

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

2ème séminaire interrégional – 13 mai 2015

Les Actes

MARIE-AUDE POISSON

ELISE PROULT

BENOIT SERVANT

AYDEN TAJAHMADY

LESLIE VALON-SZÖTS

ALEXANDRE FAUCONNIER

RESUME

Le deuxième séminaire inter-régional du projet « diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale » s'est déroulé le 13 mai 2015, au moment où la feuille de route définie dans chacun des 3 territoires est en phase de réalisation depuis septembre 2014. L'objectif de cette rencontre était de susciter des échanges croisés entre les participants des 3 territoires afin de consolider la méthode d'élaboration de la feuille de route et mesurer les difficultés rencontrées pour concrétiser les projets retenus par les comités de pilotages territoriaux.

Ce séminaire, qui a réuni 42 participants, s'adressait principalement aux pilotes des actions inscrites sur les feuilles de route.

Le présent document recueille l'ensemble des contributions apportées lors de cette journée. Il est mis à disposition de tous les participants du séminaire mais également de ceux qui ont participé à la démarche à ses débuts afin d'assurer une diffusion des informations et permettre de poursuivre les échanges inter-régionaux.

Ces actes rassemblent tout ce qui a été dit et fait lors du séminaire ou préparé pour cette occasion : la synthèse des projets territoriaux, le partage d'expériences autour d'actions communes aux 3 territoires (table ronde 1) ou d'actions spécifiques (table ronde 2), les ateliers, et la conclusion apportée par Jean-François BAUDURET, membre du CSO de l'ANAP, témoin de la démarche depuis ses débuts.

Avertissement au lecteur

Ce document de travail est réalisé à partir d'une retranscription par les membres de l'équipe ANAP des propos ou présentations des intervenants sous leur responsabilité propre. Ils ne reflètent pas nécessairement la position de l'ANAP.

SOMMAIRE

1	Organisation de la journée.....	6
2	Introduction par l'Equipe Santé Mentale.....	7
2.1	Un projet qui se déploie.....	7
2.2	L'émergence d'une problématique.....	8
2.3	Une démarche transversale.....	8
3	Retour sur la démarche – présentation des résultats du questionnaire de satisfaction.....	10
3.1	Les répondants.....	10
3.2	Exploitabilité des réponses.....	10
3.3	Les principaux résultats.....	11
3.4	Les réponses apportées par les pilotes.....	15
4	Table ronde 1 : actions communes aux 3 feuilles de route.....	18
4.1	La création d'un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) – Présentation du projet porté par le CRP La Mothe dans le BSI de Montluçon - M.CHOSSON, directeur de l'établissement.....	18
4.2	Projet de création d'un CLSM en Ille et Vilaine – Présentation par M.BOISSEAU, DT 35, ARS Bretagne.....	19
4.3	Mettre en œuvre un plan de formations et de stages croisés. Présentation du plan proposé par le CREA Nord-pas de Calais et le CREHPSY Nord Pas de Calais – M.OCHIN, directeur du CREHPSY.....	21
5	Table ronde 2 : des actions emblématiques à partager.....	24
5.1	Processus d'évaluation-orientation des situations de handicap psychique mis en place par la MDPH 35 – Mme EVEN, ARS Bretagne.....	24

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

5.2	Eviter les hospitalisations de longue durée inadéquates : la « commission réseaux établissements médico-sociaux » (CREMS) – M. LEFEBVRE (Centre hospitalier d’Hénin Beaumont)	25
5.3	Commission partenariale « cas complexes » - Mme DESCHARNES, APEAH (BSI Montluçon	27
6	Atelier 1 : De l’intention à l’action. Quelles sont les conditions d’un pilotage efficace ?.....	30
7	Atelier 2 : Du diagnostic à la feuille de route : comment maintenir la dynamique territoriale ? .	31
8	Conclusion par J.F.BAUDURET.....	32
9	Retour des participants sur le séminaire et suite des travaux.....	35
10	ANNEXE – QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION SUR LA DEMARCHE.....	36
11	LES PLANS D’ACTIONS des 3 territoires.....	39
11.1	BSI de Montluçon	39
11.2	Rennes Vitré Fougères	40
11.3	Zone de Proximité de Lens Hénin.....	41

1 Organisation de la journée

9h30 : accueil

10h : introduction de la journée – M.A.POISSON

10h20-11h40 : **Thématiques communes aux 3 feuilles de route**

Trois tables rondes autour d'une présentation par un pilote d'action :

1. Mettre en place un GEM : M.CHOSSON, CRP la Mothe (BSI de Montluçon)
2. Créer un CLSM : Mme DUGAS, ARS Bretagne-DT35 (Rennes-Vitré-Fougères)
3. Mettre en œuvre un plan de formations croisées : M.OCHIN, CReHPSY Nord-pas de Calais (Zone de Proximité de Lens-Hénin)

11h40-12h30 : **actions spécifiques**

1. Processus d'évaluation-orientation des situations de handicap psychique à la MDPH 35
2. Eviter les hospitalisations de longue durée inadéquates : la « commission réseaux établissements médico-sociaux » (CRESM) au Centre hospitalier d'Hénin Beaumont
3. Commission partenariale « cas complexes » : BSI de Montluçon

12h30-13h30 : déjeuner

13h30 – 14h45 : **Ateliers** animés par l'équipe-projet nationale et les ARS

1. De l'intention à l'action : quelles sont les conditions d'un pilotage efficace ?
A.TAJAHMADY et E.PROULT (ANAP), T.MONAT ARS Auvergne
2. Du diagnostic à la feuille de route : comment maintenir la dynamique territoriale ?
B.SERVANT et A.FAUCONNIER (ANAP), R.ROBIOLLE (ARS Auvergne) et I.LOENS (ARS Nord-Pas de Calais)

14h45 – 15H00 : Pause et préparation des restitutions

15h00-15h45 : **Restitution et synthèse**

15h45-16h : Clôture de la journée par Jean-François BAUDURET (CSO ANAP)

2 Introduction par l'Equipe Santé Mentale

« Bienvenue et merci à tous d'avoir répondu à notre invitation, malgré le contretemps du mois d'avril qui nous a obligés à décaler le séminaire dans les semaines risquées du mois de Mai, ce qui nous a privés en définitive de la présence de beaucoup d'entre vous.

Beaucoup de choses se sont passées depuis notre précédent rendez-vous il y a près d'un an. Entretemps, la phase d'élaboration de la feuille de route a abouti et la phase de mise en œuvre est déjà largement entamée :

Calendrier



2.1 Un projet qui se déploie

A se retrouver aujourd'hui selon un format numérique sensiblement voisin de l'an dernier, nous sommes loin d'imaginer que le nombre de personnes impliquées dans la démarche est passé de 110 à 270 personnes, soit une augmentation de 138%.

Nous reprenons donc le fil de la capitalisation que nous avons amorcé avec vous au mois de juin dernier. Cet échange est précieux pour nous car il nous permet de consolider progressivement cette démarche expérimentale. Je voudrais ainsi rappeler rapidement ce que le séminaire de juin dernier nous a permis de fixer.



2.2 L'émergence d'une problématique

La nécessité d'identifier comme telle une phase de cadrage préalable à l'élaboration du diagnostic partagé, là où les contraintes de démarrage du projet nous avaient amené à nous plonger sans préavis dans l'élaboration du diagnostic :

- *Des enseignements sur le fond de la problématique des parcours en psychiatrie et santé mentale avec notamment le rôle clé du handicap psychique comme nœud de décroisement entre les acteurs tous champs confondus, l'importance de la notion d'accompagnement comme horizon du suivi des personnes souvent limitativement conçu en termes de placement, etc...*
- *La nécessité d'outiller le diagnostic par une panoplie d'indicateurs permettant de caractériser le territoire grâce à une carte d'identité du territoire et une batterie d'indicateurs d'appels construits autour des 5 portes d'entrée*

Autant d'éléments que nous avons l'intention de publier à brève échéance dans un document de synthèse qui renverra à une boîte à outils mise en ligne permettant de conduire les différentes phases de la démarche.

2.3 Une démarche transversale

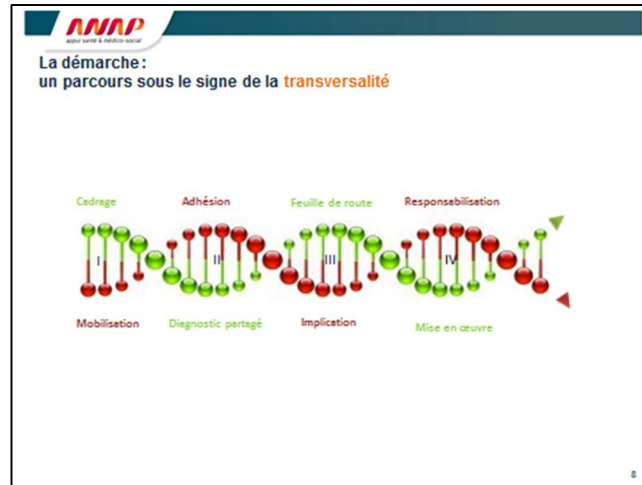
*Alors que le schéma du déroulé fait ressortir une succession de phases, le travail que nous effectuons avec vous nous conduit à envisager la démarche sous l'angle d'un **parcours** qui conjugue deux préoccupations intimement liées :*

- *L'une portant sur une production collective marquée par les temps du diagnostic partagé, de la feuille de route, de la mise en œuvre concrète de cette feuille de route et des actions qu'elle contient ;*
- *L'autre à visée plus managériale portant sur la transformation du système d'intervention que dessine l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours des personnes, à commencer par les personnes elles-mêmes et les aidants. Notre objectif étant qu'à la fin de la démarche, les acteurs aient suffisamment appris les uns avec les autres, pour continuer à s'engager par eux-mêmes dans les transformations souhaitées en prise avec les réalités territoriales.*

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

Tel est le sens de ce diagramme qui explicite le parcours que nous fait faire la démarche en cours avec l'apport respectif de chaque phase :



J'insisterai plus particulièrement sur le brin vert, celui de la dimension managériale, car il colore fortement les feuilles de route des 3 territoires validées en septembre 2014 par leurs COPIL respectifs. Les plans d'actions qu'elles contiennent sont sensiblement différents dans leurs attendus, leurs modalités de construction, leur taille, reflétant les personnalités des territoires, mais s'organisent néanmoins selon 4 registres communs : »

ANAP
appui santé & médico-social

Les axes structurants des feuilles de route

	SSI Montluçon	Rennes Vitré Fougères	SP Lens Hénin	TOTAL occur
Connaissance interconnaissance	4	2	12	18
Mise en réseau des acteurs du territoire	11	3	9	23
Articulations Ville- /N/MS	8	5	5	18
Adaptation structurelle offre	14	6	7	27
TOTAL Actions	30	14	25	

- **En commun sur les 3 territoires**
 - La thématique des **formations** croisées entre professionnels des champs sanitaire, médico-social et social
 - La constitution d'un **CLSM**
 - L'aide à la formation d'un **GEM**
- **Les accents spécifiques :**
 - **Bretagne** : Organisation interne de la PSY
 - **Auvergne** : Accès aux soins et l'adaptation structures dans un contexte de ressources rares
 - **Nord Pas de Calais** : Mise en réseau opérationnelle des acteurs (hospitalisations de longue durée et CLSM)

3 Retour sur la démarche – présentation des résultats du questionnaire de satisfaction

Par rapport au questionnaire précédent, le questionnaire adressé fin mars aux participants à la démarche l'a été à un public plus nombreux et plus hétérogène : 262 destinataires au lieu de 110 en juin 2014

Au noyau dur et stable des membres des comités de pilotage et groupes pléniers institués lors de la première phase de la démarche, se sont ajoutés les *pilotes d'action* dont une partie ne faisaient pas partie du premier cercle, et *les contributeurs* dont la grande majorité n'avaient pas participé à la phase 1 du diagnostic partagé.

C'est pourquoi le questionnaire a été modulé en fonction de la position des interlocuteurs dans le projet, une même personne pouvant être à la fois pilote et membre du groupe de pilotage, pilote d'une action et contributeur à d'autres, etc... La base des répondants évolue en fonction des questions posées. D'où la relative complexité de l'exploitation

3.1 Les répondants

80 personnes : soit 29% des destinataires, ce qui peut paraître assez faible ; il faut toutefois considérer le nombre important de nouveaux venus par rapport à la phase I et II et qui se sentaient peut-être moins concernés par l'élaboration de la feuille de route. De fait les participants à la phase diagnostique sont proportionnellement surreprésentés parmi les répondants : 43 sur 80

La moitié d'entre eux est membre du COPIL territorial, et l'autre moitié a contribué au plan d'actions.

Parmi les 23 répondants « pilotes d'action », 13 seulement avaient participé à la première phase du projet.

3.2 Exploitabilité des réponses

En fonction du statut des répondants dans la démarche, les effectifs varient assez sensiblement ce qui amène à une certaine prudence dans les conclusions.

3.3 Les principaux résultats

La satisfaction globale est plutôt élevée, même si elle se situe à un niveau plus faible qu'à l'issue de la phase diagnostique. Les pilotes sont relativement plus satisfaits (Q1).

La majorité des personnes **s'estime globalement suffisamment informée de la démarche (Q2).**

Sur la phase de mise en œuvre de la feuille de route (en cours), 12 réponses seulement ont été recueillies, ce qui ne permet pas de tirer des conclusions formelles (Q28). 2 personnes seulement ont apporté une réponse à la dernière question portant sur les améliorations possibles (Q29). Cette question est peut-être prématurée à ce stade de la démarche.

3.3.1 Phase d'élaboration de la feuille de route (phase II)

Le principe du groupe unique ou plénier adopté sur les 3 territoires est très majoritairement validé (Q4).

Les premières questions en rapport avec la méthode d'élaboration de la feuille de route donnent des résultats plutôt positifs, quel que soit le territoire. Une modulation toutefois pour ce qui concerne la question 10 portant sur le réalisme du calendrier. Si la réponse brute OUI-NON fait ressortir une majorité d'appréciations positives, les commentaires apportés par les répondants sont beaucoup plus en retrait, dégageant plutôt au final un « OUI, mais ».

Globalement les répondants se reconnaissent dans les plans d'action élaborés, les estiment cohérents avec le diagnostic. De ce point de vue, on peut estimer que l'adhésion des acteurs obtenue à l'issue de la phase diagnostique s'est maintenue en phase II.

3.3.2 Phase de mise en œuvre de la feuille de route (phase III)

Le faible nombre de réponses par rapport à la base consultée invite à accorder une attention plus particulière aux commentaires apportés par 40 répondants (soit la moitié de l'effectif)

Le thème qui revient le plus fréquemment est **celui du temps**, considéré comme trop court. Cette perception est souvent associée à un manque de disponibilité de la part de pilotes déjà très accaparés par leurs responsabilités professionnelles.

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

Objectifs du questionnaire

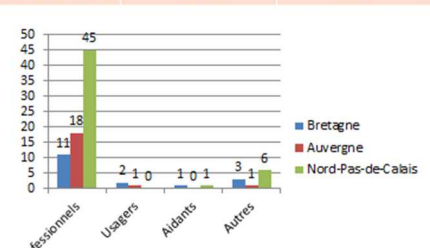
- Evaluation de la démarche proposée par l'ANAP auprès des participants
- Une base de travail pour les ateliers du séminaire
- Des données pour une amélioration de notre approche

Données de base et méthode

- L'ensemble des participants à la démarche a été contacté :
 - 262 personnes
 - 80 réponses complètes et exploitables (69 %)
 - 27 réponses contenant des commentaires
- Les réponses ont été analysées quantitativement et les commentaires ont fait l'objet d'une analyse thématique qualitative


Participation au questionnaire

REGIONS	REPONSES	PARTICIPATION
BRETAGNE	17 / 55	30,9%
AUVERGNE	18 / 55	32,7%
NORD-PAS-DE-CALAIS	45 / 152	29,6%




Pour l'ensemble des participants

Participation des pilotes selon les régions



Qui a répondu au questionnaire

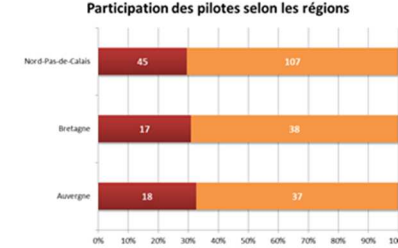
Fonctions des répondants



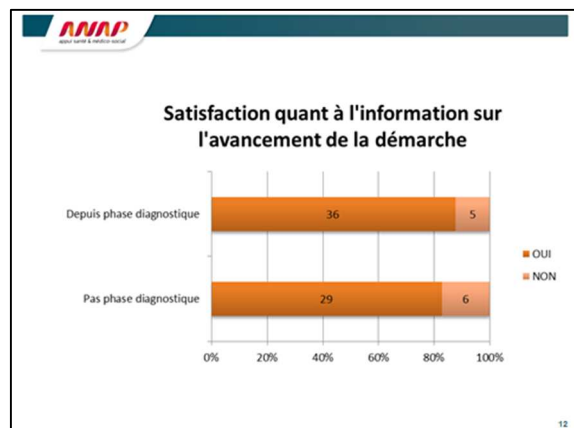
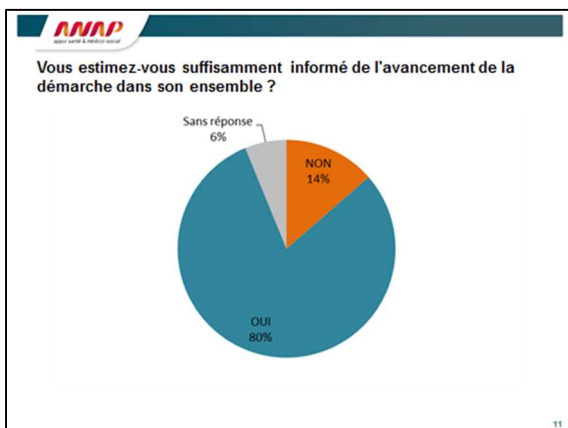
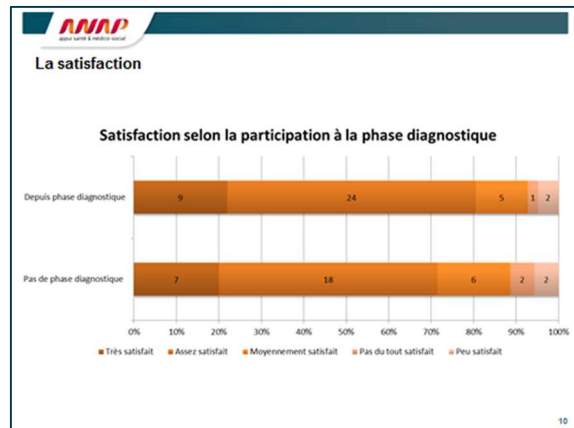
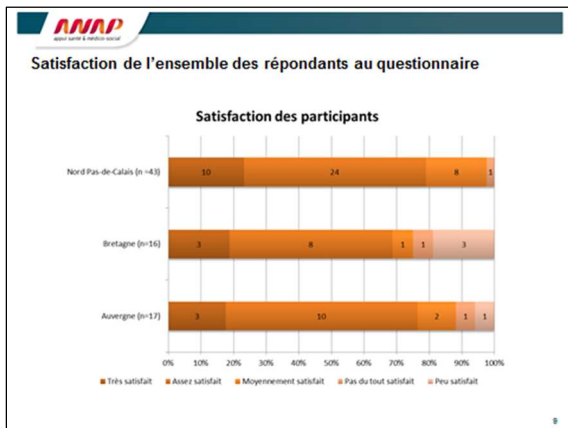
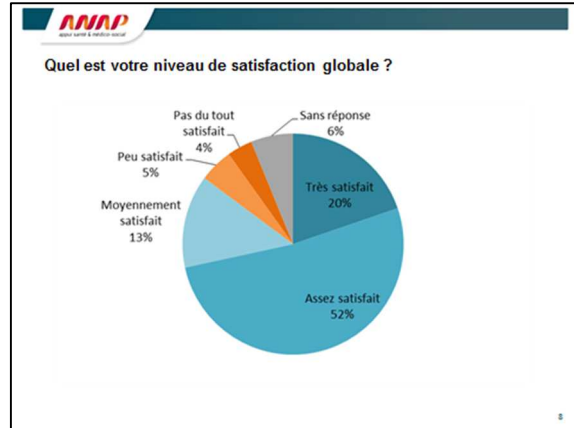
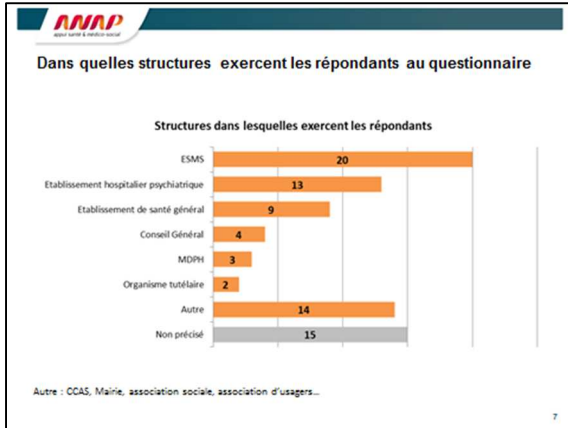
Autre : chargé de formation, chargé d'étude, secrétaire médicale...

Pour l'ensemble des participants

Participation des pilotes selon les régions

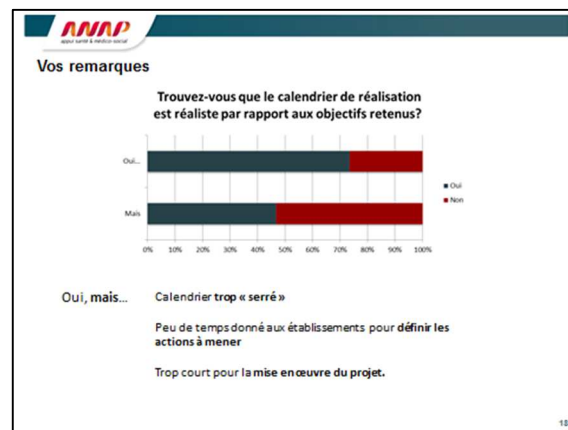
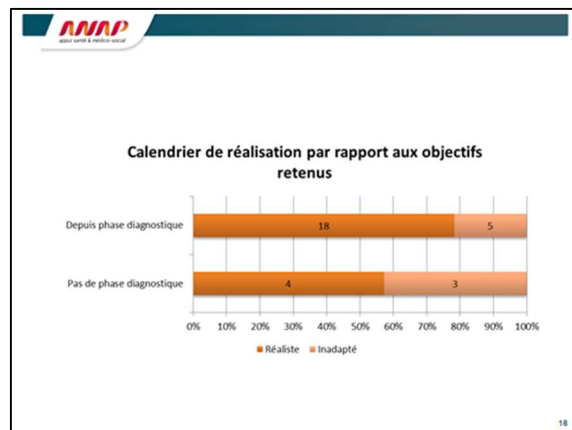
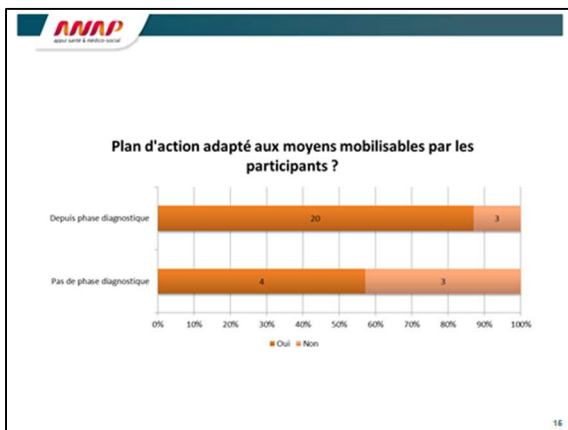
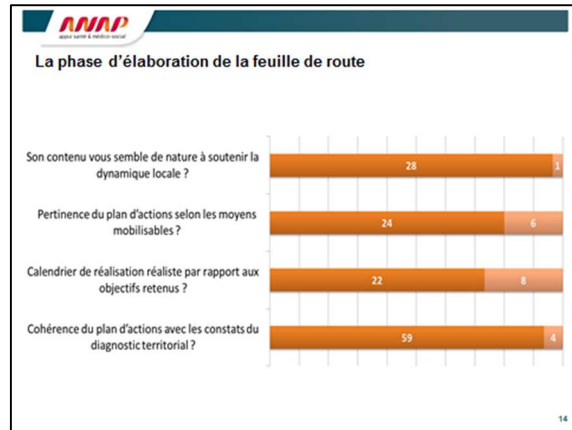
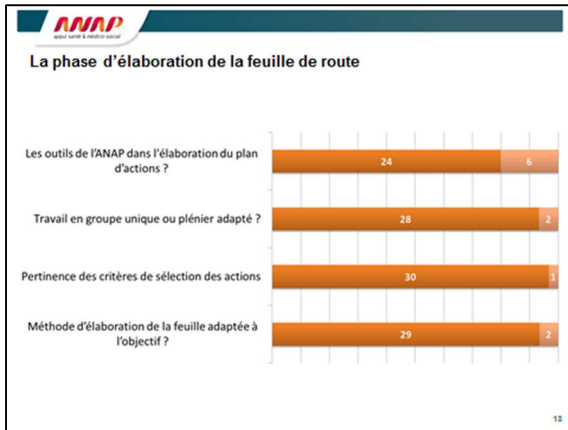


Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale
Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015



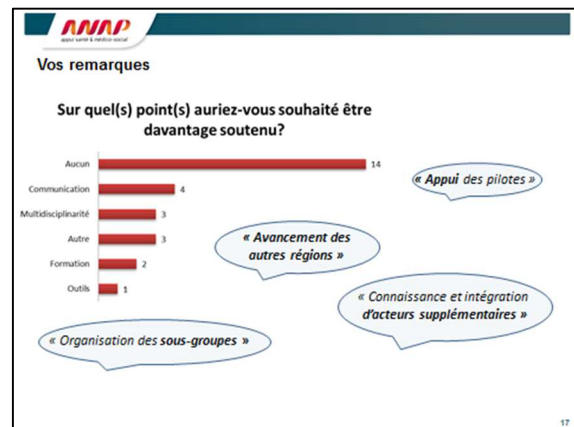
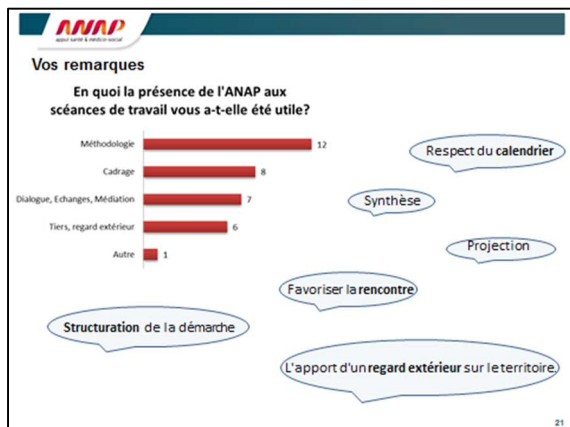
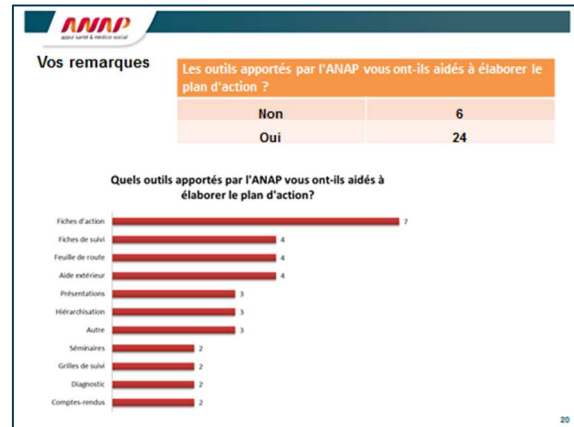
Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015



3.3.3 Les outils et le soutien apportés par l'ANAP

Dans l'ensemble les outils sont appropriés et le soutien apporté par l'ANAP jugé positif. Les items qui reviennent le plus souvent sont : **cadrage, méthode, regard extérieur, facilitation au dialogue.**



3.4 Les réponses apportées par les pilotes

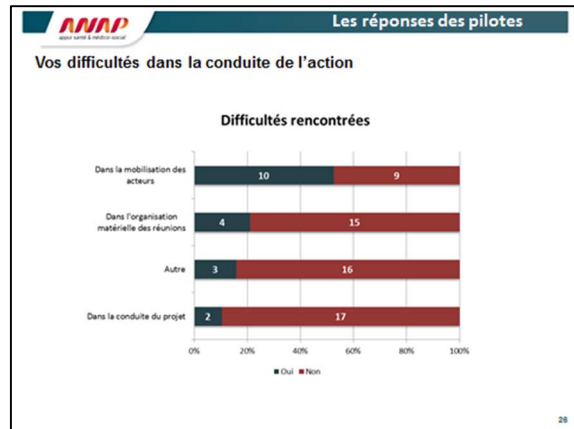
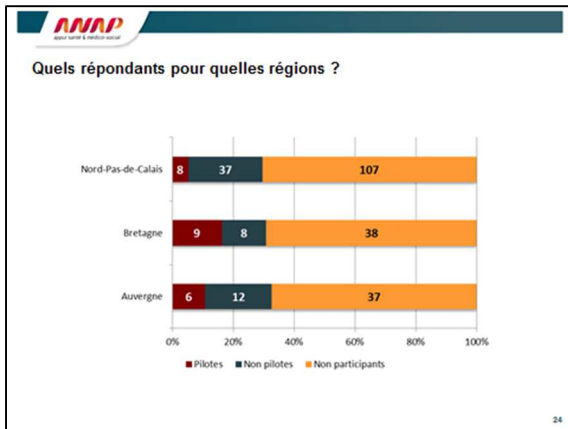
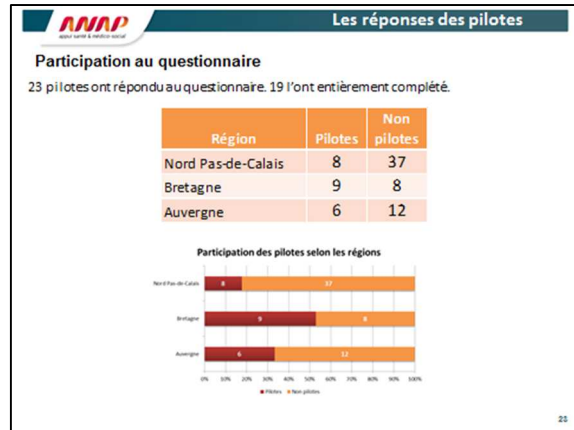
Dans la phase de mise en œuvre de la feuille de route, les pilotes sont à considérer sous deux angles différents : d'une part, ils sont responsables de(s) l'action(s) qu'ils conduisent ; d'autre part, et par-là même, ils contribuent à la réalisation du plan d'actions dans son ensemble. D'où deux groupes de questions : Q14 à Q20 concernent le pilotage de l'action tandis que les Q21 à Q24 portent sur le pilote en tant que partie prenante de la réalisation du plan d'actions dans son ensemble.

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

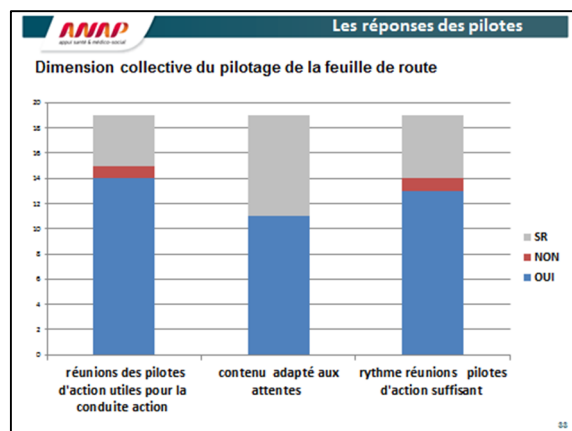
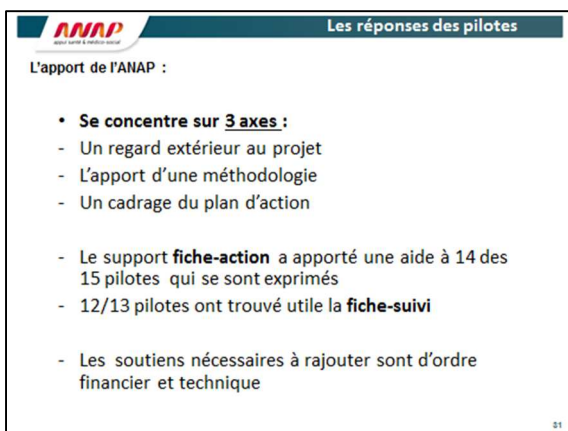
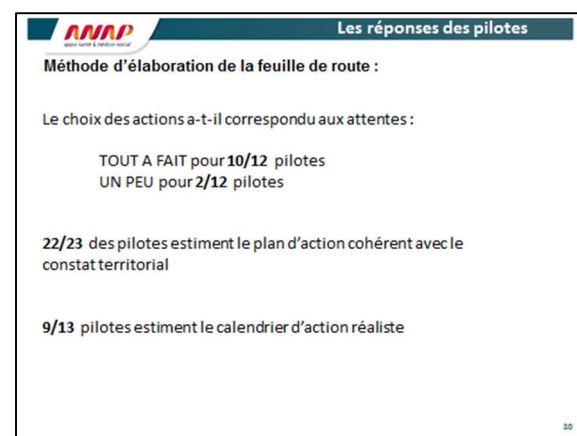
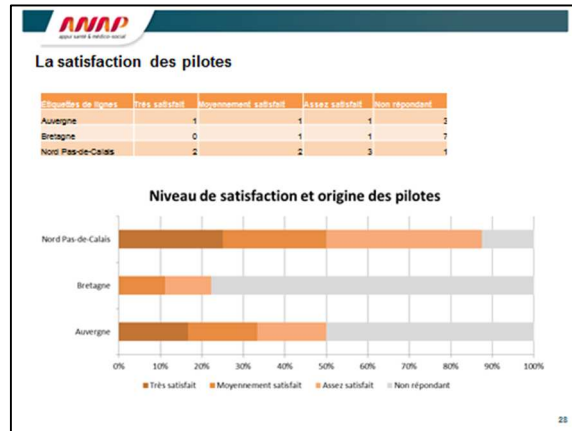
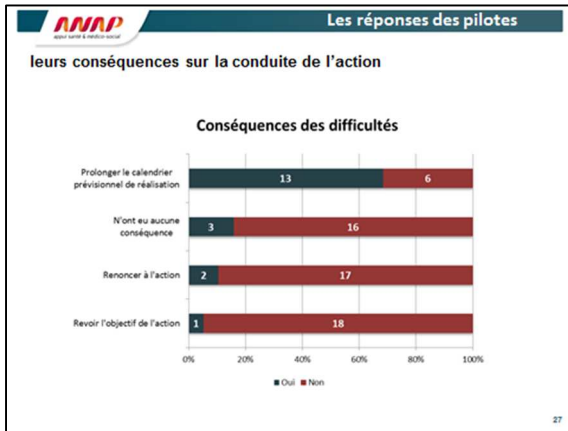
La principale difficulté rencontrée réside dans la mobilisation des acteurs. Globalement ces difficultés n'ont pas remis en cause les actions, sauf à allonger le calendrier, ce qui met bien en exergue la question de la gestion du temps. Reste à savoir si cette question peut être évitée ?

Enfin on peut noter le peu de réponses apportées aux questions portant sur le pilotage global de la mise en œuvre de la feuille de route :



Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015



4 Table ronde 1 : actions communes aux 3 feuilles de route

Issues des travaux des acteurs de terrain, les trois feuilles de route sont très différentes dans leur format et leur contenu. Il a paru intéressant d'organiser les échanges entre d'une part sur des sujets d'intérêt commun pour voir si ces sujets étaient abordés de la même manière d'un territoire à l'autre, et d'autre part, d'exposer des expériences propres à chaque territoire, afin d'élargir les références des acteurs.

Le comité de pilotage national a retenu 3 sujets d'intérêt commun :

- La création d'un Groupe d'Entraide Mutuelle est inscrite dans les feuilles de route de l'Auvergne et de la Bretagne. En Nord-Pas de Calais, cette action n'était pas formellement inscrite, mais il faut noter qu'un GEM s'est créé sur la zone de proximité de Lens Hénin pendant le déroulement de la démarche
- Les projets de créations d'un CLSM sont présents sur les 3 territoires
- La conception et le montage de modules de formations et stages croisés destinés aux professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire.

4.1 La création d'un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) – Présentation du projet porté par le CRP La Mothe dans le BSI de Montluçon - M.CHOSSON, directeur de l'établissement

Contexte : ce projet est issu de la mise en lien de deux projets : une volonté de répondre à un besoin des cérébraux-lésés (cf. réalisation d'une étude par le CREA Auvergne sur la prise en charge des cérébraux-lésés dans la région, qui montre que l'offre est très limitée) et un constat issu du diagnostic local de santé mentale sur la nécessité d'un GEM sur le BSI de Montluçon.

La présentation a suscité beaucoup de réactions dans la salle : le projet est en effet porté par une structure et non directement par les usagers eux-mêmes, ce qui paraît contradictoire avec la visée qui a présidé au principe des GEM inscrit dans la loi du 11 février 2005 : à savoir la reconnaissance de la valeur d'entraide des personnes elles-mêmes comme moyen de lutter contre le handicap. L'idée que ces petites associations naissantes puissent être épaulées par des associations ayant déjà de la bouteille était présente, mais pas dans l'idée d'un appui par des professionnels.

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

Dès lors comment amorcer le processus de création d'un GEM lorsqu'il n'existe pas d'associations d'usagers ? Le CRP la Mothe propose un support : les adhérents viendront si cela les intéresse.

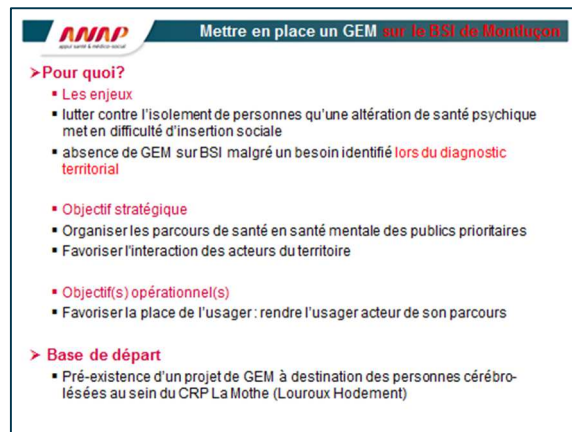
Le débat a mis en évidence les risques de malentendus sur les finalités poursuivies. Il y a donc une vigilance à exercer pour que l'esprit qui a présidé à la création des GEM ne soit pas détourné.



SÉMINAIRE DU 13 MAI 2015

TABLE RONDE 1 : thématiques communes aux feuilles de route des 3 territoires

- Mettre en place un GEM : M. CHOSSON (CRP la Mothe)
- Créer un CLSM : Mme DOLU (ARS Bretagne)
- Mettre en œuvre un plan de formations croisées : Mathieu OCHIN (CREHPSY Nord-Pas de Calais)



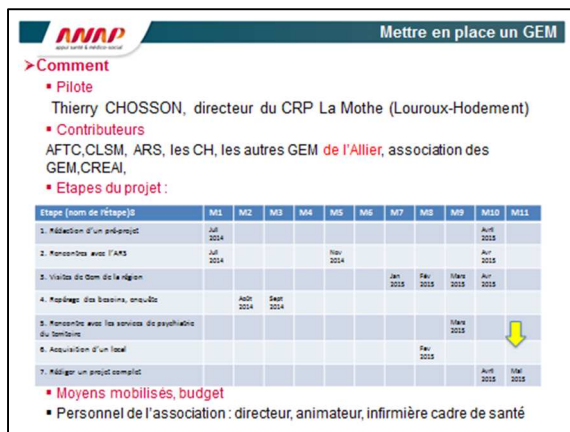
Mettre en place un GEM sur le BSI de Montfauçon

> Pour quoi ?

- Les enjeux
 - lutter contre l'isolement de personnes qu'une altération de santé psychique met en difficulté d'insertion sociale
 - absence de GEM sur BSI malgré un besoin identifié lors du diagnostic territorial
- Objectif stratégique
 - Organiser les parcours de santé en santé mentale des publics prioritaires
 - Favoriser l'interaction des acteurs du territoire
- Objectif(s) opérationnel(s)
 - Favoriser la place de l'utilisateur : rendre l'utilisateur acteur de son parcours

> Base de départ

- Pré-existence d'un projet de GEM à destination des personnes cérébrolésées au sein du CRP La Mothe (Louroux Hodement)



Mettre en place un GEM

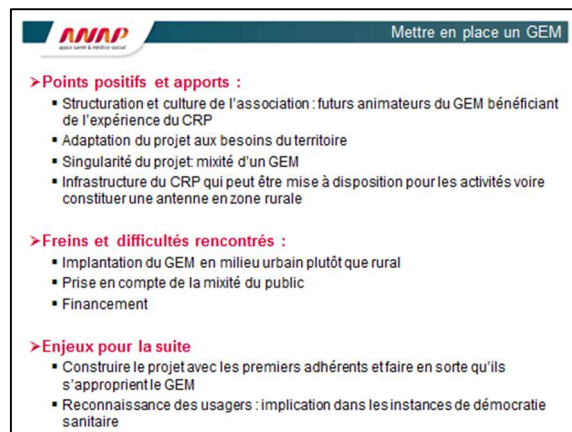
> Comment

- Pilote
 - Thierry CHOSSON, directeur du CRP La Mothe (Louroux-Hodement)
- Contributeurs
 - AFTC, CLSM, ARS, les CH, les autres GEM de l'Allier, association des GEM, CREAI,
- Etapes du projet :

Etape (nom de l'étape)	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
1. Rédaction d'un pré-projet	Jul 2014									Avr 2015	
2. Rencontre avec l'ARS	Jul 2014			Nov 2014						Avr 2015	
3. Visites de terrain de la région							Jan 2015	Fév 2015	Mars 2015	Avr 2015	
4. Rencontre des bassins, enquête			Avr 2014	Sept 2014							
5. Rencontre avec les services de psychiatrie du territoire										Mars 2015	
6. Acquisition d'un local									Fév 2015		
7. Rédiger un projet complet										Avr 2015	Mai 2015

▪ Moyens mobilisés, budget

▪ Personnel de l'association : directeur, animateur, infirmière cadre de santé



Mettre en place un GEM

> Points positifs et apports :

- Structuration et culture de l'association : futurs animateurs du GEM bénéficiant de l'expérience du CRP
- Adaptation du projet aux besoins du territoire
- Singularité du projet : mixité d'un GEM
- Infrastructure du CRP qui peut être mise à disposition pour les activités voire constituer une antenne en zone rurale

> Freins et difficultés rencontrés :

- Implantation du GEM en milieu urbain plutôt que rural
- Prise en compte de la mixité du public
- Financement

> Enjeux pour la suite

- Construire le projet avec les premiers adhérents et faire en sorte qu'ils s'approprient le GEM
- Reconnaissance des usagers : implication dans les instances de démocratie sanitaire

4.2 Projet de création d'un CLSM en Ille et Vilaine – Présentation par M. BOISSEAU, DT 35, ARS Bretagne

Contexte : La mise en place de CLS est inscrite dans le PRS de la Bretagne. Celui du territoire 5 comprend une action sur le développement d'outil de prévention et promotion de la santé mentale. Chaque CLS comprend la thématique santé mentale et la mise en place d'un CLSM intégré au CLS. Le CLSM est impliqué dans l'organisation des Semaines de la santé mentale.

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

ANAP
appui santé & médico-social

SÉMINAIRE DU 13 MAI 2015

TABLE RONDE 1 : thématiques communes aux feuilles de route des 3 territoires

- Mettre en place un GEM : L'ARMOSSON (CRP la Mothe)
- Créer un CLSM : L Boisseau (ARS Bretagne)
- Mettre en œuvre un plan de concertation : L'ARMOSSON, L'ARME CADOU (CREAI Nord-Pas de Calais)

Agence Nationale d'appui à la Performance des établissements de santé et médico-social

ANAP
appui santé & médico-social

Finaliser la préparation du CLSM intégré au CLS de Fougères et contribuer à sa mise en œuvre(2/6)

> Un objectif stratégique de favoriser la mise en place de dispositifs de concertation et d'intégration des acteurs de proximité , avec de multiples enjeux:

- ✓ favoriser le décloisonnement des acteurs
- ✓ assurer la mise en œuvre au niveau local d'une politique de santé mentale
- ✓ mettre en place une observation en santé mentale sur le Pays de Fougères
- ✓ mettre en place un dispositif de gestion des cas complexes

ANAP
appui santé & médico-social

Finaliser la préparation du CLSM intégré au CLS de Fougères et contribuer à sa mise en œuvre(3/6)

>Un pilotage projet ARS par la délégation territoriale d'Ille et Vilaine

> Un pilotage de terrain et de proximité par l'animatrice territoriale de santé du Pays de Fougères

>Des acteurs multiples (CH,EMS, CG, CDAS, bailleurs sociaux,...) avec une gouvernance du projet portée par le CCAS

ANAP
appui santé & médico-social

Finaliser la préparation du CLSM intégré au CLS de Fougères et contribuer à sa mise en œuvre(4/6)

>Un calendrier de réalisation réaliste 2015 :

Etape (nom de l'étape)	11/2014	M2	M3	M4	M5	04/2015	05/2015	06/2015	07/2015	
1. Signature CLS de Fougères	■	■					↓			
2. Constitution groupe action				■	■	■		X		
3. Constitution comité de pilotage issu du CLS								X		
4. Définition instance de gouvernance et de coordination							■		X	
5. Signature convention et mise en place										X

ANAP
appui santé & médico-social

Finaliser la préparation du CLSM intégré au CLS de Fougères et contribuer à sa mise en œuvre(5/6)

>Des enjeux et des points de vigilance à venir sur :

- ✓ le respect du calendrier afin de ne pas démobiliser les acteurs
- ✓ une articulation à travailler entre travaux du CLS et projet ANAP pour en faciliter le suivi
- ✓ assurer une gouvernance du CLSM garantissant sa pérennisation
- ✓ Définir les modalités de financement du temps de coordination

ANAP
appui santé & médico-social

Finaliser la préparation du CLSM intégré au CLS de Fougères et contribuer à sa mise en œuvre(5/6)

>Des premiers travaux encourageant avec:

- ✓ une première réunion en avril dernier afin de définir le calendrier et modalités de travail et d'identification des acteurs
- ✓ Une forte mobilisation des acteurs locaux avec 40 participants
- ✓ Une demande forte et une adhésion à la démarche dans la continuité de ceux menés dans le cadre du CLS confirmant la dynamique du secteur

Dr LOUVRIER (le Cheval Bleu) : « La zone de proximité de Lens-Hénin comprend 49 communes réparties entre deux communautés d'agglomération. La capacité des professionnels de santé à se mobiliser est préexistante, les principales difficultés résident dans l'implication des élus : il est difficile de définir des lignes consensuelles. Les problématiques de santé ont été très peu travaillées et la santé mentale a

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

constitué une grande découverte. Certains élus sont sensibilisés, et comprennent les enjeux, mais la dimension politique n'est pas simple. Une approche par étapes successives a été adoptée, le Cheval Bleu s'est chargé d'être le pilote d'une des actions. Les CLS étaient très axés sur la recomposition hospitalière, les contrats de ville ne portent pas vraiment sur la santé mentale. On ne peut donc avancer qu'au rythme d'ensemble. La coordination des cas complexes est mise en place sur la base de pratiques qui ont été améliorées et structurées. »

BSI Montluçon : *« La semaine de la santé mentale organisée en mars 2014 nous a réunis. On s'est dit avec quelques élus : « pourquoi ne pas se lancer dans un CLSM » ? Le grand questionnement a porté sur l'articulation entre les différents acteurs. On est parti sur le bon vouloir des acteurs du terrain, et la recherche de financement, notamment par les fonds européens, pour recruter un coordinateur du CLS et du CLSM. Pas encore de signature, mais mise en place de commission de cas complexes et communication. »*

ANAP : *« La création des CLSM n'est pas un processus très simple. On constate à travers l'expérience des trois territoires que le fait d'avoir des habitudes de travail facilite la mise en place de réflexions communes. La question des financements se pose ».*

4.3 Mettre en œuvre un plan de formations et de stages croisés. Présentation du plan proposé par le CREAI Nord-pas de Calais et le CREHPSY Nord Pas de Calais – M.OCHIN, directeur du CREHPSY

Contexte : la feuille de route de la ZP de Lens Hénin a confirmé un fort besoin de connaissance et d'interconnaissance entre les acteurs du territoire. Le CREAI déjà impliqué auprès de l'ARS et du Conseil départemental du Pas de Calais a conçu avec le CREHPSY le module pédagogique comportant des formations théoriques (3 jours de formations en présentiel) complété par des stages croisés (3 jours) intégrant les services sociaux du conseil départemental. L'UNAFAM a été associée à la conception et à l'animation de ce dispositif. Les stages ont été particulièrement plébiscités par les participants (attirait pour les services de psychiatrie).

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale
Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

ANAP
appui santé & médico-social

SÉMINAIRE DU 13 MAI 2015

TABLE RONDE 1 : thématiques communes aux feuilles de route des 3 territoires

- Mettre en place un GEM : M. CHOSSE
- Créer un CLSM : Mme DOUO (ARS Bretagne)
- Mettre en œuvre un plan de formations stages croisés : Mme CADOU (CREAI Nord-Pas de Calais) – M. OCHIN (CREHPSY Nord-Pas de Calais)

Agence Nationale d'appui à la Performance des établissements de santé et médico-social

ANAP Fiche 4-45 : Mettre en œuvre des formations croisées

>Pour quoi?

- **Les enjeux:**
 - Acculturation des acteurs à la question du handicap psychique
 - **Objectif stratégique**
 - Maillage des acteurs
 - **Objectif(s) opérationnel(s)**
 - Développer un socle commun de connaissances du handicap psychique
 - Favoriser l'identification des répercussions de ces troubles dans la vie quotidienne de la personne
 - Promouvoir les partenariats
- **Base de départ**
 - Pas de prérequis spécifiques pour les participants à l'action de formation
 - Engagement important des acteurs institutionnels, des responsables d'établissements et des participants

ANAP Fiche 4-45 : Mettre en œuvre des formations croisées

>Comment

- **Pilotes:** CREAI CREHPSY
- **Contributeurs:** Acteurs institutionnels : ARS, Conseil Départemental du Pas de Calais, 9 services de santé (3 ES), 14 établissements et services médico-sociaux et 8 services sociaux de Lens-Hénin
- **Planning-Etapes**

Etape	nov	dec	janv	fév	mars	avril	mai	juin
1. Analyse des besoins et élaboration de l'action	X		X					
2. Réalisation de 3 sessions de formation				X	X	X		
3. Réalisation des stages croisés				X	X	X	X	X
4. Réalisation d'une journée fin de session de formation								X
5. Evaluation dans le cadre du COPL								X

- **Moyens mobilisés**
- **Budget:** Financement par l'ARS pour la formation de 46 professionnels
- **Co-pilotage** Creai – Crehpsy, Mobilisation des directeurs d'établissements et tuteurs d'accueil pour les stages, Implication des stagiaires
- **Lieux de formation** présentiel, Lieux de stage

ANAP Fiche 4-45 : Mettre en œuvre des formations croisées

>Points positifs et apports

- Importance des stages dans les différents services
- Participation de l'unafam
- Action très adaptée aux besoins locaux d'interconnaissance

>Freins et difficultés rencontrés

- Vigilance sur la dimension temporelle et organisationnelle (circonstanciel à ce projet)

>Enjeu pour la suite

- Poursuite et développement de l'action: besoin d'autres sessions de formation sur le territoire de la CALL-CAHC pour les autres professionnels
- Besoin de développement de sessions de formation sur le Nord/Pas de Calais.
- « faire les stages croisés avant la formation »?

ANAP appui santé & médico-social

Retour d'expérience

Nombre de participants par secteur

Nombre de participants par type de métier

Animation binôme cadre de santé et infirmière

Présentation par l'UNAFAM « Quelle place pour les familles » et débats

« On inscrit le parcours du patient dans sa globalité, dans une logique de territoire, l'avenir c'est d'inscrire le patient dans son parcours de soin / nous avons une cause commune sanitaire, sociale et médico-sociale »

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

Le coût de la formation : 35-40K€ qui ont financé la partie ingénierie pédagogique; deux nouvelles sessions de 15 personnes « ne coûteraient plus » que 14K€). Les usagers n'étaient pas présents dans la partie formation. Cela pourrait être un axe intéressant de développement par la suite.

Mme DUGAS (ARS Bretagne) : *« Nous n'en sommes pas au même stade en Bretagne, où il y a eu assez peu d'expériences de formations croisées ; deux concernant la santé mentale ont été portées par des CLSM (Brest et Morlaix), ce sont des formations de 10 à 18 jours par an, centrées sur la constitution et transmission d'un socle commun de connaissances. L'étape d'évaluation des besoins est importante (essentiel du temps des 3 derniers mois). Deux axes : 1/ Volonté forte d'associer les médecins traitants, ce qui a des conséquences fortes sur le format (très court : 2 fois 1 jour), et 2/ ancrer les choses sur des échanges de pratiques à partir de situations concrètes (deuxième journée d'ateliers, un peu à distance de la première et sur la base du volontariat). On se pose la question du stage : il y a des demandes... L'élaboration d'un cahier des charges est en cours. »*

Mme CHAROBERT (ABSIM) : *« Le collectif médico-social ABSIM est pilote de l'action conduite sur le BSI de Montluçon. Le projet n'est pas aussi avancé qu'en Nord Pas de Calais. A partir de constats similaires (faible connaissance de l'offre du territoire, faible mobilisation des acteurs sur le handicap psychique, un problème d'interconnaissance, un manque d'articulation entre acteurs des champs hospitalier, médico-social et social), identification préalable des besoins de formation, ce qui passe par une étude, la réalisation d'une cartographie pour déterminer un programme. La réflexion sur les financements est en cours. »*

J-Y.BARREYRE (ANCREAI) insiste sur la question du financement : *« dans un contexte budgétaire serré, toutes les ARS ne vont pas faire investir dans ce type d'actions. On a tendance à mettre la question du financement à côté de la démarche. Il faudrait intégrer cette dimension dans la stratégie des projets. Unifaf déjà convaincue, il faut que les ARS et les CG incitent le CNFPT. »*

ANAP : *« Ces échanges montrent l'importance d'apprécier la plus-value de ces expériences et de leurs effets ».*

Si la satisfaction des stagiaires à l'issue de la formation est avérée, il faudrait procéder à une évaluation plus poussée à terme.

5 Table ronde 2 : des actions emblématiques à partager

5.1 Processus d'évaluation-orientation des situations de handicap psychique mis en place par la MDPH 35 – Mme EVEN, ARS Bretagne

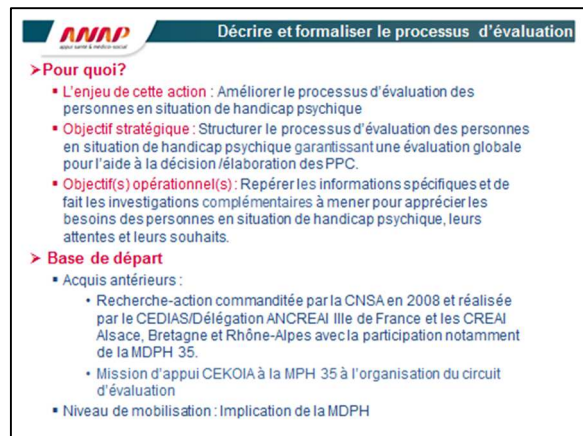
Contexte : Ce projet s'est appuyé sur des travaux antérieurs de la MPDH avec le CEDIAS (avec les CREAI Alsace et Rhône-Alpes) ; la MDPH 35 s'est également rapprochée de la MDPH 78 (trityque).



SÉMINAIRE DU 13 MAI 2015
TABLE RONDE 2 : actions spécifiques

-Processus d'évaluation-orientation des situations de handicap psychique :
Sylvie DUGAS, ARS Bretagne

-Eviter les hospitalisations de longue durée inadéquates
la « commission réseaux établissements médico-sociaux » de la MDPH 35
M. LEPEBYRE Centre hospitalier d'Hélian Beaumont
Commission partenariale « cas complexes » du BS de la MDPH 35
Commission des CREAIA, CREAIAH



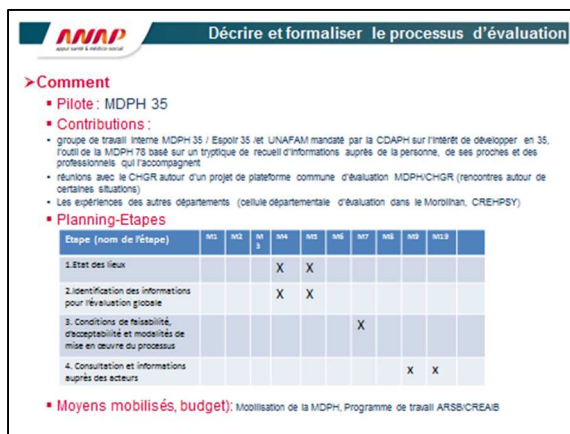
Décrire et formaliser le processus d'évaluation

> **Pour quoi ?**

- **L'enjeu de cette action :** Améliorer le processus d'évaluation des personnes en situation de handicap psychique
- **Objectif stratégique :** Structurer le processus d'évaluation des personnes en situation de handicap psychique garantissant une évaluation globale pour l'aide à la décision / élaboration des PPC.
- **Objectif(s) opérationnel(s) :** Repérer les informations spécifiques et de fait les investigations complémentaires à mener pour apprécier les besoins des personnes en situation de handicap psychique, leurs attentes et leurs souhaits.

> **Base de départ**

- **Acquis antérieurs :**
 - Recherche-action commanditée par la CNSA en 2008 et réalisée par le CEDIAS/Délégation ANCREAI Ile de France et les CREAI Alsace, Bretagne et Rhône-Alpes avec la participation notamment de la MDPH 35.
 - Mission d'appui CEKIOIA à la MDPH 35 à l'organisation du circuit d'évaluation
- **Niveau de mobilisation :** Implication de la MDPH



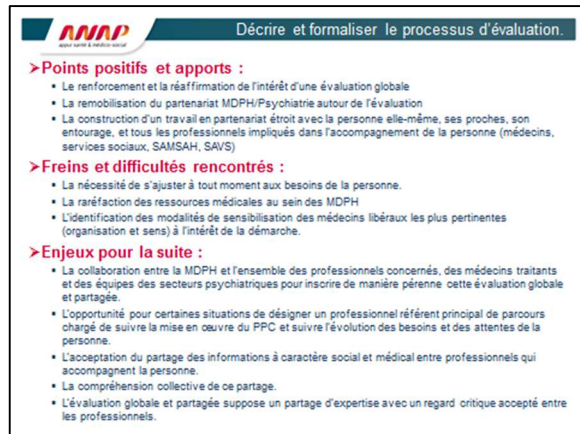
Décrire et formaliser le processus d'évaluation

> **Comment**

- **Pilote :** MDPH 35
- **Contributions :**
 - groupe de travail interne MDPH 35 / Espoir 35 et UNAFAM mandaté par la CDAPH sur l'intérêt de développer en 35, l'outil de la MDPH 78 basé sur un triptyque de recueil d'informations auprès de la personne, de ses proches et des professionnels qui l'accompagnent
 - réunions avec le CHGR autour d'un projet de plateforme commune d'évaluation MDPH/CHGR (rencontres autour de certaines situations)
 - Les expériences des autres départements (cellule départementale d'évaluation dans le Morbihan, CREHPSY)
- **Planning-Etapes**

Etape (nom de l'étape)	MDS	M2	M3	MA	M5	M6	M7	M8	M9	M10
1. Etat des lieux				X	X					
2. Identification des informations pour l'évaluation globale				X	X					
3. Conditions de faisabilité, d'acceptabilité et modalités de mise en œuvre du processus							X			
4. Consultation et informations auprès des acteurs								X	X	

▪ **Moyens mobilisés, budget :** Mobilisation de la MDPH, Programme de travail ARSB/CREAI



Décrire et formaliser le processus d'évaluation

> **Points positifs et apports :**

- Le renforcement et la réaffirmation de l'intérêt d'une évaluation globale
- La remobilisation du partenariat MDPH/Psychiatrie autour de l'évaluation
- La construction d'un travail en partenariat étroit avec la personne elle-même, ses proches, son entourage, et tous les professionnels impliqués dans l'accompagnement de la personne (médecins, services sociaux, SAMSAH, SAVS)

> **Freins et difficultés rencontrés :**

- La nécessité de s'ajuster à tout moment aux besoins de la personne.
- La rareté des ressources médicales au sein des MDPH
- L'identification des modalités de sensibilisation des médecins libéraux les plus pertinentes (organisation et sens) à l'intérêt de la démarche.

> **Enjeux pour la suite :**

- La collaboration entre la MDPH et l'ensemble des professionnels concernés, des médecins traitants et des équipes des secteurs psychiatriques pour inscrire de manière pérenne cette évaluation globale et partagée.
- L'opportunité pour certaines situations de désigner un professionnel référent principal de parcours chargé de suivre la mise en œuvre du PPC et suivre l'évolution des besoins et des attentes de la personne.
- L'acceptation du partage des informations à caractère social et médical entre professionnels qui accompagnent la personne.
- La compréhension collective de ce partage.
- L'évaluation globale et partagée suppose un partage d'expertise avec un regard critique accepté entre les professionnels.

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

L'évaluation de la situation de la personne commence par un certificat médical qui est pour l'instant inadapté, alors que des instruments existent. Améliorer ces aspects permettrait aux MDPH **d'améliorer leur travail.**

A.DEPAIGNE-LOTH (HAS) : *« Un travail autour du certificat et de bonnes pratiques de rédaction de ce certificat médical est inscrit au programme de la HAS en psychiatrie et santé mentale. Il s'agit de formaliser une fiche mémo ; la cible principale sont les médecins généralistes. La CNSA va participer aux travaux. Intéressant aussi d'explorer des pistes tentées dans d'autres départements tels le 77 ou le 78 à propos de la mobilisation des MG et pédiatres sur le handicap et en particulier l'autisme ; lorsque vous vous posez une question, nous vous proposons à vous aider à construire le diagnostic, par téléphone ou par mail. »*

P.MARIOTTI (CHAI Isère) : *« Le débat met en évidence un principe de réalité qui est que tout se joue département par département : ne pas fonder d'espoir sur des orientations nationales ; dans l'Isère, tendance à mettre en place au-dessus du dispositif un dispositif qui va gérer les cas les plus complexes qui sont aussi les plus urgents, mais pourquoi le sont-ils devenus ? Le système appelle une simplification, car c'est complexe en particulier pour les aidants... ».*

5.2 Eviter les hospitalisations de longue durée inadéquates : la « commission réseaux établissements médico-sociaux » (CREMS) – M. LEFEBVRE (Centre hospitalier d'Hénin Beaumont)

Contexte : le centre hospitalier d'Hénin est un centre hospitalier général. Restructuration interne de l'offre de soins en psychiatrie une nouvelle répartition des unités de soins assortie d'une diminution des capacités en hospitalisation complète : de 100 lits à 90 puis à 75 lits, et d'un développement de structures externes. Cette révision s'est traduite au niveau des pratiques en créant un réseau avec les structures médico-sociales environnantes pour permettre de trouver des solutions adaptées pour des personnes hospitalisées longuement sans nécessité de soins : 52 personnes sont ainsi sorties de l'établissement en un an grâce au travail de cette commission qui associe 22 professionnels de l'établissement.

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale
Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

ANAP
appui santé & médico-social

SÉMINAIRE DU 13 MAI 2015

TABLE RONDE 2 : actions spécifiques

-Processus d'évaluation-orientation des personnes en handicap psychique :
Agnès-Yvonne EVEN, ARS Bretagne

-Éviter les hospitalisations de longue durée inadéquates :
la « commission réseaux établissements médico-sociaux » (CREMS)
M. LEFEBVRE Centre hospitalier d'Hénin-Beaumont

- Commission partenariale « cas complexes » du BSJ de Valenciennes
M. LEBLANC, ARS FEAH

Agence Nationale d'Appui à la Performance
des établissements de santé et médico-sociaux




ANAP
appui santé & médico-social

CREMS

COMMISSION RESEAU ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

> Pour quoi?
UNE REPONSE A UN DYSFONCTIONNEMENT ET UNE ORGANISATION FIGEE



- Favoriser les sorties d'hospitalisation
- Créer des liens forts en prenant en compte le secret partagé entre sanitaire et médico-social
- Favoriser la ré-insertion sociale des patients

> Complémentaire des fiches actions:
FA : 39 : « Mettre en place des synthèses partenariales sanitaires et médicosociales »
FA 29-31 : « Mettre en place et formaliser les coopérations Etablissements de Santé Mentale et Etablissements Médico-sociaux »

ANAP
appui santé & médico-social

CREMS

> Comment?

- **Création d'un répertoire des ressources** : identification des structures médico-sociales, leurs spécificités, leur fonctionnement en allant les visiter et en les invitant
- **Alimentation du répertoire** avec les compte-rendu, des photos, dossiers ,règlements intérieurs, livret, etc...
- **Alimenter les relations avec les établissements médico-sociaux de manière régulière** et diverses (visites, formations régulières et stages croisés, information régulière)
- **Faciliter les échanges et réponses rapides**: écoute et permanence mails et téléphoniques uniques, relais assuré avec le CMP, aller vers les établissements et les patients en évitant l'hospitalisation, mise à disposition, etc...
- **Un travail de passerelle et d'espace d'accompagnement USAP** (Unité de Soins et d'Accompagnement au Projet de vie)

ANAP
appui santé & médico-social

CREMS EN CHIFFRES

2 secteurs de psychiatrie concernés (Carvin et Hénin-Beaumont)

52 patients sorties d'hospitalisation de juin 2013 à Décembre 2014

24 membres

43 structures partenaires

0 Retour en hospitalisation

ANAP
appui santé & médico-social

CREMS

> « Ils l'ont vécu »

- **Les professionnels**
« Cela a permis aux soignants de reprendre pouvoir sur les projets de soins et de vie, reprendre un espace de travail dans lequel ils sont plus autonomes et responsables, ce qui revalorise la profession d'IDE et le travail en réseau »
- **Les familles**
« Bien que parfois réticentes lors de l'élaboration des projets de vie, les familles ont confiées être soulagées »
- **Les usagers**
« Les patients semblent épanouis, certains ont manifesté des aptitudes d'adaptation qui ont surpris les soignants. Quelques troubles se sont rapidement améliorés, certains ont totalement disparus »

→ Il y a un effet systémique, les patients sont plus actifs, les soignants sont plus actifs, le système est plus actif, c'est une bouffée d'air pour les patients. En s'éloignant de la maladie et des perceptions du mot « patient », il devient personne et acteur ayant des besoins, des envies ceci influençant les représentations professionnelles et la relation personne/soignant



ANAP
appui santé & médico-social

CREMS

> Freins et difficultés rencontrés :

- Les orientations MDPH parfois en décalage avec les projets de vie élaborés par les usagers
- Moyens mis à disposition à développer (humains et matériels...)

> Enjeux pour la suite

- Déploiement entre les pôles du CHHB, avec le CHLENS... et autres structures sanitaires et médicosociales
- Développer une collaboration au sein de cette commission permettant un rayonnement territorial, en faveur de l'accompagnement des personnes présentant un handicap psychique et dont le projet de vie s'oriente vers un hébergement en structure médicosociale

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

Mme BARRES (CPN ANAP) rappelle le travail mené par la MNASM sur la mobilisation des services hospitaliers sur les hospitalisations au long cours : *« La question de l'hospitalisation inadéquate doit s'envisager sous l'angle du droit des patients à bénéficier de soins adaptés (de la même façon que la formation des professionnels répond à un droit à être formé). Enfin, ce n'est pas parce que l'hospitalisation est inadéquate qu'il ne faut pas définir un projet de soins. »*

M.LEFEBVRE énumère les facteurs très divers qui concourent à produire des hospitalisations inadéquates. *« Dans le cas d'Hénin, il fallut faire un bilan très précis des patients qui occupaient les lits ; beaucoup n'avaient pas d'orientation MDPH, volonté institutionnelle de les garder... Volonté de remettre en doute le fonctionnement existant et de le faire évoluer. Idée d'accepter le fait qu'on fasse « mal » et d'aller chercher de l'aide autour de nous. On est allé visiter d'autres structures qui étaient proches, mais qu'on connaissait mal (important d'améliorer la « vision supérieure »). Cela a mis du temps (2 ans) à se créer. »*

JF BAUDURET (CSO ANAP) *« sur les inadéquations : ne pas épouser la logique de Bercy qui consiste à dire il faut fermer des lits dans le sanitaire, pour passer dans une structure à financement Conseil départemental ou mixte. Il est des hospitalisations longues qui sont fondées et d'autres qui ne le sont pas : ne pas dire que toute hospitalisation longue est inadéquate. Il y a aussi des prises en charges inadéquates dans d'autres structures sanitaires ou médico-sociales (ex retour dans le sanitaire en cas de décompensation). Il y a aussi des accompagnements médico-sociaux et des soins inadéquats. »*

5.3 Commission partenariale « cas complexes » - Mme DESCHARNES, APEAH (BSI Montluçon)

Contexte : Cette commission partenariale en cours de constitution sur le BSI de Montluçon constitue une première concrétisation de la volonté des acteurs locaux de travailler ensemble tous domaines confondus dans la perspective de la création d'un CLSM en cours de construction.

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015




appui santé & médico-social

SÉMINAIRE DU 13 MAI 2015

TABLE RONDE 2 : actions spécifiques

- Processus d'évaluation-orientation des personnes au handicap psychique :
Sylvie DUGAS, ARS Bretagne
- Éviter les hospitalisations de longue durée inadéquates
- La « commission réseau établissements médico-sociaux (CRESM) »
M. L. FEFREYRE Centre hospitalier d'Héliès Beaumont
- Commission partenariale « cas complexes » du BSI de Montluçon :
Mme DESCHARNES, AFEAH

Agence Nationale d'Appui à la Performance
des établissements de santé et médico-sociaux


Commission partenariale « cas complexes »

> Pourquoi ?

- Les enjeux
 - Manque de sollicitations réciproques et de communication des acteurs.
 - Manque de solutions pour les cas complexes (exemple : situations d'incurie).
- Objectifs stratégiques
 - Favoriser l'entrée dans les parcours de santé en santé mentale.
 - Organiser les parcours de santé en santé mentale des publics prioritaires.
 - Favoriser l'interconnaissance des acteurs.
- Objectif opérationnel
 - Adapter l'accès aux soins et aux prises en charge des personnes.

> Base de départ

- Regroupement des partenaires autour de l'organisation des SISM.
- Projet de CLSM : 4 commissions dont la commission cas complexes.




Commission partenariale « cas complexes »

> Comment ?

La démarche a constitué tout d'abord à définir les situations complexes

- Les situations complexes sont :
 - Une combinaison de problèmes interagissant ensemble (sac de nœud),
 - A laquelle s'ajoute la souffrance de la personne concernée et/ou professionnels qui peuvent avoir un sentiment d'impuissance,
 - Ce processus interactif (inadéquation entre les besoins et les solutions proposées) conduit à un blocage et/ou à l'impossibilité pour un acteur institutionnel d'agir seul efficacement (du fait de son cadre d'intervention et des limites de ses missions).
- Les cas complexes ne sont pas de situation d'urgence
- La procédure de saisine : fiche de saisine puis 1 réunion toutes les 8 semaines



Commission partenariale « cas complexes »

> Comment ?

Un appui aux acteurs institutionnels pour :

- Deux objectifs

> 1. **Débloquer une situation**
Analyse au cas par cas de situations actuelles (bilan global de la situation) suivies de propositions et d'orientations coordonnées.

> 2. **Anticiper les situations**
Echanges de pratiques et anticipation à partir des expériences passées et des problématiques récurrentes.




Commission partenariale « cas complexes »

▪ Planning-Etapes

Etape (nom de l'étape)	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
1. Émergence du concept de la commission lors des réunions CLSM	Jun 2014											
2. Création d'un sous-groupe « commission cas complexes »	Jun 2014											
3. Rédaction d'un document de présentation du projet de commission			Jul 2014									
7. Définir la fréquence des réunions de la commission			Jul 2014									
4. Rédiger et valider la charte (protocole déontologique)										Aur 2015	Ma 2015	
5. Rédiger et valider le protocole de saisine et le fiche d'ordre										Aur 2015	Ma 2015	
6. Désigner les membres permanents de la commission et établir un protocole avec leur employeur										Aur 2015	Ma 2015	
8. Créer la boîte aux lettres et désigner le responsable de la relève												

- Moyens mobilisés, budget
 - Demande financement européen LEADER d'un coordonnateur CLSM
 - Fonds propres
 - 4 réunions de la commission depuis juillet 2014



Commission partenariale « cas complexes »

> Points positifs et apports

- Forte mobilisation des personnes impliquées sur le long terme.
- Approche pluri-professionnelle, développement d'une culture commune, décloisonnement, interconnaissance.
- Élaboration d'une charte de déontologie et d'un règlement intérieur.

> Freins et difficultés rencontrés

- Nécessité d'un engagement institutionnel pour la pérennité de la commission.
- Mobilise beaucoup de temps.
- Limites du secret sont différentes en fonction de la profession des partenaires

> Enjeux pour la suite

- Installation officielle du CLSM
- Communiquer sur le rôle et distinguer cette commission des commissions existantes

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

Mme AUFFRET (EPST-Mairie de Paris) exprime la crainte que sur la gouvernance, *« il y ait une légitimité à faire piloter l'instance par un médecin. L'installation des CLSM en IDF montre qu'un des éléments qui fait que ça marche est l'autorité symbolique de la convocation par un élu, assez forte pour obliger à mettre autour d'une table des gens qui n'ont pas d'intérêt commun (certaines tensions existent et doivent perdurer par exemple entre la police et la justice) ; il faut travailler de façon approfondie sur ces freins avec des outils sociologiques et managériaux. Par ailleurs, il y a une multiplicité des lieux de synthèse (Clic, Maia, etc...) : ce « bruit » institutionnel nuit à la prise en charge de la personne. Les conclusions sont que la commission des cas complexes doit être adossée au CLSM et doit être pilotée par la même personne. »*

En Auvergne, retard pris dans l'élaboration de la charte, car il a fallu entreprendre au préalable un travail sur le « secret » entre les professionnels.

M.LEVIN (UNAFAM) : *« nous quittons le sanitaire pour aller dans le handicap psychique, où la question centrale est la personne et son projet de vie. Des institutions comme la MDPH étaient des guichets uniques et doivent devenir le premier accompagnant. Avec le rapport PIVETEAU et la mission DESSAULE un certain nombre de points d'excellence et de concepts émergent : « évaluation globale » par exemple. Qu'est-ce que c'est ? Idem, le programme « impact » pour les MDPH. On oublie que pour la personne qui a des problèmes psychiques, il faut une solution globale, et que les acteurs travaillent ensemble (sanitaire, médico-social et social, ainsi que les usagers). »*

6 Atelier 1 : De l'intention à l'action. Quelles sont les conditions d'un pilotage efficace ?

ANAP : E. PROULT et A. TAJAHMADY – **ARS** : MY. EVEN (Bretagne) et T. MONAT (Auvergne)

Discussion autour du rôle du pilote :

- Sa participation à la phase du diagnostic territorial est souhaitable ;
- Il est désigné sur la base du volontariat ;
- Il est le promoteur des actions ;
- Il est pour lui nécessaire d'asseoir sa légitimité et de valoriser ce rôle (désignation, communication) ;
- La mission de pilotage ne doit pas être trop diluée ;
- Double dimension du pilotage : à la fois partie prenante et moteur dans les actions ;
- Difficultés à mobiliser les nouveaux partenaires qui se greffent sur une démarche qu'ils ne connaissent pas toujours depuis ses débuts.

De cette discussion émerge des perceptions différentes de la démarche, et un équilibre pas toujours facile à trouver entre :

- Une approche collégiale développée au sein du groupe plénier ;
- Une approche plus institutionnelle, et ses contraintes propres.

Des difficultés à trouver la juste place des institutionnels (ARS, CD, MDPH...).

Le rôle important de la gestion de projet notamment pour que les pilotes ne soient pas isolés (réunions de pilotes).

Concernant le rôle de l'ANAP, les participants soulignent :

- Un intérêt du suivi (points réguliers...) ;
- Un besoin de mise en lien entre les trois régions.

7 Atelier 2 : Du diagnostic à la feuille de route : comment maintenir la dynamique territoriale ?

ANAP : B.SERVANT/A. FAUCONNIER - ARS : R. ROBIOLLE et I. LOENS

- La création d'une **dynamique territoriale** repose sur la connaissance antérieure des acteurs entre eux, liée aux initiatives antérieures (séminaires, journées ou semaines du handicap psychique ou de la santé mentale, collectif d'associations...). Lié au **réseau préexistant**.
Éléments forts maintenant une dynamique territoriale ;
- Connaissance et interpénétration des actions inscrites à la feuille de route liée à la participation de plusieurs acteurs dans la mise en œuvre de différentes actions. ;
- Importance de la fréquence des réunions COPIL afin de maintenir le « **ciment** » du groupe.
- Niveau régional : profil du pilote idéal = **non institutionnel**, reconnu ;
- L'ARS et le Conseil départemental sont des moteurs importants d'impulsion d'une dynamique territoriale ;
- Tenir compte que le projet a généré un changement de comportement sur le territoire ;
- Repérer d'éventuels projets parallèles sur le territoire pour piloter des actions communes;
- Le **déploiement de la démarche** dans sa globalité **génère des craintes** que le projet s'arrête au « retour d'expérience ». Néanmoins, certaines actions pourront être déployées afin de servir d'appui pour un éventuel financement. **Nécessité de résultats** (évaluation) afin de légitimer le **financement** ;
- Interrogations sur le futur : redimensionnement des territoires et modifications liées à la loi de santé. Quel avenir ?

8 Conclusion par J.F.BAUDURET

« La démarche de l'ANAP s'inscrit sous bien des aspects dans les dispositions prévues à l'article 13 du projet de loi de santé en cours de discussion : cet article opère en effet une première distinction entre la santé mentale et la psychiatrie comme discipline, et une seconde au sein de la psychiatrie ; entre la psychiatrie et la psychiatrie de secteur. Le projet relégalise le secteur psychiatrique comme forme d'organisation des soins .

Le législateur reprend le terme de « le parcours de soins et parcours de vie de personnes souffrant de troubles psychiques ».

On retrouve également le diagnostic territorial partagé dans le projet de loi de santé mentale. De même, les conseils locaux de santé mentale, les communautés psychiatriques de territoire sont prises en compte dans la loi de santé.

Par contre l'article 13 ne fait pas le lien entre psychiatrie et handicap psychique. Cela n'empêche de continuer à faire, puisque la législation sur le handicap psychique existe toujours. Il est dommage que les deux concepts n'aient pas été abordés dans le texte. Focalisation sur l'offre et pas sur les personnes concernées, en particulier les séquelles associées à la maladie.

***Ce que je retiens des 2 ateliers** c'est le fait que construire un diagnostic territorial partagé est un travail extrêmement chronophage pour les ARS : mettre en contact les acteurs, des professionnels, des institutions qui se connaissent mal ou se méconnaissent, cela prend un temps considérable de monter un dispositif pour faire réaliser cette démarche de diagnostic territorial globalement partagé par l'ensemble des acteurs.*

Ceci étant, comment fait-on pour passer à l'acte ? Par la voie de la contractualisation à travers les conventions, les CPOM et l'arsenal des dispositifs de coopérations : groupements de coopération sanitaire ouverts au secteur médico-social, les groupements de coopérations sociaux et médico-sociaux ouverts au champ sanitaire qui permettent de mettre en synergie des acteurs. Nous avons à présent les bases pour construire un parcours cohérent sur la base du diagnostic territorial partagé.

Quelques réflexions sur le travail de la matinée

Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) : ils vont être légalisés par la loi. Je crains que les modalités d'application ne soient pas à la hauteur de ce qu'il faudrait faire. Plusieurs sentiers ou configurations possibles : conseil limité à deux secteurs de psychiatrie, déconnectés de secteurs psychiatriques, etc... Le fonctionnement de ces conseils n'est pas figé et doit être adapté selon les situations. Cette diversité risque de ne pas être prise en compte par des dispositions réglementaires nécessairement uniformes. L'ANAP ferait œuvre utile en proposant une méthodologie adaptée pour la constitution et le déploiement de ce dispositif.

Les formations croisées : comment arriver à instiller une culture commune entre professionnels qui se méconnaissent ? Deux gros bataillons se font face : les infirmiers psychiatriques centrés sur le soin d'une part, éducateurs spécialisés centrés sur l'accompagnement d'autre part ... La disparition des assistantes sociales (ou leur place moins importante) dans les équipes de psychiatrie de secteur a fait perdre une ressource de discussion entre les services sociaux des conseils généraux et le médico-social => une moindre prise en compte des dimensions sociales par les équipes thérapeutiques. Les équipes sanitaires méconnaissent les dispositifs médico sociaux tels que les SAVS, ou les SAMSAH. Ces équipes mobiles qui travaillent dans la cité, peuvent fonctionner en synergie avec les VAD faites à partir des CMP. Et inversement les professionnels médico-sociaux ne connaissent pas ce qu'est un CATTP : quelle différence avec un hôpital de jour ?

Les SAVS / SAMSAH : de nombreux guides sont déjà disponibles pour leur mise en place. Voir la recherche action du CEDIAS – Références à connaître impérativement :

- « Handicap d'origine psychique et évaluation des situations – CEDIAS, CREHAI IdF, 2009 pour la CNSA
- « Handicaps d'origine psychique – une évaluation partagée pour mieux accompagner les parcours des personnes », Actes du colloque du 23 mars 2009. Dossier scientifique CNSA
- « Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? Synthèse et recommandations », décembre 2011
- « Guide méthodologique pour la création des services d'accompagnement spécialisés en faveur des personnes en situation de handicap d'origine psychique », septembre 2012

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

Je retiens également la recommandation de Jean-Yves BARREYRE ce matin : il faut prévoir d'emblée dans les réflexions des financements disponibles avant de discuter des programmes de formation à mettre en œuvre.

***Orientations des MDPH :** Les équipes techniques des MDPH sont démunies pour formaliser le plan personnalisé de compensation, en déduire la PCH psychique. Dès lors que les besoins sont variables dans le temps, il est difficile de prédire les variations des intensités des accompagnements à mettre en œuvre. D'où l'importance de développer des **centres de ressources du handicap psychique**, équipes médicotechniques qui montent des dispositifs pour calibrer les aides nécessaires dans le champ du handicap psychique. Il manque une base législative aux équipes novatrices déjà mises en place, comme c'est déjà le cas pour les UEROS... Car la CDAPH ne peut statuer que dans le champ médico-social, elle ne peut pas par exemple décider que des soins sont encore nécessaires. Cette possibilité sous forme d'une mention ou d'une indication (pas d'une obligation) pourrait être introduite dans la loi. Cela permettrait, entre autres, de faciliter un retour dans le champ de la psychiatrie en cas de décompensation. Le débat de la matinée sur le certificat médical est juste et fondé. Mais indépendamment du certificat médical, tout le problème de l'intensité de l'accompagnement auprès de la personne reste posé.*

***Hospitalisation inadéquate** je n'y reviens pas m'étant exprimé sur ce point ce matin*

***Commission partenariale des cas complexes :** le montage est compliqué. Problèmes liés aux corporatismes forts, à une mosaïque de positionnements, dénis de compétences réciproques, etc.... Les propositions du rapport PIVETEAU sont bonnes mais se limitent aux questions du handicap et n'abordent pas les problèmes liés au handicap psychiatrique. Or il existe un problème intra-psychiatrique dans la gestion des cas complexes entre UMD et psychiatrie de secteur, indépendamment des « incasables »*

***Constitution d'un GEM :** L'exemple développé de ce matin n'est pas bon, et pourtant je comprends qu'il n'y avait pas sur le site le mouvement des usagers nécessaire pour porter le projet. Il faut que le CRP La Mothe constitue avec une association un comité tripartite de pilotage qui assure la gouvernance du dispositif pour inverser la situation suzerain-vassal actuelle : ce sont les usagers qui doivent être les responsables décideurs et non l'inverse ! »*

9 Retour des participants sur le séminaire et suite des travaux

Dix-huit participants ont répondu au questionnaire d'évaluation mis en ligne après la tenue du séminaire.

- Globalement les participants ont apprécié le séminaire, les interventions et les thèmes des ateliers ;
- Plusieurs ont regretté des temps d'échanges jugés trop courts, que ce soit pour les tables rondes de la matinée ou les ateliers de l'après-midi, malgré les aménagements apportés par rapport au premier séminaire qui avait suscité les mêmes réactions ;
- Le « tiercé gagnant » des apports : expression/découverte des autres territoires/capitalisation ;
- Les résultats en termes de dynamique (inspiration et motivation) sont moins francs ;
- La volonté exprimée de voir reconduire une rencontre montre l'intérêt de ce type d'échanges dont il faudra probablement revoir le format (inviter un plus grand nombre de personnes) et les modalités.

La tenue du séminaire alors que la période de mise en œuvre de la feuille de route aborde ses derniers mois a fait émerger des questions liées à la fin de la démarche accompagnée par l'ANAP.

Il ressort des échanges que la fin de la démarche accompagnée ne signe pas la fin du projet des territoires. Les participants sont désireux de mener à bien les actions inscrites à la feuille de route, mais font part de leur inquiétude sur le portage ultérieur du projet. Ces questions devront être abordées lors du COPIIL de clôture de chaque territoire

Par ailleurs, marqué par le débat sur la future loi de santé et la réorganisation territoriale des grandes régions, le contexte interroge sur les conditions dans lesquelles la démarche pourrait se développer sur d'autres territoires. Il semble peu réaliste dans ce contexte de généraliser la démarche dans son intégralité, car elle mobilise fortement des ressources rares en ARS. Par contre, il apparaît que certaines pistes explorées par les territoires expérimentaux peuvent être reproduites dans d'autres territoires et acculturer les acteurs à une approche parcours. Cette question sera au cœur du bilan de la démarche qui fera l'objet d'un troisième séminaire interrégional en janvier 2016.

10 ANNEXE – QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION SUR LA DEMARCHE

		comité de pilotage	groupe plénier	pilote	contributeur	Σ rép	Σ rép pilotes
G1 - PRESENTEZ VOUS							
A1	Vous êtes	x	x	x	x	80	23
A2	Dans quelle structure travaillez-vous ?	x	x	x	x	65	17
A3	Quelle est votre fonction au sein de cette structure ?	x	x	x	x	66	17
A4	Avez-vous participé aux groupes de travail de la phase diagnostique	x	x	x	x	43	13
A5	Précisez votre place actuelle dans le projet	x	x	x	x	80	23
A6	De quelle région faite-vous partie ?	x	x	x	x	80	23
A7	Si vous le souhaitez, vous pouvez préciser votre nom..	x	x	x	x		
G2 - SATISFACTION GLOBALE							
Q1	Quelle est aujourd'hui votre satisfaction globale par rapport à l'ensemble de la démarche ?	x	x	x		76	23
Q2	Vous estimez-vous suffisamment informé de l'avancement du projet dans son ensemble ?	x	x	x	x	76	23
G3 - VOTRE APPRECIATION SUR LA PHASE D'ELABORATION DE LA FEUILLE DE ROUTE							
Q3	Est-ce que la méthode utilisée lors de la phase d'élaboration de la feuille de route vous a paru adaptée pour répondre à l'objectif (construction de la feuille de route et du plan d'action) ?	x	x	x		31	13
Q4	Les critères de sélection des actions vous ont-ils paru pertinents ?	x	x	x		31	13
Q5	Le principe d'un travail en groupe unique ou plénier a été retenu pour cette phase. Estimez-vous cette modalité adaptée ?	x	x	x		30	13
Q6	Les outils apportés par l'ANAP vous ont-ils aidés à élaborer le plan d'actions ?	x	x	x		30	13
Q7	Sur quel(s) point(s) auriez-vous souhaité être davantage soutenu ?	x	x	x		27	12
Q8	Le choix des actions retenues correspond-il à vos attentes ?	x	x	x		28	12

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

		comité de pilotage	groupe plénier	pilote	contributeur	Σ rép	Σ rép pilotes
Q9	Le plan d'actions vous paraît-il cohérent avec les constats du diagnostic territorial ?	x	x	x		63	22
Q10	Trouvez-vous que le calendrier de réalisation est réaliste par rapport aux objectifs retenus ?	x	x	x		30	13
Q11	Trouvez-vous que le plan d'actions est adapté aux moyens mobilisables par les participants ?	x	x	x		30	13
Q12	Est-ce que son contenu vous semble de nature à soutenir la dynamique locale créée autour du projet ?	x	x	x		29	13
Q13	La présence de l'ANAP aux séances de travail a-t-elle été utile ?	x	x	x		21	8
G4 -VOTRE APPRECIATION SUR LA PHASE DE MISE EN ŒUVRE DE LA FEUILLE DE ROUTE							
Q14	Le support fiche-action vous a-t-il aidé à cadrer le projet que vous pilotez ?	x	x	x			15
Q15	Vous servez-vous de la fiche de suivi pour le déroulement de votre projet ?	x	x	x			19
Q16	A ce stade du déroulement du projet, êtes-vous plutôt optimiste sur la réalisation de l'action que vous pilotez ?	x	x	x			19
Q17	Avez-vous rencontré des difficultés (...)	x	x	x			19
Q18	Si oui, celles-ci ont-elles eu pour conséquence de (...)	x	x	x			19
Q19	De quel type de soutien auriez-vous besoin aujourd'hui ?	x	x	x			6
Q20	Pour les actions accompagnées par l'ANAP : l'ANAP répond-elle à vos attentes ? Précisez	x	x	x			9
Q21	Les réunions des pilotes d'action (équipe-projet) sont-elles utiles pour la conduite de votre action ?	x	x	x			19
Q22	Leur contenu est-il adapté à vos attentes ?	x	x	x			19
Q23	Le rythme des réunions des pilotes d'action est-il suffisant ?	x	x	x			19
Q24	L'objectif de l'action à laquelle vous contribuez vous paraît-il clair ?	x	x	x	x	29	5
Q25	Connaissez-vous les autres actions inscrites à la feuille de route ?	x	x	x	x	29	5
Q26	Est-ce que la présentation et le cadrage de l'action à mener étaient suffisamment clairs au démarrage de l'action ?				x	29	5

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

		comité de pilotage	groupe plénier	pilote	contributeur	Σ rép	Σ rép pilotes
Q27	Avec le recul, diriez vous-aujourd'hui que le plan d'actions est plutôt (...)	x	x	x		12	9
Q28	Globalement êtes-vous satisfait à ce jour du déroulement de la phase de mise en œuvre de la feuille de route ?	x	x	x		12	9
Q29	Avez-vous des suggestions à faire pour l'améliorer ?	x	x	x		2	2

11 LES PLANS D’ACTIONS des 3 territoires

Les plans d’actions constituent l’ossature des feuilles de route validées par les COPIL territoriaux en septembre 2014. Ils sont retracés ci-dessous dans leur version actuelle. En Auvergne et en Bretagne, les plans d’actions initiaux ont été réduits pour répondre à des ajustements nécessaires.

11.1 BSI de Montluçon

Action	Intitulé	Pilote
1	Former les infirmiers des CMP et des équipes mobiles aux entretiens de première intention	CH Montluçon
	Faire connaître les DU et DIU en relation avec la santé mentale	
2	Concevoir un plan de formations croisées du territoire	ARS
3	S’appuyer sur la mise en place d’un dispositif CPAM pour repérage précarité	ABSIM
4		CPAM
5	Evaluer la 1 ^{ière} année de fonctionnement de l’équipe mobile à partir du CHS d’Ainay auprès de 8 EHPAD	ARS
6	Mettre en œuvre l’équipe mobile à partir du CH de Montluçon	CH Montluçon
7	Former des familles d’accueil familial thérapeutique du CHS d’Ainay-Le-Château à l’accueil de patients ayant des problématiques d’addictologie	ANPAA
8	Développer l’offre en Education Thérapeutique du Patient au CHS d’Ainay-Le-Château	CHS Ainay
8bis	Développer l’offre en Education Thérapeutique du Patient au CH de Montluçon	CH Montluçon
9	Diffuser les recommandations HAS (relations Médecine Générale/Psychiatrie)	ARS-URPS
10	Instituer et faire vivre la commission de gestion des cas complexes	ASV
11	Mettre en place une commission de sortie de Psychiatrie au CH de Montluçon	CH Montluçon
12	Mobiliser le conciliateur CPAM pour trouver un médecin traitant	CPAM
13	Développer la prévention bucco-dentaire dans les ESMS	ARS
14	Amorcer la mise en place d’un GEM sur le BSI de Montluçon	CRP La Mothe
15	Former les usagers à la participation aux commissions, aux instances, aux GEM, etc.	ARS

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

Action	Intitulé	Pilote
16	Réaliser une action de prévention tabac auprès des personnes prises en charges par les deux établissements hospitaliers	ANPAA
17	Inscrire dans le cahier de charge des MSP et des PTMG la prise en compte de l'accès aux soins et la prise en charge du handicap psychique	ARS
18	Adapter les agréments aux besoins constatés	ARS
19	Favoriser les affectations sur les postes vacants	ARS
20	Favoriser l'affectation d'internes et de spécialistes sur des temps partagés sur le BSI	ARS
21	Identifier les médecins référents à affecter aux ESMS dépourvus	ARS
22	Constituer les instances de pilotage du CLSM	ASV-ABSIM
23	Poursuivre l'implication des acteurs dans l'organisation des Semaines d'information sur la santé mentale	ASV
24	Elaborer un annuaire numérique des partenaires	ABSIM

11.2 Rennes Vitré Fougères

Action	Intitulé	Pilote
1	Concevoir et mettre en œuvre une formation croisée	
2	Décrire et formaliser le processus d'évaluation, y compris critères d'admission	
4	Formaliser les modalités de transmission d'information entre la MDPH et les ESMS au moment de l'accueil des personnes	
7	Harmoniser les organisations de l'activité ambulatoire sur les trois secteurs projet (2014/2105)	
8	Examiner les situations d'hospitalisations au long cours pour favoriser leur accès à un accompagnement adéquat en lien avec la MDPH	
11	Développer des compétences psychiatriques au sein du centre 15 au travers de formation à destination des régulateurs publics et libéraux et des professionnels SAMU/SMUR	
17	Faciliter la création d'un groupe d'entre-aide mutuelle (GEM) sur le territoire de Vitré	

Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale

Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015

Action	Intitulé	Pilote
19	Elaborer de façon concertée des courriers type entre médecins de 1er recours et psychiatres concernant plusieurs types de situations : admission en psychiatrie, sortie d'hospitalisation, suivi de patients chroniques non hospitalisés.	

11.3 Zone de Proximité de Lens Hénin

Action	Intitulé	Pilote
3	Organiser une rencontre du handicap psychique sur la ZP	CREHSPY
4-45	Formation au handicap psychique et stages croisés pour les professionnels d'ES et ESMS et sociaux	CREAI
7	Apporter des précisions sur la question du secret partagé	ARS
14	Créer un CLSM à l'échelle de la ZP	Le Cheval Bleu
15	Structurer la commission logement d'arrondissement	Le Cheval Bleu
16	Faire connaître aux médecins généralistes les dispositifs d'accompagnement SAVS, SAMSAH, etc...	ARS
24	Evaluer le handicap dans les situations d'hospitalisation prolongées	F2RSM
25	Organiser une veille pour les patients isolés	ARS
26	Organiser une veille partenariale des personnes perdues de vue	Le Cheval Bleu
27	Organiser <u>en amont</u> les sorties d'hospitalisation	AHNAC
30	Diffuser au public des consignes claires en situation de crise	ARS
29-31	Mise en place de temps de présence de personnel psy en ESMS	ARS
39	Synthèses partenariales sanitaires et médico-sociales (situations	Le Cheval Bleu
40	Caractériser les situations des personnes hospitalisées longuement	ARS



Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale
Actes du séminaire de capitalisation du 13 mai 2015