

PARCOURS DES PERSONNES EN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

PREMIERS ENSEIGNEMENTS
D'UNE DÉMARCHE EXPÉRIMENTALE
MENÉE AVEC L'APPUI
DE L'ANAP SUR
UN TERRITOIRE BRETON

La prise en charge des troubles psychiques constitue un enjeu majeur en termes de santé publique du fait de leurs conséquences multiples, pour les personnes concernées (conséquences en termes de santé psychique et physique, d'insertion familiale, sociale et professionnelle, conséquences économiques) et pour leur entourage. Une partie notable de ces pathologies relèvent de maladies chroniques dont l'évolution n'est pas forcément linéaire et prévisible.

Partant de ces constats, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a considéré que l'approche parcours développée pour les personnes âgées (avec les PAERPA), était pertinente dans le domaine de la santé mentale, à condition de l'adapter aux spécificités des pathologies psychiatriques et du handicap psychique.

Un projet expérimental sur les Parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale a ainsi été développé, centré sur les adultes présentant une pathologie psychiatrique chronique avec ou sans handicap psychique. L'approche retenue est décloisonnée pour prendre en compte l'ensemble des dimensions constitutives de ces parcours de santé et de vie sur la durée (soins ambulatoires et hospitaliers, accompagnement social et médico-social, insertion sociale). Elle est aussi participative, associant aux professionnels les représentants des usagers et de leurs familles et entourage.

La mise en œuvre de cette phase expérimentale a associé trois agences régionales de santé (Auvergne, Bretagne et Nord-Pas-de-Calais).

L'ARS Bretagne a répondu positivement à cette collaboration dont l'approche et les objectifs étaient convergents avec ses orientations en matière de santé mentale.

L'ARS Bretagne a en effet opté, dès l'élaboration du Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2016, pour une approche transversale de la santé mentale, traduite dans l'organisation interne de l'ARS (équipe projets transversale aux 3 schémas du PRS, sanitaire, médico-social et de prévention), dans ses modalités d'interaction avec les acteurs de la région (groupe de concertation transversal) ainsi que dans le choix des orientations stratégiques du volet santé mentale du PRS.

Dans ce volet, le manque de fluidité des parcours de santé et de vie était diagnostiqué comme le problème majeur de l'offre en santé mentale dans une région qui présente des spécificités sur le plan épidémiologique (importance du suicide et des addictions), sur le plan de l'offre (l'un des plus fort taux d'équipement de France en lits et places) et sur le plan du recours aux soins psychiatriques (l'un des plus fort taux de France pour les recours aux soins psychiatriques).

Les quatre orientations stratégiques proposées ont été centrées sur la coordination et les coopérations entre acteurs pour impulser une évolution de l'offre privilégiant l'autonomie des personnes, leur insertion sociale, éducative et professionnelle et limitant les ruptures de parcours :

- renforcer les modalités de coordination et de coopération entre acteurs de santé mentale ;
- favoriser les prises en charge ambulatoires et les accompagnements en milieu ordinaire ;
- adapter les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux à l'évolution des besoins ;
- améliorer la continuité des prises en charge et la fluidité des parcours entre le sanitaire et le médico-social.

L'ARS a souhaité, par le présent document, présenter de façon synthétique la démarche et les principaux résultats de sa mise en œuvre sur le territoire projet retenu en Bretagne, ainsi que les leçons tirées de cette expérience engagée depuis début 2014, afin d'envisager les modalités d'essaimage d'une telle démarche qui contribue à l'élaboration des projets territoriaux en santé mentale tel qu'ils sont désormais prévus par l'article 69 de la loi du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Je tiens à remercier tous les acteurs qui se sont mobilisés autour de cette démarche expérimentale pour en assurer le succès dans l'intérêt des usagers.

Olivier de Cadeville
Directeur Général de l'ARS Bretagne

Les objectifs du projet

Pour l'ANAP il s'agissait de mettre au point et de tester une démarche parcours dans le champ de la santé mentale dans trois régions, puis, par un travail de capitalisation de ces expériences, de mettre à disposition des acteurs une méthode, des outils et documents supports facilitant la mise en œuvre de ce type de démarche structurante pour les projets d'établissements et les projets territoriaux de santé.

Pour l'ARS Bretagne, le projet offrait l'opportunité de passer de la théorie à la pratique en matière de parcours et de coordination des acteurs, en expérimentant de façon très concrète, avec le soutien méthodologique et opérationnel de l'ANAP, une démarche Parcours en santé mentale sur un territoire défini.

Le choix du territoire de projet

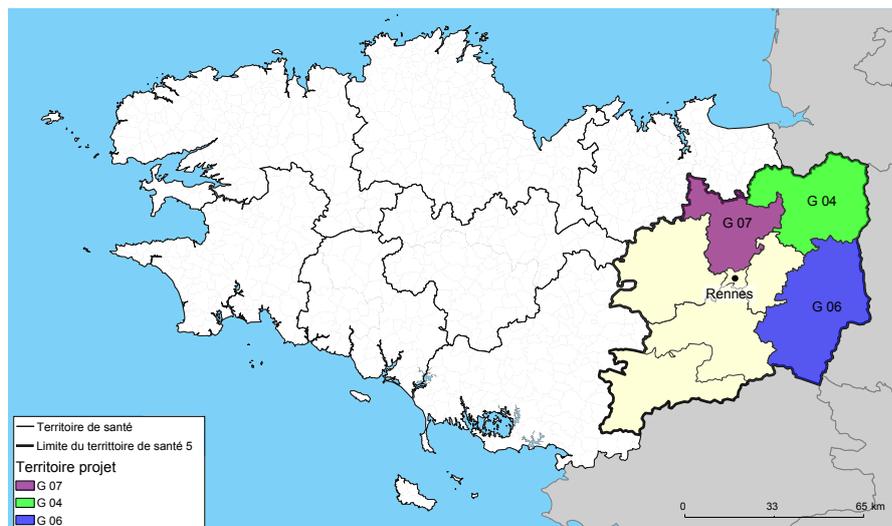
Le choix du territoire de projet s'est porté sur une partie du Territoire de Santé (TS) de Rennes - Vitry - Redon - Fougères (TS 5) dont un ensemble d'acteurs clés étaient ouverts et intéressés par ce type de démarche.

Le TS 5 étant le plus gros Territoire de Santé de la région, avec près de 900 000 habitants, il a été jugé nécessaire dans le cadre d'un projet expérimental d'identifier un territoire projet de taille plus limitée.

En l'absence de découpage infra territoire de santé formalisé au moment du démarrage de la démarche, le choix du territoire de projet s'est porté sur trois secteurs de psychiatrie adulte du Centre Hospitalier Guillaume Rognier (CHGR) (G04, 06 et 07). Il est important de noter que le découpage sectoriel du CHGR avait été revu en 2009, notamment de façon à prendre en compte les territoires d'action sociale du conseil départemental. Les secteurs ainsi redéfinis sont des territoires pertinents pour les professionnels de psychiatrie ainsi que pour les professionnels sociaux et médico-sociaux.

La population couverte est d'environ 280 000 habitants, à prédominance rurale pour deux secteurs qui correspondent à deux pays (G04/Pays de Fougères et G06/Pays de Vitry), mixte pour le troisième secteur en partie composé de communes appartenant à Rennes métropole (G07).

Localisation du territoire de projet sur la carte des territoires de santé en Bretagne



Source : Enquête ARS auprès des établissements psychiatriques 2014 - Réalisation ARS Bretagne, mai 2014
Carte réalisée avec Cartes & Données. © Articque

Une approche essentiellement qualitative et participative

Il s'agit d'un travail collectif associant l'ensemble des acteurs concernés du territoire de projet portant sur :

- un diagnostic partagé des principales difficultés rencontrées par les personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques dans leur parcours de santé et de vie et des principales causes de rupture de parcours ;
- à partir de ce diagnostic, l'identification et la mise en œuvre d'actions prioritaires pour lever les obstacles et difficultés de parcours et mieux répondre aux attentes des personnes concernées vivant avec une pathologie psychiatrique chronique avec ou sans handicap psychique.

L'implication effective des acteurs concernés dans un travail collectif et décloisonné avec l'appui de l'ARS est une condition incontournable de réussite de la démarche. Les acteurs incluent les professionnels du soin et de l'action sociale et médico-sociale, les représentants des usagers et de leurs familles ainsi que les acteurs institutionnels (ARS, Conseil départemental, Maison départementale des personnes handicapées).

La démarche projet bretonne a choisi d'associer les acteurs du territoire de projet concernés par les parcours de santé mentale tout au long de la démarche de façon à faciliter l'interconnaissance, la co-construction et la coresponsabilité (Cf. Encadré ci-dessous).

> Acteurs impliqués dans le groupe projet

- Représentant de l'UNAFAM (Mme Sarret) et de la FNAPSY (M. Thézé)
- Médecins traitants de MSP ou pôles de santé du territoire projet (Dr Toulet, Dr Ricono et Dr Percheron)
- Centre hospitalier Guillaume Rognier (Mme Jéhanno, Mme Genin, Dr Roubini, Dr Galinand, Dr Arésu, M. Buchoul, M. Laly, Mme Ledu)
- Clinique privée psychiatrique de l'Espérance (Mme Nicolle)
- Association Espoir 35 (Mme Le Corre)
- Association Convergence Bretagne (M. Biche)
- Association l'ADAPT (Mme Morin)
- FNARS (M. Mascle)
- NEOTOA (M. Sable)
- Service des Urgences du CHU (Dr Travers)
- CH de Vitry (Mme Ismail) et CH de Fougères (Dr Marchand)
- CREA (Mme Le Duff)
- Direction de la MDPH 35 (Mme Ollivaux et Mme Aulnette)
- Conseil départemental de l'Ille et Vilaine (Dr Leguen et Mme Brossay)
- ANAP (Mrs Tajahamady et Servant)
- Agence Régionale de Santé (Mme Even, Dr Dugas, M. Boisseau)

Un outil fédérateur pour l'analyse des parcours : le modèle de la rosace

Le modèle de la rosace, proposé par l'ANAP à partir d'un dialogue avec différents acteurs et les ARS retenues, identifie cinq principaux points de rupture potentiels en termes de continuité des parcours en santé mentale, constituant autant de portes d'entrées complémentaires et interdépendantes pour le diagnostic partagé. Ce support a fait consensus et s'est avéré très structurant pour les échanges.

Une composante quantitative en support

La collecte d'un ensemble d'indicateurs utiles à la démarche a été menée pour caractériser la situation du territoire de projet et pour venir en support aux échanges concernant les différentes portes d'entrée du diagnostic partagé.

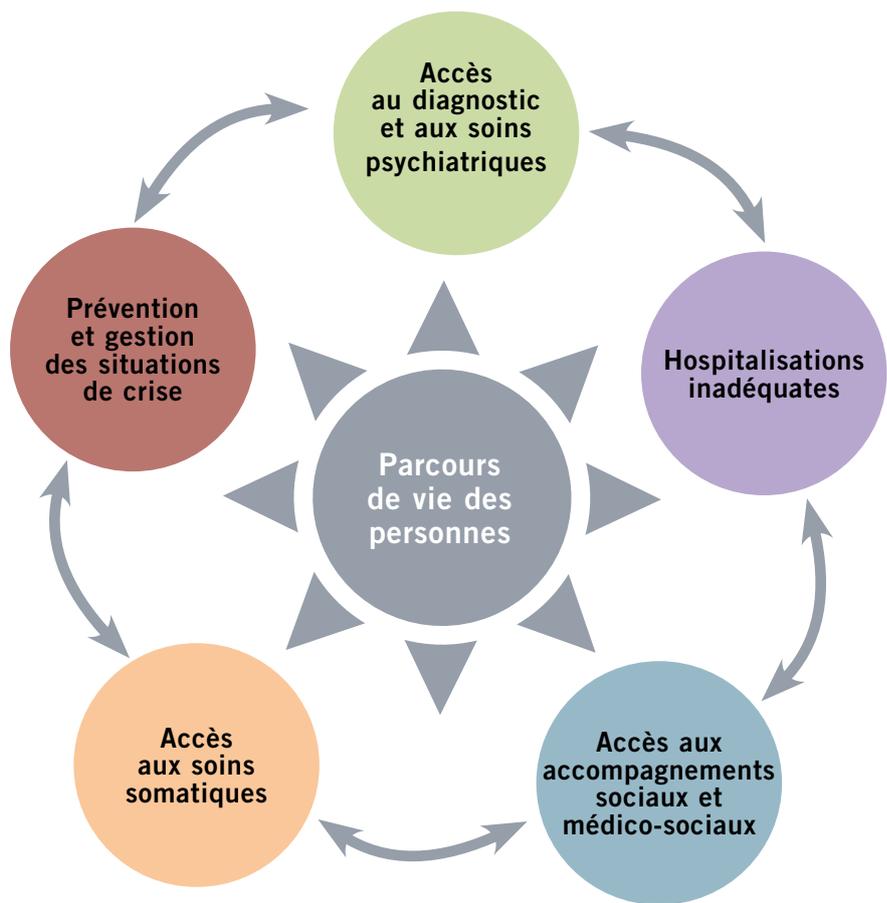
Dans ce projet expérimental, la collecte de données n'a pas été organisée comme un préalable au diagnostic mais comme un axe de travail qui a abouti à la sélection progressive d'un ensemble restreint d'indicateurs utiles à la démarche. Ce socle d'indicateurs est l'un des éléments de la boîte à outils constituée par l'ANAP à la fin de cette première phase d'expérimentation afin de faciliter l'essaimage de la démarche sur d'autres territoires.

Un pilotage à deux niveaux

Au niveau régional, le pilotage du projet a été assuré à l'ARS par la Direction adjointe des Parcours au sein de la Direction de la Stratégie régionale en Santé avec l'appui technique de l'ANAP. La conduite de projet a été assurée par un binôme de référents régional et départemental en santé mentale. Un comité de pilotage régional, présidé par la Direction de l'ARS, a été mis en place pour échanger et valider les travaux de chaque étape avec la Direction des différents organismes représentés dans le groupe projet.

Au niveau national, un comité de pilotage présidé par l'ANAP a réuni tous

■ Modèle de la rosace



les deux mois les pilotes des trois ARS, quelques membres du comité scientifique de l'ANAP ainsi que des représentants de plusieurs organismes nationaux (ANESM, HAS, ATIH, IRDES,...) afin d'échanger sur l'avancement des travaux, la construction des outils et la capitalisation. Trois séminaires interrégionaux permettant un partage plus large avec l'ensemble des acteurs des trois régions ont également été organisés afin de mettre en évidence les points communs des travaux engagés, les difficultés rencontrées et d'une manière générale, les capitalisations d'expérience sur certains sujets.

> Une publication de l'ANAP

Anticiper et comprendre : Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale - Première approche – Août 2015
Le projet de l'ANAP « Parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale » a fait l'objet d'une première publication par l'ANAP sur les points clés issus du diagnostic ainsi que sur les voies de progrès envisagées.

Étapes et calendrier du projet en Bretagne



Le projet s'est déroulé dans les trois régions selon un calendrier commun de fin 2013 à fin 2015, la Bretagne ayant fait le choix de maintenir l'organisation sous forme de projet jusqu'à fin mars 2016.

Présentation du territoire de projet

Le territoire de projet est en situation plutôt favorable en termes de précarité

Le pourcentage de chômeurs dans la population active du territoire de projet (respectivement 7,8%, 6,2% et 6,6% pour les populations des secteurs G04, G06 et G07) est inférieur à la fois à celui de l'ensemble du TS 5 (8,6%), de la Bretagne (9,7%) et du National (12,1%) (Source : INSEE - Recensement 2010 : emploi, familles, logements)

Le pourcentage de familles monoparentales du territoire de projet (respectivement 8,1%, 7,7% et 9,3% pour les populations des secteurs G04, G06 et G07) est inférieur à la fois à celui de l'ensemble du TS 5 (10,4%), de la Bretagne (11,2%) et du National (14,1%) (Source : INSEE - Recensement 2010 : emploi, familles, logements)

Le pourcentage de bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA) du département de l'Ille et Vilaine est égal à celui de la Bretagne (46 personnes pour 1000 habitants) mais inférieur au niveau national (78 personnes pour 1000 habitants) (Source CNAF – DSER, 2013)

Une offre de psychiatrie adulte concentrée sur Rennes

Le territoire de projet est également caractérisé par sa position en proximité de Rennes, métropole régionale où se trouve le plus gros centre hospitalier psychiatrique de la région, le Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR), qui couvre l'essentiel du TS 5 et gère également plusieurs structures médico-sociales spécialisées dans le Handicap psychique. L'agglomération rennaise concentre l'offre d'hospitalisation de psychiatrie, l'offre du CHGR étant complétée de deux établissements privés (Cliniques de l'Espérance et Saint Laurent), d'un établissement de post-cure privé à intérêt collectif (Centre de la Thébaudais) et d'une unité de psychiatrie « soins-étude » de la fondation santé des étudiants de France (CMP Beaulieu).

Le CHGR a des sites d'hospitalisation à temps plein et à temps partiel en dehors de Rennes et notamment sur le territoire projet, sur Fougères et sur Vitry.

L'essentiel de l'activité de psychiatrie du CHGR est ambulatoire avec des centres médico-psychologiques (CMP) et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) sur chacun des secteurs.

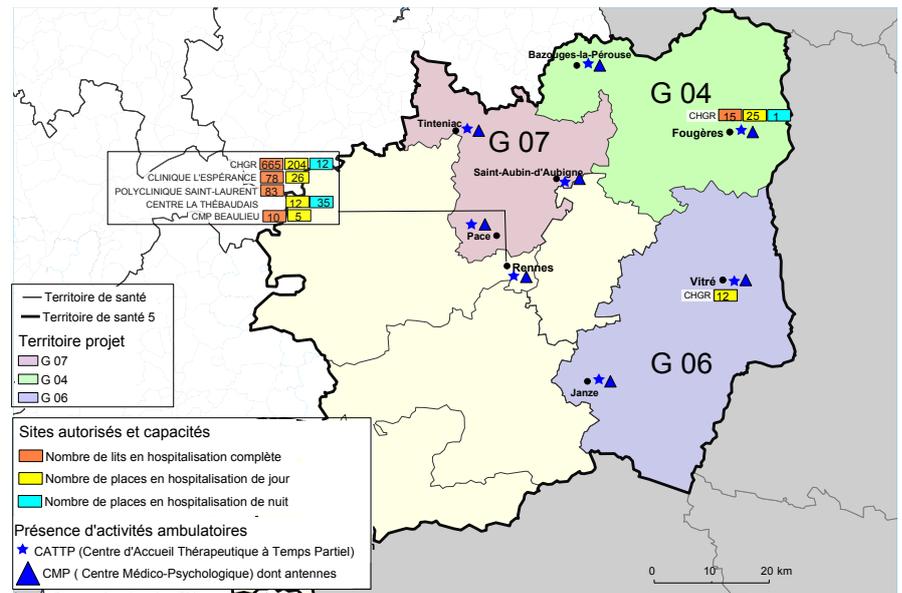
Un panel d'offre sociale et médico-sociale pour adultes handicapés

La plupart des structures accueillent des personnes avec différents types de handicap. Certaines sont spécialisées dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, en particulier plusieurs structures gérées par le CHGR (MAS du CHGR, ESAT du Placis vert).

A noter l'absence d'offre de services d'accompagnement médico-social pour personnes handicapées (SAMSAH) spécialisés dans le handicap psychique sur le territoire de santé au début du projet.

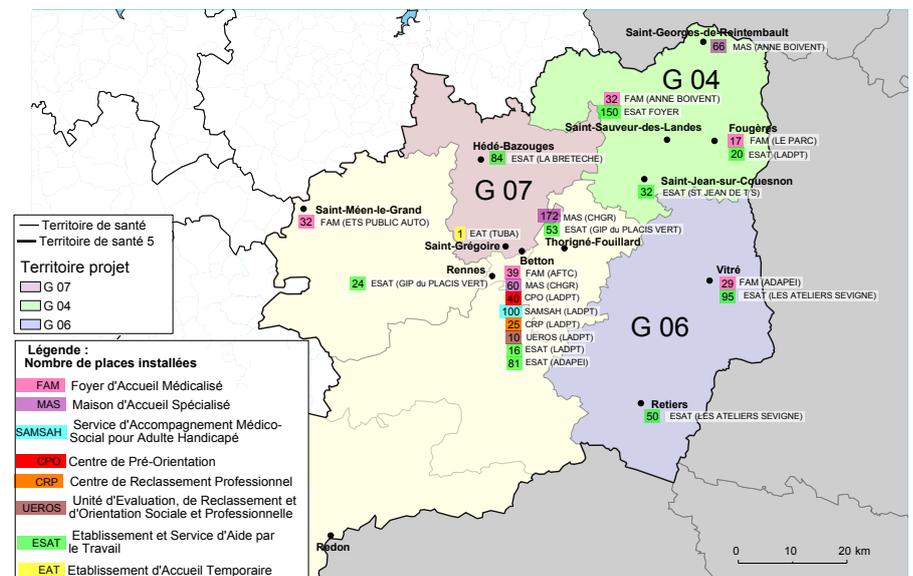
La cartographie ci-dessous présente l'ensemble de l'offre médico-sociale du territoire de projet, spécialisée et non spécialisée.

■ Territoire de projet : Offre de psychiatrie générale pour adulte - 2013



Sources : enquête ARS auprès des établissements psychiatriques 2014 - Réalisation ARS Bretagne, mai 2014
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

■ Territoire de projet – Structures médico-sociales et ESAT pour adultes handicapés – 2013

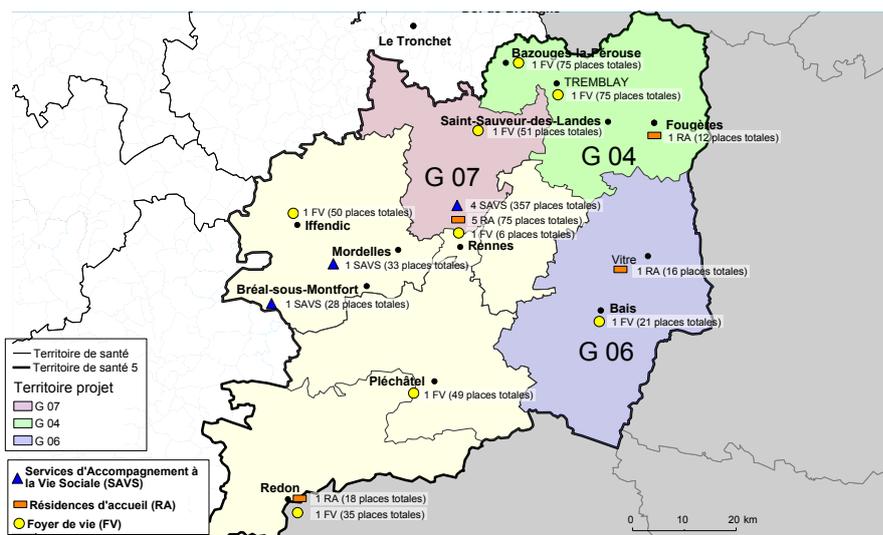


Sources : FINESS au 31/12/2012 - Réalisation ARS Bretagne, novembre 2013

Les structures sociales sont nombreuses, certaines accueillant des personnes avec différents types de handicap et certaines étant spécialisées.

La cartographie ci-contre présente l'ensemble des structures sociales du TS 5 accueillant des personnes en situation de handicap psychique et/ ou d'autisme.

■ Territoire de santé n°5 : Structures sociales accueillant des personnes handicapées psychiques et autistes - 2013



Sources : DRJSCS, CG35 - Réalisation ARS Bretagne, mai 2014 - Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Un diagnostic spécifique par porte d'entrée

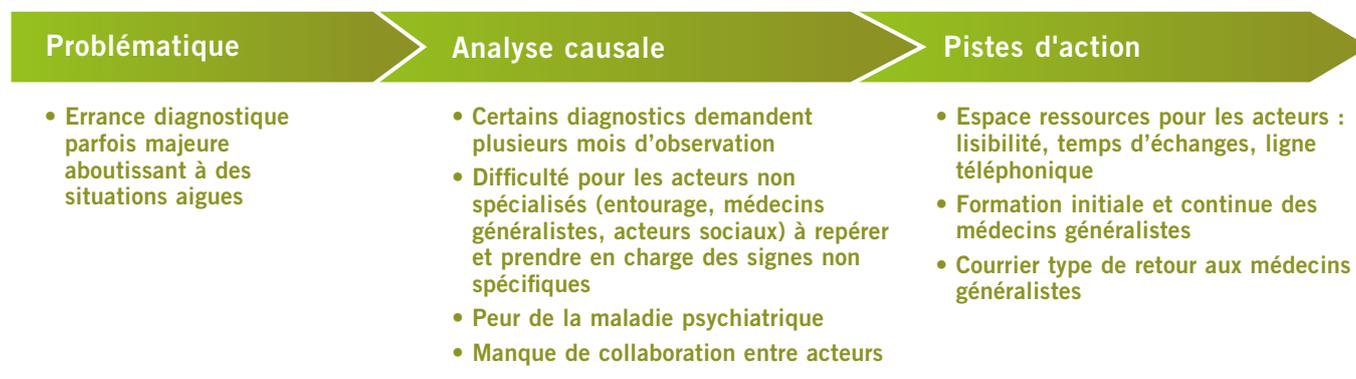
Une analyse qualitative appuyée de quelques indicateurs pertinents a été menée par le groupe projet pour chaque porte d'entrée de la

rosace, permettant d'identifier les principales problématiques rencontrées, d'en analyser les causes et de proposer des pistes d'action. Les

schémas ci-dessous illustrent, pour chaque porte d'entrée, la démarche suivie, à partir de l'une des problématiques identifiées.

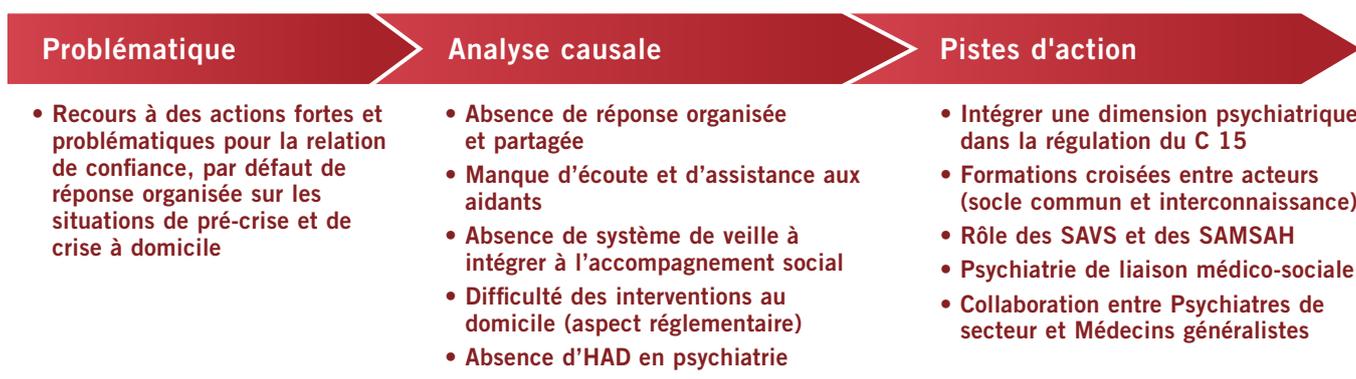
■ Accès au diagnostic et aux soins de psychiatrie

Ainsi pour la porte d'entrée « Accès au diagnostic et aux soins », 15 problématiques ont été identifiées qui ont chacune donné lieu à une analyse causale et à la recherche de pistes d'actions. Le schéma ci-dessous illustre cette démarche pour l'une de ces 15 problématiques : l'errance diagnostique parfois majeure aboutissant à des situations aiguës.



■ Prévention et gestion des situations de crise

Pour la porte d'entrée « Prévention et gestion des situations de crise », 14 problématiques ont été identifiées, l'une d'entre elles étant illustrée ci-dessous. Deux indicateurs supports pour cette porte d'entrée : en 2013, 17% des admissions en hospitalisation temps plein adulte au CHGR ont eu lieu suite à un passage aux urgences et 23% suite à une hospitalisation sans consentement (Source : RIM-P 20123).



Hospitalisations inadéquates

Pour la porte d'entrée « Hospitalisations inadéquates », 10 problématiques ont été identifiées, l'une d'entre elles étant illustrée ci-dessous. Un indicateur support pour cette porte d'entrée : la mesure des hospitalisations au long cours (HLC : séjours de patients hospitalisés plus de 292 jours en hospitalisation temps plein sur une année calendaire), une part importante d'entre elles ne constituant pas la réponse optimale aux besoins de la personne. En 2013, les HLC pour le territoire projet représentent 4% des patients hospitalisés à temps plein mais 33% du total des journées d'hospitalisation temps plein (Source : RIM-P 2013).



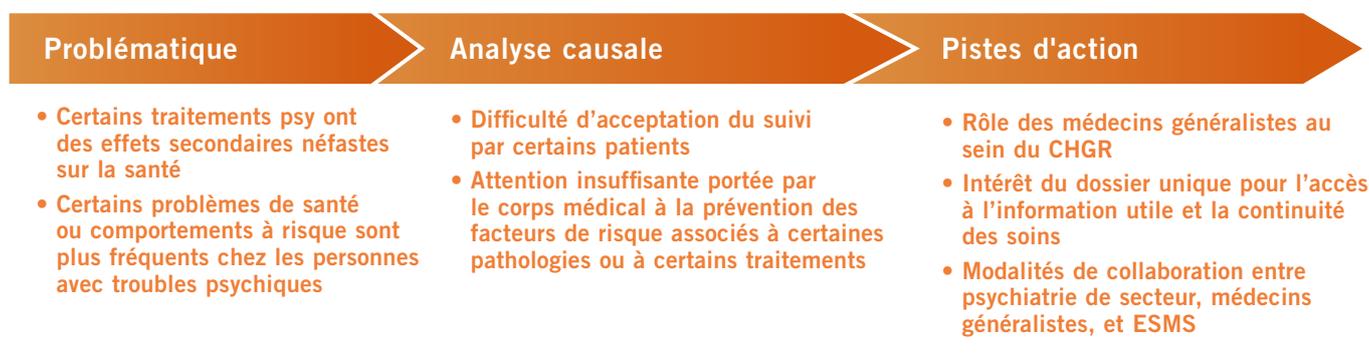
Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

Pour la porte d'entrée « Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux », 13 problématiques ont été identifiées, l'une d'entre elles étant illustrée ci-dessous.



Accès aux soins somatiques

Pour la porte d'entrée « Accès aux soins somatiques », 12 problématiques ont été identifiées, l'une d'entre elles étant illustrée ci-dessous.



Un diagnostic plus global permettant d'orienter le plan d'action

Certains problèmes et causes ont émergé comme des sujets communs aux différentes portes d'entrée permettant de dégager un diagnostic plus global qui peut être synthétisé en deux principaux messages :

Les ruptures de parcours en santé mentale sont pour partie liées à l'insuffisante prise en compte de spécificités inhérentes à la santé mentale et de ce qu'elles

impliquent en termes d'organisation des réponses. La prise en compte de ces éléments suppose de mobiliser un partenariat institutionnel large ARS - Conseil Départemental - Etat, et une bonne représentativité des acteurs.

4 constats principaux ont été au cœur des discussions concernant les difficultés de parcours de personnes ayant des pathologies psychiatriques chroniques :

Les inadéquations entre certaines prises en charge et les besoins des personnes sont une réalité. Elles existent dans le champ sanitaire (hospitalisations évitables, hospitalisations prolongées non adaptées aux besoins) et dans le champ social et médico-social (accompagnement non adapté aux spécificités du handicap psychique).

L'hétérogénéité des pratiques participe au manque de lisibilité et d'équité dans l'accès à une offre adaptée. Elle s'observe là aussi, tant dans le champ sanitaire que dans le champ social et médico-social (hétérogénéité des politiques de secteur et des modalités d'accompagnement du handicap psychique en ESMS).

La qualité des évaluations de situations et l'adaptation continue des accompagnements aux besoins sont des conditions déterminantes de la qualité

■ Spécificités inhérentes à la santé mentale

Spécificités	Conséquences pour l'organisation des réponses
Variabilité de la situation clinique dans le temps	Adaptation des réponses dans le temps, donc évaluation des besoins, réactivité et souplesse du système
Pour le sous groupe des personnes en situation de handicap : coexistence de la maladie et du handicap	Nécessité d'articuler une double démarche de soins et d'accompagnement sur la durée
Effets importants des pathologies et des traitements sur la santé physique	Nécessité d'un suivi somatique organisé et articulé avec le suivi psychiatrique
Notion de déni, de non demande, de repli, de désocialisation	Question éthique : équilibre entre non assistance à personne en danger et respect de la liberté et de la vie privée Besoin d'un positionnement institutionnel
Notion de danger potentiel pour la personne ou pour autrui	Existence effective d'un dispositif organisé permettant de passer outre le consentement de la personne Question éthique : éviter les dérives

du parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique. Or les constats indiquent que la situation n'est pas optimale dans ce domaine (logique de placement encore prédominante par rapport à la logique de parcours, lourdeur et rigidité des procédures d'orientation, insuffisante pratique d'évaluation multidimensionnelle et pluri professionnelle)

Le manque d'interconnaissance et de collaboration entre acteurs est préjudiciable à la cohérence et la fluidité des parcours (manque de reconnaissance du rôle de l'entourage, faibles interactions entre acteurs de la psychiatrie et acteurs du

premier recours, difficultés d'interaction entre acteurs de psychiatrie et acteurs sociaux ou médico-sociaux, articulation non optimale entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte).

L'action en réponse à ces constats suppose une amélioration du processus d'évaluation de situation pour améliorer l'adéquation entre besoins et offre, ainsi qu'une adaptation de l'offre sanitaire et médico-sociale visant à favoriser et faciliter le retour et le maintien dans la vie ordinaire tout en s'assurant de la continuité des soins, et visant à proposer plus de solutions modulaires. Ces constats supposent également une adaptation des pratiques professionnelles.

Huit actions prioritées et des réalisations concrètes

À partir du diagnostic et des pistes d'action évoquées, des axes stratégiques et des objectifs opérationnels ont été identifiés puis, suite à une priorisation par étapes, un plan d'action resserré autour de huit actions a été retenu.

La phase de mise en œuvre s'est déroulée pour l'essentiel sur l'année 2015. Elle a demandé un degré d'engagement important aux acteurs : le pilotage de chacune des actions a été confié à un acteur chargé, avec l'appui d'un petit groupe projet, d'élaborer une fiche action (groupe projet, objectif, étapes, calendrier) et de la mettre en œuvre.

Des outils supports ont été fournis par l'ANAP et des réunions de l'ensemble des acteurs impliqués dans cette phase ont été organisées tous les deux mois par l'ARS et l'ANAP pour permettre un suivi collectif de l'avancement des actions et maintenir la dynamique-projet.

■ Les 8 actions prioritées

Les actions	Les réalisations
Concevoir et mettre en œuvre une formation croisée	Elaboration d'un cahier des charges suite à une analyse des besoins. Lancement d'un appel à candidatures et sélection d'un prestataire. Mise en œuvre de la formation croisée en septembre-octobre 2016.
Décrire et formaliser le processus d'évaluation du handicap psychique au niveau de la MDPH	Amélioration du processus d'évaluation et d'orientation des personnes en situation de handicap psychique par : - L'appropriation par les acteurs, avec l'appui du CREAI (Centre régional d'études, d'actions et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité), des travaux du CEDIAS (centre d'études, de documentation, d'information et d'actions sociales) sur la notion d'évaluation globale de la personne en situation de handicap d'origine psychique et identifications du tryptique d'expertise nécessaire : personnes – proches – professionnels. - L'adoption par la MDPH du nouveau processus d'évaluation et l'accompagnement des acteurs pour la mise en œuvre.
Décrire et formaliser les critères d'admission dans les ESMS	Elaboration de propositions pour la mise en place d'un comité technique départemental de priorisation des admissions (missions, composition, animation). Intégration de ces propositions dans le cadre de la mise en œuvre de la Réponse accompagnée pour tous (suite au rapport Piveteau), dans le département de l'Ille et Vilaine qui fait partie des 23 départements pionniers.
Analyser les organisations de l'activité des CMP des trois secteurs du projet en vue de leur harmonisation	Analyse partagée par les équipes des trois pôles du CHGR impliqués dans le projet, des modalités organisationnelles des CMP, et de leurs effets sur un ensemble d'indicateurs identifiés en lien avec l'ANAP. Identification des points forts et faibles des organisations actuelles et des indicateurs les plus pertinents. Prise en compte de ces travaux par la direction du CHGR dans le cadre de son projet d'établissement.
Examiner les situations d'hospitalisations au long cours (HLC) en lien avec la MDPH pour favoriser leur accès à un accompagnement adéquat	Analyse partagée entre le pôle G07 du CHGR et la MDPH des situations d'HLC relevant d'une orientation MDPH. Identification, en lien avec la MDPH et les acteurs sociaux et médico-sociaux, de réponses alternatives pour les personnes ne nécessitant pas une HLC pour raison de soin. Organisation de la sortie de 18 patients sur la durée du projet, par la mobilisation de l'ensemble des acteurs.
Développer des compétences psychiatriques au sein du C15 au travers de formation à destination des régulateurs publics et libéraux et des professionnels des SAMU/ SMUR	Initiation de la démarche mais des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de cette action.
Faciliter la création d'un GEM sur le territoire de Vitré	Création d'un GEM sur le territoire de Vitré suite à : - L'élaboration par les acteurs concernés d'un projet de GEM, en interaction avec l'ARS pour le respect du cahier des charges - Le financement par l'ARS d'une subvention de fonctionnement.
Elaborer de façon concertée des courriers types entre médecins de 1er recours et psychiatres concernant plusieurs types de situations	• Action non réalisée par manque de participation des équipes de premier recours sollicitées dans le cadre du projet.

En support aux huit actions prioritaires, six actions inscrites dans le cadre d'autres programmes, schémas et projets (du Conseil Départemental, de la MDPH, du CHU, des élus locaux, de l'ARS), ont été inscrites dans la feuille de route :

1. Expérimenter la double notification par la MDPH d'une orientation vers les services

d'accompagnement médico-sociaux (SAMSAH) ou sociaux (SAVS), pour faciliter les passages de l'un à l'autre en fonction de l'évolution des besoins des personnes

2. Réaliser une enquête sur les dossiers MDPH

3. Développer une liaison téléphonique directe entre le C15 et le psychiatre de garde du CHU

4. Créer une offre de SAMSAH spécialisé « handicap psychique » sur le territoire de santé n°5

5. Organiser l'évolution de l'offre de SAVS spécialisé du TS n°5 (251 places) de façon à ce que les territoires de Vitré et Fougères soient couverts

6. Finaliser la préparation du Conseil local de santé mentale (CLSM) de Fougères et contribuer à sa mise en œuvre.

Les leçons de l'expérience : un bilan globalement très positif

Si le développement de la démarche a bien sûr rencontré certaines limites ou difficultés, le bilan est globalement très positif et invite à envisager les modalités de son essaimage.

Des tâtonnements inhérents au caractère expérimental du projet

Quelques difficultés méthodologiques : l'un des objectifs de la phase expérimentale était de construire une méthodologie et des outils adaptés, dans une approche pragmatique de co-construction. Ces outils ont donc pu faire défaut à certains moments de la démarche, tels le tableau de bord d'indicateurs clés au début de la phase de diagnostic ou les outils méthodologiques adéquats à la phase de priorisation des actions. Ces supports font maintenant partie de la boîte à outils issue du travail de capitalisation de l'ANAP disponible pour les acteurs souhaitant s'engager dans la démarche.

Le choix du territoire projet : il paraissait difficilement envisageable de développer un projet expérimental de ce type d'emblée sur la totalité d'un territoire de santé. La Bretagne ne disposant pas de découpage global infra-territoire de santé au moment du démarrage du projet, il a donc été décidé d'identifier un territoire projet sur une autre base, en l'occurrence trois secteurs de psychiatrie dont les limites étaient cohérentes avec celles des territoires d'action sociale. Ce territoire ne correspondant pas à un découpage formel et reconnu de l'action de l'ARS, la question du relai, en fin de projet, aux instances territoriales adéquates est importante.

Toutefois les nouvelles régions qui entrent dans la démarche retiennent le département comme territoire de référence.

Une difficulté à impliquer quelques acteurs

Globalement, le degré d'adhésion et d'enga-

gement des acteurs a constitué un point fort du projet, à l'exception des équipes de soins de premier recours et des acteurs du champ du médico-social-handicap, non spécialisés dans le handicap psychique.

Conscient de la difficulté habituelle des acteurs libéraux à libérer du temps de travail pour ce type de démarche, certaines mesures facilitatrices ont été prises :

- associer dès le départ les trois maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) du territoire projet à la démarche ;

- organiser au cours de la phase diagnostique et au cours de la phase d'élaboration du plan d'action une réunion ad hoc avec les acteurs des MSP en soirée au sein d'une des trois MSP ;

- prévoir une modalité de dédommagement pour la participation des professionnels libéraux aux réunions.

Ces mesures ont permis de bénéficier du regard très pertinent de ces acteurs sur le diagnostic des parcours en santé mentale et sur les éventuelles actions pertinentes à développer. Elles ont également permis de bénéficier de la contribution d'un médecin traitant pour la mise en œuvre de l'action sur la formation croisée. En revanche l'action sur les courriers types entre acteurs du 1er recours et acteurs de psychiatrie n'a malheureusement pas pu être réalisée par manque de l'engagement concret d'un médecin de premier recours.

Vis-à-vis des acteurs de l'action sociale et médico-sociale, le choix a été fait d'inviter l'ensemble des principaux acteurs du territoire de projet à participer à la démarche, qu'ils soient spécialisés ou non dans le domaine du handicap psychique. L'ensemble des acteurs médico-sociaux non spécialisés soulignent en effet l'importance croissante du nombre de personnes accompagnées en situation de handicap psychique comme handicap principal ou associé, et les difficultés liées à cette augmentation. Si les acteurs spécialisés ont été présents et actifs dans la démarche,

l'absence notable de quelques acteurs non spécialisés n'a pas permis de bien prendre en compte l'expression de leurs difficultés.

La réalisation effective d'une démarche parcours sur un territoire

Le projet a permis de répondre à l'objectif de l'ARS de passer de la théorie à la pratique en matière de démarche parcours. Un travail collectif de diagnostic et d'élaboration d'un plan d'action a été réalisé et des actions concrètes ont été mises en œuvre : organisation par un travail partenarial de la sortie de 18 personnes hospitalisées au long cours, création d'un GEM, amélioration du processus d'évaluation et d'orientation des personnes en situation de handicap psychique par la MDPH, organisation d'une formation croisée.

Un engagement fort des acteurs

Ces réalisations ont été sous tendues par un engagement fort de la plupart des acteurs qui s'est traduit par une présence aux différents temps de réunion nécessaires et par un degré d'implication croissant, de l'écoute réservée, à la discussion engagée, à l'implication dans la recherche de solutions et à la responsabilisation en tant que pilote pour la mise en œuvre de certaines actions.

La qualité de l'engagement sur les deux années de projet est le témoin indirect de l'adhésion des acteurs à la démarche parce qu'ils en ont vu l'intérêt concret.

La construction d'un levier d'action puissant : l'interconnaissance et la confiance mutuelle

Si l'engagement des acteurs a constitué une condition de réussite du projet, la construction progressive au cours de la démarche d'une connaissance mutuelle puis d'une

confiance mutuelle en est le produit le plus intéressant car il constitue un levier d'action très puissant. Cette dynamique positive a concrètement :

- ouvert des perspectives nouvelles de coopérations. Le projet a ainsi transformé les relations entre le CHGR et la MDPH avec des perspectives concrètes sur la diminution des hospitalisations prolongées inadéquates ;
- donné une impulsion nouvelle à des projets dont la mise en œuvre était perçue comme

complexe. Le projet a ainsi très fortement contribué au développement de l'un des axes du projet d'établissement du CHGR, concernant la réorganisation de la filière des hospitalisations prolongées ;

- stimulé les liens entre différents projets. Dans le contexte de la démarche parcours, la publication d'un appel à candidatures de l'ARS, dont l'un des axes visait la recherche à mettre en œuvre des accompagnements sociaux et médico-sociaux adaptés pour les

personnes hospitalisées au long cours, a stimulé le CHGR, en lien avec des partenaires du logement social et de l'accompagnement, à proposer deux projets d'habitats regroupés qui ont pu être mis en œuvre.

Ces quelques exemples illustrent le potentiel de la dynamique mise en place comme levier d'introduction de changement.

Les perspectives d'essaimage

Le premier bilan de l'expérience met en évidence le potentiel de ce type de démarche et invite à son essaimage. Simultanément, la loi de modernisation du système de santé et plus particulièrement son titre II « Faciliter au quotidien les parcours de santé », propose un article (article 69) qui définit la politique de santé mentale et pose le principe d'une organisation spécifique pour sa mise en œuvre au service de parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.



La démarche Parcours ANAP : la constitution d'un outillage méthodologique et l'acquisition d'un savoir-faire

Au niveau national, l'ANAP poursuit ce projet expérimental avec le développement d'une seconde phase (2016-2017) avec trois nouvelles ARS, permettant de tester le déploiement de la démarche au niveau départemental et de construire la composante évaluation du projet.

Les travaux de capitalisation effectués sur les méthodes et outils testés au cours de la première phase du projet ont fait l'objet de **l'élaboration par l'ANAP d'une boîte à outils** actuellement utilisée par les trois nouvelles ARS.

On y retrouve l'ensemble des outils utiles pour un appui concret et opérationnel de chaque étape de la démarche (pré-requis ; élaboration du diagnostic partagé ; élaboration d'une feuille de route ; mise en œuvre de la feuille de route). On y retrouve aussi des rubriques plus thématiques

adaptées aux besoins des acteurs (concevoir et piloter ; penser parcours ; pratico-thèque ; repères pour se comprendre).

Un guide méthodologique à l'attention des acteurs devrait venir compléter la boîte à outils pour expliciter la démarche et sa mise en œuvre dans un territoire.

Au niveau régional, le fort engagement des acteurs dans un travail collectif conséquent sur deux années avec l'appui technique de l'ANAP a, de fait, construit **un savoir-faire collectif qui constitue une autre forme de capitalisation à diffuser et à partager à travers cette publication et à l'occasion de l'organisation d'une rencontre le 16 novembre 2016.**

Des relais ont été organisés pour le suivi des actions mises en œuvre sur le territoire de projet.

La poursuite et l'extension de la démarche parcours sur d'autres territoires est à envisager dans le cadre de l'article 69 de la Loi.



L'article 69 de la loi de modernisation du système de santé : le support juridique à l'outillage méthodologique ainsi élaboré.

Dans le cadre du Titre II de la loi de modernisation du système de santé « Faciliter au quotidien les parcours de santé », l'article 69, consacré à la santé mentale, précise le périmètre d'une politique de santé mentale et pose le principe d'une

organisation spécifique pour sa mise en œuvre. L'organisation proposée repose sur :

- **un diagnostic territorial partagé** en santé mentale associant l'ensemble des acteurs concernés,

- **un projet territorial de santé mentale** au service de parcours de santé et de vie de qualité, sécurisées et sans rupture,

- **un contrat territorial de santé mentale** conclu entre l'ARS et les acteurs s'engageant dans la mise en œuvre,

- **la possibilité de regroupement**, pour les établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale, en **une communauté psychiatrique de territoire.**

Cet article donne une base légale à la démarche parcours dans le champ de la santé mentale.

L'enjeu collectif pour l'année 2016 sera de mettre en synergie ce double outillage juridique et méthodologique au sein d'un cadre d'action régional pour le déploiement de la démarche parcours en santé mentale.



Directeur de la publication : Olivier de Cadeville
Directeur de la rédaction : Hervé Goby
Rédaction : Sylvie Dugas
Contributeurs : Anne-Yvonne Even, Claire Alliou
Conception graphique : **youz**
Crédits photo : ARS Bretagne, Istock
Impression : Groupe Edicolor
Dépôt légal : à parution
N° ISSN : 2256-7739

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE

6 place des Colombes
CS 14253
35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00
www.ars.bretagne.sante.fr

 www.facebook.com/arsbretagne