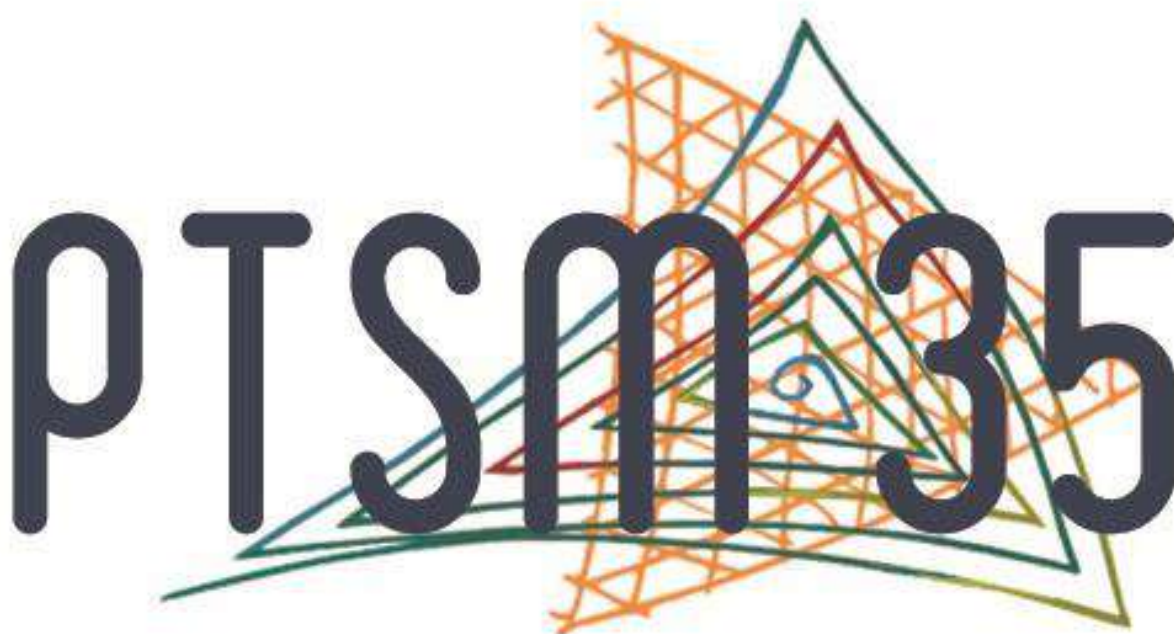


PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE D'ILLE-ET-VILAINE



Version définitive - Décembre 2019

Approuvé le 26 octobre 2020

Table des matières :

Préambule	1
I. Rappel des conclusions du diagnostic et des objectifs stratégiques	2
1.1) Rappel de la méthodologie d'élaboration du diagnostic	2
1.2) Les conclusions du diagnostic	3
1.3) Les objectifs stratégiques issus du diagnostic	4
II. Méthodologie : du diagnostic à la feuille de route	5
2.1) La méthodologie de priorisation du diagnostic à la feuille de route	5
2.2) Une démarche participative	8
III. Feuille de Route	11
3.1) Les objectifs opérationnels	12
3.2) Les fiches actions.....	17
3.3) Les actions contributives aux objectifs opérationnels	74
IV. Une feuille de route cohérente avec les orientations nationales, régionales et départementales	80
Annexe	83
1- Prise en compte des priorités énoncées dans le décret au regard des différentes actions	84
2- Lettre de mission.....	86
3- Feuille de route : articulation avec les politiques publiques	88
Glossaire	96

Préambule

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

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

A l'issue de l'élaboration du diagnostic partagé ayant associé un grand nombre d'acteurs du département dans une logique décloisonnée, l'enjeu a été traduire les constats en actions concrètes et opérationnelles au sein d'une feuille de route priorisée.

Cette phase d'élaboration de la feuille de route s'est également traduite par une forte mobilisation des acteurs avec 295 participants et une attention particulière à la prise en compte des priorités énoncées par les personnes concernées et leur entourage.

Dans un département marqué par des défis : augmentation démographique, caractéristiques épidémiologiques particulières, la définition de la feuille de route et sa mise en œuvre constituent des enjeux majeurs.

Le PTSM est défini en articulation avec les orientations régionales, départementales et infra territoriales et comprend ainsi des actions contributives aux objectifs programmées dans un autre cadre que le PTSM.

Le PTSM comporte ainsi 23 fiches actions reprenant l'ensemble du parcours en santé mentale et centrées sur les coopérations, les ajustements entre acteurs et les évolutions des pratiques et des organisations.

Il représente un formidable levier d'interconnaissance et d'amélioration pour le parcours en santé mentale.

Le présent document présentera les points suivants

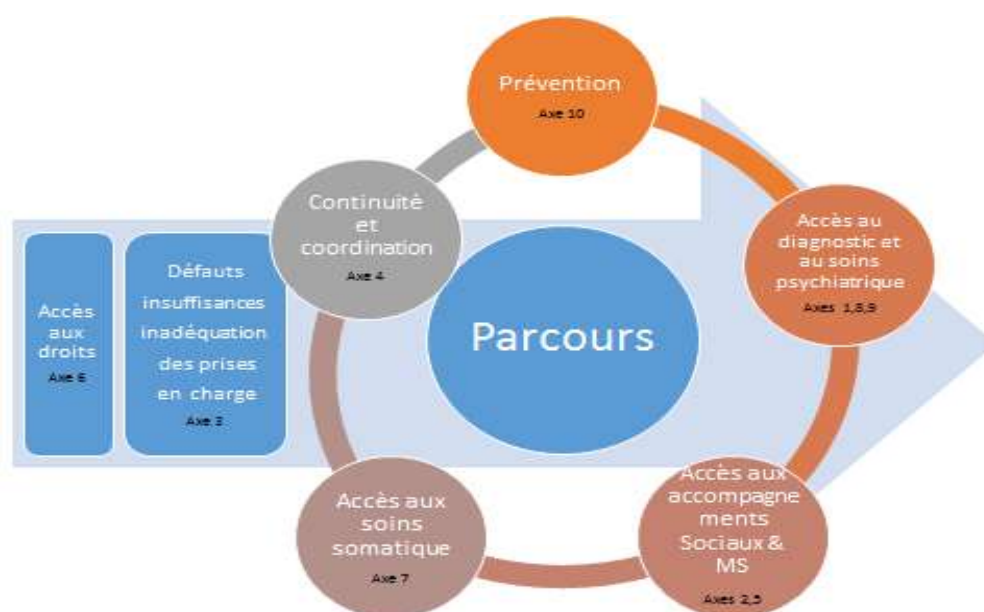
- 1) Rappel des conclusions du diagnostic et des objectifs stratégiques
- 2) La méthodologie de construction du diagnostic à la feuille de route
- 3) La feuille de route
- 4) L'articulation avec les politiques publiques

I. Rappel des conclusions du diagnostic et des objectifs stratégiques

1.1) Rappel de la méthodologie d'élaboration du diagnostic

L'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale d'Ille-et-Vilaine a débuté fin d'année 2017, par une plénière de lancement le 21 décembre réunissant l'ensemble des acteurs du département, suite au cadrage préalable effectué par la chefferie de projet.

L'élaboration du diagnostic s'est déroulée de janvier à avril 2018 par la description et l'analyse de cinq portes d'entrées sur les parcours :



Les objectifs de la démarche ont été fondés autour de deux valeurs centrales :

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

Ces valeurs ont été au cœur de la méthodologie proposée.

Cette phase a réuni un grand nombre d'acteurs avec 180 participants.

L'identification des points de difficulté opérationnels sur chacune de ces portes d'entrée et l'analyse causale ont permis la formalisation d'un diagnostic et de pistes d'actions partagées

1.2) Les conclusions du diagnostic

Six messages fondamentaux, transversaux et globaux sont issus du diagnostic :

Conjuguer au « singulier pluriel » :

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

L'interconnaissance :

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

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

La Lisibilité :

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

Amplifier la place de l'utilisateur et de l'entourage :

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

Tous Citoyens :

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

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

Du texte à la réalité :

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

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

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

1.3) Les objectifs stratégiques issus du diagnostic

A l'issue du diagnostic territorial, huit pistes de travail établies en conformité avec les six priorités du décret ont été identifiées par les acteurs en Ile-et-Vilaine :

1. Développer la lisibilité des ressources en santé mentale
2. Les personnes concernées et leurs proches : des partenaires, une ressource et des compétences
3. Développer la culture professionnelle partagée et l'interconnaissance
4. Pour une réponse adaptée au public : anticiper et assouplir l'offre
5. Améliorer la continuité de parcours lors des phases de transitions et pass'âges
6. Proposer des réponses spécifiques pour certains publics : précarité et immigration
7. Soutenir l'inclusion citoyenne
8. Pilotage d'une politique de santé mentale : un enjeu transversal



II. Méthodologie : du diagnostic à la feuille de route

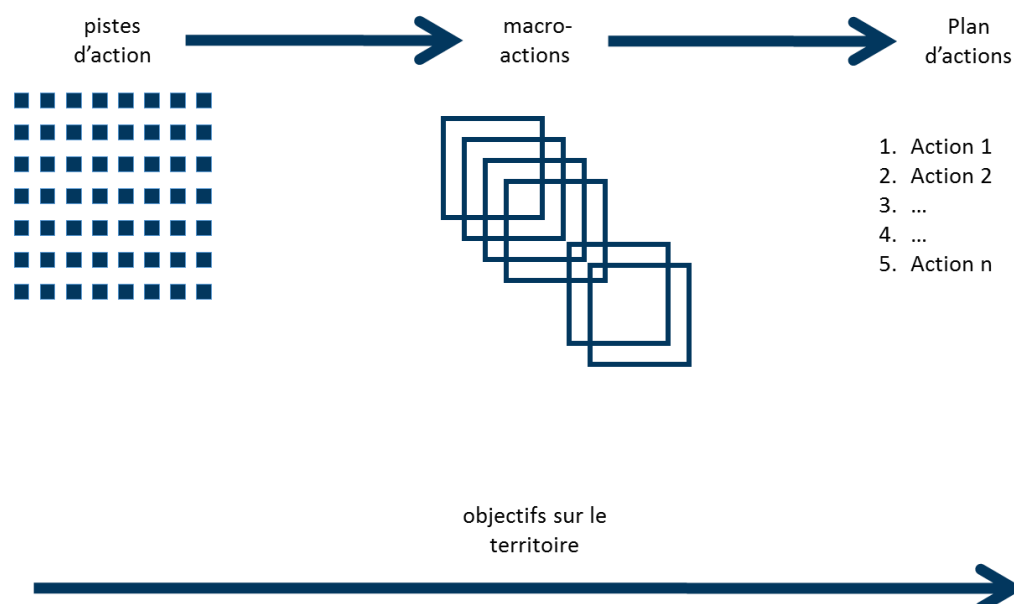
2.1) La méthodologie de priorisation du diagnostic à la feuille de route

Trois phases ont caractérisé la méthodologie pour permettre d'établir la feuille de route à l'issue du diagnostic. La priorité était de prioriser les constats issus du diagnostic en actions opérationnelles.

➤ Phase 1 : Priorisation des actions (septembre 2018 à décembre 2018)

Suite à l'élaboration du diagnostic et aux objectifs stratégiques, La construction de la feuille de route est passée par les étapes suivantes :

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



A l'issue du diagnostic, il y avait 74 actions identifiées.

Les critères de priorisation suivants ont été définis et ont permis de déterminer les actions les plus importantes en cotant ces dernières :

- **Faisabilité** : facilité et possibilité de mise en œuvre en prenant en compte la durée, les moyens à mobiliser, les difficultés éventuelles, les ressources existantes
- **Impact** : effet produit sur le parcours, sur les usagers, les pratiques professionnelles, l'environnement
- **Prévention**

+ **prise en compte des retours des usagers (points supplémentaires attribués issus du retour des usagers lors de la réunion du 29/10/18)**

+ **temporalité pour avoir une vision stratégique de la mise en œuvre de la feuille de route**

Un groupe de travail transversal, émanant des contributeurs au diagnostic, s'est réuni 2 fois en novembre et décembre 2018 pour proposer une priorisation des actions au regard des critères par objectifs issus du diagnostic.

Le copil du 18 décembre 2018 a ainsi déterminé 28 **actions prioritaires** en prenant en compte la pondération établie par l'ensemble des contributeurs au diagnostic.

Le travail mené lors de l'élaboration des fiches actions a permis également de regrouper certaines actions conduisant in fine à la **définition de 23 actions**.

➤ **Phase intermédiaire : présentation du diagnostic (décembre 2018 à juin 2019)**

Suite à la validation du diagnostic en décembre 2018 par le DG ARS, des présentations spécifiques du diagnostic ont été effectuées auprès des différentes instances partenariales concernées ou des institutions :

- Comité stratégique du GHT Haute Bretagne (22/11/18)
- FIGAR (08/01/18)
- Copil RAPT (16/01/18)
- Conseil départemental (17/05/19)

Une présentation particulière a été effectuée auprès des personnes concernées en mars 2019.

➤ **Phase 2 : Constitution des groupes de travail (juillet 2019 à septembre 2019)**

De juillet à septembre 2019, **les pilotes et les contributeurs** pour chacune des fiches actions ont été identifiés en se fondant sur les instances partenariales et les structures existantes dans le département : CPT, GCSMS CAP Santé Mentale. Une concertation avec l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental a permis de préciser cette constitution.

Une réunion spécifique a été proposée aux usagers le 20 septembre 2019, afin de favoriser leur participation à la conception des fiches actions.

Les groupes de travail définis pour la rédaction des fiches actions ont été constitués à partir des personnes ayant participé au diagnostic, de nouveaux contributeurs identifiés pour leur expertises ou expériences au regard de chacune des thématiques.

➤ **Phase 3 : Elaboration des fiches actions (septembre 2019 à décembre 2019)**

Du 07 octobre au 06 décembre 2019, deux réunions par action ont été organisées pour élaborer les fiches actions.

Au total, 51 réunions ont été conduites débouchant sur la rédaction de 23 fiches actions.

Pour chacune des actions, le groupe était composé de copilotes et de contributeurs, en veillant à respecter l'équilibre territorial ainsi que l'implication de l'ensemble des acteurs concernés.

Les réunions ont été conduites par l'un des chefs de projets, la chargée de mission et co-animées par les copilotes dans une forme participative d'une durée de deux à trois heures. Les comptes rendus des premières réunions ont ainsi été le point de départ des secondes réunions.

Le déroulement des réunions a été le suivant :

Réunion 1 :

- Tour de table
- Introduction par les chefs de projets
- Brainstorming autour de la fiche action
- Elaboration d'un schéma opérationnel

➔ **Travail préparatoire entre les réunions**

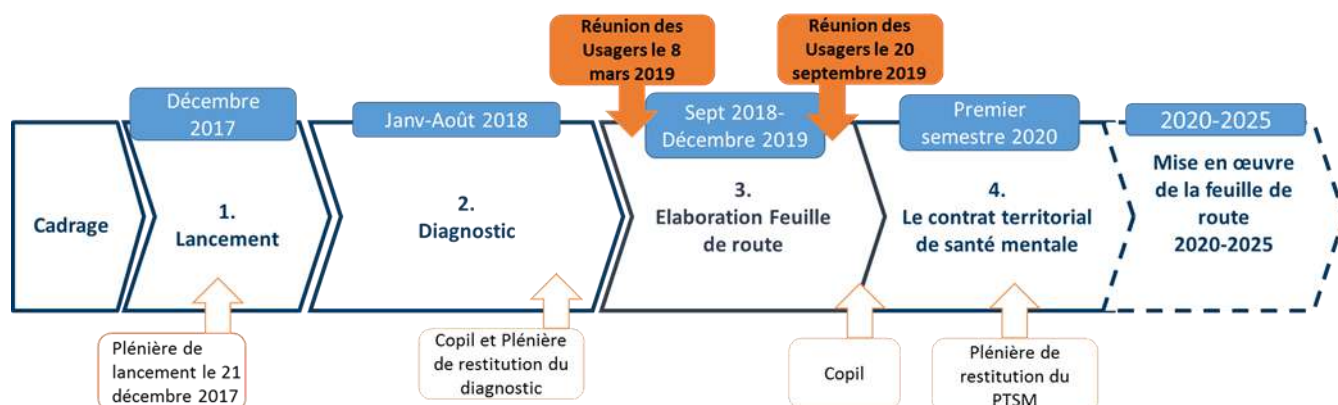
Réunion 2 :

- Validation du schéma opérationnel
- Compléter les aspects pratiques
- Stabilisation de la rédaction

Afin de restituer le plus fidèlement possible l'élaboration collective, les fiches actions ont été transmises aux groupes.

Les fiches actions ont poursuivi l'objectif de concerner prioritairement les coopérations entre acteurs, les évolutions des organisations et des pratiques.

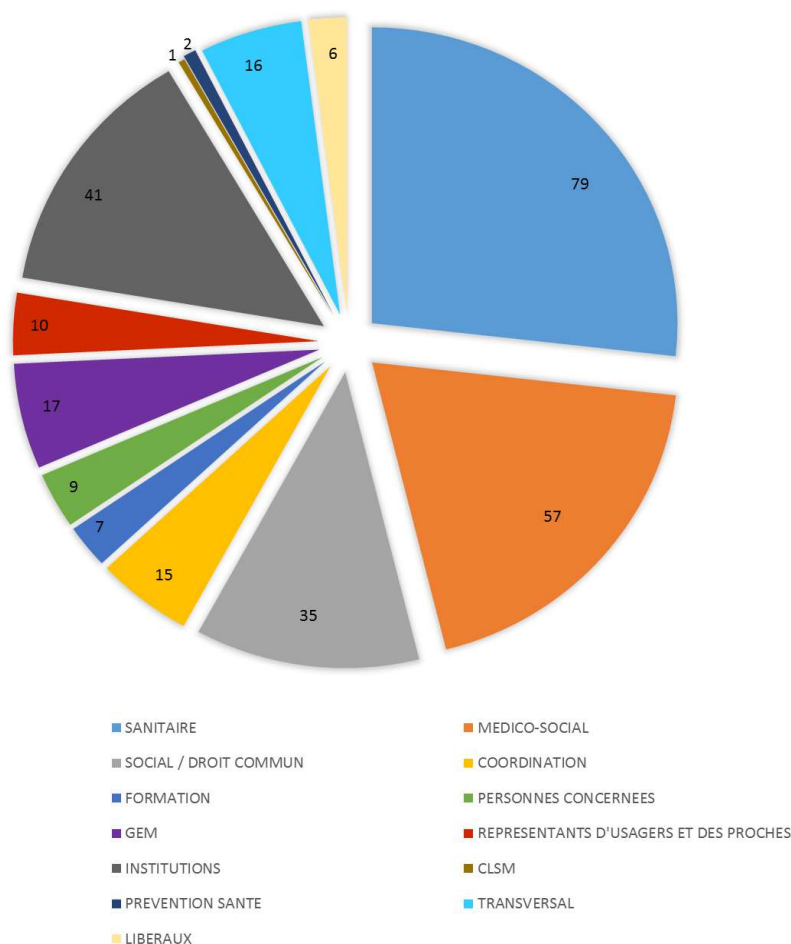
Le 16 décembre 2019, les 23 fiches actions ont ainsi été présentées au COPIL. **23 actions ont été retenues et amendées par cette instance**, ouvrant la voie à la présentation de la feuille de route ainsi que du recueil des avis obligatoires.



2.2) Une démarche participative

295 personnes se sont mobilisées sur cette phase de finalisation du PTSM 35, avec une représentation de l'ensemble des acteurs (sanitaire, médico-sociaux, sociaux, personnes concernées, représentant d'usagers et proches, GEM, de coordination, d'Institution, de prévention santé, libéraux etc.). L'ensemble des territoires Breilliens ont été représentés dans les groupes de travail.

UNE MOBILISATION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS



Il est à noter que la composition du Copil a été élargie en septembre 2018 en intégrant une représentation renforcée des élus, des usagers, un représentant des EHPAD et des acteurs de la solidarité afin de :

- Intégrer une dimension politique renforcée
- Permettre l'implication des instances de concertation mises en place après le démarrage du PTSM
- Renforcer la représentativité de certains champs (personnes âgées...)

III. Feuille de Route

Le PTSM est composé de :

- Un diagnostic
- Une feuille de route comportant :
 - Des fiches actions
 - Des actions contributives aux objectifs opérationnels mais programmées dans un autre cadre que le PTSM (PRS, Schéma départemental, PDLAHPD ...) et ne faisant pas l'objet d'une fiche action.

3.1) Objectifs opérationnels

Axe A : Développer la lisibilité et les espaces ressources en santé mentale	
Actions	Objectifs opérationnels
A1 Améliorer la lisibilité des ressources en santé mentale	- Favoriser l'accès à l'information des personnes concernées, des proches, des professionnels. - Mutualiser les ressources, les expériences entre territoires et les différents champs et mieux les faire connaître - Adapter la communication
A2 Informer, former et sensibiliser le grand public et les acteurs de droit commun aux problématiques de santé mentale.	- Dé-stigmatiser via des campagnes de communication positives - Retravailler les formes de discours - Sensibiliser le grand public à préserver sa santé mentale
A3 Mettre en place des études en santé mentale	- Favoriser la lisibilité des observations de terrain et des disparités territoriales - Avoir des données cohérentes et lisibles - Répondre aux questions de la prévalence des troubles psychiques sur le territoire

Axe B : Les personnes concernées et leurs proches : des partenaires, une ressource, des compétences

Actions	Objectifs opérationnels
B1 Soutenir et développer les dispositifs de pairs-aidance	- Sensibiliser et promouvoir la pair-aidance et la reconnaître comme vecteur d'inclusion citoyenne - Renforcer les liens avec les associations de pairs-aidance dès le début de la prise en charge et de l'accompagnement. - Favoriser la reconnaissance et la contribution sociale des personnes
B2 Développer et structurer les dispositifs de réhabilitation psychosociale en collaboration avec les acteurs de proximité	- Essaimer et renforcer l'offre de réhabilitation psychosociale - Développer l'éducation thérapeutique du patient avec les acteurs de proximité - Informer, renforcer les compétences des proches en matière de santé mentale
B3 Pour un accueil et des pratiques adaptées : prendre en compte le savoir expérientiel des personnes concernées et de leur entourage	- Inclure le témoignage des personnes concernées et de l'entourage dans les formations - Disposer de conditions matérielles d'accueil et d'hospitalisation adaptées et respectueuses des personnes et bienveillante - Intégrer par l'ensemble les professionnels d'une culture de l'empowerment, de la personne actrice de son parcours

Axe C : Culture professionnelle partagée et interconnaissance

Actions	Objectifs opérationnels
C1 : Créer une culture « santé mentale » dans les formations initiales et continues.	- Favoriser le développement d'une culture commune - Développer l'interconnaissance en amont et en aval de la formation - Décloisonner les différentes formations existantes
C2 : Améliorer les liens entre les différents acteurs	- Favoriser l'interconnaissance d'un large ensemble d'acteurs : sanitaire, social, médico-social, l'éducation, les professionnels libéraux, acteurs de premières lignes ... - Favoriser la coordination autour de situations concrètes - Répartir les responsabilités de chacun, au-delà des missions strictes pour favoriser la continuité des parcours - Conforter les acteurs de premières lignes dans leur positionnement face aux situations de troubles psychiques - S'organiser collectivement à des fins préventives pour réduire les pertes de chances majeures et/ou le déclenchement de crises

Axe D : Anticiper, assouplir l'offre	
Actions	Objectifs opérationnels
D1 Améliorer l'accès et la continuité aux soins somatiques des personnes en situation de troubles psychiques à tous les âges de la vie	- Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes en situation de troubles psychiques en accompagnant vers le médecin traitant - Améliorer la coordination - Développer une culture de coopération entre psychiatrie/MCO/généraliste
D2 Développer l'ambulatoire : les équipes mobiles pluridisciplinaires pour aller vers le public à domicile.	- Développer l'aller vers pour les personnes en non demande - Prévenir les situations d'urgence - Travailler en collaboration avec les partenaires pour le consentement aux soins
D3 Améliorer l'accès au diagnostic et au soin pour des interventions précoces pour les 0 / 16 ans	- Réduire les délais d'accès à une réponse - Organiser une articulation entre les acteurs / plateforme TND, sur les territoires - Améliorer la lisibilité de l'offre
D4 Mettre en place un accompagnement spécialisé en amont de et en appui à l'orientation MDPH	- Accompagner le temps de la non-réponse - Améliorer l'accompagnement avant, après notification MDPH, et jusqu'à l'accès à un dispositif
D5 Développer les équipes de suivis intensifs ambulatoires psychiatriques à domicile	- Développer les alternatives au recours à l'urgence - Penser les dispositifs de soins innovants et nouveaux en amont et en aval de l'hospitalisation
D6 Réaliser un travail structurel sur le recours à l'urgence	- Permettre à chaque acteur d'identifier son rôle dans la filière de l'urgence - Limiter le recours aux soins sans consentement - Renforcer la valence psychiatrie au sein du centre 15 - Développer les connaissances des procédures de déclenchement des soins psychiatriques.

Axe E : continuité de parcours lors des phases de transitions et pass'âges	
Actions	Objectifs opérationnels
E1 Pour les jeunes : Mettre en place des lieux de répit de courts séjours et répondre à la problématique des non demandeurs	- Se doter de dispositifs de communication et d'accueil adaptés au fonctionnement des jeunes - Disposer de réponses pour les jeunes en fragilité psychique non demandeurs ou en errance - Eviter la cristallisation ou l'aggravation de situation par des réponses modulaires et une offre de répit

E2 Construire une offre graduée de prise en charge périnatale	- Prévenir la décompensation pré et postpartum - Favoriser le maintien du lien mère-enfant pour des personnes présentant des troubles psychiques - Dépister et traiter les femmes qui ont des troubles en pré et post partum.
E3 Organiser les modalités graduées de réponses aux troubles psychiatriques des Personnes Agées	- Soutenir les professionnels du premier recours et acteurs du domicile (soins et aide) dans l'accompagnement des personnes âgées souffrant d'affections psychiatriques. - Former les professionnels intervenant à domicile sur les affections psychiatriques des personnes âgées sur le repérage et les conduites à tenir. - Former les professionnels des EHPAD - Permettre l'articulation des compétences psychiatriques et gériatriques - Renforcer l'évaluation spécialisée pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie à domicile
E4 Agir pour une promotion en santé mentale : diffuser les actions de « développement des compétences psychosociales »	- Prévenir la souffrance psychique dès le plus jeune âge en travaillant de manière transversale à l'acquisition et au maintien du bien-être.

Axe F : des réponses spécifiques pour certains publics : précarité et immigration	
Actions	Objectifs opérationnels
F1 Pour les migrants et les précaires, prévoir et construire un dispositif de continuité de soins psychiatrique au-delà du système d'orientation sectoriel	- Favoriser la continuité du parcours de soin au regard de la situation de la personne, notamment pour le public en errance - Favoriser la fluidité de parcours des personnes en situation d'errance - Diffuser la connaissance des dispositifs existants auprès des professionnels - Favoriser la prise en charge de soin et de vie des personnes migrantes

Axe G : soutenir l'inclusion citoyenne	
Actions	Objectifs opérationnels
G1 Habiter dans la cité : - Des solutions adaptées d'habitat - Un parcours accompagné	- Disposer et rendre visible une offre variée d'habitat adaptée sur chacun des territoires - Coordonner les interventions dans une logique de parcours - Mettre en place des accompagnements sécurisant l'accès, l'investissement et le maintien dans le logement - Réduire les risques de pertes de chances (expulsion) par la mise en place de dispositions réactives de coordination ou d'accompagnement
G2 Favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi	- Permettre l'adaptation du rythme de travail à la situation de santé des salariés au sein des entreprises - Soutenir l'accès aux différentes formes d'emploi (entreprises adaptées, travail temporaire, emploi accompagné, etc.) - Diversifier les activités des ESAT, en fonction des besoins et profils identifiés et dans les ESAT généralistes, développer la compétence des encadrants / problématiques psychiques - Réduire, dans les entreprises privées et publiques les risques sur la santé mentale (risques psychosociaux) et créer le contexte favorable à l'emploi de personnes fragiles psychologiquement.
G3 Soutenir l'accès aux loisirs, à la culture et au sport	- Lutter contre l'ennui des personnes, quel que soit leur lieu de vie (domicile, hôpital, ESMS) - Réduire le risque de désaffiliation sociale, la disqualification

Axe H : Pilotage d'une politique de santé mentale : un enjeu transversal	
Actions	Objectifs opérationnels
H1 Définir une stratégie de soutien aux communautés éducatives et aux professionnels des établissements d'enseignement supérieur relative à la santé mentale	- Définir une stratégie de soutien aux communautés éducatives et aux professionnels des établissements post bac relative à la santé mentale des élèves et des étudiants.

3.2) Fiches Actions

23 actions sont présentées au regard des huit axes définis à l'issue du diagnostic. Chacune des actions est présentée sous formes d'une fiche qui comporte les éléments suivants :

- Les constats initiaux
- Un rappel des objectifs opérationnels
- Une description synthétique de l'action
- Les pilotes de l'action
- Les contributeurs de l'action
- l'articulation avec les politiques publiques et les démarches territoriales
- Les étapes de réalisation
 - Déclinaison
 - Modalités de réalisation des phasages
 - Référents de phasage
 - Calendrier
 - Moyens nécessaires
- Les modalités d'évaluations au regard des résultats attendus
- Les points de vigilances

Fiche Action A1 : Améliorer la lisibilité des ressources en santé mentale

Constats :

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Lisibilité de l'offre parfois limitée
- La multiplicité d'acteurs, de dispositifs, de structures, de réponses sur l'ensemble du territoire
- Le manque de communication et d'interconnaissance (professionnels, personnes concernées, proches...)
- Un défaut d'information centralisée, partagée, hiérarchisée, adaptée aux compétences des utilisateurs

Il existe des dispositifs d'informations (guide ressources en santé mentale, info sociale en ligne, ROR ...) et des espaces de rencontre non homogènes selon les territoires et pas toujours articulés entre eux.

Description de l'action

La lisibilité sur les dispositifs de santé mentale et le partage des informations ont été identifiés comme une des difficultés à organiser les parcours.

Cette question se décline auprès de différents publics : le grand public et les personnes concernées, les professionnels de première ligne, les acteurs des champs sociaux, médico-sociaux, les acteurs sanitaires généralistes et les acteurs de la psychiatrie.

Il s'agit d'organiser une mise à dispositions des ressources en santé mentale via une arborescence commune pouvant se décliner en fonction des besoins particuliers des différents acteurs.

Axe A : Développer la lisibilité et les espaces ressources en santé mentale

Rappel des objectifs opérationnels

- Favoriser l'accès à l'information et faciliter l'orientation des personnes concernées, des proches, des professionnels.
- Mutualiser les ressources, les expériences entre territoires et les différents champs (sanitaire, médico-social, social...)
- Adapter la communication
- Mieux faire connaître les ressources existantes (exemple : dispositifs d'appui et les services de soutien à la parentalité).
- Favoriser l'interconnaissance d'un ensemble large d'acteurs : sanitaire, social, médico-social, l'éducation, les professionnels libéraux, les premiers secours
- Associer les usagers, élus, bénévoles d'associations
- Connaître les missions, le cadre et les limites de chacun acteurs (« qui fait quoi ? »)

Pilote(s) :

- GCSMS Cap Santé Mentale
 - La Bretèche :
M. LE GOFF
Mme. GALLAIS
 - PCPE :
Mme. SIMON
- PTA de Rennes :
Mme. THOMAS
- MAIA de Rennes :
Mme. LE CHANU

Contributeurs :

- PTA
- MAIA
- CLIC
- Réseau addictions
- Représentant des Usagers
- Représentants des GEM
- UNAFAM
- Représentant médico-sociaux
- Représentant sanitaire psychiatrie
- Représentant sanitaire libéraux
- CLSM
- CD 35
- Médecins coordonnateurs (association AMCOOR HB ou représentant des EHPAD)

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- Le ROR
- Info Sociale en Ligne
- Articulation avec les Contrats Territoriaux de Santé
- Schéma Départemental Enfance Famille

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
A destination de la population générale mettre à disposition une information sur les réponses aux problématiques de santé mentale.	1) Recenser et mutualiser les sources documentaires existantes 2) Mettre en forme - Présenter les différentes ressources existantes dans la logique de parcours de vie et de soin - Favoriser l'accessibilité avec un langage adapté et une interface interactive - En associant à la conception des personnes concernées 3) Diffuser via les espaces de vie sociale de la cité	- GCSMS Cap santé mentale) / Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) Contributeur : Info Social en ligne etc.	1) 2020 2) 2020 3) 2021	- Moyen d'ingénierie - Conception et diffusion des supports
Pour tous professionnels, disposer d'un accès simplifié aux différentes ressources par territoires	1) Avoir accès, via un portail départemental aux données relatives : - L'offre, modalités d'accès et disponibilités : regroupement des données sanitaires, sociales et médico-sociales en s'appuyant sur développement des outils (Via trajectoire, Gwalenn, ROR, Info Sociale en Ligne,) ; - Les appuis mobilisables : espaces ressources et de coordination 2) Favoriser la lisibilité de l'organisation en santé mentale pour les médecins généralistes et les professionnels de soins primaires (IDE, kiné, pharmacien, dentiste...)	Agence Régionale de Santé (ARS) / Conseil Départemental 35(observatoire départemental de l'enfance) / Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) CPT	2020 - Tout au long du PTSM 2) 2020	- Moyens de diffusion

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Améliorer la lisibilité des ressources en santé mentale	- Faciliter l'accès à l'information structurée et adaptée aux différents destinataires - Pour les intervenants, disposer d'un accès pertinent et rapide aux ressources	- Enquêtes de satisfaction

Points de vigilance

- Utiliser un langage accessible aux diverses cultures professionnelles
- Construire des outils en articulation avec le GCS E Santé.
- Insister sur l'importance de l'interopérabilité entre les outils (Via trajectoire, Gwalenn, ROR, Info Sociale en Ligne)

Fiche Action A2 : Informer, former et sensibiliser le grand public et les acteurs de droit commun aux problématiques de santé mentale.

Constats :

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Stigmatisation des questions de santé mentale
- Défaut de formation et d'information grand public sur le repérage des problématiques psychiatriques.
- Dénier ou non perception des problèmes de santé par les patients, proches et acteurs de la santé mentale
- Réticence à nommer explicitement les termes
- Vulgarisation/banalisation du langage relevant de la psychiatrie (définition et limites)
- Communication négative des médias en raison de l'appréhension des troubles psychiques uniquement (majoritairement) sous l'angle sécuritaire ou du maintien de l'ordre public
- Moyen de coordination de SISM différents en fonction des territoires (présence de CLSM)

Au niveau national le Psy Com et localement les semaines d'informations sur la santé mentale (SISM) constituent des contributions essentielles à l'information et à la sensibilisation du grand public. Toutefois, ces démarches méritent d'être confortées.

Description de l'action

Les représentations sociales faussées des problématiques de santé mentale ont un impact négatif à la fois sur l'accès au soin et leur acceptation, comme sur l'inclusion des personnes concernées. Une communication opérante vers le grand public associée à une démarche d'implication des acteurs du droit commun sera de nature à favoriser un accès précoce et plus apaisé au soin. Il s'agit donc de renforcer les actions de la SISM (semaines d'information sur la santé mentale) et de déployer les formations PSSM (premiers secours en santé mentale)

Axe A : Développer la lisibilité et les espaces ressources en santé mentale

Rappel des objectifs opérationnels

- Dé-stigmatiser via des campagnes de communication positives
- Retravailler les formes de discours (sémantiques, termes / informations explicites et détaillées)
- Informer/sensibiliser aux problématiques de santé mentale dans les écoles (ex : journalisme, sciences politiques)
- Sensibiliser le grand public à préserver sa santé mentale

Pilote(s) :

- Mutualité Française Bretagne : M. MENOT
- CLSM : M. HENRY
- GCSMS Cap santé mentale

Contributeurs :

- SISM
- Représentants des usagers
- Représentants GEM
- UNAFAM
- Représentants sanitaires psychiatriques
- Maison Associative de la Santé
- CD 35
- CLIC

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.
- Schéma Départemental Enfance Famille (SDEF)
- Contrats Locaux de Santé des différents territoires

Etapes et calendrier de réalisation

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
I. Renforcer les actions de sensibilisation notamment de la SISM	- Mieux diffuser les outils d'informations nationaux existants - Renforcer la structuration des collectifs SISM - Favoriser l'engagement des acteurs dans les collectifs SISM en invitant les institutions à dégager des temps de professionnels dédiés - Consolider l'appui des collectifs par la MAS (maison associative de la santé) - Mettre en place une mutualisation des outils (conventions, outils de diffusion, ...) - Proposer (tous les deux ans) une rencontre des collectifs SISM pour un partage d'expériences, une compréhension partagée des termes, travailler les formes de discours (sémantiques, termes, informations explicites et détaillées...) - Définir une stratégie pour les publics à viser prioritairement (centres de formation, école de journalisme, ...) - Définir une stratégie commune sur les liens avec la Presse	Conseil Locaux en Santé Mentale (CLSM)	2020-2025 2020-2025 2020 2020	Valoriser le temps des coordinateurs et le temps de participation des actions des professionnels Conforter le soutien financier à la coordination des SISM Conforter le soutien à la réalisation des actions de la SISM
II. Soutenir le déploiement des formations "premiers secours en santé mentale"	- Définir une stratégie de diffusion - Identifier des publics prioritaires - Soutenir la création d'un espace ressource pour les personnes formées aux premiers secours en santé mentale	Santé Mentale France / CLSM	2020-2025	Inscrire l'action dans les plans de formation Envisager un soutien à l'inscription de certains publics

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Informier, former et sensibiliser le grand public et les acteurs de droit commun aux problématiques de santé mentale	- Elargir et cibler des publics visés par les SISM - Stabiliser les collectifs SISM sur les différents territoires - Dé-stigmatiser via des campagnes de communication positives - Diffuser le PSSM sur le département	Observation qualitative et quantitative des actions réalisées

Points de vigilance

Fiche Action A3 : Mettre en place des études en santé mentale

Constats :

Certaines sources de données existent mais sont disparates (ORSB, études APRAS, études croisées MDPH/ASE, etc.)

Les différents organismes ont les missions suivantes :

- Enquêtes quantitatives : ORSB (santé),
- Enquêtes qualitatives : EHESP (santé), ASKORIA (Médico-social)
- Enquêtes quantitatives et qualitatives : CREAL (Médico-social)

Il existe les enquêtes et les sources suivantes :

- Enquête Sociale (Enquête ES) : enquête déclarative de données exhaustives dans le champ social et médico-social, recueillies par la DREES tous les 4 ans (derniers recueils : 2014, 2018). Les données concernent la population accueillie par les ESMS et les professionnels des structures. L'approche populationnelle se base sur des critères internationaux (CIF-OMS) et prend en compte depuis 2010 l'incapacité. Avec un taux de retour de plus de 80 %, c'est à ce jour l'enquête la plus fiable en France concernant les ESMS. Le problème concerne toujours le temps de la mise à disposition des données par la DREES.
- Les données RIMP (recueil d'information médicale en psychiatrie), renseignées et transmises (de manière inégale) par les établissements et structures sanitaires.
- Les données MDPH liées au nouveau système d'information, qui remontent au niveau de la CNSA.

Il n'y a eu aucune réponse à l'appel à projet (2019) IRESP/CNSA pour la création de réseaux mixtes de recherche sur le handicap psychique.

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Des données incomplètes et imprécises sur la santé mentale
- Difficulté dans le recueil des données territoriales et infra communales
- Inadéquation des données statistiques avec les réalités de terrains
- Carence, voire absence, de données issues des établissements et services médico-sociaux

Description de l'action

L'action consiste à améliorer la connaissance de la population avec handicap psychique dans le département d'Ille-et-Vilaine et ses particularités épidémiologiques par un meilleur traitement des informations disponibles (enquêtes, analyse RIMP).

Elle vise également à mettre en place des projets de recherches collaboratives sur des thématiques importantes dans le département.

Axe A : Développer la lisibilité et les espaces ressources en santé mentale

Rappel des objectifs opérationnels

- Favoriser la lisibilité des observations de terrain et des disparités territoriales
- Croiser les données relatives aux inégalités sociales de santé
- Recueillir des données exhaustives dans le champ médico-social
- Affiner les données dans le champ sanitaire
- Répondre aux questions de la prévalence des troubles psychiques sur le territoire

Pilote(s) :

- Santé Mentale France :
M. BARREYRE

Contributeurs :

- Représentants sanitaires psychiatrie
- MAIA
- PTA
- UNAFAM
- IREPS
- EHESP
- ASKORIA
- ORSB
- CLSM
- CD 35

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- CLSM
- Etude sur l'Etat de santé des enfants confiés à l'ASE (2018)

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
I. Connaître la population avec handicap psychique dans le département d'Ille-et-Vilaine suivie dans le sanitaire et accompagnée dans le médico-social	- Traiter l'enquête sociale (ES) avec un focus handicap psychique - Analyser les données du RIMP - Définir un suivi régulier de l'enquête	ARS / CREA / ORSB	- 2020-2021 : réalisation de l'enquête - 2020-2025 : Suivi tout au long du PTSM - 2021 : Traitement RIMP	- Convention avec les organismes
II. Mener des études de recherches collaboratives	- Choisir un projet d'étude de recherche collaboratif, validé par le COPIL PTSM - Déposer un appel à projet de recherche en santé mentale collaborative auprès de l'IREPS en impliquant les personnes concernées et en s'appuyant sur les recherches expérimentales - Impulser la mise en place d'un réseau mixte de recherche sur le handicap psychique en Ille-et-Vilaine	GCSMS CAP Santé Mentale / CPT	- 2020 : choix du projet - 2021 : Dépôt du projet - 2021-2022 : constitution du réseau mixte	- Appel à projet
III. Rendre lisible et cohérent l'accès aux données	- Repérer et structurer la collecte de données existantes et manquantes - Repérer les structures faisant de la recherche sur le handicap psychique et la santé mentale	Réseau mixte	2022-2025	

Modalité de l'évaluation

Action	Résultats attendu	Indicateurs d'évaluation
Mettre en place des études en santé mentale	- Assurer le traitement concret dans le 35 des sources repérées - Réaliser une recherche collaborative - Avoir des données cohérentes et lisibles	- Données disponibles - Dépôt d'un projet de recherche - Mise en place d'un réseau mixte

Points de vigilance

- Assurer une pérennité des démarches sur la durée du PTSM 35
- Le niveau de développement des CLS/CLSM

Fiche Action B1 : Soutenir et développer les dispositifs de pairs-aidance

Constats :

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Déploiement non homogène de la pair-aidance
- Des zones non pourvues de GEM (ex : pays des Vallons de Vilaine...)
- Non reconnaissance de l'expertise des patients
- Absence de déploiement du modèle médiateur de santé pairs sur le département

La place des pairs dans la contribution au rétablissement est maintenant pleinement reconnue. Elle prend des formes diverses.

Description de l'action

La pair-aidance est aujourd'hui pleinement reconnue comme une contribution essentielle dans la réponse aux problématiques psychiques.

Les GEMs sont l'espace premier dans lesquels se déploie ce concept. Ils sont pertinents d'où l'enjeu dans prendre soin.

L'UNAFAM propose un soutien à toutes celles et ceux qui sont impactés par la pathologie de leur proche. Cette autre forme d'aide entre pairs est aussi à faire connaître et à valoriser.

La dynamique de pair-aidance pour se déployer pleinement nécessite d'être confortée par la formation, la diversification de ses modalités et une rétribution de ses contributions.

Axe B : Les personnes concernées et leurs proches : des partenaires, une ressource, des compétences

Rappel des objectifs opérationnels

- Sensibiliser et promouvoir la pair-aidance et la reconnaître comme vecteur d'inclusion citoyenne
- Favoriser les activités dans les périodes d'hospitalisation et à l'issue de celle-ci
- Renforcer les liens avec les associations de pairs-aidance dès le début de la prise en charge et de l'accompagnement.
- Favoriser la reconnaissance et la contribution sociale des personnes

Pilote(s) :

- Représentant GEM
- Représentant des usagers
- UNAFAM : Mme KERJEAN et Mme SARRET

Contributeurs :

- UNAFAM
- Représentants des usagers
- Représentants des GEM
- Représentants sanitaires psychiatrie
- ESMS (SAVS/SAMSAH FAM/MAS/FOYERS)
- CLSM
- Associations dans les secteurs de psychiatrie
- MDPH
- Santé Mentale France
- MDU
- Handicap 35

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)
- Schéma Départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
I. Soutenir et développer les Groupes d'Entraide Mutuelle	1.1) Identifier les zones dépourvues et/ ou mal pourvues Pour certains des territoires, soutenir les démarches en vue de la mise à disposition de locaux adaptés 1.2) Accompagner le développement des GEM - Accompagner le développement des GEM avec une prudence quant au seuil critique - Favoriser une mutualisation de moyens matériels ou immatériels (ressources artistique, documentation etc.). 1.3) Proposer qu'une contribution soit transmise aux financeurs sur le financement des GEM pour - Une réduction des inégalités territoriales (financement du fonctionnement en complément de la dotation globale, la prise en compte les frais de déplacement) - Une dotation « animation-projet ». - Une réflexion sur la carrière des animateurs (évolution professionnelle, prise des conséquences financière de la GVT)	InterGem / ARS	- Tout au long du PTSM 35	- Soutenir les coopérations entre les différents GEM du territoire : ○ Octroyer des moyens de fonctionnement à l'InterGem / CNIGEM
II. Développer les divers modèles de pairs-aidance	2.1) Distinguer le métier de médiateur de santé pairs des autres formes de pairs-aidance : Faire venir des médiateurs de santé pair, pour témoigner de leur expérience dans la perspective du déploiement de cette fonction en Ille-et-Vilaine. 2.2) Mettre en place des formations/sensibilisations à la pairs-aidance (de tous niveaux) ; Faciliter l'accès au PSSM (pour les adhérents des GEM) ; Expérimenter la mobilisation des compétences de pairs-aidants par les établissements du département notamment dans le cadre de l'éducation thérapeutique 2.3) Soutenir les initiatives qui concouraient à la mise en place d'un réseau de pairs-aidant pour notamment, valoriser les compétences, travailler à la reconnaissance et à la rétribution de la contribution sociale des pairs-aidants ○ Avoir une stratégie de VAE pour valider des compétences des pairs-aidant ○ Soutenir le développement du passeport bénévole et lui donner la visibilité et les moyens et le rendre diffusable à l'ensemble du territoire d'Ille et Vilaine. 2.4) Accompagner d'autres mode de structurations de dispositifs de pairs-aidant (exemple avec le Club House etc.) 2.5) Communiquer sur l'aide aux familles : Diffusion des modèles (UNAFAM, CREFAP...)	InterGem / UNAFAM / Santé Mentale France	- Dès 2020 et tout au long du PTSM 35	
III. Valoriser l'apport des dispositifs de pairs-aidance et de l'aide entre pairs	3.1) Vers les professionnels et les élus - Organiser une communication qui valorise les différentes formes et contributions sociales de l'aides entre pairs et définir une stratégie de diffusion : cibles (professionnels en formation, en action, les élus et d'autres publics, médecine de Ville etc., par le biais des SISM, un colloque d'une journée ou deux porté par une association), modalités etc. 3.2) Vers les personnes concernées - Renforcer la sensibilisation à l'accès aux dispositifs existants, « l'aller vers » y compris pendant l'hospitalisation	GEM / UNAFAM	- 2020-2021 : construction de la démarche - 2022 : Mise en place	- Outils de communication - Financement de temps fort

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Soutenir et développer les dispositifs de pairs-aidance	- Promouvoir la pairs-aidance et la faire reconnaître comme vecteur d'inclusion citoyenne - Conforter les associations de pairs-aidance - Conforter les compétences des pairs aidants par la formation - Valorisation de la contribution sociale des pairs-aidants	- Mesurer la connaissance des ressources existantes (personnes concernées, famille, élus) - Observation de la « bonne santé » des GEM - Observation sur les formations mises en place - Observation sur la création de modalités de reconnaissance

Points de vigilance

- Ne pas penser les mutualisations comme des économies d'échelles
- Soutenir la diversité dans les GEM
- Médiateurs de santé pairs : attention à en faire comprendre la place dans les équipes,
- S'assurer de la qualité de la formation qui sera dispensée

Fiche Action B2 : Développer et structurer les dispositifs de réhabilitation psychosociale en collaboration avec les acteurs de proximité.

Constats :

La réhabilitation psychosociale s'adresse aux personnes vivant avec un trouble psychique sévère et vise à faciliter leur retour à un niveau optimal d'autonomie dans leur quotidien. La démarche comprend un ensemble de techniques et de pratiques (remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, psychoéducation, éducation thérapeutique du patient) en réponse aux besoins de la personne, tant sur le plan psychique que sur celui de la vie quotidienne et de la citoyenneté (logement, alimentation, ressources financières, études, travail, transport...).

Dans le contexte de déploiement d'une politique de santé mentale visant l'amélioration des parcours de santé et de vie, la structuration d'une offre de réhabilitation psychosociale est un enjeu majeur pour améliorer la qualité de vie des personnes, prévenir les rechutes, les hospitalisations à temps complet ainsi que l'apparition ou l'aggravation du handicap.

Deux principes sont au centre :

- Adopter une approche pluridisciplinaire, sanitaire, médico-sociale et sociale pour la construction de cette offre qui prépare le passage du soin au retour dans le contexte de vie ;
- Intégrer à la construction de cette offre les partenariats en matière de logement et d'hébergement, composante essentielle de l'autonomie des personnes concernées.

Une étude parue en 2010 montre que peu de personnes y accèdent, alors même que le pronostic des patients en ayant bénéficié est meilleur que celui des autres patients.

Des offres de réhabilitation sont proposées dans le département par les établissements sanitaires et médico sociaux mais sont insuffisamment connues, partagées, et déployées de manière homogène sur le territoire.

Plusieurs dispositifs de formation et d'information destinée à l'entourage existent. Le CREFAP (centre ressources familles et troubles psychotiques) à vocation intersectorielle et départementale et régionale existe.

Le diagnostic du PTSM a mis en exergue les points suivants :

- Système basé sur le curatif et qui ne favorise pas suffisamment le soutien à long terme
- Méconnaissance des dispositifs de réhabilitation et offre hétérogène
- Patient souvent passif et non acteurs de son parcours de soins /de vie

Suite à la publication d'un appel à projet régional, un centre support de réhabilitation psychosociale porté par le CHGR et le CHRU de Brest va être mis en place en 2020.

Description de l'action

L'action consiste à renforcer la réhabilitation psychosociale dans le département en essaimant les outils et les formations et en s'appuyant sur le futur centre support de réhabilitation psychosociale.

L'enjeu est d'inclure les usagers et les aidants dans toutes les phases de structuration.

Deux éléments font l'objet d'une attention particulière : le développement de l'éducation thérapeutique et les dispositifs de formations et d'information des aidants.

Axe B : Les personnes concernées et leurs proches : des partenaires, une ressource, des compétences

Rappel des objectifs opérationnels

- Concourir à la « Prévention et capacitation des usagers »
- Améliorer la reconnaissance mutuelle
- Donner des informations claires et accessibles sur la maladie
- Développer l'éducation thérapeutique du patient avec les acteurs de proximité
- Informer, renforcer les compétences des proches en matière de santé mentale
- Travailler sur le déni de la personne et de l'entourage

Pilote(s) :

GCSMS Cap Santé Mentale :

APASE : M. BANNIER

La Bretèche : Mme SAUPIN

- CPT : Centre Hospitalier Saint Malo :

Dr RIDEREAU et M. FESTOC

Contributeurs :

- Chargé de mission ETP
- Représentants des usagers (MDU/CVS)
- Représentants GEM
- ESMS (dont SAVS/SAMSAH)
- Représentants sanitaires psychiatrie
- UNAFAM
- UGECAM
- IREPS
- PTA

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Feuille de route nationale Santé mentale et Psychiatrie
- Instruction de la DGOS du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale
- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Guide ANAP « Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires »

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
I. Structurer et renforcer l'essaimage des dispositifs de réhabilitation psychosociale dans le département	1.1) - Etablir la cartographie des dispositifs de proximité de réhabilitation sur les différents territoires, repérer les manques et contribuer au renforcement de l'offre de soins de proximité	Centre support de réhabilitation psychosociale	2020-2021	- Futur Centre support de réhabilitation psychosociale suite à l'appel à projet
	1.2) Mettre en place des formations communes mixtes : (sanitaire et médico-sociale) Avec plusieurs niveaux : - Sensibilisation générale, - Formation de mises en situation sur site - Formation aux outils de soins de réhabilitation	Centre support de réhabilitation psychosociale / CPT / GCSMS Cap Santé Mentale	2021-2025	
	1.3) Intégrer les aidants et les personnes concernées dans la structuration de la réhabilitation dans le département		2020-2025	
	1.4) Structurer en proximité la réhabilitation en s'appuyant sur les coordinations pour permettre les interconnaissances Articuler les liens entre centre supports et les dispositifs de coordination	DAC / Centre support de réhabilitation psychosociale	2021	
II. Développer l'éducation thérapeutique sur le département	2.1) Renforcer l'information et la visibilité des programmes existants pour en faciliter l'accès, notamment pour les partenaires et les aidants/usagers 2.2) Développer les formations ETP pour les partenaires médico-sociaux 2.3) Développer des programmes ETP de territoire, co-construit entre les partenaires de la ville, le médico-social et le sanitaire. 2.4) Mettre en place une journée départementale ETP	Centre support de réhabilitation psychosociale / CPT / GCSMS Cap Santé Mentale	2.1) 2020 2.2) 2020-2025 2.3) 2020-2025 2.4) 2020	- Appui sur l'IREPS
III. Renforcer les dispositifs d'information et de formation de l'entourage	3.1) Formaliser une stratégie de réponse graduée pour les familles entre le CREFAP et les espaces de proximités 3.2) Créer des espaces famille de proximité 3.3) Cartographier et développer la communication sur les dispositifs existants (cartographie)	3.1) CPT 3.2) CPT 3.3) Centre support de réhabilitation psychosociale	3.1) 2020 3.2) 2020-2025 3.3) 2020	

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Développer et structurer les dispositifs de réhabilitation psychosociale en collaboration avec les acteurs de proximité.	- Essaimer la réhabilitation psychosociale - Renforcer la formation des professionnels à la réhabilitation psychosociale - Renforcer la participions des usagers et des aidants - Partager la notion d'éducation thérapeutique	- Nombre de formations sur la réhabilitation psychosociale réalisées + catégorie de professionnels - Nombre de structures de proximités labellisées - Nombre de territoire couvert / non couvert par une offre de réhabilitation - Nombre de personnes formées à la pair aidance, - Nombre d'espace famille - Nombre de programme ETP co-construit - Nombre de personnes formées à l'EPT dans le médico-social - Indicateurs d'activité du Centre support de réhabilitation psychosociale sur le département

Points de vigilance

- Penser à intégrer médecins de ville, infirmiers libéraux, psychiatres de ville dans la démarche
- Adapter et prendre en compte les personnes avec des troubles du spectre autistique. Lien avec l'espace autisme et les structures spécialisées à faire

Fiche Action B3 : Pour un accueil et des pratiques adaptées : prendre en compte le savoir expérientiel des personnes concernées et de leur entourage

Constats :

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- L'accueil des proches n'est pas toujours réalisé avec bienveillance
- Des pratiques professionnelles ancrées empêchent l'inclusion des proches dans le parcours
- Des pratiques professionnelles non initiées au « case management » et au profil de malade expert
- Un manque de prise en compte des acteurs de première ligne de leurs observations et de leur contribution aux parcours, par la psychiatrie
- Des lieux d'accueil et d'hospitalisation parfois « inhospitalier »

Diverses actions conduites participent d'une prise en compte du savoir expérientiel des personnes concernées et de leur entourage (exemple : Maison Des Usagers, intervention dans les formations etc.). Ces démarches positives nécessitent d'être généralisées et structurées.

Description de l'action

Les postures professionnelles évoluent notamment du fait de la reconnaissance du savoir expérientiel des personnes elles-mêmes individuellement et collectivement sur leurs problématiques. Pour autant, certains espaces de soins ou d'accompagnements doivent encore s'améliorer pour s'inscrire dans une dynamique bienveillante de co-construction d'un parcours de rétablissement.

L'organisation d'une participation active des personnes concernées à cette démarche d'amélioration est essentielle.

Axe B : Les personnes concernées et leurs proches : des partenaires, une ressource, des compétences

Rappel des objectifs opérationnels

- Inclure le témoignage des personnes concernées et de l'entourage dans les formations
- Disposer de conditions matérielles d'accueil et d'hospitalisation adaptées et respectueuses des personnes et bienveillante
- Intégrer par l'ensemble les professionnels d'une culture de l'empowerment, de la personne actrice de son parcours

Pilote(s) :

- UNAFAM : Mme KERJEAN et Mme SARRET
- Représentant des GEM
- Représentant des usagers

Contributeurs :

- IFSI / ASKORIA
- Service de formation des établissements (sanitaires/ESMS)
- Représentants des usagers
- Représentants des GEM
- UNAFAM
- CD 35 Pôle ressources - service formation

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Schéma Départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
I. Communication : diffuser des préconisations sur des pratiques adaptées, notamment sur la question de l'accueil	1.1) Créer un document repère (<i>regroupant les principes d'accueil et qui fasse partie de la vie des établissements et des équipes, également affiché dans la salle d'attentes et autres lieux de passage</i>). - Construction d'un message, - Détermination d'un support, - Détermination de la diffusion 1.2) Organiser la diffusion de ces préconisations - La cible : les acteurs du sanitaire, les acteurs du médico-social et les acteurs faisant de l'accueil et notamment dans la fonction publique (via le CNFPT), les écoles de formation.	UNAFAM / INTER-GEM35 / Santé Mentale France (SMF)	2020 : conception des outils 2021-2025 : diffusion	- Constituer un groupe de rédacteurs qui s'appuiera notamment sur les préconisations existantes. - Inscrire la thématique dans les plans de formation (CNFPT...)
II. Pour un accueil et une prise en charge dans des conditions satisfaisantes	2.1) Adapter les horaires et permettre un accueil sans RDV 2.2) Avoir des locaux accueillants, respectueux des personnes Etablir un état des lieux pour prioriser des rénovations autant pour les prises en charge hospitalières qu'ambulatoires	CPT / UNAFAM / Représentants des usagers	2020-2025	2.1) Inscription dans le projet d'établissement 2.2) Plan de rénovation et de financement
III. Dans les formations, développer le témoignage pour une meilleure prise en considération de l'expérience des personnes et de leur entourage dans les exercices professionnels	3.1) Construire une offre de témoignage : en association avec l'UNAFAM (témoignage proche et usagers en complémentarité), 3.2) Animer la démarche : - Identifier sur le département les personnes disponibles pour témoigner - Préparer collectivement les interventions - Organiser les présences - Construire et mettre à disposition une source documentaire 3.3) Valoriser économiquement ces contributions, retour aux associations pour leur participation et prise en charge des frais engagés	UNAFAM / INTER-GEM35 / Santé Mentale France (SMF)	2020 : Construire un socle « animation de la démarche » 2021 : Mise en œuvre	Financement de la fonction animation de la démarche
IV. Expérimenter le modèle de la co-formation	4.1) A partir d'un thème qui intéresse à la fois des pairs et des professionnels, mobiliser un travail conjoint d'approfondissement des savoirs. 4.2) Au sein d'établissements volontaires, proposer cette démarche de co-formation pour travailler ensemble à une évolution de réponse de structuration.	GCSMS Cap Santé Mentale	Soutenir dans le temps les initiatives qui apparaissent.	4.1) Financement au regard des projets 4.2) Financement par les institutions

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Pour un accueil et des pratiques adaptées : prendre en compte le savoir expérientiel des personnes concernées et de leur entourage	- Assurer un accueil et une prise en charge bienveillants - Disposer de conditions matérielles d'accueil et d'hospitalisation adaptées et respectueuses des personnes - Intégrer pour l'ensemble des professionnels une culture de l'empowerment, de la personne actrice de son parcours	- Enquête de satisfaction auprès des personnes concernées et proches - Observation quantitative des actions mises en place

Points de vigilance

Fiche Action C1 : Créer une culture « santé mentale » dans les formations initiales et continues

Constats :

La formation est un levier essentiel pour faire évoluer les pratiques professionnelles en concordance avec les enjeux de la santé mentale.

Plusieurs dispositifs de formation existent au sein des formations initiales ou au sein des opérateurs pour les formations continues mais sont peu partagées.

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Manque de formation au repérage des phases précoces /dépistage des troubles
- Absence de culture professionnelle commune
- Besoin d'interconnaissance fort sur les territoires
- Besoin de sensibiliser les élus et les acteurs spécifiques (police, gendarmerie, SDIS ...)

L'approche santé mentale implique une synergie entre acteurs appartenant à des champs différents, chacun ayant sa culture, son langage, ses repères de fonctionnement. Il est fondamental de pouvoir partager les informations, ce qui implique une dynamique d'acculturation.

Description de l'action

L'objectif de cette action est de développer l'interconnaissance et les cultures professionnelles communes autour de la santé mentale par une stratégie globale de formation.

Il s'agit de faire évoluer les formations des professionnelles en concordance avec les politiques publiques en santé mentale pour favoriser le décroisement.

Dans une approche systémique, plusieurs outils sont utilisés : formations initiales, formations croisées sur les territoires... à partir des besoins identifiés par les acteurs professionnels et usagers.

Axe C : Culture professionnelle partagée et interconnaissance

Rappel des objectifs opérationnels

- Favoriser le développement d'une culture commune
- Développer l'interconnaissance en amont et en aval de la formation (intervenants sociaux et de santé)
- Associer un nombre important d'acteurs et notamment les services d'aides à domicile, services de secours, police gendarmerie, SDIS.

Pilote(s) :

- CLSM
- GCSMS Cap santé mentale
- Futurs DAC

Contributeurs :

- Représentants sanitaires (professionnels de terrain, pôle universitaire)
- Représentants médico-sociaux (professionnels de terrain)
- Représentants sociaux (professionnels de terrain)
- Police/justice + SDIS
- IFSI
- IFAS
- Universités
- Organisme Formation Continue Sanitaire et Social
- EHESP/Askoria
- CD 35
- Bailleurs sociaux
- Les aidants (UNAFAM) et les représentants Usagers

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Schéma Départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- Programme pluriannuel de formations de l'ODPE
- Stratégie Nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté
- Schéma Départemental Enfance Famille
- Travaux CLSM

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
I. Construire un modèle de montage opérationnel et de financement de formation partenariales	Il s’agit en première étape de définir un modèle partenarial pour les formations permettant de les décliner opérationnellement par la suite. L’objectif est de dépasser les problématiques de financements et de mécanismes différents.	ARS / CD / Organisme de Formation / représentant CNFPT / futur DAC	- 2020	
II. Mettre en œuvre des formations croisées par territoire	- S’appuyer sur l’expérimentation menée sur les territoires de Brocéliande, Fougère et Vitré	ARS	- 2020	- Cahier des charges types déclinable par territoire
	- S’appuyer sur les instances de concertations de proximité pour déterminer les besoins en y intégrant les personnes concernées et les aidants	GCSMS Cap Santé Mentale / DAC / CLSM	- 2021	
	- Intégrer les publics plus spécifiques comme les élus, police, justice, en s’appuyant les CLSM et les CTS	CLSM / CTS/ l'Association des Maires de France d'Ille-et-Vilaine / l'UDCCAS 35	- 2021-2025	
	- Mettre en œuvre les formations croisées en y intégrant les personnes concernées et les aidants	GCSMS Cap Santé Mentale / DAC / CLSM		
	- Définir une stratégie de communication sur les formations	GCSMS Cap Santé Mentale / DAC / CLSM		
III. Développer au sein des formations initiales des temps d’échanges autour de la santé mentale	- Réfléchir sur les modalités en y intégrant les personnes concernées et les aidants - Mettre en œuvre : - Des séminaires inter-professionnels - Des journées thématiques - Des sessions inter-écoles - Des temps d’immersion inter-structures	Organismes de formations	- 2020-2025	
IV. Ouvrir les formations existantes des plans de formations continues aux professionnels des institutions partenaires.	- Intégrer cet axe au niveau des plans de formation continue - Définir les modalités - Mettre en place	CPT / GCSMS Cap Santé Mentale (service de formations continues)	- 2020 - 2021-2025	

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Créer une culture « santé mentale » dans les formations initiales et continues	- Développer l'interconnaissance des acteurs par territoire - Renforcer la connaissance de la santé mentale, de ses enjeux et de son évolution par les différents professionnels - Décloisonner les différentes formations existantes	- Nombre de formations croisées mise en œuvres - Nombre de territoires concernés - Nombre de participant aux formations et par catégories - Evaluation qualitative sur l'impact des formations sur les dynamiques territoriales (dès la mise en place d'une formation penser leur évaluation) - Nombre de séminaire interprofessionnel et le nombre de rencontre - Nombre de partenaire participants au plan de formations des établissements

Points de vigilance

- Nécessité d'une bonne communication sur les actions menées
- Nécessité de dépasser les modalités opérationnelles et de financements différentes selon les partenaires
- Bien penser le rôle des DAC

Fiche Action C2 : Améliorer les liens entre les différents acteurs

Constats :

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- L'organisation historique des dispositifs de soins et d'accompagnement a conduit à un morcellement des interventions qui nuit à l'efficacité des prises en charge et à la cohérence des parcours. Cette situation peut conduire à des pertes de chance pour les personnes, de l'épuisement des professionnels, un mésusage des ressources, ...
- La multiplication des formes et espaces dispositifs de coordination a été nommée lors du diagnostic comme une problématique majeure : source de complexification, Insuffisance de visibilité, illisibilité des compétences de chacun (qui fait quoi ?)
- Difficulté à repérer l'interlocuteur concerné.
- Les espaces ressources pour les acteurs de premiers lignes sont mal identifiés, ils ne couvrent pas tous les territoires et ont des fonctionnements hétérogènes
- Des insatisfactions sont exprimées quant aux liens médecins généraliste / psychiatrie
- L'articulation face à des situations complexes

Description de l'action

Les liens entre acteurs relèvent de niveaux différents. Divers dispositifs en place sont considérés comme probants, il s'agit donc pour l'essentiel d'aller dans une logique de généralisation, simplification, homogénéisation.

Les coordinations et coopérations entre acteurs doivent principalement s'inscrire dans les pratiques au quotidien. Le développement de l'interconnaissance en est une condition, il doit favoriser le déploiement de logiques de coresponsabilité.

Toutefois pour certaines situations un espace peut s'avérer nécessaires pour :

- Organiser la coordination. La mise en place des DAC devrait assurer cette fonction. Lors de la mise en place de ces dispositifs, il s'agira d'apporter une contribution afin que les spécificités des questions de santé mentale soient au mieux prise en compte.
- Apporter un appui aux acteurs de premières lignes que sont les acteurs de droits communs et les médecins généralistes.

Enfin pour certaines situations particulièrement critiques ou complexes, la structuration d'un dispositif organisationnel pluri-institutionnel est indispensable pour organiser les réponses.

Axe C : Culture professionnelle partagée et interconnaissance

Rappel des objectifs opérationnels

- Favoriser l'interconnaissance d'un large ensemble d'acteurs : sanitaire, social, médico-social, l'éducation, les professionnels libéraux, acteurs de premières lignes, ...
- Favoriser la coordination autour de situations concrètes
- Répartir les responsabilités de chacun, au-delà des missions strictes pour favoriser la continuité des parcours
- Conforter les acteurs de premières lignes dans leur positionnement face aux situations de troubles psychiques notamment :
 - o Auprès des intervenants sociaux et médico-sociaux, éducation nationale... pour la gestion des situations préoccupantes ou complexes.
 - o Auprès de la médecine de premier recours en prévention de l'urgence.
- S'organiser collectivement à des fins préventives pour réduire les pertes de chance majeur et/ou le déclenchement de crises

Pilote(s) :

- CPT
- GCSMS CAP Santé Mentale
- PTA Fougère : Mme QUESNEL

Contributeurs :

- Représentants des usagers
- Représentants des GEM
- CPT
- Représentants médecine générale
- Représentants médico-sociaux
- CLSM
- MDA
- MAIA
- PTA
- CD 35
- PCPE
- Maison Associative de la Santé
- CLIC
- PCPE

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- La loi relative à l'Organisation et la Transformation du Système de Santé (Loi n° 2019-774) : mise en place des DAC
- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies (PRAPS), 2018-2022 (Chantier 4)
- Schéma Départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- Schéma Départemental Enfance Famille
- Réponse Accompagnée pour tous (RAPT)

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
Faciliter les coordinations et coopérations	- Favoriser l'interconnaissance des acteurs : - Organiser sur les territoires des temps de rencontre thématiques. Y diffuser la culture de la coresponsabilité - Développer des temps d'immersion croisée de professionnels entre institutions - Formaliser des préconisations relatives aux particularités des problématiques de santé mentale pour la mise en place des DAC	CLSM/ CLS GCSMS CAP Santé mentale GCSMS CAP Santé mentale /CPT PTA (DAC)	A partir de 2021 puis programmation pluriannuelle 2020 - 2025 En fonction du déploiement des DAC	Moyens organisationnels
Organiser l'appui aux professionnels sociaux de premières lignes	Structurer des modalités d'appui aux professionnels confrontés à des situations préoccupantes, suivant les modèles déjà éprouvés (instances pluri professionnelles de concertation, Hylo, réseau addition) et les généraliser sur les territoires	Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) / CD / Association Départementale des Organismes d'Habitat (35) ADO HLM	Mise en place 2020	Temps dédié et structuration de l'animation du groupe
Assurer un appui aux professionnels de santé	- Pour la gestion de crise =>action D6 - Pour les situations courantes, améliorer la communication généraliste-spécialiste : - Construction puis diffusion de documents types adaptés dans leur forme et contenu pour la médecine de premier niveau. - Transmission systématisée d'informations y compris pour les patients suivis en ambulatoire - Organiser des modalités nouvelles de collaboration dans le suivi des patients psychiatriques entre médecin généralistes et psychiatres - Analyser l'expérimentation de Redon sur la ligne d'avis téléphonique - Pour les situations préoccupantes - Organiser une permanence pour l'accès à l'avis d'un spécialiste.	PTA (DAC) / CPT CPT	Un temps de travail en 2020 Puis suivi de la mise en œuvre 2020 : modélisation A partir de 2021 : mise en place	S'appuyer sur le développement de la télémedecine
Organiser collectivement des réponses face aux situations particulièrement préoccupantes et/ou complexes (cellule de crise)	En s'appuyant sur les modèles en place, proposer pour les différents territoires un modus-operandi permettant des interventions concertées pluri-partenariales : Structuration, modalité de mobilisation, délimitation du champ de compétence, règles de fonctionnement, ...	CLSM/ CLS	2020/21 : Conception du modèle 2022 : Mise en opérationnalité	Moyens pour la coordination engagement des parties

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Améliorer les liens entre différents acteurs	- Rendre opérationnel la coordination autour de situations concrètes - Apporter un appui aux professionnels de premières lignes confrontés à des situations préoccupantes - Réduire les risques de pertes de chance majeur (expulsion) et/ou de déclenchement de crises inhérentes à des défauts de coordinations dans les interventions	- Pour l'interconnaissance : - Analyse de la participation aux actions proposées - Appui aux acteurs : - Taux d'utilisation de l'outil et indice de satisfaction - Cellule de crise : - Indicateur de mise en opérationnalité - Analyse critique par les membres

Points de vigilance

- Assurer le lien avec les dispositifs « enfance et jeunesse » en matière de SM
- Associer la médecine libérale, les cliniques privées etc.

Fiche Action D1 : Améliorer l'accès et la continuité aux soins somatiques des personnes en situation de troubles psychiques à tous les âges de la vie

Constats :

Les personnes en situation de handicap psychique présentent une diminution de l'espérance de vie de 15 à 20 ans par rapport à la population générale. Les facteurs causaux ont été identifiés par de nombreux travaux : la pathologie psychiatrique et le mode de vie associé, la iatrogénie et la difficulté d'accès aux soins. La première cause de cette mortalité prématurée est liée aux pathologies cardio-vasculaires.

Les patients ayant des troubles psychiatriques ou en situation de handicap psychique n'ont souvent pas le suivi recommandé en terme de dépistage et de prévention. Ils sont nombreux à ne pas avoir de médecin traitant référent. Le suivi par les spécialistes de leurs comorbidités n'est pas optimal (arrêt du suivi suite à un RDV non honoré, RDV non pris, difficultés dans l'organisation du suivi ...). Cette situation entraîne fréquemment le renoncement aux soins et au dépistage.

Une demande importante des usagers et de leur entourage est de faciliter l'accès à un dispositif de prévention et de dépistage.

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier pour répondre à ce constat a ainsi mis en place à compter de février 2017 une consultation IDE d'accompagnement à la santé pour organiser une réponse infirmière autour de 5 thèmes transversaux de prévention primaire (fondée sur les recommandations du conseil national professionnel de psychiatrie, has juin 2015) : tabac, sédentarité, alimentation, hygiène corporelle et bucco-dentaire, vaccination et examen de dépistages recommandés.

Les établissements psychiatriques et les cliniques disposent également de services de médecines somatiques.

Certaines structures médico-sociales sont dotées de temps soignants permettant de prendre en compte la dimension somatique.

Un dispositif de consultations dédiées porté par le Pôle Saint Hélier est également mis en œuvre dans le département.

Les constats identifiés dans le diagnostic sont les suivants :

- Difficulté d'une prise en charge globale et coordonnée du patient
- Difficulté à intégrer une filière de soin de droit commun
- Manque de communication et de coordination : médecin généraliste, MCO et équipe de soins en psychiatrie
- Méconnaissance, stigmatisation

Description de l'action

L'action consiste à définir une stratégie globale systémique en agissant sur les constats identifiés dans le diagnostic, pour améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de pathologies psychiatriques : mécanismes facilitant l'accès aux médecins traitants en développant les accompagnements intermédiaires, adaptation des organisations à la particularité des troubles psychiques, amélioration de la coordination entre les différents professionnels.

Axe D : Anticiper, assouplir l'offre

Rappel des objectifs opérationnels

Garantir la prise en compte et la continuité des soins somatique durant le parcours en agissant sur les difficultés culturelles, organisationnelles :

- Culturelles : réduire les cloisonnements somatiques/psychiques, médecine hospitalière/ médecine de ville,
- Organisationnelles : systématisation de certains bilans (intégrant les biais diagnostics imputables à la pathologie psychique), fluidification dans la transmission des informations, prise en considération des temporalités et contraintes des autres.

Pour éviter le non-accès ou les ruptures de soins, adapter les réponses aux difficultés spécifiques de certains profils de patients, au regard :

- De leurs conditions d'existence en matière de quotidienneté, possibilité de déplacement, soutien humain, situation administrative...
- De l'incidence de leur pathologie (ou traitement) sur les problématiques somatiques

Pilote(s) :

- CPT
Dr LEVRAT
Dr FABLET
- GHT Haute Bretagne & Rance Emeraude
- Maison de Santé
Pluriprofessionnelle de
Villejean

Contributeurs :

- EPSM
- ESPIC
- Facultés médecine
- IFSI
- PTA
- SAVS/SAMSAH
- Représentant de professionnels libéraux
- CPAM
- GHT Haute Bretagne & Rance Emeraude
- CD 35

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Projets médico soignant partagés (PMSP) du GHT Haute Bretagne et du GHT Rance Emeraude
- Schéma Départemental Enfance Famille
- Schéma départemental protection de l'enfance 2013-2017 prorogé jusqu'en 2020.
- Etude sur l'Etat de santé des enfants confiés à l'ASE (2018)

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasage	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
I. Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes en situation de troubles psychiques en accompagnant vers le médecin traitant.	1.1) Agir sur les modalités organisationnelles 1.1.1) Déployer dans les CTJ la CALAS (Consultation d'Accompagnement à la Santé) : sur le modèle de PSYSOM à Paris), à savoir 1 à 3 consultations (IDE, IPA, MG selon les patients) ayant pour objectif la réalisation d'une synthèse, transmise au médecin traitant pour initier le suivi dans de bonnes conditions. 1.1.2) Favoriser la mise en place de consultation avancée d'IDE dans les MSP 1.1.3) Formaliser une contribution aux financeurs sur la tarification des visites à domicile des médecins traitants en s'appuyant sur les ALD psychiatriques et l'inclusion des pathologies cardio-vasculaire, métabolique, dentaire... inhérente à la pathologie psychiatrique et ses traitements dans les ALD23 1.2) Agir sur les modalités opérationnelles 1.2.1) Développer l'information sur la Plate-Forme d'intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS) nouveau dispositif de lutte contre le renoncement aux soins.	1.1.1) CPT (CHGR) 1.1.2) CPT / MSP 1.1.3) CPAM / URPS 1.2.1) CPAM	1.1.1) 2021 1.1.2) 2020-2025 1.1.3) 2020 1.2.1) 2020	1.1.1) Moyen humains (appel à projet) : moyens estimés : 2 ETP IDE - 1 ETP IPA - 1 ETP médecin généraliste - 1 poste de pharmacien assistant spécialiste Le coût de l'ensemble du projet s'élève à 350 776 € 1.1.2) Appui sur les IPA
II. Améliorer la coordination	2.1) Intégrer le bilan somatique dans les comptes rendus de sortie d'hospitalisation 2.2) S'enquérir d'un suivi effectif par un médecin traitant lors de l'hospitalisation et du suivi CMP et intégrer la prise en charge somatique dans les Projets de Soins Personnalisés en hospitalisation. 2.3) Pour les personnes accompagnées dans les structure médico-social, développer le recours et l'usage de la télémédecine 2.4) Recenser les partenaires du champ somatique répondant aux besoins des usagers en vue d'un conventionnement, sur chaque secteur psychiatrique (centre de santé)	2.1) CPT 2.2) CPT 2.3) GCSMS CAP Santé Mentale / MSP 2.4) ARS / CPAM	2.1) 2020 2.2) 2020-2025 2.3) 2020-2025 2.4) 2020	
III. Développer une culture de coopération entre psychiatrie / MCO / Généraliste	3.1) Mettre en place des actions de sensibilisation et de formations croisées sur les particularités sémiologiques, de suivi de ces patients, entre médecins généralistes et psychiatres et IDE 3.2) Mettre en place des formations pour les interne de psychiatrie en médecine générale et pour les internes de médecine générale en psychiatrie 3.3) Améliorer la communication entre les équipes du MCO et la psychiatrie en prenant appui sur la psychiatrie de liaison lorsqu'elle existe	3.1) CPT / MSP / IFSI 3.2) CPT / MSP Département de Médecine Générale / fac de médecine / pole hospitalo universitaire du CHGR 3.3) CPT / GHT Haute Bretagne & Rance Emeraude	2020-2025	3.1) DPC Moyens humains

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Améliorer l'accès et la continuité aux soins somatiques des personnes en situation de troubles psychiques à tous les âges de la vie	- Diminuer la morbidité des patients psychiatriques sévères - Améliorer la qualité de vie. - Faciliter l'accès à un médecin traitant - Améliorer la coordination entre les acteurs - Améliorer la formation des professionnels	- Taux de patient ayant un suivi effectif avec un médecin traitant- Les indicateurs d'activité de la CALAS - Nombre de professionnels formés (par catégories) - Nombre d'actions de sensibilisation - Nombre de CPTS -Indicateurs de résultats : - o Taux de mortalité prématuré - o Facteurs de risque cardio-vasculaires modifiables - o Taux de participation aux dépistages organisés - o Soins dentaires réalisés - o Morbidité : - o FdRCV – syndrome métabolique - o Maladies cardio-vasculaires - o Dentaire - o Cancer - Prévention : Vaccination - o Dépistage (FCV, FIT-test" (dépistage du cancer colorectal))

Points de vigilance

- Porter une attention particulière au parcours somatique du public ASE
- Prise en compte de la psychiatrie dans la constitution des CPTS
- Déploiement du DMP

Fiche Action D2 : Développer l'ambulatoire : les équipes mobiles pluridisciplinaires pour aller vers le public à domicile.

Constats :

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Difficultés d'aller vers les personnes en non demande
- Manque d'équipes mobiles psychiatriques innovantes pour les adultes
- Problèmes d'optimisation du recours à l'urgence
- Manque pour les adolescents/jeunes adultes
- Manque de formation au repérage des phases précoces et des situations non bruyantes (ex : signe de repli etc.)
- Manque de formalisation des liens avec les professionnels de première ligne qui ont bien souvent connaissance de situations préoccupantes (équipes pédagogiques, médecins généralistes, etc.)
- Déficit d'accès aux soins spécialisés :
 - ⇒ Dans les zones blanches géographiques et/ou de compétences
 - ⇒ Par inadéquation des délais et un défaut de transports
 - ⇒ La difficulté de repérer les personnes précaires et d'aller-vers ce public

Des nouvelles formes de précarités dans les territoires ruraux se développent.

Plusieurs équipes mobiles de pédopsychiatrie existent sur le département. Une équipe mobile ressources ITEP est en cours de mise en œuvre. Cependant, les couvertures territoriales sont hétérogènes et les modalités de saisine de ces équipes sont peu connues ou insuffisamment partagées pour avoir une vision globale.

Concernant le public adulte, il n'y a pas d'offre spécifique, notamment pour le public en non demande repéré par les bailleurs sociaux. Le SAMSAH intervient auprès des équipes avec des missions d'appui sur Rennes Métropole.

Les différentes équipes mobiles partagent peu leurs outils.

Des instances de concertation (type hylo) sont mises en place dans certains territoires pour échanger sur des situations.

Description de l'action

La mobilité et le développement de l'aller vers constitue un enjeu majeur pour les personnes en souffrance psychique.

L'action vise à définir une stratégie globale sur le département de déploiement d'équipes mobiles cohérentes et articulées entre elles.

Il s'agit également de mettre en œuvre des équipes mixtes pluri professionnelles permettant de croiser les compétences.

Axe D : Anticiper, assouplir l'offre

Rappel des objectifs opérationnels

- Développer l'aller vers pour les personnes en non demande
- Agir sur la non-demande
- Prévenir les situations d'urgence
- Travailler en collaboration avec les partenaires pour le consentement aux soins

Pilote(s) :

- CPT : Centre Hospitalier de Redon : Dr BENSENANE
- SAMSAH Espoir 35 : M. HOUÉE

Contributeurs :

- | | |
|--------------------------------|-----------|
| - CLSM | - EMPP |
| - Professionnel libéraux | - CPT |
| - Représentants sanitaires | - SIAO 35 |
| - Service de secours | - APE2A |
| - ADO HLM | - La PASS |
| - Représentants médico-sociaux | - RLG |
| - HAD 35 | - SEA 35 |
| - FAS | - AMIDS |
| - CD 35 | |

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Schéma Départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, 2015-2021
- Schéma Départemental enfance famille
- Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes (2017-2019) (Grenelle)
- Travaux et groupe de travail du CRSM
- Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance et en particulier l'action « créer des dispositifs d'intervention adaptés aux problématiques croisées de protection de l'enfance et de handicap ». (Extrait : « inscription de la problématique dans les priorités d'action des PRS et PTSM »)
- Orientations du PDALHPD, copiloté Etat/Département et du Programme Breillien d'Insertion 2018-2022.
- Observatoire Départemental de la Protection de l'enfance (ODPE)

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référent de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
I. Mettre en place des outils communs de bonne pratique	- Réunir l'ensemble des équipes mobiles - Mettre en place une formation commune pour les équipes mobiles et des outils communs (guide d'expérience, évaluation)	CPT en lien avec l'AEMP (Association nationale des Equipes Mobiles de Psychiatrie)	- 2020	
Public Enfants - Adolescents				
I. Etablir une cartographie des ressources existantes	- Recenser les dispositifs existants par le biais d'un questionnaire adressé aux opérateurs - Etablir une cartographie (mission, territoire, âge, modalité de fonctionnement) , la diffuser et définir les modalités de suivi	CPT (pédopsy) ITEP du Bas Landry	- 1 ^{er} semestre 2020	
II. Etendre la zone d'intervention du CRIFEM (Equipe Mobile de Crise IntraFamiliale permettant l'évaluation et accès aux soins pour les enfants exposés aux violences conjugales) en intersectoriel		- CPT / ville de Rennes / Parquet / Gendarmerie	- 2020 compte tenu du calendrier du Grenelle (mesure 17 pour les enfants exposés aux violences conjugales)	Moyens humains
III. Participer à la co-construction d'une équipe mixte pluriprofessionnelle en réponse aux besoins des adolescents à difficultés multiples en articulation avec les travaux de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE) et de l'ARS	En lien avec les travaux de l'ODPE et de l'ARS, créer un dispositif d'intervention adapté aux problématiques croisées de protection de l'enfance et de handicap	- ASE / ODPE / GCSMS CAP Santé Mentale / CPT		Moyens humains
Public Adulte				
I. En intégrant les résultats de la recherche action conduite par l'APRAS, créer une équipe mobile mixte (travailleurs sanitaires / sociaux / médico-sociaux) allant vers les personnes dans un logement : personnes en souffrance psychique, en non demande, en se rendant à leur domicile sur Rennes métropole et sur le reste du territoire départemental (déclinaison par pays)	- Elaborer et diffuser le cahier des charges - Mener la recherche action et partager les conclusions - Elaborer les missions de l'équipe et effectuer les choix territoriaux	CRSM / CPT (CHGR)/ APRAS	- Janvier 2020 2021 2022	- Moyen humains - Participation possible du Fonds de solidarité logement (FSL) (Accompagnement social lié au logement (ASL) sur tout le territoire du Département en dehors de Rennes Métropole
II. Mettre en place un dispositif mobile pour aller vers le public précaire dans les zones rurales	- Identifier les territoires concernés en s'appuyant sur les diagnostics réalisés - Construire et élaborer le dispositif en s'inspirant des expérimentations existantes (COB'Mobil 29)	ARS / DDCSPP	2020 2021	- Moyens humains + matériels - Possibilité de co-financer sur le modèle du 29 (Communauté de Communes, financements privés etc.)

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Développer l'ambulatoire : les équipes mobiles pluridisciplinaires pour aller vers le public à domicile.	- Développer l'aller vers pour les personnes en non demande - Prévenir les situations d'urgence - Travailler en collaboration avec les partenaires pour le consentement aux soins - Mettre en place des modèles de collaboration nouveaux	- Retour de la recherche action - Indicateurs d'activités des équipes mobiles - Nombre d'équipe mobile mixte et suivi d'activités - Nombre de professionnels des équipes mobiles formés - Enquête de satisfaction

Points de vigilance

- La couverture territoriale sur l'ensemble du département

Fiche Action D3 : Améliorer l'accès au diagnostic et au soin pour des interventions précoces pour les 0 / 16 ans

Constats :

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Difficultés d'accès au diagnostic et défaut de prise en charge précoce pour le secteur de l'enfance et de la jeunesse, pouvant entraîner une aggravation des situations.
- Des secteurs de plus en plus en tension non formés aux problématiques de santé mentale (Education nationale, services sociaux, entourage etc.)
- Défaut de lien entre le sanitaire et le médico-social, les écoles...
- Manque de formation au repérage des phases précoces /dépistage des troubles

La prise en compte des problématiques de santé mentale est une préoccupation majeure notamment au sein des collectivités éducatives. La politique de l'école inclusive donne une acuité nouvelle à ces questions. Les réponses existantes (équipes de suivi de scolarité (ESS), équipes éducatives, mises en place des AVS etc.) apportent des réponses ressenties comme trop fragile au regard de leur précarité.

Description de l'action

Pour les plus jeunes, la problématique des délais pour l'accès aux dispositifs de soins est majeur. Les périodes d'attentes constituent un risque important de pertes de chance, par la cristallisation ou l'amplification des problématiques, une charge inappropriée portée par les familles et les acteurs de premières lignes.

Une réorganisation des dispositifs est nécessaire : elle implique une réforme de l'accès à l'évaluation, une mobilisation de moyens nouveaux, une mise en cohérence de l'articulation de l'offre et un travail sur sa lisibilité.

Axe D : Anticiper, assouplir l'offre

Rappel des objectifs opérationnels :

- Une réduction des délais d'accès à une réponse
- Organisation d'une articulation entre les acteurs / plateforme TND, sur les territoires
- Amélioration de la lisibilité de l'offre

Pilote(s) :

- ARS (lien avec AMI) :
Mme RAIMOND
- PEP Brétil'Armor:
Mme QUERREC

Contributeurs :

- Education Nationale (Médecine scolaire) /Direction Diocésaine : sollicite mais excusé
- PMI
- CDAS
- CD 35
- Rééducateurs, Psychologues, Ergothérapeutes,
- Médecins généralistes
- CPT
- CAMPS/CMPP
- CLSM Rennes
- ARASS

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- La loi relative à l'Organisation et la Transformation du Système de Santé (Loi n° 2019-774) : mise en place des DAC
- La loi n°2019-791 pour une « école de la confiance », circulaire 2019 sur l'École inclusive
- Schéma Départemental Enfance-Famille
- Schéma départemental protection de l'enfance 2013-2017 prorogé jusqu'en 2020.
- Stratégie Nationale de prévention et de protection de l'enfance présenté en octobre par la secrétaire d'Etat Adrien Taquet et en particulier l'action « Systématiser le bilan complet de santé des enfants et des adolescents à leur entrée dans les dispositifs de protection et leur accès à un parcours de soin coordonnés ».
- Plateforme TND

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
Réduire les délais d'accès dans les CMPP et CMPEA par la mise en place d'une évaluation première par un « infirmier d'orientation » pour organiser les premières étapes du parcours	- Elaborer des modalités de mise en œuvre en s'appuyant sur des retours d'expérience (ex : PEPITO) - Inscrire cette phase dans une logique parcours par la mise en place d'un livret de suivi porté par les familles.	CPT / CAMSP	2020/2021 mise en place 2021/2025 suivi	- Déploiement de postes d'infirmiers d'orientation - Financement de prestations - Modélisation du financement
Mobiliser les prestations « libérales » psychologue, psychomotricien, ...en amont et/ou en appui aux réponses institutionnelles	Regard sur les dispositions en cours ou en expérimentation pour une définition des règles de prescriptions, des modalités de mise en œuvre, ...	ARS /CPAM	2020 /2025	Evolution des règles de financement
Améliorer les articulations entre les acteurs des territoires (CMP et CMPP, CAMSP, secteur libéral) en s'appuyant sur la logique « plateforme » pour mieux structurer les parcours.	- Soutenir les projets et initiatives concourant à l'organisation des collaborations opérationnelles des acteurs pour l'ensemble des tranches d'âge. - S'appuyer sur la mise en place des DAC pour organiser la coordination.	CPT / CMPP / CD 35 Direction enfance-famille du Département	2020/2021	Préparer collectivement une évolution des articulations entre acteurs . Moyens nécessaires pour la mise à disposition de forfaits pour l'ensemble des tranches d'âges.
Améliorer la lisibilité de l'offre : assurer une communication entre les acteurs	- Rendre l'offre lisible par une clarification des missions des structures (type CMPEA, CMPP, CAMSP...) - Structurer les ressources documentaires en s'appuyant sur l'existant (ex : le guide ressources du service santé enfance de la ville de Rennes ou celui de l'animation territoriale de Redon). - Formaliser une proposition de formation / sensibilisation s'adressant au monde de l'éducation : suivant le modèle des ITEP	CPT / CAMSP / CMPP		- Pour la formation, associer impérativement l'éducation nationale - Pour faciliter la participation des libéraux : Financer leur temps et adapter les horaires

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Améliorer l'accès au diagnostic et au soin pour des interventions précoces pour les 0 / 16 ans	- Réduire les délais d'accès à une réponse - Organiser une articulation entre les acteurs, sur les territoires - Améliorer la lisibilité de l'offre	- Mesurer les effets de la réorganisation des réponses par une analyse comparée de parcours - Suivi des délais d'attente en CMPEA et CMPP

Points de vigilance

- Il ne faut pas en faire LA porte d'entrée mais UNE porte d'entrée visible.
- Champs médico-social en phase de transformation : Virage inclusif pour que le jeune puisse être dans le milieu ordinaire avec compensation. Il n'y aura pas de création de places en établissement pour privilégier les dispositifs permettant un maintien dans le milieu ordinaire.
- Champ de la protection de l'enfance : Est-ce la difficulté éducative qui accentue la difficulté psychologique ou est-ce le contraire : 25% des enfants de la Protection de l'Enfance sont porteurs de handicap.
- Etre en vigilance par rapport à l'épuisement des acteurs de premières lignes (enseignants, CPE, infirmiers scolaires, travailleur social, éducateur, médecin de famille...).
- Agir avec les familles et les soutenir
- La littérature sur les effets du psychotraumatisme des enfants confiés à l'ASE conforte l'intérêt de s'intéresser précocement au suivi des enfants accompagnés dans le cadre de la protection de l'enfance

Fiche Action D4 : Mettre en place un accompagnement spécialisé en amont de et en appui à l'orientation MDPH.

Constats :

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Manque d'accompagnement avant et après orientation MDPH
- Des droits non mis en place en raison du délai important d'attente
- La complexité des démarches administratives

Description de l'action

La MDPH est centrale dans la mise en œuvre des droits pour les personnes en situation de handicap. Pour en optimiser l'opérationnalité, diverses conditions doivent être réunies : elle doit être saisie, les dossiers constitués doivent permettre l'identification des besoins de compensation, les orientations proposées doivent être activées, les modalités de compensation doivent être appréhendées par les personnes et mobilisables dans une temporalité adaptée. Pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique, les dénis, l'apraxie, les troubles des volitions ou de l'altérité peuvent constituer des obstacles dans la démarche même auprès de la MDPH.

La démarche d'amélioration proposée repose donc à fois sur des dimensions techniques (outils et communication), de formations, d'organisation, mais aussi d'accompagnements spécifiques pour les publics « non-requérants »

Axe D : Anticiper, assouplir l'offre

Rappel des objectifs opérationnels

- Accompagner le temps de la non-réponse
- Améliorer l'accompagnement avant, après notification MDPH, et jusqu'à l'accès à un dispositif

Pilote(s) :

- MDPH : Mme AULNETTE
- GCSMS Cap Santé Mentale :
APASE : Mme LE BARBIER
ADAPEI : Mme LE DREN

Contributeurs :

- Education nationale (professeur, AVS) / direction diocésaine
- Représentants médico-sociaux
- Représentants sanitaires
- UNAFAM
- DITEP
- DIME
- RAPT
- CLIC

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- Pacte de coordination des acteurs de l'insertion d'Ille et Vilaine, 2018-2022
- Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
Améliorer les connaissances sur les diverses formes de compensation et droits	1. Développer des temps de présentation des dispositifs pour les personnes concernées, type « lundis de la MDPH », visites sur site, pour permettre en amont et/ou en aval d'une orientation de construire une projection sur les possibles et de recevoir de l'information sur l'offre de compensation 2. Développer des outils de communication à destination : des professionnels non-spécialistes du handicap et des personnes elles-mêmes.	MDPH/ CD35 / GCSMS CAP santé mentale	1. Mise en place 2020 Puis en continue 2. 2020	Outils de communication En FALC pour certaines personnes
Améliorer certains outils de la MDPH	1. Le « triptyque » : travailler la rédaction de certaines formulations pour lever l'ambiguïté quant à son utilisation partielle ou facultative. 2. Les notifications : faciliter leur appropriation et mise en œuvre - Indiquer les coordonnées du CLIC de référence pour aide éventuelle à la compréhension ou la mise en œuvre des préconisations. - Pour les personnes ayant été aidées pour l'instruction de leur dossier : introduire une rubrique, autorisant l'adressage d'une copie de la notification à ce tiers en accord avec celui-ci.	MDPH / CD35	2020	
Améliorer l'usage des outils MDPH	1. Mise en place de formation croisée à destination des instructeurs de dossiers pour une meilleure compréhension du processus d'instruction et un échange sur les pratiques professionnelles quant à l'approche et aux postures. 2. Action auprès du corps médical pour une meilleure compréhension des logiques du dossier médical	MDPH / CD35 /GCSMS Cap santé mentale Contributeur : PTA	Conception : 2020	Ingénierie de formation Temps de professionnel
Réduire les pertes de chance liées aux délais	1. Organiser une actualisation coordonnée des listes d'attentes 2. Développer des pratiques de file active	GCSMS Cap santé mentale	En continu	Allouer des moyens à la hauteur des besoins
Développer une réponse proactive vers les publics « non requérant »	Conduire une expérimentation avec des professionnels dédiés afin d'organiser un accompagnement proactif vers des personnes « invisibles » qui ne saisissent pas les outils de compensation	GCSMS Cap santé mentale / MDPH / CD35	Conception 2020 Mise en œuvre suivant financement et cadrage	Soutien à l'expérimentation Temps de professionnels
Mieux utiliser l'aide humaine via le financement de la PCH	Pour les personnes en situation de handicap psychique, mobiliser de l'aide humaine pour aider à la gestion de la quotidienneté. Et structurer un appui aux aides à domicile par des acteurs spécialisés (SAVS, CMP etc.) dans la mise en place et le suivi des interventions Renforcer par la formation les savoirs de bases en santé mentale nécessaires pour les intervenants (auxiliaires de vie, aides à domicile etc.) et leur encadrement.	MDPH / CD35 / GCSMS Cap santé mentale	Pilotage MDPH et implication de la psychiatrie et des ESMS	Coordination et moyens pour la fonction d'appui

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Mettre en place un accompagnement spécialisé en amont de et en appui à l'orientation MDPH	- Amélioration des temporalités (traitement et mise en œuvre) - Meilleur appropriation des orientations par les personnes - Soutien en amont et en aval des acteurs de droit commun à leur mobilisation auprès de ce public	- Indices de satisfaction - Indicateur quantitatif - Nombre d'actions de communication - Modifications des documents : triptyque / dossier de demande / courrier d'accompagnement des notifications - Nombre de formation

Points de vigilance

Fiche Action D5 : Développer les équipes de suivis intensifs ambulatoires psychiatriques à domicile

Constats :

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Absence d'HAD en psychiatrie
- Diminution des visites à domicile
- Hétérogénéité des territoires
- Nécessité d'anticiper la crise : Plan de crise conjoint avec la personne concernée, consultation et signe d'alerte

Il n'y a pas d'autorisation juridique pour la HAD en psychiatrie mais les équipes de suivi intensifs à domicile se développent dans d'autres départements.

Le dispositif de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile apparait comme une nouvelle modalité de soins sans hébergement, au plus proche de l'environnement sociétal de la personne, en coordination avec l'ensemble des acteurs autour de la personne.

Il vise à proposer, lorsque c'est possible, une alternative à une hospitalisation à temps complet lors d'un épisode de la maladie psychiatrique nécessitant des soins hospitaliers de particulière intensité (en référence à la circulaire DHOS/03/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile).

Ce dispositif se distingue des soins ou d'accompagnement à domicile qui s'inscrivent dans la continuité de la prise en charge de la maladie et qui n'ont pas un caractère hospitalier ni l'intensité prévue.

Au niveau national, le recensement des dispositifs de soins intensifs à domicile en psychiatrie est particulièrement complexe, pour la bonne raison que ces dispositifs ne se rattachent pas à un même référentiel identifiable (dans la mesure où il n'y a plus d'autorisation délivrée en hospitalisation à domicile (HAD) psychiatrie au-delà des expérimentations recensées par la Cour des Comptes en 2015) et qu'ils portent des noms très différents.

Néanmoins, des tentatives ont été repérées : en particulier un recensement des unités de soins intensifs à domicile psychiatriques en France a été réalisé en 2015 ; ce dernier identifie 21 unités après contact avec les ARS.

Il n'existe aucun dispositif de ce type dans le 35.

Description de l'action

L'objectif de cette action est de développer une forme innovante de soins au plus proche de l'environnement sociétal de la personne, en coordination avec l'ensemble des acteurs autour de la personne. Les équipes de suivis intensifs ambulatoires à domicile visent à proposer une alternative à l'hospitalisation temps plein en amont et en aval de l'hospitalisation et ont pour objectif :

- Optimiser la qualité de vie de patients vivant avec des troubles psychiques relevant d'un suivi hospitalier, grâce à une prise en charge dans son milieu de vie,
- Préparer, raccourcir, prendre le relai, éviter ou remplacer une hospitalisation à temps plein,
- Diminuer les hospitalisations sans consentement
- Garantir l'intensité et la continuité des soins,
- Favoriser la coordination et la structuration des soins
- Permettre une intervention précoce pour les troubles psychotiques débutants

Ces équipes seront construites de manière partenariale, en articulation avec les équipes de pédopsychiatrie.

Axe D : Anticiper, assouplir l'offre

Rappel des objectifs opérationnels

- Développer les alternatives au recours à l'urgence
- Penser les dispositifs de soins innovants et nouveaux en amont et en aval de l'hospitalisation

Pilote(s) :

- CPT : CHGR :
M. BUCHOUL

Contributeurs :

- SAVS / SAMSAH
- UNA
- FAS
- HAD 35
- GHT Haute Bretagne & Rance Emeraude
- CD 35
- ADO HLM
- MAIA
- UNAFAM

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Rapport Hardy
- Evaluation du dispositif expérimental de soins psychiatrique de particulière intensité à domicile en région des Pays de la Loire
- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022

Etapes et calendrier de réalisation

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
1) Formaliser et définir les différents niveaux d'intensités au niveau des différentes équipes	- Définir les différents niveaux d'intensité de prise en charge ou d'accompagnement au niveau sanitaire et médico-social	Pilotage : CPT / futur DAC : en attendant plutôt pilote MAIA / GCSMS Cap Santé Mentale	- 2020	- Moyens humains nouveaux et / ou redéploiement - Moyens matériels (locaux – véhicules) - Expérience des Pays de Loire : le nombre d'équivalents temps plein (ETP) par dispositif varie entre 4,4 et 6,4 ETP pour 6 places - Appui sur les futures IPA
2) Co-construire le périmètre d'intervention et les missions avec l'ensemble des partenaires	- Définir les missions - Articuler les missions avec la pédopsychiatrie et l'équipe PAERPA		- 2020	
3) Identifier et déployer sur deux territoires rural et urbain en articulation avec les futures DAC	- Identifier les territoires au regard de ses caractéristiques - Mettre en œuvre les équipes sur les territoires		2021 - Evaluation 2022 - Principe de généralisation pour la fin du PTSM 35	
4) Mettre en place des outils communs et les formations communes	- Définir les outils - Mettre en place des formations communes pour les équipes		- 2021	

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Développer les équipes de suivis intensifs ambulatoires psychiatriques à domicile.	- Faciliter l'accès aux soins - Prévenir les hospitalisations (durée, hospitalisation itérative, hospitalisation sans consentement) - Développer les alternatives au recours à l'urgence - Renforcer l'articulation entre les partenaires dans les situations à domicile - Eviter les rechutes - Prendre en compte et soutenir l'entourage de la personne - Améliorer la détection et l'intervention précoce pour les troubles psychotiques	- Indicateur de mise en œuvre - Nombre d'équipe mises en place - Indicateur d'activité - File active, nombre d'acte - Délais d'intervention - Nature des orienteurs - Indicateur de résultats - Nombre d'hospitalisation - Durée d'hospitalisation - Nombre d'hospitalisations itératives - Nombre d'hospitalisation sans consentement

Points de vigilance

- Communication et partage d'info : Penser l'outil de partage d'information
- Valorisation de l'activité à anticiper (RIM-Psy, pas forcément adapté)
- Penser l'articulation avec les CMP

Fiche Action D6 : Réaliser un travail structurel sur le recours à l'urgence.

Constats :

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Situations d'urgence sans réponse
- Manque de coordination avec le centre 15
- Absence de définitions commune de l'urgence en psychiatrie
- L'absence de critères et de procédures lisibles pour coordonner les acteurs de l'intervention en urgence
- Mauvais adressage aux urgences de situations semi urgents par défaut d'accès rapide sur les dispositifs de soins courant, de situations non urgentes pour contournement des délais d'attente
- La méconnaissance des portes d'entrées autres que les services d'urgence (ex : le SPAO)
- La complexité des adressages par rapport à la sectorisation de la psychiatrie
- Manque d'adaptation du système d'urgence à la prévention de situation de la crise

Description de l'action

L'objectif de cette action est d'améliorer la lisibilité du dispositif d'urgence sur le département et son organisation afin in fine d'en limiter le recours ainsi que le nombre d'hospitalisations sans consentement et ainsi agir sur l'une des causes racines de nombreux dysfonctionnements en termes de parcours, fortement identifiée lors du diagnostic.

Il s'agit également de développer les compétences psychiatriques de la régulation 15.

Axe D : Anticiper, assouplir l'offre

Rappel des objectifs opérationnels

- Permettre à chaque acteur d'identifier son rôle dans la filière de l'urgence
- Améliorer la lisibilité du dispositif
- Éviter les ruptures de parcours
- Limiter le recours aux soins sans consentement
- Renforcer la valence psychiatrie au sein du centre 15
- Développer les connaissances des procédures de déclenchement des soins psychiatriques.

Pilote(s) :

- CPT : CHGR/CHU :
Dr TRAVERS
- GHT Haute Bretagne &
Rance Emeraude :
Dr LE HÔ

Contributeurs :

- Médecins de ville -SOS
médecins
- Centre 15
- SOS médecin
- UNAFAM
- Représentants des Usagers
- Représentants des GEM
- Infirmiers libéraux
- CLSM
- Représentants sanitaires
psychiatrie
- Médecin référent protection
de l'enfance en qualité
d'expert d'usage

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Rapport du « Centre de preuves en psychiatrie », octobre 2015
- PMPS du GHT Haute Bretagne et de Rance Emeraude
- Travaux du CRSM
- CLSPD (... Prévention de la délinquance)

Etapas et calendrier de réalisation

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
I. Définir et diffuser/partager une cartographie fonctionnelle de l'urgence à deux niveaux (urgences, usagers)	1.1) Identifier toutes les ressources et les variables à leur associer (âge : enfants, adultes, personnes âgées ; niveau de recours : soins courant, soins spécialités de recours ; du degré d'urgence : urgent, semi urgent, programmé ; géographie ; public, privé ; sanitaire, médico-social, social, associatif ; identification des référents...). Identifier et définir les modalités de recueil puis de mise à jour pour les cartographies dans l'idéal à temps réel. 1.2) Créer deux cartographies pour les différents publics : ○ Cartographie à destination des usagers/grands public (recours à l'urgence/semi urgence/soins programmés) ○ Cartographie à destination des professionnels sur les mêmes principes. 1.3) Définir les modalités de recueil et de mise à jour pour les cartographies 1.4) Diffuser les outils avec des modalités différentes pour les deux cartographies	CPT / GHT (urgence) / Représentant des usagers	- 2020	- Moyen technique : outils de partage informatique
II. Travailler aux outils et dispositifs de la régulation des appels d'urgence psychiatriques	Définir les outils d'appui pour la régulation 15 ou avec le futur Service d'Accueil aux Soins SAS (le répertoire les critères d'urgence, les critères décisionnels (cliniques, comportementaux...)). - Le préalable à l'existant de cette action est la réalisation de l'action 1	CPT / GHT (Médecin régulateur, ARM, psychiatre et infirmier).	- 2020	- Brainstorming de l'équipe en charge de cette sous action - Question de l'étape potentiel de présence psychiatre dans les équipes SMUR : moyen RH.
III. Travailler un schéma et une inter-organisation des compétences psychiatriques dans les urgences.	3.1) Avoir une stratégie pour atteindre l'effectif cible d'une présence 7 jours sur 7 sur 9h-minuit. - Intégration à tout le dispositif territorial des urgences et à terme l'équipe territoriale existante. - La place des futurs IPA est à réfléchir - Séniorisation des équipes infirmières, in situ ou à distance, par hôpital ou en mutualisé. - Ne pas oublier la formalisation du relai post-urgence, avec envoi systématique et rapide des comptes rendus au niveau des acteurs sanitaires avec l'accord du patient. Penser aussi à l'articulation avec les acteurs non sanitaires (par les espaces de concertation, par les conseils locaux de santé mentale...). 3.2) Mettre en place une gestion qualité des dossiers complexe-cas grave : retour sur expérience de situations qui ont posées problème (CREX, RMM, RCP...) 3.3) Penser l'intégration des aidants et des acteurs non sanitaires directement impliqués dans la vie du patient	CPT / GHT (binôme médico-soignants des 5 urgences pour toute la partie fonctionnelle et des 5 directions et les 5 chefferies de services pour la partie décisionnelle. (Inclue les urgences pédiatriques))	- 2020-2023	Moyen : volet RH
IV. Définir et rendre opérationnelle l'intervention en crise majeure à domicile	4.1) L'intervention sur crise majeure à domicile : - Considérer l'ensemble des acteurs : patient/aidant/appelant ; dispositifs sanitaires ; dispositifs de sécurité/loi. - Développer des compétences d'évaluation, de communication et de gestion de la crise au domicile.	ARS / Régulation Centre 15 / CRSM / SDIS / force de l'ordre (police nationale, municipale et les gendarmeries) / CDU	Dès 2020 et sur tout la durée du PTSM 35 : long terme	- Dépend des autres moyens demandés sur le pilotage de l'ensemble des actions, avec le centre 15 ou SAS, de l'infirmier présent aux urgences ou pas.

	- Articuler avec le point 2 la question de la psychiatrie en SMUR. - Proposer des organisations entre acteurs (sanitaire, ordre public...) en fonction des typologies de situations. -Faire des propositions sur quels dispositifs à articuler ou solliciter en cas de situations intermédiaire entre soins sans consentement et absence de soins sans consentement. 4.2)Traiter spécifiquement la question des soins sans consentement - Support pédagogique pour les différents acteurs - Garantir la connaissance du cadre, l'aide à la décision sur les principes de saisine de la loi et sa proportionnalité, sur les éléments cliniques et comportementaux qui conditionnent son utilisation.			
V. Travailler au développement des collaborations actives avec les médecins libéraux (notamment auprès des CPTS si elles se créent dans le 35)	Remarque : il existe une seule CPTS sur l'Ille & Vilaine à Combourg. a) Travail des points précédent qui auront créé dispositifs harmonisés & outils. b) Se tourner alors vers les partenaires : - CPTS existantes, ADOPS, ARPEL, Ordre, URML - Proposer la mise à disposition des outils et voir ce qui peut être proposé en « échange » du côté de la médecine libérale (créneaux d'urgence ou post urgence...).	CPT / GHT / ARPEL, ADOPS, Ordre des médecins, URML, CPTS existante	- 2023-2025	Création des CPTS

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Réaliser un travail structurel sur le recours à l'urgence	- Améliorer la lisibilité du dispositif - Éviter les ruptures de parcours - Limiter le recours aux soins sans consentement - Renforcer la valence psychiatrie au sein du centre 15 - Travailler un schéma et une inter-organisation des compétences psychiatriques dans les urgences -	- Indicateurs activité services d'urgence - Nombre de sollicitations sur les tranches d'horaires et en fonction des territoires - Prévalence de l'Ille et vilaine dans les soins sans consentement baisse du nombre de soins sans consentement + Suivre le nombre de levé à 24H. - La satisfaction des usagers sur ces nouveaux outils de régulation mais également auprès des acteurs du quotidien, CMP, associations, Familles

Points de vigilance

/

Fiche Action E1 :

Pour les jeunes : Mettre en place des lieux de répit de courts séjours et répondre à la problématique des non demandeursConstats :

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Manque d'un accueil jour et nuit pour adolescents, nécessitant une période de repli/rupture avec l'environnement familial – permettre une évaluation de la situation, avec une temporalité courte.
- Moyens insuffisants des structures existantes pour la prise en charge des adolescents en ambulatoire (ex : CASSAJA).
- Conforter des financements mixtes (ARS, Département).
- La difficulté d'accès aux soins spécifiques pour les 16-20 ans => un défaut de repérage sur les signaux faibles pour cette population.
- Manque de lieux identifiés pour adolescents sur l'ensemble du territoire

Description de l'action

Cette fiche action s'inscrit en synergie avec le déploiement du nouveau cahier des charges de la Maison des Adolescents.

Les échanges ont permis de préciser qu'il convenait plutôt de parler d'âges cibles plutôt que de tranches d'âges.

Il s'agit de répondre à deux problématiques différentes de jeunes en fragilité psychique celles :

- Des jeunes non-demandeurs (non-requérants) en repli ou en errance
- Des jeunes ne relevant pas des prises en charge institutionnelles (psychiatrique, protection de l'enfance...) qui auraient besoin d'un lieu de répit pour une phase courte dans un cadre apaisant.

Dans les deux cas, les réponses doivent être pluri-institutionnelles et pluri-professionnelles. Elles s'inscrivent dans les territoires et s'appuient sur les acteurs de proximité.

L'avis de jeunes eux-mêmes concernés pourrait être sollicité afin d'apporter un éclairage notamment quant aux outils (numériques ?) de communication à mobiliser.

Axe E : continuité de parcours lors des phases de transitions et pass'âgesRappel des objectifs opérationnels

- Se doter de dispositifs de communication et d'accueil adaptés au fonctionnement des jeunes
- Disposer de réponses pour les jeunes en fragilité psychique non demandeurs ou en errance
- Eviter la cristallisation ou l'aggravation de situation par des réponses modulaires et une offre de répit

Pilote(s) :

- CPT : CHGR :
Dr WISS
- ARASS :
Mme. BOULBENNEC
Dr DESROUSSEAUX

Contributeurs :

- Représentants pédopsychiatrie
- Représentant médico-social
- Maison des Adolescents 35
- ARASS
- APASE
- CD 35

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Schéma Départemental enfance famille
- Schéma départemental protection de l'enfance 2013-2017 prorogé jusqu'en 2020.
- PMPS du GHT Haute Bretagne et Rance Emeraude
- Projet Maison Des Adolescents

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
I. Prendre en compte l'expérience des jeunes pour organiser les modalités de communication	1.1) Mettre en place un laboratoire de pensée associant des jeunes pour identifier leurs pratiques et entendre leurs préconisations quant à l'accès à leurs pairs non requérants ou en errance.	APASE / CD 35	- 2020	- S'appuyer sur les documents et ressources existantes (notamment les travaux de Mme DREANO de la MDA) - Animation et coordination du groupe
II. Mettre en place un « dispositif d'accueil des demandes » : premier niveau de réponse	2.1) Construire et structurer sur les territoires les modalités d'un accès multiforme (numérique et physique) pour des réponses rapides de premier niveau par une équipe pluri-professionnelle 2.2) Accompagner la mise en œuvre notamment par une formation décloisonnée des professionnels à l'usage du numérique comme outil de médiation	CPT (Pédopsychiatrie) / Aide sociale à l'enfance/ MDA	- En lien avec la structuration de la MDA	- Moyens humains supplémentaire : ○ Coordinations ○ Mise en œuvre - Moyens technique, - Formation des professionnels. - Définir l'échelle territoriale d'intervention
III. Proposer une offre de répit pour des jeunes ayant besoin pour une phase courte d'un cadre apaisant et banalisé	Construire une réponse « hébergement exceptionnel et périodique » en prévention d'un risque de cristallisation ou d'aggravation. - S'appuyer sur les structures existantes : Résidences Habitat Jeunes, famille de parrainage, accueil paysan etc. Avec une possible mobilisation des équipes mobiles psychiatriques	Conseil Départemental 35 / MDA / GCSMS CAP Santé Mentale	- 2021/2022	- Moyens organisationnels - Renforcer des moyens existants pour permettre la réalisation de ce dispositif

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Pour les jeunes : Mettre en place des lieux de répit de court séjours et répondre à la problématique des non demandeurs	- Se doter de dispositifs de communication et d'accueil adaptés au fonctionnement des jeunes - Disposer de réponses pour les jeunes en fragilité psychique non demandeurs ou en errance - Eviter la cristallisation ou l'aggravation de situation par des réponses modulaires et une offre de répit - Améliorer la détection et l'intervention précoce pour les troubles psychotiques	- Données qualitatives et quantitatives, avec des questionnaires (Nombre de jeunes venus, besoins observés...) - Analyse de parcours d'un échantillon représentatif de jeunes ayant utilisés ces dispositifs - Solliciter le groupe laboratoire de pensée, pour recueillir leur avis sur les mises en œuvre

Points de vigilance

- Attention au détournement des dispositifs liés aux défauts de places dans les structures existantes (protection de l'enfance, psychiatrie etc.)
- Etre en vigilance par rapport à l'épuisement des acteurs de premières lignes (enseignants, CPE, infirmiers scolaires, travailleur social, éducateur, médecin de famille...).
- Agir avec les familles et les soutenir
- Traiter la question de l'accord parental
- Dans le cadre de la mise en place de la rénovation de la MDA la prise en compte précoce des troubles psychotiques devra être un des axes à développer.

Fiche Action E2 : Construire une offre graduée de prise en charge périnatale

Constats :

Il y a 11 000 naissances par an dans le 35. 20 % des femmes développent des troubles psychiques au cours de la période périnatale.

Environ 0,5% des mères présentent des troubles psychiatriques sévères nécessitant une hospitalisation psychiatrique

Environ 5% présentent des troubles psychiatriques majeurs pouvant être traités en ambulatoire

Il existe un travail important de réseau sur le département avec le réseau périnatalité « Bien Naitre ». Les consultations de psychologues sont déployées dans chaque maternités : Fougère, Vitré, Redon, Saint Malo CHU (un temps plein), clinique privée (0.7 pour La Sagesse, 0.6 pour Saint Grégoire). Des Staffs médico-sociaux sont organisés sur chacune des maternités. Le réseau fonctionne jusqu'au 1 an de l'enfant.

Il existe également dans le département deux unités de psychiatrie périnatale sur le pays de Rennes et de Saint Malo. Sur le territoire Haute Bretagne, l'U3P (Unité de Psychologie et Psychiatrie Périnatale) portée par le CHGR suit et traite plus de 200 patients par ans (hors psychiatrie de liaison). Elle intervient sur les cas les plus sévères : la plupart des soins de première ligne sont assurés par l'ensemble des psychologues de maternité et de néonatalogie du territoire.

Elle exerce des missions de consultations, de diagnostic et de soins (VAD infirmières, consultations médicales, psychothérapies et prescriptions, psychiatrie de liaison). Elle répond aux demandes en urgence (24h hors fériés) Elle exerce une activité de référence clinique et thérapeutique pour les lieux les plus éloignés et d'autres disciplines (obstétrique). Sur Saint Malo, l'équipe pluridisciplinaire intervient de façon assez proche. Elle prend en charge les bébés vulnérables et leurs parents (consultations médicales, consultations conjointes, suivi psychomoteur et/ou infirmier, VAD, thérapie pour mère ou père...) ainsi que de la pédopsychiatrie de liaison (170 patients par an). Ce dispositif nécessite une réactivité pour répondre aux urgences. Il existe par ailleurs une unité « Chrysalide » située en néonatalogie permettant de répondre aux besoins d'hospitalisations mère-bébé, en dehors des situations de décompensation psychiatrique aigue. Le département ne dispose pas d'unité parents-bébés d'hospitalisation psychiatrique.

Les secteurs de pédopsychiatrie exercent des activités de périnatalité dans les structures des 0-4 ans, plus orientées sur les enfants.

Le Département d'Ille-et-Vilaine a autorisé la création de 36 unités familiales dans des centres parentaux associatifs (ESSOR, Le Goëland, ASFAD, Foyer Marie La Chambre et le lieu de vie 3 petits pas). Une unité familiale accueille une femme enceinte ou un couple dont madame est enceinte ou un ou des parents avec un enfant de moins de 3 ans. Ces centres parentaux n'ont pas vocation à accueillir des femmes ayant des troubles psychiatriques pour autant ils sont souvent confrontés à ces situations. Les actions de cette fiche action tiendront compte du projet actuel d'évolution des centres parentaux destiné à proposer une offre d'accueil sur l'ensemble du territoire départemental et depuis le domicile des couples.

Par ailleurs, le Département dispose de 22 équipes PMI en CDAS et d'un « Service d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté » SAFED dépendant de la PMI. L'équipe médico-psycho-sociale du SAFED intervient en lien étroit avec les CDAS et les équipes en maternité notamment dans le cadre des staffs médico-psycho-sociaux. Par défaut de structures adaptées, le SAFED est fréquemment confronté à des femmes présentant notamment des troubles psychiatriques.

Cependant, le diagnostic du PTSM 35 a mis en lumière les points suivants :

- Une offre insuffisante avec une hétérogénéité départementale
- Une absence de lit mères-bébés : 85 à 90% des mères en Bretagne présentant un trouble psychiatrique aigu sévère sont hospitalisées dans des lieux non adaptées
- Diagnostic tardif et absence d'évaluation des situations à risque
- Une méconnaissance des dispositifs existants

Une étude au Royaume-Uni a estimé que le coût associé aux conséquences des troubles psychiques périnatals non traités s'élevait pour les mères et leurs enfants à 8,1 milliards de livres.

Une étude du Département a permis d'identifier que des bébés sont confiés en pouponnière à défaut d'unité mère-bébé.

Axe E : continuité de parcours lors des phases de transitions et pass'âges

Rappel des objectifs opérationnels

- Prévenir la décompensation pré et postpartum
- Favoriser le maintien du lien mère-enfant pour des personnes présentant des troubles psychiques
- Dépister et traiter les femmes qui ont des troubles en pré et post partum.

Pilote(s) :

- CPT :
Centre Hospitalier Saint Malo :

Dr AULNETTE (Mme LE MOIGN suppléante)

CHGR :

Pr DAYAN

- GHT : Haute Bretagne et Rance Emeraude
Dr MAINGUY (Pr PLADYS et Dr LASSEL suppléants)

Contributeurs :

- Représentants sanitaires psychiatrie (pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, équipe de l'U3P)
- Sages-femmes coordinatrices
- Réseau périnatal Bien-Naitre en Ille-et-Vilaine 35
- ASFAD
- CD 35
- CLSM Rennes
- Centre Parentaux
- SAFED
- Parents et Féministe

Articulation politiques publiques et démarches notées sur le territoire

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Le Rapport d'étape de la Commission Régionale de la Naissance de Bretagne (Octobre 2009)
- Schéma Départemental « Protection Maternelle et infantile » 2016-2019
- Protocole Parcours Naissance
- PMSP du GHT Haute Bretagne et Rance Emeraude
- Schéma Départemental enfance famille
- Schéma Départemental des services aux familles, 2016-2020
- Stratégie Nationale de Prévention et de Protection de l'Enfance (octobre 2019 par la secrétaire d'Etat Adrien Taquet et de l'action « rendre obligatoire l'entretien prénatal précoce », « développer le relayage auprès des parents confrontés à des situations particulières de vulnérabilité »

Description de l'action

L'action vise à renforcer et structurer une offre graduée de prise en charge périnatale de la prévention des troubles à l'hospitalisation.

L'enjeu est par le repérage et le dépistage, et par le développement des prises en charges ambulatoire de psychiatrie périnatale de limiter l'hospitalisation pour les personnes le nécessitant.

Il s'agit également de répondre au manque d'offres de lits parents-bébés sur le département et sur la région entraînant des problèmes important de prises en charge pour les parturientes mais également des difficultés pour l'ensemble des partenaires.

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
I. Renforcer le réseau et le dépistage précoce des souffrances psychique maternelles, paternelles et/ ou des troubles des interactions précoces	1.1) Développer les rencontres et les événements d'informations auprès des professionnels 1.2) Mettre en place des formations autour de l'entretien pré-natal (dès 4 mois), et le post partum précoces (2 à 6 semaines) pour les sages-femmes, les référents grossesses, les médecins généralistes, gynécologues médicales, pédiatres sur le repérage des troubles, des réseaux et dispositifs existants 1.3) Mettre en place des outils permettant le retour sur les staffs sur les situations individuelles auprès des professionnels et de retours d'expérience	Réseau Périnatalité Bretagne / CPT	2020-2025	Le réseau de santé périnatale sera régional : Périnatalité Bretagne dès janvier 2020. Les formations proposées pour 2020-2025 seront dans un cadre régional mais avec une volonté forte de répondre aux problématiques territoriales et locales.
II. Structurer et renforcer les équipes/unités ambulatoires psychologiques et psychiatriques périnatales	2.1) Renforcer la lisibilité des équipes/unités avec création d'un (ou deux) centre(s) de référence départementale 2.2) Renforcer l'articulation des équipes/unités ambulatoires avec les secteurs de pédopsychiatries sur la périnatalité 2.3) Renforcer les activités ambulatoires en complétant l'offre de soin des équipes/unités : - Mise en place de CATTP, - Renforcement des VAD, - Création de places d'hôpital de jour	CPT	2.1) 2020 2.2) 2021 2.3) 2020-2025	- Moyens humains
III. Créer une unité d'hospitalisation psychiatrique parents-bébés	3.1) Evaluer les besoins sur le territoire 3.2) Construire et définir les missions, le porteur, les indications, la localisation avec l'ensemble des partenaires 3.3) Mettre en place l'unité d'hospitalisation parents-bébés Le groupe de travail a préconisé au regard de l'évaluation des besoins du territoire la mise en place d'une petite unité de 4 lits et de 5 berceaux, couplé avec des places d'hôpital de jour localisées sur le département. Il a été évoqué l'importance d'une architecture adaptée et la proximité avec les services de maternité et d'obstétrique (à articuler avec le projet du CHU). L'opportunité de la localisation à Pontchaillou a été évoqué comme la plus favorable avec la double proximité obstétrique/psychiatrie d'adulte (UHCD) » Les indications cliniques seraient les troubles aigus, psychoses et dépressions sévères, pour une durée de séjour de deux à six semaines. Les moyens humains doivent permettre un encadrement important et des compétences spécifiques pour prendre en charge les mères et les bébés nécessitant donc des formations préalables. Développer les espaces de parole de parentalité périnatale, y intégrer un LAEP (lieu d'accueil enfants- parents) et penser à intégrer ces lieux de parentalité dans la future unité	CPT / GHT Haute Bretagne et GHT Rance Emeraude	3.1) et 3.2) 2020-2021 3.3) 2024	- Moyens humains Evaluation au regard des autres unités existantes 4 ETP IDE 1 ETP puéricultrice 1 auxiliaire puéricultrice 2 ASH 1 ETP de secrétaire 0, 5 ETP de psychologue 0,5 ETP de pédopsychiatre + vacations (20% de psychomotricien, 20% de sage-femme, 10% de pédiatre) 400 000 euros Et estimation pour les places d'HDJ délocalisées

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Construire une offre graduée de prise en charge périnatale.	- Améliorer le dépistage et la prévention précoce des souffrances psychiques maternelles - Améliorer la prise en charge ambulatoire de psychiatrie périnatale - Améliorer les conditions d'hospitalisation des mères souffrants de troubles psychiques	- Indicateur d'activité du réseau périnatalité - Nombre de personnes formées autour de l'entretien prénatal précoce (des 4 mois) et du post partum précoce, sur le repérage des troubles, des réseaux et dispositifs existants et le post-partum précoce. - Indicateur d'activité des équipes/unités ambulatoire - Indicateur d'activité de l'unité d'hospitalisation parents-bébés

Points de vigilance

- Les nécessaires bonnes coordinations entre les différents intervenants auprès des familles dès le plus jeune âge des enfants
- Bien intégrer les médecins de ville dans le parcours de soins psychiatriques, en particulier par les courriers de retours
- Porter une attention quant aux délais de travaux du CHU
- Nécessité d'être vigilant sur la façon dont le Département est sollicité (SAFED ? PMI ? DEF ?)
- Nécessité d'être vigilant sur la compréhension de chacun sur les centres parentaux qui sont autorisés par le Département mais portés par des associations avec leur projet associatif propre.

Fiche Action E3 :

Organiser les modalités graduées de réponses aux troubles psychiatriques des Personnes Agées

Constats :

Il est à noter une prévalence des affections psychiatriques sur le département sur la population cible (chiffres territoire PAERPA 37,5 vs 34.9 en 2017 sur la France) et un taux de recours en ambulatoire pour motif psychiatriques des 65 ans et plus (pour 10 000 hab. (65+ ans) de 239,5 contre 219,7 en France avec un manque de ressources et de compétences médicales et soignantes pour prendre en charge les troubles psychiatriques des personnes âgées en perte d'autonomie, un manque de fluidité et de coordination entre les acteurs de la prise en charge à domicile ou en EHPAD et leur environnement (établissements et structures de santé, professionnels libéraux, CMP/acteurs de la psychiatrie), un manque de ressources psychiatriques allant vers le domicile pour avis sous 48h à la demande d'acteurs professionnels (CLIC, médecin traitant, spécialiste de ville ou hospitalier et une nécessité de réactiver l'implication des CMP de proximité dans la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées de plus de 75 ans.

Les diagnostics du PAERPA et de la Filière inter-gériatrique de l'agglomération Rennaise (FIGAR) identifient les mêmes difficultés : la réponse faite aux acteurs de santé et médico-sociaux sont hétérogènes sur le territoire.

Certains territoires disposent de soins psychiatriques dédiés aux personnes âgées (>75 ans) avec la présence d'équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgée ou IDE dédiée sur le secteur 35G08 (niveau 1) et les autres reposent sur l'activité de secteur des Centres Médico-Psychologiques (CMP) d'ores et déjà saturés par la demande croissante en psychiatrie, avec des passages IDE et médicaux dans les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Pourtant, le maillage sectoriel des soins en psychiatrie est constitué depuis de nombreuses années ainsi que le travail partenarial avec les acteurs médico sociaux, sociaux et sanitaires.

Plus globalement, les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Importance d'une évaluation psychiatrique adaptée pour favoriser la préservation de l'autonomie et le maintien à domicile
- Manque de lisibilité des critères d'admission en EHPAD
- Difficile accès en EHPAD pour les personnes ayant des troubles psychiques du fait d'une crainte d'un manque d'étayage du sanitaire, d'un manque de formation
- 55-75 ans : difficile passage du médico-social handicap vers EHPAD

Dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, une équipe mobile d'appui et d'évaluation de psychiatrie de la personne âgée a été mise en place graduellement à compter de janvier 2019 sur les 3 pays concernés (Rennes, Vallons de Vilaine, Brocéliande). L'articulation avec les PTA est forte car elle constitue la modalité de saisine pour les territoires pourvus. A compter de mai 2019 les interventions à domicile ont débuté.

A l'interface entre la ville et l'hôpital, l'équipe d'appui contribue à faire le lien avec les acteurs du secteur médico-social et du domicile.

Description de l'action :

Cette action vise à améliorer la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques sur le territoire en :

- Structurant cette prise en charge
- Soutenant les professionnels du premier recours et acteurs du domicile (soins et aide) dans l'accompagnement des personnes âgées souffrant d'affections psychiatriques.
- Améliorant la formation des professionnels intervenant à domicile et des EHPAD sur les affections psychiatriques des personnes âgées sur le repérage et les conduites à tenir
- Améliorant l'articulation entre les EHPAD, la psychiatrie et les ESMS

L'appui sur l'expérimentation de l'équipe mobile d'appui et d'évaluation de psychiatrie de la personne âgée menée dans le cadre du PAERPA permettrait en généralisant cette dernière de répondre aux enjeux en Ile-et-Vilaine.

Axe E : Continuité de parcours lors des phases de transitions et pass'âgesRappel des objectifs opérationnels

- Soutenir les professionnels du premier recours et acteurs du domicile (soins et aide) dans l'accompagnement des personnes âgées souffrant d'affections psychiatriques.
- Former les professionnels intervenant à domicile sur les affections psychiatriques des personnes âgées sur le repérage et les conduites à tenir.
- Former les professionnels des EHPAD
- Permettre l'articulation des compétences psychiatriques et gériatriques
- Renforcer l'évaluation spécialisée pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie à domicile

Pilote(s) :

- CPT : CHGR : Dr AYMARD
- PTA Brocéliande : Mme BOSCHET

Contributeurs :

- FIGAR
- Représentants sanitaires psychiatrie
- PAERPA CHGR
- Equipe d'appui de niveau 2
- MAIA
- PTA
- CLIC
- Associations Directeurs EHPAD
- SPASAD
- URPS
- CD 35

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- Projets Médico-Soignant Partagé du GHT Haute Bretagne et du GHT Rance Emeraude
- Travaux FIGAR
- Expérimentation PAERPA
- Actions des MAIA

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
I. Structurer le suivi psychiatrique de secteur dédié à la personne âgée (niveau 1) sur l'ensemble des secteurs de psychiatrie et identifier des interlocuteurs pour mettre en place une filière complète de psychiatrie de la personne âgée.	1) Actualiser la cartographie réalisée par la FIGAR 2) Intégrer la question de la structuration psychiatrique de secteur (niveau 1) de la filière de psychiatrie de la personne âgée dans les projets d'établissements des EPSM afin d'offrir une offre de soins homogène sur le territoire 3) Soutenir la formation des professionnels médicaux et paramédicaux pour améliorer l'attractivité de la psychiatrie de la personne âgée. 4) Mettre en place des rencontres annuelles des équipes de niveau 1 pour favoriser les échanges de pratiques	Communauté Psychiatrique de Territoire	- 2020-2025	- Moyen humain pour structurer les niveaux 1 : postes IDE dédiées de psychiatrie de la personne âgée dans les différents secteurs - Moyen matériel (véhicules, téléphones, ordinateurs)
II. Evaluer le dispositif EMPPA (équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée appui et évaluation) sur les trois pays (Rennes, Vallons de Vilaine, Brocéliande)	1) Évaluer le dispositif et présenter l'évaluation 2) Au regard de l'évaluation, étudier la pérennisation du dispositif	- EMPPA/ PTA- DAC / Agence Régionale de Santé	- 2020 - 2021	- Pérennisation des moyens définis au regard de l'évaluation
III. Sur les bases de l'évaluation, envisager les modalités de développement du dispositif EMPPA sur les territoires non couverts	1) Appui de l'équipe PAERPA au développement de dispositifs sur les territoires non couverts (ressources en conseil sur la mise en place d'une équipe d'appui et d'évaluation de la psychiatrie de la personne âgée) 2) Définir l'organisation	- EMPPA/PTA- DAC / Agence Régionale de Santé	- 2023	- Prérequis : la structuration du niveau 1 est un préalable au développement du PAERPA sur l'ensemble du département - Moyens humains - Moyens matériels (mobilité et outils)
IV. Mettre en place un groupe de travail sur les articulations entre les EHPAD/ Les ESMS et la psychiatrie	1) Mettre en place un groupe de travail centré sur les thématiques suivantes : les critères d'admissions, les conventions, informations réciproques, lisibilité des places disponibles 2) Mettre en place les préconisations du groupe de travail	CPT / GCSMS CAP Santé Mentale /EHPAD	- 2020 - 2021	

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Généraliser la création d'équipes d'appui de niveau 2 dans l'esprit de l'expérimentation PAERPA pour les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques	- Favoriser la diffusion des bonnes pratiques en psychiatrie de la personne âgée - Améliorer les compétences pour les acteurs du domicile - Améliorer la formation des professionnels des EHPAD - Permettre les interventions à domicile et l'évaluation - Améliorer l'articulation entre EHPAD et psychiatrie et ESMS	- Indicateurs activité PAERPA - Nombre de personnes formées dans les EHPAD - Nombre d'équipe Niveau 1

Points de vigilance

- La question du vieillissement des personnes âgées dans les structures médico-sociale

Fiche Action E4 :

Agir pour une promotion en santé mentale : diffuser les actions de « développement des compétences psychosociales »

Constats :

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Les programmes de promotion en santé mentale restent confidentiels
- Manque de prévention précoce et globale tout au long de la vie.

Description de l'action :

En santé mentale, les dynamiques de promotion restent peu visibles. Pour autant, le développement de compétences psychosociales constitue un atout notamment auprès des plus jeunes en permettant à ces futurs citoyens d'être mieux armés pour affronter « les tensions ordinaires de la vie ».

Les programmes de promotion sont porteurs d'effets positifs sur les individus comme sur le « vivre ensemble ». Au regard du caractère novateur de la démarche il semble nécessaire de commencer par une phase de sensibilisation / formation pour ensuite proposer une diffusion progressive de programmes de développement des compétences psychosociales auprès de collectifs ciblés.

Axe E : continuité de parcours lors des phases de transitions et pass'âges

Rappel des objectifs opérationnels

Prévenir la souffrance psychique dès le plus jeune âge en travaillant de manière transversale à l'acquisition et au maintien du bien-être.

Pilote(s) :

- CLSM : M. HENRY

Contributeurs :

- Représentant de la psychiatrie de l'enfance
- Education Nationale et spécialisée
- DDEC
- Instituts de formation des professeurs/instituteurs
- CD 35
- IREPS
- ANPAA
- Les FRANCAS
- Service santé enfance de la ville de Rennes
- PMI
- Ar Roc'h (Allo Parents enfant)
- CAF

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Projet du CRSM
- Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, 2015-2021
- Schéma départemental « Protection Maternelle et Infantile » 2016-2019
- Schéma Départemental enfance famille
- Schéma départemental protection de l'enfance 2013-2017 prorogé jusqu'en 2020.

Modalité de l'évaluation

Points de vigilance

Fiche Action F1 :

Pour les migrants et les précaires, prévoir et construire un dispositif de continuité de soins psychiatriques au-delà du système d'orientation sectoriel.

Constats :

Il existe une équipe mobile psychiatrique et précarité (EMPP) intervenant sur Rennes et Rennes métropole et une équipe à Saint-Malo. Les équipes mobiles ont pour objectif d'amener les personnes en grande précarité vers le système de soins, elles n'ont pas mission de soins, les soins relevant du droit commun.

Les missions sont les suivantes :

- Aller au-devant de ce public : évaluation des personnes en situation de précarité (non domiciliation, logement insalubre etc.) pour une évaluation et une orientation.
- Soutien aux équipes de 1^{ère} ligne en contact avec ce public (ex : travailleurs sociaux) sur les enjeux de santé mentale. Formation, analyse de pratiques, partage d'expérience etc.
- Mission de pratique psycho-sociale autour de ce public, pratiques autour d'activité de thérapie groupe, groupe de parole etc.

En 10 ans, il y a eu une explosion de la demande au niveau des publics migrants, les professionnels se trouvent extrêmement affectés par ce travail car ils sont confrontés aux syndromes post-traumatiques majeurs du public accueilli. Il y a 2000 demandeurs d'asiles à Rennes et une augmentation de 24 à 25% en Bretagne avec 66% en Ile-et-Vilaine. Il y a une concentration à Rennes et Rennes métropole des places, sur 1350 places 980 sont sur Rennes (guichet unique à Rennes).

Il existe également le Réseau Louis Guilloux anciennement réseau ville hôpital. Des psychologues ont été recrutés depuis décembre 2017 pour prendre en compte la question des migrants. Un staff est organisé deux fois par mois, autour des dossiers entre l'EMPP et le Réseau Louis Guilloux. Un référent précarité a également été mis en place pour les pôles G05 et PHUPA, avec une participation au staff une fois par mois. Un pôle interprétariat existe et permet d'assurer la prise en compte de ce public mais le déplacement physique des interprètes ne s'effectue que sur Rennes Métropole.

Concernant le public mineur, il faut distinguer la situation des mineurs non accompagnés des autres mineurs. Il n'existe pas de dispositif coordonné d'évaluation de leur situation psychique. La mission MNA du Département effectue une première évaluation somatique. Une expérimentation de prise en charge du public mineur migrant par le CRIFEM avait débuté mais n'a pu se poursuivre face à une demande croissante.

Les constats posés par le diagnostic PTSM sont les suivants :

- Une personne sans domicile fixe est orientée vers un secteur psychiatrique en fonction de sa date de naissance et non de son lieu de vie ce qui engendre un défaut d'accès et de suivi.
- Inadéquation des temps, des modalités, des cadres de prise en charge par manque de relais formalisé
- Défaut d'accès aux soins spécialisés psychiatriques pour le public migrant en raison de leur lieu d'hébergement, en inadéquation avec l'organisation sectorielle
- Absence d'évaluation et de coordination pour le public mineur migrant
- Formation des interprètes sur la santé mentale à renforcer
- Formation des professionnels au recours à l'interprétariat à renforcer
- Difficulté de recourir à l'interprétariat téléphonique
- Difficulté d'accès au soin pour le public précaire

L'enjeu est également de coordonner les différents dispositifs autour d'une stratégie commune par Pays.

Description de l'action

L'action vise à améliorer l'évaluation, l'orientation et la prise en charge du public précaire et migrant. Face au nouveau défi migratoire, il convient de définir un dispositif garantissant la continuité des soins et de l'accompagnement. Le dispositif partenarial est à construire pour les mineurs.

Axe F : des réponses spécifiques pour certains publics : précarité et immigration

Rappel des objectifs opérationnels

- Favoriser la continuité du parcours de soin au regard de la situation de la personne, notamment pour le public en errance
- Éviter les ruptures de parcours de soins
- Favoriser la fluidité de parcours des personnes en situation d'errance
- Diffuser la connaissance des dispositifs existants auprès des professionnels
- Favoriser la prise en charge de soin et de vie des personnes migrantes
- Leur donner une vraie place dans le dispositif de droit commun
- Favoriser la prise en compte des troubles psychiques

Pilote(s) :

- CPT : CHGR :
Dr LE FERRAND
- Réseau Louis Guilloux :
M. SIERRA
Mme. VATS

Contributeurs :

- | | |
|---|-----------|
| - DDCSPP | - CPT |
| - EMPP | - SIAO 35 |
| - CRIFEM | - ARASS |
| - CD 35 | - COALIA |
| (lutte contre les exclusions et mission MNA et SAFED) | - APE2A |
| - CLSM | - La PASS |
| - FAS | - SEA 35 |
| | - AMIDS |

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants
- Rapport IGAS sur l'interprétariat en santé
- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Stratégie Nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté,
- Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies (PRAPS), 2018-2022
- Schéma Santé Précarité
- Programme Breillien d'insertion, 2018-2022
- Schéma départemental protection de l'enfance 2013-2017 prorogé jusqu'en 2020.
- Travaux du CRSM

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
I. Pour le public précaire et migrant				
Réviser la procédure de sectorisation		- CPT	- 1 ^{er} semestre 2020	
Définir une instance commune stratégique décisionnaire par Pays dans le cadre du Schéma Santé Précarité	- Il existe différentes instances de pilotages ciblées par thématiques : COFIL PASS, réunion SIAO 35, COFIL EMPP. L'objectif est dans le cadre de la mise en place des comités techniques par Pays de regrouper ces différentes instances pour permettre la mise en place d'une instance commune stratégique décisionnaire et de penser les articulations entre instances opérationnelles et stratégiques et les représentations du Comité Technique.	- ARS	- 2020	
II. Pour le public adulte migrant				
Améliorer la réponse spécifique aux troubles psychiatriques des migrants	- Cartographier les structures existantes d'accueil des migrants, leurs missions et identifier des référents - Renforcer le STAFF existant par la présence d'un infirmier psychiatrique évaluant les situations au regard du parcours migratoire - Améliorer la montée en compétence des équipes sociales et du sanitaire pour le repérage précoce, par le recensement des formations, leur mutualisation et la mise en place de formations ciblées en fonction des besoins sur les territoires - Développer la pair'aide pour un soutien communautaire - Mener une réflexion sur les modalités spécifiques de réponse pour le public migrant - Améliorer le recours à l'interprétariat par des formations transculturelles pour les interprètes et des formations à destination des professionnels sur le rôle de l'interprétariat, sensibiliser sur les bonnes pratiques de l'interprétariat téléphonique	- DDCSPP - CPT / RLG - RLG / CPT / ESMS - EHESP / CRSM - CPT / RLG - RLG / CPT / ARASS / DATASAM	- 1er semestre 2020 - 2022 - 2020-2025 - 2020-2025 - 2025 - 2021-2025	- Renforcement IDE - Résultats de la recherche action - Moyens nouveaux nécessaires
III. Pour le public mineur migrant				
Définir en partenariat un dispositif de repérage, d'évaluation précoce et d'accès aux soins	- Mettre en place un staff commun, avec les dispositifs partenariaux (RLG, CRIFEM, CMPP, SAFED, Mission MNA (Kléber) et les libéraux intéressés) – pour avoir une première évaluation avant de s'orienter vers un accès aux soins - Renforcer l'équipe mobile intersectorielle de pédopsychiatrie assurant l'évaluation et l'accès aux soins des mineurs migrants - Renforcer le partenariat avec la mission MNA du Département (particulièrement l'IDE et la psycho) et le SAFED pour le repérage et l'orientation vers le soin précoce des jeunes présentant des signes de souffrance psychique	- CPT / RLG - RLG / CPT / ESMS	2020	Renforcement équipe CRIFEM

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Pour les migrants et les précaires, prévoir et construire un dispositif de continuité de soins psychiatrique au-delà du système d'orientation sectoriel.	- Simplifier et rendre lisible le parcours de soins - Améliorer la formation des professionnels - Améliorer l'accès aux soins pour le public précaire et migrant - Améliorer le dispositif de repérage, et d'évaluation précoce - Améliorer le recours à l'interprétariat - Améliorer la coordination entre les acteurs	- Nombre de formations mises en place et de professionnels formés (par catégorie) - Nombre de staffs pour les mineurs et nombre de situations examinées - Indicateurs de mesure d'accès aux soins - Indicateurs d'activité EMPP - Indicateurs d'activités RLG - Indicateurs d'activité CRIFEM - Nombre d'accès aux soins psychiatriques pour les personnes repérées

Points de vigilance

- Augmentation de la demande pour le public migrant

Fiche Action G1 :

Habiter dans la cité :

- Des solutions adaptées d'habitat
- Un parcours accompagné

Constats :

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Le manque d'offre adaptée selon les territoires du département (dispositif de logement accompagné, logements sociaux...)
- La difficulté d'avoir un parcours résidentiel sans rupture pour des personnes présentant un handicap psychique
- Délais d'attentes importants
- Manque de places (logement adapté accompagné, logement social)
- Complexité des montages juridiques et financiers /l'articulation des politiques
- Inadéquation entre offre logement, transports, services ...
- La difficulté d'avoir un parcours résidentiel sans rupture pour des personnes présentant un handicap psychique
- Réticence des bailleurs par manque d'étayages sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- Risque d'expulsion démultiplié par un défaut d'espace de traitement collectif des situations
- Les espaces pluri professionnels de concertation ont des réalités de fonctionnement différent sur le territoire et ne sont pas structurés de façon homogène sur le territoire pour traiter des situations complexe. Perte de chance quand perte du logement sur le parcours, il y a des choses à renforcer et à rendre cohérent et qui ne soit pas trop territoire dépendant. Lien avec action sur instance de concertation en renforçant la partie logement.

Description de l'action

Le respect des droits fondamentaux passe par celui de disposer d'un toit. Des réponses existent en la matière mais la multiplicité des dispositifs rend peu lisible l'offre dans ses différentes dimensions. Un état des lieux partagés s'impose afin proposer un outil de lisibilité aux acteurs.

L'offre existante doit aussi être complétée notamment dans des territoires particulièrement en tension, mais aussi enrichie de dispositions spécifiques en particulier à destination des jeunes.

Afin de garantir un accès satisfaisant et un maintien dans le logement, l'accompagnement est souvent essentiel. Il doit mobiliser les compétences nécessaires et présenter des garanties adaptées dans son intensité et sa durée pour sécuriser la personne, le bailleur et l'environnement.

L'articulation, la concertation entre les acteurs est nécessaire pour pouvoir s'inscrire dans une logique de parcours mais aussi pour éviter des pertes majeures de chances : expulsions, défaut de réactivité dans la mise en place des compensations nécessaires à un retour chez soi.

Axe G : soutenir l'inclusion citoyenneRappel des objectifs opérationnels

- Disposer et rendre visible une offre variée d'habitat adaptée sur chacun des territoires
- Coordonner les interventions dans une logique de parcours
- Mettre en place des accompagnements sécurisant l'accès, l'investissement et le maintien dans le logement
- Réduire les risques de pertes de chances (expulsion) par la mise en place de dispositions réactives de coordination ou d'accompagnement

Pilote(s) :

- DDCSPP :
M. COETMEUR
- CPT (CHGR):
Mme LE DROGOU
- GCSMS Cap santé mentale :
Mme LAGARDE (APASE)
M. MOUZELARD (ADAPEI)

Contributeurs :

- Bailleurs sociaux
- CLH (Rennes Métropole)
- Sous-Préfectures
- UNAFAM
- Représentants des GEM
- SIAO 35
- ADO HLM
- Opérateurs – pensions de famille, accueil familial, habitats regroupés, maisons relais, résidences accueil
- CD 35
- ALFADI
- Associations des bailleurs privés SOLIHA (ancien PACTARIM)
- CPT
- Représentants médico-sociaux
- SAVS – SAMSAH
- APASE (ASL et protection juridique des majeurs)
- MAIA / CLIC / PTA

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Plan Départemental d'Actions pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD) : Fiche action n° 10 « Logement adapté/ Logement ordinaire pour les personnes présentant des problématiques de santé ».
- Le pacte de coordination des acteurs de l'insertion d'Ille et Vilaine, 2018-2022
- Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2015-2022
- Schéma départemental de l'action sociale de proximité, 2018-2023
- Réponse Accompagnée Inclusive
- Conférence des financeurs de l'habitat inclusif
- Un chez-soi d'abord
- Travaux du CRSM

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
1) Participer à la réalisation d'une « cartographie » / un état des lieux des dispositifs existants	1.1) Réalisation d'un outil transversal (Handicap, santé, social) 1.2) Définition d'une stratégie de diffusion de cet outil et d'actualisation	DDCSPP, CD 35, CPT	- Dès 2020	- Moyens techniques - Articuler avec l'action A1
2) Renforcer une offre de logement adaptée répondant à des besoins divers et évolutifs	- Faire évoluer une partie du parc en résidence accueil en milieu diffus. - Argumenter pour des priorisations dans les programmes habitats dans les zones en tension - Capter l'offre privée en la sécurisant par une garantie d'accompagnement - S'organiser pour se saisir des opportunités de programmes ou d'appels à projet émergents. - Construire une offre spécifique pour des publics « jeune » prenant en compte : l'émergence des pathologies, la précarité économique,...	CLH / DDCSPP/ CPT - CPT / CD /DDCSPP	2020-2025 -Elaboration 2021, puis Mise en place d'une expérimentation	- Inscription dans les projets d'établissement et les règlements des politiques publiques, prise en compte dans les financements - Mobilisation de crédits nationaux pour financer plateforme territoriale d'accompagnement, - Autre financement possible (FSL) - Financements croisés - Inscription dans les appels à projets
3) Créer les conditions favorables au dynamique de parcours logement	3.1) Dans le logement de droit commun, sécuriser les transitions par un accompagnement de l'ensemble des phases du parcours logements et économiquement via la mobilisation du fond de garanti (modèle FSL) 3.2) Dans le médico-social étudier les modalités de mises en place dans les périodes d'essais avec possibilité de retour en arrière	GCSMS Cap santé mentale / FSL		Inscription dans les projets d'établissement et les politiques publiques
4) Accompagner l'accès et le maintien dans le logement	4.1) Sécuriser l'accompagnement - Organiser les conditions d'un accès très rapide à une accompagnement type SAVS/SAMSAH pour des personnes dont la situation clinique compromet leur maintien ou retour dans le logement. - Envisager une adaptation de l'offre SAVS/SAMSAH au regard des besoins - Pour les accompagnements ASL renforcer les compétences spécifiques en santé mentale des équipes et/ou formaliser la coopération avec la psychiatrie. - Dans les dispositifs en création (logement inclusif), envisager de renforcer l'accompagnement en l'adossant à des compétences d'accompagnement spécialisé (financement croisé) ASL+ 4.2) Identifier les modalités de coordination des interventions en fonction des situations - Pour les personnes accompagnées : Réactualiser les réunions de « synthèse », dans une approche globale, associant l'ensemble des acteurs autour d'une situation (actuel, d'amont et d'aval) - Pour les personnes principalement en soins psychiatriques, (hospitalisation et ambulatoire): s'appuyer sur le service social hospitalier - Pour les personnes sans référence identifiables ou stabilisées : solliciter le CLIC (ou DAC) pour l'organisation d'un colloque des potentiels intervenants 4.3) Prévenir la perte de logement dans les périodes d'aggravation clinique en envisageant le développement d'une offre d'accueil temporaire dans les établissements médico-sociaux en s'appuyant sur des modèles existants.	GSCMS CAP Santé Mentale / CPT	2020 : conception 2022 -2023 : mise en place Au cours du PTSM	- Nouveau dispositif, - Adaptation de l'offre 4.2) Développer la téléconférence comme modalité pour ces réunions - Inscrire les synthèses inter-institutions dans les projets d'établissements. - Dans les contrats individuels de prise en charge noter les dynamiques partenariales. - Modéliser une grille d'analyse des situations partagées - Pour la psychiatrie, organiser des délégations pour participer à ce type d'instances 4.3.) Prévoir des conventions qui autorisent ces modalités.

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Habiter dans la cité : - Des solutions adaptées d'habitat - Un parcours accompagné	- Disposer et rendre visible une offre variée d'habitat adaptée sur chacun des territoires - Coordonner les interventions dans une logique de parcours - Mettre en place des accompagnements sécurisant l'accès, l'investissement et le maintien dans le logement	- Observation quantitative et qualitative des actions conduites - Analyse de monographie d'un échantillonnage de parcours

Points de vigilance

La mise en place d'un accueil temporaire doit être préalablement associée à un accompagnement pour une solution définitive.

Fiche Action G2 : Favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi

Constats :

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Des horaires et un temps de travail inadaptés aux spécificités des personnes présentant des troubles psychiques
- Des parcours d'inclusion pas toujours opérants : peu de sortie d' ESAT , l'emploi accompagné en nombre insignifiant
- Des craintes sur l'embauche de personnes en situation de handicap psychique (représentations sociales), y compris auprès de certains moniteurs d'ESAT
- Dans les entreprises une insuffisante prise en compte des risques « psycho-sociaux »

Description de l'action :

Pour les personnes en situation de handicap psychique l'insertion professionnelle est une préoccupation importante(cf les position des personnes concernés lors du diagnostic).

Pour autant le monde de l'entreprise reste sur la défensive quant à leur embauche. Si la prise en compte de santé mentale, au travail est aujourd'hui considérée dans les textes. L'organisation du travail est encore rarement adaptée pour des personnes présentant des fragilités psychiques . Des ponts sont à gérer entre l'univers de l'entreprise et celui du handicap .

Afin que les accompagnants soient pertinents dans le rôle de médiateur pour des intégrations en entreprise encore faut-il qu'ils soient acculturés aux codes et langages de celles-ci.

Pour les personnes qui ne sont pas orientées « marche de l'emploi » et ceux qui n'ont pas de RQTH divers dispositifs d'accompagnement existent soit généraliste (pole emploi, ALI), soit spécialisés (CAPemploi, dispositifs spécifiques PAS, PEM,...) Les modalités d'accompagnement sont multiples, parfois morcelées en prestations. L'approche « emploi accompagné » qui répond à une logique de parcours reste d'un niveau de développement confidentiel. Ces parcours relèvent d'un processus mobilisant une approche de réhabilitation.

Enfin il convient de prendre en compte des formes alternatives qui répondent à des besoins d'occupation et de participation sociale .

Axe G : soutenir l'inclusion citoyenne

Rappel des objectifs opérationnels :

- Permettre l'adaptation du rythme de travail à la situation de santé des salariés au sein des entreprises
- Favoriser l'emploi à temps partiel
- Soutenir l'accès aux différentes formes d'emploi (entreprises adaptées, travail temporaire, emploi accompagné, etc.)
- Diversifier les activités des ESAT, en fonction des besoins et profils identifiés
- Favoriser le développement d'horaires adaptés en ESAT
- Dans les ESAT généralistes, développer la compétence des encadrants / problématiques psychiques
- Réduire, dans les entreprises privées et publiques les risques sur la santé mentale (risques psychosociaux) et créer le contexte favorable à l'emploi de personnes fragiles psychologiquement.

Pilote(s) :

- CAP EMPLOI :
- M. PIGEON
- ARESAT :
- M. NUSS

Contributeurs :

- Pôle Emploi
- CAP Emploi
- Inter ESAT35-ARESAT
- Médecine du Travail (téléphonique)
- UNAFAM
- ESAT de transition
- SAT hors les murs
- LADAPT
- Représentants sanitaire psychiatrie (UER)
- AGEFIPH (indirectement)
- MDPH
- CD 35
- APASE
- Représentants des usagers
- La Thébaudais Chargé de mission emploi

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- Programme Breillien d'insertion
- Plan régional d'Insertion des travailleurs Handicapés 2017-2020 (PRITH)
- Réponse accompagnée pour tous (RAPT)
- Réponse accompagnée inclusive (RAI)

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
I. Créer avec les entreprises un contexte favorable à l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique	- Engager une démarche pro-active vers les entreprises - Créer un réseau structuré par le bassin d'emploi pour aller vers les entreprises - S'appuyer sur des professionnels formés à l'approche « Jobcoach » - Renforcer les compétences sur les problématiques de santé mentale dans une démarche préventive et créer les conditions favorables à l'inclusion - Garantir une continuité de l'accompagnement dans la durée - Former l'entreprise aux questions de santé mentale notamment par le déploiement des formations PSSM	GCSMS CAP Santé Mentale / Service Public de l'Emploi (SPE) (Contributeur : Services de santé au travail)	2020-2025	- Moyens existants
II. Accompagner les parcours d'inclusion	- Renforcer et rendre visible la dynamique transitionnelle dans les ESAT - Pour les parcours « marché du travail » - Renforcer les liens entre acteurs du parcours et donner de la lisibilité aux offres existantes - Identifier les formes intermédiaires et outil d'inclusion, favoriser la création d'entreprises adaptées tremplin - Préparer l'insertion en s'appuyant sur les outils de la réhabilitation - Observer la dynamique de l'expérimentation « plateforme Inclusive » et envisager son extension territoriale à l'échelle des bassins d'emplois	GCSMS CAP Santé Mentale / SPE (Contributeur : CPT / MDPH)	2020-2025	- Moyens existants - Soutien aux structures d'insertions et tremplin par des intervenants spécialisés - Mise en place d'un groupe de travail des chargés d'insertions professionnels
III. Prendre en compte des alternatives	- Renforcer les moyens des sections annexes des ESAT - Soutenir des formes alternatives d'inclusion (ex ATYPICK) - Suivre le développement de l'expérience « club house » en Ile-et-Vilaine	GCSMS CAP Santé Mentale	2020-2025	- Soutien aux initiatives innovantes

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi	- Contribuer à un contexte favorable à l'inclusion des personnes en fragilité psychique dans le monde de l'entreprise - Favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi sur le « marché de l'emploi » - Positionner les interventions dans une logique de parcours d'inclusion en articulant les diverses réponses notamment via les ESAT	- Observation quantitative et qualitative des actions conduites - Analyse de monographie d'un échantillonnage de parcours

Points de vigilance

- L'intégration des problématiques du handicap psychique dans le cadre plus général du handicap ouvre des perspectives en terme de prise en charge, toutefois cette approche ne doit pas conduire à en occulter les particularités. La montée en compétences des intervenant médico-sociaux sur ce point est essentiel.
- Pour favoriser des parcours d'inclusion différents blocages qui ne relèvent pas du PTSM serait à lever : assouplissement des règles sur le travail à temps très partiel ; les impacts sur l'AAH d'une reprise d'activité temporaire ou partiel. L'accès au PMSP (prestations de mise en situation professionnelle) pour les ESAT

Fiche Action G3 :

Soutenir l'accès aux loisirs, à la culture et au sport

Constats :

- Manque d'activité de loisir pendant et après hospitalisation au service du mieux-être.
- Difficultés pour accéder et s'investir dans les structures associatives du droit commun.

Description de l'action :

Les personnes concernées ont dans la phase diagnostic particulière insisté sur l'importance, pour elles, de l'accès à des activités aux différents moments de leur parcours.

L'investissement dans une activité qu'elle soit de loisirs, artistique, culturelle ou sportive est au cœur du processus de rétablissement. Il donne un sens au temps qui passe, permet de renouer avec l'existence sociale, de retrouver de l'estime de soi, etc.

Au-delà de l'activité elle-même, le cadre porteur est lui aussi déterminant. La participation à une vie associative donne place à un positionnement citoyen acteur, contributeur social. Dans ce cadre collectif, peut s'exprimer son pouvoir d'agir. C'est pourquoi il convient de prendre soin des GEM et des associations hospitalières.

Aux différents moments du parcours de rétablissement, la participation à des activités peut se révéler une épreuve. Une médiation adaptée est alors nécessaire. Il convient de favoriser une synergie d'action entre médiateurs pairs, soignants, accompagnateurs, médiateurs culturelles et sportifs, ...

Les contextes doivent être favorables. Pour cela, les établissements et services de soins, d'accueil et d'accompagnement doivent soutenir et accorder toute son importance à cette question. En parallèle, les structures de droit commun doivent être préparées et disponibles pour accueillir un public psychologiquement fragile.

Axe G : soutenir l'inclusion citoyenneRappel des objectifs opérationnels :

- Lutter contre l'ennui des personnes, quel que soit leur lieu de vie (domicile, hôpital, ESMS)
- Réduire le risque de désaffiliation sociale, la disqualification

Pilote(s) :

- Représentant des GEM
- SAVS Espoir 35 : M. HOUEE

Contributeurs :

- Représentants des usagers
- Représentants des GEM
- Représentants des associations de secteurs de psychiatrie
- Commission culturelle du CHGR
- SAVS
- DDSSCS (ex : jeunesse et sport)
- Agences départementales : vie sociale
- CPT
- CD 35 (agences départementales, service action culturelle, service jeunesse et sport).
- DRAC

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Schéma Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Programme Breillien d'insertion (PBI) 2018 – 2022.

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
I. Actualiser, redynamiser les associations « hospitalière » relevant de l'art. 69 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé .	1) Refonder le positionnement des associations existantes au sein des établissements de soin. • Construire un argumentaire qui actualise le positionnement de ces associations, en préciser et valoriser l'intérêt pour les patients • (re)définir leur positionnement à l'interne des services, à l'externe dans leur fonction « tremplin et passerelle » • Stabiliser les rapports avec l'institution hospitalière. • Créer des conditions favorables à participation et au renouvellement des personnels impliqués	CPT / Santé Mentale France	Dès 2020	- Soutien extérieur à la construction d'un « projet » des associations dans la perspective d'une actualisation des conventions et d'une inscription dans les projets d'établissement - Maintien et actualisation de moyens dédiés à l'interne et à l'externe (exemple : équipements sportifs)
II. Médiation avec l'offre de « droit commun »	1. Créer une synergie entre les médiateurs des différents champs : accompagnateurs et soignants auprès des personnes d'une part et médiateurs culturels et sportifs d'autre part • Favoriser l'interconnaissance en développant des rencontres autour de projets communs (en s'appuyant sur les exemples existant) et en y associant des personnes concernées 2. Soutenir les actions spécifiques dédiées à l'inclusion des personnes en difficulté s'appuyant sur des pratiques comme leviers : art/action culturelle, le sport, le numérique, ... • Maintenir et élargir les conventions (ex : convention Ville/CHGR/DRAC) 3. Accompagner les clubs sportif et acteurs culturels dans leur capacité à intégrer des personnes présentant des particularités. • S'appuyer sur les comités sportifs départementaux, et les responsables des politiques des Villes pour créer une dynamique incitative (établir des recommandations, les diffuser et accompagner) • Identifier sur les territoires des structures labellisées (ex : SSBE) • S'appuyer sur le service action culturelle du Département et sur les réseaux de médiateurs culturels 4. Au sein des services d'accompagnement et de soins, développer la mobilisation de prestations et projets par des intervenants/artistes de droit commun.	CD 35 / SAVS ou GCSMS CAP Santé Mentale (Contributeurs : DRAC)	actions au long court, s'inscrire dans la durée notamment pour l'interconnaissance.	1. Dédier des temps professionnels 2. Prévoir des financements spécifiques pour des actions n'entrant pas dans les logiques institutionnelles classiques

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Soutenir l'accès aux loisirs, à la culture et au sport	- Une re-légitimation des associations au sein des établissements - Conforter les GEM - Disposer des conditions favorables pour une participation aux activités de « droit commun » pour les personnes présentant des fragilités psychiques. - Favoriser le dé stigmatisation par une acculturation entre acteurs de droit commun et spécialistes	- Enquête de satisfaction auprès des personnes concernées - Observation des dispositions mises en place

Points de vigilance

Fiche Action H1 :

Définir une stratégie de soutien aux communautés éducatives et aux professionnels des établissements d'enseignement supérieur relative à la santé mentale

Constats :

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Difficulté d'accès au diagnostic et défaut de prise en charge précoce pour le secteur de l'enfance et de la jeunesse
 - ⇒ Des secteurs de plus en plus en tension non formés aux problématiques de santé mentale (Education nationale)
 - ⇒ Défaut de lien entre sanitaire et médico-social, écoles...
 - ⇒ Difficulté à passer du milieu ordinaire vers le milieu spécialisé pour l'enfance
 - ⇒ Manque de formation des accompagnants pour l'inclusion des enfants et des jeunes dans les écoles

Différentes dispositions sont venues en amélioration des dynamiques inclusives. Divers plans d'action ont déjà été conçus au sein de l'Education Nationale.

Dans le cadre du CPOM ARS-SSE, il est prévu que le Service de Santé des Etudiants de Rennes 1 –Rennes 2 animera sur Rennes un comité des acteurs réunissant professionnels internes et externes à l'université afin de garantir une coordination et une cohérence entre les projets de santé (prévention, promotion de la santé, soin) en faveur des étudiants, des universités et établissements conventionnés avec le SSE et une interconnaissance entre les différents intervenants.

Description de l'action :

La mise en œuvre des projets de société inclusive impact le monde scolaire et universitaire.

Il s'agit de définir une stratégie globale qui, si elle concerne principalement les enfants et étudiants en situation de handicap, implique la mobilisation de l'ensemble des communautés du monde de l'éducation et de l'enseignement.

Elle suppose des mobilisations conjointes entre les différents partenaires ; entre le monde de l'enseignement, de la santé et de l'accompagnement.

La stratégie implique une démarche d'information et de formation, de mettre à disposition des outils pour le personnel éducatif et de faire participer les élèves et les étudiants à la démarche.

Axe H : Pilotage d'une politique de santé mentale : un enjeu transversal

Rappel des objectifs opérationnels :

Définir une stratégie de soutien aux communautés éducatives et aux professionnels des établissements post bac relative à la santé mentale des élèves et des étudiants.

Pilote(s) :

- Education Nationale : Dr SAUVEE
- DDEC
- ARS : Mme POUPAULT

Contributeurs :

- Service Santé des Etudiants
- Points Santé Etudiants
- BAPU (médico-social)
- CPT (pédo-psychiatrie, PHUPEA)
- Maison des Adolescents
- Réussite éducative de la Ville de Rennes
- UNAFAM
- Représentants des usagers

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé, 2018-2022
- NON au Harcèlement EN
- Ecole et éducation inclusive
- La RAPT
- INSTRUCTION du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide
- Premier secours en santé mentale
- Plan National de la Vie Etudiante
- DITEP
- CPOM ARS SSE

Déclinaison	Modalité de réalisation	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
Milieu scolaire (1er et second degré)				
I. Former la communauté éducative au repérage des signes de souffrances psychiques	1) Mettre en place une stratégie de sensibilisation pour l'ensemble des acteurs des communautés éducatives 1.1) Co-construire un support de sensibilisation à partir des documents existants 1.2) Organiser les temps de sensibilisation auprès de l'ensemble des communautés éducatives, par des binômes éducation/acteurs en santé mentale dans les territoires (niveau établissement et/ou circonscription et /ou bassin) 2) Construire un contenu de formation à destination des acteurs des communautés éducatives auprès des publics volontaires, à intégrer dans le Plan Académique de formation et le plan de formation de la DDEC Prévoir cette formation à 2 niveaux : sentinelle (tous les personnels) et évaluateur (médecins, infirmiers, psychologues) sur les modèles et en cohérence avec : la Stratégie multimodale de prévention du suicide, le plan « Premier secours en santé mentale », et le dispositif de prévention du Harcèlement scolaire de l'EN.	Education Nationale / DDEC et communauté psychiatrique de territoire Maison des ados (futures missions élargies)	1.1) Premier semestre 2020 1.2) Programmation à partir du deuxième semestre 2020 - Démarrage 2020 et sur tout la durée du PTSM	- Temps de mobilisation des différents acteurs : ○ Pour la conception ○ Pour la participation - Moyens opérationnels, supports - Le cadre de ces interventions doit être pensé dans la réflexion du CESC sous l'impulsion du CDESC
II. Outiller les professionnels pour soutenir et orienter	1) Recenser / cartographier les ressources existantes en lien avec les démarches en cours au niveau régional 2) Favoriser l'interconnaissance et la diffusion des outils et modalités de réponses existantes : - documents écrits de l'EN départementaux et nationaux - dispositifs internes à l'EN et aux autres structures (pédopsy, CD...) de coordination permettant la réflexion pluriprofessionnelle sur les situations individuelles - expérimenter de nouvelles modalités d'intervention, appréhender et diffuser les outils à disposition dans les autres pays (ex gestion des situations de harcèlement) 3) Créer ou renforcer des outils de soutien aux personnels confrontés à des situations difficiles, via des espaces d'Intervision et de supervision	1) ARS / Maison des ados (futures missions élargies) En s'appuyant sur différents contributeurs dont Education Nationale et DDEC 2) Education Nationale et DDEC PHUPEA (pédopsychiatrie) 3) Education Nationale et DDEC (rectorat : Service médical académique et psychologue du travail)	1) Premier semestre 2020 2) Tout au long du PTSM (récurrent) 3) Tout au long du PTSM	3) Budget pour les professionnels animant la supervision Etudier la faisabilité d'identifier un espace de soutien pour les personnels avec les responsables institutionnels
III. Améliorer l'information et la sensibilisation à destination des élèves sur les ressources existantes et sur leur rôle en tant que pair (postures bienveillantes, relais possibles...)	Concevoir une stratégie de communication : - En s'appuyant sur les Conseil de Vie Lycéenne (CVS) et le Conseil de Vie Collégien (CVC) - En prenant en compte les nouvelles technologies - En s'appuyant sur les ressources existantes (ex : Psy Com)	- Education Nationale-DDEC / CLSM / MDA	- Elaboration 2020 - Mise en œuvre : tout au long du PTSM	- Moyens opérationnels : nécessité de prévoir le financement d'une structure ressource spécialisée en communication multimédia en santé publique
IV. Développer des stratégies collectives et individuelles de prise en charge des élèves en souffrance psychique (risque suicidaire suite au suicide d'un camarade par exemple, addictions, exposition au harcèlement en milieu scolaire incluant les enfants harcelés, harceleurs et témoins)	Intervention d'équipes mobiles de pédopsychiatrie ayant une réactivité rapide (dont une équipe mobile formée au harcèlement scolaire), à la demande de la communauté éducative qui a repéré une situation préoccupante	PHUPEA (Pédopsychiatrie) / Education nationale	2020	A définir

Enseignement supérieur (post-bac) (Universités, grandes écoles, filières sociales et para-médicales, IUT, BTS)				
Déclinaison	Modalité de réalisation	Référents de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
I. Sensibiliser les différents professionnels de l'enseignement supérieur au repérage des signes de souffrances psychiques chez leurs étudiants	1) Auprès des universités Rennes 1 et 2 et 6 des établissements conventionnés avec le SSE Outiller la communauté universitaire et les personnels des résidences universitaires pour identifier les situations de mal être d'étudiants pour agir le plus précocement possible : travail en partenariat avec le CROUS sur des temps de formation des personnels travaillant en cité universitaire pour le repérage de l'isolement et des difficultés à vivre au quotidien	SSE Contribution CHGR/ BAPU en lien avec les BDE et les associations étudiantes et le CROUS, la Ville de Rennes (CRSM et contrat local de santé) et Rennes métropole	Démarrage 2020	
	2) Auprès des autres établissements d'enseignement supérieur du département 35 Définir une stratégie de sensibilisation-formation des différents services au sein de ces établissements autour du repérage des situations de mal être d'étudiants pour agir le plus précocement possible	ARS / CHGR/MDA (futures missions élargies) / BAPU En lien avec la Ville de Rennes et Rennes métropole	Démarrage 2020	
II. Outiller les professionnels pour soutenir et orienter	1) Faire connaître à l'ensemble des services de l'enseignement supérieur les modalités d'organisation de la prise en charge de la souffrance psychique des étudiants (y compris ceux ayant une reconnaissance de handicap psychique)	SSE / pôle handicap/ Maison des ados (futures missions élargies) En lien avec le CHGR, le BAPU, la CPAM, Ville de Rennes (CRSM et contrat local de santé) et Rennes métropole	2020-2021	
	2) Renforcer les modalités de soutien pour les professionnels dans la prise en charge de situations complexes Auprès des universités Rennes 1 et 2 et des 6 établissements conventionnés avec le SSE - Proposition de conseil technique auprès de la communauté universitaire par des psychos du SSE - Mise en place de réunions d'échanges de pratique en équipe pluridisciplinaire : SSE, CHGR, le BAPU, CMPP de Beaulieu (intégration des étudiants en situation de handicap psychique) Auprès des autres établissements d'enseignement supérieur du Département 35 - Recenser les modalités possibles de soutien-conseil pour ces professionnels et concevoir de nouvelles réponses si nécessaire	SSE ARS /BAPU /CHGR/CPAM	Toute la durée du PTSM	

III Améliorer l'information et la sensibilisation à destination des étudiants sur les ressources existantes, sur leur rôle en tant que pair (postures bienveillantes, relais possibles...) et offrir des réponses adaptées	1) Recenser / cartographier/faire connaître les ressources existantes en lien avec les démarches déjà réalisées ou en cours (au niveau local ou régional)	ARS/MDJA/SSE/CHGR	2020-2021	
	2) Mettre en place une campagne de sensibilisation, information à grande échelle prévue sur l'isolement des étudiants, le décrochage universitaire suite à des problématiques psychiques.	SSE En lien avec pôle handicap de Rennes1-Rennes 2/CPAM,CHGR//BAPU	2020-2021	
	3) Soutenir et déployer le dispositif « étudiants relais santé » initié par le Service Santé des Étudiants de Rennes 1 et Rennes 2	3) SSE (appui IREPS) En lien avec ARS CROUS/CPAM	2020-2021	
	4) Prendre en compte le handicap psychique dans la vie quotidienne des étudiants	4) Pole Handicap et SSE	4) 2020 : Réaliser un travail de conceptualisation	4) A définir
	5) Soutenir et accompagner les étudiants pairs 5.1) S'informer sur le modèle Strasbourgeois 5.2) Construire une expérimentation	5) BAPU / Point Santé / SSE / GEM ou associations	5) 2020 : concevoir un modèle rennais A partir de 2021 : Développer l'expérimentation	5) Soutien à l'expérimentation

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Définir une stratégie de soutien aux communautés éducatives et aux professionnels des établissements d'enseignement supérieur relative à la santé mentale	- Sensibiliser et former - Soutenir les professionnels - Impliquer et apporter des réponses aux élèves et aux étudiants	- Observation quantitatives et qualitatives - Nombre de personnes formées - Echantillonnage et analyses du traitement de situations critiques - Enquête de satisfaction auprès des élèves et étudiants en situation de handicap

Points de vigilance

3.3) Les actions contributives aux objectifs opérationnels

Le diagnostic a contribué à l'identification d'un ensemble d'actions permettant l'amélioration des parcours en santé mentale qui sont déjà inscrites dans des projets ou schémas de politiques publiques nationaux, Breton, Brétiliens et locaux. Ce repérage a permis de :

- Rendre perceptible par les acteurs leurs impacts sur les améliorations escomptées
- Concentrer les énergies du PTSM sur des problématiques insuffisamment prises en compte
- Projeter une dynamique de synergie entre les différents niveaux d'actions.

	Objectifs opérationnels	Actions	Actions contributives
1) Axe A	Agir sur les problématiques du suicide et des addictions	Renforcer et développer les actions de prévention : suicide et prévention des addictions	Priorité Régionale dans le cadre du PRS « Prévention du suicide » : Actions 2020 : - Elaboration et diffusion des éléments de cadrage régional pour la déclinaison du dispositif de formation - Installation du comité régional de suivi de la stratégie de prévention du suicide
2) Axe B	- Renforcer la prise en compte des proches dans le parcours des personnes concernées et reconnaître leurs besoins - Former les bénévoles dans les associations de proches - Intégrer les psychologues dans les associations de proches - Reconnaître les besoins des proches dans le parcours des usagers	Prévoir et structurer des espaces à destination des proches dans le parcours sanitaire et social (accueil, écoute, formation)	Etude régionale sur l'aide aux aidants conjointe entre l'ARS et les 4 CD bretons
3) Axe C	- Favoriser le développement d'une culture commune	Actualiser et faire connaître la charte de coopération de 2007 proposé par le Conseil Général (devenu Conseil Départemental)	La signature du CTSM en sera de fait une actualisation, les outils précédemment travaillés restent d'actualité comme supports aux coopérations.
4) Axe D	- Favoriser la souplesse des droits relevant de la CDDAH / sortir d'une logique « un dispositif égal un statut » - Assouplir les critères d'autorisation et les dérogations en fonction de la demande de la personne avoir la possibilité de déroger aux critères d'âges - Généraliser les orientations type DITEP pour insertion professionnelle (milieu protégé, milieu ordinaire de travail), pour hébergement (foyer d'hébergement, foyer de vie) - Développer l'offre médico-sociale modulaire - Permettre des dérogations pour les transitions (âges, double financement, s'appuyer sur la RAPT) ?	Dans le cadre de la RAPT définir les modalités d'assouplissement des orientations relevant de la CDAPH	- Contrat partenarial CD35 avec la RAPT - PRS - Réponse accompagnée inclusive
5) Axe E	- Améliorer les réponses pour les adolescents et jeunes adultes (16-25 ans)	Mettre en œuvre l'évolution des MDA (Maison des Adolescents)	- Travaux sur l'évolution de la MDA - PRS

6) Axe G	- Répondre au manque de moyens en matière de transports - Favoriser l'accès aux transports et la continuité du parcours de soins	- Mutualiser les moyens en matière de transports des structures sanitaires, sociales et médico-sociales - Revoir les critères d'accès aux VSL et renégocier la prise en charge	Dépasse le cadre de la santé mentale, il est à élargir à tous les handicaps et pathologies. Dans le cadre de la Réponse accompagnée inclusive, un groupe de travail va se mettre en place sur la thématique de la mobilité.
7) Axe H	- Développer les CLSM sous l'impulsion du projet régional de santé - Permettre à chaque territoire d'identifier une fonction de coordination - Favoriser la connaissance des CLSM	Favoriser l'implantation des CLSM sur les territoires non pourvus	Action déjà traité dans le PRS « Favoriser le déploiement des CLSM » - 2019 : Elaboration d'un cadre régional concernant les modalités d'appui de l'ARS aux CLSM - 2020 : Diffusion et mise en œuvre des orientations régionales de l'ARS
8) Axe H	- Valoriser dans le financement les temps de coordination et de rencontre entre acteurs	Prévoir une politique valorisant les temps de coordination dans les CPOM	Dans les CPOM : - L'ensemble des services et établissements doivent être invités à identifier les moyens déployés afin que les professionnels puissent se consacrer structurellement des temps à la coordination - Le développement de place d'accueil temporaire dans les établissements doit être intégré dans les futurs projets d'établissements
	- Offrir des alternatives à l'internat à temps complets et à durée illimitée dans les différents établissements sociaux et médico-sociaux	Favoriser le développement des places d'accueil temporaire dans les CPOM	

1) Axe A : Renforcer et développer les actions de prévention : suicide et prévention des addictions

L'objectif d'agir sur les problématiques du suicide et des addictions par le renforcement et le développement des actions de prévention s'intègre dans la continuité du PRS Bretagne. Cet objectif et les actions qui en découlent sont inscrits dans l'axe du PRS ayant pour but de faciliter les parcours de soins, de santé et de vie par une organisation plus coordonnée, décliné dans le « développement d'une politique en santé mentale, partenariale et territoriale ». Cet item préconise en effet un renforcement de la réponse régionale quant à la prévention du suicide, préconisation induite du diagnostic territorial qui a révélé que la Bretagne est l'une des régions les plus touchées de France (2ème pour les hommes et 1ère pour les femmes sur la période 2012-2014). (PRS p.189).

2) Axe B : Prévoir et structurer des espaces à destination des proches dans le parcours sanitaire et social (accueil, écoute, formation)

La structuration de la Charte de Coopération d'espaces à destination des proches dans le parcours sanitaire et social (que cela soit au niveau de l'accueil, écoute, formation etc.), est un axe à mener sur le long terme et une action à intégrer dans les projets et plans nationaux à venir. Aussi, il est nécessaire de veiller sur les opportunités futures afin de pouvoir y répondre.

L'étude régionale en cours (conjointe entre l'ARS et les 4 CD bretons) sur « l'aide aux aidants » dégagera des perspectives sur le sujet.

3) Axe C : Actualiser et faire connaître la charte de coopération de 2007 proposé par le Conseil Général (devenu Conseil Départemental)

Le Contrat territorial en Santé Mentale associera les mêmes acteurs et s'inscrira dans la même dynamique partenariale que celle formalisée en Ille et Vilaine en 2007 par la charte de coopérations. La signature du CTSM en sera de fait une actualisation, les outils précédemment travaillés restent d'actualité comme supports aux coopérations.

4) Axe D : Dans le cadre de la RAPT définir les modalités d'assouplissement des orientations relevant de la CDAPH

En ce qui concerne l'articulation du PTSM35 avec la démarche RAPT, le contrat partenarial relatif au déploiement de la RAPT sur le département d'Ille et Vilaine prévoit différentes mesures de simplification administrative par la MDPH. A ce titre, il est affirmé de sortir d'une logique « un dispositif égal un statut », car la MDPH préconise une modularité des décisions prises liées aux projets individuels des personnes. Cela se traduit par des possibilités de doubles orientations ou d'orientations multiples préconisées par la CDAPH, ou la possibilité d'ouvrir des droits pour une durée supérieure à celle prévue réglementairement afin de simplifier les démarches pour les familles et faciliter la mise en œuvre des PAG. Ce même contrat prévoit également l'expérimentation de dérogations aux règles de prise en charge financière afin de prendre en compte les situations individuelles n'ayant trouvé aucune solution. Ces objectifs du contrat partenarial peuvent être mis en balance avec le développement de l'offre d'accueil temporaire en établissements, inscrit dans le PRS.

La mise en place de la « Réponse Accompagnée Inclusive » (RAI) apportera de nouvelle perspective.

5) Axe E : Mettre en œuvre l'évolution des MDA (Maison des Adolescents)

Un travail est en cours sur l'évolution de la Maison des Adolescents en Ille et Vilaine avec la réalisation d'un diagnostic préconisant de renforcer sa couverture territoriale et d'étendre ses missions à un accueil de premier niveau. L'évolution de la gouvernance de cette structure et sa forme juridique sont également en réflexion

Un accompagnement extérieur est en cours de finalisation afin de permettre la mise en place de l'évolution de la MDA et son évolution juridique.

6) Axe G : Mutualiser les moyens en matière de transports des structures sanitaires, sociales et médico-sociales et revoir les critères d'accès aux VSL et renégocier la prise en charge

La problématique de la mobilité est fortement ressortie du diagnostic partagé, notamment comme facteur de risque de rupture pour certaines personnes. Cependant, il s'agit d'un axe transversal aux actions qui dépasse le cadre de la santé mentale. Elle est donc à élargir à tous les handicaps mais également à tous les domaines de l'existence. Elle concerne plus spécifiquement les politiques de transports de droit commun ou les prises en charges dans le champ sanitaire.

Dans le cadre de la Réponse accompagnée inclusive, un groupe de travail va se mettre en place sur la thématique de la mobilité, sur la période de mars à mai 2020, afin de proposer une feuille de route interinstitutionnelle.

7) Axe H : Favoriser l'implantation des CLSM sur les territoires non pourvus

Cette action s'intégrer également dans le PRS Bretagne. Dans l'axe « Développer une politique en santé mentale, partenariale et territoriale », est prévu l'accompagnement et le « déploiement des projets territoriaux de santé mentale sur l'ensemble du territoire régionale » en favorisant notamment le déploiement des CLSM (page 189).

Cela se traduit dans la partie opérationnelle du PRS par la réalisation d'un état des lieux régional des CLSM bretons, qui, dans le cadre du diagnostic partagé du PTSM35, a conclu à une insuffisance de CLSM sur le territoire et à la nécessité de les développer sous l'impulsion du PRS. A ce titre il est prévu d'élaborer un cadre général de fonctionnement partagé avec les collectivités territoriales afin de promouvoir les CLSM auprès des élus, élaborer un cahier des charges pour un appel à candidature régional et faciliter le partage d'informations et d'expériences entre CLSM.

8) Et 9) Axe H : Prévoir une politique valorisant les temps de coordination dans les CPOM et Favoriser le développement des places d'accueil temporaire dans les CPOM

Dans les CPOM :

- L'ensemble des services et établissements doivent être invités à identifier les temps consacrés structurellement à la coordination, ce pour l'ensemble des acteurs concernés.

Les moyens nécessaires pourront relever à la fois de l'identification de ceux déjà consacrés comme du redéploiement ou/de la création. Pour les structures du médico-social le projet SERAPHIN PH le prévoit à travers la fonction 3.1 : Gérer, manager, coopérer.

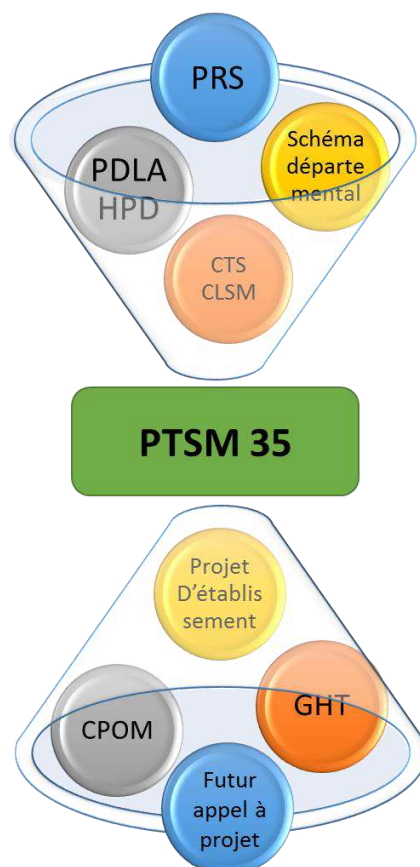
- Dans la mesure où les financements le permettent, le développement de place d'accueil temporaire dans les établissements serait à intégrer dans les futurs projets d'établissements

IV. Une feuille de route cohérente avec les orientations nationales, régionales et départementales

La construction de la feuille de route s'est inscrite en articulation avec les orientations nationales, régionales, départementales et infra territoriales (cf. annexe 3).

La synergie du PTSM avec les autres démarches est essentielle à la réussite du projet, à sa cohérence et à sa lisibilité.

Dans une double logique ascendante et descendante, le PTSM s'inscrit en articulation avec les politiques publiques et les dynamiques territoriales existantes et se décline au travers du contrat territorial de santé mentale, les CPOM et les projets d'établissement, des projets médico soignants partagés, les contrats de ville



Cette volonté s'est traduite méthodologiquement par :

- Le rappel dans chaque fiche action de l'articulation avec les politiques publiques et les démarches territoriales
- L'inscription des actions contributives à la feuille de route mais ne faisant pas l'objet d'une fiche action (cf 3.3)

A titre illustratif de cette démarche et de sa cohérence, il est important d'indiquer que suite à la définition de la note de cadrage régionale relative au contrat territorial en santé mentale, explicitant les modalités de gouvernance et de suivi du PTSM, l'action initiale relative au pilotage de la politique de santé mentale a été retirée des fiches actions car s'inscrivant dans cette politique.

Pour la phase de mise en œuvre du PTSM et le suivi du contrat, il est proposé de s'appuyer sur le pilotage opérationnel existant et de le compléter d'un pilotage institutionnel départemental qui constituerait, à l'image de la conférence des financeurs dans le domaine de la prévention, ou des concertations stratégiques dans le domaine des personnes âgées, le lieu d'échanges entre acteurs institutionnels en charge du pilotage et du financement des politiques publiques, pour suivre et appuyer la mise en œuvre du PTSM.

Il est ainsi proposé :

- Une gouvernance à deux étages :
 - La poursuite du pilotage opérationnel, responsable de l'organisation de la mise en œuvre, de son suivi, de l'animation du comité de pilotage départemental et de l'interaction avec l'ensemble des acteurs. Envisagé dans la continuité de la phase d'élaboration du PTSM, il reposera sur le comité de pilotage départemental mis en place au début de la démarche, la chefferie de projet validée par ce dernier et l'éventuel poste de chargée de mission. Des évolutions éventuelles de son organisation pourront être proposées et validées en fonction des besoins (relais éventuel dans la chefferie de projet, évolution de la composition du copil, modalités de financement du poste de chargée de mission au-delà de ce qui est prévu par le financement partenarial, mise en place d'un groupe projet réunissant les pilotes d'actions...).
 - La mise en place d'un étage de pilotage institutionnel, associant le Conseil départemental, la Direction départementale de la cohésion sociale, l'Education nationale, l'Assurance maladie et l'Agence Régionale de Santé.
- Des modalités de suivi :
 - Elaboration et présentation par la chefferie de projet d'un document sur l'état d'avancement annuel de la mise en œuvre des actions : – Au comité de pilotage départemental – A l'instance de pilotage institutionnel – Aux commissions de santé mentale des Conseils territoriaux de santé concernés
 - En fonction des besoins, des ajustements des objectifs et des actions pourront être faits, donnant éventuellement lieu à un avenant au contrat.

Conclusion :

La démarche « projet territorial en santé mentale » impulsée par la loi « modernisation de notre système de santé » a rencontré un intérêt manifeste par l'ensemble des acteurs en santé mentale.

La mobilisation croissante au cours de ces derniers mois est signifiante de la conscience partagée de :

- L'enjeu sociétal d'une nécessaire amélioration de réponses en santé mentale
- La pertinence d'une inscription dans des logiques de parcours et par conséquent de structurer l'intervention dans des dynamiques de coopérations
- La prise en considération d'un nouveau paradigme quant au positionnement des personnes concernées et de leurs proches.

Cette large participation aux groupes de travail a contribué à l'enrichissement de l'interconnaissance. Notamment, lors de la deuxième phase, l'élaboration conjointe en vue d'amélioration concrète a posé les bases de mobilisations en synergie.

Un contexte favorable a été installé pour réussir la mise en œuvre du contrat territorial en santé mentale.

La mise en œuvre du PTSM s'inscrit dans les défis du département 35 marqué par des enjeux d'augmentation de la population et de ses besoins, des caractéristiques épidémiologiques, corrélés aux évolutions de la démographie des professionnels.

ANNEXE

Annexe

1- Prise en compte des priorités énoncées dans le décret au regard des différentes actions

AXES traités dans le PTSM 35 AXES prioritaires du décret	Améliorer la lisibilité des ressources en santé mentale	Informier, former et sensibiliser le grand public et les acteurs de droit commun aux problématiques de santé mentale	Mettre en place des études en santé mentale	Soutenir et développer les dispositifs de pairs-aidance	Développer et structurer les dispositifs de réhabilitation psychosociale en collaboration avec les acteurs de proximité	Pour un accueil et des pratiques adaptées : prendre en compte le savoir expérimental des personnes concernées et de leur entourage	Créer une culture "Santé Mentale" dans les formations initiales et continues	Améliorer les liens entre les différents acteurs	Garantir la continuité de soins somatiques adaptés	Développer l'ambulatoire : les équipes mobiles pluridisciplinaires pour aller vers le public à domicile	Améliorer l'accès au diagnostic et au soin pour des interventions précoces pour les 0/16 ans	Mettre en place un accompagnement spécialisé en amont de et en appui à l'orientation MDPH	Développer les équipes de suivis intensifs ambulatoires psychiatriques à domicile	Réaliser un travail structuré sur le recours à l'urgence
	AXE A			AXE B			AXE C		Axe D					
1) L'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles	+	+	+	+	++	+	++	++	+	++	++		++	+
2) L'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale (intègre l'accès aux soins de réhabilitation et prévoit le développement des services axés sur l'insertion et le maintien en milieu ordinaire)	+	+		+++	+++	++	+	++	+	+	+	+	++	+
3) L'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins	+			+	+	+	+	++	+++	+R			++	+
4) L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence	+	+		+		+	++	++	+	++	++		+++	+++
5) L'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles	+	++	+	+++	++	+++	++	+			+	++	++	+
6) L'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale	+	++	+++	+	+	+	++	+			++		+	+

AXES traités dans le PTSM 35 AXES prioritaires du décret	Pour les jeunes : mettre en place des lieux de répit de court séjours et répondre à la problématique des non demandeurs	Construire une offre graduée de prise en charge périnatale	Organiser les modalités graduées de réponses aux troubles psychiatriques des Personnes Agées	Agir pour une promotion en santé mentale : diffuser les actions de "développement des compétences psychosociales"	Pour les migrants et les précaires, prévoir et construire un dispositif de continuité de soins psychiatrique au-delà du système d'orientation sectoriel	Habiter dans la cité : -Des solutions adaptées d'habitat - Un parcours accompagné	Favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi	Soutenir l'accès aux loisirs, à la culture et au sport	Définir une stratégie de soutien aux communautés éducatives et aux professionnels des établissements d'enseignement supérieur relative à la santé mentale
	AXE E				AXE F	AXE G			AXE H
1) L'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles	++	+	+	+++	++	++			+
2) L'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale (intègre l'accès aux soins de réhabilitation et prévoit le développement des services axés sur l'insertion et le maintien en milieu ordinaire)	++	++	+++	+	++	+++	+++	+++	++
3) L'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins		+	+		+				
4) L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence	++	++	++		++	+			++
5) L'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles	++	++	++	+++	++	++	++	++	++
6) L'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale	++	++		+++	++	++	++	++	++

2- Lettre de Mission



Service émetteur : direction adjointe des parcours

Affaire suivie par : Sylvie DUGAS

Courriel : sylvie.dugas@ars.sante.fr
Téléphone : 02.22.06.73.35

Réf. :
P. J. :

Date : **13 MARS 2019**

Madame Anaïs JEHANNO
Monsieur André BICHE
Chefs de projets PTSM 35

Madame, Monsieur,

Suite à l'approbation par arrêté du 20 décembre 2018 du diagnostic partagé en santé mentale, je vous sais engagés dans l'élaboration de la feuille de route de projet départemental de santé mentale.

Comme pour le diagnostic partagé, les textes prévoient que les pilotes du projet transmettent le document de projet au Directeur général de l'ARS. Dans cette perspective je tiens à préciser les attendus concernant ce document :

- Le projet départemental de santé mentale est un document opérationnel décrivant les actions concrètes à même d'améliorer les parcours des personnes présentant des troubles psychiques. Ces actions sont le résultat d'une priorisation par les acteurs, dont les modalités et les critères de sélection devront être précisés.
- La priorisation prendra en compte les principaux éléments issus du diagnostic, les priorités définies dans le décret PTSM du 27/07/2017 et les orientations du volet santé mentale du Projet régional de santé 2018-2022.
- Les actions prioritaires dans le cadre de la démarche projet seront comprises entre 15 et 25 et concerneront prioritairement les coopérations et ajustements entre acteurs, les évolutions des organisations et des pratiques. Certaines actions, programmées dans un autre cadre que la démarche PTSM, mais considérées comme importantes pour répondre aux objectifs opérationnels retenus, pourront être citées dans la feuille de route, sans pour autant faire partie du plan d'action spécifique à la démarche PTSM
- Le contenu du document de projet inclura :
 - o Le rappel des conclusions du diagnostic et des objectifs stratégiques ou axes de travail retenus sur la base du diagnostic
 - o L'explicitation de la méthodologie suivie pour passer du diagnostic à la feuille de route (étapes, modalités, critères de sélection)
 - o La feuille de route avec :
 - Les objectifs opérationnels identifiés pour chacun des objectifs stratégiques ou axes de travail

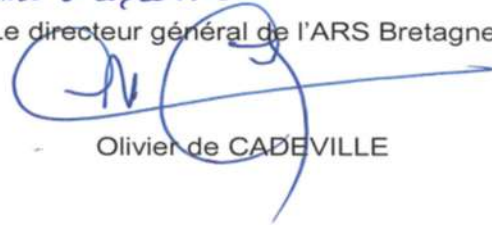
- Les actions concrètes priorisées dans le cadre de la démarche projet et faisant l'objet d'une fiche-action, cette dernière précisant pour chaque action le pilotage, les étapes et calendrier prévisionnel, les moyens consacrés par les acteurs, les financements éventuels et les modalités et indicateurs de suivi.
 - Les actions contributives aux objectifs opérationnels mais programmées dans un autre cadre que le PTSM et ne faisant pas l'objet d'une fiche action
- Un argumentaire synthétique sur la cohérence de la FDR au regard du Diagnostic partagé, des priorités du décret et des priorités santé mentale du PRS

Si des précisions additionnelles vous semblent nécessaires, vous pouvez contacter le référent PTSM de votre département.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Bravo pour votre action mobilisatrice

Le directeur général de l'ARS Bretagne



Olivier de CADEVILLE

3- Feuille de route : articulation avec les politiques publiques

Schéma, projet, plan etc.	Description	Lien avec les action du PTSM 35
Politique Nationale		
Loi relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé : mise en place des DAC		Action C2, Action D3
Loi N°2019-791 « pour une école de la confiance », circulaire 2019 sur l'Ecole inclusive		Action D3
Ecole et éducation inclusive		Action H1
Stratégie Nationale de Santé 2018-2022		Action E2
Stratégie Nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté,	La stratégie pauvreté est axée autour de 5 engagements : - Engagement n° 1 : L'égalité des chances dès les premiers pas pour rompre la reproduction de la pauvreté - Engagement n° 2 : Garantir au quotidien les droits fondamentaux des enfants - Engagement n° 3 : Un parcours de formation garanti pour tous les jeunes - Engagement n° 4 : Vers des droits sociaux plus accessibles, plus équitables et plus incitatifs à l'activité - Engagement n° 5 : Investir pour l'accompagnement de tous vers l'emploi.	Action C1, F1
Schéma Santé Précarité		Action F1
Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance présentée en octobre par la secrétaire d'Etat Adrien Taquet et en particulier l'action « Systématiser le bilan complet de santé des		Action D3, E2

enfants et des adolescents à leur entrée dans les dispositifs de protection et leur accès à un parcours de soin coordonnés ».		
Feuille de route nationale Santé Mentale et Psychiatrie		Action B2 D2
Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes (2017-2019) (Grenelle)		Action D2
Premier secours en santé mentale		Action H1
Plan National de la Vie Etudiante		Action H1
Instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants		Action F1
Instruction DGOS du 16 janvier 2019 relative aux soins de réhabilitation psychosociale		Action B2
Instruction du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide		Action H1
Politique Régionale		
Projet Régional de Santé, 2018-2022	Plus particulièrement sur l'axe Santé Mentale avec le chantier 1 « Renforcer la réponse sur 3 priorités régionales », le chantier 2 « Déployer des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) sur l'ensemble du territoire régional et favoriser le déploiement de Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) », le chantier 3 « renforcer la place et les droits des usagers et le soutien aux aidants », chantier 4 « accompagner l'évolution de l'offre en santé mentale ». En ce qui concerne l'amélioration des réponses pour les adolescents et jeunes adultes ce sujet est déjà couvert par le chantier 6 du PRS relatif aux prises en charge de jeunes et d'adolescents	Action A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2, D3, D4, D5, D6, E1, E2, E3, E4, F1, G1, G2, G3, H1

	en situation complexe (PRSp.150). En effet il est prévu de systématiser la concertation sur les situations individuelles en privilégiant l'échelon départemental, développer des formations croisées des acteurs de la santé, du social de l'éducatif et de la justice afin d'outiller professionnels et familles d'accueil. Ces actions sont prévues dans le sens du développement de prises en charge modulaire, qui ne concerne pas que le public des 16-25 ans. Le PRS préconise en effet dans son chantier 2 le développement de l'offre modulaire par les dispositifs ITEP (SRS p.171) , les pôles de compétences et de prestations externalisées et cela afin de pallier les situations d'urgence médico-sociale.	
Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies (PRAPS), 2018-2022	L'objectif principal du PRAPS est de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé et médico-social de droit commun par des mesures spécifiques élaborées avec elles. Ces mesures spécifiques devront conduire à : - Favoriser l'ouverture des droits (droits de bénéficier d'une couverture sociale pour la prise en charge financière des soins, mais aussi des droits fondamentaux...) - Adapter l'offre de soins afin d'inscrire les personnes dans la meilleure trajectoire de soins possible (importance de l'offre de premier recours, des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), PASS dentaires, de urgences, du secteur psychiatrique, des équipes mobiles, lits halte soins santé (LHSS)... - Travailler les problématiques d'admission au sein des services et établissements sociaux et médico-sociaux (personnes sans domicile, personnes âgées, handicapées ou immigrées à faible revenus, et en situation de précarité)	Action C2, F1
Plan régional d'Insertion des travailleurs Handicapés 2017-2020 (PRITH)	Ce plan a pour objectif de recenser et fédérer les interventions des différents acteurs territoriaux qui œuvrent dans le champ de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés.	Action G2
Note de Cadrage ARS « Les Contrats territoriaux de santé mentale Eléments de cadrage régional »		Confère ancienne action du PTSM 35 « Organiser la mise en place opérationnelle et le suivi du PTSM 35 »
Politique Départementale		
- Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes	Le présent schéma entend répondre à deux objectifs : ➤ Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes adultes en	Action A1 / A2 Action B1 / B3

âgées et des personnes en situation de handicap, 2015-2021	situation de handicap ➤ Développer une offre d'accueil diversifiée et adaptée Tout en veillant : - A la qualité des réponses apportées - A l'équilibre territorial avec une attention particulière portée sur les zones rurales - A l'accessibilité financière des prestations et des équipements	Action C1 / C2 Action D2 / D4 Action E3 / E4 Action G1 / G2
- Schéma départemental « Protection Maternelle et Infantile » 2016-2019 Le schéma PMI prendra fin cette année 2020 avec le vote du Schéma Départemental Enfance Famille qui traitera autant des questions PMI que de protection de l'enfance.	La PMI, service public départemental, occupe un positionnement privilégié à l'articulation du sanitaire, du social et de l'éducatif. Elle concourt à la santé de l'enfant et de sa famille dans un objectif de santé bien-être. Elle recouvre ainsi différents champs d'intervention en termes de publics (grossesse, naissance, petite enfance, parentalité, conjugalité, jeunesse) ou thématiques (vulnérabilité, protection de l'enfance, contraception, vaccination, handicap). Pour mettre en œuvre ses actions, elle agit suivant différents principes (prévention précoce, dépistage, respect des différences, respect des expressions culturelles diverses, cohésion sociale, mixité, continuité de parcours, approche globale, co-construction, participation, transversalité, territorialisation, bienveillance) et s'appuie sur des ressources (relation humaine, partenariat, compétence, professionnalisme, expertise, pluridisciplinarité).	Action E2 Action E4
- Schéma départemental protection de l'enfance 2013-2017 prorogé jusqu'en 2020. Le schéma protection de l'enfance prendra fin cette année 2020 avec le vote du Schéma Départemental Enfance Famille qui traitera autant des questions PMI que de protection de l'enfance.	4 principes d'intervention fixés par le Conseil Départemental : - Placer la prévention au cœur de son intervention, - Renforcer la place et l'implication des enfants et des familles dans les accompagnements, - Améliorer l'adéquation entre les besoins des enfants et des familles et les réponses apportées pour favoriser le maintien des liens entre l'enfant et son environnement, - Construire une nouvelle gouvernance départementale avec une clarification du rôle de chacun (services et établissements publics et associatifs exerçant des mesures d'aide sociale à l'enfance, partenaires institutionnels, professionnels du département...) et la création d'une instance partenariale.	Action D1 / D3 Action E1 Action E4 Action F1
- Référence avec le futur Schéma Départemental Enfance Famille		Action A1, A2 Action C1, C2 Action D1, D2, D3 Action E1, E2 Action E4
- Schéma départemental de l'action sociale de proximité, 2018-2023	C'est un outil de programmation de son intervention sur le champ de l'action sociale de proximité. Il s'agit de structurer et de rendre lisible des interventions, de lui redonner du sens	Action G1

	tant pour les équipes de CDAS, que pour les partenaires et les habitants Le schéma est accompagné d'un cadre de référence de l'intervention sociale qui rappelle les fondamentaux du travail social et pose des repères pour les professionnels sur les sujets de l'accueil, de l'évaluation et de l'accompagnement social.	
- Schéma Départemental des services aux familles, 2016-2020 Schéma conjoint CAF, Département, Etat, Education nationale et UDAF	S'engagent à coordonner leurs actions pour mettre en œuvre une offre de services, dans l'accueil des jeunes enfants, du soutien à leur famille, du soutien à la parentalité correspondant aux besoins constatés au plus près des populations, dans un souci de réduction des inégalités territoriales. Les quatre grandes orientations de ce schéma sont : - Réduire les inégalités territoriales et sociales d'accès des familles aux services d'accompagnement des parents, - Améliorer l'information des familles et des acteurs locaux en matière d'enfance et de soutien à la parentalité, - Faciliter la mise en réseau, la coordination des acteurs et des offres en matière d'enfance et d'accompagnement à la parentalité pour garantir la qualité du service, - Répondre aux besoins spécifiques des familles, en particulier lorsqu'elles rencontrent des situations de vulnérabilité.	Action E2
- Le programme Brétilien d'insertion, 2018-2022	Outil de référence pour la politique départementale d'insertion comprenant 4 axes : - L'affirmation de l'égalité entre les femmes et les hommes et la lutte contre les discriminations - La promotion d'une action publique efficiente, durable et exemplaire - La prévention des ruptures du lien social - S'appuyer sur la capacité à agir des personnes	Action F1 Action G2 / G3
- Pacte de coordination des acteurs de l'insertion d'Ille-et-Vilaine, 2018-2022	Participe à la mise en œuvre du Programme Bretilien d'Insertion (PBI)	Action D4 Action G1

- Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) (contrat partenarial) / Réponse accompagnée inclusive (RAI)	La démarche ambitionne que toute personne en situation de handicap puisse, quelles que soient la gravité ou la complexité de sa situation, bénéficier d'une réponse individualisée et accompagnée dans le temps lui permettant de s'inscrire dans un parcours conforme à son projet de vie. Axe 1 « Mise en place du Dispositif d'Orientation Permanent » Axe 2 « Déploiement territorialisé d'une réponse accompagnée » Axe 3 « Accompagnement et soutien par les pairs » Axe 4 « Accompagnement au changement des pratiques professionnelles » Il convient de mettre en avant la démarche engagée dans le cadre de la Réponse accompagnée inclusive dont l'ambition va au-delà de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) qui avait une portée uniquement médico-sociale. Il s'agit d'aller vers une inclusion dite « universelle ». Cette évolution va engendrer l'écriture d'une V2 du contrat partenarial	Action B1 / B3 Action C2 Action D4 Action G1 / G2 Action H2
- Observatoire Départemental de la Protection de l'enfance (ODPE)	Le Département d'Ille-et-Vilaine a choisi de placer la prévention au cœur de sa mission de protection des mineurs en danger. Le service de l'aide sociale à l'enfance intervient auprès des familles qui rencontrent des difficultés dans l'éducation et les soins de leur enfant. Créé légalement par loi n° 2007-293 du 5 mars 2007, un observatoire de la protection de l'enfance doit être instauré dans chaque département, sous l'autorité du président du conseil départemental. Structure complémentaire pour l'évaluation, l'observation et l'adaptation aux besoins locaux du dispositif de protection de l'enfance, l'ODPE occupe une place stratégique dans la définition et le suivi de la politique locale de protection de l'enfance.	Action C1 Action D2
- Etude : la santé à l'Aide Sociale à l'Enfance : de l'intention à la mise en œuvre. Etat des lieux sur la prise en compte de la santé des enfants confiés durant une mesure de placement.	La Direction Enfance Famille du Département d'Ille-et-Vilaine et en particulier le Médecin référent Protection de l'enfance, a réalisé un « <i>Etat des lieux sur la prise en compte de la santé des enfants confiés durant une mesure de placement</i> ». Il apparaît que la meilleure prise en compte de la santé physique et psychique « contribue aux facteurs de résilience que l'enfant ou le jeune peut trouver durant son parcours de placement ». Les perspectives pour sécuriser les soins et promouvoir la santé prévoient notamment d'articuler les démarches avec le projet territorial de santé mentale (PTSM) (p. 27 de <i>La santé à l'Aide Sociale à l'Enfance : de l'intention à la mise en œuvre.</i>)	Action A3, D1
- Plan Départemental d'Actions pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD) : Fiche action n° 10 « Logement adapté/ Logement	Le PDALHPD définit pour une période de 6 ans (2017-2022) la politique départementale en faveur de l'accès et du maintien dans le logement des publics défavorisés, de l'hébergement et du logement accompagné en faveur des personnes sans abri, mal logées ou rencontrant des difficultés à occuper un logement autonome.	Action G1

ordinaire pour les personnes présentant des problématiques de santé ».		
Conférence des financeurs de l'habitat inclusif		Action G1
Local		
Travaux CLSM / CRSM et CTS		Action A1, A2, A3, C1, D2, D6, E4,F1, G1
Projet médico soignants partagé (PMSP) du GHT Haute Bretagne et Rance Emeraude		Action D1, D6, E1, E2, E3
Travaux FIGAR		Action E3
Expérimentation PAERPA		Action E3
CLSPD (... Prévention de la délinquance)		Action D6
Rapport et travaux		
Rapport Hardy		Action D5
Evaluation du dispositif expérimental de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile en Région des Pays de la Loire		Action D5
Guide ANAP « Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires»		Action B2

Protocole parcours naissance		Action E2
Rapport d'étape de la Commission Régionale de la Naissance de Bretagne (octobre 2009).		Action E2
Rapport IGAS sur l'interprétariat en santé		Action F1
NON au Harcèlement EN		Action H1

Glossaire

ADOPS : Association Départemental pour l'Organisation de la Permanence des Soins

ALFADI : Association Logement Familles en Difficulté

AMI : Appel à Manifestation d'Intérêt

APASE : Association Pour l'Action Sociale et Educative

ARASS : Association pour la Réalisation d'Actions Sociales Spécialisées

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASFAD : Association pour l'Action Sociale et la Formation à l'Autonomie et au Devenir

AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

CAMSP : Centres d'Action Médico-Sociale Précoce

CD 35 : Conseil Départemental d'Ille-et-Vilaine

CDAS : Centre Départemental d'Action Sociale

CDU : Commission Des Usagers

CHGR : Centre Hospitalier Guillaume Régnier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centre Locaux d'Information et de Coordination

CLS : Conseil Locaux de Santé

CLSM : Conseil Locaux de Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CNFPT : Centre National de la Fonction Publique Territoriale

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPE : Conseiller Principal D'Education

CPT : Communauté Psychiatrique de Territoire

CPTS : Communauté Professionnels Territoriales de Santé

CREAI : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (1964)

CREFAP : Centre Ressource Familles et Troubles Psychotiques

CREX : Comité de Retour d'Expérience en Santé

CVS : Conseil à la Vie Sociale

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DCP : Développement des Compétences Psychosociales

DIME : Dispositif Médico-Educatif

DITEP : Dispositif ITEP

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux

ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FAS : Fédération des Acteurs de la Solidarité

FIGAR : Filière Interhospitalière Gériatrique en Agglomération Rennaise

GCS E-Santé : Groupement de Coopération Sanitaire E-santé

GCSMS CAP Santé Mentale : Groupement de Coopération Sociale ou Médico-sociale
Coordination pour l'Accompagnement des Parcours en Santé Mentale

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD 35 : Hôpital à Domicile Ille-et-Vilaine

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IFAS : Institut de Formation des Aides-Soignants

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

ITEP : institut Thérapeutiques Educatif et Pédagogiques

LAEP : Lieu d'Accueil Enfance Famille

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des Services d'Aides et de Soins dans le champ de l'Autonomie

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDA : Maison des Adolescents

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MDU : Maison Des Usagers

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

ORSB : Observatoire Régional Santé Bretagne

Dispositif PAERPA : Parcours de Santé des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie

PCPE : Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées

PEP Bretil'Armor : Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PSSM : Premier Secours en Santé Mentale

PTA : Plateforme territoriale d'Appui

RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RH : Ressources Humaines

RMM : Revue de Mortalité et de morbidité

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

SAFED : Service d'Accompagnement des Femmes Enceintes en Difficulté

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SISM : Semaine d'Information de la Santé Mentale

SMF : Santé Mentale France

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile

SPE : Service Public de l'Emploi

TND : Trouble Neuro-Développementaux

U3P : Unité de Psychologie et de Psychiatrie Périnatale

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UGEAM : Union pour la Gestion des Etablissements de Caisses d'Assurance Maladie

UNA : Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles

UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionales des Professionnels de Santé

VAD : Visite A Domicile

