mutuelle...
- Services de soins généraux et de psychiatrie générale des centres hospitaliers départementaux
- Pharmacie centrale des centres hospitaliers départementaux
- Professionnels libéraux médicaux et paramédicaux
- Maraudes organisées par les municipalités
- Syndicats mixtes de gestion des aires des gens du voyage
- Equipes sanitaires mobiles (psy et somatiques) régionales
- Préfecture, ARS, DDCS, Municipalités...



AXE 3

AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE ET D'INCLUSION SOCIALE
ET LA CITOYENNETE DES PERSONNES EN SITUATION
DE HANDICAP PSYCHIQUE.

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHE ACTION

Fiche Action I8 : Développer un Centre de ressources et de coordination de la réhabilitation psychosociale sur le territoire de Vaucluse et du Nord Bouches du Rhône

Structure porteuse du projet :

Centre hospitalier de Montfavet (Vaucluse)

Contexte général

L'expression réhabilitation psychosociale renvoie à un ensemble de procédés visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir, c'est-à-dire à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes.

La réhabilitation repose sur l'idée que toute personne est capable d'évoluer vers un projet de vie choisi. Elle concerne différents champs de la personne : clinique (symptômes, traitements), fonctionnel (capacités cognitives, relationnelles, autonomie) et social (logement, gestion du budget, retour à l'emploi).

La réhabilitation se base toujours sur les capacités préservées des personnes et les utilise pour palier au mieux aux déficits.

La réhabilitation psychosociale, le rétablissement et l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques sont aujourd'hui considérées comme des priorités de santé.

« Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. A ce titre, il prévoit [...] les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux. »

(Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale).

Dans ses principes, la réhabilitation psychosociale priorise le développement et l'optimisation des capacités de l'individu via des interventions précoces. L'apprentissage d'habiletés élémentaires pour agir dans un environnement social, vivre de manière autonome, préserver un emploi, sont des moyens privilégiés de réhabilitation.

L'autodétermination (« empowerment ») des personnes est promue comme un droit à respecter, mais aussi comme une responsabilité à restituer aux personnes dans une situation de handicap. La valeur du travail est considérée comme un vecteur d'intégration, mais également comme un lieu de réalisation de soi. La réinsertion des personnes handicapées psychiques vise ainsi une réalisation dans le milieu ordinaire.

La réhabilitation est un mode de soutien particulier, impliquant un engagement de la part des intervenants, mais aussi une posture démedicalisée.

En France, la réhabilitation psychosociale est entrée dans les politiques publiques avec le décret du 27 juillet 2017 sur le projet territorial de santé mentale et l'instruction DGOS du 16 janvier 2019 sur les soins de réhabilitation psychosociale. La population qui en relève doit maintenant avoir accès à la réhabilitation psychosociale sur tous les territoires. Des centres de réhabilitation psychosociale de proximité seront créés sur chaque département. Leur développement est soutenu par des centres de réhabilitation psychosociale *support* régionaux. Les centres *support* sont eux-mêmes accompagnés par un centre ressource qui organise les formations et la recherche dans le domaine.

Constats/problèmes transversaux :

- Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels
- Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

- Instruction DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires
- Forte demande de la part des usagers et des associations
- Accès pour les usagers de la psychiatrie au dispositif de droit commun

Objectif général :

Déploiement sur tout le territoire du Vaucluse et du Nord des Bouches-du-Rhône d'un **dispositif clairement identifié des soins de Réhabilitation psycho-sociale (RPS)**, avec la création d'un **centre de recours et de coordination territorial**.

Objectifs opérationnels :

- Mise en place d'un dispositif efficient de RPS de proximité sur tout le territoire du Centre Hospitalier de Montfavet (CHM)
- Articulation et travail en réseau avec le centre ressource régional
- Élaboration du plan de formation des professionnels et l'organisation de manifestations scientifiques
- Bilan des actions mises en place et évaluation des dispositifs
- Coordination des pair-aidants et de leur intégration dans le dispositif.
- Recours en formation et expertise pour les structures sanitaires et médico-sociales du territoire du CHM
- Coopération avec tous les acteurs du tissu social, économique, éducatif, culturel et sportif local
- Organisation de la formation à de nouveaux métiers (pair aideance, case management)

Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

- Inscription au projet médical du CHM, puis inscription PTSM pour obtenir une reconnaissance ARS du centre de ressources et de coordination territorial.
- Budget spécifique pour le développement de la structure : emploi, formation, recherche

Bénéficiaires :

Population du département de Vaucluse et du nord des Bouches-du-Rhône sans critère d'âge, usagers des services de psychiatrie (public ou privé)

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Vaucluse et Nord des Bouches-du-Rhône

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

Pour chaque pôle clinique, besoin d'au moins un ETP de case manager et d'un binôme de pairs aidants, en sus d'une équipe de proximité pluri professionnelle déjà existante.

Au niveau du centre de recours et de coordination, financement d'un temps de neuropsychologue pour réaliser les bilans qui ne peuvent l'être en proximité, d'un temps de coordination médicale et d'un temps de secrétariat pour faciliter le travail du comité de coordination.

Modalités de suivi :

Réunions régulières du comité de coordination et des partenaires de la RPS pour évaluation et déploiement du dispositif

Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- Évaluation de processus
 - Nombre de personnes suivies
 - Nombre d'utilisateurs se déclarant rétablis à l'issue du processus
- Résultats attendus
 - Accessibilité au dispositif de droit commun (logement, emploi, éducation, loisirs...) pour toute personne ayant accès aux soins de RPS

Acteurs et partenaires Impliqués ou pressentis

a. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet

Par les GEM et la pair-aidance

b. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet

Programme Pro-famille

c. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle :

Tous les acteurs de la vie sociale et économique, culturelle et sportive

d. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et quelle est sa mission

Un groupe de recherche en soins infirmiers existe et pourra être sollicité pour ce projet.

Projet de création de liens étroits avec le centre référent de PACA en RPS.

Fiche Action 19 : Le gestionnaire de cas en santé mentale (case manager)

Nom de la structure porteuse du projet	Plateforme Territoriale d'Appui Ressources Santé Vaucluse
Nom du représentant légal de la structure	Dr Jean-Luc VIDAL (président)
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Myriam COULON, directrice/chargée de projets
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	8 rue Krüger 84000 AVIGNON
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@ myriam.coulon@rsv84.fr 04 84 512 512 / 06 63 54 21 60
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@ myriam.coulon@rsv84.fr 04 84 512 512 / 06 63 54 21 60

Constats/problèmes transversaux :

- Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels
- Des insuffisances dans la formation
- Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels
- Difficulté d'accès aux soins somatiques
- Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles
- Besoin d'évolution des politiques publiques

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

- Absence de continuité dans le parcours des usagers présentant des troubles psychiques avec des problématiques complexes. Cela se traduit par de **nombreuses ruptures** (dans tous les domaines de la vie), entraînant défaut de soins, précarité, isolement, mise en danger.
- **Cloisonnement** des interventions et/ou des intervenants pluriprofessionnels dans le parcours des usagers souffrant de troubles psychiques. Le constat est une méconnaissance des cultures et pratiques de chacun, une complexité des organisations institutionnelles dans les différents champs professionnels et surtout une **absence de transversalité entre tous ces secteurs**.
- **Déficit des approches centrées sur l'utilisateur**. Le modèle du rétablissement (et plus largement de la réhabilitation psycho sociale) ainsi que les pratiques d'aller vers dans l'accompagnement tant social que sanitaire sont insuffisamment développer, voire absents.

- **Insuffisance de la participation des proches, des pairs et des usagers dans leur parcours de vie.**

Dans un contexte de raréfaction des moyens, l'accompagnement des personnes en situation de souffrance psychique nécessite :

- Le développement et l'optimisation des capacités des personnes concernées, et de leur pouvoir d'agir (*empowerment*).
- Le maintien dans leur milieu de vie, dans des conditions de vie dignes : limitation des hospitalisations, valorisation et appui des choix personnels, lutte contre les processus de précarisation, et maintien de la plus grande autonomie possible.
- La prévention et/ou le soutien des situations de rupture, et ainsi garantir une continuité des soins et des accompagnements.
- La mise en place d'accompagnements pluriprofessionnels, transdisciplinaires et interinstitutionnels, personnalisés et au long cours.

Objectif général :

Mettre en place une expérimentation sur 12 à 24 mois d'un modèle de gestionnaire de cas en santé mentale dans le Vaucluse, appliqué spécifiquement aux usagers souffrant de troubles psychiques, et pour lesquels les dispositifs existants n'ont pu apporter de réponses.

Etudier et modéliser un accompagnement global, visant à limiter les ruptures de parcours par une meilleure articulation des soins avec les autres types d'accompagnement (sociaux et médico-sociaux), grâce à l'émergence d'un nouvel acteur : **le gestionnaire de cas ou case manager en santé mentale.**

Ce gestionnaire de cas en santé mentale a pour tâche "d'assurer une meilleure articulation entre les organisations et les acteurs pour surmonter les limites relatives au cloisonnement et à la fragmentation des systèmes sanitaires et sociaux" (BB. : traités de réhabilitation psychosociale, FRANCK, N. p 227). Son rôle est d'être un facilitateur reconnu dans les relations avec toutes les parties prenantes. Il veille à l'adéquation des solutions proposées avec les besoins de la personne tout au long de son accompagnement.

Proposer un accompagnement au long cours, pluriprofessionnel, transdisciplinaire, de proximité, personnalisé, adapté aux besoins des personnes en souffrance psychique en situation complexe, visant à renforcer leur autonomie et leurs capacités d'agir.

Objectifs opérationnels :

- Définir les missions du gestionnaire de cas en santé mentale (on pourra s'appuyer sur celles du gestionnaire de cas en gérontologie)
- Identifier les critères d'inclusion des personnes en souffrance psychique en situation complexe pour l'accompagnement du case manager
- Définir le contenu et la procédure d'accompagnement des personnes
- Prévoir un dispositif d'évaluation et de suivi permettant sa valorisation et son développement

Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

1. Constitution d'un comité de pilotage :

Identifier les professionnels, institutions et représentants d'utilisateurs impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en souffrance psychique et présentant des problématiques multiples, tant des champs du sanitaire, que du médico-social et du social

Rôle :

- ✓ **Définir les missions du gestionnaire de cas en santé mentale et rédiger le profil de poste**
- ✓ Définir le cadre de l'intervention du gestionnaire de cas en santé mentale : Trans institutionnel, offrant une légitimité à l'activité de coordination, en s'appuyant sur la dynamique partenariale existante
- ✓ Mettre en place une instance régulatrice interinstitutionnelle, en définir ses membres et ses missions (apporter son expertise, être facilitatrice pour le lien entre les partenaires/structures...), sur le modèle existant des instances porcelaines (SIAO).

Méthodes :

- ✓ Identifier les passerelles entre les secteurs, les formaliser à l'aide de conventions. L'action s'articule nécessairement avec les dispositifs existants sur le territoire (CHM, SIAO, instances d'études de situation et instance de coordination des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, autres...)
- ✓ Communiquer sur le projet. Sensibiliser l'ensemble des professionnels et des acteurs locaux
- ✓ Définir les règles déontologiques de l'accompagnement et une charte d'accompagnement
- ✓ Déterminer les indicateurs de suivi en lien avec le porteur

2. Identification d'un porteur :

La PTA Ressources Santé Vaucluse est la structure la plus adaptée compte tenu de son expérience dans le domaine de la gestion de cas en gérontologie (MAIA) et des perspectives offertes par le développement du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) des parcours complexes.

Rôle :

- Recruter et former le gestionnaire de cas en santé mentale
- Etablir les procédures et outils d'accompagnement
- Déterminer le nombre d'accompagnement par gestionnaire de cas en santé mentale
- Evaluer et réguler son activité

Bénéficiaires :

Personnes en situation de souffrance psychique présentant des problématiques multiples (sociales, d'hébergement, de santé, etc..), **en situation de rupture et dont l'accompagnement concerne plusieurs champs et compétences (médical, social, médico-social)**. La gestion de cas en santé mentale ne se substitue pas au droit commun et vient le compléter en restaurant le lien avec l'environnement, les institutions et les professionnels concernés

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Territoire à déterminer après une réflexion sur les besoins à conduire avec l'ARS, le niveau départemental nous semblant trop large pour un seul poste.

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

- Financement d'un ETP de gestionnaire de cas, niveau de qualification VI (bac + 3) □
Educateur spécialisé, infirmier
- Frais de fonctionnement : mise à disposition d'un lieu de travail et de matériel (ordinateur, téléphone portable), pris en charge des déplacements
- Analyse de la pratique par un.e psychologue

Modalités de suivi :

- Points d'étape mensuels du comité de pilotage
- Compte-rendu écrits des travaux du COPIL
- Tableaux de suivi établi par le porteur

Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- **Evaluation du processus**
 - Nombre de réunions du Copil
 - Nombre de réunions de commissions d'orientation et de suivi (experts)
 - Nombre de personnes accompagnées
 - Fréquence des rencontres du gestionnaire de cas avec les acteurs impliqués autour de l'accompagnement

- **Résultats attendus**

- Adhésion et expression de la satisfaction des personnes accompagnées
- Appréciation des professionnels impliqués autour de l'accompagnement
- Evolution de la situation de la personne accompagnée de son inclusion en gestion de cas à 6 mois

Acteurs et partenaires Impliqués ou pressentis

Tous les professionnels, institutions et associations d'usagers du territoire impliqués dans la prise en charge et/ou l'accompagnement des personnes en souffrance psychique pourront être sollicités par le gestionnaire de cas, qui devra être reconnu par eux, dans sa fonction.

Une commission d'orientation et de suivi, composée d'experts professionnels et d'usages, viendra en support à l'action du gestionnaire de cas. Sa structuration sera précisée au cours de l'élaboration du projet et s'appuiera sur les dispositifs existants en Vaucluse.

Un partenariat sera activement recherché sous forme de conventionnement pour mutualiser et participer à certaines charges logistiques : véhicule de service, prêt de bureau ou mise à disposition de locaux... De cette manière, cette expérimentation sera co-portée par plusieurs entités du territoire.

Champ du sanitaire :

- CHM (équipes mobiles, centre de réhabilitation psycho sociale, urgences psychiatriques, maison des adolescents, CMP Adultse et CMP Enfants)
- CHA (urgences/SAMU, PASS)
- PMI, planning familial
- Professionnels libéraux : IDE, médecins généralistes et autres professionnels intéressés par ce champ d'action (sages-femmes, masseur-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychiatres, psychologues, etc.)
- CSAPA, RESAD 84...

Champ du médico-social :

- MDPH, Samsah/SAVS
- Ehpad

Champs du social (logement, juridique...) :

- CCAS, EDES
- SIAO
- Bailleurs sociaux
- Associations tutélaires, SPIP, MJPM...

Association d'usagers et d'aidants :

- UNAFAM
- Associations usager et Pairs aidants

a. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet

- Implication systématique de la personne concernée dans la sollicitation du gestionnaire de cas en santé mentale
- L'action du gestionnaire de cas en santé mentale s'organise en grande proximité avec la personne concernée et dans le respect de ses choix, et doit contribuer à favoriser le développement de son pouvoir d'agir.
- L'usager peut choisir une personne de son choix intervenant auprès du gestionnaire de cas en santé mentale et qui pourra être partie prenante dans l'accompagnement.

b. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet

- Par l'implication de L'UNAFAM dans le comité de pilotage et le suivi et évaluation de l'action
- Par la reconnaissance de la place des familles dans le cadre de l'intervention du gestionnaire de cas en santé mentale → possibilité de participation active de la famille et des proches avec l'accord de l'utilisateur, l'écoute des propositions de l'entourage et de ses difficultés
- Participation de représentants de familles à la commission d'orientation et de suivi (experts)

c. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle :

Une commission d'orientation et de suivi, composée d'experts professionnels et d'usages, viendra en support à l'action du gestionnaire de cas. Sa structuration sera précisée au cours de l'élaboration du projet et s'appuiera sur les dispositifs existants en Vaucluse :

- SIAO
- Service de réhabilitation sociale
- MDPH
- ...

d. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et quelle est sa mission

Le projet se structure en allers-retours entre son élaboration par le comité de pilotage et les actions mises en œuvre par le porteur de projet. Sa rédaction et son évaluation pourront prendre la forme d'une recherche-action.

Fiche Action 20 : Collectif PREUVE (Pairs rétablis ou en voie de l'être Redonnant leur Expérience auprès des Usagers pour un mieux Vivre Ensemble)

Nom de la structure porteuse du projet	Collectif PREUVE (pas encore de statut juridique)
Nom du représentant légal de la structure	Fondateur : Monsieur Eric JOLY
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Coordinateur et développeur : Eric JOLY
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	93 rue Porte de Monteux 84200 CARPENTRAS
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@jolyerick74@gmail.com ☎06 95 45 39 75

Constats/problèmes transversaux :

- Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels
- Des insuffisances dans la formation
- Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels
- Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur
- Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

Malgré un besoin repéré et l'appui des politiques publiques, la pair-aidance en santé mentale ne trouve à ce jour quasiment pas d'ancrage en Vaucluse. Les pairs-aidants pourraient contribuer au rétablissement d'autres personnes concernées par la maladie psychique par un système d'entraide mais aussi de développement d'expertise.

Objectif général :

Développer une structure permettant l'ancrage de pair-aidants reconnus professionnellement en Vaucluse, en articulation avec l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques par l'emploi. Promouvoir des solutions complémentaires et alternatives en santé.

Objectifs opérationnels :

- Donner un statut juridique au projet. Pour favoriser l'activité économique nécessaire à l'accès à l'emploi des personnes et l'ancrage local, une forme relevant de l'économie sociale et solidaire est envisagée (SCIC).
- Former le responsable de la structure via la Licence Sciences Sanitaires et Sociales parcours Médiateurs de Santé-Pair.
- Mettre à disposition des structures sanitaires et sociales un vivier de pairs-aidants rattachés au collectif.
- Proposer des formations à destination des professionnels sur la pair-aidance par les pairs.
- Créer un lieu de rencontres ouvert à tous géré par des personnes en souffrance psychique. Activités économiques : bouquinerie, café convivial.

Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

Depuis sa création au mois de juillet 2020, le collectif se réunit au sein du centre hospitalier pour signifier la nécessité du soin dans le processus de rétablissement. Cette démarche se poursuit dans la limite permise par la situation sanitaire. Un lien téléphonique est maintenu avec les membres du collectif.

Lors des réunions du collectif, proposer des animations et un accompagnement des pairs œuvrant pour leur rétablissement.

S'appuyer sur des ressources professionnelles (CODES et CLSM, Association ESPER pro Marseille) et théoriques (MOOC, formation qualifiante, ressources documentaires)

Ressources envisagées pour la création du lieu de rencontre : Union Régionale des SCOP PACA., recherche

Remarque lors du COPIL du 01/12/20 : Se rapprocher de la FnaPsy (Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie) qui n'a pas de représentant en Vaucluse

Bénéficiaires :

Structures sanitaires et sociales du Vaucluse, Personnes en situation de souffrance psychique.

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Vaucluse

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

- Les pairs interviennent toujours en binôme et le financement de leur intervention doit le prévoir (en fonction de la montée en charge et de l'opérationnalité du collectif, de sa capacité à mobiliser des pairs formés et opérationnels)
- Un local
- Un gestionnaire salarié (porteur du projet)
- Budget de fonctionnement (prise en charge du matériel minimal)

Modalités de suivi :

Comité de pilotage du projet : ARS, Collectivités locales, CHM, CODES, CLSM.

Tableaux de suivi.

Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- Evaluation de Processus : nombre de pairs participant au collectif, nombre de prestations offertes aux structures (pair-aidance, formation).
- Résultats attendus :
 - Ouverture effective du lieu de rencontre et embauche de personnel pour les activités à dimension économique.
 - Développement et reconnaissance de la pair-aidance en santé mentale.

Acteurs et partenaires Impliqués ou pressentis

Actuels

- Usagers du collectif PREUVE
- UNAFAM par l'intermédiaire Monsieur Jean-Claude MERCIER, membre de la délégation locale
- CODES et CLSM
- CHM
- Association ESPER Pro (Marseille)

Pressentis

Instituts de formations, Associations intervenant dans l'accompagnement de personnes concernées par la souffrance psychique, Centre Hospitalier de Montfavet (structures intra et extra hospitalières), autres services de santé et de coordination de soins, Associations de représentants d'usagers et des familles.

a. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet

Le collectif PREUVE est composé de personnes concernées par la souffrance psychique. Ils sont les premiers associés du projet et en seront les membres à part entière (chargés de la gestion, du fonctionnement, de l'offre de service).

b. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet

Les familles peuvent accompagner leur proche aux réunions. Elles participent à la réflexion et seront associées dans l'élaboration du projet et la future gouvernance du collectif.

c. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle :

UNAFAM (représenté actuellement par Jean-Claude MERCIER). Monsieur MERCIER est pressenti pour la gestion des finances.

CODES et CLSM

CHM

ESPER Pro Marseille : appui professionnel et partage d'expériences. ESPER Pro souhaite développer son action à une échelle régionale et dispose d'un savoir-faire depuis près de 10 ans.

Autres acteurs : Etablissements de Santé, Etablissements sociaux ou médico-sociaux, autres associations d'utilisateurs, GEM...

Fiche Action 21 : Formation de pair aidants en Vaucluse

Nom de la structure porteuse du projet	Collectif PREUVE
Nom du représentant légal de la structure	Eric JOLY
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Coordinateur du collectif
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	84200 – CARPENTRAS
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	Jolyerick74@gmail.com 06.95.45.39.75

Constats/problèmes transversaux :

- Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles
- Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur
- Des insuffisances dans la formation

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

- Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels
 - Besoin d'insertion de médiateurs pairs dans les équipes de travail
- Des insuffisances dans la formation
- Nécessité d'un diplôme :
 - pour être reconnu :
 - Auprès de professionnel
 - Pour bénéficier d'un salaire
 - Besoin de connaissances théoriques
- De difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels
- Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur
- Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers, l'accès à la formation de médiateur pair permet de :
 - Donner du pouvoir aux usagers
 - Faciliter l'inclusion
 - Lutter contre la stigmatisation

Objectif général :

Former deux médiateurs pairs en Vaucluse par:

- un diplôme universitaire
- une licence 3

Objectifs opérationnels :

- Dynamiser et renforcer le collectif PREUVE
- Viabiliser un projet type « Working First »

Bénéficiaires :

- Eric JOLY
- Un(e) adhérent(e) du collectif PREUVE

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Avignon et Cavaillon

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

→ Diplôme universitaire – Lyon 1

- Formation initiale normale :
- 4 sessions de 3 jours
 - Transport
 - Hébergement + repas
- Stage de 35 heures dans un lieu de stage agréé (Paris, Lyon...)
 - Transport
 - Hébergement + repas

Info : <http://offre-de-formations.univ-lyon1.fr/parcours-1367/pair-aidance.html#>

→ Licence 3 – Science Sanitaire et Sociale – Parcours Médiateurs de santé pairs – Paris (Sorbonne)

- Formation initiale normale
- 8 semaine de présence soit 240h
 - Transport : train
 - Hébergement + repas
- Stage
 - Transport
 - Hébergement + repas

Info : [https://leps.univ-paris13.fr/images/PDF/licence MSP 2020.pdf](https://leps.univ-paris13.fr/images/PDF/licence_MSP_2020.pdf)

Modalités de suivi :

- Rapports de stage
- Notes aux examens
- Evaluation de stage

Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- Évaluation de processus
 - Obtention du diplôme de médiateur pair / pair aidant
 - Mise en route d'un projet d'inclusion par le travail (type Working First ou Club house)
- Résultats attendus
 - Inclusion par le travail ou par le bénévolat pour les adhérents
 - Réhabilitation psychosociale des membres du collectif
 - Maillage avec le centre référent du Centre Hospitalier de Montfavet
 - Préparation des SIMS autour de la pair aideance pour lutter pour la déstigmatisation et l'inclusion des usagers en santé mentale

Fiche Action 22 : L'inclusion et le rétablissement par le sport

Nom de la structure porteuse du projet	Comité Départemental du Sport Adapté de Vaucluse (CDSA 84)
Nom du représentant légal de la structure	Frank Paret
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Aurélie Paret
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	Maison Départementale des sports 4725, rocade Charles de Gaulle 84 000 Avignon
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@ president.cdsa84@gmail.com ☎ 0649 24 91 13
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@ secretariat.cdsa84@gmail.com ☎ 06 26 90 32 50

Constats/problèmes transversaux :

- Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels
- Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur
- Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

La HAS reconnaît la prescription d'activités physiques, sportives et d'expression corporelle comme outil thérapeutique non médicamenteux. Le CDSA 84, en coordination avec les acteurs du futur centre de réhabilitation psycho- social -engagé par le PTSM- souhaite être un partenaire privilégié par son expérience et ses compétences dans la prise en compte des patients atteints de troubles psychiques à travers les activités physiques et sportives adaptées.

Objectif général :

Accompagner les patients atteints d'une maladie psychique chronique identifiée avec les activités physiques adaptées pour une inclusion vers les clubs partenaires.

Objectifs opérationnels :

- Impliquer les patients dans leur projet de rétablissement
- Appliquer les activités physiques et sportives comme outil thérapeutique non médicamenteux
- S'inscrire dans un dispositif de prévention
- Corriger les inégalités d'accès aux activités physiques et sportives
- Valoriser les activités physiques et sportives adaptées comme outil d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

S'appuyer sur le programme passerelle du CDSA 84 Adaspy Sports : Une fois par semaine, les patients se regroupent avec l'éducateur sportif APA du CDSA 84 pour découvrir de nombreuses pratiques sportives. A terme, ils peuvent être orientés tout en maintenant le suivi vers une section affiliée d'un club partenaire.

Bénéficiaires :

Patients atteints de troubles psychiques identifiés

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

A ce jour, le programme se situe à la plaine des sports d'Avignon. Nous souhaitons que ce projet essaime sur tout le département.

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

Educateur(s) Sportif(s) APAS du CDSA 84 ; inclusions de clubs partenaires, associations,...

Modalités de suivi :

- 1- Communiquer : rassembler, impliquer, dynamiser les acteurs
- 2- Coordonner : développer les rencontres, partenariats
- 3- Encadrer : recruter différents professionnels pour diversifier l'offre de pratique

Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- Nombre de patients concernés orienté vers les clubs partenaires
- Nombre de partenaires impliqués et participant à cette action
- Nombre de conventions de partenariats (Maisons Sports Santé ARS, PTSM, Labélisations, ...)

Acteurs et partenaires Impliqués ou pressentis

a. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet

A travers notre programme Adapsy Sports, nous souhaitons favoriser une démarche participative, inclusive et citoyenne des participants ; en donnant la parole, en renforçant les lieux de partage et d'entraide ; nous leur permettons d'être acteur de leurs initiatives de rétablissement.

b. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet

A travers la communication de nos actions vers les partenaires, nous accédons à un public isolé, difficile à toucher et à leur famille. Le CDSA 84 devient un lieu d'entraide, de solidarité et de répit pour les aidants.

c. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle :

Les clubs disposant d'une section affiliée au Sport Adapté ont la possibilité d'intervenir sur un cycle de séances pour faire découvrir leur discipline.

Des associations en lien avec le handicap sont invité à intervenir dans des temps d'informations et de préventions sanitaires auprès de notre public.

Lettre d'intention 23 : Création d'un lieu ressources à Vaugines

Proposer un **lieu ressources** dans une petite commune rurale du Sud Luberon : Vaugines, une journée par mois pour des personnes isolées, ayant vécues des moments difficiles de santé ou social, en plein cœur du village et en lien avec les habitants.

Contexte

- Créer un rendez-vous ressources en dehors du cadre médical et hospitalier pour les personnes isolées avec des troubles psychiques stabilisés.
- Apporter un service de soutien en milieu rural où les institutions et associations d'aide, d'assistance aux personnes ayant des troubles psychiques sont totalement absentes.

Idée générale, inspirée par les GEM (groupes d'entraide mutuelle) :

Dans le cadre d'un rendez-vous régulier et stable, chacun apporterait à l'autre, ce qu'il sait faire, ce qu'il aime faire, dans un partage autour de la découverte, par exemple : commentaires des actualités sur le quotidien, une promenade à pied, de la gymnastique et de la relaxation, un pique-nique à midi près des jardins partagés quand le temps le permet, un moment d'écoute autour de la lecture ou de contes, une pétanque, du foot ou tennis, de la musique, des notions d'italien sur la base des différents talents des bénévoles volontaires pour participer au projet.

Fréquence

Un mercredi par mois, de 10h à 16h, calendrier précisé après chaque rencontre.

Programme de la journée

- Accueil Café
- Présentation mutuelle, humeur du jour
- Echanges autour du temps passé depuis la dernière rencontre.
- Atelier revue de presse : lecture du journal local, échanges sur certains articles choisis
- Activité sportive : randonnée, pétanque, gymnastique
- Relaxation
- Repas : pique-nique sorti du sac
- Repos avec écoute musique classique
- Temps culturel : musique, chant, conte... avec interventions de bénévoles du village

Priorités du projet

- Respect et promotion des personnes
- Renforcement de leur pouvoir de décider
- Lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques
- Meilleure insertion dans le tissu social et culturel de la commune

Modalités d'accueil

- Un entretien préalable avec Mina VASSALLO (référente du projet) et un membre de Troc Ressources pour mieux se connaître et apprécier de part et d'autre les attentes et les possibilités (exigences de troubles stabilisés et d'une capacité à être en groupe, avoir envie de partager et de communiquer)

Animation du lieu

Mina VASSALLO, référente et créatrice du lieu,

Formation et parcours :

Infirmière, puis cadre infirmier puis chef de service, cadre Supérieur, directrice éducative.

Licence et maîtrise en Santé mentale.

Diplôme européen sur la qualité des soins.

Expérience au Bénin

Collaboratrices sur plusieurs projets de créations de structures extra hospitalières dans la région parisienne, le Niortais, dans les Bouches du Rhône : Martigues, Fos, Port de bouc, Marnagnane puis à Aix et Pertuis.

Depuis 10 ans, animation d'ateliers dans un lycée des Apprentis d'Auteuil.

Forme juridique

Association Loi 1901 dont le bureau est composé à la fois de professionnels de la santé mentale et d'usagers

Moyens humains

A titre bénévole, dans les fonctions :

Parrain du groupe Troc Ressources
Président et vice-président

Mr Jean-Luc Medge Psychiatre.

Mr Bernard Icard Usager.

Mme Annie Reboul Pharmacienne à la retraite.

Secrétaire et comptable

Mr Christophe Coste Usager.

Mme Brigitte Vigouroux Epouse Ancien Maire de

Marseille.

Membres participants

Mr Pierre-Jean Prévot Usager.

Mr Jean-Marie Prévot Médecin Généraliste à la retraite.

5 personnes du village dont 4 à la fois usagers et

contributeurs participants.

Conditions matérielles

La mairie de Vaucluse prête un local : ancienne école (salle, préau, cuisine), avec machine à café, le journal régional, vaisselle et divers petits matériels nécessaires au bon déroulement de l'activité.

Lettre d'intention 24 : Développer le dispositif des Groupes d'entraide mutuelle (GEM) en Vaucluse

Contexte général

Les **groupes d'entraide mutuelle (GEM)** sont des structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société. Ils ont été prévus aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du code de l'action sociale et des familles, tels qu'ils résultent de la loi no 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ils s'apparentent à des dispositifs d'entraide mutuelle entre pairs, en constituant avant tout un collectif de personnes concernées par des problématiques de santé ou des situations de handicap similaires et souhaitant se soutenir mutuellement dans les difficultés éventuellement rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne.

Les GEM sont des associations portées par et pour des usagers en santé mentale ; ils reposent sur le principe de pair-aidance. Souvent implantés au cœur de la ville, ils permettent de se retrouver, de s'entraider, d'organiser des activités visant au développement personnel, de passer des moments conviviaux et de créer des liens.

Ce sont des espaces pensés et organisés au quotidien par les adhérents eux-mêmes, avec l'aide d'animateurs salariés et bénévoles. Par ailleurs, ils n'ont pas vocation à informer ou à soigner. Même s'ils permettent souvent de renseigner ou d'orienter les usagers ou les proches.

Apparus officiellement en 2005, ils sont issus de l'esprit des clubs d'usagers, où les patients réapprennent à assumer des responsabilités (tenir le bar, aider à la préparation d'un repas ou d'une fête, participer à la rédaction d'une revue, accueillir les nouveaux arrivants...), ou à pratiquer des activités ensemble, parfois en lien avec l'extérieur (le village d'à côté...), ce qui permet de créer des liens sociaux.

Compte tenu de la fragilité des personnes en situation de handicap psychique et/ou cognitif, un GEM doit être parrainé par une autre association dotée d'une compétence gestionnaire. Ce peut être une association d'usagers, de familles, toute association œuvrant dans le champ de la santé mentale ou un établissement de santé mentale (UNAFAM, FNAPSY...).

Au regard de la loi et des deux circulaires qui l'accompagnent, l'aide financière de l'Etat a pour objectif à la fois de trouver un local, d'employer des animateurs et de mettre en place des activités tout au long de l'année. La convention de financement est signée entre l'association constitutive du GEM et l'ARS.

En Vaucluse

Pour la démarche de concertation relative à l'élaboration du PTSM en Vaucluse, le CoDES 84 a fait le choix de s'appuyer sur les GEM du département pour constituer et réunir un groupe d'usagers des services de santé mentale.

Le groupe s'est réuni à deux reprises, au sein même du GEM Mine de rien à Avignon. Ont également été invités les GEM Grain de café de Vaison la Romaine, qui s'est déplacé en nombre et régulièrement sur Avignon pour ces réunions.

Les GEM de l'Isle sur la Sorgue et d'Apt ont également été invités mais ne se sont pas déplacés. Les GEM de Carpentras et le GEM « Autisme » étaient alors en constitution (et le sont encore).

Il n'existe pas de GEM dans d'autres villes importantes de Vaucluse : Orange, Bollène, Valréas, Cavaillon Pertuis, Sorgues, Le Pontet, Monteux...

Éléments d'analyse et besoins prioritaires

Des deux réunions de travail PTSM organisées au GEM Mine de Rien, il est ressorti des points d'analyse importants et consensuels et de dégager un certain nombre de besoins prioritaires dans le fonctionnement des GEM :

- Perception d'une situation de grande précarité de la part de nombreux « gémineurs » (les usagers des GEM).
- Engorgement des CMP et des demandes de rendez-vous avec une assistante sociale. Les animateurs/animateuses des GEM aident comme ils le peuvent lorsque le problème rencontré demande une réponse rapide, mais cela ne fait pas partie de leur fonction. Exemple d'une animatrice qui aide un usager du GEM à contacter les organismes afin qu'il puisse dormir ailleurs que dans sa voiture, et qui à qui on répondra « ce n'est pas votre travail » à sentiment de cloisonnement, chacun à son champ d'action sans qu'il y ait de lien entre les organismes.
- Les usagers témoignent de leurs **difficultés financières** mais soulignent que le **besoin d'accompagnement** est tout aussi important : la communication ne leur est pas toujours chose facile, aller réclamer quelque chose peut s'avérer très compliqué, « nous ne sommes pas pris au sérieux ». Ce rôle, position des GEM face à ces difficultés semble compliqué à trouver...
- **Manque de soutien et d'intérêt de certaines Mairies**, les élus ne viennent pas aux portes ouvertes, les subventions sont de plus en plus faibles (dont 80% sont utilisés pour les charges de location, de téléphonie...)
- Les GEM relèvent le besoin de **se faire mieux connaître** auprès des différents organismes afin de créer du lien et d'orienter plus aisément les usagers.
- Faire connaître et reconnaître le rôle et l'utilité des GEM dans les villes du département où ils ne sont pas implantés (Orange, Sorgues, Le Pontet, Cavaillon...) afin de **créer de nouveaux GEM**.
- **Coordination des GEM** : besoin de se connaître entre eux, de travailler en réseau et d'agir ensemble.
- **L'accès aux loisirs, à la culture, aux activités physiques et sportives et à la mobilité** sont insuffisamment développés alors qu'il s'agit de l'essence même des GEM : il s'agit à la fois de questions de moyens (fonds à rechercher ou à débloquer plus facilement), d'organisation d'activité à prévoir auprès de structures spécialisées, de repérage et de connaissance des services et structures existantes. Ce travail qui est fait (ou à faire) pour chaque GEM pourrait être facilité par de la concertation et un travail commun inter-GEM.
- **Revaloriser le statut des animatrices des GEM** : Une formation « animation de GEM » devait avoir lieu mais a été annulée. Il convient de rappeler l'importance de renforcer et valoriser le rôle essentiel des animatrices.
- **Faciliter l'autonomie des GEM** : les relations entre les GEM et leurs associations gestionnaires ne sont pas toujours vécues comme aidantes et facilitantes des activités à développer.

Objectif général

Trois enjeux et trois objectifs pour les GEM de Vaucluse :

Un enjeu et un objectif quantitatif : Des grandes villes de Vaucluse, en particulier Orange, Cavaillon ou Sorgues, ne sont pas pourvues d'un GEM. Un nombre plus important de GEM produirait également une plus grande dynamique et émulation, des possibilités de partage, d'entraide, d'activités concertées plus grandes.

Un enjeu et un objectif qualitatif :

Pour les GEM déjà constitués, une non-optimisation des moyens et des potentialités apparaît :

- En dehors de permanences qui constituent le cœur et le fondement de leurs missions et de quelques moments festifs, peu d'activités (régulières ou plus ponctuelles) sont organisées. Il existe pourtant une vraie demande d'activités culturelles, artistiques, sportives de la part des usagers...
- L'autonomie et la souplesse de gestion des GEM semblent parfois difficiles, limitant les initiatives, ralentissant les décisions.
- La reconnaissance et la montée en compétence (possibilités de formation continue) des animateurs (bénévoles comme salarié.e.s) constituent de vraies difficultés et un enjeu « de gestion des ressources humaines ».
- L'existence, la visibilité et l'utilité des GEM devraient faire l'objet d'un projet de communication, ponctuel ou plus régulier, local ou départemental.

Un enjeu et un objectif collectif :

Sur l'ensemble de ces enjeux et de ces objectifs d'amélioration de l'efficacité et des moyens dont les GEM disposent, **une organisation plus collective et collégiale** serait assurément très utile : les mêmes questions, les mêmes difficultés, les mêmes enjeux se sont souvent retrouvés entre les GEM d'Avignon et de Vaison la Romaine.

L'organisation de temps de rencontres « inter-GEM » pourrait faciliter l'échanges de savoirs, de savoirs faire, de bonnes pratiques, de contacts, d'adresses. Mais aussi le partage de préoccupations et la possibilité d'actions communes.

Objectifs opérationnels

1. L'objectif serait que durant la période du PTSM (5 ans), 1 à 2 GEM supplémentaire puissent se créer en Vaucluse.
2. Mettre en place une rencontre « Inter-GEM » à l'échelle du département par semestre. Avec un ordre du jour et un objectif d'échanges de pratiques à chaque rencontre. Exemple : Quels projets de sorties culturelles au sein des GEM ? Ou : quels activités culturelles et sportives proposer au sein des GEM ?
3. Réfléchir à un plan de formation continue pour les animateurs professionnels et bénévoles des GEM, avec des possibilités de formations communes aux différents GEM de Vaucluse.

4. Réfléchir à un plan de communication pour les GEM de Vaucluse, individuel et collectif, avec pour objectifs de mieux de faire connaître des usagers potentiels et de leur entourage, de se faire connaître et reconnaître par les partenaires institutionnels (Hôpitaux, CMP, EDES, Mairies...), se faire reconnaître par les collectivités locales et les élus (Mairies, communautés de communes, Conseil départemental...).
5. Proposer un temps de rencontre annuel de bilan d'activité (points forts de l'année / Points de difficultés) entre les responsables des GEM (Bureau et animateurs), les parrains des GEM, les financeurs (ARS en particulier).

Moyens matériels et humains nécessaires

- Des moyens financiers seront nécessaires pour la création d'un ou deux GEM supplémentaires sur le département de Vaucluse. Mais aussi des moyens humains et du temps pour prospecter des lieux et des porteurs de projets possibles.
- Une petite ligne budgétaire pour faciliter le travail collectif départemental sera peut-être nécessaire ; déplacements sur le département, collations, projet communication (plaquette, relations presse...).

Modalités de suivi et indicateurs et critères d'évaluation

A définir en fonction de l'avancée de cette fiche action.

Lettre d'intention 25 : Co-construction d'une formation à destination des acteurs du logement

Constats/problèmes transversaux :

- Des insuffisances dans la formation
- Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

Depuis 2018, les travaux du CLSM d'Avignon ont permis l'émergence d'une demande de formation de la part des acteurs de proximité dans le domaine du logement. Le CLSM, créé sur le territoire d'Avignon, est appelé à essaimer sa démarche sur d'autres territoires du Vaucluse. Le besoin de formation a été repéré dans les groupes de travail et d'échanges du CLSM ainsi qu'au cours des travaux d'élaboration du PTSM, les deux démarches étant étroitement liées. La dimension de la présente fiche action est donc à entendre à une échelle départementale. Les professionnels du logement social et du logement accompagné interviennent sur le secteur Avignonnais et sur l'ensemble du département. Ils expriment leur difficulté à se repérer face aux problématiques de santé mentale, tant en termes de ressources (accès aux soins, réponses à l'urgence) que pour apporter des réponses adaptées aux personnes concernées (plaintes du voisinage, craintes d'un passage à l'acte, difficultés ou peur de communiquer).

Objectif général :

Développement et mise en œuvre d'une action de formation à destination des acteurs de proximité du logement.

Objectifs opérationnels :

- Rédaction d'un cahier des charges à partir de :
- L'identification précise du public et du territoire.
 - Le repérage des ressources.
 - La construction des contenus

Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

- Réunion de groupes et de sous-groupes de travail dans le cadre du CLSM
- Intervention de personnes ressources (partage d'expériences et de savoir-faire)
- Co-construction des attendus de formation. Le choix d'une méthode de co-construction vise à l'élaboration d'une formation sur-mesure, précisément adaptée aux besoins des acteurs locaux. L'implication de ces derniers est considérée comme une garantie de la pertinence du choix des contenus et de la bonne appropriation de ces derniers.

Bénéficiaires :

Acteurs de proximité du logement intervenant auprès de personnes en situation de souffrance psychique : bailleurs sociaux (gardiens d'immeubles, chargés d'accueil, chargés de location, personnel d'entretien, travailleurs sociaux, ...) associations œuvrant dans le domaine du logement accompagné (travailleurs sociaux, personnels d'accueil, maîtres de maison). La formation pourrait être proposée aux membres de la commission de médiation DALO, CCAPEX, services hygiène des mairies...)

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Vaucluse

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

- Indemnisation des intervenants sollicités
- Appui financier si l'intervention d'un centre de formation est sollicitée

Modalités de suivi :

- Réalisation d'un rétro planning avec le groupe de travail en réunion plénière.
- Organisation des groupes et identification des participants (recueil des coordonnées...)
- Compte-rendu écrit et diffusion de l'ensemble des échanges et ressources partagées.

Identification d'un comité de pilotage

Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- Évaluation de processus
 - Nombre de rencontres et fréquence
 - Nombre de participants
 - Nombre d'intervenants « ressources »
 - Etat d'avancement de la rédaction au regard du planning prévu
 - Niveau de satisfaction des participants
- Résultats attendus
 - Satisfaction des participants
 - Dynamique de réseau et de partenariat
 - Partage facilité des connaissances et expériences
 - Montée en compétence des acteurs.

Acteurs et partenaires Impliqués ou pressentis

a. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet

Les GEM sont membres des groupes de travail. Par ailleurs, le CLSM et le PTSM interviennent en appui de la création d'un collectif de pairs qui sera présent et associé à la démarche. Des contacts sont en cours avec d'autres associations d'usagers (Entendeurs de Voix, France Dépression).

b. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet

L'UNAFAM est associée aux groupes de travail.

c. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle :

Acteurs de la psychiatrie publique (soignants et non-soignants), bailleurs, associations du secteur Accueil Hébergement Insertion, Associations tutélaires, CODES, PTA, Atelier Santé Ville, CCAS, Département (service social départemental)

d. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et quelle est sa mission

Un travail est en cours avec le Comité Local du Travail Social et du Développement Social pour envisager l'implication d'étudiants dans la démarche. Le CLTSDS est animé en Vaucluse par l'Institut Méditerranée de Formation et de Recherche en Travail Social

Lettre d'intention 26 : Organiser un état des lieux de l'insertion professionnelle en Vaucluse des personnes présentant des troubles psychiques

Constats/problèmes transversaux :

- Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels
- Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels
- Difficulté d'accès aux soins somatiques

Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

La préparation du PTSM de Vaucluse a suscité à de nombreuses reprises une vive préoccupation pour les question d'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles psychiques. Plusieurs groupes de travail ont en particulier été curieux de découvrir les dispositifs Working first et Clubs House qui ont pour cela été présentés lors d'une journée régionale PTSM organisée au Vaucluse.

Il s'avère que les initiatives relatives à cet enjeu décisif de l'insertion et de la réhabilitation sociales que représente l'accès à l'emploi, sont à la fois multiples (MDPH, Pôle Emploi, Cap Emploi, ISATIS, Préfecture, Dirrecte...) et peu concertées en Vaucluse.

C'est pourquoi, avant d'envisager de nouvelles initiatives et de nouveaux programmes d'insertion professionnelle dans le département, un état des lieux départemental s'avère indispensable.

Objectif général :

Organiser une réunion de concertation des initiatives, actions, programmes, dispositifs d'accès à l'emploi des personnes présentant des troubles psychiques.

C. Objectifs opérationnels :

- Recenser les structures et initiatives (institutionnelles, associatives...)
- Mobiliser les partenaires concernés pour un temps de concertation
- Dresser un état des lieux de la situation en Vaucluse
- Impulser des initiatives sur d'éventuels besoins non couverts

Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

- Recenser les structures investies sur cette question en Vaucluse
- Recenser les initiatives et dispositifs mis en œuvre
- Proposer une réunion partenariale de concertation
- Recenser les besoins non couverts
- Repérer les porteurs possibles de projets sur les besoins repérés
- Associer des usagers de la santé mentale à la réflexion

Bénéficiaires :

Usagers – Partenaires impliqués dans l’insertion professionnelle

Périmètre/territoire géographique d’implantation pressenti

Vaucluse

Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

Temps d’organisation de la concertation

Porteur du projet :

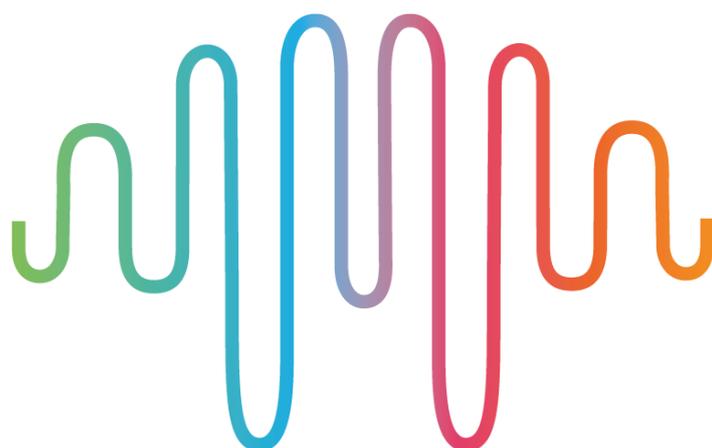
CoDES de Vaucluse, animateur du PTSM

Modalités de suivi et indicateurs et critères d’évaluation au regard des objectifs

- Nombre de structures recensées
- Nombre d’initiatives recensées
- Compte rendu de la concertation
- Analyse concertée des forces et besoins
- Priorisation des besoins pour impulser d’éventuelles nouvelles initiatives



ANNEXES



Annexe

Propositions et remarques des participants au COPIL et au CTS

La présentation du PTSM de Vaucluse lors du COPIL du 1^{er} décembre 2020 et du CTS du 03 décembre 2020 a donné lieu à des commentaires de la part des participants que nous listons ci-dessous.

- Nécessité d'une **représentation des usagers** dans certaines instances : la **FnaPSy** (Fédération Nationale des Associations d'usagers en PSYchiatrie) n'a par exemple pas de représentant en Vaucluse → *mise en lien avec le projet du collectif PREUVE*
- Le **CH d'Avignon** réalise une étude sur 3 mois dans le service d'urgences sur les **soins sous contrainte** (*Note insérée dans la lettre d'intention n°20*)
- La nécessité d'une meilleure **coordination ville/hôpital** sur cette question du **soin sans consentement**. (*Note insérée dans la partie « contexte » de la lettre d'intention n°20*)
- **Télé médecine** → elle constitue une aide mais il convient d'en connaître ses limites. 2^{ème} vague covid a montré la nécessité du présentiel
- ISATIS : **insertion professionnelle** → existence du dispositif emploi accompagné (méthode IPS comme working first) en test sur le 84 depuis 2018 – 2 job coach ... à faire connaître
- Mme Gloriès / ISATIS : informe aussi de son agrément à former aux **premiers secours en santé mentale (PSSM) : en attente de fiche action / lettre d'intention**
- JP. Staebler (Directeur du CHM) : nécessité d'**aller vers le public précaire** pour faciliter l'accès aux soins psy et somatique mis en place.
- Urgence et accès aux CMP : mieux faire connaître les **Centres d'accueil permanent**
- Importance de prendre en compte le **schéma de soin en addictologie** dans le PTSM
- Mettre à jour fiche 21 sur **le service d'accès aux soins** car attente de réponses sur le territoire (Sebastien ADNOT – URPS Med Libéraux)
- Madame Armant / MSA : **Question et Place de l'aidant** : MSA propose dispositif d'accompagnement pour les personnes en difficultés notamment face au mal-être et au désarroi des aidants = **Diffuser et faire connaître ce dispositif**.
- Mettre en relation le collectif d'usagers PREUVE et Miche Dugnat sur les questions de **santé mentale et de psychiatrie périnatale**
- Fiche action 4 sur le **sport adapté** : mettre en relation le Comité Départemental du Sport Adapté de Vaucluse (CDSA 84), porteur du projet, avec le Comité Départemental Olympique et Sportif de Vaucluse