

## **Le projet territorial de santé mentale du Rhône (69)**

### **DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE**

**Adopté en Assemblée générale le 26 septembre 2019**

## **SOMMAIRE :**

- 1/ Introduction**
- 2/ Portrait de territoire(s)**
- 3/ Constats et ambitions pour le PTSM 69**
- 4/ Axes de progrès priorités**
- 5/ Perspectives pour l'élaboration de la feuille de route**

## **ANNEXES :**

- 1/ Propositions du collectif des personnes concernées**
- 2/ Propositions issues des Etats généraux des personnes concernées vivant ou ayant vécu des troubles psychiques**
- 3/ Note de cadrage destinée aux groupes de travail**
- 4/ Grilles de synthèse des groupes de travail**
- 5/ Notes complémentaires des groupes de travail**
- 6/ Contributions des territoires de proximité**
- 7/ Grille de priorisation complète (séminaire du 14 juin)**
- 8/ Lettre de cadrage et avenant**

# 1/ INTRODUCTION

Le diagnostic territorial partagé du Rhône est le fruit d'une démarche partenariale initiée par les membres de la Communauté psychiatrique de territoire Rhône-Métropole<sup>1</sup> et conduite pendant près de 10 mois sur la base de la lettre de cadrage adoptée lors de l'Assemblée générale inaugurale du 19 novembre 2018, en cohérence avec le cadrage défini par le Directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, qui confère un rôle central à la Commission spécialisée en santé mentale du Conseil territorial de santé, sur laquelle est assise l'Assemblée générale.

L'élaboration du diagnostic territorial s'est faite conformément aux choix arrêtés collectivement dans la lettre de cadrage, à savoir :

- Une place centrale conférée au sein de la gouvernance et des travaux aux personnes directement concernées par des troubles psychiques
- Une participation large des acteurs des différents territoires constitutifs de la circonscription du Rhône (constituée de la Métropole de Lyon et du département du Rhône)
- Une inscription du PTSM en tant que soutien et accélérateur de la démarche globale de transformation en cours dans tous les domaines de la santé mentale, dont le dénominateur commun est l'approche par le rétablissement

La priorité donnée au pragmatisme et à l'efficacité et le choix subséquent de se concentrer sur les leviers de progrès susceptibles d'apporter le plus de bénéfices aux personnes concernées, s'est traduite par l'adoption lors de l'Assemblée générale de novembre 2018 de trois orientations prioritaires : la prévention, la précocité des interventions et le développement des pratiques orientées rétablissement.

La concertation régulière des grandes parties prenantes du territoire, régulateurs et financeurs de la santé mentale, dont l'ARS, le Département du Rhône, la Métropole de Lyon, la MDMPH, la DDCS, à l'occasion des réunions du Comité de pilotage mais aussi lors de rencontres individuelles, a permis de s'assurer en permanence de la convergence des visions stratégiques et tactiques au regard des politiques existantes<sup>2</sup> et des modalités de conduite du projet.

Le pari de faire des personnes concernées un acteur déterminant de la dynamique du PTSM a été réussi, grâce à la constitution d'un Collectif des personnes concernées d'une dizaine de personnes très actif au sein du Comité de pilotage comme des groupes de travail et à la co-

---

<sup>1</sup> Composée des CH Le Vinatier, Saint Jean de Dieu et Saint Cyr au Mont d'Or, de la FNAPSY, de l'UNAFAM et de la Coordination 69 Soins psychiques et réinsertions.

<sup>2</sup> En référence notamment aux documents programmatiques existants : Projet régional de santé 2018-2028, Projet Métropolitain des Solidarités 2017-2022 de la Métropole de Lyon, Schéma des Solidarités 2016-2021 du Département du Rhône, et aux démarches engagées (Logement d'abord...)

présidence du Comité de pilotage par un membre de ce Collectif<sup>3</sup>. Par ailleurs, des Etats généraux des personnes vivant ou ayant vécu des troubles psychiques<sup>4</sup> se sont tenus à Lyon les 4 et 5 avril 2019. Leurs conclusions ont été intégrées dans le diagnostic du PTSM.

De l'avis de tous, la place prise par les personnes concernées au sein du PTSM du Rhône et leurs propositions contribuent à changer les postures et les regards pour une meilleure prise en compte des besoins et des attentes des usagers et une évolution plus pertinente des services offerts en santé mentale. En conséquence, il est admis que cette dynamique doit être poursuivie, amplifiée et doit essaimer largement.

La mobilisation des territoires de proximité, qui constituait une étape à part entière du diagnostic, a été menée grâce à l'investissement fort des coordonnateurs des CLSM, ASV et CCAS sur la Métropole et des chefs de service autonomie des territoires d'action de solidarité sur le Département.

La démarche consistant à relier étroitement la conduite globale du PTSM et les acteurs de terrain sera approfondie dans la phase d'élaboration de la feuille de route. Elle est en effet cruciale pour s'assurer que l'ensemble des leviers retenus au sein du diagnostic seront déclinés conformément aux attentes, aux spécificités populationnelles et aux ressources des territoires. Elle est également indispensable pour que les pratiques dont la diffusion est jugée souhaitable pour améliorer les parcours des personnes concernées puissent être effectivement appropriées par l'ensemble des acteurs. Ainsi les effets systémiques du projet, son adaptation aux réalités locales, la mobilisation des acteurs opérant sur le terrain seront renforcés.

Au total, ce diagnostic est volontairement peu descriptif. Il s'inscrit dans une logique de mobilisation et de contribution des acteurs<sup>5</sup>, de conjugaison de leurs expertises, puis de convergence et d'arbitrage transparent en fonction d'abord de l'intérêt des personnes concernées, puis de la faisabilité. De ce fait, il se présente sous la forme d'un bref portrait des territoires et de la formulation de 5 grands constats et 6 grandes ambitions qui font référence aux principaux axes de progrès prioritaires par le Comité de pilotage et l'Assemblée générale.

Par souci de lisibilité, les axes de progrès retenus sont ensuite regroupés au sein de 7 grandes thématiques. Ces axes ont vocation à être déclinés concrètement en actions dans la feuille de route qui sera élaborée à partir de l'automne 2019, à l'issue de la validation du diagnostic territorial partagé par le Directeur général de l'ARS.

L'ensemble des travaux ayant permis d'aboutir aux axes de progrès prioritaires, dont les travaux des groupes de travail, les propositions formulées par le Collectif des personnes concernées et les conclusions des Etats généraux, figurent en annexes de ce document.

---

<sup>3</sup> Il convient à ce titre de souligner que cette co-présidence, non prévue initialement dans la Lettre de cadrage, a été permise grâce à la revendication portée par un membre du Collectif lors du premier Comité de pilotage.

<sup>4</sup> Cette manifestation co-organisée par la Coordination 69, AMAHC et les conseils locaux de santé mentale a réuni près de 200 personnes concernées issues de tout le territoire du Rhône.

<sup>5</sup> Environ 200 personnes, professionnels, personnes concernées, aidants, ont participé aux groupes de travail.





### **Focus sur les modalités de priorisation des axes de progrès :**

Il convient de rappeler que ces modalités de priorisation s'inscrivent dans la démarche de convergence et de participation du PTSM en faveur d'une vision globale : rencontre avec les acteurs, Comité de pilotage, décision en Assemblée générale. Cette convergence s'est traduite, notamment, par une méthodologie et le choix de 3 orientations prioritaires.

Les axes issus des travaux du diagnostic, au nombre initial de 150, ont fait l'objet d'un travail de priorisation préparé au cours d'un séminaire ayant rassemblé en juin 2019 les membres de l'équipe projet et du groupe de contact<sup>6</sup>, les critères de priorisation ayant été arrêtés en Comité de pilotage. Les résultats ont ensuite été présentés et discutés lors du Comité de pilotage du 2 juillet 2019.

Chaque axe a été coté de 1 à 4\* en fonction de **l'importance du sujet pour les personnes concernées**, en prenant en compte les sous-critères suivants :

- Le bénéfice attendu pour les personnes concernées, entendu comme l'impact global de l'axe de progrès sur la qualité de vie tout au long de la vie
- L'étendue du besoin, entendu comme le nombre de personnes ciblées par l'axe de progrès sur le total de personnes concernées
- Le potentiel d'entraînement, entendu comme la capacité de l'axe de progrès à susciter des effets vertueux « en cascade »
- La conformité aux orientations prioritaires du PTSM 69 (prévention, précocité des interventions, développement des pratiques orientées rétablissement).

A l'issue de ce processus, les axes classés en 4 ont été cotés en fonction de leur **faisabilité**, appréciée au regard des sous-critères suivants :

- L'existence de bonnes pratiques et/ou pratiques mises en œuvre avec succès ailleurs
- La faisabilité juridique
- La faisabilité économique, y compris par des coûts évités

*\*4 : bénéfice majeur*

*3 : bénéfice important*

*2 : bénéfice moyen*

*1 : bénéfice insuffisant*

---

<sup>6</sup> Composé du président de l'Assemblée générale, des trois coprésidentes du Comité de pilotage, incluant une représentante des personnes concernées, des directeurs des établissements de service public en psychiatrie, d'un responsable du secteur médico-social et de la cheffe de projet.

## 2/ PORTRAIT DE TERRITOIRE(S)

Considération liminaire : en raison de la complexité du territoire, il a été décidé de ne pas réaliser de recensement de l'ensemble des offres et ressources présentes, cette étape n'apparaissant pas comme un préalable indispensable à l'élaboration du diagnostic.

Composé sur le plan du découpage territorial de la Métropole de Lyon et du Département du Rhône, le territoire du PTSM se singularise par un dynamisme important reflété par ses indicateurs globaux de population et de ressources, mais aussi par de très forts contrastes en termes tant géographiques que socio-économiques.

	<b>POPULATION PAR DEPARTEMENT</b> au 1 <sup>er</sup> janvier 2016	<b>TAUX BRUT DE NATALITE (‰)</b> au 1 <sup>er</sup> janvier 2015	<b>INDICE DE VIEILLISSEMENT</b> au 1er janvier 2014, nombre de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans
Ain	640 400	11	61,5
Allier	343 000	8.7	118,0
Ardèche	325 400	10	98.7
Cantal	145 800	7.7	134
Drôme	506 200	11.4	81
Isère	1 261 000	11.9	64.6
Loire	762 100	11.9	85
Haute-Loire	227 400	9.6	93.9
Puy-de-Dôme	649 800	10.2	88.7
<b>Rhône</b>	<b>1 840 800</b>	<b>14.5</b>	<b>61.8</b>
Savoie	431 800	10.8	78
Haute-Savoie	807 200	12.5	60.7
<b>AuRA</b>	<b>7 941 000</b>	<b>11.9</b>	<b>74.1</b>

Source : PRS AuRA 2018-2028

<b>POPULATION</b>	<b>Rhône</b>	<b>AuRA</b>	<b>France</b>
Densité (hab/km <sup>2</sup> ) 2013	<b>547.8</b>	11.3	104
Evolution 2008-2013 (%)	<b>+ 5,3 %</b>	+ 4%	+2,8 %

Source : Atlas santé mentale

Le territoire du Rhône se caractérise globalement :

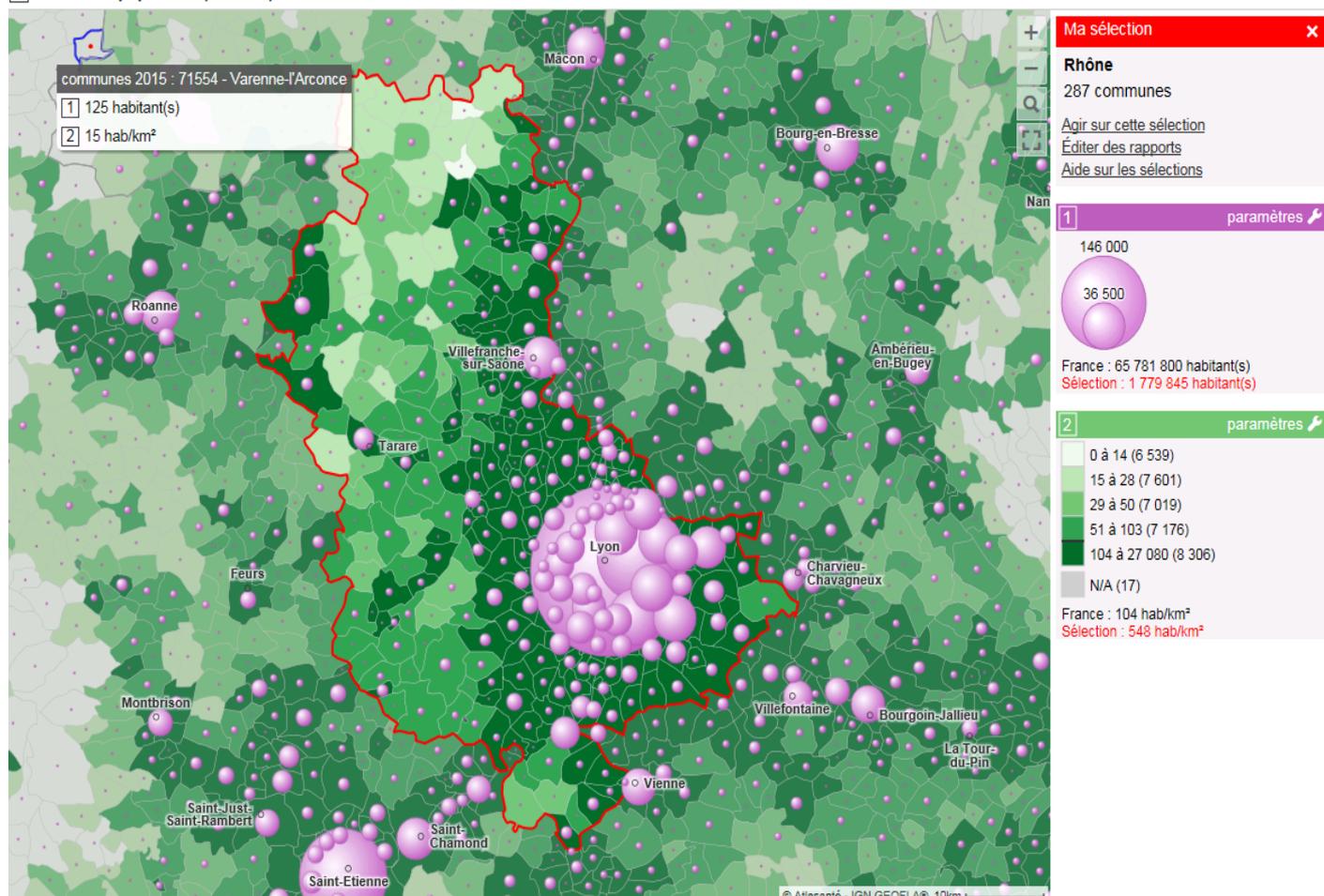
- Par des zones urbaines et ultra-urbaines (Lyon et les communes avoisinantes, Villefranche-sur-Saône) caractérisées par une forte densité de population, des revenus en moyenne plus élevés (avec de forts contrastes internes), des facilités de déplacement notamment en transports en commun
- Des zones péri-urbaines et semi-rurales, en Métropole de Lyon et sur le Département du Rhône, parfois marquées par la présence de zones en quartier politique de la ville (Tarare notamment)
- Des zones très rurales, situées en particulier sur le territoire du Département du Rhône (nord, ouest et sud-ouest), caractérisées par une faible densité de population, un faible réseau de transports en commun, un vieillissement de la population, un isolement social important.

Les cartes ci-après donnent un exemple des disparités infra-territoriales pouvant être constatées (effectif et densité de population ; taux de chômage).

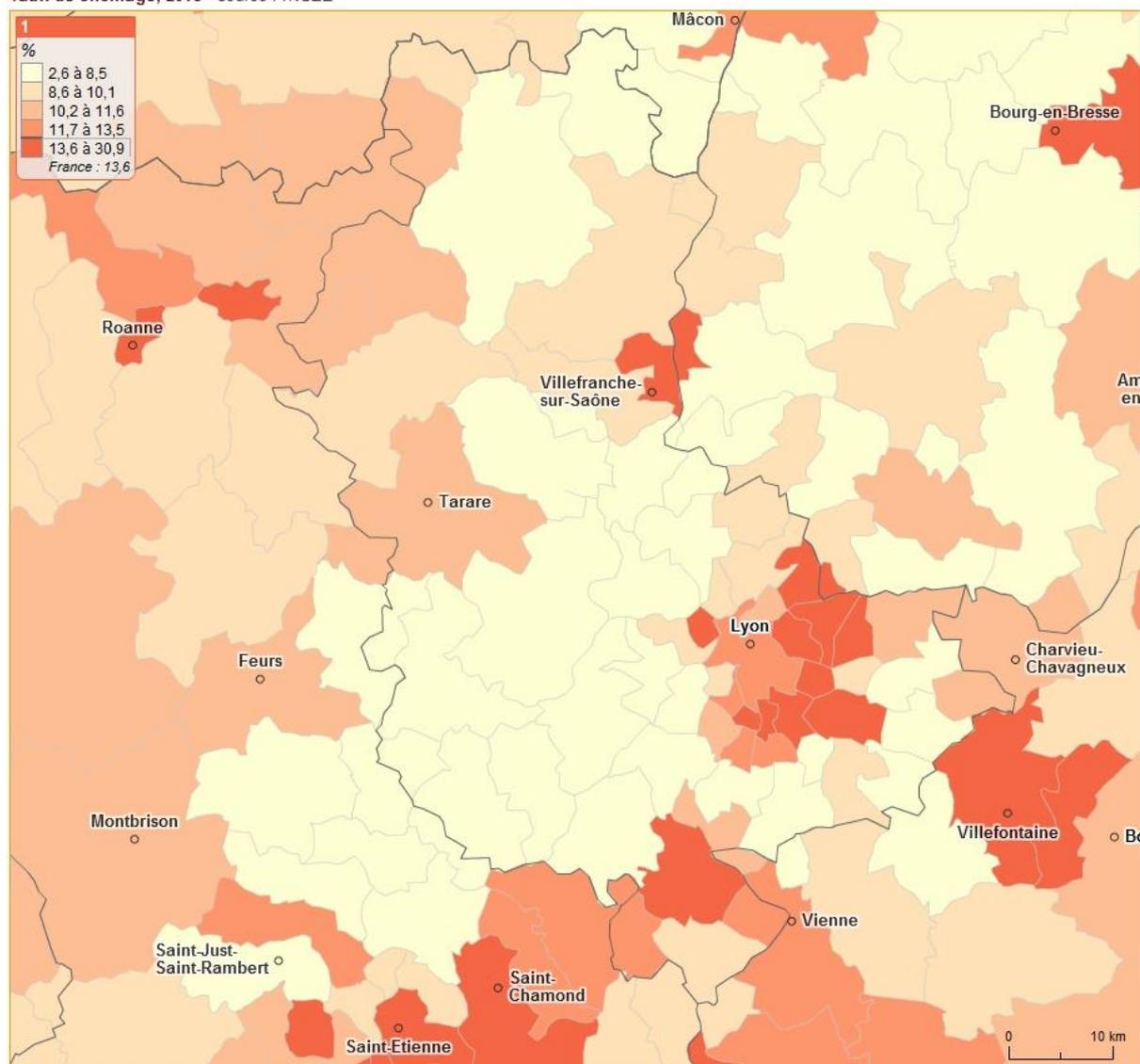
1 Effectif de population générale (habitant(s)) 2013

2 Densité de population (hab/km<sup>2</sup>) 2013

ACTIONS ⚙



Taux de chômage, 2013 - source : INSEE



Les indicateurs d'offre sanitaire présentent la même ambiguïté : s'ils sont relativement bons en termes globaux, ces chiffres masquent en réalité d'importantes inégalités à l'intérieur des territoires. Ainsi si le site Les pages jaunes<sup>7</sup> recense 205 psychiatres pour la ville de Lyon, Villefranche-sur-Saône n'en compte que 10 et Tarare un seul.

<sup>7</sup> Consulté le 29/07/2019

OFFRE SANITAIRE	Rhône 69	Auvergne-Rhône-Alpes	France
Densité de médecins généralistes	176,9	157,8	155,2
Densité de lits de psychiatrie à temps complet (pour 100 000 hab)	146,5	110,6	105,8
Dont % lits en secteur privé lucratif	33,5	24,1	23,2
Densité de CMP (pour 100 000 hab)	3,6	4,5	4,2
Densité de places à temps partiel (HDJ – Hospitalisation de nuit)	43,7	36,9	37,3
Densité de psychiatres :			
-Tous modes d'exercice	38,1	23	23
-Dont libéraux ou mixtes	16,3	9,7	9,9
-Dont salariés hospitaliers	19,8	12,1	11,4
Population couverte par un CLSM	55,2 %	28,7 %	24,3 %

Source : Atlas de la santé mentale – SAE INSEE 2015

Sur le versant médico-social, l'offre pour enfants s'avère déficitaire et déséquilibrée au détriment des IME et des SESSAD, tandis que pour les adultes, le taux d'équipement tend à s'approcher de la moyenne nationale. Toutefois, le taux de places dédiées au handicap psychique est très inférieur à la moyenne nationale pour l'une et l'autre population.

OFFRE MEDICO-SOCIALE (DREES Enquête ES)		Département : 69 - Rhône		Région : Auvergne-Rhône-Alpes		France entière	
		Nb places/10 000 hab.	Nb places dédiées au handicap psychique/10 000 hab*.	Nb places/10 000 hab.	Nb places dédiées au handicap psychique/10 000 hab.	Nb places/10 000 hab.	Nb places dédiées au handicap psychique/10 000 hab.
ENFANTS	<b>Total toutes structures MS confondues</b>	<b>79,0</b>	<b>19,2</b>	<b>94,2</b>	<b>16,8</b>	<b>92,7</b>	<b>25,9</b>
	Dont I.M.E.	33,3		43,5		47,6	7,6
	Dont I.T.E.P.	18,1		14,7		10,7	9,8
	Dont SESSAD	27,6		36,0		34,5	8,4
ADULTES	<b>Total toutes structures MS confondues</b>	<b>41,0</b>	<b>8,6</b>	<b>44,6</b>	<b>6,9</b>	<b>43,6</b>	<b>15,7</b>
	Dont M.A.S.	3,2		4,3		5,4	1,2
	Dont F.A.M.	6,8		6,9		5,2	2,1
	Dont ESAT	21,7		23,2		23,2	8,8
	Dont SAVS et SAMSAH	9,3		10,2		9,8	3,7
PERSONNES AGEES	EHPAD	460,4		534,2		-	-

Source : Scan santé, 2017. Données de population : recensement INSEE 2014.

\*Ratio calculé pour les enfants : nombre de places / 10 000 habitants de moins de 18 ans ; pour les adultes : nombre de places/10 000 habitants de plus de 18 ans.

Par ailleurs, en l'absence de système informatisé permettant de consolider des données, ces chiffres ne disent rien des conditions d'accès effectif à l'offre médico-sociale, des indicateurs tels que les délais d'attente, le taux d'accès à une solution conforme à la notification de la CDAPH, le taux de rotation des places en établissement, n'étant pas disponibles à ce jour. Le sentiment des équipes de la MDMPH est toutefois que les dossiers concernant les personnes avec handicap psychique connaissent le plus fort taux d'augmentation et les difficultés de traitement les plus importantes.

Le déploiement à venir de Via Trajectoire devrait permettre la lisibilité des orientations de la MDMPH et celle des listes d'attente dans chaque structure. Ce déploiement a démarré sur le territoire de la Métropole, et est prévu à compter du 2<sup>ème</sup> semestre 2019 sur le département du Rhône.

En ce qui concerne le sanitaire, les délais d'accès à un premier rendez-vous en CMP ont été calculés lors de l'enquête menée par l'ARS en 2015

Parcours- accès aux soins Enquête CMP ARS 2015	Rhône	Rhône-Alpes
Délai moyen 1 <sup>er</sup> rdvs CMP hors urgence	<b>73,19 jours</b>	67,09 jours
-Psychiatrie générale - Psychiatrie infanto-juvénile		21 jours 116 jours

Les indicateurs relatifs au parcours fournis par l'Atlas de la santé mentale, même s'ils s'inscrivent dans des tendances régionale et nationale, traduisent les nombreuses zones de risque rencontrées par les personnes concernées dans leur parcours de santé mentale :

- Des durées d'hospitalisation (en moyenne cumulée sur une année) relativement longues.
- Un déficit de suivi en amont et en aval d'une hospitalisation, témoignant d'un manque de prise en charge précoce des signes d'alerte, d'un recours insuffisant ou d'une absence de médecin généraliste traitant, d'un manque de continuité vers des soins spécialisés ambulatoires.
- Un taux de recours aux soins sans consentement particulièrement important.

Parcours	Rhône 69	AuRA	France
Durée moyenne d'hospitalisation pour troubles de l'humeur ( <i>RIMP-P 2015</i> )	47,9 jours	40,1	33,2
Durée moyenne d'hospitalisation pour troubles sévères ( <i>RIMP-P 2015</i> )	81	72,8	70,5
Part de patients hospitalisés au long cours (depuis plus d'un an) ( <i>RIMP-P 2015</i> )	3,6 %	3	2,9
Part des patients sans suivi en amont <sup>8</sup>			
- troubles sévères	21,8 %	19 %	20 %

<sup>8</sup> Aucun contact avec médecin généraliste, psychiatre ou CMP l'année précédant l'hospitalisation en psychiatrie

- Troubles de l'humeur	11,1 %	11,2 %	14,1 %
Part des patients sans suivi spécialisé en aval <sup>9</sup> (troubles sévères)	41,8 %	39,6 %	40 %
Part des patients sans contact avec leur médecin traitant 2 mois après sortie			
- Troubles sévères	71,9 %	67,9 %	66,8 %
- Troubles de l'humeur	52,8 %	51,1 %	50,5 %
Part des patients ayant eu les 3 actes de prévention classiques (troubles sévères)	34,5	39,9	43,6
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (troubles sévères)	16,1 %	13,7 %	14,5 %
Taux de recours aux soins sans consentement (tous modes légaux) pour 100 000 hab	166,5	143,1	132,9

Source : Atlas de la santé mentale, cohorte SNIIRAM-RIMP 2012-2013

Enfin, si 11 groupes d'entraide mutuelle (GEM) existent sur le territoire, l'accès à ces dispositifs d'entraide demeure très inégal en fonction du territoire de vie, 9 GEM étant situés sur la Métropole de Lyon, contre 2 seulement sur le Département du Rhône (Villefranche-sur-Saône et l'Arbresles).

<b>Au 31 décembre 2017</b>	
Nombre de GEM handicap psychique dans le Rhône	Nombre de GEM handicap psychique région AuRA
<b>11</b>	<b>43</b>

<sup>9</sup> Aucun contact avec psychiatre ou CMP l'année suivant la sortie d'hospitalisation en psychiatrie

### 3/ CONSTATS ET AMBITIONS POUR LE PTSM 69

LES 5 GRANDS CONSTATS ISSUS DES TRAVAUX DU DIAGNOSTIC	
1.	<p>Il existe à ce jour trop peu d'accès à des soins orientés rétablissement. Parallèlement, les travaux démontrent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un intérêt pour les pratiques et dispositifs innovants</li> <li>- une ouverture des professionnels ayant participé à la démarche à un changement de modèle reposant sur une évolution des pratiques et des postures : co-construction avec les personnes concernées, promotion de l'aller vers, des prises en charge précoces, des liens renforcés avec la médecine générale...</li> </ul>
2.	<p>Il existe trop de ruptures dans les parcours et ces ruptures sont trop peu traitées. Sont en cause :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les temps d'attente pour l'accès aux soins et la mise en place des accompagnements</li> <li>- Le manque de fluidité et de souplesse dans l'accès aux dispositifs et leur fonctionnement</li> <li>- Les cloisonnements multiples entre acteurs</li> <li>- Un système globalement peu organisé pour réagir aux situations d'alerte.</li> </ul>
3.	<p>L'inclusion en milieu ordinaire est propulseur dans le parcours de rétablissement. Or, le processus d'inclusion dans la cité (logement, travail, vie sociale et loisirs) et en milieu ordinaire est trop peu pro-actif, faute d'enclenchement suffisamment rapide de la mise en œuvre d'un projet de vie. Les délais et les étapes imposées occasionnent renoncements et pertes de chance.</p>
4.	<p>Il n'est pas de parcours orienté rétablissement possible sans coopération et actions coordonnées des acteurs. Tous les acteurs sont simultanément contributeurs au parcours :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les soins seuls sans possibilité de mobiliser un accompagnement adapté créent l'échec</li> <li>- réciproquement les solutions d'accompagnement même les plus innovantes sont impossibles à mettre en œuvre et à réussir sans la possibilité de compter sur des soins ambulatoires adaptés.</li> </ul>
5.	<p>Le territoire est marqué par d'importantes inégalités territoriales (zones très rurales, à faible densité de population et de services vs zones très urbaines bien desservies) et sociales (fortes inégalités de revenus et d'accès à l'éducation et à la culture) qui entraînent des disparités fortes d'accès aux soins et aux accompagnements.</p>

## LES 6 AMBITIONS A DECLINER DANS LA FEUILLE DE ROUTE

<b>Ambition</b>		<b>Axes de progrès principaux reliés</b>
1.	<p>Ambition de donner aux personnes les capacités d'être actrices de leur santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dès le plus jeune âge, à travers le soutien aux compétences psychosociales</li> <li>- à travers le soutien aux compétences parentales</li> <li>- pour les personnes concernées par un trouble psychique, en leur donnant les moyens de connaître et gérer leur pathologie et de solliciter une relation plus horizontale et partenariale avec les professionnels du soin et de l'accompagnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les programmes de renforcement de la santé mentale à l'école (compétences psychosociales, sentinelles et référents...)</li> <li>- Systématiser l'accès à la psychoéducation</li> <li>- Développer les postures collaboratives dans les soins et la rédaction de plans de crise conjoints</li> <li>- Développer une cartographie numérique des ressources avec des arbres décisionnels</li> </ul>
2.	<p>Ambition de permettre aux personnes concernées d'être parties prenantes de la conception, de l'organisation et de l'évaluation des réponses, dispositifs et pratiques de santé mentale, y compris à travers la reconnaissance de leur savoir expérientiel</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Systématiser la présence des personnes concernées dans toutes les instances et les lieux de réflexion et décision en santé mentale</li> <li>- Développer la pair aideance professionnelle</li> <li>- Développer les actions de déstigmatisation, notamment envers le public jeune, avec des personnes concernées</li> </ul>
3.	<p>Ambition pour développer une dynamique d'innovations : pair aideance professionnelle, prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques, case management, infirmiers de pratique avancée (IPA), travail d'abord, logement d'abord....</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer la pair aideance professionnelle</li> <li>- Mettre en place la prise en charge précoce des 1ers épisodes psychotiques</li> <li>- Développer la fonction de case management</li> <li>- Développer la formation et le recours aux IPA</li> <li>- Développer l'emploi d'abord et le job coaching</li> <li>- Développer le logement d'abord et les modalités innovantes d'étayage de la personne dans son logement</li> </ul>
4.	<p>Ambition de construire des réponses (soins-accompagnement) à partir des besoins et attentes des personnes concernées, en se détachant d'une vision centrée sur</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer une offre d'accompagnement adaptée aux jeunes</li> <li>- Former les professionnels aux pratiques orientées rétablissement</li> </ul>

	l'institution et avec une exigence forte sur les droits des personnes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revoir les pratiques d'hospitalisation</li> </ul>
5.	<p>Ambition de développer des parcours coordonnés de rétablissement privilégiant le milieu ordinaire et l'accès direct au logement et/ou à l'emploi souhaités. Ces parcours doivent reposer sur la mobilisation concomitante des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un logement</li> <li>- des interventions de soins modulables (dans leur nature et leur intensité) en fonction de la personne</li> <li>- le respect des choix de la personne</li> <li>- une absence de barrières à l'accès</li> <li>- une délimitation des missions de chacun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer l'accès à la réhabilitation psychosociale de manière précoce et en proximité</li> <li>- Développer les modalités de suivi partenarial médecine générale/psychiatrie et intégrer la santé mentale aux CPTS<sup>10</sup> (structuration du premier recours en santé mentale)</li> <li>- Axes logement et emploi (notamment emploi d'abord et logement d'abord)</li> <li>- Systématiser l'aide aux aidants et la psychoéducation des familles</li> <li>- Définir des règles communes d'organisation et de pilotage des CMP</li> </ul>
6.	<p>Ambition de développer des solutions de prévention et de gestion de la crise en ambulatoire. Plus globalement, volonté de développer la flexibilité et la réactivité dans le fonctionnement des dispositifs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer la formation aux premiers secours en santé mentale et au repérage de la crise suicidaire</li> <li>- Apporter une réponse ambulatoire et mobile aux situations de crise</li> <li>- Développer les alternatives à l'hospitalisation, dont les soins intensifs à domicile</li> <li>- Mettre en place une équipe mobile de pédopsychiatrie en direction des établissements de l'aide sociale à l'enfance</li> </ul>

**NOTA :**

Il est proposé dans ce premier PTSM, au stade de son diagnostic, de ne pas retenir prioritairement d'axes portant sur des populations spécifiques, mais de penser l'inclusion de ces publics dans chaque axe de progrès retenu : aussi la déclinaison des axes de progrès au sein de la feuille de route veillera-t-elle à tenir compte des difficultés particulières des publics vulnérables.

<sup>10</sup> Communautés professionnelles territoriales de santé

## 4/ AXES DE PROGRES PRIORISES

### LECTURE :

**Axes en bleu** : axes principaux (cotation 4 sur échelle de 1 à 4)

**Axes en gris** : axes cotés en 3 :

- Déclinaisons d'axes en bleu (sous-axes)
- Autres axes

### THEMATIQUE 1 : PERSONNES CONCERNEES – PAIR AIDANCE – ENTOURAGE

<b>IMPLICATION DES PERSONNES CONCERNEES</b>	<b>Axe principal</b>	Systématiser la présence des personnes concernées dans les instances et tous les lieux de décision, réflexion (dont les groupes de travail) et formation en santé mentale, dans une position de collaboration. Accompagner les structures dans cette évolution
	<b>Sous-axes</b>	- Pérenniser l'implication des usagers à travers le collectif des personnes concernées
		- Prendre en charge les frais des personnes concernées bénévoles
		- Former les personnes ayant des troubles psychiques à leurs droits sur la base du modèle onusien des droits humains
<b>PAIR AIDANCE</b>	<b>Axe principal</b>	Développer la pair aide professionnelle dans les services de soins et d'accompagnements dès l'entrée dans la maladie pour faciliter l'engagement dans les soins (notamment en intra hospitalier dès les urgences)
	<b>Axe principal</b>	Structurer la pair-aide professionnelle (formation, référentiel de compétences, analyse de la pratique...) Structurer leur accueil dans les structures (formation des équipes, missions...)
<b>ENTRAIDE</b>	<b>Autre axe</b>	Développer les GEM et le clubhouse sur les zones blanches
<b>ENTOURAGE</b>	<b>Axe principal</b>	Systématiser l'aide aux aidants et la psychoéducation des familles (acteurs du parcours de rétablissement)
	<b>Sous-axes</b>	- Organiser le répit pour les familles et les aidants
		- Développer la pair aide parentale /entraide entre parents
		- Développer l'écoute, le soin groupal familial et la formation par des pairs familiaux

<b>THEMATIQUE 2 : RETABLISSEMENT –REHABILITATION PSYCHOSOCIALE –JEUNES ADULTES</b>		
<b>LA PERSONNE ACTRICE DE SES SOINS</b>	<b>Axe principal</b>	Systématiser l'accès à la psychoéducation et à l'éducation à la santé : le patient acteur de sa santé et de son parcours dès l'entrée dans la maladie/l'annonce du diagnostic
	<b>Autre axe</b>	Organiser l'évaluation des médecins et de la qualité des soins par les patients
	<b>Axe principal</b>	Développer les postures collaboratives dans les soins (= collaboration soignant/soigné) : relation horizontale, information sur tous les soins possibles, participation au choix du traitement/prise en compte des préférences de la personne et effets secondaires des traitements dont effets sur la vie sexuelle, information sur tous les échanges d'information avec les partenaires (dont médecin généraliste)
	<b>Sous-axe</b>	- Développer la rédaction de plans de crise conjoints dès l'entrée dans les soins
<b>REHABILITATION</b>	<b>Axe principal</b>	Développer l'accès à la réhabilitation psychosociale de manière précoce (au plus proche du diagnostic) et en proximité, dans le cadre d'une complémentarité des interventions sanitaires, sociales et médico-sociales (pas de rupture entre les soins et le transfert des acquis)
<b>RETABLISSEMENT</b>	<b>Axe principal</b>	Former les professionnels du champ enfant et adulte aux pratiques orientées rétablissement, avec un focus sur la question de la prescription (psychiatres), et intervention des personnes concernées : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au cours de la formation initiale (soignants, travailleurs sociaux...)</li> <li>- En formation continue</li> </ul>
	<b>Sous-axe</b>	- Améliorer le respect des recommandations de prescription pour ne pas entraver les capacités (notamment respect de la monothérapie)
<b>JEUNES ADULTES</b>	<b>Axe principal</b>	Mettre en place la prise en charge précoce des 1ers épisodes psychotiques conformément aux bonnes pratiques

	<b>Sous-axe</b>	- Développer une offre d'accompagnement adaptée aux jeunes (préférence pour logement autonome, priorité maintien travail-études, niveau cognitif plus élevé)
	<b>Axe principal</b>	Modéliser et développer les dispositifs et modalités d'accompagnement innovants, notamment sans notification MDPH

<b>THEMATIQUE 3 : PREVENTION - PROMOTION DE LA SANTE - DESTIGMATISATION</b>		
<b>PREVENTION</b>	<b>Axe principal</b>	Déployer la formation aux premiers secours en santé mentale et au repérage de la crise suicidaire
<b>DESTIGMATISATION</b>	<b>Axe principal</b>	Développer les interventions de déstigmatisation envers le public en intervenant avec des personnes concernées, notamment pour parler de la maladie psychique à l'école primaire, dans les collèges et les lycées, avant que les représentations négatives soient fixées
	<b>Autre axe</b>	Développer les actions de formation aux troubles psychiques et de lutte contre la stigmatisation dans les services hospitaliers de soins somatiques
<b>PROMOTION DE LA SANTE</b>	<b>Axe principal</b>	Développer les programmes de renforcement de la santé mentale à l'école (compétences psychosociales, estime de soi, gestion des émotions..), par exemple via le parcours éducatif en santé, le service sanitaire...: développer les capacités des enfants/jeunes à lutter contre les facteurs de stress et renforcer leur santé mentale positive Etendre le programme "Sentinelles et référents"
	<b>Autre axe</b>	Reconnaître et positionner les acteurs de promotion de la santé (collectivités, PMI, MDA, PAEJ...) dans un rôle de prévention et de premier niveau de réponse, avec une mission "d'aller vers"

<b>THEMATIQUE 4 : STRUCTURATION PREMIER RECOURS - COORDINATION PSYCHIATRIE-MEDECINE GENERALE – ACCES AUX SOINS AMBULATOIRES – PRATIQUES DE SOINS</b>		
<b>COORDINATION MEDECINS GENERALISTES-PSYCHIATRIE</b>  <b>STRUCTURATION DU PREMIER RECOURS</b>	<b>Axe principal</b>	Développer les dispositifs de suivi partenarial médecine générale/psychiatrie (démarche collective de coordination professionnelle psychiatrie/médecine générale), incluant le conseil au suivi de patients avec troubles psychiques par médecins généralistes
	<b>Axe principal</b>	Développer la mixité des compétences dans les lieux de soins (professionnels de la psy en centres de santé, locaux communs CMP/centre de santé ou maison de santé pluriprofessionnelle) => structurer le premier recours en santé mentale autour des soins primaires (CPTS, structures d'exercice coordonné)
	<b>Sous-axe</b>	- Mobiliser les IDE de santé publique Asalée pour l'ETP des personnes avec troubles psychiques / orienter vers la santé mentale les dispositifs de soutien à la médecine générale
<b>ACCES AUX SOINS AMBULATOIRES</b>	<b>Axe principal</b>	Généraliser des règles d'organisation des CMP pour réponse à la 1ère demande / définir un cadre commun d'organisation, de pilotage et d'évaluation des CMP
	<b>Sous-axe</b>	- Redimensionner les moyens extrahospitaliers des secteurs en fonction des territoires (sociologie des publics, caractéristiques géographiques...)
	<b>Sous-axe</b>	- Développer le recours à la télémédecine (téléconsultation, téléexpertise..)
	<b>Sous-axe</b>	- Pouvoir mobiliser un suivi ambulatoire systématique et accompagnement adapté en sortie d'hospitalisation
	<b>Sous-axe</b>	- Réviser les règles de sectorisation pour permettre la continuité des parcours de soins des personnes SDF et des personnes hébergées en ESMS en proximité du lieu de vie
<b>PRATIQUES DE SOINS</b>	<b>Autre axe</b>	Renforcer la formation au diagnostic et à la prise en charge du psychotraumatisme

	<b>Autre axe</b>	Développer les thérapies brèves
	<b>Autre axe</b>	Déployer les infirmiers de pratiques avancées

<b>THEMATIQUE 5 : CRISE – URGENCE</b>		
<b>CRISE-URGENCE</b>	<b>Axe principal</b>	Développer les soins alternatifs à l'hospitalisation, dont les soins intensifs à domicile ("HAD" psy)
	<b>Axe principal</b>	Mettre en œuvre une équipe mobile de pédopsychiatrie en direction des établissements d'accueil d'enfants
	<b>Axe principal</b>	Avoir une réponse mobile au domicile en réponse aux signalements/alertes des familles, professionnels pour améliorer l'accès aux soins et l'engagement dans les soins, incluant un travailleur pair
	<b>Axe principal</b>	Intervenir rapidement sur les situations de crise et des situations d'urgence avec des réponses ambulatoires et mobiles pour des personnes non connues, non adhérentes aux soins
	<b>Axe principal</b>	Intervenir rapidement sur les situations de crise et des situations d'urgence avec des réponses ambulatoires et mobiles pour des patients connus
	<b>Sous-axe</b>	- Avoir des dispositifs de prise en charge de la crise en amont / pouvoir solliciter un lieu de soin en amont de l'urgence (objectif : réduire les SSC)
	<b>Autre axe</b>	Mettre en œuvre des pratiques orientées rétablissement à travers la prise en charge de la crise et de l'urgence et notamment à travers la présence de pairs, la qualité de l'accueil des familles
	<b>Autre axe</b>	Avoir un circuit des urgences limitant le nombre d'étapes avant l'arrivée dans l'unité d'hospitalisation
<b>Autre axe</b>	Former les professionnels de l'urgence (SAMU, pompiers, SAU) à l'accueil et la prise en charge des troubles psychiques	

<b>THEMATIQUE 6 : LISIBILITE – ORIENTATION – COORDINATION DU PARCOURS - CLSM</b>		
<b>LISIBILITE – ORIENTATION</b>	<b>Axe principal</b>	Améliorer la connaissance des dispositifs et des ressources du territoire : créer un annuaire/cartographie numérique des ressources (répertoire des structures, des ressources d'écoute et de soutien existant dans l'environnement immédiat..) consultable et à jour avec des arbres décisionnels pour faciliter l'orientation : - facile d'accès et de compréhension - co-construit avec les personnes concernées
	<b>Sous-axe</b>	- Créer une plateforme d'orientation (numéro unique) à disposition des patients et des familles
<b>COORDINATION DU PARCOURS</b>	<b>Axe principal</b>	Développer la fonction de coordinateur de parcours/case manager garant du projet de la personne Co-construire le profil du case-manager avec les personnes concernées
	<b>Axe principal</b>	Développer les parcours coordonnés combinant logement-interventions de soins- respect des choix de la personne-absence de barrières à l'accès avec délimitation des missions de chacun
<b>CLSM</b>	<b>Autre axe</b>	Développer les CLSM sur les zones blanches
	<b>Autre axe</b>	Développer la coordination des CLSM (cadre territorial harmonisé, actions partagées, indicateurs communs d'impact)

<b>THEMATIQUE 7 : EMPLOI ET LOGEMENT</b>		
<b>MAINTIEN-ACCES A L'EMPLOI</b>	<b>Axe principal</b>	Développer l'accompagnement à l'emploi en milieu ordinaire (job coaching, emploi accompagné...)
	<b>Axe principal</b>	Développer les solutions avec accès direct et faibles conditionnalités : accès direct à l'emploi (modèle IPS - Individual placement and support)
	<b>Axe principal</b>	Développer les dispositifs de "mise à l'emploi" dynamiques : plateformes de repérage et de mise à l'emploi (intégrant les acteurs de la réhabilitation)
	<b>Axe principal</b>	Améliorer la reconnaissance et la prise en compte réelle des capacités de travail des personnes avec pathologie psychique (représentations des professionnels, notifications...)
<b>LOGEMENT</b>	<b>Axe principal</b>	Développer la palette de solutions de logement, du logement collectif au logement autonome
	<b>Sous-axe</b>	- Développer les solutions avec accès direct et faibles conditionnalités (logement d'abord)
	<b>Sous-axe</b>	- Développer des modalités innovantes d'étayage de la personne dans son logement en dehors des SAVS (dont utilisation de la PCH mutualisée pour construire des solutions de logement innovantes et coordonnées avec la psychiatrie)
	<b>Sous-axe</b>	- Développer de nouvelles places en SAVS pour avoir un étayage du logement
	<b>Sous-axe</b>	- Développer le logement autonome (baux glissants, diffus...)
	<b>Sous-axe</b>	- Développer les appartements d'essai pour permettre à la personne d'identifier ses souhaits de logement
	<b>Sous-axe</b>	- Développer des solutions adaptées aux personnes psychotiques vieillissantes
	<b>Autre axe</b>	Avoir des modalités définies et connues d'interpellation des acteurs et de traitement des situations de difficultés dans le logement pour des personnes en rupture de soins

## 5/ PERSPECTIVES POUR L'ELABORATION DE LA FEUILLE DE ROUTE

La feuille de route du PTSM a vocation à :

- traduire en actions opérationnelles les axes de progrès prioritaires au sein du présent diagnostic, en traitant les questions des porteurs, des ressources mobilisables (existantes ou à trouver) et de l'accompagnement du changement.
- proposer un ordonnancement global de la mise en œuvre de ces actions sur les 5 ans du PTSM
- prévoir le dispositif d'implémentation et d'évaluation du PTSM et du contrat territorial de santé mentale qui sera signé en suivant avec l'ARS.

Les travaux devront prendre en compte les caractéristiques et ressources des territoires, afin d'ajuster les solutions proposées et de les décliner le cas échéant de manière adaptée aux territoires. Pour cela, le lien avec les acteurs des territoires de proximité, en particulier les coordonnateurs des instances de coordination locales en santé mentale (CLSM, ASV, CCAS,...) sera approfondi.

Il est proposé :

- De reconduire globalement les participants aux groupes de travail du diagnostic, tout en faisant une place aux acteurs n'ayant pas ou peu participé au diagnostic.
- De reconfigurer les groupes de travail sur la base des thématiques de regroupement des axes de progrès prioritaires

GT	Thématiques à traiter
GT 1	PERSONNES-CONCERNEES-PAIR AIDANCE – ENTOURAGE
GT 2	RETABLISSEMENT-REHABILITATION PSYCHOSOCIALE - JEUNES ADULTES
GT 3	PREVENTION-PROMOTION DE LA SANTE / DESTIGMATISATION
GT 4	COORDINATION PSYCHIATRIE/MEDECINE GENERALE – STRUCTURATION PREMIER RECOURS - ACCES AUX SOINS AMBULATOIRES-PRATIQUES DE SOINS
GT 5	CRISE-URGENCE
GT 6	LISIBILITE-ORIENTATION – COORDINATION DU PARCOURS – CLSM
GT 7	EMPLOI – LOGEMENT

Par ailleurs, un 8<sup>ème</sup> groupe, composé de représentants des grandes parties prenantes sera amené à se réunir pour faire des propositions sur le dispositif global de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du PTSM.

La méthodologie sera précisée et approfondie en lien avec le Comité de pilotage.

### PROPOSITION DE CALENDRIER (à titre indicatif)

DATE	QUOI	OBJECTIF(S)
OCTOBRE	Communication sur le diagnostic	Diffusion du diagnostic, réception et analyse des retours
	Séminaire avec les coordonnateurs des territoires de proximité	Appropriation du diagnostic et réflexion sur les modalités de déclinaison en relation avec les

		ressources/acteurs/caractéristiques de chaque territoire
NOVEMBRE – FEVRIER	Réunions des groupes de travail pour la feuille de route	Proposer les fiches action
DECEMBRE - FEVRIER	Groupe transversal implémentation-suivi-évaluation	Proposer un dispositif global de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du PTSM
FEVRIER	Forum des personnes concernées	Concertation sur les propositions de fiches
FEVRIER – MARS	Finalisation des fiches action – arbitrages	
MARS	Rencontre des décideurs et financeurs	
AVRIL	Adoption de la feuille de route	En Assemblée générale
	Avis du CTS	
	Transmission à l'ARS	

# ANNEXES

**PROPOSITIONS DU  
COLLECTIF DES PERSONNES CONCERNEES DU  
PTSM  
POUR LES GROUPES DE TRAVAIL DU PROJET  
TERRITORIAL DE SANTE MENTALE**

**5 propositions transversales à énoncer dans tous les groupes pour avoir plus de poids.**

- **Développement de la pair-aidance** : l'aide d'un pair rétabli est essentielle pour maintenir l'espoir, dès le début de la maladie
  
- **Développement de la psychoéducation** : nous devons être formés sur notre maladie pour pouvoir devenir acteurs de notre santé et de notre parcours.
  
- Importance du **partenariat patient/soignant (psychiatre notamment)** :
  - écoute réciproque,
  - prise en compte de notre parole et dialogue

La relation ne doit pas être verticale, nos préférences et nos choix doivent être entendus pour nous permettre de construire un chemin de rétablissement et de cheminer dessus.
  
- Développer le **case-management/avoir un référent de notre parcours qui nous aide à construire et mettre en œuvre notre projet**
  
- **Pouvoir évaluer les médecins sur** :
  - la qualité de l'écoute et du dialogue
  - la qualité des soins

**A NOTER** : ne pas employer l'expression « malade mentale », qui est stigmatisant. Préférer le terme « psychique »

**Groupe de travail 1 ENFANTS (0-16 ans) : Repérage précoce, accès aux soins et aux accompagnements conformément aux bonnes pratiques professionnelles et aux données actualisées de la science**

**5 propositions transversales qui concernent tous les groupes de travail = leviers pour faire progresser la culture de rétablissement :**

- **Développement de la pair-aidance** : l'aide d'un pair rétabli est essentielle pour maintenir l'espoir, dès le début de la maladie
  
- **Développement de la psychoéducation** : nous devons être formés sur notre maladie pour pouvoir devenir acteurs de notre santé et de notre parcours.
  
- Importance du **partenariat patient/soignant (psychiatre notamment)** :
  - écoute réciproque,
  - prise en compte de notre parole et dialogue

La relation ne doit pas être verticale, nos préférences et nos choix doivent être entendus pour nous permettre de construire un chemin de rétablissement et de cheminer dessus.
  
- Développer le **case-management/avoir un référent de notre parcours qui nous aide à construire et mettre en œuvre notre projet**
  
- **Pouvoir évaluer les médecins sur** :
  - la qualité de l'écoute et du dialogue
  - la qualité des soins
  - La compétence dans le service

**Nos 3 propositions relatives à la thématique :**

- **Améliorer la connaissance des troubles psychiques et faciliter l'accès aux soins :**

- **Mieux former les professionnels des écoles, des crèches, de la PMI... aux troubles psychiques et avoir un fonctionnement en réseau avec les acteurs de la psychiatrie** (formation, partage d'information). Par exemple, à l'école, IDE scolaires doivent être mieux formées et une rencontre annuelle avoir lieu avec chaque enfant pour évaluer la dimension psychique.
  - **Développer la prise en compte de la santé mentale en maternité pour favoriser les liens mère/enfant.**
  - **Avoir des réponses rapides aux difficultés signalées par les professionnels et les familles** (conseil, soutien, avis, ou accès aux soins)
  - **Avoir des modalités d'accès aux soins flexibles et adaptées à la situation de chaque personne** (par exemple, proposer une première consultation dans un lieu autre que le CMP, se déplacer au domicile...)
  - **Développer dans ce cadre le recours la télémédecine**
- **Améliorer l'information et baisser les barrières à l'accès** : mettre en place une information pour permettre aux personnes de savoir où s'adresser et de faire part de leurs problèmes, en privilégiant les nouvelles technologies (site internet avec tchat ??). Il faut **baisser les barrières à l'accès**, surtout pour les personnes qui n'osent pas parler/faire part de leurs difficultés. Beaucoup communiquent par écrit (génération téléphonie mobile : SMS, Instagram, blogs, forums etc). En direct, elles ont des attitudes de façade.
- **Améliorer la qualité des soins lors de l'entrée dans la maladie** :
- **Développer les interventions spécifiques et adaptées lors de l'entrée dans la maladie**: basées sur l'échange, le dialogue, le respect des choix, la pair-aidance.
  - **Il faut pouvoir connaître son diagnostic, ou au moins la liste des symptômes que l'on peut observer** : cela nous permet d'expliquer aux gens ce qu'on a et leur permet de comprendre et de prendre du recul. Or, les professionnels ne prennent pas le temps d'expliquer la maladie, voire ne révèlent pas aux patients le diagnostic.
  - **Il faut être mis en position de collaborer à nos soins** : On a certes une maladie, mais nous sommes aussi responsables. Tout n'est pas altéré chez nous. On attend que les professionnels communiquent avec nous et nous mettent en position de collaborer. On

doit pouvoir dire notamment quels soins nous conviennent et lesquels ne nous conviennent pas à un moment donné.

- **Pour l'engagement dans les soins, il faut prendre en compte la situation sociale, familiale et personnelle.** De ce point de vue-là, ce n'est pas forcément le psychiatre qui est en mesure de savoir, il doit tenir compte de l'avis des travailleurs sociaux et de l'équipe de soins.
  
- **Il faut intégrer d'emblée la famille et la prendre en compte :**
  - Les familles ont besoin qu'on leur explique la situation
  - Orienter vers les associations (UNAFAM)

**Groupe de travail 1 ADULTES (16 ans et plus) : Repérage précoce, accès aux soins et aux accompagnements conformément aux bonnes pratiques professionnelles et aux données actualisées de la science**

**5 propositions transversales qui concernent tous les groupes de travail = leviers pour faire progresser la culture de rétablissement :**

- **Développement de la pair-aidance** : l'aide d'un pair rétabli est essentielle pour maintenir l'espoir, dès le début de la maladie
  
- **Développement de la psychoéducation** : nous devons être formés sur notre maladie pour pouvoir devenir acteurs de notre santé et de notre parcours.
  
- Importance du **partenariat patient/soignant (psychiatre notamment)** :
  - écoute réciproque,
  - prise en compte de notre parole et dialogue

La relation ne doit pas être verticale, nos préférences et nos choix doivent être entendus pour nous permettre de construire un chemin de rétablissement et de cheminer dessus.
  
- Développer le **case-management/avoir un référent de notre parcours qui nous aide à construire et mettre en œuvre notre projet**
  
- **Pouvoir évaluer les médecins sur :**
  - la qualité de l'écoute et du dialogue
  - la qualité des soins
  - La compétence dans le service

**Nos 4 propositions pour la thématique :**

➤ **Améliorer la connaissance des troubles psychiques et l'accès aux soins :**

- **Mieux former les professionnels (par ex. les médecins généralistes) aux troubles psychiques et avoir un fonctionnement en réseau avec les acteurs de la psychiatrie (formation, partage d'information).**

- **Avoir des réponses rapides aux difficultés signalées par les professionnels et les familles** (conseil, soutien, avis, ou accès aux soins)
  - **Avoir des modalités d'accès aux soins flexibles et adaptées à la situation de chaque personne** (par exemple, proposer une première consultation dans un lieu autre que le CMP, se déplacer au domicile...)
  - **Développer dans ce cadre le recours la télémédecine**
  - **Développer le recours à la pair-aidance pour favoriser l'adhésion aux soins**
- **Améliorer l'information et baisser les barrières à l'accès** : mettre en place une information pour permettre aux personnes de savoir où s'adresser et de faire part de leurs problèmes, en privilégiant les nouvelles technologies (site internet avec tchat ??). Il faut **baisser les barrières à l'accès**, surtout pour les personnes qui n'osent pas parler/faire part de leurs difficultés. Beaucoup communiquent par écrit (génération téléphonie mobile : SMS, Instagram, blogs, forums etc). En direct, elles ont des attitudes de façade.
- **Améliorer la qualité des soins lors de l'entrée dans la maladie** :
- **Développer les interventions spécifiques et adaptées lors de l'entrée dans la maladie, notamment lors d'un premier épisode psychotique** : basées sur l'échange, le dialogue, le respect des choix, la pair-aidance.
  - **Il faut pouvoir connaître son diagnostic, ou au moins la liste des symptômes que l'on peut observer** : cela nous permet d'expliquer aux gens ce qu'on a et leur permet de comprendre et de prendre du recul. Or, les professionnels ne prennent pas le temps d'expliquer la maladie, voire ne révèlent pas aux patients le diagnostic.
  - **Il faut être mis en position de collaborer à nos soins** : On a certes une maladie, mais nous sommes aussi responsables. Tout n'est pas altéré chez nous. On attend que les professionnels communiquent avec nous et nous mettent en position de collaborer. On doit pouvoir dire notamment quels soins nous conviennent et lesquels ne nous conviennent pas à un moment donné.
  - **Pour l'engagement dans les soins, il faut prendre en compte la situation sociale, familiale et personnelle.** De ce point de vue-là, ce n'est pas forcément le psychiatre qui est en mesure de savoir, il doit tenir compte de l'avis des travailleurs sociaux et de l'équipe de soins.

- **Il faut intégrer d'emblée la famille et la prendre en compte :**
  - Les familles ont besoin qu'on leur explique la situation
  - Orienter vers les associations (UNAFAM)
  
- **Améliorer l'accès aux accompagnements dans le logement :** les délais de mobilisation des services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH) sont beaucoup trop longs (plusieurs années parfois pour un SAVS) : **Réduire le délai** pour qu'il y ait de la place pour d'autres personnes et/ou **créer d'autres SAVS**

## Groupe de travail 2

Les conditions d'un parcours de qualité et sans rupture, visant le rétablissement et l'inclusion sociale, pour les personnes présentant des troubles sévères et persistants, à risque ou en situation de handicap psychique.

### 5 propositions transversales qui concernent tous les groupes de travail = leviers pour faire progresser la culture de rétablissement :

- **Développement de la pair-aidance** : l'aide d'un pair rétabli est essentielle pour maintenir l'espoir, dès le début de la maladie
  
- **Développement de la psychoéducation** : nous devons être formés sur notre maladie pour pouvoir devenir acteurs de notre santé et de notre parcours.
  
- Importance du **partenariat patient/soignant (psychiatre notamment)** :
  - écoute réciproque,
  - prise en compte de notre parole et dialogue

La relation ne doit pas être verticale, nos préférences et nos choix doivent être entendus pour nous permettre de construire un chemin de rétablissement et de cheminer dessus.
  
- Développer le **case-management/avoir un référent de notre parcours qui nous aide à construire et mettre en œuvre notre projet**  
Soignant, travailleur social ou pair-aidant
  
- **Pouvoir évaluer les médecins sur** :
  - la qualité de l'écoute et du dialogue
  - la qualité des soins
  - La compétence dans le service

### Nos 3 propositions pour la thématique

- Pour que le parcours soit sans rupture, il faut une **continuité du suivi sanitaire et social/médico-social** et une **adaptation du celui-ci (à la fois dans ses modalités et son intensité) en fonction de l'état de la personne** :

- **Lors des épisodes de crise, il faut développer l'hospitalisation à domicile** pour permettre le passage de la crise sans recours à l'hospitalisation complète. **L'hospitalisation à domicile doit se développer aussi à la sortie de l'hôpital.**
- **En sortie d'hospitalisation, il faut qu'un étayage important soit mis en place sans délai par les structures du secteur** (CMP et CATTP notamment) car actuellement les patients attendent 6 mois pour obtenir un rendez-vous dans un CMP ou CATTP ce n'est pas normal. Aucune hospitalisation ne doit déboucher sur une « sortie sèche », sans soins et sans accompagnement. Le psychiatre de l'hôpital ou de la clinique doit orienter le patient en ambulatoire pour qu'il puisse continuer ses soins car il ne doit pas y avoir une rupture.
- ⊖ Il faut **mettre en place des coordonnateurs de parcours /case managers** ayant pour mission de s'assurer que le **projet construit par la personne est bien respecté et mis en œuvre** et qui fasse le lien entre les différents intervenants médicaux et sociaux autour du parcours de la personne. Le coordonnateur ne doit pas être imposé, la personne doit être libre de dire si elle veut en changer.

➤ **Il faut que la personne soit en position de réellement co-construire son parcours de santé et de vie :**

- On n'est pas informé à ce jour de quel type de thérapie existe : avoir une information sur les différentes thérapies existantes même si elles ne sont pas proposées dans le service où on est pris en charge, et sur les avantages/risques de ces différentes thérapies. Si le service ne propose pas certaines thérapies, il doit orienter vers un autre service qui les pratique.
- Les professionnels n'ont pas suffisamment recours à des stratégies motivationnelles pour permettre à la personne de mobiliser ses capacités. Ils n'insistent pas suffisamment sur les forces de la personne et ne les valorisent pas. De plus, on ne bénéficie pas suffisamment d'un bilan cognitif.(problème de mémoire, de langage, de raisonnement ou de jugement, la prise de décision).
- Chaque personne doit avoir **un projet personnalisé. Ce projet est co-construit avec elle**. Ses choix, préférences et les capacités qu'elle estime être les siennes doivent être respectés, ainsi que son rythme et sa temporalité. Il doit pour cela prévoir des étapes.
- L'accès à la réhabilitation psychosociale n'est pas suffisante (exemple PISR SAINT JEAN DE DIEU groupe TANGUY 40 places, ou le SUR à Lyon 8<sup>ème</sup>), les personnes ne sont pas informées dans les cliniques.

- Avant toute proposition thérapeutique, il faut prendre en compte la situation sociale et personnelle de la personne. Exemple : tenir compte de l'agenda scolaire, universitaire, etc. Le soin doit être au service de la qualité de vie et du projet de vie et non l'inverse.
- **Focus particulier sur le dialogue avec le psychiatre :**
  - La relation médecin/patient ne doit pas être verticale, mais être fondée sur l'écoute du patient. Quelles sont ses priorités en termes de rétablissement, ses préférences ?
  - **Pouvoir dire** ce qui ne va pas, avoir le temps et la possibilité de discuter la prise en charge et la rediscuter si elle ne convient pas
  - **Pouvoir parler des effets indésirables<sup>11</sup>** des traitements
  - Non aux traitements lourds jamais remis en question
    - ⇒ **Ne pas avoir des rendez-vous de 15 minutes**
    - ⇒ **Avoir un vrai dialogue et non un monologue** (= consultation pendant laquelle seul le patient parle sans savoir de réponse, on finit par parler pour meubler – **c'est gênant et DEMORALISANT**)
- **Concernant le recours à l'hospitalisation :** Les hospitalisations longues de plus de quelques mois doivent s'arrêter. « L'hospitalisation détruit notre être », le personnel soignant ne s'intéresse pas à nous, à notre vie, personne n'a une vision globale de notre situation.

➤ **Il faut un soutien et un accompagnement à l'accès à un travail et un logement qui correspondent à nos préférences et à nos capacités**

- **Sous-estimation des capacités intellectuelles et des capacités à occuper un emploi valorisant, correspondant aux capacités.**  
Orientation seulement vers des emplois peu valorisés et peu payés. Par exemple, en ESAT les personnes sont payées de 55% à 110 % du SMIC, avec un complément d'AAH = ce n'est pas le cas en milieu ordinaire.  
Le délai pour obtenir un emploi dans un ESAT est long, de même pour une entreprise ordinaire, mais il y a des associations qui réinsèrent les personnes : COTAGON, MESSIDOR, LA ROCHE, INDUSTRIE SERVICE, LADAPT. Le travail permet aux personnes d'être autonomes.
- Si la personne n'a pas ou plus de logement, un projet personnalisé d'accès au logement et **d'accompagnement dans ce logement** doit être construit d'emblée avec elle, en respectant ses choix (logement indépendant ou non,

---

11

besoin(s) d'étayage, souhait de vie en collectivité ou non, souhait ou non de procéder par étapes...).

- **Améliorer l'accès aux accompagnements dans le logement** : les délais de mobilisation des services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH) sont beaucoup trop longs (plusieurs années parfois pour un SAVS) : **réduire le délai** pour qu'il y ait de la place pour d'autres personnes et/ou **créer d'autres SAVS**. Développer les VAD (visites à domicile) des infirmiers psychiatriques. Avant de trouver un logement, permettre le recours à l'hospitalisation de nuit pour que la personne puisse aller travailler dans un ESAT ou une entreprise ordinaire.
- **Développer la palette de solutions logement, en privilégiant les solutions permettant d'avoir un appartement à soi** : maisons relais et les résidences accueil, logements diffus ou mixtes, c'est-à-dire **pas réservés aux personnes avec difficultés psychiques**, à proximité des transports en commun et des commerces.

A contrario, les logements de type foyer de vie présentent des contraintes de vie en collectivité qui ne favorisent pas le rétablissement. Ce sont souvent des lieux de mimétisme et d'entre soi, sans émulation positive

=> c'est à la personne de choisir le type de logement qui lui conviendra le mieux.

- Développer les possibilités d'insertion par les GEM et le ClubHouse

On a certes une maladie, mais nous sommes aussi responsables.

**Tout n'est pas altéré chez nous :**

**on attend que les professionnels communiquent avec nous**

**et nous mettent en position de collaborer.**

**La Pair-aidance, un savoir expérientiel partagé**

### Groupe de travail 3

#### L'accès des personnes à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

#### 5 propositions transversales qui concernent tous les groupes de travail = leviers pour faire progresser la culture de rétablissement :

- **Développement de la pair-aidance** : l'aide d'un pair rétabli est essentielle pour maintenir l'espoir, dès le début de la maladie
  
- **Développement de la psychoéducation** : nous devons être formés sur notre maladie pour pouvoir devenir acteurs de notre santé et de notre parcours.
  
- Importance du **partenariat patient/soignant (psychiatre notamment)** :
  - écoute réciproque,
  - prise en compte de notre parole et dialogue

La relation ne doit pas être verticale, nos préférences et nos choix doivent être entendus pour nous permettre de construire un chemin de rétablissement et de cheminer dessus.
  
- Développer le **case-management/avoir un référent de notre parcours qui nous aide à mettre en œuvre notre projet**
  
- **Pouvoir évaluer les médecins sur :**
  - la qualité de l'écoute et du dialogue
  - la qualité des soins
  - La compétence dans le service

**On a certes une maladie, mais nous sommes aussi responsables. Tout n'est pas altéré chez nous : on attend que les professionnels communiquent avec nous et nous mettent en position de collaborer.**

#### **Les 3 propositions sur la thématique :**

- **Toutes les personnes doivent avoir un médecin généraliste traitant et le médecin généraliste traitant et le psychiatre doivent travailler ensemble** car les traitements

**psychiatriques prescrits favorisent la survenue de pathologies** telles que diabète, obésité, cholestérol et bien d'autres

- **Nécessité d'un suivi conjoint psychiatre/généraliste**
- **Nécessité d'un avoir un suivi médical rigoureux** (bilan biologique, électrocardiogramme annuel, santé bucco-dentaire, dépistages des cancers..)
- **Améliorer les connaissances des médecins généralistes dans le domaine de la psychiatrie** : à travers une meilleure formation en santé mentale pendant les études de médecine, mais aussi des temps communs généralistes/psychiatres : formations croisées, consultations conjointes, réunions d'analyse de cas cliniques....
- **Rapprocher les lieux d'exercice des professionnels** : par exemple, avoir un centre de santé couplé à un CMP comme à Marseille, avoir du temps de psychiatre dans les maisons et centres de santé..

➤ **L'éducation thérapeutique doit concerner tous les patients.**

- **L'éducation thérapeutique doit viser** : la connaissance de la maladie, des symptômes, des traitements, mais aussi des moyens de se maintenir en bonne santé physique et mentale (éducation à la santé, promotion de l'activité physique,...)
- **Les personnes concernées qui connaissent leur traitement** (effets souhaités et indésirables, incompatibilités, interférences) **gèreront bien leur traitement et seront de bons partenaires du psychiatre et du médecin généraliste pour leur propre suivi.**

⇒ **Elles seront aussi vigilantes à la pharmacie.**

- **Enseigner l'impact de l'alcool et du sel alimentaire** en particulier pour les personnes traitées par sels de lithium (charcuteries, salaisons, plats tous prêts, etc) sur toutes les cellules de notre corps. Même éducation vis-à-vis des drogues/addictions.

➤ **Sensibiliser les équipes des SAU et des services de spécialités dans les établissements de soins** pour que, quand une personne ayant des troubles psychiques se présente pour un problème somatique, sa plainte soit réellement prise en compte et traitée. Aujourd'hui, encore trop souvent, la pathologie psychiatrique « fait écran » aux yeux

des professionnels à la réalité de la plainte somatique, entraînant retards de prise en charge et pertes de chances.

## Groupe de travail 4

### La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

#### 5 propositions transversales qui concernent tous les groupes de travail = leviers pour faire progresser la culture de rétablissement :

- **Développement de la pair-aidance** : l'aide d'un pair rétabli est essentielle pour maintenir l'espoir, dès le début de la maladie
- **Développement de la psychoéducation** : nous devons être formés sur notre maladie pour pouvoir devenir acteurs de notre santé et de notre parcours.
- Importance du **partenariat patient/soignant (psychiatre notamment)** :
  - écoute réciproque,
  - prise en compte de notre parole et dialogue

La relation ne doit pas être verticale, nos préférences et nos choix doivent être entendus pour nous permettre de construire un chemin de rétablissement et de cheminer dessus.
- Développer le **case-management/avoir un référent de notre parcours qui nous aide à construire et mettre en œuvre notre projet**
- **Pouvoir évaluer les médecins sur :**
  - la qualité de l'écoute et du dialogue
  - la qualité des soins
  - la compétence dans le service

#### Les 4 propositions sur la thématique :

##### ➤ **Développer les capacités des personnes elles-mêmes à anticiper ou gérer une crise**

###### ⇒ **Développer la psychoéducation**

permet à la personne de sentir quand il y a un changement dans ses sensations et son comportement et de réagir de manière adéquate, en sollicitant si besoin l'aide des services de soins

###### ⇒ **Développer et proposer à tous d'élaborer des directives anticipées en cas de crise**

➤ **Avoir des réponses efficaces en cas de crise, reposant sur « l'aller vers » et mobilisant la pair-aidance :**

- **Avoir un numéro d'urgence psychiatrique et une réponse mobile au domicile que la personne soit connue ou pas de la psychiatrie, en incluant la possibilité d'utiliser la télémédecine**
- **Intégrer les apports de la pair-aidance :** les pairs aidant doivent être intégrés dans les équipes de soins ; ils doivent intervenir dans « l'aller vers » les personnes et dans les services d'accueil de crise pour favoriser l'adhésion aux soins et maintenir l'espoir
- **Face à une personne qui refuse les soins :**
  - Construire des réponses qui permettent **d'éviter les soins sans consentement.**
  - Favoriser le recours à la pair-aidance pour créer une alliance (maillon de confiance entre le patient et les médecins/infirmiers)
  - Avoir une réponse mobile (médecin généraliste, SOS urgences psychiatriques...)
- **Développer les structures qui permettent d'éviter les hospitalisations**
- **Former les équipes des SAU et du SAMU à la prise en charge des troubles psychiques**

➤ **Maintenir des pratiques orientées rétablissement à travers les situations de crise et d'urgence :**

**L'attitude des professionnels doit être bienveillante et dédramatisant**

- Ne pas nous enfoncer
- Faire tomber nos angoisses
- Faire tomber les angoisses de la famille
- Arrêter le recours à la médication abusive
- « L'équipe de soin doit éclairer le chemin de l'utilisateur quant à sa capacité à marcher droit et tout seul »
- Nous expliquer le pourquoi et le comment de notre prise en charge avec un vocabulaire à notre portée

➤ **Développer les premiers secours en santé mentale pour que la population soit formée aux troubles psychiques et sache comment réagir**

On a certes une maladie, mais nous sommes aussi responsables.

**Tout n'est pas altéré chez nous :**  
**On attend que les professionnels communiquent avec nous**  
**et nous mettent en position de collaborer**  
**à notre rétablissement.**

**La Pair-aidance, un savoir expérientiel partagé**

## Groupe de travail 5

**Le respect et la promotion des droits des personnes, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et la lutte contre la stigmatisation**

### 5 propositions transversales qui concernent tous les groupes de travail = leviers pour faire progresser la culture de rétablissement :

- **Développement de la pair-aidance** : l'aide d'un pair rétabli est essentielle pour maintenir l'espoir, dès le début de la maladie
  
- **Développement de la psychoéducation** : nous devons être formés sur notre maladie pour pouvoir devenir acteurs de notre santé et de notre parcours.
  
- Importance du **partenariat patient/soignant (psychiatre notamment)** :
  - écoute réciproque,
  - prise en compte de notre parole et dialogue

La relation ne doit pas être verticale, nos préférences et nos choix doivent être entendus pour nous permettre de construire un chemin de rétablissement et de cheminer dessus.
  
- Développer le **case-management/avoir un référent de notre parcours qui nous aide à construire et mettre en œuvre notre projet**
  
- **Pouvoir évaluer les médecins sur** :
  - la qualité de l'écoute et du dialogue
  - la qualité des soins
  - la compétence dans le service

**On a certes une maladie, mais nous sommes aussi responsables. Tout n'est pas altéré chez nous : on attend que les professionnels communiquent avec nous et nous mettent en position de collaborer.**

**La Pair-aidance, un savoir expérientiel partagé**

### Nos 4 propositions sur la thématique :

➤ **Développer la Pair-aidance** en particulier lors des premières hospitalisations pour maintenir l'espoir et rétablir le dialogue.

➤ **Réviser complètement les modalités et les conditions d'hospitalisation :**

- **les conditions d'hospitalisation humiliantes et stéréotypées** doivent cesser : mise en pyjama, retrait du téléphone portable, injection, absence d'écoute et interprétation systématique de toute protestation même légitime comme un symptôme de la maladie, entraînant un sentiment d'être pris dans une machine infernale/ tunnel/spirale, usage abusif des chambres d'isolement.
- **Ces conditions sont créatrices de ruptures de soins** : beaucoup de personnes ne se font pas soigner car elles ont peur des hôpitaux psychiatriques
- **Les hospitalisations ne doivent plus être un moment de néant pendant lequel nous sommes seulement « là », sans rien à faire**, mais être l'occasion de mise en œuvre d'un parcours de soins personnalisé : avoir des objectifs et un contenu.

➤ **Les soins prodigués doivent soutenir le rétablissement des personnes :**

- **Les traitements ne doivent pas nous transformer en larves** : il est anormal que les traitements nous fassent baver, trembler, être incontinent.. Les médicaments doivent être prescrits à la dose minimale efficace (et en monothérapie)
- **Les traitements doivent être proposés, non imposés, et réévalués en collaboration avec le patient.** Les médecins doivent respecter les choix, y compris celui de fonctionner différemment. Ils doivent rendre compte de leur pratique. Il ne doit pas y avoir d'omerta.
- **Il faut créer les conditions d'un véritable choix** : c'est pourquoi chaque patient doit être informé des pathologies traitées par le service, des compétences spécifiques des médecins et professionnels qui y travaillent, des traitements et thérapies existants conformes aux bonnes pratiques, et si un traitement n'est pas proposé par le service, des services les plus proches où il peut être trouvé.
- **La psychoéducation doit être systématiquement proposée** pour permettre à la personne d'être actrice de son parcours de santé

- **Les soignants doivent nous évaluer dans notre globalité** et pour cela ne pas nous voir seulement comme des malades, ils doivent encourager notre responsabilité et notre autonomie
  
- **Le rôle et l'expérience des aidants doivent être valorisés.**

➤ **La qualité des services doit être évaluée par les usagers**

- Introduction de questions sur la qualité des soins, l'écoute et dialogue dans le questionnaire de satisfaction remis au patient. Apporter une aide pour le remplir (infirmier, pair-aidant ?) car trop souvent des difficultés de concentration empêchent de le faire. A remplir bien avant le jour de la sortie
  
- Mettre en place une commission d'enquête des personnes concernées en cas d'incident grave (par exemple un décès)

➤ **La pathologie psychique doit être déstigmatisée**

- Valoriser le travail, l'art, la compétence des personnes concernées en créant des manifestations et expositions dans les lieux publics (bibliothèques...)
- Communiquer sur les célébrités souffrant ou ayant souffert de troubles psychiques : ils valorisent nos possibilités, nos capacités, malgré la maladie.

**La Pair-aidance, un savoir expérientiel partagé**

## Groupe de travail 6

### L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

#### 5 propositions transversales qui concernent tous les groupes de travail = leviers pour faire progresser la culture de rétablissement :

- **Développement de la pair-aidance** : l'aide d'un pair rétabli est essentielle pour maintenir l'espoir, dès le début de la maladie
  
- **Développement de la psychoéducation** : nous devons être formés sur notre maladie pour pouvoir devenir acteurs de notre santé et de notre parcours.
  
- Importance du **partenariat patient/soignant (psychiatre notamment)** :
  - écoute réciproque,
  - prise en compte de notre parole et dialogue

La relation ne doit pas être verticale, nos préférences et nos choix doivent être entendus pour nous permettre de construire un chemin de rétablissement et de cheminer dessus.
  
- Développer le **case-management/avoir un référent de notre parcours qui nous aide à construire et mettre en œuvre notre projet**
  
- **Pouvoir évaluer les médecins sur** :
  - la qualité de l'écoute et du dialogue
  - la qualité des soins
  - la compétence dans le service

#### Les 3 propositions sur la thématique :

- **Importance de la gestion des émotions** : éduquer dès le plus jeune âge à la gestion des émotions : on ne peut pas empêcher tous les facteurs de risques, mais on peut aider l'enfant à comprendre ce qui se passe et lui donner des clefs pour mieux vivre ses émotions.
  
- **Agir sur l'environnement scolaire** :
  - Lutte contre les addictions

- Lutte contre le harcèlement scolaire et le cyber-harcèlement
- Lutte contre les humiliations scolaires et les pratiques éducatives négatives
- Promotion de **l'éducation positive et la stimulation** plutôt que les brimades et punitions, **valoriser les activités extra-scolaires, l'apprentissage par les erreurs**
- **Promotion de l'entraide/solidarité entre enfants**
- **Promotion des activités de bien-être** : relaxation, méditation pleine conscience, automassage...

➤ **Agir sur l'environnement familial :**

- Favoriser les liens relationnels entre l'enfant et les parents (liens d'attachement)
- Lutter contre les violences verbales et psychologiques

➤ **Lutter contre l'isolement, favoriser le lien social et les activités de bien-être dans les entreprises, les administrations et les écoles :**

- Sieste, relaxation, automassage, méditation de pleine conscience
- Nommer un responsable bien-être
- Encourager la résilience

## ANNEXE 2/ Propositions issues des Etats généraux des personnes concernées

COORDINATION 69 SOINS PSYCHIQUES ET RÉINSERTIONS ORGANISE :

# Les Etats Généraux

DES PERSONNES VIVANT OU AYANT VÉCU DES TROUBLES PSYCHIQUES

POUR RÉFLÉCHIR À CE QUI POURRAIT, DEMAIN, AMÉLIORER NOTRE VIE QUOTIDIENNE, NOTRE PLACE DANS LA SOCIÉTÉ

VENEZ VOUS EXPRIMER !

LES 4 ET 5  
AVRIL 2019

À L'ESPACE CITOYEN  
DE LA MAIRIE DE LYON 8ÈME

ENTRÉE GRATUITE SUR INSCRIPTION

### GT 1 enfant : Accès précoce au diagnostic, aux soins et aux accompagnements

- Fort intérêt des participants pour la période de **l'adolescence**.
- **Précocité du diagnostic**
  - Des questions laissées en suspens: annonce d'un diagnostic à l'adolescence: bonne ou mauvaise idée? L'annoncer ou non à la famille?

- **Scolarité**
  - Sensibilisation du personnel scolaire au repérage précoce et au respect du secret médical
- **Accompagnement**
  - Contrôleur général des lieux de privations de liberté sur la situation des mineur.e.s en pédopsychiatrie
- **Professionnels et pratiques professionnelles**
  - Que la coordination se fasse avec tous les acteurs, justice, sanitaire, éducatifs...

## GT 1 adulte : Accès précoce au diagnostic, aux soins et aux accompagnements

- **Prévention adaptée**
  - Développer la bienveillance dans la cité (éducation à la bienveillance dans l'école, accompagnement à la parentalité et accompagnement à l'adulthood)
  - Eviter que la situation se dégrade. Eliminer les mois d'attente.
  - Développer des équipes mobiles à domicile → **rôle du pair-aidant dans ces équipes**
  - Création d'un centre de ressources : création d'un numéro unique pour le grand public qui permette aux personnes concernées d'être orientées en fonction de leurs besoins.
- **Partenariat psy/généralistes à améliorer**
  - Plateforme commune/ centre ressources : faire en sorte que les différents médecins puissent communiquer plus aisément entre eux à propos de leurs patients. Fluidifier les communications en respectant le secret médical et **en accord avec la personne concernée.**
- **Participation des personnes concernées via la paire-aidance et en partant toujours de la parole des personnes concernées**
- **Equilibre dans l'accès à des soins adaptés sur tout le territoire du Rhône**
- **Accueil de qualité :**
  - Accueil dans les locaux : penser des locaux conviviaux avec les personnes qui fréquentent les lieux. Mettre de la couleur.
  - Former les personnels à l'accueil du public
  - Donner du temps et de l'écoute aux soignés en donnant du temps aux soignants.
- **Information du Grand public :** communiquer des données réelles et chiffrées (notamment sur la criminalité) pour déstigmatiser la maladie psychique

## GT 2 : Parcours en vue du rétablissement et de l'inclusion sociale

- **Pair-aidance professionnelle :** former les professionnels à travailler avec les pair-aidants et présence de pair-aidants en intra hospitalier (urgences) et dans les GEM

- **Développer la psychoéducation et les dispositifs de réhabilitation dès l'annonce du diagnostic** auprès des personnes concernées et de leur entourage
- **Former très largement les professionnels (travailleurs sociaux, soignants...) à la santé mentale, au rétablissement et à l'inclusion.** Inclure des modules dans les formations initiales
- **Faire une cartographie des dispositifs** et associations existantes à destination des personnes concernées et des professionnels (site internet type Wikipédia)
- Développer et soutenir **l'offre ambulatoire** et faciliter l'accès aux psychiatres libéraux
- Développer les **appartements d'essai** pour tester l'autonomie

### GT 3 : L'accès à des soins somatiques adaptés aux besoins

- **Améliorer les liens entre psychiatrie et médecine générale** en demandant systématiquement l'avis du patient pour mise en lien
- **Former le personnel des urgences sur l'accueil** (prise en charge des auto blessures par exemples)
- **Aménager un lieu calme dans les urgences** (pas forcément dédié aux troubles psychiques)
- **Insister sur le rôle de conseil des pharmaciens** car bonne connaissance des molécules et des interactions
- **S'appuyer sur la médecine du travail** pour adapter les conditions de travail et favoriser le maintien dans l'emploi

### GT 4 : Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence

- **Prévention**
  - Développer des structures extrahospitalières aux délais adaptés à l'état de santé de la personne
  - Accompagnement extrahospitalier dès la sortie d'hospitalisation
  - Encourager les alternatives aux soins (GEM, etc.)
  - Développer l'accueil et l'accompagnement des aidants
- **Urgences**
  - Plus de personnels aux urgences et relations plus empathiques
  - Réaction rapide pour désamorcer la crise en minimisant le nombre d'étapes
  - Changer l'architecture des urgences
- **Crise**
  - Développer les plans de crise conjoints (type directives anticipées)

## GT 5 : Respect et promotion des droits, développement du pouvoir de décider et d'agir, lutte contre la stigmatisation

- **Développer la pair-aidance**
  - Importance de la professionnalisation de la fonction
  - Intervention des personnes concernées dans les formations des professionnels
- **Droits des personnes**
  - Manque d'information et de connaissances sur ces droits qui rend difficile son respect
  - Proposition : créer un outil (site internet?) pour orienter et renseigner sur les droits sociaux et humains
- **Lutte contre la stigmatisation**
  - Témoignages et sensibilisations dans les écoles par les personnes concernées
- **Peu de réactions sur le volet des soins sans consentement et sur celui de la coordination des professionnels.**

## GT 6 : Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

- **Changer les regards**
  - Destigmatisation où les personnes concernées sont actrices (participation aux actions de sensibilisation)
  - Intervenir en milieu scolaire dès le plus jeune âge (affirmation du droit à la différence, respect des autres...)
  - Former les professionnels de l'accompagnement social aux troubles psychiques
- **Information sur les droits**
  - Rendre les informations compréhensibles en supprimant les sigles
  - Faciliter la connaissance sur les droits : informer sur l'AAH, passage à la retraite, etc.
- **Articuler le logement et le travail**
  - Sortir du cloisonnement et adapter l'offre de travail selon le lieu de résidence (et vice-versa)
  - Valoriser le travail des personnes en situation de handicap psychiques(droit de travailler)
- **Inclusion sociale**
  - Sortir du soin
  - Valoriser les GEM, faire connaître les activités existantes

## Synthèse des propositions du jeudi

## **Culture, sports et loisirs**

- Créer du lien via les réseaux sociaux pour les personnes ayant un handicap invisible (activités culturelles, sorties loisirs, échanges...) (17 votes)
- Apporter une aide financière pour accéder à des activités onéreuses (16 votes)
- Lutter contre la discrimination (plus de publicité sur la santé mentale, formation des professionnels dans le milieu du sport, de la culture et des loisirs...) (11 votes)
- Avoir des prix compatibles avec de bas revenus pour accéder à tous les lieux culturels (par exemple : des prix « creux » aux heures creuses) C'est plus facile quand on est dans une structure d'accompagnement mais c'est important de pouvoir y accéder seul) (9 votes)
- Avoir des prix compatibles avec de bas revenus pour accéder à tous les lieux culturels (par exemple : des prix « creux » aux heures creuses) C'est plus facile quand on est dans une structure d'accompagnement mais c'est important de pouvoir y accéder seul) (9 votes)

## **Logement-Hébergement**

### FAVORISER L'ACCES AU LOGEMENT

- Aide/dispositif sur la question du garant et de la caution (3 votes)
- Les personnes avec des troubles psychiques doivent être prioritaires dans l'accès au logement social + adaptation des logements comme c'est le cas pour le handicap moteur (ex: insonorisation) (3 votes)

### MAINTENIR LES PERSONNES DANS LEUR LOGEMENT

- Mieux accompagner vers l'autonomie (SAMSAH, SAVS, etc.) (2 votes)
- Assurer le lien hôpital/bailleurs/propriétaires lors des périodes d'hospitalisation (utiliser les directives anticipées) (3 votes)

## **Vie affective et vie sexuelle**

- Ne plus perdre son AAH /RSA lorsqu'on se marie ou habite avec son conjoint , ni son complément d'AAH. (17 votes)
- Développer les groupes de paroles pour renforcer l'estime de soi et aborder la vie affective et sexuelle (au CMP, au GEM, à l'accueil de jour...) (11 votes)
- Evoquer systématiquement la question de la vie affective et sexuelle avec son médecin / psychiatre / psychologue : Il faudrait qu'il accepte de modifier le traitement ou l'accompagnement en fonction de la personne. (7 votes)

## **Changer le regard, changer la société**

- Psychoéducation : apprendre à expliquer, communiquer sur sa maladie pour changer le regard sur soi-même et celui des autres sur la maladie (18 votes)

- Formation des médecins et soignants: immersion auprès d'un public concerné par les troubles psychiques (17 votes)
- Education, formation et prévention de la santé mentale par des personnes concernées rétablies auprès des jeunes (enfants et adolescents) (12 votes)
- Créer une association nationale des représentants du handicap psychique (11 votes)
- Déstigmatisation dans les médias (saisie du CSA, plainte en diffamation) (10 votes)

### **Relation aux soignants**

- Remboursement des psychologues libéraux ( 11 votes)
- Prendre la personne à part entière, dans son ensemble : être d'égal à égal entre soignant et soigné (7 votes)
- Intégrer des pair-aidants dans les équipes de soignant (6 votes)

### **Soins et hospitalisation**

- Permettre un choix éclairé sur les traitements et les alternatives existantes (meilleure connaissance de soi, associations, groupe de parole...) (18 votes)
- Evolution des pratiques en psychiatrie (arrêt des contentions, de l'isolement, du cadre strict...) (18 votes)
- Développer la psychoéducation pour l'entourage (7 votes)

### **Pouvoir de décider et d'agir**

- Simplifier les démarches administratives et les regrouper (internet) ( 10 votes)
- Des personnes concernées au Ministère de la Santé (9 votes)
- Un site internet facile dédié aux personnes fragilisées (base de données co-construite avec les personnes concernées et les professionnels) (8 votes)

### **Formation et emploi**

- Sensibilisation des employeurs et des équipes aux troubles psychiques (14 votes)
- Connaissance du droit du travail, renforcement de la loi, protection des salariés en ESAT et milieu adapté (10 votes)
- Augmenter les pénalités financières pour les entreprises qui n'emploient pas les personnes en situation de handicap (9 votes)

## ANNEXE 3/ Note de cadrage destinée aux groupes de travail

### GROUPES DE TRAVAIL DU PTSM : ATTENDUS ET REGLES DE FONCTIONNEMENT

Vous vous êtes proposés pour participer à un groupe de travail du PTSM et nous vous en remercions. Chaque groupe de travail se réunira à deux reprises uniquement sur cette phase de diagnostic, ce qui constitue une forte incitation à être collectivement le plus efficace possible.

Afin que nos réunions se passent au mieux, nous vous proposons de lire attentivement le document suivant.

#### I. Le positionnement attendu des participants

- Le PTSM du Rhône s'inscrit dans une ambition globale de transformation :  
⇒ **savoir se projeter dans des évolutions futures (vision prospective) et les traduire dans des changements graduels, à notre portée.**
- La logique est celle de l'intérêt général :  
⇒ **savoir dépasser ses préoccupations individuelles pour réfléchir à ce qui fera le plus progresser les réponses en faveur des usagers.**
- La recherche d'efficacité implique de prioriser les sujets :  
⇒ **accepter de ne pas tout traiter d'emblée, savoir choisir parmi l'ensemble des préoccupations légitimes les axes qui sauront le plus faire progresser le domaine.**

#### II. Les résultats attendus de chaque groupe

Il est demandé à chaque groupe de travail, au terme des deux réunions, d'avoir défini **les 2 ou 3 axes** qu'il estime le plus nécessaire de faire progresser à travers ce premier PTSM du Rhône, en les argumentant au regard des critères suivants :

- La réalité, l'intensité et l'étendue du besoin (chiffres à l'appui)
- Le bénéfice attendu pour les personnes concernées
- La conformité aux orientations du PTSM et aux bonnes pratiques reconnues
- Le potentiel d'entraînement de l'axe considéré (« effet levier »)
- La faisabilité économique (moyens nécessaires, possibilités de redéploiement) et juridique
- Le niveau de maturité et de consensus des acteurs
- La temporalité (court terme ou moyen terme)

#### III. Le déroulement des réunions

Chaque réunion sera animée par deux membres de l'équipe projet PTSM.

**Règles générales :**

- Respecter la thématique correspondant au GT concerné. Attendu le temps limité imparti à chaque GT, les considérations hors sujet seront signalées.
- Etre concis et ciblé dans ses interventions
- Favoriser la parole des personnes concernées

### 1. Travail préparatoire

Des documents vous sont adressés avant chaque réunion afin de vous permettre de préparer au mieux la séance.

### 2. Première réunion (février 2019)

- Tour de table rapide
- Rappel des attendus du groupe de travail et des règles de fonctionnement
- Demande de désignation de deux rapporteurs (en vue des Etats généraux des personnes concernées)
- Enoncé synthétique par chaque participant des **2 difficultés/opportunités** repérées au sein de la thématique qu'il juge le plus indispensable de traiter, en s'appuyant sur les critères énoncés au point II
- Vote sur les propositions (3 choix par participant)
- Discussion sur les 4 à 5 propositions ayant obtenu le plus de voix.

Les éléments issus de cette première réunion feront l'objet d'un retour au Comité de pilotage du PTSM, qui se réunit le 8 mars.

### 3. Seconde réunion (mars 2019)

- Transmission des observations du Comité de pilotage du 8 mars (le cas échéant)
- Synthèse des propositions retenues en 2 à 3 axes de progrès et approfondissement de l'argumentation.

### 4. Etats généraux des personnes concernées

Des Etats généraux des personnes concernées seront organisés en avril prochain à Lyon. Lors de la journée du **5 avril**, les rapporteurs de chaque groupe seront amenés à présenter et discuter avec les personnes concernées leurs propositions d'axes de progrès.

**MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION**

## ANNEXE 4/ Grilles de synthèse des groupes de travail

Les 7 groupes de travail	
GT 1 A	Repérage précoce et accès aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles (enfants et adolescents)
GT 1 B	Repérage précoce et accès aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles (adultes)
GT 2	Parcours orientés rétablissement et inclusion sociale
GT 3	Accès à des soins somatiques adaptés aux besoins
GT 4	Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence
GT 5	Promotion des droits des personnes, renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et lutte contre la stigmatisation
GT 6	Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

## GT 1 A : Repérage précoce et accès aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles (enfants et adolescents)

Constats	Leviers	Actions					
"Tout ne doit pas être psychiatriqué". Il convient de prendre en compte l'environnement de l'enfant : psychoéducation, accompagnement de la parentalité.	La psychiatrie publique manque de moyens pour remplir toute la mission de prévention qui lui incombe alors que la prévention est un soin	Difficultés d'avoir des réponses rapides (offre de soins, accompagnement...) aux difficultés signalées par la famille	Les CMP ont du mal à répondre aux besoins du territoire (délais très importants, priorisation de la file active)	Reconnaissance du temps nécessaire pour une bonne articulation des dispositifs	Lourdeur administrative qui freine l'accessibilité des parcours	Les psychologues libéraux ne sont pas remboursés	les politiques des financements sont cloisonnées et les moyens n'arrivent pas forcément aux dispositifs ciblés
Addiction = symptôme	Les temps infirmiers en CMP sont de plus en plus restreints	Difficultés d'orientation pour les jeunes après la Maison des adolescents (MDA)	Nécessité d'une réponse politique pour obtenir des moyens	Non prise en compte de l'évolution de la société (afflux de migrants avec psychotraumatismes, éducation des enfants dépendants rapidement des écrans...)	Soutenir la protection de l'enfance et développer les moyens (agir sur la discontinuité, la multiplicité des lieux d'accueil)	Déstigmatiser la santé mentale (à l'instar des autres campagnes de santé publique comme la lutte contre le cancer) car la handicap psychique est méconnu et mal considéré	Donner des modalités de réponses plus claires, mieux articulées, décloisonnées (avec l'appui d'indicateurs d'efficacité)
Eviter les ruptures de parcours ; fluidifier les parcours et les rendre lisibles	Travailler sur les parcours et les fluidifier, repérer les périodes de vulnérabilité et apporter des réponses adaptées (ex. : places de crèches...) et	Manque de relais et d'accompagnement pour les familles avant la situation de crise	Améliorer la connaissance et la formation des professionnels des crèches, des écoles, du milieu scolaire afin qu'ils puissent repérer les comportements problématiques et orienter vers les professionnels compétents	Organiser les missions des acteurs aux signaux d'alerte	Développer la prévention très précoce	Recentrer les missions de la psychiatrie : réfléchir aux missions du CMP, déléguer certaines missions en terme de prévention y compris pour créer les liens avec les partenaires (recréer des dispositifs avec des moyens : guidance parentale)	Développer et améliorer l'offre de périnatalité sur chaque territoire car les familles sont captives (équipes mobiles de périnatalité en complément de la PMI)
Lutter contre l'engorgement dans tout le gradient de la prise en charge : articuler avec le secteur libéral	Améliorer et préserver la scolarité tout au long du parcours de soins (ex. maternelles thérapeutiques, classes passerelles, soins études des 12-	Permettre aux usagers et aux familles d'accéder au diagnostic mais aussi accompagner les acteurs dans l'annonce du diagnostic	Organiser la réponse à des situations d'urgence / saturation des dispositifs (guichet ?)	Veiller à prévenir l'épuisement des professionnels	Faire évoluer les modes d'accompagnement par le biais de recherche action et ouvrir l'offre de modalités d'accompagnement innovantes	Développer les partenariats et la régularité des liens entre les acteurs (PMI, psychiatrie...)	Remettre de la prévention dans le scolaire, PMI, assistantes sociales (missions qui se sont déportées)

Renforcer la connaissance des missions de chacun (début et fin de prise de charge, périmètre, moyens) des structures et des dispositifs et les partager,	Développer les interventions spécifiques et adaptées lors de l'entrée dans la maladie	Organiser, améliorer l'écoute, l'annonce du diagnostic aux parents	Pour les adolescents, décroiser les prises en charge en CMP	Faciliter l'accès aux soins pour les jeunes avec autisme		Développer la pair-aidance (savoir vers qui se tourner, soutenir, partager les difficultés, fil rouge), ex. association Mamans Blues, groupes de paroles de familles	Cartographier les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour mieux les connaître, les différencier et ainsi, faciliter l'articulation (tant pour les professionnels que pour les usagers)
Développer l'attractivité des postes	Pour les SESSAD, travailler avec les crèches et avec la PMI	Soutenir la formation des professionnels des écoles et des crèches et leur donner les moyens de faire de la prévention	S'enrichir des retours d'expériences d'organisation des dispositifs et des compétences des autres pays (tels que les travailleurs sociaux et ou infirmiers en 1ère ligne au Canada) et rechercher des solutions innovantes	Dans une cohérence de territoire, redonner à chaque acteur du parcours les moyens et le sens de sa mission initiale, tout en permettant la souplesse des dispositifs.		Identifier et développer le case management / référent de parcours pour coordonner les accompagnements, les partenaires et les prises en charge	Développer les CLSM sur chaque territoire, levier incontournable pour lutter contre la stigmatisation et coordonner les acteurs.
Améliorer l'accès aux CMP : accès et prise en charge des soins réguliers	Retisser les liens et le maillage entre les acteurs du territoire afin de retrouver une véritable cohérence de territoire	Soutenir les accompagnements des PAEJ et les articuler	Lutter contre l'exclusion précoce des enfants dans le milieu scolaire	<b>Sigles :</b> CMP : centre médico-psychologique CLSM : conseil local de santé mentale PAEJ : point d'accueil écoute des jeunes PMI : Protection maternelle et infantile SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile		Encourager les mises en place d'infirmiers en pratiques avancées ( <i>projet de master sur Lyon</i> )	

Repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic, l'accès aux soins et aux accompagnements					
Priorisation des préconisations du GT 1 :					
AXES	RAPPELS DES CONSTATS	PRECONISATIONS	Faisabilité (de 1 à 5 : 1 facile, 5 particulièrement difficile à mettre en œuvre)	Utilité directe en termes d'effet pour les usagers (de 1 à 5 : 1 pour utilité modérée, 5 pour utilité majeure)	Criticité : faisabilité X impact
		<b>Précocement</b>			
Développer les prises en charge précoces	Repérage de mieux en mieux réalisé et qui se fait plutôt bien (formation des professionnels de crèche, de l'éducation nationale). La difficulté réside dans la prise en charge trop tardive après le repérage. Il est à noter que la prise en charge précoce ne s'entend pas qu'en terme d'âge mais aussi en apparition des troubles	Faciliter la fluidité des prises en charge à l'issue du repérage en optimisant les outils existants pour faciliter les prises en charge précoce : entretien parentalité, entretien prénatal, accompagnement PMI (protection maternelle et infantine) à domicile, pesée en PMI, Maison des adolescents, Point accueil écoute jeunes...). Une attention particulière est à porter aux âges "sensibles" (entrée maternelle, entrée primaire, adolescence).	3. (recentrage des outils)	5	15
Développer la prévention précoce		Proposer une offre de périnatalité sur chaque territoire	3	5	15
Améliorer le soutien aux familles (parents, fratries) et mieux les associer aux parcours en s'appuyant sur leurs compétences	L'expertise des familles et des fratries est un levier pour faciliter les prises en charge	Mettre en place des des maisons des parents (outil d'information, d'accompagnement des familles, guidance parentale, groupe de parole, ...) . Améliorer l'annonce du diagnostic. Développer la psychoéducation, développer la pair aidance familiale et, plus largement, la pair aidance au profit des personnes concernées.	3	5	15
Améliorer la connaissance des dispositifs	Les dispositifs existent mais ne sont pas connus.	Création de deux guides (un à l'attention des professionnels, l'autre à l'attention des personnes concernées) répertoriant les structures et les dispositifs existants, leurs missions, leurs articulations et leurs modalités d'accès (dispositifs associatifs, sanitaires, sociaux, et médico-sociaux pour mieux les connaître, les différencier). S'appuyer sur les modèles existants comme "Comprendre pour mieux agir" de la HAS (Haute autorité de santé) et le guide en santé mentale de la parentalité de la CAF (Caisse d'allocation familiale) et les modèles déclinés au niveau national.	2. (recours à des étudiants)	5	10
Articuler les dispositifs	Manque d'articulation entre les dispositifs.	Recentrer les dispositifs sur leurs missions pour une meilleure articulation du parcours des personnes, veiller à une gradation des prises en charge et éviter les ruptures, organiser l'urgence (tout ne doit pas être "psychiatrisé" !)	4	4	16

Articulation, soutien, accompagnement					
Développer et favoriser le case management	Besoin de coordonner les accompagnements, les partenaires et les prises en charge	Identifier et développer un case manager / référent de parcours	3	5	15
Améliorer l'accès aux dispositifs de soins, éviter les ruptures de parcours et soutenir les dispositifs innovants		Développer les <b>dispositifs</b> (type PCPE/pôles de compétences et de prestations externalisées) <b>innovants sans notification permettant au plus grand nombre d'accéder aux soins</b> (ex. Cellule d'accompagnement pluridisciplinaire expérimental, dispositif NINA) (temps de psychologues, orthophonistes, libéraux...), permettant d'accéder aux soins, au médico-social. Mise en place des Infirmiers de pratiques avancées ?	3	5	15
Améliorer la lisibilité des places en ESMS, critères de priorisation	Les listes d'attente sont chargées ; certains usagers sont inscrits sur plusieurs listes.	Outil ViaTrajectoire en attente de déploiement. Envisager des critères de priorisation pour les SESSAD par exemple.	1	4	4
Améliorer l'accès aux dispositifs de soutien à la scolarisation		Préserver la scolarisation . Classes études 16/25 ans	2	5	10

La personne et les autres					
Développer les CLSM		Installer des CLSM sur chaque territoire, pour faciliter une démarche globale et décloisonnée. Démarche orientée vers la citoyenneté, le vivre ensemble.	3	3	9
Destigmatiser la maladie mentale	Destigmatiser la santé mentale car le handicap psychique (à tous les âges) est méconnu et mal considéré	Organiser des campagnes à l'instar de la lutte contre le cancer	2	5	10
Développer "l'aller vers"	Des zones du territoire ne sont pas équipées de dispositifs. Ces mêmes zones ne disposent pas forcément de transports en commun assez étoffés pour permettre à sa population de se rendre sur des zones mieux couvertes	Développer les initiatives de <b>dispositifs itinérants</b> de prévention et d'accès aux soins, facilitant "l'aller vers" (équipes mobiles,PAEJ, bus itinérant, paej itinérant...); développer la télémédecine et la téléconsultation; développer l'accès via les réseaux sociaux sécurisés (expérimentation PAEJ)	4	5	20
professionnels et pratiques professionnelles					
Codifier l'activité des actes de prévention, de coordination, de réseau.	L'activité liée à la prévention, à la coordination, à la gradation des situations particulièrement celles relevant des cas complexes - n'est pas codée. Le travail administratif s'alourdit (les dossiers de demande sont de plus en plus long à remplir bien qu'il est à noter que la MDPH délivre des notifications plus longues pour alléger le même travail).	Permettre la valorisation de ces actes afin d'inciter et de favoriser le <b>travail en réseau et la coordination (temps de synthèse où tous les partenaires doivent être présents)</b>	2	4	8
Accompagner les professionnels en terme de formation et afin d'éviter l'épuisement professionnel. Développer les référentiels métiers et ainsi participer à l'attractivité des postes		Développer des référentiels métiers afin que les professionnels intègrent et enrichissent leurs pratiques et valorisant leur expertise (ex : Projet START - système territorial d'accès à des ressources transdisciplinaires). Veiller à l'attractivité des postes. Lutter contre l'épuisement professionnel grâce à la formation.	2	5	10
Encourager, soutenir et décliner les nouvelles approches.	Littérature fournie	Encourager et soutenir ces nouvelles approches : développer la socio-cognition, l'entraînement aux habiletés sociales précoces (temps de neuropsychologue). S'enrichir des retours d'expériences d'organisation des dispositifs et des compétences d'autres pays.	4	5	20

**GT 1 B : Repérage précoce et accès aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles (adultes)**

Améliorer les capacités de repérage dans la communauté et les capacités de réponse des professionnels de 1ère ligne	Améliorer le partenariat médecins généralistes-psychiatres	Améliorer l'efficacité de l'accès aux soins		Mettre en place la prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques conformément aux bonnes pratiques	Permettre l'accès effectif à la psychiatrie de secteur des personnes les plus éloignées du soin/les plus à risque de rupture	Prendre en compte les besoins particuliers de certains publics
Déploiement du programme "premiers secours en santé mentale" Dispositif sentinelle et référent dans les établissements scolaires et universitaires	Avoir un dispositif de soutien de la psychiatrie aux médecins généralistes (avis sur initiation d'un traitement par ex.) avec réponse rapide, dans le cadre de dispositifs globaux ou territorialisés Ex : - création d'une plateforme territoriale téléphonique et télémecine public/privé - adresse mail dédiée avec réponse sous 48 h (pôle Centre CH Vinatier)	Mobilité des équipes vers les familles, les personnes Un levier organisationnel pour favoriser l'engagement dans les soins (yc avec pairs aidants)	Recours à la télémédecine (téléconsultation) pour baisser les barrières à l'accès (culturelles, géographiques..) et accélérer la prise de décision + permettre l'accès au médecin dans les ESMS	Prises en charge précoce des épisodes psychotiques Constat de l'impact de la complexité et du traumatisme pour les personnes et les familles : les 3 premières années sont à plus fort taux de suicide, 600 nouveaux cas par an, méconnaissance des possibilités de rétablissement, méconnaissance de possibilité de réhabilitation Prises en charge précoces déployées à l'étranger : soins coordonnés et intensifs centrés sur la personne avec forte accessibilité territoriale (dispositif sur des territoires de 300 000 hab environ)	Réviser les règles de sectorisation pour que le suivi ambulatoire des SDF/migrants sans domicile stable se fasse en proximité du lieu de vie	Jeunes 16-25 ans migrants : besoin d'expertise (multiples traumatismes, carences affectives....) - comment récupérer les possibilités d'un développement ?
Développer le soutien partenarial de la psychiatrie aux professionnels de 1ère ligne Ex, Ecoute infirmier de soutien aux équipes d'EHPAD et d'ESMS - travail de maillage sur les lieux de vie - travail avec les professionnels qui peuvent signaler les premières difficultés - réunions de concertation partenariales - transfert de compétences  Soutien partenarial de la psychiatrie aux médecins généralistes	Améliorer la formation des médecins généralistes à la prise en charge des troubles psychiques : engagement des psychiatres dans la formation médicale continue des médecins généralistes, formations conjointes, réunions d'analyse de cas cliniques	Créer une plateforme d'orientation ? Un numéro unique d'accès ?  Réponse rapide aux demandes/alertes quelle qu'en soit l'origine (patient, famille, ...)  Attention particulière pour alertes de l'entourage concernant des personnes au domicile non connues de psychiatrie	Généraliser les modalités d'organisation des CMP facilitant la réponse aux 1ères demandes (accueil infirmier, créneaux d'urgence, créneaux nouveaux patients pour tous les professionnels...) Cf. Organisation CMP Tarare		Avoir des règles de sectorisation pour que les personnes en ESMS soient sectorisées sur leur lieu de vie, et non sur leur domicile de secours	Vraie difficultés pour les publics jeunes sortant d'ASE - population à multiples risques (trauma précoce, ..), ayant intériorisé le fait d'être "sans voix", arrivent en crise en psychiatrie publique
Créer un annuaire des ressources consultable et à jour, des arbres décisionnels et plaquette pour expliquer qui fait quoi		Redimensionner les moyens extrahospitaliers des secteurs en tenant compte de la réalité sociologique des territoires	Proposer des outils numériques interactifs pour permettre aux jeunes d'évoquer leurs difficultés et d'échanger avec une équipe		Réviser les règles de sectorisation/fonctionnement des CMP pour permettre l'accès effectif au suivi ambulatoire de droit commun (CMP) des personnes SDF et migrantes, notamment en relais de l'EMPP	Améliorer l'accès à l'interprétariat (équipes de pairs ??)
		Développement de la pair aidance comme levier d'accès aux soins pour les personnes avec pb d'engagement dans les soins	Développer l'accessibilité à des prises en charge courtes	Attention particulière pour les territoires à la démographie médicale fragile (médecins généralistes et psychiatres) et à faible densité de population (ex. nord du département)		

Améliorer l'accès à des accompagnements adaptés aux jeunes (modèle de prévention du handicap, développement des capacités)			Développer les capacités des personnes à être actrices de leur parcours et de leur santé		Bonnes pratiques professionnelles
Inadaptation de la notion de handicap pour les personnes jeunes : quel modèle penser ? Accès aux services sans reconnaissance CDAPH ?	Se préoccuper d'emblée du maintien/accès au travail-études, ne pas se concentrer uniquement sur l'hébergement	Développer une offre médico-sociale ambulatoire spécifique pour le public jeune (ex. 10 places AAP FAM), adaptée à leur niveau cognitif (plus élevé que pour public plus âgé) et facilitant la réalisation du projet de vie (travail..)	Prendre en compte la situation des personnes : par ex, les études/passage d'un examen, adapter le soin en conséquence, échange et co-construction. Ne pas ajouter des obstacles à ceux de la maladie	Importance du partenariat patient-soignant : posture collaborative dès l'entrée dans la maladie : information sur les différents soins possibles et prise en compte des préférences de la personne	Renforcer la formation au diagnostic et à la prise en charge du psychotraumatisme
Utiliser les possibilités de mutualisation de la PCH pour construire solutions innovantes correspondant aux choix de vie de ces personnes- Condition : partenariat avec la psychiatrie (réactivité/flexibilité) pour sécuriser le volet soins.	Développer l'accès au modèle IPS (individual placement and support = working first), efficace quand on y accède très précocément	<b>AXES TRANSVERSES PTSM</b>  Pérenniser l'implication des personnes concernées à travers le Collectif des personnes concernées  Accompagner les structures à intégrer les personnes concernées concernées dans une relation de collaboration	Pouvoir évaluer les médecins sur qualité écoute et dialogue/ qualité des soins et compétence dans le service	Développer l'accès à la psychoéducation	Sigles : AAP : appel à projet ASE : aide sociale à l'enfance FAM : foyer d'accueil médicalisé ESAT : établissement et service d'aide par le travail CDAPH : commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
Privilégier les choix des personnes en faveur d'un logement autonome	Améliorer l'accès aux accompagnements pour les jeunes sortant d'ASE (dispositifs médico-sociaux accessibles à 20 ans sauf ESAT 18 ans), contrat jeune majeur tend à concerner les jeunes les moins en difficulté => "perte" des situations les plus lourdes		Développer la pair aideance par des patients rétablis, formés, mobilisant leur savoir expérientiel	Travailler la confiance/l'estime de soi/le droit et la capacité à faire des choix de manière prioritaire chez les jeunes à la rue	IPS : Individual placement and support MDMPH : maison départementale et métropolitaine des personnes handicapées PCH : prestation de compensation du handicap EMPP : équipe mobile psychiatrie et précarité
Améliorer les dossiers MDMPH des jeunes adultes 16 - 25 ans dossiers très mal remplis - peu de référents (notamment sortant d'ASE)	Réduire les barrières à l'accès (ex. stages, modèles "en escalier"..) et favoriser les modèles d'accès direct ou avec une faible conditionnalité		GT 2 Difficulté de relais entre secteurs enfants et adultes MDMPH	Psychoéducation des familles	CMP : centre médico-psychologique ESMS : établissement social et médico-social

## GT 2 : Parcours orientés rétablissement et inclusion sociale

Développer la pair-aidance pour permettre le maintien de l'espoir/ une visée de rétablissement dès l'entrée dans la maladie		
Dans le Rhône, il existe très peu de pair-aidants professionnels aujourd'hui (dont une seule médiatrice de santé paire)	Développer la pair-aidance professionnelle dans les services -soins et accompagnement - dès l'entrée dans la maladie (notamment pendant l'hospitalisation)	Renforcer la veille mutuelle par les pairs (au sein des GEM et du ClubHouse) : "la pêche aux nouvelles"
Soutenir les pairs-aidants dans leur parcours pro : - Systématiser la formation, le tutorat, l'analyse des pratiques - Formaliser un référentiel de missions et compétences + un statut professionnel - Inscrire les pairs-aidants dans un travail en réseau/communauté de pratiques	Permet une indépendance vis-à-vis des structures de soins et horizontalité dans les relations entre professionnels et pair-aidants)	Créer des structures indépendantes de pair-aidants salariés proposant des interventions dans les établissements sanitaires, sociaux, MS (expérimentation d'Entrelis sur Grenoble : convention avec EPSM pour interventions au sein de l'hôpital.
Accompagner l'évolution des représentations : former les professionnels au travail avec un pair aidant professionnel en amont (Outils: observatoire de la pair-aidance, Relais Ozanam)		
<p>Sigles :</p> <p>CMP : centre médico-psychologique</p> <p>CRR : centre ressource réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive</p> <p>MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (personnes âgées dépendantes)</p> <p>TSA : troubles du spectre autistique</p>	<p>ASE : aide sociale à l'enfance</p> <p>IDE : infirmier diplômé d'Etat</p> <p>ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique</p> <p>IME : institut médico-éducatif</p> <p>IFSI : institut de formation aux soins infirmiers</p> <p>CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale</p>	<p>SPHEL : santé psychique, hébergement et logement</p> <p>EPSM : établissement public de santé mentale</p>

Faire des familles des acteurs du parcours de rétablissement ("réservoir" de compétences à activer et valoriser)	
Développer le travail avec les familles en tant que parties prenantes du parcours de rétablissement	Créer dans les CHS une salle dédiée aux rencontres familiales (adaptée aux enfants en bas-âge)
Soutien aux familles : prescription précoce et systématique de l'aide aux aidants, programme BREF, programmes de psychoéducation (prévient les réhospitalisation)	Organisation du répit pour les familles et aidants => accès à la maison du répit de Tassin (Métropole)

Développer des parcours coordonnés entre acteurs articulant les compétences de chacun autour du projet de vie de la personne		
Développer les outils d'interconnaissance, d'analyse et de décision partagées, de diffusion des bonnes pratiques	Repenser les parcours en termes de complémentarités d'interventions d'acteurs qui se coordonnent autour du projet de la personne	Développer la fonction de coordinateur de parcours, garant du projet de la personne (coordination opérationnelle)
Appui sur les CLSM et les instances SPHEL pour maintien dans le logement, acculturation des professionnels et évolution des pratiques	Caractère sous-optimal des parcours pensés sur un modèle successif (hospitalisation => CMP => réhab=> médico-social) : générateur de ruptures de parcours, temporalité étirée, pertes de chance	Importance de l'articulation des acteurs en vue du rétablissement et pour éviter les ruptures de parcours Coordination de parcours concerne aujourd'hui seulement le médico-social
Cartographie de l'existant pour une connaissance plus fine des dispositifs et élaboration d'arbres décisionnels	Pas de parcours possible sans la présence du soin	Construire un profil de case-manager en santé mentale et définir le positionnement et la formation adaptés
Avoir des modalités définies et connues d'interpellation des acteurs et de traitement des situations de difficultés de maintien dans le logement pour des personnes en rupture de soins	Modèle de parcours coordonné visant le rétablissement = combinaison de : - Logement - Accompagnement social - Interventions de soins - Respect des choix de la personne - Réduction des barrières à l'accès	S'inspirer du modèle MAIA : 2 niveaux de coordination: opérationnelle (gestion de cas) et stratégique (travail en réseau) --> accent sur le travail de terrain auprès de la personne --> aujourd'hui pour les cas "critiques"
Former les professionnels aux dispositifs existants	Exemple de co-accompagnement CMP/social : 4 places sur CHRS Riboud de Lhasso - mutualisation des compétences, travail conjoint dans une optique gagnant-gagnant	
Développer les formations conjointes entre professionnels de différents champs Former les travailleurs sociaux à la compréhension des troubles psy		

Développer les pratiques qui soutiennent le rétablissement personnel			
Développer l'accès précoce et en proximité à la réhabilitation psychosociale (en prévention du handicap)	Développer la formation des professionnels aux pratiques orientées rétablissement, évaluer le niveau d'appropriation de ces pratiques	Permettre aux personnes d'être en situation de co-construire leur parcours et de développer leurs compétences pour gérer leur parcours de santé et	Accès systématique à la psychoéducation pour être acteur de sa santé
Application de l'instruction DGOS de janvier 2019	Projet personnalisé co-construit	Développer la formation des professionnels aux stratégies motivationnelles (entretiens motivationnels...) et à la valorisation des compétences et du	Plan de crise/directives anticipées élaboré avec les patients dès la 1ère consultation
Intégrer la formation aux pratiques orientées rétablissement/réhab dans la formation des professionnels (IFSI)	Traitements respectant les recommandations (monothérapie, dose minimale efficace) pour ne pas entraver les capacités (à travailler, à avoir une vie sociale...)	Soutenir l'activité des GEM et du ClubHouse, facteurs de réhabilitation en tant que citoyen, retour en activité, soutien mutuel...	Décloisonnement
Communiquer sur la réhabilitation auprès des patients et des familles	Fin des hospitalisations longues en psychiatrie (plus de quelques mois)	Avoir des parcours de réhabilitation sans rupture entre les soins et les modalités de transfert des acquis dans la participation sociale : développer la complémentarité des interventions sanitaires, sociales et médico-sociales autour des parcours de réhab	Mettre l'accent sur le soutien aux fonctions cognitives (mémoire...)
Proposer aussi un accès à la réhab aux enfants ayant des troubles cognitifs (pédopsychiatrie s'approprierait les outils de la réhab avec possibilité de liens avec le CRR. Existence à Montpellier sur TSA auprès de familles)	Personnes vieillissantes: enjeux en terme de maintien à domicile, etc.		

Avoir une continuité et une adaptation de l'intensité du suivi en fonction de l'état de la personne pour éviter les ruptures		
Poursuivre le développement de l'offre psychiatrique ambulatoire Suivi ambulatoire rapproché obligatoire en sortie d'hospitalisation	Développer les modalités de prise en charge ambulatoires intensives en cas de crise	Développer des modalités particulières pour les zones à fort risque de rupture : 16-25 ans (sortie ASE, sortie dispositif ITEP et IME...), sortie de prison
Volet territorial Egalité d'accès quel que soit le lieu de vie	Absence de relais de soins en CMP après hospitalisations de plusieurs mois	Organiser le repérage et le suivi de ces populations
Relais CMP => médecins généralistes (mieux formés) pour les personnes stabilisées --> désengorgement des CMP.	Développer l'hospitalisation à domicile en substitution de l'hospitalisation ou en sortie d'hospitalisation	Exemple : action pilote en addictologie portée par GH portes du sud : intervention à domicile pendant 1 an par IDE et éducateur de patients à risque de rechute
		Maintenir les personnes dans un parcours de soins en sortie de détention : amener vers le CMP + accompagnement social

Développer l'accès à l'emploi et au logement en privilégiant les choix des personnes et en soutenant les solutions innovantes				
Développer les modalités innovantes de soutien à l'accès à l'emploi	Développer les modalités d'accompagnement dans le logement, en misant sur l'innovation	Développer la palette de réponses tout en mettant l'accent sur le logement autonome et le travail en milieu ordinaire		
Sous-estimation de la capacité à travailler Travail comme déterminant majeur de l'estime de soi Délais d'accès ESAT/EA trop longs et revenus insuffisants	Risque si l'accès au logement n'est pas étayé par un accompagnement Délais de mobilisation SAVS/SAMSAH	Sensibilisation aux troubles psychiques des acteurs de la Cité/employeurs en vue de déstigmatisation	Lien des personnes concernées avec les médecins	
Développer l'accompagnement à l'emploi en milieu ordinaire en renforçant le job coaching et emploi accompagné (articulation avec interlocuteurs de la personne pour accompagnement dans sa globalité, projet dans la durée et la continuité)	Développer de nouvelles places en SAVS	Développer le recours aux baux glissants, logements diffus...	Développer le partenariat patient-soignant (psychiatre notamment) Relation moins verticale et fondée sur l'écoute des souhaits et des besoins	Psychoéducation pour que la personne se sente en droit d'interpeller le médecin
S'inspirer du modèle anglo-saxon : privilégier un accès direct au travail / logement souhaité, sans passer par des étapes intermédiaires qui sont autant d'obstacles, même si les conditions optimales ne semblent pas complément réunies	Développer des modalités innovantes d'étayage de la personne en dehors des SAVS (ex. PCH mutualisée) : sous condition de suivi psychiatrique ambulatoire	Avoir une palette de solutions, du logement collectif au logement autonome, et co-construire avec la personne celle qui correspond à ses souhaits	Evaluer les médecins et les services sur la qualité des prises en charge par les proches et les patients	Evaluation du niveau d'appropriation des pratiques orientées rétablissement (ex. observatoire du rétablissement)
Développer l'accès à des formations professionnalisantes/diplômantes (ex. Messidor, formation par unité de valeur)	Modéliser et développer des dispositifs innovants	Existence d'un public psychotique vieillissant en panne de parcours faute de solution		
Développer des dispositifs de "mise à l'emploi" dynamiques : plates-formes de repérage et de mise à l'emploi (intégrant les acteurs de la réhab), parcours dynamique d'accès au contrat de travail de droit commun pour générer un flux et raccourcir les délais		Développer les partenariats psychiatrie/social ou médico-social pour l'accès et le maintien dans le logement : intervention conjointe de professionnels avec délimitation des missions de chacun		
Accompagner le monde du travail dans la déconstruction des représentations sur les troubles psychiques => actions de destigmatisation auprès des employeurs	Développer l'innovation sociale en mobilisant des financements privés			

## GT 3 : Accès aux soins somatiques

Rendre les personnes actrices de leur santé		Faciliter l'accès des personnes avec troubles psychiques à un médecin traitant	
Renforcer la capacité d'agir des personnes : un levier pour lutter contre les freins culturels à la transmission d'information entre psychiatrie et médecine générale	Développement de la psychoéducation et de l'éducation à la santé : connaître sa maladie, impact des consommations de drogues, comment se maintenir en bonne santé physique et mentale, connaître l'importance des dépistages (cancer du sein , colorectal...)	Exemple du dispositif CORESO (Vinatier) : Présence d'un médecin généraliste au CMP, qui accompagne vers un médecin traitant les patients qui en sont dépourvus : en 3 ou 4 séances, démarche éducative, screening complet des pathologies somatiques, identification du médecin traitant souhaité (préférences du patient prises en compte). Information du MG sur les pathos psychiatriques et numéros d'appel vers psychiatrie (engagement de retour vers le MG au moins une fois par an) Permet de répartir la population sur l'ensemble des médecins généralistes	
Intégrer la famille comme ressource et appui pour les personnes	Développement de la pair aideance en appui de l'accès à la santé somatique	Mettre à disposition en CMP une liste de médecins généralistes	Développer le recours à la téléconsultation (notamment pour personnes en ESMS)
	Développer la désignation d'une personne de confiance	Rapprocher santé mentale et médecine générale : médecin psychiatre en centre de santé, locaux communs CMP/ centre de santé ou maison de santé pluriprofessionnelle	
Améliorer la prise en charge des personnes ayant des troubles psychiques dans les services MCO et aux urgences générales		GT 3 Accès aux soins somatiques	
Non prise en compte de la plainte somatique, en particulier aux urgences : conduire actions de formation et de lutte contre la stigmatisation des professionnels des SAU et de services de soins	Créer une unité médico-psychiatrique pour traiter les décompensations psychiatriques et somatiques aiguës / développer les prises en charge partagées psychiatre/somaticien	Attention particulière pour jeunes 18-25 ans en rupture	
Améliorer la transmission d'information sur les traitements pris et la possibilité de recours à un avis psychiatrique lors d'une prise en charge en service somatique (intervention chirurgicale...)	Orienter les actions des SISM en direction des professionnels des hôpitaux généraux		
		<p>Sigles :</p> <p>CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé</p> <p>DMP : dossier médical partagé</p> <p>EMDR : eye movement desensitization and reprocessing</p> <p>IDE : infirmier diplômé d'Etat</p> <p>MG : médecin généraliste</p> <p>SAU : service d'accueil des urgences</p> <p>SISM : semaine d'information en santé mentale</p>	

Développer le suivi partenarial médecin généraliste/psychiatre		
Reconnaissance du rôle des MG en tant que responsables de la synthèse de toutes les prises en charge : doivent savoir quels traitements psychiatriques sont prescrits à leurs patients et être informés des effets de ces traitements (gestion des effets indésirables somatiques, prévention des interactions médicamenteuses..)	Définir la maille adaptée pour une démarche collective de coordination professionnelle psychiatrie/médecine primaire (partage de protocoles...) Pas au-delà de 100 000 hab (CPTS / question du recoupement de territoire secteur psy/soins primaires)	Développer le recours aux outils à disposition : messagerie régionale SISRA (utilisée par 70 % des MG), téléconsultation et téléexpertise à partir des structures d'exercice regroupé
Appui sur la charte de partenariat médecin généraliste /psychiatre	Développer les visites conjointes à domicile MG/psychiatre/IDE	Faciliter la participation des MG aux CLSM (fonctionnement pas adapté aux libéraux)
Systématiser l'envoi du patient chez son médecin traitant en sortie d'hospitalisation psychiatrique	S'appuyer sur le DMP et sur le développement des missions de service public des pharmaciens d'officine	Développer les réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) somatique/psychiatrique Ex. : participation d'un professionnel du CMP aux RCP des MSP et centres de santé ( 1 RCP mensuelle sur les cas complexes)
Enfants avec pathologie somatique grave : développer la coordination entre les CMP de psychiatrie infanto-juvénile et les services somatiques spécialisés	Utiliser le case-management en soutien	Améliorer la transmission d'information au MG sur les prises en charge somatique réalisées lors d'une hospitalisation en psychiatrie
GT 1 : interroger les modalités d'organisation des CMP pour répondre rapidement à la demande	GT 1 : Développer les dispositifs de soutien de la psychiatrie aux médecins généralistes (conseil sur mise en place du 1er traitement, 1er rendez-vous IDE..) : ex. dispositifs de soins partagés existant à Versailles et Toulouse	GT 1 : améliorer la prise en compte par SOS médecins des appels des travailleurs sociaux
GT 1 : avoir recours à des professionnels de soins intermédiaires (pour 1er accueil, et psychoéducation)	GT 1 : Interroger la durée des suivis en psychothérapie pour désenclaver le système / développer les thérapies brèves (ex. EMDR, hypnose, thérapies interpersonnelles...)	GT 1 : Amélioration de la formation des médecins généralistes aux troubles psychiques : formations conjointes, réunions d'analyse de cas cliniques... + postes d'interne de médecine générale en services de psy

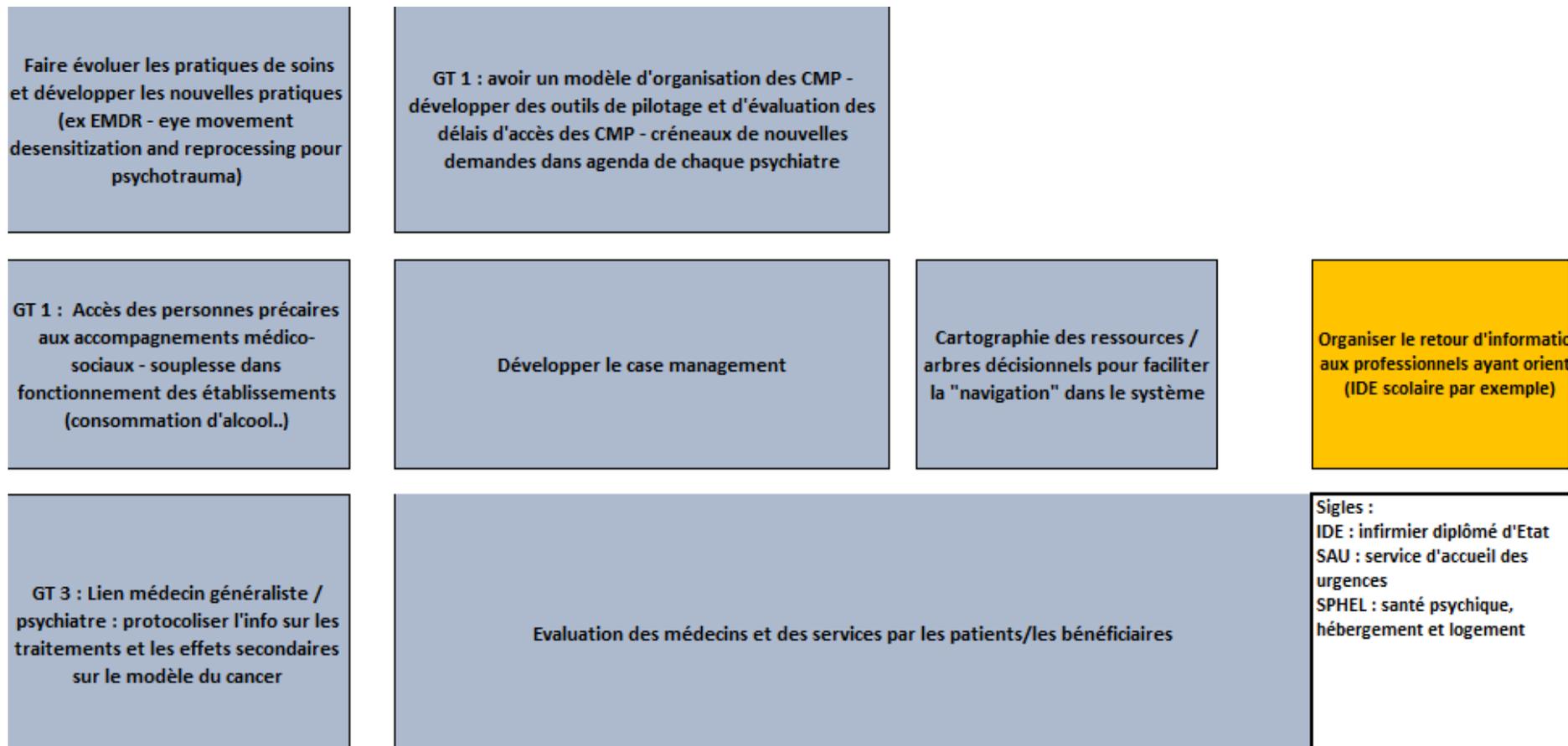
Développer l'accès aux soins dentaires
Développer l'accompagnement vers un cabinet dentaire à partir des CMP ("CORESO" dentaire)
Faciliter l'accès au dispositifs Handiconsult et aux fauteuils dentaires des établissements

Mettre au service de la santé mentale les dispositifs de soutien à la médecine générale
Utiliser les infirmiers de santé publique Asalée pour l'éducation thérapeutique des personnes avec troubles psychiques

## GT 4 : Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence

Mettre en place un dispositif global d'observation et d'évaluation de la mise en œuvre du PTSM (objectifs et indicateurs partagés de résultat pour les personnes concernées)			
Objectif global : diminuer le recours à l'urgence et à l'hospitalisation en urgence (génère une perte d'estime de soi, accélère la désinsertion, consomme des ressources importantes)			
Développer les capacités des personnes à connaître et gérer leur maladie/ anticiper et gérer la crise - empowerment	Prévenir les crises (travail en amont)		
Développement de la psychoéducation (à distinguer : information, formation, techniques de psychoéducation ; plusieurs cibles : grand public, professionnels, personnes concernées)	Développer l'appui sur les capacités de la société : formation de sentinelles repérage de la crise suicidaire, formation initiale et formation continue des professionnels intervenant auprès des personnes ou à domicile (pharmaciens, kiné...), formation aux premiers secours en santé mentale (gardiens d'immeubles, bénévoles des restos du cœur...)	Généraliser les dispositifs de veille et d'analyse conjointe des signalements (CLSM, instances SPHEL...) Appui au repérage et au décryptage des situations (notamment : caractère psychiatrique ou non)	Modifier les règles de sectorisation pour les personnes précaires/à la rue : font qu'elles n'ont accès aux soins qu'en urgence
Développement l'élaboration de plans de crise conjoints	Adopter une charte commune des patients accueillis en CMP : - politique formalisée d'aller vers et de "réintégration" des perdus de vue dans le soin - définition de coupe files - accueil des demandes non formulées par le patient - mobilité à domicile - Contact avec passage aux urgences..	Organiser et/ou généraliser des dispositifs "d'aller vers" réactifs répondant de manière mobile aux alertes de l'entourage (familles, bailleurs..) pour les patients connus et non connus Objectif : amener ou ramener la personne vers les soins sans attendre l'urgence (perte de temps et de chance)	Organiser le répit pour prévenir l'usure des familles et des professionnels : - Mise en place de dispositifs de répit (dont hospitalisations séquentielles de répit) - Organisation de relais mutuels entre établissements sociaux et médico-sociaux
Relation partenariale médecin /patient Discussion de la prise en charge pour renforcer l'adhésion aux soins sur la gestion de la crise et l'anticipation de la crise	Faciliter l'entrée des familles dans l'aide aux aidants à l'aide du programme Bref)  Systématiser la psychoéducation des familles	Suivi ambulatoire systématique et accompagnements adaptés en sortie d'hospitalisation	Attention particulière pour le Nord du département (distances, démographie des professionnels)
Outils numériques pour développer l'auto entraînement/formation des personnes et pour faciliter l'accès à l'information (supports de psychoéducation en ligne)		Etayer les établissements d'accueil d'enfants via équipe mobile de pédopsychiatrie Former les professionnels au repérage précoce des signaux faibles (grilles de repérage..)	

Intervenir rapidement sur les situations de crise et des situations d'urgence avec des réponses ambulatoires et mobiles		Mettre en œuvre des pratiques orientées rétablissement à travers la prise en charge de la crise et de l'urgence
Pour les personnes non connues de la psychiatrie, non adhérentes aux soins	Pour les patients connus	
Publier les numéros d'urgence et les modalités d'accès aux services d'urgence	Présence de pairs aidants dans les services d'urgence et d'hospitalisation pour maintenir l'espoir et diminuer le recours à la coercition (isolement et contention)	Avoir un circuit des urgences ne créant de pas de pertes de chances pour les personnes (ne pas passer par de multiples cases)
Développer les soins alternatifs à l'hospitalisation, dont les soins intensifs à domicile pour éviter les hospitalisations (sous condition de réactivité)	Garantir un accueil des familles lors des urgences permettant de nouer une alliance/ évaluation de la satisfaction des familles	Avoir une architecture des services d'urgence adaptée à l'accueil des personnes en crise psychique (permettant la désescalade)
Développer les possibilités d'orientation en ambulatoire depuis les urgences (éviter l'hospitalisation ou hospitalisation la plus courte possible)	Garantir des pratiques et des fonctionnements permettant aux professionnels à adopter une attitude bienveillante et dédramatisante en particulier dans les SAU (ne pas "enfoncer" les bénéficiaires, briser l'effet domino/réaction en chaîne, attention à surmédication, emploi d'un vocabulaire adapté) - Mettre en place une évaluation des professionnels par les bénéficiaires	Former les professionnels de l'urgence à la prise en charge des troubles psychiques
Avoir n° urgence psychiatrique avec réponse mobile au domicile en incluant possibilité d'utiliser télé-médecine	Jeux de rôle pour que les soignants expérimentent les mesures coercitives	SAMU, professionnels des SAU, pompiers, force de l'ordre



## GT 5 : Promotion des droits des personnes, renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et lutte contre la stigmatisation

Promouvoir le choix des personnes dans les soins et accompagnements par la diffusion des pratiques orientées rétablissement		Réduire les soins sans consentements et revoir les pratiques de prescription et d'hospitalisation	
La personne doit participer au choix de son traitement et de son accompagnement	Développement de la psychoéducation : être acteur de notre santé et de notre parcours	Traitements doivent favoriser le rétablissement : ne pas assommer les personnes avec traitements. Favoriser la monothérapie (effets secondaires commencent avec 2 molécules)	Pratiques stéréotypées /humilantes en hospitalisation/ interdiction téléphone/ordi/pyjama... : crée angoisse et ruptures de soins, fait fuir les patients, détruit la confiance en la psychiatrie Usage abusif des chambres d'isolement
Prendre les attentes de la personne comme dénominateur commun du projet de vie	Partenariat patient-soignant-psychiatre: dialogue pour construire un chemin de rétablissement	Réduction soins sans consentement : - Dispositifs de prise en charge de la crise / aller vers - Echange d'information sanitaire/médico-social : pouvoir solliciter un lieu de soin en amont de l'urgence	Fin des hospitalisations sans limite de durée
Choix de la thérapie: thérapie brève ou longue doit être proposée dans les CMP, visite à domicile	Evaluation des médecins, des services, de la qualité des soins par les patients	Hospitalisation où on ne fait rien => développer les possibilités d'activités en hospitalisation et en formaliser la proposition systématique	Commission d'enquête incluant des personnes concernées, aidants et soignants quand incident grave dans l'établissement
Diffusion des pratiques orientées rétablissement : formations, hétéro et auto-évaluations des équipes (observatoire du rétablissement)	Recherche de l'expression des choix par tout moyen adapté	Déstigmatiser l'hospitalisation : accueil non différencié entre les soins sans consentement et les soins libres	Evolution du vocabulaire Posture des professionnels : promouvoir l'espoir
		Diminuer le recours à l'isolement et à la contention	
Développer la pair aideance		Accueillir la maladie psychique dans la Cité	
Valoriser l'entraide entre patients / résidents	Développement de la pair-aidance professionnelle (personne rétablie, formée, mobilisant son savoir expérientiel)	Mixer les populations dans les centres de soins dans la cité	Développer les Premiers secours en Santé mentale
Avoir des pairs aidants professionnels intervenant dans la formation des professionnels (intégré dans la formation aux diplômes sociaux depuis septembre 2018)	Formaliser un cadre pour la pair-aidance professionnelle : - répertoire des compétences et des missions - formation - statut professionnel et salaire	Avoir de la psychiatrie dans les centres de santé/maisons de santé pluriprofessionnelles	Evènement : faire de la santé mentale une "grande cause lyonnaise" => toucher le grand public et non un public déjà averti (=le pb des SISM)
Promotion du soin groupal familial et formation par pairs-familiaux	Prise en charge des frais engagés bénévoles	Pouvoir parler de sa pathologie	Développer résolument l'inscription des personnes dans les activités culturelles et sportives de la cité

Systématiser la présence des personnes concernées dans les instances et tous les lieux de décision/réflexion/formation en santé mentale		Valoriser les personnes et leurs compétences	
Valoriser la parole / prise de parole des personnes concernées : levier de changement du regard	<p>ADES : intervention en binôme avec pair ressource auprès des jeunes et étudiants, interventions en missions locales Modifie perception des pathologies psychiques</p> <p>Faire connaître le rétablissement / possibilité de s'en sortir (privilégier les interventions auprès des jeunes d'âge scolaire - jeunes adultes : représentations négatives déjà sédimentées)</p> <p>Utiliser le service de santé sanitaire</p>	Autostigmatisation / manque d'estime de soi des personnes concernées : frein au pouvoir d'agir sur la durée	Valoriser les compétences des usagers, notamment artistiques
Parler de la maladie psychique à l'école	Avoir des personnes concernées dans les GT des institutions (par ex. contention et isolement) et dans les conseils d'administration	Formation des personnes concernées à leurs droits à partir de la notion des droits humains (ONU) pour renforcer l'estime de soi et la confiance en soi - dans le cadre d'une coconstruction entre professionnels et personnes concernées	
Aller vers le jeune public	Prise de conscience de ce que les usagers vivent et de ce qu'ils souhaiteraient voir changer		

**GT 2**  
 Développer les référents / coordonnateurs de parcours  
 A travailler s'inspirant de la gestion de cas MAIA = > mission d'accompagner les personnes dans tous les domaines, de manière transversale aux champs sanitaire, social, médico-social

**GT 2 : information / coordination sanitaire et médico-social sur l'entrée et la sortie d'hospitalisation**

Travailler en réseau sur le champ de la déstigmatisation	
<p><b>CLSM : actions communes à construire</b></p> <p>Avoir des personnes concernées dans les CLSM, activer les outils du psycom</p>	<p>Travailler en réseau/porter des projets communs : transformer les gouttes d'eau en rivière</p> <p>Porter des actions communes ensemble</p>
Rendre visible les actions	<p>Développer une stratégie d'intervention auprès du public jeune (dès l'école primaire) pour expliquer ce que sont les troubles psychiques et éviter l'installation de représentations négatives :</p> <p>-Interventions dans les écoles, de préférence avec une personne rétablie</p>

**Sigles :**  
 ADES : association départementale d'éducation pour la santé  
 CLSM : conseil local de santé mentale  
 MAIA : MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (personnes âgées)  
 SISM : semaine d'information en santé mentale

## GT 6 : Action sur les déterminants territoriaux, sociaux et environnementaux de la santé mentale

Généraliser les CLSM sur l'ensemble du territoire								
	Définir un cadre harmonisé reconnu par l'ARS pour les CLSM du territoire	Développer des actions partagées entre les CLSM (par exemple les Etats généraux)		Développer les indicateurs d'impact des actions menées (ex. expulsions prévenues par l'action des CLSM)		Evaluer et reconnaître le temps nécessaire à la coordination territoriale dans le cadre des CLSM / valeur ajoutée		
Renforcer les capacités des enfants et jeunes à lutter contre les facteurs de stress/renforcer leur santé mentale positive		Développer l'éducation à la santé de la population (permettre aux personnes de faire des choix éclairés sur leur santé ≠ approche par la gestion des risques)	Agir avec les environnements éducatifs de l'enfant			Soutenir l'accès et le maintien dans un logement (1er déterminant de santé mentale)	Mobiliser le savoir expérientiel des personnes concernées	
			Agir avec l'environnement scolaire	Agir avec l'environnement familial / le cercle de la parentalité				
<p><b>Vecteurs :</b></p> <p>Promouvoir la prise en compte de la santé mentale dans le parcours éducatif en santé</p> <p>Prendre appui sur le service sanitaire (<i>effets attendus surtout sur le niveau de connaissances des professionnels</i>)</p>	Cibler de manière prioritaire l'amélioration de la confiance en soi et de l'estime de soi	Approche globale de la santé (physique, mentale..)	Agir sur le climat scolaire (ex. dispositif sentinelles et référents)	Programmes de renforcement des compétences parentales (ex : déploiement du programme Panjo et Petits pas grands pas sur la Métropole)	Soutien des parents dans la transmission des compétences psychosociales	Soutien à l'usage adapté des outils numériques	Accompagnement des publics relégués	Développer le soutien psychologique sous la forme de groupes de pairs / soutien mutuel
Education à la gestion des émotions (éducation thérapeutique préventive)	Programmes de développement des compétence psychosociale (crèches, écoles, autour de la parentalité...)		Promouvoir l'éducation positive (suppression de la notation, modèle Montessori...etc)	Accompagnement à l'accueil de l'enfant / dépistage des difficultés parentales (PMI notamment)	Développer la pair aideance parentale : équipes de parents-pairs aidants	Prévention des expulsions : SPEHL, CLSM... => nécessité avoir CLSM sur tous territoires et d'y intégrer les bailleurs		
Prendre en compte les données de preuve d'efficacité : intégration dans un programme éducatif scolaire, approche via les compétences psychosociales et non par thématiques, déclinaison du programme en fonction des milieux dans lesquels vivent les jeunes, pas d'actions ponctuelles/isolées			<b>GT 6 Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale</b>				Evaluer l'impact des actions mises en œuvre dans le cadre du PTSM	

Agir sur l'environnement social		Créer des écosystèmes/mailler les territoires en proximité par des réseaux d'acteurs	Reconnaître et positionner le rôle des acteurs de prévention et de promotion de la santé : acteurs des collectivités, PMI, territoriales, PAEJ, MDA, CLSM..	Soutenir la santé mentale des personnes en parcours de migration		Soutenir la santé mentale des jeunes relevant de l'aide sociale à l'enfance + transition vers l'âge adulte	Soutenir la santé mentale des personnes âgées
Formation aux premiers secours en santé mentale	Développer les possibilités de lien social (dans les entreprises, administrations...)	Travailler le maillage des territoires en ressources de soutien à la santé et créer des liens entre dispositifs existants : créer des écosystèmes	Positionner ces ressources en premier niveau de réponse, avec un rôle d'aller vers (intervention dans les écoles, les missions locales, groupes)	Mise en place de groupes de parole et de soutien pour migrants, en s'appuyant sur les pairs	Développer les actions de prévention en direction des MNA (mineurs non accompagnés) en les intégrant dans des groupes et des activités "de droit commun" avec d'autres jeunes	Développer les actions de prévention dès le 1er placement et pour les mineurs non accompagnés	Développer les actions de soutien solidaire entre générations (ex. Le pari solidaire ou le loyer solidaire) :
Lutter contre les inégalités territoriales : CLSM : privilégier le déploiement sur les zones blanches (intercommunalité) : Ex: Villefranche	Développer l'accès à la culture, aux loisirs et à la pratique sportive en proximité du lieu de vie (ex. bibliothèque)	Mobiliser les ressources de la société vers l'entraide et le soutien mutuel par les pairs	Développer l'information sur les ressources existant dans l'environnement immédiat (écoute, soutien...), en dehors de la psychiatrie	Développer l'accès à l'interprétariat	Cibler les jeunes adultes non accompagnés		Développer l'habitat intergénérationnel dans cadre des projets urbains QPV (quartiers politique de la ville) en lien avec bailleurs sociaux
	GT 1 enfants : Rendre lisibles l'accès aux dispositifs de soins (CMP, CAMSP, CMPP) : savoir où s'adresser en fonction de la nature de la difficulté.	GT 1 : préciser les indications d'orientation vers les dispositifs transculturels	GT 2 : travailler les modalités de continuité du suivi psychiatrique des jeunes relevant de l'aide sociale à	Former les professionnels		Développement des actions intergénérationnelles permettant d'améliorer conjointement le bien-être des enfants/jeunes et des personnes âgées (ex. cocooning de nouveau-nés par personnes âgées)	
	GT 5 : mener les actions de lutte contre la stigmatisation avec des personnes concernées	Transversal : positionner un case-manager qui suivrait le parcours de manière indépendante des institutions	GT 2 : valoriser le rôle des PCPE dans la prévention de la rupture scolaire	Sigles : CAMSP : centre d'accueil médico-social précoce CMP : centre médico-psychologique CMPP : centre médico-psycho-pédagogique PCPE : pôles de compétences et de PMI : protection maternelle et infantile MDA : maison des adolescents PAEJ : point d'accueil écoute jeunes			

## **ANNEXE 5/ Notes complémentaires des groupes de travail**

### **PTSM – Réunions du GT 1 adultes du 12 février et 12 mars 2019 – Notes complémentaires**

#### **Réunion du 12 février :**

Case-manager : penser l'évolution de l'infirmier référent en psychiatrie vers une fonction tournée vers l'empowerment.

#### **Problématique d'accès aux soins de secteur pour les personnes en situation de précarité (SDF, migrants...) :**

- Ces personnes connaissent des problèmes majeurs d'engagement dans les soins (déni des troubles, préoccupations de la vie quotidienne prenant le pas sur la santé...). La sectorisation « tournante » actuellement en place entre les 3 établissements est une cause majeure de rupture, car elle ne permet pas au suivi ambulatoire de se faire à proximité du lieu de vie. Il en résulte un accès aux soins qui se fait sur le mode de l'urgence, sous la forme d'hospitalisations itératives.
- Absence de possibilité de relais vers le droit commun (CMP) des personnes suivies par l'EMPP Interface et le centre de santé Essor.

Faculté de médecine de Lyon : va déployer le programme « Premiers secours en santé mentale »- Volonté d'acculturer dans les organisations la philosophie du support entre pairs.

#### **Prise en charge des premiers épisodes psychotiques :**

Pertes de chances liées à la faible spécificité et à l'absence de lisibilité des soins classiques.

Développer des soins spécifiques à l'entrée dans la maladie et centrés sur la personne : aller vers pour agir sur la non-demande, prise en compte des projets (études engagées, examens...), prescription médicamenteuse adaptée au projet de vie, appui d'un case-manager pour se repérer dans la complexité, accompagnement systématique des familles, pratiques orientées rétablissement.

Permet de prendre en compte les préoccupations prioritaires des jeunes qui entrent dans la maladie = l'emploi et les études, en maintenant ouverts des possibles.

**Développement d'une offre d'accompagnement adaptée au public jeune :** souhait d'éviter des orientations (par exemple en foyer de vie) qui ne correspondent pas au projet de vie des personnes : il est possible de construire des solutions innovantes, dans le cadre de logements autonomes, en mutualisant la PCH. La condition est la sécurisation par la psychiatrie, pour limiter les prises de risque.

MDMPH : le volet 3 du dossier (sur les fonctions cognitives et mentales notamment), actuellement en phase de test, sera disponible d'ici fin 2019.

**ESMS :** manque de temps de psychiatre

**Problématique d'équité d'accès aux soins et d'effectivité du droit à la santé :**

Disparité de ressources entre secteurs géographiques. Existence de « zones de confort ».

**Liens GT 4 :**

Alertes de l'entourage concernant des personnes à domicile, ne faisant pas de demande d'aide => aller vers ces personnes (dispositifs type « Pymobile », SAMU psychiatrique (Toulouse) ?)

Primo arrivée dans un service de psychiatrie : recours à la pair aidance y compris aux urgences (besoin de bienveillance, réduction contention)

**Liens GT 6 :** savoir mobiliser/repérer tout ce qui existe dans la cité pour apaiser la souffrance psychique.

**Réunion du 12 mars :**

La constitution du Collectif des personnes concernées, permettant la participation active de personnes concernées aux travaux du PTSM, est saluée par le groupe, qui estime qu'il s'agit d'une avancée sur laquelle il sera plus possible de revenir

⇒ **Proposition que le PTSM puisse permettre de pérenniser cette implication et ce mode de fonctionnement.**

Il est noté que le modèle actuel d'organisation des soins et des services en santé mentale fonctionne plus sur une consultation souvent formelle des usagers (à travers les CVS ou les CDU par exemple) que sur une véritable collaboration. Cette posture collaborative n'est pas encore inscrite dans le fonctionnement institutionnel des établissements, même si les choses progressent (intégration d'usagers dans les CA des associations gestionnaires d'ESMS notamment)

⇒ **Proposition d'intégrer en tant qu'action transverse du PTSM l'accompagnement des structures à l'intégration systématique de personnes concernées dans le pilotage et le fonctionnement des établissements (instances, groupes de travail...), dans une relation de collaboration.**

A l'heure actuelle l'annonce aux usagers des décisions rendue par les autorités de tutelle (par exemple, la validation ou le rejet d'un projet...) est médiée par les gestionnaires d'établissement. La place nouvelle souhaitée pour les usagers leur permettra d'entendre plus directement ces décisions et leurs motivations, y compris lorsqu'elles sont défavorables.

Les conditions pour améliorer l'entrée dans les soins des jeunes :

- Proposer des modalités de communication adaptées pour leur permettre de parler de leurs problèmes, en privilégiant les outils virtuels (chat internet, forum, chaîne YouTube...), qui ont une meilleure acceptabilité, et en offrant une possibilité d'interagir avec une équipe => capter les jeunes là où ils sont.
- intervenir tôt pour « prévenir l'embrassement du cerveau » (les troubles psychiques concernent bien le cerveau) avec des thérapies adaptées
- avoir une approche des soins qui ne rebute pas
- proposer de manière prioritaire de la psychoéducation pour les aider à mieux gérer leurs troubles

Sur la demande de prioriser les actions à inscrire dans le PTSM :

Un participant estime que la priorisation ne relève pas du groupe, surtout si aucun moyen supplémentaire n'est attribué pour la mise en œuvre du PTSM. Il n'est pas jugé concevable de demander aux acteurs de choisir de satisfaire tel besoin plutôt qu'un autre, alors que les besoins globaux sont immenses. Les gestionnaires d'ESMS sont en difficulté devant la demande d'augmenter le taux d'accueil de personne avec handicap psychique (que faire des autres ?<sup>12</sup>) et d'orienter massivement vers le milieu ordinaire, sans financement de postes tels que celui de chargé d'insertion.

- ⇒ Il faut être vigilant toutefois à ne pas décourager les prises en charge précoces, car c'est là que les pertes de chance sont les plus massives et il est démontré que mettre de l'argent sur ces prises en charge en fait gagner plus que la mise initiale et sans délai, via la diminution des hospitalisations.
- ⇒ Il faut pour cela des dispositifs territoriaux qui touchent la population jeune où qu'elle se trouve, y compris dans les zones dépourvues de transports publics (Amplepuis, Thizy....)

---

<sup>12</sup> Une enquête de l'AGIVR a mis en évidence l'existence de 22 familles avec enfants polyhandicapés en attente de place.

Il est objecté que la spécialisation du soin entraîne une diminution de la capacité à entrer dans le soin.

- ⇒ Certaines phases critiques, comme celle d'entrée dans la psychose, se caractérisent toutefois par des besoins spécifiques très élevés ; elles sont décisives pour le pronostic et toute la suite du parcours. Cela justifie d'avoir des dispositifs ciblés sur ces phases précoces (exemple donnée des unités neuro-vasculaires créées en amont des services de neurologie générale et ayant permis d'améliorer de manière considérable le pronostic des AVC).

#### Sur l'appui aux professionnels de 1<sup>ère</sup> ligne :

La gériatrie pourrait fournir à la psychiatrie un modèle d'organisation : les 3 pôles de gériatrie des HCL ont ainsi mis en place une hotline téléphonique accessible en permanence aux professionnels libéraux et aux SAAD (services d'aide à domicile) demandeurs d'un conseil direct sur une thérapeutique ou une prise en charge, l'avis téléphonique pouvant être suivi dans un second temps par un passage de l'équipe mobile de gériatrie.

Les médecins généralistes ont besoin d'un avis tout de suite : le mail n'est donc pas adapté.

Les effectifs de psychiatres vont continuer à baisser dans les années à venir => cela plaide en faveur d'une collaboration plus importante entre le public et le privé.

- ⇒ Cette collaboration pourrait se faire autour d'une plateforme téléphonique et de télémédecine d'avis expertal en direction des médecins généralistes et d'autres professionnels. La mutualisation des compétences rendrait cette proposition efficace en termes économiques.

Les régulations des établissements jouent déjà en partie ce rôle (IDE de régulation et recours possible à un avis de psychiatre). Elles ont l'avantage de constituer un dispositif centralisé fonctionnant H24.

D'autres propositions d'organisation sont possibles, notamment à partir des secteurs (cf. adresse mail dédiée mise en place par le pôle Centre du Vinatier) : l'intérêt par rapport à un dispositif de type plateforme centralisée est un ancrage dans le territoire qui permet de tisser et d'entretenir le réseau relationnel local entre acteurs de la psychiatrie et médecins généralistes. Il est toutefois noté qu'un appui sur le secteur complique l'intégration des acteurs de la psychiatrie privés, qui n'agissent pas sur un territoire délimité.

#### Sur les règles de sectorisation :

Le décalage fréquent du découpage sectoriel avec les bassins de vie constitue un problème.

#### Sur l'amélioration de l'efficacité de l'accès aux soins :

La difficulté à trouver des médecins intervenant dans le médico-social est difficile à surmonter => la téléconsultation constitue un levier à activer.

Un certain nombre de personnes n'iront pas vers les soins s'ils n'y sont pas accompagnés => Le rôle des équipes mobiles doit être d'engager ces personnes vers les soins.

La question de la couverture du nord du département se pose : quelle taille critique d'équipe en fonction de la densité de population et de la superficie à couvrir ?

L'équipe Intermed (facilitation de l'accès aux soins sur demande des bailleurs) couvre par exemple la Métropole, Villefranche et Givors.

La redensification du dispositif extra-hospitalier des secteurs apparaît dans tous les cas comme une nécessité pour améliorer la réactivité des réponses aux demandes de soins.

Il apparaît également nécessaire de redimensionner l'offre des secteurs en tenant compte des réalités sociologiques des territoires (par exemple, présence de nombreux étudiants à Villeurbanne), la dotation en personnel devant tenir compte de ces réalités. Il existe des outils (par exemple, Psynaptic, utilisé par le NHS en Angleterre) qui permettent de travailler l'adéquation des ressources aux besoins.

Il est noté que les campagnes de déstigmatisation des pathologies psychiques (spots radio, affichage abribus..) contribuent à augmenter la demande de soins.

L'amélioration de l'efficacité de la réponse aux demandes de soins passera aussi par la capacité des acteurs à adopter des outils modernes adaptés aux attentes de la population (WhatsApp, Skype..).

Pour les personnes déjà entrées dans un parcours de soins, la psychoéducation est essentielle car elle permet de savoir sur quoi interpellier ; elle aide à développer une relation beaucoup plus collaborative entre le patient et son médecin psychiatre, par exemple sur l'ajustement des traitements.

Sur l'amélioration de l'accès aux accompagnements :

➔ Sur les souhaits en matière de logement :

A l'AGIVR, les usagers ont exprimé une préférence nette pour avoir des studios au lieu de chambres. Certains ont également demandé de la colocation. Les offres se transforment donc pour aller vers des logements indépendants plus grands, sans salle d'activité commune, avec location directe à l'usager.

Ce changement de paradigme en matière de logement exige une évolution des pratiques et des représentations des professionnels (par exemple, ne plus avoir de tableau d'activités dans le hall d'entrée), qui a besoin d'être accompagnée.

L'offre doit être adaptée au niveau et à la typologie du handicap, y compris quand celui-ci est léger.

Il est noté que le « mélange » des handicaps sur un même lieu de vie peut être générateur de tensions.

➔ Focus particulier sur les jeunes majeurs (16-25 ans) à la rue rencontrés par l'EMPP :

Ces jeunes très souvent issus de l'ASE ont connu un parcours d'errance entre de multiples foyers. Ce parcours leur a fait intérioriser le fait d'être « sans voix », de n'être pas en droit et en capacité de faire des choix, d'avoir conscience de la valeur de leur parole. Ils sont en défiance totale vis-à-vis du monde des adultes et se mettent dans une exclusion dramatique.

⇒ Pour ces populations, le travail sur la restauration de la confiance et de l'estime de soi doit être une cible prioritaire.

➔ Sur les conditions d'accès à un accompagnement :

Les conditions et les étapes qui encadrent très souvent l'accès à l'accompagnement souhaité par la personne (par exemple le fait de devoir multiplier les stages pour prouver sa capacité à aller vers le travail) sont une entrave à la réalisation du projet de vie. Elles matérialisent l'absence de reconnaissance d'un droit à l'erreur

⇒ Il convient de travailler à la réduction de ces barrières.

Problématiques en lien avec GT 2 :

- Certains lieux de soins fonctionnent sur une logique punitive, par exemple au bout de 3 rendez-vous manqués en CMP, la personne n'aura plus le droit de revendiquer un soin psychiatrique. Cette situation est décrite comme fréquente et comme contribuant de manière majeure aux ruptures de soins et de parcours.
- Problème des personnes en ESAT souhaitant arrêter de travailler et qui en sont parfois empêchées en raison de l'indisponibilité de logement quand leur hébergement actuel est lié à leur fréquentation de l'ESAT.

## GT 2 du PTSM - Notes complémentaires réunions du 12 février et 12 mars 2019 en vue du diagnostic territorial partagé

### Réunion du 12 février 2019

#### Constats :

##### **Les entraves au rétablissement :**

L'hospitalisation longue détruit la vie de famille et l'espoir.

Les traitements trop lourds entravent le rétablissement (créent difficultés à travailler..).

Il est souvent proposé un logement collectif en sortie d'hospitalisation : cela ne convient pas toujours aux personnes (contraintes familiales, difficulté à se rétablir en évoluant uniquement avec d'autres personnes malades...). Le choix entre logement collectif, individuel, autonome, doit être celui des personnes.

### **Les zones de rupture :**

Age critique 16-25 : sortie d'ASE, transition psychiatrie IJ/psychiatrie adulte : beaucoup de jeunes se retrouvent en errance et en rupture de soins.

Incarcération également un risque majeur de rupture.

### **Logement :**

- 70 000 demandes d'accès au logement/ an pour une possibilité de 15 000 attributions. Accord collectif prévoit un objectif de 90 logements/an pour les personnes en souffrance psychique (sur 3 760 au total).

Demandes de logement concernent prioritairement Lyon et Villeurbanne, là où la pression en matière de logement est la plus forte.

- Le logement d'abord constitue un changement de paradigme qu'il faut accompagner.
- L'accès à un logement doit s'accompagner d'un accompagnement adapté, au risque sinon d'être générateur de nouvelles ruptures. Exemple : résidence sociale de Surville : les professionnels de la résidence poursuivent l'accompagnement quand une personne quitte la résidence pour aller vers un logement individuel dans le cadre de la mise en œuvre de son projet personnalisé.

### **La réhabilitation psychosociale :**

Fréquente période de latence après un parcours de réhabilitation avant l'accès au médico-social pour le transfert des acquis dans une participation sociale (travail notamment) : crée une perte d'efficacité de la réhabilitation.

### **Accès à l'emploi :**

Dispositif d'emploi accompagné : 40 places/ an sur le Rhône. Véritable articulation avec l'entreprise.

### **Coordonnateur de parcours :**

Où le positionner ? Sur les CMP ? En dehors de toute structure sur le modèle des coordinateurs MAIA ? Dépendant d'un GCSMS à créer entre tous les acteurs ?

### **Personnes « sans solution » :**

Alerte sur l'existence de personnes vieillissantes (50 à 60 ans), porteuses de pathologie psychotique, souvent polyhandicapées et/ou avec maladie somatique chronique, sans solution malgré orientation MDPH, donc maintenues en hospitalisation au long cours (36 personnes concernées au CH de Saint Jean de Dieu).

### **Problématiques en lien avec GT 1 adultes :**

- Alerte sur les difficultés d'une personne à habiter son logement (par les bailleurs sociaux notamment) : rôle du CLSM ou de l'instance SPEHL comme lieu d'interpellation, d'analyse partagée et d'élaboration d'une réponse.
- Difficultés à interpellier le CMP quand la personne est suivie par son médecin généraliste (pour résidents de résidence Surville par exemple)
- Nécessité de sensibiliser aux troubles psychique les acteurs de la cité, qui ont une fonction de veille et de repérage : gardiens d'immeuble, professionnels des centres sociaux..

#### **Problématiques en lien avec GT 1 enfants :**

Délais d'attente en IME et CAMSP crée des situations de déscolarisation et de repli/confinement des familles chez elles.

#### **Réunion du 12 mars 2019 :**

Sur la coordination des parcours/case management :

- La coordination des parcours fait partie intégrante des missions de la MDMPH selon le Dr PELISSIER. Il y a un risque d'éparpillement lié au fait que tout le monde veut créer une coordination de parcours. Par ailleurs, le besoin concerne moins la coordination de parcours que l'accès à une offre d'accompagnement.
  - Une proportion importante de personnes ayant des troubles psychiques graves (50 % des membres du Clubhouse) ont un parcours qui ne passe pas par la MDMPH. Une coordination de parcours centrée exclusivement sur la MDMPH entraînerait donc l'exclusion d'une partie significative du public visé.
  - Dans le modèle MAIA, le coordonnateur de parcours, appelé gestionnaire de cas, est un professionnel de terrain qui coordonne au domicile la stratégie de prise en charge. Chaque gestionnaire a en charge en continu environ 30 personnes (Nota : le modèle MAIA est défini au niveau national, mais les structures juridiques porteuses de la mise en œuvre dans chaque département sont très diverses, leur choix ayant été fait en fonction des ressources et dynamiques locales).
  - La coordination de parcours est également prévue dans le dispositif PCPE (pôle de compétences et de prestations externalisées), qui permet d'assembler un ensemble d'interventions sur des situations particulièrement complexes.
- ⇒ Il faut distinguer deux niveaux de coordinations, dont les objectifs sont distincts bien que complémentaires :
- Une coordination institutionnelle (concertation entre les acteurs de différents champs sur les solutions à proposer en réponse à une situation)
  - Une coordination opérationnelle de proximité réalisée par un case-manager, qui a pour mission d'aider concrètement la personne à mettre en œuvre son projet de vie.

C'est ce second niveau qui est visé dans la proposition de développer la fonction de coordinateur de parcours.

## BLOC 1 (Développer la pair-aidance)

Il faut distinguer la pair-aidance informelle (dans les GEM, le Clubhouse) de la pair-aidance professionnelle.

- Il est indispensable de préparer les équipes au travail avec un pair-aidant, car c'est le principal écueil à ce jour à l'intégration d'un pair-aidant professionnel. Le CRR, qui est en lien sur le sujet avec le relais Ozanam (Isère), développe des outils en ce sens (dont l'observatoire du rétablissement).
- Il est également nécessaire d'avoir une assise professionnelle en termes de formation, de référentiel métiers/compétences, de statut, d'analyse des pratiques + développer le travail en réseau/communauté de pratiques entre pairs aidants professionnels.
- Il faut continuer à alimenter la recherche scientifique pour donner une assise légitime à ce métier.
- La mise en place de structures indépendantes de pairs-aidants est une solution pour favoriser le développement de la pair-aidance professionnelle : un exemple est fourni par l'association Entretien (Grenoble), qui développe une expérimentation financée par l'ARS. Les pairs-aidants sont salariés de l'association et interviennent à l'hôpital sur la base de conventions. Ce fonctionnement a l'avantage de procurer une indépendance vis-à-vis de l'hôpital (pas de relation hiérarchique entre le pair-aidant et des professionnels du soin). Il permet par ailleurs de proposer une réponse sous forme de soutien à des personnes qui sont en souffrance psychique sans pour autant avoir besoin d'une prise en charge psychiatrique.
- La pair-aidance est indispensable dès l'entrée dans la maladie/ la 1<sup>ère</sup> hospitalisation : elle permet à la personne de s'identifier au pair-aidant rétabli.

Sur la veille mutuelle par les pairs :

Une illustration est fournie par la « pêche aux nouvelles » existant au Clubhouse : si un membre ne donne pas de nouvelles sur une à deux semaines, un contact est pris par un pair pour savoir comment il va. Cela crée un cercle vertueux.

Point d'information sur le Clubhouse : 30 % de ses membres sont en emploi. Beaucoup pratiquent des activités bénévoles. Le Clubhouse se situe clairement dans les pratiques orientées rétablissement. Il se distingue des GEM au sens où les GEM ont pour objectif principal de permettre la rupture de l'isolement et proposent majoritairement des activités de loisirs, tandis que le Clubhouse a pour objectif de permettre aux personnes de retrouver une activité et est donc davantage orienté vers la stimulation de la personne.

Il est noté que s'il existe un certain nombre de GEM, le territoire du Rhône ne dispose pas de centre d'accueil de jour pour personnes avec handicap psychique, à l'exception d'une structure aux Sauvages, contrairement à ce qui existe pour d'autres handicaps => il n'est toutefois pas certain que ce type de dispositif soit en adéquation avec les attentes et aspirations des personnes concernées.

En ce qui concerne les GEM, leur diffusion est insuffisante sur le territoire du Rhône, qui n'est doté que d'un GEM à l'Arbresle (L'arbre à palabres) avec une permanence sur Tarare.

## **BLOC 2 (faire des familles des acteurs du parcours de rétablissement)**

Les familles constituent une ressource inestimable pour la personne : elles font partie de la solution. Il faut que les familles soient soutenues jusqu'au stade de la psychoéducation (celle-ci permettant de diviser par deux le taux de réhospitalisations). Pour cela, l'aide aux aidants doit être systématiquement prescrite dès l'entrée dans le parcours.

Le programme BREF mis en œuvre en collaboration entre le Vinatier et l'UNAFAM permet une connexion des familles en tout début de parcours. Il se compose de 3 séances, dont la dernière est assurée par un bénévole expérimenté de l'UNAFAM.

Au sein de l'UNAFAM, le travail de pair à pair entre familles va être expérimenté. L'UNAFAM tend aussi à développer son action en direction des familles d'enfants et d'adolescents malades.

- ⇒ Ces mesures de soutien, d'information et de formation des aidants sont peu coûteuses au regard des coûts qu'engendrent une hospitalisation ou une réhospitalisation.

En addictologie, le souci de l'entourage est aussi de plus en plus présent.

- ⇒ Il est nécessaire d'avoir des lieux pour soulager les aidants.

Une Maison du répit a été créée à Tassin la Demi Lune pour accueillir les personnes malades ou handicapées et leurs familles, sans distinction de pathologie ou handicap. Un travail est en cours afin de permettre un meilleur accès aux personnes avec handicap psychique.

Il est noté que l'accès concerne uniquement les personnes domiciliées sur la Métropole. Un tel dispositif n'existe pas sur le Rhône.

L'attention est attirée sur le fait qu'un certain nombre de personnes n'ont pas de famille qui puissent les soutenir dans leur parcours. Cela crée des situations particulièrement complexes, qui se caractérisent fréquemment par des allers-retours à l'hôpital.

- ⇒ Ces situations plaident en faveur de la mise en place de coordonnateurs de parcours.

## **BLOC 3 (développement de parcours coordonnés)**

MDMPH : il serait nécessaire de pouvoir produire des données sur les flux de demandes (ce que permettra le futur système d'information des MDPH). Le sentiment côté Métropole est qu'une majorité des demandes adressées aujourd'hui à la MDMPH concerne le handicap psychique. Les orientations sont faites principalement sur les SAVS et les SAMSAH. Côté département du Rhône, il apparaît que les situations les plus consommatrices de temps sont majoritairement les situations de handicap psychique.

Il n'est pas possible d'avancer sur des solutions (par exemple dans le cadre du Clubhouse) s'il n'y a pas la garantie de l'existence d'un parcours sanitaire/de la prise en charge par un médecin. C'est une condition sine qua non. Or, il existe une très forte disparité des soins en fonction du lieu d'habitation, allant d'un suivi optimal à une quasi absence de suivi. Le Clubhouse a aussi un rôle de prévention quand certains signes sont détectés. Il peut ainsi être amené à appeler le médecin de la personne.

L'emploi accompagné constitue un exemple de parcours coordonné entre un accompagnement vers l'emploi et un soin psychiatrique qui se poursuit concomitamment.

#### **BLOC 4 (Continuité et adaptation de l'intensité du suivi en fonction de l'état de la personne)**

Concernant les personnes détenues, qui cumulent fréquemment des problématiques psychiatriques et sociales, la sortie de détention constitue une zone de rupture majeure de la continuité des soins. Ces personnes nécessitent un accompagnement social et sanitaire dès la sortie. Les difficultés sont accentuées par le fait que la durée moyenne des peines (4 mois) est trop courte pour permettre une stabilisation de la pathologie.

- ⇒ Les propositions de soins ambulatoires classiques en CMP n'aboutissent pas pour ces personnes, qui ont besoin d'être accompagnées vers la structure de soin.
- ⇒ Au Vinatier, les CMP du 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> arrondissement ont une offre spécialement organisée pour les soins pénalement ordonnés (entretien IDE d'accueil, soins groupaux..), qui permet de limiter les perdus de vue. Toutefois cela ne permet pas de faire venir au CMP les personnes qui sortent sans obligation de suivi.

#### **BLOC 5 (Liens des personnes concernées avec les médecins)**

La psychoéducation est un outil permettant d'améliorer ce lien, car elle permet de faire prendre conscience à la personne qu'elle est actrice de ses soins et qu'elle est légitime à négocier avec le médecin si elle juge par exemple que son traitement provoque trop d'effets secondaires. Comprendre qu'on a ce droit est essentiel, car le plus souvent les personnes sont intimidées et n'osent pas.

Le deuxième outil pour promouvoir une posture plus collaborative dans les soins est l'Observatoire du rétablissement développé par le CRR, qui permet à une équipe volontaire d'évaluer son niveau d'appropriation des pratiques orientées rétablissement.

#### **BLOC 6 (Développer les pratiques qui soutiennent le rétablissement personnel)**

Sur le développement de la réhabilitation psychosociale pour les enfants : des programmes de psychoéducation des familles existent déjà (à Montpellier par exemple) pour les TSA et le trouble oppositionnel. Il serait possible de les développer sur la déficience intellectuelle.

L'accès est à questionner aussi pour les personnes vieillissantes, pour qui l'enjeu se pose en termes de maintien à domicile.

La formation aux pratiques orientées rétablissement doit être intégrée à la formation de base des IDE dans les IFSI.

Sur Lyon, l'UNAFAM réalise une intervention en IFSI. En revanche, les professionnels des centres de réhabilitation ne sont pas sollicités à ce jour.

### **BLOC 7 : (Développer l'accès au logement et à l'emploi en privilégiant les choix des personnes et en soutenant les solutions innovantes)**

Les possibilités de suivi offertes par les SAVS et SAMSAH sont limitées. Il est possible selon la MDMPH Métropole d'imaginer de nombreux montages permettant l'accès des personnes à un logement, notamment en sortie d'hospitalisation, sans nécessairement passer par un SAMSAH ou SAVS : la condition impérative est toutefois la disponibilité d'un suivi psychiatrique ambulatoire suffisant (consultation rapprochée + CATTP ou HDJ), qui fait défaut à ce jour.

⇒ Il est impératif d'augmenter les capacités de réponse et d'intervention de l'offre psychiatrique ambulatoire de proximité.

Il est noté que des CMP ont été fermés sur le département du Rhône.

Des solutions sont possibles pour augmenter la disponibilité des soins ambulatoires, par exemple le passage de relais vers le médecin généraliste pour le renouvellement des ordonnances lorsque les personnes sont stabilisées. Cette pratique est courante sur un secteur de l'EPSM de Lille Métropole.

⇒ C'est toutefois conditionné à la disponibilité des médecins généralistes.

La question du financement de dispositifs innovants est posée, la réglementation posant certaines limites.

⇒ Il faut pouvoir aller chercher des financements pour lancer et faire valider des innovations sociales, sans toujours attendre l'adoption d'un cadre financier et réglementaire structuré. Le Clubhouse constitue un exemple de ce qu'il est possible de faire : les clubs fonctionnent en effet très largement avec des fonds privés (70 % du budget à Paris et 50 % à Lyon). Cela nécessite toutefois un changement de culture. L'idée est de tester et de démontrer la pertinence d'une innovation avant de solliciter sa généralisation dans le cadre d'une politique publique, comme cela s'est fait pour le Chez soi d'abord.

Sur la Métropole, l'accès à la PCH est en augmentation pour les personnes avec handicap psychique. Il permet de construire des solutions répondant aux besoins de surveillance et de stimulation, par la mobilisation d'un service d'aide à domicile, sous condition de formation des professionnels.

Sur le Rhône, le recours aux SAVS intervenant au sein de domiciles groupés est privilégié.

### **Réflexion autour d'un « modèle » de parcours :**

Le modèle de parcours procuré par le dispositif « Un chez soi d'abord » apparaît résumer de manière adéquate les conditions nécessaires pour qu'un parcours soit à la fois sans rupture et orienté vers le rétablissement de la personne. Les « ingrédients » de ce parcours, concomitants et articulés entre eux, sont les suivants :

- Un logement
- Un accompagnement social
- Des interventions de soins
- Le respect des choix de la personne (notamment le droit de choisir son accompagnement et ses soins)
- La réduction des barrières à l'accès (le moins de conditionnalité possible)

Le respect des choix de la personne est essentiel pour que la coopération entre un opérateur sanitaire et un opérateur social ou médico-social pour offrir une prestation coordonnée de soins et d'accompagnement ne soit pas vécue comme l'imposition d'une contrainte.

## **GT 3 – Accès aux soins somatiques – Notes complémentaires réunions en vue du diagnostic territorial partagé**

### **Réunion du 14 février 2019**

Maisons de santé pluriprofessionnelles = structures de soins primaires dans lesquelles travaillent principalement des médecins généralistes. Y développer la présence de médecins psychiatres ?

Dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement de Lyon : travail mené entre les structures d'exercice regroupé et le CMP pour permettre l'étayage des médecins généralistes dans la prise en charge de santé mentale : conseil d'un psychiatre à la mise en place d'un 1<sup>er</sup> traitement, accès rapide à un entretien IDE...

⇒ L'organisation de l'accès à un étayage/à des avis psychiatriques correspond à un besoin des médecins généralistes

Solutions intermédiaires à développer pour améliorer les réponses aux demandes de soins : travailler avec des infirmiers ou des travailleurs sociaux en 1<sup>ère</sup> ligne, avec intervention à domicile sur les sollicitations les plus urgentes.

Recours à la télémédecine : Dr DUREAU : une salle de téléconsultation intégrée à la structure. Sur les 48 1<sup>ères</sup> téléconsultation ayant eu lieu, 18 se sont faites avec un psychiatre.

Dispositif CORESO (Vinatier) : Présence d'un médecin généraliste au CMP, qui accompagne vers un médecin traitant les patients qui en sont dépourvus (dispositif « d'aller vers » la médecine générale) : en 3 ou 4 séances, démarche éducative, screening complet des pathologies somatiques, identification du médecin traitant souhaité (préférences du patient prises en compte). Information du médecin généraliste sur les pathologies psychiatriques et numéro d'appel vers la psychiatrie (engagement de retour vers le MG au moins une fois par an). 3 à 4 années de recul sur le fonctionnement du dispositif : la pérennisation du suivi est réelle + vrai travail partenarial perdure. Permet de répartir la population du CMP sur l'ensemble des médecins généralistes en évitant les effets de « sursollicitation » de certains médecins généralistes plus sensibilisés, grâce à la garantie du travail partenarial. Permet aussi de lutter contre les représentations négatives des malades psychiatriques chez les professionnels des soins primaires.

Le dispositif Asalée (infirmiers mis à disposition des médecins généralistes pour les mesures de santé publique et d'éducation thérapeutique) est plutôt bien déployé dans la région, avec 50 % des maisons de santé et 15 % des médecins généralistes couverts.

⇒ Dr Dureau : envisage d'utiliser ce modèle pour recruter un psychologue et un psychomotricien et pallier ainsi le problème d'accessibilité financière aux psychologues libéraux.

⇒ Proposition de développer les missions des infirmiers Asalée sur les problématiques de santé psychique (à ce jour, l'évaluation de la dépression est ainsi délégué à ce professionnel) => pourraient dispenser de la psychoéducation aux patients avec troubles psychiques + leur proposer une formation aux thérapies brèves (DU de thérapie brève ?).

Les maisons de santé pluriprofessionnelles s'engagent à recevoir tout patient qui n'a pas de médecin traitant sur un territoire défini. En région AuRA : 150 MSP.

Les visites conjointes à domicile (médecin généraliste/professionnel de la psychiatrie) marchent très bien avec l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée => à développer pour tous les âges.

Améliorer la prise en compte par SOS médecins des appels en provenance des travailleurs sociaux : constat de la nécessité « de noircir le tableau » pour réussir à se faire entendre.

## Réunion du 14 mars 2019

Précision concernant les centres de santé : regroupent différents professionnels médicaux et soignants – sont soit polyvalents soit spécialisés (certains centres de santé comptent plus de médecins spécialistes que d'omnipraticiens) – pratiquent le secteur 1.

Au sein du centre de santé de la MGEN à Lyon : 0,4 ETP de psychiatre en exercice.

Ajouter comme axe structurant l'**accès aux soins dentaires**, qui constitue un enjeu de santé publique en termes de prévention.

=> Les dispositifs de type Handiconsult (Sévigné/Vaulx-en-Velin) sont financés pour le temps supplémentaire requis par les situations de handicap. Il y a aussi un fauteuil dentaire au Vinatier et à Saint Jean de Dieu, qui permettent des soins sous anesthésie générale.

=> Il faut tenir compte du fait que 90 % des patients de psychiatrie sont suivis en ambulatoire (seulement 10 % viennent à l'hôpital) : donc l'accès aux soins dentaires doit être proposé à partir du CMP. Au Vinatier, il est prévu d'expérimenter le modèle « CORESO » pour le développement de l'odontologie ambulatoire : une première évaluation aurait lieu en CMP pour pouvoir ensuite accompagner la personne vers un cabinet dentaire.

Concernant le recours à la téléconsultation : le développement va se faire notamment à travers l'équipement des pharmacies en cabines de téléconsultation qui pourront servir en direction des médecins généralistes comme des psychiatres. La transmission est sécurisée et le pharmacien présent pour réaliser l'examen somatique et assister le patient.

Néanmoins cela représente un coût d'investissement important pour les officines et la montée en charge sera donc très progressive (seulement une ou 2 pharmacies équipées à ce jour à Lyon).

Les résistances des professionnels à la téléconsultation sont encore fortes => nécessité pour les patients d'exprimer et de faire connaître leur avis concernant cette possibilité.

### **AXE 1 : Rendre les personnes actrices de leur santé**

Il ne faut pas oublier que les familles constituent une ressource primordiale. La non association de la famille dès l'entrée dans le parcours constitue un facteur aggravant le pronostic. Or, parfois les familles ne sont pas au courant du parcours psychiatrique de leur proche. D'autre part, l'hospitalisation en psychiatrie peut engendrer des ruptures familiales.

Une préoccupation particulière doit être portée aux jeunes de 18 à 25 ans à la rue, sans famille ou en rupture familiale.

Faut-il développer le recours à la désignation d'une personne de confiance ?

⇒ Le recours est aujourd'hui assez formel (un nom mis sur un formulaire)

⇒ Possibilité d'en faire un vrai levier à activer par les personnes ?

A noter : la personne de confiance qui est désignée dans le cadre de l'accompagnement social n'est pas forcément la même que celle qui est désignée dans le cadre de la prise en charge psychiatrique.

### **AXE 2 : Faciliter l'accès des personnes avec troubles psychiques à un médecin traitant**

(Cf. axe suivant)

Difficulté particulière pour les ESMS => s'appuyer sur le développement de la télémédecine.

### **AXE 3 : Développer le suivi partenarial médecin généraliste/psychiatre**

Le partenariat a plusieurs objectifs :

- Permettre l'accès à un suivi somatique

- Permettre l'articulation étroite du suivi somatique (médecin généraliste) et du suivi psychiatrique (psychiatre) : prévention et gestion des interactions médicamenteuses et effets indésirables des traitements.
- Permettre au médecin généraliste de remplir son rôle de pivot des prises en charge
- Permettre au médecin généraliste de bénéficier d'un accès facilité à avis ou à une prise en charge psychiatrique pour un patient (objectif commun avec le GT 1)

Les modalités pour y répondre sont diverses, par exemple :

- Dispositifs de soins partagés existant à Versailles (portage par le CH de Versailles) et à Toulouse (portage par l'URPS)
- Dispositif CORESO (Vinatier)

Le modèle CORESO s'inscrit particulièrement bien dans les orientations du PTSM :

- Il permet d'accompagner les personnes vers les soins somatiques (« aller vers »)
- Il renforce et valorise les capacités et les préférences de la personne, par la psychoéducation et le travail sur le choix du médecin traitant (orientation rétablissement)
- Il développe l'interconnaissance entre professionnels, par des rencontres et formations croisées entre équipes somatiques<sup>13</sup> et psychiatriques.
- Il vise l'insertion dans le droit commun, par l'intégration dans la patientèle des médecins généralistes exerçant sur le territoire, sans créer de filière parallèle (promotion de l'inclusion sociale dans la cité).

La seule condition pour bénéficier du dispositif est qu'il faut être suivi par le CMP.

Dans le 7<sup>ème</sup> arrondissement, une rencontre organisée par le CLSM a réuni une quinzaine de médecins généralistes qui ont donné leur accord pour travailler en réseau avec le CMP. La 1<sup>ère</sup> demande des médecins généralistes concerne l'utilisation de la messagerie SISRA, par exemple pour obtenir un conseil d'un psychiatre du CMP sur l'initiation d'un traitement. A travers ces liens, il devient plus facile pour le CMP d'adresser aux médecins généralistes des patients sans médecin traitant.

- ⇒ Ces collaborations peuvent se mettre en place sans moyens supplémentaires
- ⇒ Le mouvement de regroupement des médecins dans des structures de groupe constitue un facteur facilitant.

---

<sup>13</sup> Chez les médecins généralistes, l'acquisition d'une meilleure compréhension de la clinique psychiatrique permet de lever des réticences à prendre en charge des patients ayant un trouble psychique.

La question se pose du territoire optimal pour cette coordination, sachant que la réforme du système de santé annoncée par le gouvernement (Ma santé 2022) prévoit l'organisation des professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours en CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé) couvrant tout le territoire et ayant dans leurs missions l'accès à un médecin généraliste.

Les CPTS sont issues de l'initiative des acteurs de terrain ; leur taille peut donc être très variable.

Pour la psychiatrie de service public, il est essentiel que cette coordination soit assise sur le dispositif de soins sectorisé.

Très souvent, le médecin généraliste n'est pas informé de l'hospitalisation d'un de ses patients, il n'est pas non plus informé de la sortie.

⇒ Lors de toute sortie d'hospitalisation de psychiatrie, il faut demander au patient d'aller consulter son médecin généraliste.

⇒ Le positionnement d'un case-manager peut aider en ce sens.

Philippe CORDEL (groupement des centres de santé) : a réalisé une enquête sur les besoins des médecins de ville vis-à-vis de la psychiatrie : ils attendent majoritairement un soutien pour débriefer des cas hors présence du patient.

⇒ Par exemple, à Grenoble, le centre de santé AGECSA bénéficie d'un temps de psychiatre du CHAI en soutien des équipes

Une condition essentielle pour que la coordination fonctionne est la proximité : les professionnels doivent se connaître.

**→ Pour traiter correctement cet axe, il est essentiel de bien recueillir les attentes des médecins généralistes.**

S'appuyer sur les pharmaciens pour faciliter l'articulation des prises en charge somatique/psychiatrique et garantir la continuité du parcours :

Dr Anne-Sophie MALACHANE (pharmacienne d'officine à Bron) : a monté un groupe de travail au Vinatier avec le Dr Rachel MEGARD (pharmacienne hospitalière) pour développer la collaboration psychiatrie/pharmacies d'officine dans l'objectif d'améliorer les parcours de soins :

- Rôle du pharmacien d'officine dans le renforcement de l'observance
- Travail sur le développement d'un carnet de liaison qui serait remis au patient en sortie d'hospitalisation au Vinatier : sera à la fois un outil pédagogique pour le patient et ses proches et un outil de partage d'information.
- Organisation de rencontres bisannuelles entre pharmaciens de Bron et psychiatres du Vinatier (une première réunion d'échanges croisés sur les attentes doit avoir lieu d'ici juin).

Ce travail s'inscrit dans la volonté d'un nombre croissant de pharmaciens de développer leurs missions de santé publique en relais des prises en charge médicales.

Quid des enfants avec maladies chroniques somatiques très sévères, qui sont à risque de développement de troubles psychiques ?

- ⇒ Prévoir une coordination entre les services somatiques spécialisés qui suivent ces enfants et les CMP de psychiatrie infanto-juvénile : cadre commun avec rencontres.
- ⇒ Prendre pour modèle la coordination existant pour la prise en charge de la prématurité et la prévention des troubles pouvant en découler (CLSM Lyon 7<sup>ème</sup> arrondissement)

#### **AXE 4 : Développer l'accès aux soins dentaires**

Cf. supra

#### **AXE 5 : Utiliser les dispositifs de soutien aux médecins généralistes au service de la santé mentale**

L'acceptabilité de l'intervention de l'infirmier Asalée par les patients pour le suivi somatique est très bonne.

Il apparaît tout à fait possible d'avoir recours à l'infirmier Asalée pour dispenser de la psychoéducation de patients avec troubles psychiques. Par contre, la proposition de les former aux thérapies brèves en santé mentale n'apparaît pas réaliste.

Il convient de vérifier la possibilité de déroger au dispositif pour intégrer un psychologue.

#### **AXE 6 : Améliorer la prise en charge des personnes ayant des troubles psychiques dans les services MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et aux urgences**

La **stigmatisation** constitue la première cause de non acceptation des personnes ayant des troubles psychiques dans les services MCO et de non prise en compte de la plainte somatique de ces personnes par les soignants exerçant aux urgences générales et dans les services somatiques.

- ⇒ Des actions de formation et de lutte contre les stéréotypes négatifs doivent être mises en œuvre de manière prioritaire dans ces services.
- ⇒ La lutte contre l'installation de représentations stigmatisantes doit intervenir le plus tôt possible, dès la formation de ces professionnels.

Les SISM pourraient aussi être orientées vers les professionnels du MCO, en les faisant participer aux actions.

Quand une personne ayant un trouble psychiatrique est hospitalisée pour un problème somatique, il est nécessaire qu'une équipe de psychiatrie soit prévenue.

Les décompensations conjointes d'un trouble somatique et d'un trouble psychiatrique ne trouvent pas de prise en charge adaptée à ce jour. La recherche internationale a démontré l'intérêt d'avoir des unités médico-psychiatriques intervenant en niveau de recours 3 ou 4 sur des décompensations aiguës somatiques et psychiatriques avec une équipe mixte. En France, seules deux unités de ce type existent, à Angers et à la Pitié-Salpêtrière. Ce type de patients représentent une centaine de cas par an aux HLC.

⇒ Proposer la création d'une unité médico-psychiatrique à Lyon et/ou développer les possibilités de prise en charge partagée psychiatre/somaticien au lit du patient.

#### Autres point abordés :

Quid de la coopération entre psychiatres hospitaliers et psychiatres libéraux ?

⇒ Les représentants des psychiatres libéraux ont été sollicités pour participer au PTSM, mais n'ont pas donné suite.

Il est noté que les médecins généralistes ne font plus de visite à domicile en raison de la rémunération insuffisante. C'est probablement un choix des pouvoirs publics qui n'ont pas revalorisé cette rémunération. Cela pousse au développement de la télémédecine.

## Groupe de travail 4 du PTSM – Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence

- Réunion du 13 février 2019 – Notes complémentaires

UNAFAM : 3 200 hospitalisations / an sur le Rhône concernant des personnes connues de la psychiatrie. Viser une diminution de 10 % de ce total par dégager des ressources financières redéployables sur l'ambulatoire.

Personnes concernées :

Mobiliser le savoir des pairs-aidants : connaissent de l'intérieur la maladie

Effets délétères de la perte de confiance de nombreux patients envers la psychiatrie (en lien par exemple avec une hospitalisation sans consentement) => refus de consulter => aggravation de l'état de santé => crise => urgence.

SMC : dispositif d'HAD (2 visites/jour et astreinte 24h/24) et HDJ de crise. Durée 2 mois. 40 places en tout.

⇒ Meilleure adhésion aux soins qu'en hospitalisation- moins traumatisant et régressif pour les patients – prise à domicile permet la prise en compte de la dimension familiale.

Existence de périodes de sous-sollicitation, même si dispositif de ++ sollicité par médecins généralistes, CMP et psychiatres de ville.

Réduire les passages aux urgences liés à l'épuisement socio-éducatif des professionnels des ESMS => groupe de professionnels des MAS, ITEP et FAM du nord du département mis en place pour mieux se connaître/connaître leur offre respective (y compris de répit). Utilité des hospitalisations séquentielles en psychiatrie pour maintenir les personnes dans les dispositifs médico-sociaux. Organisation de relais mutuels entre ESMS sur des situations difficiles.

Point d'attention : en cas de crise en établissement social ou médico-social, adressage fréquent vers les urgences psychiatriques alors que la problématique n'est pas nécessairement médicale. Générateur d'incompréhension.

Restos du cœur : public invisible pas repéré. Survenue de crises de violence spontanées au sein des centres de distribution. Salariés en contrat d'insertion : certaines personnes ont des troubles du comportement importants pouvant engendrer des agressions physiques ; population en grande partie issue de l'immigration, ne parlant pas toujours français et avec une très mauvaise maîtrise du système de santé. Recours aux urgences psychiatriques ne se traduit pas toujours pas une prise en charge (pas nécessairement un pb psychiatrique), avec retour de la personne vers le chantier d'insertion, sans réponse apportée.

=> Former les bénévoles et les professionnels des chantiers d'insertion aux premiers secours en santé mentale ?

Personnes à la rue en danger : SOS médecins ne se déplace pas.

Dr FREZET (Médecin généraliste dans la Loire) : aucun flux d'information de la part de la psychiatrie (notamment CR d'hospitalisation), absence de suivi d'aval des patients. Besoin d'avis de second recours de la part de la psychiatrie, mais délai usuel de 18 à 24 mois.

Problématique de la continuité de la veille sur les personnes à risque suicidaire dans le médico-social pendant les périodes de fermeture des services => priorité de déploiement de Vigilans sur le nord du département.

Fermeture du dispositif d'accompagnement de la crise dans le nord du département suite départ du psychiatre. Quels recrutements de professionnels dans les zones à faible démographie médicale ?

Problématique d'absence de retour d'information aux professionnels de l'éducation nationale après adressage d'un élève aux urgences de l'HFME : les élèves reviennent sans que l'établissement soit prévenu et sans avoir de suivi ; cela débouche sur une réitération de la situation d'urgence.

Pratiques et fonctionnements différents d'un CMP à un autre brouillent la lisibilité des dispositifs.

- ⇒ Fonctionnement des CMP mis en place dans le G34 (CH Saint Cyr) pour fluidifier la réponse aux nouvelles demandes : chaque professionnel doit réserver un créneau aux nouvelles demandes dans son agenda.

CH Saint Jean de Dieu : problème de fermeture annoncée de lits d'UHCD faute de psychiatre. Or cette structure permet une sortie directe de 50 % des patients après hospitalisation avec DMS de 10 jours.

Bailleurs sociaux : ont travaillé à l'identification des étapes amenant à recours à hospitalisation sous contrainte alors que l'alerte sur la situation était donnée depuis longtemps : Signalement de la situation au bailleur social => appel au CMP pour savoir si la personne est suivie (pas d'info possible) => sollicitations multiples d'autres acteurs => dégradation de la situation => sollicitation du maire pour une hospitalisation sous contrainte.

- ⇒ Généraliser et faire connaître les instances SPHEL d'analyse conjointe des situations d'alerte par rapport au logement
- ⇒ Avoir un dispositif « d'aller vers » la personne ayant des troubles dans son logement, sans attendre l'urgence.

- **Réunion du 13 mars 2019 – Notes complémentaires**

## Méthodologie et attentes

Rappel de la démarche, des attendus en termes de priorisation selon un axe de criticité (importance de la problématique pour les usagers) et de faisabilité (acceptabilité pour les acteurs, faisabilité juridique, faisabilité financière).

Identification des 2 rapporteurs du groupe pour les Etats généraux le 5 avril 2019 : Laurent SALUCKI et Olivier PAUL.

Relecture du support excel transmis à l'issue de la première réunion :

- compléments et précisions / clarifications à apporter dans la formulation des 5 axes et de leur contenu
- éléments de priorisation à déterminer.

## Echanges

### 1<sup>er</sup> axe - Développer les capacités des personnes à connaître et gérer leur maladie / à anticiper et gérer la crise – empowerment

- Demande des usagers de développer des supports d'information et de psychoéducation accessibles sur des outils numériques (portail internet, application smartphone...) : un outil polyvalent pourrait être développé en ligne.
- ⇒ Les outils numériques sont destigmatisés et correspondent bien aux usages de la population.
- ⇒ Plutôt partir d'outils existants, tels que l'application d'auto-entraînement cognitif « Alix et moi », en développant un module supplémentaire d'aide à la gestion de la crise.
- ⇒ Conjuguer sur cet outil la mise à disposition d'infos (où aller, qui appeler ?) et des modules d'auto-formation pour renforcer la capacité des personnes à faire face.
- ⇒ *Faut-il un même portail pour les personnes concernées et pour les proches et professionnels, avec éventuellement des chemins d'accès séparés, ou faut-il construire des portails distincts ?*

Vigilance à avoir sur l'idée de cartographie territorialisée de l'ensemble des ressources + arbres décisionnels : qui l'alimente ? Comment faire en sorte qu'elle soit à jour ? Attention par ailleurs aux doublons avec d'autres initiatives, telles que le portail unique en cours de développement par le Psycom : à prolonger éventuellement au niveau local, sans tout réinventer.

Il est noté que les dispositifs d'urgence en santé mentale aujourd'hui ne sont pas publiés.

- Sur la psychoéducation :

Des offres existent mais le nombre de bénéficiaires est extrêmement limité. Le potentiel de développement est donc très important. Il faut être moteur pour inciter les personnes à aller vers cette offre.

Nota : on entend par psychoéducation la mobilisation de programmes structurés. Le fait de donner de l'information ne constitue pas de la psychoéducation.

- Sur les plans de crise/directives anticipées :

La notion de directives anticipées étant liée à la fin de vie, privilégier l'expression « plan de crise ». Par ailleurs, il est nécessaire que ce plan de crise soit construit avec un professionnel, et non par le patient seul => on est donc sur l'idée de « plan de crise conjoint ».

## **2<sup>nd</sup> axe - Prévenir les crises – travail en amont**

Des moyens très importants pourraient être redéployés vers l'ambulatorio par un travail sur l'évitement des crises, qui permettrait de diminuer les hospitalisations en urgence (3 500 hospitalisations/an dans le Rhône concerneraient des patients déjà suivis en psychiatrie<sup>14</sup>).

- Sur l'organisation des CMP :

Concernant les perdus de vue, les médecins ont le souhait de recontacter les patients qui ne sont pas venus à un rendez-vous, mais n'y arrivent pas faute de temps.

- ⇒ Il faut que ce recontact soit organisé, avec des règles et des outils, et qu'il soit pris en charge par d'autres professionnels du CMP, car le temps médical n'est pas calibré pour cela.

D'une manière générale, il convient d'acter dans les pratiques des professionnels un véritable changement de la philosophie de prise en charge : pendant longtemps en effet, la conception du soin faisait que les professionnels n'avaient pas une démarche d'aller vers les patients. Il a depuis été démontré qu'une démarche proactive était plus efficace et prodiguait une meilleure qualité de soins pour le patient à un moindre coût pour la collectivité. Les pratiques doivent donc évoluer avec cette nouvelle grille de lecture.

Il est noté que le recontact des perdus de vue est inscrit comme un objectif dans le projet médical du Vinatier tout juste adopté. Par contre, cela n'est pas suffisant si on ne dispose pas d'une équipe en mesure d'intervenir en se déplaçant auprès de la personne.

Concernant la définition de coupes files :

- L'objectif global est de réduire l'incertitude
- Les CMP étant saturés, certains professionnels ont l'impression de ne plus travailler qu'avec des coupe-files

---

<sup>14</sup> Chiffre communiqué par l'UNAFAM

- Il existe aussi d'autres règles d'organisation qui améliorent la réactivité telles que l'obligation de prévoir un créneau de nouvelle demande dans chaque plage de consultation

On peut néanmoins considérer que toute personne sortant des urgences ou d'une hospitalisation psychiatrique (y compris en clinique) doit se voir proposer un rendez-vous sous 15 jours.

**Il est proposé de rédiger et de valider au niveau départemental une charte sur les conditions d'accueil en CMP.** L'idée est de promouvoir une organisation du CMP qui améliore la réactivité.

⇒ Cette charte énoncerait clairement :

- ✓ Que la demande de soin peut venir du patient **ou** de toute personne agissant dans l'intérêt du patient (proches, familles...). Certains CMP exigent encore en effet que ce soit la personne elle-même qui demande un rendez-vous, ce qui empêche l'accès aux soins.
- ✓ Que le patient peut venir consulter accompagné d'un membre de sa famille
- ✓ Que les patients ne se présentant pas à un rendez-vous doivent faire l'objet d'une démarche active de réintégration dans le soin
- ✓ Que certaines situations à définir (sorties d'hospitalisation par exemple) doivent faire l'objet d'une priorité (« coupe file »)
- ✓ Que les rendez-vous peuvent être donnés par les professionnels non médicaux (accès aux agendas)
- ✓ Qu'après une hospitalisation ou un passage aux urgences psychiatriques, la reprise de contact relève du CMP<sup>15</sup> (sur la base de l'information donnée par l'unité d'hospitalisation ou le service d'urgence – au Vinatier par ex, un mail est adressé par l'IDE de nuit au CMP pour lui demander de reprendre contact).
- ✓ ...

Il est noté que les infirmiers peuvent parfaitement recevoir les patients connus, ce qui permettrait de libérer du temps médical.

Attention : Si le CMP doit pouvoir répondre rapidement, il ne s'agit pas non plus d'un dispositif d'urgence dans lequel un patient peut se présenter de manière inopinée.

Une plus grande réactivité des CMP permettra de « désembouteiller » les urgences psychiatriques qui sont saturées par des situations sans caractère d'urgence, pour lesquelles il n'existe aucun critère d'hospitalisation.

- Concernant l'aide aux aidants : le programme Bref, qui a été co-élaboré entre l'UNAFAM et le pôle Est du Vinatier permet de faire entrer les familles de manière précoce dans l'aide aux aidants, dès le CMP ou la première hospitalisation, à condition que la proposition en soit faite de manière systématique. L'impact positif de l'aide aux aidants sur les familles et sur les patients a été largement mis en évidence.

---

<sup>15</sup> Ou du Centre de prévention du suicide après une tentative de suicide.

- Concernant les règles de sectorisation édictées pour les personnes dites SDF : ces règles ne font pas l'unanimité dans la communauté médicale. Elles ne tiennent en effet pas compte du fait « qu'on est toujours SDF de quelque part », en particulier quand on l'est devenu à la suite d'une expulsion. Il est dans l'intérêt des personnes d'être soignées et accompagnées dans le quartier où elles sont installées et qui n'est généralement pas le fruit du hasard. Par ailleurs, la règle du « tour des SDF » a pour effet pervers de ne pas inciter les CMP à s'intéresser aux SDF installés dans leur environnement.
- Concernant la formation des professionnels : elle doit concerner tous les métiers (pharmaciens, kinés...) et intervenir en formation initiale et continue.
- Sur la prise en compte des alertes et des signalements de situations de danger pour la personne elle-même ou pour les autres : ces alertes existent, mais c'est la capacité du système à les prendre en compte et à y répondre dans des délais et avec des moyens adaptés<sup>16</sup> qui fait défaut. Il faut à la fois :
  - ✓ un cadre d'analyse des situations => il faut se demander à ce titre si le fonctionnement des CLSM et des instances SPHEL permet à cette analyse d'être réalisée de manière efficace
  - ✓ des possibilités de réponse et d'intervention mobile :
- Aujourd'hui Psymobile intervient sur un territoire limité => étudier les conditions de faisabilité d'une extension à l'ensemble du territoire.
- Il faut distinguer la mobilité à destination des personnes connues et à destination des personnes non connues : les interventions en réponse à une rupture de soins relèvent clairement de la responsabilité du secteur ; c'est différent pour les personnes non encore engagées dans un parcours de soins, pour lesquelles une équipe mobile non sectorisée de type Psymobile apparaît pertinente.
- ⇒ Un travail sur la définition de la rupture de soins sera nécessaire pour affiner la ligne de partage.

Il est souligné que l'équipe Psymobile est très peu actionnée en considération du nombre de situations sur lesquelles son intervention serait pertinente : il faut donc être vigilant sur le fait que l'existence d'un dispositif n'entraîne pas automatiquement son repérage et son utilisation.

⇒ Pouvoir mesurer le taux de pénétrance du dispositif (écart entre le taux de recours théorique et le taux de recours réel)

➔ **D'une manière générale, il convient de mettre en place un dispositif global d'observation et d'évaluation de la mise en œuvre du PTSM** (Objectifs et indicateurs partagés de résultat pour les personnes concernées)

Sur le territoire de Saint Cyr, le dispositif d'accompagnement de la crise est toujours en sommeil dans l'attente du recrutement d'un psychiatre.

Il est noté qu'en psychiatrie de la personne âgée, le dispositif de mobilité à domicile fonctionne plutôt bien.

- Sur les sorties d'hospitalisation : doivent être prévus les soins ET les accompagnements adaptés, qui permettront d'éviter une réhospitalisation.

---

<sup>16</sup> Sont citées des situations où le patient est amené aux urgences menotté par la police alors que la crise est relativement banale et, à rebours, des situations de dangerosité avérée amenant une multitude de signalements sans que rien ne se passe.

- ⇒ Une meilleure connexion doit se développer entre le soin, le social et le médico-social (y compris les CCAS et les bailleurs) pour pouvoir compter sur un maillage suffisant en possibilités d'étayage.
- ⇒ Le retour à domicile doit faire l'objet d'une « transition douce » avec des soins au domicile d'intensité dégressive.

Il est observé que beaucoup de patients, une fois sortis de l'hôpital, ne veulent plus entendre parler de soins psychiatriques. Il n'est pas possible de passer outre le refus du bénéficiaire pour faire intervenir une équipe mobile.

- ⇒ Cela ne rend que plus nécessaire la mobilisation en amont des outils et pratiques favorisant l'engagement dans les soins.

### **3<sup>ème</sup> axe - Intervenir rapidement sur les situations de crise et d'urgence avec des réponses ambulatoires et mobiles**

#### Concernant les soins alternatifs à l'hospitalisation :

- Le dispositif de soins intensifs de SMC (« HAD » et HDJ de crise) concerne tous les patients, qu'ils soient déjà connus ou non de la psychiatrie.
- La notion de soins intensifs à domicile en psychiatrie, qui n'est pas définie réglementairement<sup>17</sup>, doit faire l'objet de précisions, notamment sur le nombre de passages quotidiens à partir duquel le soin peut être considéré comme intensif.

Il est noté que les propositions de soins alternatifs à l'hospitalisation sont à ce jour peu nombreuses.

Or, un dispositif tel que le CTB (centre de thérapie brève<sup>18</sup>) est suffisamment intensif pour éviter une hospitalisation en clinique.

Sur les situations d'urgence : avoir un numéro permettant de déclencher une réponse ambulatoire et mobile desservant tous les territoires.

Il est anormal que le règlement des situations d'urgence dépende du réseau personnel des usagers, aidants et professionnels.

### **4<sup>ème</sup> axe : Mettre en œuvre des pratiques orientées rétablissement à travers la prise en charge de la crise et de l'urgence**

Concernant les conditions d'accueil dans les services d'urgence :

- Sur des sites tels que Tarare ou Villefranche, il n'est pas certain qu'il y ait suffisamment de professionnels pour permettre d'éviter le recours à la contention quand celle-ci est sans objet.
  - Le problème n'est pas toujours celui du personnel, mais aussi celui de l'architecture : pour éviter la contention, il faut pouvoir disposer de lieux calmes qui permettent l'apaisement. La désescalade n'est possible qu'à condition d'avoir des lieux adéquats. A l'Hôpital Edouard Herriot, l'architecture n'est à ce jour clairement pas adaptée.
- ⇒ **Avoir des services d'accueil des urgences adaptés à l'accueil de personnes en crise psychique (architecture des locaux, personnel)**

<sup>17</sup> La notion d'HAD (hospitalisation à domicile) telle que définie par les textes n'est pas applicable à la psychiatrie, à laquelle elle est peu adaptée dans son encadrement réglementaire actuel.

<sup>18</sup> Situé à Vénissieux et dépendant de l'hôpital Saint Jean de Dieu.

- Pour autant, des progrès peuvent toujours être faits à architecture constante, notamment en formant massivement les professionnels.

La présence de pairs-aidants dans les services d'urgence est primordiale pour rassurer les personnes en situation de crise et leur montrer à travers l'expérience d'un pair que l'espoir est possible. Seuls les pairs aidants ont cette capacité car ils connaissent de l'intérieur la maladie.

Grâce à leur capacité d'écoute et d'accueil de la parole, les pairs-aidants peuvent aider à refaire le lien entre la psychiatrie et les patients qui ne veulent plus entendre parler de la psychiatrie après des expériences traumatisantes. Ces patients doivent pouvoir choisir le lieu et les soins qui leur permettront le plus de se réconcilier avec la psychiatrie (cf. le modèle anglais de prise en compte des choix des patients).

Les échanges avec des patients rétablis sont demandés par beaucoup de patients : cela leur permet de savoir comment il est possible de « vaincre » la maladie et aussi ce que la maladie peut apporter.

- ⇒ Réserves quant au fait que l'intervention des pairs-aidants soient la plus appropriée au moment de la crise.
- ⇒ Il y a aussi une impossibilité éthique à mobiliser des pairs aidants sur un fonctionnement H24.
- ⇒ La présence de pairs-aidants au SAU doit faire l'objet de travaux importants de définition pour être rendue possible : comment les solliciter ? sur quelle plage horaire ? comment concilier cette présence avec le fonctionnement H24 des services ?

Il est noté que l'intervention de pairs-aidants dans les services produit deux bénéfices concomitants : un bénéfice pour l'équipe (amélioration des pratiques et du fonctionnement) et un bénéfice direct pour les usagers (baisse du déni, meilleur engagement dans les soins, maintien de l'espoir..). L'intervention de pairs aidants dans les services d'urgence est déjà une réalité dans certains pays. Le niveau de maturité en France est peut-être encore insuffisant.

Il est essentiel que les pairs aidants interviennent aussi dans la formation des professionnels de santé en assurant des cours.

Le savoir-être/la dimension relationnelle doivent également faire partie de la formation des professionnels.

Sur la gestion de la disponibilité des lits au sein des services : le besoin de « faire des sorties », parfois de manière anticipée, pour permettre à de nouveaux patients d'être hospitalisés est générateur de conflits éthiques chez les professionnels.

Il y a aussi de nombreux lits dans les établissements qui sont « bloqués » pour des patients en hospitalisation de longue durée, pour lesquels peu de solutions existent dans le médico-social.

- L'importance du travail spécifique de la psychiatrie en équipe pluridisciplinaire

*A noter pas de médecins généralistes dans les participants de ce 2<sup>nd</sup> GT*

## **Suite**

Une synthèse sera adressée aux membres, avec un délai donné pour apporter leurs observations.

Les propositions du groupe seront discutées avec les personnes concernées aux Etats généraux, puis des arbitrages seront préparés pour être soumis au Comité de pilotage et à l'Assemblée générale.

Les travaux pour mettre au point la feuille de route (actions opérationnelles) reprendront à la rentrée 2019.

## GT 5 PTSM – Notes complémentaires réunions du 13 février et 13 mars 2019 en vue du diagnostic territorial partagé

### Réunion du 13 février :

SAVS La Casa : s'est développé dans le champ de la déficience intellectuelle, mais reçoit de plus en plus de jeunes (18-25 ans) avec handicap psychique.

Collectif des personnes concernées : importance de l'évaluation de la qualité par les patients/personnes concernées elles-mêmes : les seuls à pouvoir dire s'ils ont été écoutés/si la prise en charge s'est bien passée. L'évaluation par les utilisateurs existe dans n'importe quel autre champ d'activité.

+ Réserves sur l'emploi de l'expression « de droit commun », qui est stigmatisant.

Unafam Rhône : a calculé que seulement 10 % des familles de personnes atteintes de troubles psychiques sont aidées.

CRR (centre régional de remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale) : avantage d'une psychiatrie moins stigmatisée et moins stigmatisante pour les personnes concernées.

Afrips : dans le cadre de la mise en œuvre de la feuille de route Parcours en psychiatrie et santé mentale à la Réunion (projet pilote de l'ANAP), participe à la formation de binômes de professionnels (un travailleur social et un pair-aidant) qui interviennent à domicile dans les familles auprès de personnes avec troubles psychiques de sévérité variable. L'évaluation est à ce jour très positive.

Problématique liée à la durée d'intervention des SAVS et SAMSAH, qui est limitée dans le temps : pose le problème du passage de relais quand la personne n'a plus besoin de l'intensité de l'accompagnement proposée par le SAVS, mais a encore besoin d'un étayage : le suivi par le CMP et l'assistant de service social de la MDM, tels qu'ils sont proposés aujourd'hui, sont alors insuffisants, ce qui peut amener à prolonger l'accompagnement par le SAVS ou le SAMSAH au détriment de la fluidité de l'accès à ce service pour de nouvelles personnes.

Importance des soins aux familles : exemple du Centre de guidance familiale mis en place au CH le Vinatier au sein du pôle de psychiatrie de la personne âgée, sous forme de soins familiaux à domicile.

Sur le pouvoir d'agir : attention à ne pas en faire une obligation à choisir et à agir.

Sur le recours à la pair aide : le tout nouveau projet d'établissement des HCL intègre la volonté de développer l'intégration de patients partenaires (= patients travaillant avec l'institution sur l'organisation des services, la formation, la recherche..) et de patients experts (= patients experts de leur maladie, intervenant auprès d'autres patients et dans les formations des professionnels), en se basant sur le modèle de Montréal. L'objectif étant qu'entre un tiers et la moitié des 200 services des HCL intègrent une telle compétence d'ici la fin du projet d'établissement. Cet axe est conçu comme un véritable levier institutionnel au service de la qualité et de la pertinence. L'acceptabilité pour les professionnels est globalement bonne dès lors qu'ils ont compris qu'il en résulte un gain de temps et une meilleure appropriation de l'information par les patients quand celle-ci est dispensée par un pair. Un référentiel de compétences du modèle de Montréal a été élaboré et pourra être diffusé au groupe. Les futurs travaux du Conseil pour l'engagement des usagers<sup>19</sup> de la HAS, présidé par Christian Saout, devraient également contribuer à cet axe.

L'observatoire du rétablissement, développé par le CRR pour permettre aux professionnels de terrain d'auto-évaluer leur niveau d'appropriation des pratiques orientées rétablissement, pourra utilement être mis au service du déploiement de ces pratiques.

Le Dr LANDAZURI estime qu'il faut un panel de propositions pour aider la personne à être plus libre, mais la psychiatrie ne peut être strictement soumise aux seules injonctions d'objectivation.

### Réunion du 13 mars :

---

<sup>19</sup> Dont la commission a été annoncée le 22 mars 2019 par la HAS. L'installation du Conseil est prévue en avril 2019.

Collectif des personnes concernées : les professionnels doivent mettre à distance la maladie/le traitement pour s'intéresser plus à la vie des personnes et aux attentes des personnes quant à leur projet de vie.

Quid des personnes ayant des difficultés à exprimer de manière claire et continue leurs choix, notamment en raison de l'âge et/ou de troubles cognitifs importants ? => Il convient d'utiliser tous les outils et modes de communication à disposition pour recueillir les choix et le consentement, qui passent souvent par du non verbal.

La promotion de la capacité de décider et d'agir des personnes implique pour les professionnels de déplacer le curseur : avoir un peu moins de sécurité et plus de décision partagée.

SAVS Amahc : on permet toujours aux personnes d'essayer et de nous surprendre même si les objectifs visés paraissent inatteignables et qu'il y a des risques. La psychoéducation aide à réduire l'insécurité car c'est la personne elle-même et son entourage qui deviennent capables de mesurer et d'anticiper les risques.

Importance de pouvoir mobiliser un service d'hospitalisation à domicile en sortie d'hospitalisation + coordination à avoir entre le service d'hospitalisation et les acteurs médico-sociaux qui accompagnent la personne (SAVS parfois pas averti de la sortie d'hospitalisation).

Sur l'observatoire du rétablissement développé par le CRR : le secteur G32 du Vinatier (Dr PARRIAUD-MARTIN) a été pionnier dans le recours à l'observatoire. L'objectif était de mobiliser les équipes pour avoir une vision plus optimiste des patients, des troubles et de leur évolution, ce qui n'est pas simple car les professionnels ont été majoritairement formés à traquer les symptômes et non à faire confiance aux capacités des patients. Cela nourrit un pessimisme sur la trajectoire des patients qui oriente la relation qu'on a avec eux.

De plus, l'intentionnalité des professionnels est à la base très protectrice. C'est une posture qui demeure très forte et il faut impérativement accompagner les professionnels pour qu'ils puissent en changer.

- ⇒ Il y a un vrai travail de changement des représentations à mener, en particulier chez les professionnels travaillant en hospitalisation complète, qui ne voient les patients que quand ils vont très mal.
- ⇒ L'intervention de patients experts et pairs aidants est un levier pour faire bouger les représentations. Cf. projet du pôle de psychiatrie de la personne âgée du Vinatier d'organiser une journée sur l'ETP en faisant intervenir des patients experts en tant qu'animateurs des ateliers.
- ⇒ Les acteurs du médico-social peuvent aussi contribuer à apporter cette vision aux soignants, car ils accompagnent les personnes dans des phases non aiguës.

Sur l'objectif de diminution du recours aux soins sans consentement par des dispositifs « d'aller vers » :

Le pôle de psychiatrie de la personne âgée du Vinatier dispose d'une équipe mobile qui intervient sur des situations de personnes non connues de la psychiatrie. Cela fonctionne très bien et permet d'améliorer sensiblement les conditions d'entrée dans le parcours de soin, même si ça ne permet pas nécessairement d'éviter l'hospitalisation et les soins sans consentement. De plus, c'est un travail chronophage (il faut trouver les bons interlocuteurs), qui demande des moyens financiers importants.

⇒ Prouver que le travail de prévention a des effets bénéfiques sur l'ensemble du parcours.

Sur les pratiques humiliantes en psychiatrie : mettre l'objectif de réduction de l'isolement et de la contention en axe de travail.

L'absence d'activité en hospitalisation alimente la dépression et les idées suicidaires => développer les groupes de psychoéducation, les groupes d'entraide de pairs, faire venir des associations, des bénévoles issus de la Cité et mettre en place un dispositif d'information formalisé sur ce qui est proposé. Cela nécessite des moyens, mais aussi un changement de posture des professionnels (ne pas légitimer l'inactivité au motif qu'il faut que le patient « prenne sa place dans le soin »).

Sur la stigmatisation et les représentations des pathologies psychiques :

Il faudrait pouvoir expliquer aux enfants très tôt, dès l'école primaire, ce que sont les pathologies psychiques, ce qu'est un psychiatre, un psychologue, afin de contrer la mise en place de représentations stigmatisantes.

- ⇒ Avoir dans les bibliothèques et les centres de documentation des établissements des références bibliographiques simples sur les troubles psychiques (ex. « Ma mère est dépressive », « Mon père est bipolaire »..)
- ⇒ Développer les interventions dans les écoles et les rencontres avec des personnes concernées.

Sur la valorisation des compétences des personnes :

Importance de viser le renforcement de l'estime de soi => l'approche par les droits humains prônée par la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées dans son récent rapport sur la situation française est très intéressante à cet égard.

Sur l'inscription dans la cité :

Mieux informer sur les ressources permettant aux personnes concernées de s'inscrire dans la cité en participant à des activités ouvertes à tous les citoyens (Université de tous les âges, écoles de musique, clubs de sport...), sans se replier sur des groupes uniquement psychiatriques. Favoriser les pratiques collectives et celles impliquant un apprentissage => promouvoir les solutions à l'extérieur de l'établissement plutôt que dans les structures de soins. Problématique du coût des abonnements sportifs ou culturels => solliciter le financement par les municipalités<sup>20</sup>.

Sur la pair-aidance :

---

<sup>20</sup> Sur la ville de Lyon, la carte culture est gratuite pour les personnes titulaires d'une carte d'invalidité.

Les apports clefs d'un pair aidant en santé mentale :

- Favoriser l'engagement dans les soins
- Dispenser la psychoéducation
- Faire évoluer les postures des professionnels

L'objectif est de faire intervenir de manière large des pairs aidants dans toutes les équipes de psychiatrie, y compris les services d'hospitalisation, et du médico-social. Un point fondamental qui conditionne la réussite du projet concerne la préparation de l'équipe à l'accueil d'un pair-aidant professionnel. Il faut également poser le cadre permettant de s'assurer de l'employabilité du pair-aidant et déterminer la formation nécessaire.

Le fonctionnement différent d'un CLSM à l'autre nuit à la lisibilité de leur action => un fonctionnement plus harmonisé permettrait de porter une parole plus forte. Il est difficile de prévoir une harmonisation totale car les CLSM ont un rattachement très local, mais il apparaît néanmoins possible de travailler de manière plus transversale sur certaines thématiques, notamment sur le champ de la déstigmatisation.

Un problème soulevé est celui de la forte rotation sur les postes de coordinateurs, qui nuit à la continuité de l'action des CLSM. Pour réduire cette instabilité, le CH Le Vinatier a procédé à un recrutement en CDI, en assumant le risque employeur.

Les axes prioritaires se détachant des discussions du groupe :

<b>Axes</b>	<b>Actions à privilégier</b>
Promotion des choix des personnes dans les soins et les accompagnements	Développement de la psychoéducation Formation des professionnels aux pratiques orientées rétablissement, auto-évaluation et hétéro-évaluations de ces pratiques, notamment par la mobilisation de l'Observatoire du rétablissement
Réduction des soins sans consentement et révision des conditions et pratiques d'hospitalisation	Développer l'aller vers et les dispositifs de prise en charge de la crise à vocation préventive Systématiser les activités au cours des périodes d'hospitalisation Réduire le recours à la contention et l'isolement
Systématiser la présence de personnes concernées dans les instances et tous les lieux de décision/formation/réflexion en santé mentale	Avoir des personnes concernées dans tous les groupes de travail et instances des institutions (ex. groupe sur la contention et l'isolement)

Valoriser les personnes et leurs compétences	Renforcer l'estime de soi des personnes concernées à travers la formation aux droits humains
Développer la pair-aidance	Développer l'intervention de pairs-aidants professionnels dans les services de psychiatrie, sociaux et médico-sociaux
	Formaliser un cadre partagé pour la pair-aidance professionnelle (missions, compétences, formation, statut, salaire)
Accueillir la maladie psychique dans la cité	Pouvoir étendre au grand public l'impact des manifestations telles que la SISM
	Développer l'inscription des personnes dans les activités culturelles et sportives de la Cité
Travailler en réseau sur la déstigmatisation	Développer les interventions en direction des publics d'âge scolaire, afin de prévenir l'installation de représentations négatives, en favorisant la rencontre avec des personnes concernées.
	Développer les actions transversales entre CLSM sur le champ de la déstigmatisation



## GT 6 PTSM Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

### Réunions du 11 février et 14 mars 2019 en vue du diagnostic territorial partagé

#### Réunion du 11 février 2019

Faut-il cibler des populations particulières avec des programmes spécifiques (par exemple, enfants ASE, avec carences affectives importantes) ?

Ces programmes ne démontrent pas leur efficacité (générateurs de discriminations/aggravent les inégalités). Privilégier l'approche en termes **d'universalisme proportionné** : faire bénéficier la population des mêmes programmes avec une attention/intensité spécifiques et des moyens adaptés aux personnes les plus éloignées de la cible à atteindre.

PMI : voit 95 % des enfants de maternelle. Objectif : les voir en présence des parents

Données sur personnes en difficulté de logement :

1500 personnes à la rue (données SIAO), 65 000 demandes de logement annuelles sur la Métropole

Pour GT 1 enfants :

Rendre lisibles l'accès aux dispositifs de soins (CMP, CAMSP, CMPP) : savoir où s'adresser en fonction de la nature de la difficulté.

Orientation parfois trop rapide vers dossier MDPH pour un enfant en difficulté sans certitude sur le diagnostic : violence pour les parents. Ces situations peuvent revenir ensuite sous la forme d'information préoccupante.

## GT 2 :

Rôle des PCPE dans la prévention de la rupture scolaire : intervention 5 mois renouvelable une fois sans orientation MDPH

## Réunion du 14 mars 2019

En soutien à cette réunion, deux documents ont été adressés au groupe :

- Un extrait du Rapport d'information de l'Assemblée nationale sur la prévention santé en faveur de la jeunesse (2018)
- Le numéro 439 de mars 2017 de la revue La santé en action (Santé publique France) dont le dossier central a pour titre « Promouvoir la santé mentale de la population ».

Sur cette thématique, l'approche par territoire, permettant des actions décloisonnées, est essentielle. Toute une partie du territoire du PTSM est dépourvue de CLSM, ce qui a comme conséquence une synergie d'acteurs sous-optimale.

### Sur le renforcement de la santé mentale positive des jeunes :

Les cibles prioritaires doivent être l'amélioration de la **confiance en soi** et de **l'estime de soi**.

- L'acquisition des compétences psychosociales :

Ces compétences (affirmation de soi, gestion du stress....) sont essentielles pour démarrer dans la vie. Or on ne les a pas de manière innée, car elles dépendent beaucoup de l'environnement de l'enfant. Si on souhaite une équité entre les enfants sur ce plan, il faut que les programmes de développement des compétences sociales soient proposés à l'école.

- ⇒ La diffusion des programmes de développement des compétences psychosociales figure bien depuis quelques années dans les objectifs de l'Education nationale. Il s'agit d'une stratégie bien repérée au niveau national et territorial.
- ⇒ Pour autant, cette diffusion est encore limitée et peu d'enseignants sont formés à ce jour aux compétences psychosociales. L'essaimage est donc à soutenir.

Les parents ont un rôle primordial dans l'acquisition des compétences psychosociales et il convient également d'agir en leur direction pour les soutenir dans ce rôle et leur donner les moyens de l'exercer de manière adaptée.

- Sur la mobilisation du service sanitaire au service d'actions de promotion de la santé mentale dans les écoles : au vu de la nouveauté du dispositif, l'effet à attendre, au moins dans les premières années de déploiement, est moins un impact direct sur les jeunes scolaires que l'amélioration des connaissances des professionnels de santé sur la santé mentale, ce qui constitue en soi un objectif très intéressant.

#### Sur la promotion de l'éducation à la santé :

Est visée une approche globale de la santé intégrant l'alimentation, le sport....etc.

Il ne s'agit pas uniquement de transmettre des savoirs et de la connaissance, mais d'apprendre à prendre soin de soi/prendre soin de sa sphère personnelle, sans que cela se traduise pour autant par « une injonction au bonheur ».

Axes « Agir sur l'environnement scolaire » et « agir sur l'environnement familial » => les fusionner et renommer « Agir avec les environnements éducatifs ».

- ⇒ Reformuler les actions dans une dimension positive et d'empowerment :
  - Lutter contre le harcèlement scolaire => agir sur le climat scolaire
  - Informer sur l'usage abusif des écrans => promouvoir un usage adapté des outils numériques
- ⇒ Supprimer l'objectif de dépistage de la dépression maternelle, qui est stigmatisant pour les mères.

L'environnement scolaire joue un rôle décisif dans le parcours de vie des personnes : beaucoup de personnes suivies en psychiatrie ont dans leur passé été « laminées » par l'école. Il est nécessaire de s'interroger sur les difficultés et leur origine.

Un programme baptisé « sentinelles et référents » a été développé spécifiquement en France pour prévenir le harcèlement en collège et lycée. Il est mis en œuvre dans 130 collèges et lycées sur le territoire national.

Pour le département du Rhône, 2 établissements sont concernés en 2018/2019 (un sur Villeurbanne et un sur Francheville), l'an passé deux autres établissements ont été formés. Il s'agit d'un programme financé par l'ARS et les choix des établissements a donc été fait en lien avec l'ARS.

⇒ Le ciblage avait été fait sur les zones sensibles (quartiers QPV). Or, il faudrait pouvoir développer ce type d'action largement, en en faisant un « mode d'être » des relations au sein de l'école.

Sur la promotion d'un modèle d'école bienveillante : les premiers opposants à des mesures telles que la suppression de la notation sont les parents eux-mêmes. Un tel objectif passe donc avant tout par un travail de sensibilisation et d'éducation des parents, à commencer dès la grossesse.

Concernant l'usage des écrans, et plus largement, des outils numériques : l'idée est de soutenir les parents dans un usage adapté de ces outils par leur enfant (du point de vue du contenu, de l'intensité, du rythme...) et de leur donner des ressources dans leur environnement (ex. bibliothèque), et non d'ériger une interdiction.

Nota : il est rappelé que le seul message validé au niveau national à l'heure actuelle est « Pas d'écran avant 3 ans ». Il n'existe pas de recommandation officielle permettant de déterminer ce que serait un usage adapté des écrans.

L'objectif de mailler le territoire en CLSM doit être positionné comme objectif transversal soutenant l'ensemble des axes de la thématique

Il est noté qu'il n'existe pas de dispositions régionales harmonisées concernant les modalités de financement de ces dispositifs, qui peuvent varier. Souvent, un premier montage local a préexisté à l'octroi d'un financement par l'ARS.

⇒ Il serait souhaitable de disposer d'un cadre plus précis sur le territoire.

Sur le fonctionnement en écosystème :

D'une manière générale, il convient de mobiliser toutes les ressources de la société sur un territoire donné dans un but de soutien et de pair aidance. Cela peut prendre des formes variées :

- Séances d'aide mutuelle aux devoirs dans les centres sociaux par des parents et des enfants volontaires
- Promotion d'interventions au sein des écoles par des parents ayant des compétences ou des savoirs à partager
- Groupes de parents échangeant conseils et soutien mutuels sur une préoccupation donnée (ex. « La papote des parents », « les vendredis intello »..)

La notion de **maillage territorial** est cardinale pour pouvoir constater un impact des actions menées : il faut pouvoir s'appuyer sur des ressources en proximité, qui fonctionnent en réseau.

S'agissant par exemple des groupes de soutien à la parentalité, un écueil est la difficulté à faire venir dans ces groupes les parents qui sont justement les plus en difficulté : il faut donc pouvoir offrir à ces parents des lieux d'écoute et de prévention à proximité de leur lieu de vie, dans les centres sociaux notamment.

L'ARS peut-elle inciter les collectivités territoriales à se mobiliser dans cette direction, s'agissant d'une question qui touche au vivre ensemble et à la cohésion sociale ?

⇒ C'est une question à poser à l'agence.

#### Sur le développement d'actions communes entre CLSM :

L'existence de sensibilités différentes entre élus locaux est une donnée à prendre en compte.

#### Sur la santé mentale des personnes en parcours de migration :

Ces personnes, adultes et mineurs, arrivent souvent aux soins de manière dramatique par la voie de l'hospitalisation.

Le nombre de mineurs non accompagnés (MNA) a considérablement augmenté sur notre territoire. 450 d'entre eux seraient actuellement logés à l'hôtel. Ces jeunes présentent un nouveau profil, lié notamment au fait que les voies de passage sont aujourd'hui beaucoup plus traumatogènes qu'auparavant. Leur santé mentale demeure assez « silencieuse », jusqu'à l'explosion.

Les services de prévention spécialisés ont été sollicités pour accompagner ces jeunes en soutien des services de protection de l'enfance, mais la tâche est immense.

- ⇒ Il serait souhaitable que ces jeunes bénéficient d'actions telles que l'intégration dans des groupes de loisirs avec d'autres jeunes. Le bénéfice serait double : pour les MNA eux-mêmes, et pour les autres jeunes (relativisation de leurs propres problèmes).
- ⇒ Sur les adultes, cibler le public des jeunes majeurs isolés/non accompagnés
- ⇒ Former les professionnels à l'accueil et l'accompagnement de ces publics (ex. existence de modèles familiaux différents pouvant alimenter des incompréhensions avec nos institutions)

La question plus ciblée des enfants « de retour de zone » de conflit (Irak-Syrie) demeure en suspens (combien d'enfants concernés ? où iront-ils ?).

#### Sur la santé mentale des enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance :

Un outil appelé « le projet pour l'enfant » doit être déployé : ce document unique permettra de suivre l'enfant du début à la fin de son parcours ASE.

#### Ajout d'un axe sur la santé mentale des personnes âgées.

Favoriser le soutien solidaire entre générations, par exemple, via des actions telles le pari solidaire ou le loyer solidaire : les personnes âgées ayant une chambre non occupée chez eux la louent à un jeune pour un loyer modique en échange d'une aide/soutien (par exemple aide à la maîtrise des outils numériques) => cela permet de rompre l'isolement et de créer une dynamique intergénérationnelle.

Soutenir les projets d'habitat intergénérationnel dans les projets urbains des quartiers QPV, en passant par les contrats de ville (qui un des vecteurs de mise en œuvre du PTSM).

Sur les vecteurs à privilégier (de manière transversale) :

Privilégier les outils dématérialisés (applications smartphone, portail web..) qui correspondent aux usages les plus courants.

Evaluation des actions du PTSM (proposition transversale) :

Il est nécessaire de créer des outils pour avoir une évaluation de l'impact des actions qui seront menées dans le cadre du PTSM (par exemple, mesures avant-après).

Il est noté que l'évaluation est difficile car les changements dans ce domaine se font sur le long terme.

⇒ A défaut de pouvoir développer des indicateurs robustes d'impact final, il est toujours possible et souhaitable de définir des cibles intermédiaires.

Lien avec GT 1 :

Concernant l'accès aux soins des personnes en parcours de migration, les dispositifs transculturels peuvent être utiles, notamment sur la question de la langue, mais ils peuvent être aussi très stigmatisants. Par ailleurs en mettant l'accent sur la question culturelle, ils peuvent conduire à une forme « d'aveuglement » sur les difficultés économiques et sociales de ce public. Les indications d'orientation vers ces dispositifs se doivent donc d'être décrites de manière précise, sachant que dans les autres cas, ce sont les dispositifs de droit commun qui ont vocation à accueillir ces personnes.

Lien avec GT 2 :

Question des ruptures de soins des enfants relevant de l'ASE : les parcours de ces enfants sont extrêmement hachés, ce qui impacte la continuité des soins psychiatriques. Les modalités de sectorisation n'aident pas toujours les jeunes à adhérer aux soins (ex. si elles imposent de faire une heure de trajet pour consulter).

⇒ A repenser en termes d'innovation.

Lien avec GT 5 :

Pour avoir un impact, les campagnes de lutte contre la stigmatisation doivent faire s'exprimer des personnes concernées.

## **ANNEXE 6 : Contributions des territoires de proximité**

Document séparé.

## **ANNEXE 7 : Grille de priorisation complète (séminaire du 14 juin 2019)**

Document séparé.

## **ANNEXE 8 : Lettre de cadrage du PTSM 69 et avenant**

Document séparé.

