



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE L'ACCÈS
AUX SOINS

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RAPPORT DU TOUR DE FRANCE Des projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

Délégation ministérielle
à la Santé mentale
et à la Psychiatrie
(DMSMP)



AVANT-PROPOS : OBJET ET CONTENU DE CE RAPPORT



Pr. Frank BELLIVIER
Délégué Ministériel à
la Santé Mentale et à
la Psychiatrie

OBJECTIFS DU « TOUR DE FRANCE DES PTSM ».

Les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) créés par l'article 69 de la Loi de modernisation de notre système de santé du 28 janvier 2016 (aujourd'hui article L3221-2 du code de la santé publique) visent l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Ils mobilisent tous les acteurs impliqués dans les questions touchant à la santé mentale (ARS, professionnels, associations, fédérations, collectivités...) au sein d'un territoire dont ils déterminent eux-mêmes l'échelle (majoritairement le département).

Les PTSM constituent une action phare et un cadre fortement structurant de la feuille de route (FDR) « santé mentale et psychiatrie » déployée depuis 2018 et dont la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie (DMSMP) est chargée d'assurer la coordination et le suivi.

Après 5 ans de mise en œuvre et à l'heure où les premiers PTSM arrivent progressivement à échéance, les acteurs sont aujourd'hui en demande de précisions et d'accompagnement pour en construire le bilan et préparer l'actualisation de leurs PTSM 2.0.

Après deux précédents tours de France en 2019 et 2022, la DMSMP a donc réalisé au premier semestre 2024, un troisième tour de France des régions, dédié cette fois-ci spécifiquement aux PTSM afin d'améliorer et de regrouper les connaissances sur les réalisations et les éventuelles difficultés rencontrées par les PTSM dans leurs territoires respectifs.

Ce travail, complémenté par une analyse en cours menée par l'ANAP et par les éléments remontés aux différentes administrations centrales mobilisées, doit permettre d'établir un diagnostic comprenant :

- Ce qui a été fait et ce qui reste à faire, en améliorant la connaissance de ce qui se construit sur les territoires ;
- Le repérage et la diffusion des innovations territoriales en termes de projets et/ou d'organisations et de pratiques ;
- Une clarification des enjeux de pilotage local, régional et national et leur articulation avec les autres instances et dispositifs de planification ou de démocratie sanitaire existants.

L'objectif est donc **d'identifier et de proposer les évolutions souhaitables de la deuxième génération** des PTSM. Elles devront permettre :

- D'accroître la mobilisation des acteurs autour des 3 volets de la feuille de route en santé mentale et psychiatrie ;
- De combler les éventuels angles morts de cette première génération de PTSM.
- De clarifier les articulations pour éviter les effets de doublon démobilisateurs et "les trous dans la raquette", territoriaux et populationnels.

MÉTHODOLOGIE DU « TOUR DE FRANCE DES PTSM ».

Ce Tour de France thématique et technique a mobilisé le **Dr Stéphanie LAFONT RAPNOUIL**, en charge de l'appui aux territoires au sein de la DMSMP ; et selon les étapes : le délégué ministériel, le **Pr Frank BELLIVIER** ou son secrétaire général **Patrick RISSELIN**, ainsi que, ponctuellement, nos internes et apprenties, **Emylie LENTZER**, **Costanza PAVONE** et **Alix GIROUD**.

Les directions d'administration centrale (DGOS, DGCS, DGS) et l'ANAP ont également été invitées à les accompagner ou à prendre part aux échanges, selon leurs disponibilités et le cas échéant en distanciel.

Au cours du premier semestre 2024, des déplacements d'un à deux jours ont ainsi été organisés dans toutes les régions afin d'échanger avec les ARS au niveau régional et départemental, puis avec les porteurs des PTSM de la région, avant de faire un focus sur certains d'entre eux ou sur des projets portés et concrétisés dans ce cadre. Cette méthode visait à échanger à la fois sur « ce qui marche » et sur « ce qui ne marche pas » et à relever les attentes des territoires et des ARS pour la seconde génération.

L'annexe 1 du présent rapport retrace le calendrier de ces déplacements.

L'ouverture, début juin, d'une période de réserve électorale liée aux élections législatives, a contraint la Délégation à interrompre ses déplacements à partir du 9 juin, et les étapes programmées ont été reformatées en distanciel pour privilégier des échanges avec les ARS et les coordonnateurs. Ce contexte particulier ou la programmation d'événements locaux a par ailleurs conduit au report à septembre des étapes en ARA et Guyane, et à octobre l'étape de MAYOTTE.

Nous devons souligner ici, la qualité de l'accueil reçu en Région et le gros travail accompli en amont par les ARS, les coordonnateurs, mais aussi, souvent, par l'intégralité des acteurs, témoignant ainsi de la forte mobilisation autour des PTSM en général et au moment de notre venue.

Qu'ils en soient ici tous chaleureusement remerciés.

Le matériel recueilli lors des échanges a pu être complété par des éléments plus formalisés (présentations ou projets) récupérés à l'issue de notre visite, et constitue une banque de données particulièrement riche dont nous ne pourrions donner dans ce rapport qu'une vision très partielle mais que nous espérons néanmoins fidèle.

CONTENU DE CE RAPPORT.

Le rapport qui suit est composé :

- D'une mise en perspective introductive du sujet, par le rappel du cadre juridique et des principales évolutions du contexte de ces sept dernières années (2018-2024) dans lesquels les PTSM ont été amenés à prendre place ;
- De 7 chapitres traitant respectivement :
 - 1° De l'objet et du périmètre des PTSM et de leur compréhension par les acteurs ;
 - 2° Des apports de ce cadre pour susciter et porter les innovations et accompagner les transformations des organisations et des pratiques en santé mentale ;
 - 3° Des angles morts de la première génération des PTSM ;
 - 4° De l'articulation des PTSM avec les autres instances et cadres de coordination et de démocratie sanitaire ;
 - 5° De la comitologie évolutive des PTSM ;
 - 6° Du rôle clé du coordonnateur de PTSM ;
 - 7° Des moyens d'agir du PTSM.

Chacun de ces chapitres développe lui-même successivement pour la thématique traitée :

- Un exposé des principaux constats relevés par la Délégation à l'occasion de ses déplacements et échanges ;
 - Une illustration par quelques exemples de bonnes pratiques ou d'organisations remarquables ;
 - Une réflexion anticipatrice d'éventuelles pistes d'évolution.
- D'une conclusion sur les principaux constats et perspectives révélés par ce tour de France.

Enfin, une synthèse de ce rapport, accompagnée du récapitulatif de ses principales propositions, ouvre le document. Quelques annexes, offrant des informations complémentaires ou des éclairages particuliers, le clôturent.

Le sommaire en page 11 présente de façon plus détaillée la structure de ce rapport.

Nous espérons que ce travail contribuera utilement à faire progresser la réflexion collective autour de ce cadre d'action prometteur et original que constitue le PTSM, au service d'une politique de santé mentale ambitieuse, créative et adaptée pour répondre efficacement aux nombreux et lourds défis qu'elle doit relever.

SYNTHÈSE DU RAPPORT

Le succès remporté par la première génération des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) qui arrive progressivement à échéance, invite à poursuivre, via la préparation d'une deuxième génération, l'effort de restructuration territoriale ainsi engagée. Pour ce faire et atteindre pleinement les ambitions initiales fixées aux PTSM, des enseignements importants peuvent être tirés de cette première génération, tant en termes de méthodes qu'en termes d'objectifs.

A 5 ans de leur mise en œuvre, la Délégation Ministérielle Santé mentale et Psychiatrie (DMSMSP) a donc mené un **tour de France des régions, thématique et technique, dédié aux PTSM**. Les échanges avec les ARS, les acteurs, les coordonnateurs de PTSM, ont permis de relever dans ce rapport, les changements à l'œuvre, les innovations, mais aussi les freins, les besoins de clarifications et de consolidation de la démarche ; ceci, afin de proposer les amendements souhaitables pour guider l'élaboration d'une **deuxième génération des PTSM** qui devra mieux couvrir les éventuels **angles morts** observés, réussir la mobilisation intersectorielle et interministérielle et **répondre ainsi aux besoins sur les 3 volets** indissociables du parcours en santé mentale : la promotion de la santé mentale et la prévention ; l'accès à l'offre de soins ; la réussite de l'inclusion citoyenne et l'accès aux droits des personnes concernées.

Cette première génération des PTSM s'est construite dans une période (2019-2024) marquée par plusieurs évolutions importantes.

- un contexte caractérisé par une aspiration aux droits des usagers, une augmentation exponentielle des besoins de soins depuis la crise sanitaire, une fragilisation de l'offre en défaut d'attractivité ;
- **une mobilisation au plus haut niveau de l'Etat autour de la santé mentale, traduite dans plusieurs grandes stratégies et réformes nationales** : la Feuille de Route "Santé Mentale et Psychiatrie" - qui intègre notamment la "Stratégie Nationale de Prévention du Suicide"-, complétée et amplifiée en conclusion des Assises de la Santé Mentale et de la psychiatrie de septembre 2021 ; le "Plan des 1000 premiers jours de l'enfant" ; la "Stratégie Nationale Autisme dans les Troubles Neurodéveloppementaux" ; la Feuille de Route "Prévention du mal être et accompagnement des agriculteurs en difficulté"... Mais aussi : la mise en place des réformes structurantes du financement et des autorisations de l'activité de soins psychiatriques.
- **un développement marqué de la politique de territorialisation de la santé** avec une floraison de cadres et de dispositifs de coordination et de concertation territoriale en santé et dans le champ médico-social, bien qu'encore insuffisamment articulés entre eux : CLS, CLSM, CPT, CTS, DAC, Communautés 360...

Premier constat de ce Tour de France : l'intégralité du territoire est couverte par 104 PTSM, départementaux dans leur écrasante majorité. Certains sont arrivés ou arriveront prochainement à échéance, d'autres ont tout juste 18 mois d'existence ; et tous n'ont pas encore signé leur CTSM (83 CTSM conclus en avril 2024). Mais ces chiffres traduisent incontestablement une adhésion à ce nouveau cadre et nouvelle démarche d'actions que sont les PTSM.

La philosophie du PTSM (diagnostic commun, plan d'actions concerté, contractualisation) s'est aujourd'hui imposée comme un cadre structurant de la politique territoriale de santé mentale.

Sa mise en œuvre révèle toutefois une grande diversité d'interprétations et certains écueils présents lors de leur genèse, soit :

- la possible **confusion sémantique** entre projet et contrat, mais aussi entre santé mentale et psychiatrie ;
- certaines **difficultés méthodologiques** tenant à l'ambiguïté initiale entre le document PTSM (projet stratégique à 5 ans dont la granularité n'était pas précisée dans les textes), et la démarche dynamique et continue de travail et d'animation, avec cadencement des priorisations d'actions par la contractualisation. Cette ambiguïté a pu participer à l'élaboration de "PTSM catalogues" ou de "PTSM listes d'attente de financements ».
- le **recrutement tardif des coordonnateurs**, intervenu dans un second temps (fin 2021) alors que la démarche était déjà engagée, mais qui, paradoxalement a aussi permis, au moment de leur prises de fonction progressives, de réinterroger et souvent de corriger ces défauts initiaux.

En de nombreux points du territoire, les PTSM démontrent que ce cadre, qui réunit les intelligences collectives multisectorielles et croise les savoirs académiques, professionnels et expérientiels, **favorise la construction de réponses innovantes** : coordinations de parcours mobilisant des partenariats et acteurs multiples (gradation, partenariats avec les CPTS, réponses concertées aux parcours complexes) ; nouvelles pratiques (prise en compte de la parole des usagers et modalités organisationnelles sanitaires, médico-sociales et sociale).

Ce vivier inspirant doit être mobilisé pour **accélérer la diffusion des bonnes pratiques et des bonnes idées**

Cette première génération de PTSM **peine cependant à couvrir tous les champs de la santé mentale dans sa transversalité**. Une marge de progression importante existe pour couvrir les angles morts repérés, parmi lesquels :

- les actions sur les déterminants sociaux de la santé mentale (précarité, isolement, violences subies, migrations, appartenance à une minorité), qui sont quasiment absentes des PTSM.
- la prévention en santé mentale et l'inclusion sociale et citoyenne des personnes concernées par un trouble psychiatrique, qui sont encore trop souvent à l'arrière-plan du volet soins.
- les besoins de soins et d'accompagnements spécifiques des populations vulnérables (précaires, détenus, migrants), mais aussi des enfants et adolescents et des personnes souffrant d'addiction, qui sont insuffisamment investis.

Sous le double impact de la crise sanitaire sur la santé mentale des jeunes et de ce constat, il paraît notamment nécessaire d'inciter à la **construction systématique d'un volet "parcours en santé mentale des enfants et adolescents"** au sein de chaque PTSM.

La couverture de ces angles morts appelle une mobilisation plus collective et renforcée des services de l'Etat (Education Nationale pour les jeunes, Administration Pénitentiaire pour les personnes sous main de justice, DEETS ou équivalents pour les publics précaires, France Travail, les acteurs du logement), des collectivités territoriales (municipalité, conseils départementaux et régionaux) et des acteurs de l'addictologie ou des politiques du handicap.

La densification des instances territoriales de concertation (CTS et son CSSM, CLS, CLSM, CPTS) ou de coordination (DAC, C360, SDPA) implique **de clarifier leurs articulations stratégiques et fonctionnelles et de limiter activement les effets doublons, au profit d'actions concertées et synergiques**. L'articulation stratégique entre la CSSM du Conseil territorial de Santé est facilitée si PTSM et CTS s'inscrivent dans une convergence de leur territoire ; dans les autres cas, les CSSM doivent être mobilisés dans les instances des PTSM.

La complémentarité entre CLSM, CLS et PTSM se construit par un mouvement de partage des diagnostics et des missions : ainsi les **CLS et les CLSM sont identifiés comme des porteurs privilégiés d'actions de proximité sur les déterminants de santé, d'information en population générale** (auxquelles participent les Semaines d'Information en Santé Mentale -SSISM-) et d'animation, lorsqu'elles existent des cellules de réflexions autour de la gestion de situations individuelles de cas complexes.

Le PTSM quant à lui, a la responsabilité de cordonner et harmoniser stratégiquement et structurellement ces actions populationnelles sur son territoire, de favoriser le déploiement des CLS et CLSM et de veiller à ce que ces actions concernent aussi les territoires dépourvus de CLS ou de CLSM.

Le mouvement des CPTS vers les PTSM est enclenché et porteur d'espoir. Il facilite la représentation du premier recours dans les échanges et participe à la construction de solutions de soins collaboratifs et à la gradation nécessaire pour améliorer le repérage et la prise en charge des troubles psychiques.

Les enjeux de plus grande transversalité, la couverture des angles morts et d'articulation avec les autres objets territoriaux ne seront garantis que par une consolidation et une maturation de la gouvernance et de la comitologie des PTSM.

Les modalités de pilotage des PTSM existants sont très hétérogènes, mais doivent répondre à quatre besoins invariants :

- un besoin de cohérence stratégique avec les politiques nationales, régionales et les autres politiques territoriales ;
- un besoin de pilotage à deux niveaux : le premier institutionnel garant de l'implication des institutions publiques ; le second assurant le suivi opérationnel ;
- un groupe projet garant en continu de la mise en œuvre opérationnelle, en lien étroit avec le coordonnateur.

Ces fonctions sont remplies selon les territoires par 2 ou 3 instances distinctes.

On observe une maturation progressive du pilotage, dans un triple mouvement à poursuivre et soutenir :

- vers **plus de transversalité** et à la recherche de modèles permettant l'intégration progressive d'acteurs nouveaux : CPT élargie, GCSM, communauté de santé mentale, association ad'hoc...
- vers **plus de représentation effective des personnes concernées** dans le pilotage ;
- vers la construction d'une **logique de conférences de financeurs**.

Dans cet écosystème, la fonction de **coordonnateur de PTSM, occupe une place centrale mais qui reste à consolider** : les taux de turn-over et de vacances de poste sont importants et fragilisent la démarche du PTSM. La complexité et la lourdeur de la fonction, le manque de clarification de son rôle, le défaut de légitimité, l'isolement ressenti et une trop grande hétérogénéité du cadre d'emploi et de rémunération expliquent largement les difficultés constatées.

Les PTSM et leurs coordonnateurs, nous ont par ailleurs interpelés sur la **nécessité de leur garantir les moyens d'agir et de mieux les outiller**. L'énorme majorité des PTSM ne dispose que du budget correspondant au poste de coordonnateur ; mais certaines ARS ont abondé la démarche : animation, soutien à la formation des acteurs, à l'engagement des personnes concernées, voire en mettant une enveloppe à la main des PTSM. La grande partie des financements mobilisés pour les projets développés par les PTSM est issue des mesures de la Feuille de Route Nationale, des Assises ou des AAP nationaux. La mobilisation des financements intersectoriels (médico sociaux et sociaux notamment) et interministériels reste à développer.

Au-delà de la question des financements, **un appui solide des DT ARS et la mise en place d'un pilotage régional structuré et transversal par les ARS** sièges semble indispensable. Le pilotage national quant à lui doit faciliter l'articulation interministérielle, garantir une lisibilité globale de la politique de santé mentale à l'échelle nationale et territoriale et mettre à disposition des PTSM, des solutions mutualisées sous forme d'annuaires, d'outils de communication et de suivi (indicateurs). Enfin, de nombreux territoires appellent à une meilleure synchronisation des calendriers des PRS et des PTSM.

Ces constats nous amènent à **formuler les propositions rassemblées** ci-après pour une possible actualisation de l'instruction de 2018, en vue de guider la préparation de la prochaine génération de PTSM.

PRINCIPALES PRECONISATIONS DE CE RAPPORT

1. **Redéfinir le périmètre de la santé mentale dans ses 3 dimensions** : soit, d'une part, la promotion de la santé mentale positive et la prévention en population générale ; d'autre part, les troubles psychiques fréquents ; enfin, les troubles psychiatriques sévères et persistants pouvant s'accompagner de situations de handicap psychique.
2. **Repréciser que le périmètre des PTSM comprend aussi les actions sur les déterminants de la santé mentale**, comme le poids des événements et des conditions de vie, l'importance des compétences psychosociales personnelles et le rôle de la solitude et de l'exclusion - la psychiatrie ne constituant qu'une partie des réponses - **et réaffirmer la place des addictions, des TND.**
3. **Réaffirmer que le volet accompagnement social et médico-social des parcours de vie**, incluant l'accès aux droits et à la citoyenneté **nécessite une mobilisation interinstitutionnelle et interministérielle fortement soutenue par les collectivités locales et la CPAM.**
4. **Réaffirmer la double nature du PTSM, à la fois comme un document programmatique de référence à l'horizon des 5 ans, amendable au besoin (non figé) et une dynamique permanente rassemblant tous les acteurs concernés et** visant à améliorer les réponses aux besoins, cadencé par les CTSM qui déclinent opérationnellement l'engagement de chaque acteur sur des actions prioritaires atteignables
5. **Rappeler l'importance d'une actualisation du diagnostic de besoins et d'offres et prévoir ses modalités d'adaptation aux besoins émergents et à l'actualisation des pratiques.**
6. **Porter une attention particulière aux angles morts des précédents PTSM qu'ils soient populationnels : publics vulnérables dont les détenus et les sujets âgés ou thématiques : addictions, troubles neurodéveloppementaux, soins sans consentement et coercitions.**
7. **Généraliser le principe d'un volet "parcours de l'enfant et de l'adolescent"** incluant la périnatalité
8. **Assurer l'identification et la diffusion des bonnes pratiques et innovations y compris les bonnes pratiques d'articulation**
9. Soutenir la **convergence des travaux des PTSM vers les standards internationaux promus par l'Organisation Mondiale de la Santé qui distingue 6 fonctions à garantir** en tout point du territoire (santé mentale dans la communauté, organisations qui permettent d'éviter le recours aux hospitalisations et soins sans consentement, rétablissement soutenu par une entrée par les droits, soins somatiques, suivi au plus près du lieu de vie, soutien à l'innovation et l'évaluation) s'appuyant sur une gradation fonctionnelle de la première ligne au recours

10. **Préciser les modalités d'articulation du PTSM avec les autres instances et démarches de coordinations** (CPTS, CLS, CLSM, DAC...) et positionner le PTSM en **méta-coordination intégrative** des sujets santé mentale **sous la double responsabilité de l'ARS et des pilotes stratégiques des PTSM, appuyé par les coordonnateurs**, garantissant des échanges réguliers, le partage des éléments de diagnostic et la lisibilité croisée sur les travaux de chacun (café des coordonnateurs).
11. **Consolider l'efficacité de la gouvernance** : pour **garantir la représentation des usagers**, des citoyens, une stratégie cohérente, une **réelle inter-ministérielle y compris des financements** et la mise en œuvre opérationnelle.
12. **Confirmer le coordonnateur comme chef de projet opérationnel du PTSM**, en appui de son comité de pilotage, préciser son rôle et harmoniser son cadre d'emploi et de rémunération
13. **Systématiser et structurer le nécessaire appui de l'ARS au PTSM et à son coordonnateur, au niveau territorial et siège**, afin de garantir :
 - a. Une réelle transversalité des PTSM, qui doit s'appuyer fortement sur la responsabilité d'animation proactive de l'ARS pour mobiliser tout spécialement les autres administrations de l'Etat (éducation, travail, logement, justice...)
 - b. La cohérence des PTSM avec les PRS et Feuilles de Route régionales et nationale
14. **Inscrire la démarche des PTSM 2.0 dans la feuille de route régionale**, et tendre vers une mise en cohérence des calendriers PTSM/PRS-FDR régionale.
15. **Venir en soutien des PTSM les plus en difficulté** : par l'appui au renforcement de la gouvernance, la mise en place d'une chefferie de projet et un plan d'action ad'hoc si des difficultés sanitaires existent.
16. **Consolider le pilotage national des PTSM** et son articulation avec la FDR et les autres politiques publiques et favoriser la mise à disposition d'outils.

SOMMAIRE DÉTAILLÉ

AVANT-PROPOS : OBJET ET CONTENU DE CE RAPPORT	2
SYNTHÈSE DU RAPPORT	5
PRINCIPALES PRECONISATIONS DE CE RAPPORT	9
SOMMAIRE DÉTAILLÉ	11
1. INTRODUCTION	13
Cadre juridique des PTSM et principales évolutions du contexte de la politique de santé mentale sur les sept dernières années (2018-2024)	13
11 Rappel du cadre juridique des PTSM.	13
12 Brève synthèse de l'évolution du contexte de la politique de santé mentale sur les 7 dernières années (2018-2014)	15
L'impact immédiat de la crise COVID :	15
2. OBJET, FINALITÉS ET PERIMETRE DU PTSM	21
Une adhésion affichée à ce nouveau cadre d'action territorial en santé, mais une mise en œuvre qui révèle une large diversité d'interprétations.	21
21 Les principaux constats	21
2.2. Quelques exemples remarquables de PTSM transversaux, ciblés et cadencés	26
2.3. Quelques recommandations pour les PTSM 2.0	28
3. LE PTSM, LIEU INNOVANT	31
Un cadre qui favorise les pratiques et organisations innovantes et sur lequel il va falloir capitaliser	31
31 Les principaux constats	31
32 Quelques exemples remarquables de la force transformative de la démarche PTSM.....	32
33 Quelques recommandations pour de possibles pistes d'évolution des PTSM 2.0	36
4. LES ANGLES MORTS ET LES SUJETS INCONTOURNABLES A PORTER.....	37
L'ambition portée par cette première génération de PTSM était très vaste	37
4.1. Un triple constat :	38
4.2. Quelques exemples remarquables de projets autour des parcours d'adolescents et de partenariats avec le premier recours	43
4.3. Quelques recommandations pour de possibles pistes d'évolution des PTSM 2.0	44
5. LES ARTICULATIONS AVEC D'AUTRES INSTANCES DE COORDINATION	46
La future génération de PTSM se doit donc de préciser son articulation avec les autres dispositifs pour éviter l'effet "millefeuille abscons" dont l'impact est délétère pour les professionnels et les usagers Dans cette perspective, il est proposé de consacrer le PTSM comme creuset intégratif et méta coordonnateur territorial de tous les sujets "santé mentale"	46

5.1. Les principaux constats	46
5.2. Quelques exemples remarquables d'articulation entre instances de coordination	50
5.3. Quelques recommandations pour les PTSM 2.0	51
 6 UNE COMITOLOGIE EVOLUTIVE ET EN MATURATION,.....	52
qui peine à garantir l'intersectorialité, la place des personnes concernées et celle de quelques grands acteurs	52
6.1. Les principaux constats	52
6.2. Quelques exemples remarquables	55
6.3. Quelques recommandations pour les PTSM 2.0.....	57
 7.LE COORDONNATEUR DE PTSM, UNE PLACE CENTRALE A CONSOLIDER, EN APPUI DU PILOTAGE PAR L'INSTANCE DE GOUVERNANCE DU PTSM	59
7.1. Les principaux constats	59
7.2. Quelques exemples remarquables	64
7.3. Quelques recommandations pour de possibles évolution des PTSM 2.0	65
 8.LA QUESTION DES MOYENS D'AGIR : QUELS FINANCEMENTS, QUELS OUTILS ET QUEL CALENDRIER POUR LES PTSM ?	66
8.1. Les constats imposent de clarifier les financements au service des PTSM, y compris dans leur dimension intersectorielle	66
8.2. Les besoins d'outils non financiers, annuaires, outils d'évaluation	70
8.3. Quelques questions et suggestions pour de possible évolutions des PTSM	72
 CONCLUSION	73
 ANNEXES	75
Annexe 1 : Calendrier des déplacements.....	75
Annexe 2 : Fiche de poste coordo PTSM	76
Annexe 3 : Enquête du Collectif des coordo PTSM	78

1. INTRODUCTION

Cadre juridique des PTSM et principales évolutions du contexte de la politique de santé mentale sur les sept dernières années (2018-2024)

1.1. Rappel du cadre juridique des PTSM.

Les PTSM sont organisés sur la base de trois textes principaux : un article de Loi, un décret et une instruction.

**L'article L3221-2
du code de la santé publique
(CSP - article 69 de la Loi
de modernisation de notre système
de santé du 28 janvier 2016, modifiée
par Ordonnance n°2017-31
du 12 janvier 2017)**

Il prévoit qu' « un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiée. »

Le projet territorial est défini sur la base d'un **diagnostic territorial partagé** en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire (usagers, professionnels, établissements de santé, établissements et services sociaux et médico-sociaux, organismes locaux d'assurance maladie, services et établissements publics de l'Etat concernés, collectivités territoriales, conseils locaux de santé, conseils locaux de santé mentale...).



Le **projet territorial** organise la **coordination territoriale de second niveau**, soit les conditions d'accès de la population : (i) à la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles ; (ii) à l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques ; (iii) aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.

Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé (DG ARS) après avis des conseils locaux de santé (CLS) ou des conseils locaux de santé mentale (CLSM) et du conseil territorial de santé mentionné (CTS) à l'article L. 1434-10. Le diagnostic et le projet territorial de santé mentale peuvent être révisés ou complétés à tout moment.

Les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale font l'objet d'un **contrat territorial de santé mentale (CTSM)** conclu entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions.

**Le Décret n° 2017-1200
du 27 juillet 2017**
relatif au projet territorial
de santé mentale
(articles R 3224-1 à R 3224-10 du CSP)

Il prévoit que l'agence régionale de santé (ARS) anime la démarche d'élaboration du PTSM initiée par les acteurs et que le PTSM est arrêté par le DG ARS pour une durée de cinq ans. PTSM et CTSM peuvent toutefois être révisés selon la même procédure que celle prévue pour leur élaboration et après les mêmes consultations.

Il fixe **6 priorités au PTSM** pour définir les conditions d'accès à la prévention, au dépistage précoce, aux prises en charge sanitaires et à l'accompagnement et à l'insertion sociale, **"conformément aux données actualisées de la science et des bonnes pratiques"** :

- Organiser les conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

- Organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.
- Organiser les conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.
- Organiser les conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence.
- Organiser les conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles.
- Organiser les conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.



1.2. Brève synthèse de l'évolution du contexte de la politique de santé mentale sur les 7 dernières années (2018-2014)

Ne sont évoquées ici que les évolutions récentes du contexte et de l'écosystème qui paraissent avoir eu un impact sur la dynamique des PTSM de cette première génération et/ou qui doivent être intégrées dans la réflexion autour de la deuxième vague de PTSM.



L'impact immédiat de la crise COVID : la crise sanitaire a imposé une construction des PTSM en deux temps et fragilisé leurs dynamiques alors que les besoins épidémiologiques n'ont cessé d'augmenter, bousculant une offre en crise – mais elle a révélé dans le même temps les capacités d'adaptation et d'innovation du secteur et favorisé une prise de conscience collective de l'enjeu de la santé mentale.

La crise sanitaire COVID, a imposé **un décalage du calendrier initial d'élaboration des PTSM**, qui a été sanctionné par le Décret no 2020-1063 du 17 août 2020 modifiant le délai prévu pour l'élaboration du premier projet territorial de santé mentale. Cette suspension des travaux s'est intercalée en fonction des territoires, soit entre les phases de diagnostic et de conception du PTSM, soit entre celle de construction et de contractualisation du PTSM.

L'interruption des travaux (ARS et acteurs étant mobilisés par la crise) et le turn-over des professionnels à l'issue de cette crise, ont pu s'accompagner d'une démobilisation complète et d'une difficulté à remobiliser sur des travaux et projets, souvent construits par d'autres et parfois devenus caducs du fait de l'émergence de

nouvelles organisations ou de nouvelles priorités de santé publique.

Or, dans le même temps, la pandémie de COVID révélait **un impact fort sur la santé mentale des populations** (en particulier celle des enfants et des adolescents, des personnes les plus précaires...). Les sorties de confinement se traduisaient par une pression exacerbée sur les services d'urgence psychiatrique, sur les services de pédiatrie... En retour, la pandémie avait, comme dans d'autres domaines de la santé, **un impact fort sur l'attractivité des métiers de la santé mentale** (épuisement des personnels et perte de sens de leur action). **Elle a durablement fragilisé l'offre de soins psychiatriques dans un moment de croissance exacerbée des besoins.**

Pourtant, comme le montrait le rapport des « *retours d'expériences de la crise COVID-19 dans le secteur de la santé mentale* » réalisé en septembre 2020 par la DMSMP avec l'appui de l'ANAP, si les établissements de santé mentale semblaient finalement avoir été moins touchés par le virus qu'on **le craignait, ils avaient été contraints de s'adapter** en urgence. Grâce à une forte mobilisation, ils ont su ainsi se réorganiser pour répondre aux besoins des patients dans un contexte de forte pression. Cette mobilisation a suscité de nombreuses initiatives innovantes, en écho aux objectifs de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » de 2018, qui visent à ouvrir de nouvelles perspectives de transformation des offres en santé mentale dans les territoires. Au total, un **double virage était constaté, numérique et ambulatoire**, privilégiant « l'aller vers » et la réponse adaptée et personnalisée aux besoins des publics. De nouvelles coopérations sont nées, d'autres ont été renforcées.

Ainsi, de façon paradoxale, si elle a momentanément freiné la démarche des PTSM, la crise sanitaire a été l'occasion d'une prise de conscience collective de l'enjeu de la santé mentale, qui est sortie des sujets tabous pour être aujourd'hui identifiée comme inséparable de la santé somatique et éminemment transversale par nature. Forts de cette adhésion sociétale nouvelle, les pouvoirs publics se sont mobilisés pour donner un nouvel élan de la politique de santé mentale. La montée en puissance de l'action publique sur ce champ s'est matérialisée par l'ajout de plusieurs mesures complétant la feuille de route (FDR) initiale « santé mentale et psychiatrie » : dans le cadre du Ségur de la santé d'abord, avec la mesure 31 du Pilier 4 notamment, qui a permis le financement de postes de coordonnateurs de PTSM (sur la base de 57.7 k€ par département) ; ensuite et surtout, en septembre 2021 à l'occasion des Assises de la Santé Mentale et Psychiatrie conclues par l'annonce de 30 mesures précisant ou complétant la FDR.

**Cette mobilisation
des pouvoirs publics a
visé à accompagner, voire
à susciter et à déployer
dans les territoires,
via les PTSM
tout particulièrement,
les transformations
structurelles profondes
qui irriguent le champ
de la santé mentale
et de la psychiatrie.**



Trois transformations structurelles majeures et profondes à l'œuvre dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie : Droits et rétablissement – transformation de l'offre – crise d'attractivité.

- L'approche par les Droits et l'aspiration au rétablissement

Différents mouvements de fond expriment cette exigence adressée à la politique de santé mentale et à ses différents acteurs institutionnels et professionnels pour que la personne en situation de troubles ou de handicap psychique ne soit plus tenue comme un malade, un usager passif du système de soins, mais bien comme une personne à part entière, respectable dans ses droits, riche de potentialités, porteuse de compétences et de savoirs expérientiels à mobiliser pour qu'elle devienne pleinement co-auteur de son parcours de santé et de vie. On mentionnera à ce titre :

-Le **mouvement des personnes concernées**, qui rencontre un écho particulier dans la dynamique des PTSM. Il s'inscrit dans la logique ainsi résumée *"Rien à propos de nous, sans nous"* et sous-tend une évolution des pratiques de soins et d'accompagnement au service du rétablissement des personnes concernées et de leur accès aux droits. Il se traduit notamment par la dynamique de création des groupes d'entraide mutuelle (GEM).

- Le **mouvement des proches d'usagers** qui portent haut les enjeux d'accès aux droits et aux soins de qualité et le développement du soutien aux proches. L'UNAFAM nationale et ses Unions locales y exercent un leadership reconnu.

- **Le mouvement des professionnels et le déploiement des pratiques validées de la réhabilitation psychosociale**, conformément aux orientations de l'instruction DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019, avec la personnalisation de la réponse, l'émergence de nouveaux métiers : médiateur de santé pair, job coach, case manager...

Ce triple mouvement ne peut toutefois aboutir sans une transformation importante des modalités de l'accompagnement, de l'insertion, de la

formation, de l'emploi et du logement, dans une démarche privilégiant résolument l'insertion dans le milieu ordinaire de vie et poussant continuellement à l'ouverture du milieu spécialisé vers le milieu ordinaire.

- La transformation et le renforcement de l'offre

Cette dynamique est soutenue depuis 2019 par les campagnes annuelles d'Appels à Projets Nationaux - au-delà des progressions annuelles des dotations de fonctionnement des établissements psychiatriques -, et par les réformes en cours de mise en œuvre du financement de l'activité de soins psychiatriques - d'une part - qui vise notamment à réduire les inégalités territoriales de financement - et celle des autorisations d'autre part - qui tend à remplacer une logique de structure par une logique de parcours et de partenariats -. La promotion et le développement des services et équipes ambulatoires est un axe fort de cette transformation de l'offre.

Mais cette dynamique doit composer avec la crise de l'offre spécialisée en psychiatrie.

- La crise de l'offre spécialisée en psychiatrie

Elle conjugue crise d'attractivité d'une discipline psychiatrique à la démographie préoccupante (tout particulièrement en pédopsychiatrie) et en quête de sens et de re-légitimation, avec une tension inédite sur l'offre dans le contexte de forte augmentation quantitative et qualitative de la demande.

Cette crise des ressources humaines disponibles constitue un puissant facteur pouvant tout à la fois freiner les évolutions (des projets des AAP nationaux ne pouvant se concrétiser faute de disposer des professionnels nécessaires), comme les susciter et les accélérer (innovations organisationnelles plus performantes par un développement de la pluridisciplinarité, une reconfiguration du partage des rôles entre acteurs et un recentrage de la compétence médicale via la gradation des parcours).

Des évolutions qui doivent s'intégrer à des Stratégies Nationales ambitieuses mais variablement et encore insuffisamment articulées avec les PTSM.

La Feuille de Route Nationale en Santé Mentale et Psychiatrie

Elaborée en 2018, dont le pilotage et le suivi sont confiés au Délégué Ministériel nommé en avril 2019, constitue aujourd'hui la stratégie de référence de notre politique de santé mentale et vise précisément à accompagner ces transformations structurelles. Elle compte 55 actions, après enrichissement par les mesures des Assises de la Santé Mentale de 2021 précitées ; accompagnée aujourd'hui d'indicateurs, elle fait l'objet d'une actualisation annuelle.

L'action 15 porte spécifiquement sur le suivi du déploiement des PTSM.

La Feuille de route intègre certaines stratégies plus spécifiques comme :

-la Stratégie Nationale Multimodale de Prévention du Suicide. Elaborée en 2019, actualisée en 2022, celle-ci structure le déploiement d'actions de prévention, de repérage, de formations spécifiques, d'accès à l'aide spécialisée et de recontact des suicidants (numéro national 3114, programmes Sentinelles, Papageno et Vigilans).

-la Stratégie Multisectorielle de développement des Compétences Psycho-

Sociales chez les enfants et les jeunes 2022-2037.

Cette stratégie copilotée par la Direction Générale de la Santé et la Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DEGESCO), mobilisant huit ministères différents, visent à ce que les enfants nés en 2037 appartiennent à la première génération à grandir dans un environnement continu de soutien au développement de compétences psychosociales. La déclinaison étant portée par des Comités Territoriaux "mobilisant l'ensemble des partenaires institutionnels engagés auprès des jeunes" dont l'articulation avec les PTSM reste à construire ou à consolider.

Mais la Feuille de Route Nationale doit prendre en compte également et dialoguer avec d'autres stratégies et plans spécifiques et autonomes, au nombre desquels et pour les principaux on mentionnera :

La politique des « 1000 premiers jours de l'enfant »

Située au croisement des politiques sociales et de

santé publique, le programme des 1000 premiers jours « poursuit l'objectif de réunir les conditions nécessaires à la santé de l'enfant pendant la période qui va de la grossesse de la mère au troisième anniversaire de l'enfant pour contribuer à sa future santé d'adulte ». Une attention particulière y est portée à la santé mentale des futurs parents et son retentissement sur la santé mentale de l'enfant. Une première feuille de route de cette politique publique a été lancée et déclinée dans les territoires par instruction du 1er avril 2021. Les suites de cette politique sont en préparation.

La nouvelle Stratégie Nationale pour les troubles du neurodéveloppement : autisme, Dys, TDAH, TDI.

Construite par les ministères des Solidarités et des Familles et celui chargé des personnes handicapées pour couvrir la période 2023-2027, dans la suite de la stratégie nationale autisme et troubles du neurodéveloppement (2018-2022).

La Feuille de Route de Prévention du Mal être agricole,

présentée en novembre 2021 par les ministères de la Santé, de l'Agriculture et du Travail. Sa déclinaison territoriale s'appuie sur des comités départementaux de pilotage composés de l'ensemble des acteurs (organisations professionnelles, chambres d'agriculture, MSA, coopérations, associations, vétérinaires...). Elle prescrit le principe "d'un dialogue permanent avec les coordonnateurs des PTSM", un pilotage préfectoral et un pilotage national ad hoc.

La Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027, qui donne le cadre stratégique de l'action des années à venir. Elle sera complétée de plans et programmes opérationnels, nationaux et locaux, établis en concertation avec les professionnels, les élus et partenaires locaux.

La Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022,

qui s'inscrit dans la continuité du Plan Priorité Prévention et la concertation portée par le Secrétariat à la Protection de l'Enfance et l'Assemblée des Départements de France et propose aux départements volontaires une contractualisation tripartite Etat, Département ARS sur des objectifs communs, précisés par une instruction de

2022, selon un principe d'égalité des parties et des engagements. Cette stratégie qui cible des déterminants de santé mentale et des publics particulièrement vulnérables ne se réfère pas aux PTSM.

La politique de transformation continue de l'offre médicosociale et de la réponse aux situations individuelles

La stratégie de mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale 2024 – 2030, précisée par instruction du 7 décembre 2023. Cette instruction incite notamment au renforcement des liens avec le secteur sanitaire pour prévenir les prises en charge inadéquates au long cours en psychiatrie par défaut de solutions (personnes avec troubles du spectre de l'autisme, personnes avec troubles psychiques, etc.). A cet effet elle invite à s'appuyer sur les ressources des PTSM.

Les Communautés 360 : créées et financées depuis fin 2021 dans chaque département, elles sont chargées d'apporter des solutions concrètes d'accompagnement aux personnes en situation de handicap, de renforcer le repérage et d'être un levier de transformation de l'offre sous le pilotage d'un Comité Territorial, sans articulation pensée avec le PTSM

Les Dispositifs d'Appui à la Coordination des parcours de santé complexe (DAC) : introduits par la stratégie Ma santé 2022 et les travaux de préparation de la loi Grand âge et Autonomie, les DAC ont vocation à simplifier l'accès et coordonner, voire remplacer les dispositifs antérieurs (PAERPA, MAIA, CTA CLIC...).

En outre, ils visent à mettre en œuvre 3 modalités d'actions sur tout le territoire : appui aux professionnels, accompagnements des usagers et coordination territoriale. Ce dernier point est précisé dans le Cadre National d'Orientation des DAC publié en 2020 par la CNSA : il consiste en un axe de **"coordination des politiques publiques des Conseils départementaux et des ARS"** et un axe de coordination territoriale "prenant en comptes les CPTS, CLS, PTSM, CLSM...

Le Service Public Départemental de l'Autonomie (SPDA) se construit dans les suites du rapport LI-BAULT de 2019 et de la Loi Bien Vieillir et Autonomie du 8 avril 2024. Il consacre une logique de responsabilité partagée entre les acteurs d'un territoire, qui sont garants de la lisibilité et de la qualité du service rendu aux personnes à chaque étape de leur parcours de vie dans une logique de guichets intégrés et d'accès aux droits, en s'appuyant sur un socle commun de missions, une démarche de décroisement et une politique d'accompagnement fédérée et coordonnée sur chaque territoire. L'articulation de ce service avec les PTSM et le handicap psychique reste à construire

Pour mémoire, nous citerons aussi les plans ayant un impact sur le volet insertion du parcours de vie, en termes d'emploi et de logement.

Loi Plein Emploi de décembre 2023 en matière d'emploi des personnes handicapées.

Elle vise une insertion en milieu ordinaire, l'accès aux dispositifs de droit commun, et annonce que la gestion des dispositifs d'emploi accompagné sera sous la responsabilité directe de l'Etat à compter du 1er janvier 2025. Le texte précise que le travailleur handicapé n'aura plus besoin d'être orienté vers le milieu ordinaire pour pouvoir y exercer une activité et supprime donc l'orientation en milieu ordinaire associée à la délivrance d'une RQTH. Il prévoit de nouveaux droits pour les salariés d'ESAT.

Les plans quinquennaux pour le Logement d'abord, dont le deuxième (pour la période 2023-2027) prévoit la création de 10 000 nouvelles places de Pensions de Famille (22 000 en 2022), dont il confie le pilotage aux DEETS, et non plus aux ARS.

L'empilement de ces stratégies et plans, aux liens évidents mais aujourd'hui encore insuffisamment articulés entre eux, marque les progrès qu'il reste à accomplir pour investir plus efficacement les fonctions de coordination, tant nationales que territoriales.

Des évolutions du contexte de la politique de santé mentale qui s'inscrivent par ailleurs dans une dynamique globale de territorialisation de la santé en recherche d'équilibre : de la stratégie « Ma Santé 2022 » à la Loi 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial.

S'agissant de la territorialisation des politiques de santé incluant le volet santé mentale, nous citerons :

Le fort déploiement des CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) dans le cadre de Ma santé 2022, dont l'objectif annoncé de couverture totale du territoire est en passe d'être atteint. Les CPTS sont par ailleurs fortement mobilisées autour des enjeux de santé mentale et pour la construction de réponses graduées aux problématiques de souffrance et troubles psychiques (70% des CPTS déclarent avoir mis en place un parcours en santé mentale ou l'avoir en projet dans leur ACI). Cette nouvelle organisation permet une représentation naturelle et consolidée des acteurs de première ligne au sein des PTSM.

La logique de Contrats Locaux de Santé, introduite par la loi HSPT de 2009, avec une ambition de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et de réponse aux enjeux des Quartiers Politiques de la Ville et de la ruralité. Chaque CLS est co-signé par une collectivité locale, Ville, Métropole ou établissement public de coopération intercommunale (EPCI) et une ARS, et son objet

est de faire converger les Projets Régionaux de Santé et les politiques locales.

La loi dite « 3DS » (pour différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification de l'action publique locale) adoptée en février 2022,

prévoit l'obligation d'inscrire un volet dédié à la santé mentale dans les contrats locaux de santé (CLS), et précise que cette obligation peut être remplie par un Conseil Local de Santé Mental lorsqu'il existe.

La poursuite du déploiement des Conseils Locaux de Santé Mentale :

ces espaces de concertation et de coordination réunissent élus locaux, représentants de la psychiatrie publique, personnes concernées et leurs proches dans une logique de santé publique. Les projets réalisés dans ce cadre, souvent dans un but de prévention, de déstigmatisation, ou d'actions sur les déterminants de santé, semblent bénéficier de la mobilisation croissante autour du champ de la santé mentale. Le dernier bilan de 2023 en décompte 260 (soit 20 millions d'habitants), et recense 80 CLSM en projet.

L'actualisation des schémas de Projets Régionaux de Santé, pilotée par les ARS, a été réalisée, pour être effective en novembre 2023 comme prévu par les textes et met en exergue le sujet de l'articulation de la politique régionale avec les PTSM, soit le sujet central du point d'articulation de la politique "descendante" du PRS avec celle d'un PTSM dont la démarche se veut "ascendante".

Enfin, le renforcement prévu du rôle des conseils territoriaux de santé (CTS) dans la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, dite « loi Valletoux », propose un redécoupage infra-départemental des périmètres des conseils territoriaux de santé (CTS).

Il pourrait avoir des impacts sur les PTSM et les articulations construites localement et fait craindre un risque de démultiplication des réunions et d'épuisement des acteurs.

2. OBJET, FINALITÉS ET PERIMETRE DU PTSM

Une adhésion affichée à ce nouveau cadre d'action territorial en santé, mais une mise en œuvre qui révèle une large diversité d'interprétations.

Si le PTSM s'est aujourd'hui imposé comme un cadre structurant de la politique territoriale de santé mentale, sa mise en œuvre révèle une grande diversité d'interprétations qui semble justifier le rappel de quelques fondamentaux, sans préjudice de la nécessaire liberté laissée aux acteurs pour se saisir de ce cadre d'action en fonction de leurs réalités de terrain.

2.1. Les principaux constats

Tous les territoires sont aujourd'hui dotés d'un PTSM :

104 sont actifs depuis la finalisation des derniers, à savoir ceux de la Meuse et des Vosges (11 janvier 2023).

De même, 83 CTSM ont été signés ou étaient sur le point de l'être à la fin du premier trimestre 2024 (recensement ANAP).

Une bonne compréhension affichée de l'objectif global du PTSM dans l'ensemble des territoires.

Ce "nouvel objet" qu'est le PTSM parmi les cadres d'action territorial en santé, a été massivement investi par les acteurs de terrain les plus immédiatement concernés : établissements de santé mentale, professionnels sanitaires, représentants des usagers et de leurs familles et, de façon plus variable selon les régions, acteurs du champ médico-social et social (faible dans les PTSM de la Somme et de l'Artois Audomarois, mais significatif dans les PTSM d'Eure et Loire ou des départements bretons par exemple), collectivités territoriales et les autres administrations de l'Etat...

avec majoritairement une forte implication en soutien des ARS, dans des configurations qui peuvent varier toutefois (cf. Chapitre 6 infra).

La philosophie globale du PTSM comme construction de parcours en santé mentale mobilisant une diversité d'acteurs impliqués dans le territoire, autour d'un diagnostic et d'un projet commun d'actions, est ainsi unanimement revendiquée (pour rappel, le PTSM, qui vise l'« amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées »).

On relève un investissement initial important de la démarche de diagnostic partagé, souvent qualifié de moment fondateur : “les gens se rencontraient pour la première fois” “c’était la première étape de l’interconnaissance” “j’ai découvert de nombreux dispositifs, je ne savais même pas que cela existait”.

Mais une diversité d’interprétations ré- pérable dans les confusions sémanti- ques et les modalités de mise en œuvre.

Cette étape préliminaire, la plus difficile méthodologiquement pour les acteurs, ne semble toutefois pas souvent réinterrogée. On peut tout de même citer quelques exemples, comme le PTSM du Doubs ou encore du Val de Marne, qui ont ou ont prévu de se mobiliser sur la base de constats partagés en continu, leur permettant de s’adapter à l’émergence de nouveaux besoins. Par ailleurs, on a pu voir dans certains cas que la phase de diagnostic préalable aurait parfois gagné à être davantage maîtrisée et poussée dans l’identification fine des besoins. Par exemple, la phase préparatoire du diagnostic du PTSM du Jura semble avoir été faible, se focalisant surtout sur l’offre et la transition entre les anciennes plateformes “cas complexes” et les nouveaux PTSM, et n’ayant pas pris en compte les addictions malgré la prévalence importante de ce problème dans le territoire.

Aujourd’hui se pose la question de la pertinence des diagnostics réalisés il y a quatre voire cinq ans, avec la nécessité de les actualiser pour les PTSM de seconde génération. Il est également important de veiller à ce que le diagnostic du PTSM soit en cohérence avec celui du projet régional de santé (PRS).

En revanche, on relève assez unanimement un suivi attentif des actions engagées (régions Bourgogne Franche Comté - BFC - ; Grand Est -GE - Corse ; Centre Val de Loire - CVL- Provence Alpes Côte d’Azur -PACA. ...) et une grande attention et réactivité aux problématiques émergentes. Par exemple, la dégradation des indicateurs de santé mentale chez les jeunes durant la crise de COVID a fait l’objet d’adaptations dans de nombreux PTSM, notamment à travers la création ou le renforcement des filières adolescents.

De la même manière, l’arrivée d’un nombre croissant d’immigrants dans certaines régions a pu conduire à la mobilisation des acteurs de PTSM en cours de route (projet CESAME en Loire Atlantique).

- Des confusions sémantiques explicites ou implicites...

Il existe parfois des confusions sémantiques, entre PTSM (document et démarche programmatiques) et CTSM (contractualisation des engagements opérationnels des acteurs sur des objectifs priorités), par exemple en Bourgogne-Franche-Comté et à La Réunion, où les deux termes sont employés indistinctement ; ou, de façon plus conséquente, des confusions implicites entre PTSM et PRS, comme dans le cas de la Corse où le PTSM semble perçu comme une simple déclinaison du PRS, traduisant une assimilation discutable de leurs objets respectifs.

- ... révélatrices d’un écueil observé dans la possible confusion des champs de la santé mentale et de la psychiatrie...

L’instruction initiale précisait bien les **3 types de publics visés par la démarche des PTSM : la population générale, la population clinique et les proches des personnes concernées.**

Néanmoins, sur certains territoires, il a été compris que le seul opérateur en charge de la réponse était la psychiatrie, en focalisant les actions sur l’offre de soins, portées par le champ sanitaire spécialisé. Cette logique de concentration des PTSM sur le champ psychiatrique a pu être encore majorée au moment de la contractualisation, avec l’engagement de moyens financiers strictement dédiés à l’activité de soins psychiatriques, comme en Corse et à la Réunion. Les champs de la prévention de l’accompagnement et des parcours de vie ont ainsi été sous-représentés dans de nombreux CTSM.

Nous avons identifié plusieurs facteurs pouvant conduire un territoire à construire un PTSM "tout psychiatrique" :

- PTSM élaboré dans un contexte de **retard de l'offre de soins, donnant lieu à un rattrapage,**

comme à la Réunion ou en Corse précitées, mais on relève des contre-exemples, comme en Seine Saint Denis.

- Pilotage de PTSM concentré sur les établissements psychiatriques,

sous la direction exclusive de la Communauté psychiatrique de territoire (CPT) sans ouverture à d'autres acteurs ; ou encore portage du poste de coordonnateur par un EPSM, sans une réelle mise à disposition du poste au profit du territoire (comme en Charente par exemple).

- Territoire du PTSM construit strictement sur celui de l'offre psychiatrique,

dans les Hauts de France, certains PTSM correspondent aux territoires de responsabilité des EPSM, comme celui des Flandres ou de l'Artois-Audomartois.

A l'inverse, certaines pratiques permettent de garantir un investissement plus équilibré des champs sociaux et médico-sociaux.

- En Bretagne, le **pilotage transversal se matérialise par la constitution d'une chefferie PTSM à double tête aux côtés du coordonnateur, avec une représentation du sanitaire et du médico-social.**

Ce binôme travaille régulièrement avec le coordonnateur selon des modalités de bureau-projet (réuni toutes les sept semaines) et prépare les travaux des COPIL techniques et institutionnels, ainsi que des assemblées générales.

- En Normandie ce **"groupe projet" a été dès l'origine, constitué avec des représentants du sanitaire, de médicosocial (enfant et adulte, handicap et personnes âgées), du social (acteurs de la précarité, du logement), des personnes concernées et des CPTS et s'élargit encore progressivement (DEETS, CPAM...), et aspire à**

Par ailleurs, en PACA, l'évaluation du PTSM réalisée par le CORES met en avant une majorité de fiches actions **"tripartites"** (impliquant des secteurs médicaux, du médico-social et du social).

Celles-ci représentent près de la moitié des fiches actions mises en œuvre entre 2021 et 2023 (32/70) et sont principalement centrées sur l'axe 1 de la feuille de route, témoignant ainsi de l'investissement de champs autres que le sanitaire



Si l'objectif du PTSM a été plutôt compris dans ses grandes lignes, la mise en œuvre de cette première génération a rencontré quelques difficultés méthodologiques de construction.

Trois types d'écueils récurrents ont pu être observés :

- Le PTSM « catalogue » :

Les PTSM de ce type comptent un nombre très important d'actions pouvant aller jusqu'à 140, souvent décrites de façon très opérationnelle mais non priorisées, visant à "lister tous les besoins avec lesquels les acteurs sont entrés dans la démarche" ou "à intégrer l'ensemble des projets de chaque établissement" dans une démarche qui a pu être décrite comme "d'opportunisme individuel" dans un moment où la démarche de co-construction n'était pas mature. L'excès de fiches actions peut nuire à la lisibilité du PTSM et à sa mise en œuvre (Lot, Var). Cette difficulté a été identifiée et corrigée dans de nombreuses régions (ARA, Normandie, Occitanie) sur certains PTSM.

- Le PTSM compris comme « une liste d'attente de financements ».

Ce mouvement a pu être très démobilisateur pour certains porteurs de projets et démontre une forme de confusion de départ sur la finalité du PTSM (Eure et Loire, Occitanie).

« Cela ressemble à une liste de tous les besoins avec lesquels les acteurs sont entrés dans la démarche »

Ces logiques, tordant un peu le principe de co-construction implicite de la démarche PTSM, ont souvent été corrigées en cours de mise en œuvre, à l'initiative des acteurs, des pilotes, des coordonnateurs ou des ARS. Ces ajustements ont souvent eu lieu au moment de la rédaction des CTSM et de la mise en place de la contractualisation, au bénéfice de plans d'actions resserrés, avec une actualisation de certains projets pour tenir compte des évolutions de l'écosystème. Cela a impliqué un travail de concertation autour des priorisations et, éventuellement, d'une planification pluriannuelle.



- Le PTSM fruit de l'histoire d'un territoire. Certains héritages ont pu intervenir comme accélérateurs de la dynamique, par exemple :

•En **Bretagne** où la vision de la santé mentale est durablement inscrite de façon transversale et considère

""la psychiatrie comme un offreur de réponse parmi d'autres, tout ne doit pas concerner la psychiatrie"

•En **Normandie**, où le positionnement de la mission santé mentale et psychiatrie de l'ARS est directement rattachée à la direction générale facilite la transversalité.

•En **Loire Atlantique** où l'antériorité des réflexions en politique santé mentale, dans le cadre du CLSM créé en 2014, a facilité la mobilisation des élus et une vision très transversale des problématiques ;

•Dans les **Yvelines Sud**, bénéficiant de la démarche préalable du Réseau de Promotion de la Santé Mentale.

- Pour d'autres l'historique a pu être un facteur de confusion supplémentaire, comme,

•En **Bourgogne Franche Comté**, avec l'expérience des Plateformes de Coordination Psychiatriques constituées depuis 2014 : "la transition de la plateforme au PTSM a été peu claire pour les acteurs et les élus" ; "La coordination historique de la plateforme a été fragilisée par cette mutation". D'ailleurs comme mentionné supra, ici, le langage courant des acteurs n'utilise que peu le terme de PTSM mais utilise les mots plateforme ou CTSM pour décrire la démarche.

"la transition de la plateforme au PTSM a été peu claire pour les acteurs et les élus"

•Les Communautés Psychiatriques de Territoires du **Grand Est** qui, même progressivement, élargies aux autres acteurs, exposent au risque de placer le barycentre de la démarche dans un périmètre très "sanitaire" et parfois très dépendant des pratiques de la psychiatrie locale.

•La forte inscription initiale du PTSM dans le Parcours santé mentale du PRS **Corse** dans une logique parfois plus descendante qu'ascendante en lien avec une maturation lente de la dynamique des acteurs.

Un enjeu particulier : le périmètre territorial et thématique des PTSM.

Le périmètre territorial : un choix écrasant en faveur du cadre départemental mais pas totalement exclusif du choix d'autres espaces territoriaux.

Si l'immense majorité des 104 PTSM s'est construite sur un périmètre territorial départemental, cela n'a pas été le cas dans toutes les régions.

- Une option a été de proposer une organisation supra départementale,

comme le PTSM Limousin en Nouvelle Aquitaine, qui couvre la Creuse, la Corrèze et la Haute-Vienne, ou encore celui unique de la Corse qui couvre les deux départements de l'île.

En ARA, au lancement des PTSM, une seule CTS couvrait les deux départements de l'Ardèche et de la Drôme et un PTSM Drôme/Ardèche unique a été construit, avant de progressivement s'individualiser dans un mouvement symétrique à celui des CTS : il y a actuellement 1 PTSM, 2 CTS, 2 coordonnateurs.

- D'autres à l'inverse ont privilégié des PTSM infra-départementaux.

C'est le cas pour les Hauts de France, qui ont construit deux PTSM (Littoral et Artois) dans le département du Pas de Calais, et trois PTSM (Flandres, Lille et Hainaut) dans le seul département du Nord ; de même pour la Normandie, qui a construit trois PTSM (Dieppe, Le Havre et Rouen) en Seine-Maritime, ou en Ile-de-France où les Yvelines comptent deux PTSM (Nord et Sud).

Ces choix ont été faits, selon les territoires, en cohérence avec les territoires des CTS ou sous l'influence des élus locaux ou des établissements de santé souhaitant s'investir sur leur seul territoire de responsabilité. Ils ont pu constituer un frein dans les liens logiques avec d'autres acteurs, à cause de la démultiplication corrélative des instances.

Les trois PTSM du département du Nord rapportent ainsi des liens un peu distendus avec la Direction Départementale de l'ARS (DD ARS), le Conseil Départemental (CD), la Direction de l'Economie, de l'Emploi du Travail et des Solidarités (DEETS), les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), et avec d'autres échelons de concertation des politiques publiques. Cette logique nous est décrite comme pouvant participer "au maintien d'une forme de statut quo dans les échanges, les évolutions des pratiques", les constructions de

partenariats et les synergies ou mutualisations entre les différents établissements.

A noter qu'en Bourgogne, un PTSM, dit de Nord Franche-Comté, se désolidarise des frontières départementales en couvrant le Territoire de Belfort, la partie nord du Doubs (Pays de Montbéliard) et la partie Est de la Haute Saône (Héricourt).

Un PTSM couvre donc des tailles populationnelles très disparates : de 76 000 habitants en Lozère, à plus de 2 000 000 à Paris ou dans le Bouches du Rhône. La même disparité existe dans le nombre d'acteurs à mobiliser dans les différents champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, allant de quelques dizaines à plusieurs centaines.

Le choix du territoire de déploiement du PTSM suit des logiques de partenariat préexistant, de compétences administratives et d'opportunités. Nous n'avons pas de préconisation sur ce que devra spécifier la prochaine génération de PTSM sur ce sujet, les acteurs locaux étant les mieux placés pour en juger.

Le périmètre thématique : une variété de combinaisons mixant approche populationnelle et approche par problématiques.

Le périmètre thématique des PTSM a été défini de façon matricielle dans les textes, à partir

-des publics concernés (population générale, population clinique ou vulnérable, public précaire, enfance protégée...),

-et d'axes prioritaires à traiter sous forme de "service à rendre" (déstigmatisation, dépistage, prévention de la crise, développement de l'ambulatoire...)

Le constat fait lors de ce tour de France est que la prise en compte de certaines thématiques (TSA/TND, addictions, publics spécifiques -ASE, personnes sous-main de justice par exemple-) s'avère très variable d'un PTSM à l'autre.

La prochaine génération de PTSM devra poursuivre ce travail d'intégration thématique. Ce point est traité dans le chapitre 4 de ce rapport.

2.2. Quelques exemples remarquables de PTSM transversaux, ciblés et cadencés

Afin d'illustrer le travail de mise à jour d'actions transverses, priorisées et cadencées, nous pouvons évoquer le **PTSM des Cotes d'Armor**.

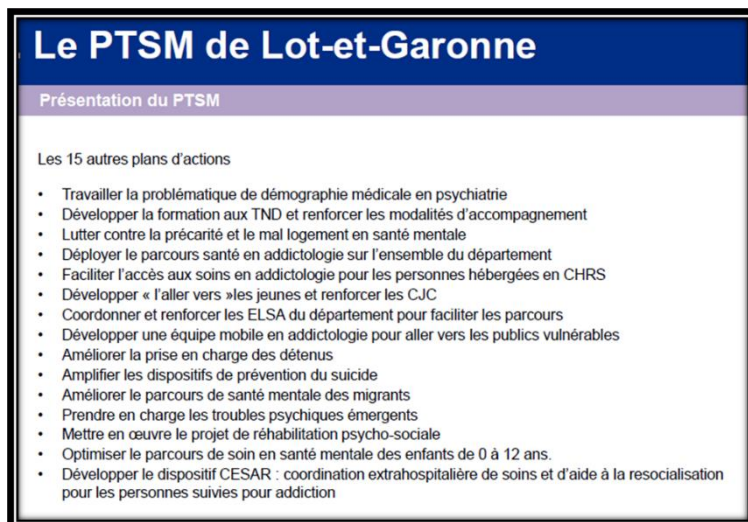
Il a choisi de porter un nombre d'actions limité à 22 et privilégie une modalité de réactualisation crantée annuelle de sa feuille de route.



Une approche qui, selon ses concepteurs, repose sur et induit : « Une réflexion permanente facilitée par une logique Feuille de route avec des groupes de travail actifs poursuivant la co-construction actualisée des réponses : des réussites concrètes remobilisatrices. »

Dans la même logique, le PTSM du Lot-et-Garonne se structure en 20 plans d'actions ou axes de travail, dont 5 sont priorisés :

- La prise en charge des troubles anxieux ou dépressifs légers de l'adulte
- La prise en charge des personnes âgées
- L'action en direction des victimes de psycho-traumatisme
- La prise en charge de la santé mentale des adolescents
- La prise en charge en psychiatrie des patients des structures médico-sociales.

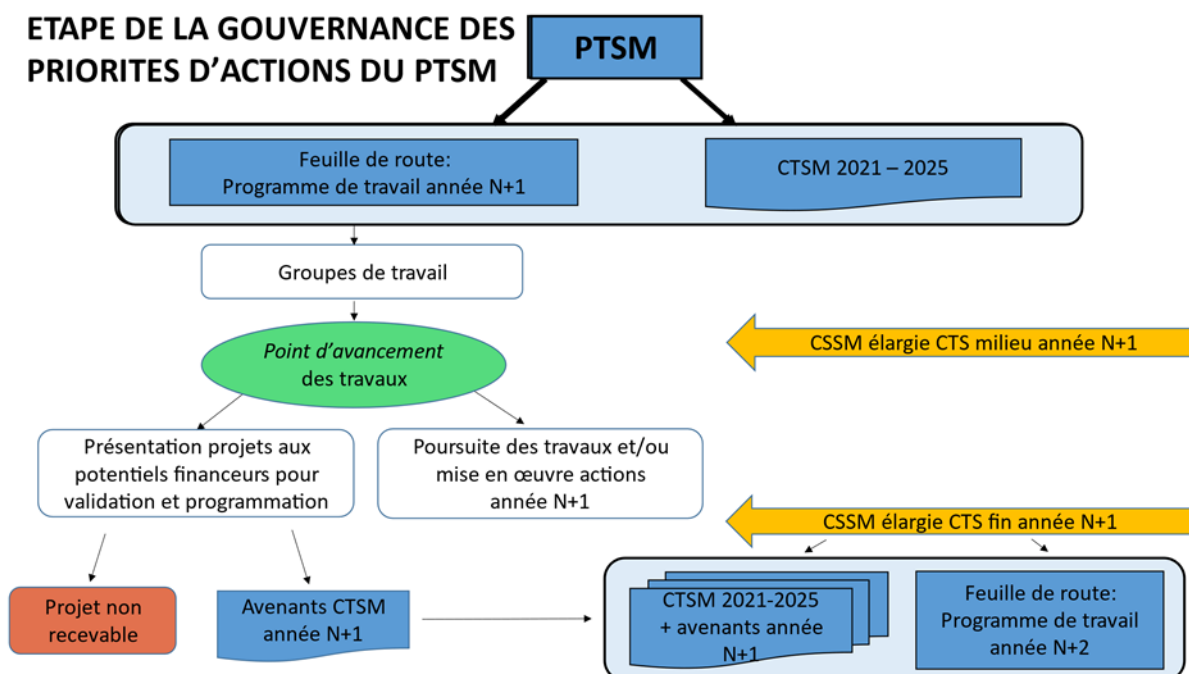


Enfin, nous pouvons citer la démarche de la Normandie, qui réunit ses instances stratégiques tous les 6 mois :

-le point d'étape de juin permettant de sélectionner les projets à présenter aux éventuels financeurs,

-celui de décembre de faire le bilan et de définir le programme de travail de l'année suivante. Les nouvelles actions/orientations s'intégrant par avenants au CTSM.

ETAPE DE LA GOUVERNANCE DES PRIORITES D'ACTIONS DU PTSM



2.3. Quelques recommandations pour les PTSM 2.0

En l'espace de ces 6 dernières années, le PTSM a su s'imposer comme un cadre structurant de la politique de santé mentale dans les territoires, plébiscité par tous les acteurs. La responsabilité de son élaboration, de sa mise en œuvre et son évaluation confiée à ces acteurs eux-mêmes, comme son adaptabilité aux réalités et spécificités des territoires, fondent sa raison d'être.

Cette responsabilité première confiée aux acteurs eux-mêmes justifie les interprétations diverses constatées aujourd'hui dans les formes et modalités de mise en œuvre des PTSM dans les territoires...pour autant qu'elles restent fidèles aux fondamentaux de ce cadre et de cette démarche d'action originale

C'est pourquoi les quelques recommandations ci-après nous sembleraient utiles pour réaffirmer ou préciser clairement ces fondamentaux

il est essentiel de réaffirmer explicitement que la réponse psychiatrique ne constitue qu'une partie, certes importante mais non exclusive, des réponses nécessaires.

1. Redéfinir précisément la santé mentale dans ses 3 dimensions :

- santé mentale positive dans sa dimension de promotion et prévention en population générale -
- troubles psychiques fréquents,
- troubles psychiatriques sévères et persistants pouvant déboucher sur des situations de handicap psychique

mais **aussi de ses déterminants, comme le poids des événements et des conditions de vie, l'importance des compétences psychosociales personnelles et le rôle de la solitude et de l'exclusion.**

Cette clarification permet de rendre lisible la nécessaire **mobilisation graduée des acteurs, en particulier** : de ceux du champ sanitaire, dans leur participation au premier recours et à la psychiatrie, pour les séquences de soins qui leur incombent ; de **ceux de la prévention et de l'inclusion sociale**, avec notamment les collectivités territoriales et leurs élus et les différentes administrations déconcentrées de l'Etat.

Autrement dit, si le PTSM a vocation à devenir le creuset territorial intégratif des réflexions et actions, au sens large, en santé mentale, dans une vision interministérielle et interinstitutionnelle réaffirmée,



2. Rappeler l'importance d'un diagnostic initial des besoins et d'offres de qualité,

et prévoir ses modalités d'actualisation pour prendre en compte les besoins émergents et les modalités organisationnelles et les pratiques les plus pertinentes

3. Repréciser préalablement le sens des mots pour bien s'entendre collectivement sur ce que l'on met derrière le terme de PTSM et de CTSM,

et rappeler l'objet premier du PTSM et sa fonction intégrative, comme cela a pu être anticipé sur les territoires les plus matures dans la démarche.

Le PTSM se résume-t-il en un document-projet écrit pour 5 ans, ou constitue-t-il aussi et plus encore une démarche dynamique, qui s'appuie sur une logique de feuille de route, avec une modalité continue de travail permettant d'intégrer des acteurs, des problématiques, des partenariats au fil de l'eau et de capitaliser sur les réussites collectives ? Si la méthodologie de travail est unanimement décrite comme pertinente, porteuse de changements voire devenue indispensable, il faut souligner qu'après l'élaboration des PTSM et des CTSM, les territoires insistent sur la nécessité de faire vivre la démarche : les groupes de travail thématiques restent actifs et continuent à construire solutions, actions, projets et à rendre compte devant les comités de pilotage ad hoc.

Le "PTSM doit être un objet vivant" nous enjoignait un interlocuteur breton.

4. Mieux stratifier les étapes d'élaboration du plan d'action (CTSM), de son actualisation, de sa contractualisation, en termes de granularité, de cadencement et de clarification de la méthodologie d'animation.

Il s'agit de préciser le rôle des CTSM qui priorisent et cadencent réellement les actions et s'attachent à privilégier ce qui est atteignable : fixer des objectifs réalistes, « engranger des succès ».

5. Renforcer la lisibilité du PTSM et de ses travaux, et renforcer la légitimité des PTSM à se saisir de sujets, à convoquer des acteurs, à participer ou à devenir le lieu unique de réflexions territoriales sur tous les sujets en santé mentale.

Comme nous le verrons dans la suite de ce rapport, lisibilité et légitimité doivent pouvoir s'appuyer sur un soutien fort des ARS, sur des outils de communication (construction d'une marque PTSM ?), mais aussi sur un pilotage offrant une lisibilité transverse des politiques publiques et des opportunités de financement et qui garantisse une juste représentation des différents acteurs. Cela doit-il passer par une logique d'opposabilité du PTSM, comme cela a été évoqué par certaines ARS, au risque de perdre en souplesse et adaptabilité pourtant nécessaires ? Ce point reste à débattre.

"En BFC, le PTSM est un outil utile car très transversal mais il n'est pas toujours au centre de la stratégie de santé mentale du département et il n'existe pas de contrainte pour le rendre central et incontournable"

Au total, l'ambition ainsi redéfinie assignée au PTSM devrait contribuer à répondre à trois questions essentielles adressées au déploiement d'une politique de santé mentale ambitieuse et efficace dans les territoires :

- comment le PTSM doit-il et peut-il se situer au point d'intersection territorial d'une démarche ascendante (volonté des acteurs du terrain) et d'une démarche descendante (déploiement de la feuille de route santé mentale nationale et PRS) ?

- .comment le PTSM peut-il **intégrer** pleinement **une démarche d'adaptation de l'offre spécialisée** aux besoins, **dans la construction de parcours globaux et cohérents** qui doivent associer prévention, parcours de soins et accompagnement social et médico-social et qui appellent les nécessaires articulations entre de nombreux acteurs prévention, parcours de soins et accompagnement social et médico-social et qui appellent les nécessaires articulations entre de nombreux acteurs ?

- comment **faire vivre la démarche des PTSM dans la durée**, sans décourager et démobiliser les acteurs ?

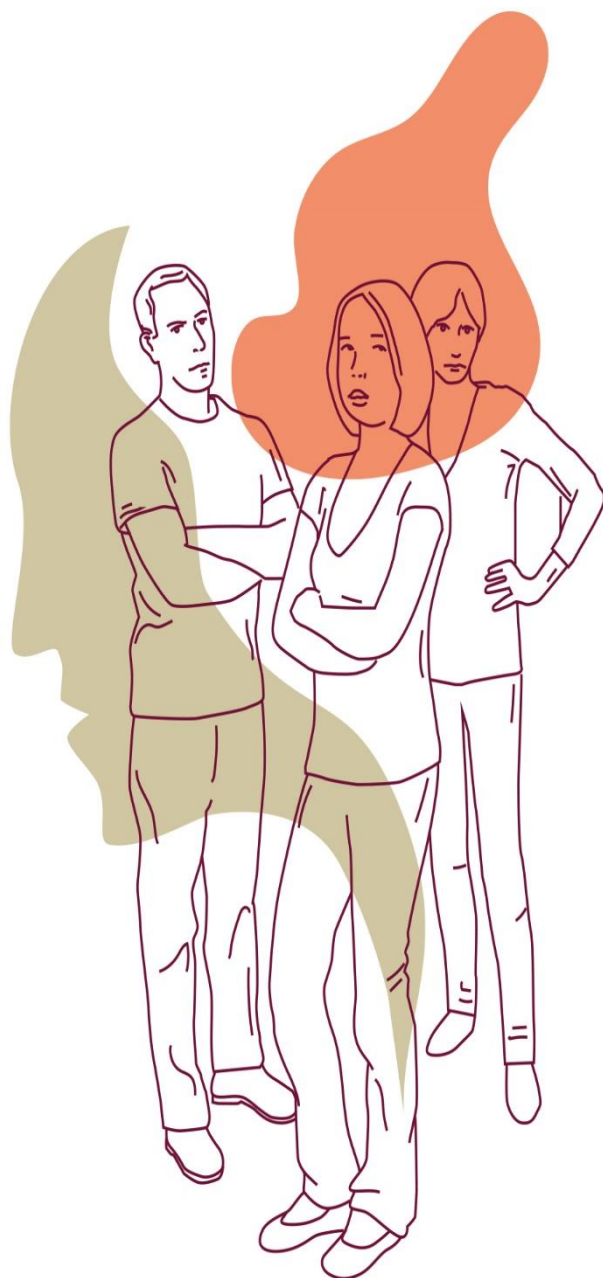
Les chapitres qui suivent s'attachent à montrer combien le PTSM est porteur de promesses, mais aussi les incontestables marges de progrès qu'il lui reste encore à saisir pour les tenir toutes, ainsi que les différents leviers à disposition pour y parvenir (comitologie, pilotage opérationnel, financement, outils ...).

3. LE PTSM, LIEU INNOVANT

Un cadre qui favorise les pratiques et organisations innovantes et sur lequel il va falloir capitaliser.

Le tour de France que nous avons réalisé a confirmé l'importance de mobiliser les intelligences collectives multi-sectorielles et de combiner différents types de savoirs – académiques, professionnels (y compris interprofessionnels) et expérientiels (provenant des personnes concernées et de leurs proches) – pour améliorer les réponses aux besoins identifiés. Cette approche est source d'innovations inspirantes.

Les exemples concrets présentés ci-après illustrent comment le PTSM est un cadre qui favorise le développement et le partage de ces innovations en matière de coordinations, de partenariats, de pratiques et d'organisations. On s'attachera alors à rechercher les moyens de conforter et de généraliser ce rôle "d'incubateur" et de « diffuseur des innovations ». Si le PTSM s'est aujourd'hui imposé comme un cadre structurant de la politique territoriale de santé mentale, sa mise en œuvre révèle une grande diversité d'interprétations qui semble justifier le rappel de quelques fondamentaux, sans préjudice de la nécessaire liberté laissée aux acteurs pour se saisir de ce cadre d'action en fonction de leurs réalités de terrain.



3.1. Les principaux constats

Ces innovations peuvent porter sur :

Des **coordinations de parcours populationnels**, tels qu'imaginés dans les textes fondateurs des PTSM, en précisant le rôle, les missions et les besoins éventuels de chaque acteur ;

Des **partenariats avec de nouveaux acteurs**, en co-construction avec des co-financements et des équipes mixtes ;

Des innovations organisationnelles ou de pratiques

3.2. Quelques exemples remarquables de la force transformative de la démarche PTSM

PARCOURS et REPONSES COORDONNEES

- Les travaux du PTSM de Seine Saint Denis et le CTSM qui les a déclinés ont confirmé la priorité prévue dans le PRS2 et permis une réorganisation complète des filières d'urgences psychiatriques dans le département,

en mobilisant dans les échanges : les services de secours aux personnes, les services d'urgences générales, les transporteurs et les équipes de psychiatrie ; ceci, afin d'aboutir à une modification des pratiques et des circuits de transports et à la création de lieux de prise en charge de crise permettant une réduction du recours à l'hospitalisation et de soins sans consentement (nouveau centre renforcé d'urgences psychiatriques (CRUP) de l'hôpital Delafontaine avec 15 lits)

- Dans l'Eure-et-Loir, le projet ETAP ENFANT a eu vocation à restructurer complètement la pédopsychiatrie, avec un objectif de construire un "même panier de soins" en divers points du territoire et d'homogénéiser la réponse apportée ;

ceci, en mutualisant les moyens des trois centres hospitaliers (CH) portant les trois secteurs de pédopsychiatrie. Cette restructuration s'appuie sur une logique de guichet unique pour les enfants et les adolescents, avec un accès rapide à une première ligne démedicalisée (évaluation réactive, guidance, prise en charge initiale) située au sein des différentes antennes de la MDA (devenue Maison des Enfants et Adolescents) et soigneusement articulée avec les filières spécialisées (périnatalité, TND, autisme, CMPEA, MDA, équipe de crise) en cas de besoin.

Le dispositif "ETAP enfant", qui accueille des jeunes de 0 à 18 ans, vise ainsi à réduire les délais du premier rendez-vous, dans une logique de dépistage rapide et de prévention.

Cette organisation a permis de stabiliser le délai de prise en charge à 20 jours sur Dreux, et de le réduire de 52 à 37 jours sur Chartres en l'espace d'une année. A l'issue de cette prise en charge dans les consultations primaires, seuls 20% des enfants nécessitent une évaluation par un pédopsychiatre.



- Le territoire du Doubs a construit une réponse coordonnée entre les différents acteurs autour des parcours complexes, particulièrement pour les enfants et les adolescents en situation de handicap pris en charge par l'ASE.

Cela a été possible grâce à la création de trois dispositifs portés par quatre établissements différents :

- DAPEH 25 (Dispositif d'Appui Protection de l'Enfance Handicap), porté par le secteur social et médico-social, intervenant directement en prévention des ruptures de parcours ;
- EMIL, Equipe mobile de pédopsychiatrie du Doubs, portée par le CHU de Besançon, qui propose une expertise sur des situations compliquées et un appui aux équipes dans les structures médicosociales, l'éducation nationale, la PJJ et l'ASE ;
- EMTAA 25, Equipe Mobile de Transition Adolescents - Adultes, portée par le CH NOVILLARS.

PARTENARIATS INEDITS entre Sanitaire et Social Sanitaire et Monde de l'entre- prise, Psychiatrie et premier recours Et multi partenariats autour de la prévention

- Dans l'Eure, le PTSM a permis la création d'une Equipe Mobile de Soutien au Logement co-portée par l'Hôpital de Navarre et le groupe SOS, avec un quadruple financement du Conseil Départemental, de la DEETS, de la CPAM et de l'ARS, et la mise à disposition de locaux par les partenaires du social et de la psychiatrie (IDE), permettent un accompagnement adapté aux besoins des personnes et, éventuellement, un retour aux soins soutenant l'accès au logement de droit commun. Pour les professionnels, cela constitue une opportunité d'interconnaissance mu-

tuelle et de diffusion des savoirs faire. Quinze mois après la mise en place de cette expérimentation sur deux territoires pilotes, les éléments de bilan très positif conduisent les partenaires à anticiper la généralisation sur le département et l'ouverture aux bailleurs privés et aux propriétaires occupants.

Lors de la présentation de ce dispositif, la DEETS souligne que

"le PTSM est un point de convergence", que les travaux ont permis "d'apprendre à se parler, d'avoir un langage commun, de construire un projet commun"

s'appuyant sur "des liens de proximité nouveaux entre les professionnels de terrain mais aussi entre les directions" et de "connaître un succès au service du logement des personnes".

Le PTSM est particulièrement pertinent lors du déploiement de projets d'insertion, comme facilitateur pour "embarquer" largement les acteurs lors de la mise en place de différents dispositifs

- Le dispositif "Un Chez Soi d'Abord" en Côte d'Armor a ainsi bénéficié de la dynamique du PTSM, à travers l'investissement du coordonnateur dans l'animation des groupes de travail qui ont permis d'accélérer les échanges et la mise en œuvre pratique. Le PTSM est "à l'échelle des représentations de la politique et offre un cadre légitime pour intervenir au niveau à la fois stratégique et opérationnel, ce qui nous a permis de mobiliser les 3 territoires, les 3 CHS, et de faire évoluer le plan national pour l'adapter".

- La même logique facilitatrice a été rapporté pour le **programme GOANAG** comme Espoir, permettant l'insertion professionnelle selon une logique de "**working first**" dans le Morbihan.

Enfin, il faut souligner le rôle des PTSM dans les enjeux d'implémentation des pratiques actualisées en proximité, soutenues par les universitaires des territoires.

Nous l'avons observé, par exemple,

- dans le département de l'Orne, avec la mise en place d'une offre de prise en charge du psycho-traumatisme étagée
- de façon "centrifuge".

Ce territoire s'appuie sur son Centre Ressource Régional, qui propose quatre niveaux de prise en charge : le premier niveau consiste en des mesures non médicalisées, suivi d'un niveau standard, puis d'un niveau complexe, et enfin d'un niveau de recours. Ce partenariat se construit entre le CHU et les CMP, avec l'appui des CPTS. Dans ce modèle les IDE sont formés au dépistage, et les psychologues et psychiatres aux prises en charge de premier niveau.

- Cette même logique a permis la construction, dans la Manche, d'une offre de proximité de prise en charge des Troubles du Comportements Alimentaires (TCA) dans des Maisons de Santé Pluri-professionnelles

où sont identifiés et formés des médecins généralistes, diététiciens et psychologues en lien avec le centre recours régional TCA. Neuf professionnels ont pu être formés avec le soutien financier de la CPAM. Ce projet inscrit dans le cadre du PTSM est mis en œuvre par des professionnels du libéral et du CHU.

- L'implication des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) dans les PTSM est en croissance,

de manière parallèle à leur montée en puissance. Par exemple, à Marseille, la CPTS Actes Santé des quartiers nord participe activement à un groupe de travail "ville-hôpital" permanent. Ce groupe se consacre à la création d'outils de prise en charge coordonnée, répondant aux besoins des patients et des professionnels. La CPTS porte une attention particulière aux ruptures de traitement, en mettant à disposition une fiche de contact informatique permettant de faciliter la communication entre la ville et le CMP.

- Pour illustrer les actions de déstigmatisation, nous citerons le dispositif "En voiture PSYMONÉ" qui circule sur les marchés et au sein des lycées des Deux-Sèvres

pour sensibiliser la population - et en particulier les jeunes - à la santé mentale, et faciliter le recours aux soins en cas de besoin. Pour ses tournées, ce projet mobilise des collectivités, des établissements de santé (ES), des établissements et services médico-sociaux (ESMS), la CPAM, les acteurs de la prévention et les GEM du territoire.

INNOVATION DE SERVICES

Comme nous le verrons, les PTSM ont inventé de nouvelles façons d'intervenir auprès des personnes, mais aussi de nouvelles modalités de mobilisation des personnes au service de leur rétablissement. Ces initiatives incluent la promotion de la pair-aidance, la mise en œuvre d'actions de déstigmatisation, et même des programmes de formation.

- L'équipe ESSAI (Equipe de Soutien à la Sortie, l'Adaptation et l'Inclusion) en Mayenne, est une équipe mixte décroisonnée comptant des professionnels du médico-social qui intervient au sein des services de psychiatrie de Laval et de Château Gonthier, auprès de patients hospitalisés depuis plus de 290 jours.

Ce projet est co-construit avec un acteur de l'insertion dans le logement (ENOSIA) et des bailleurs sociaux, et associe les savoir-faire de l'accompagnement éducatif (GEIST) et de la psychiatrie en mobilisant le Centre ressource de réhabilitation. Il a déjà permis la sortie définitive d'hôpital de 24 personnes sur les 34 rencontrées. A propos de ce projet est souligné que "le PTSM est un plaidoyer pour le décroisement, ce qui en lui-même permet une amélioration des prises en charge" et que "sur un tel projet on a fait venir les bailleurs dans le PTSM, et ils vont y rester" confortant le besoin d'un pilotage évolutif pouvant intégrer de nouveaux acteurs.

- L'association JEFF (dans le Bas Rhin) propose sur l'Eurométropole de Strasbourg une aide à la personne et un accompagnement à la vie quotidienne, au numérique et à l'Insertion sociale ou socio-professionnelle, à l'aide d'une équipe de pair-aidants (cinq bénévoles et trois en contrats aidés).

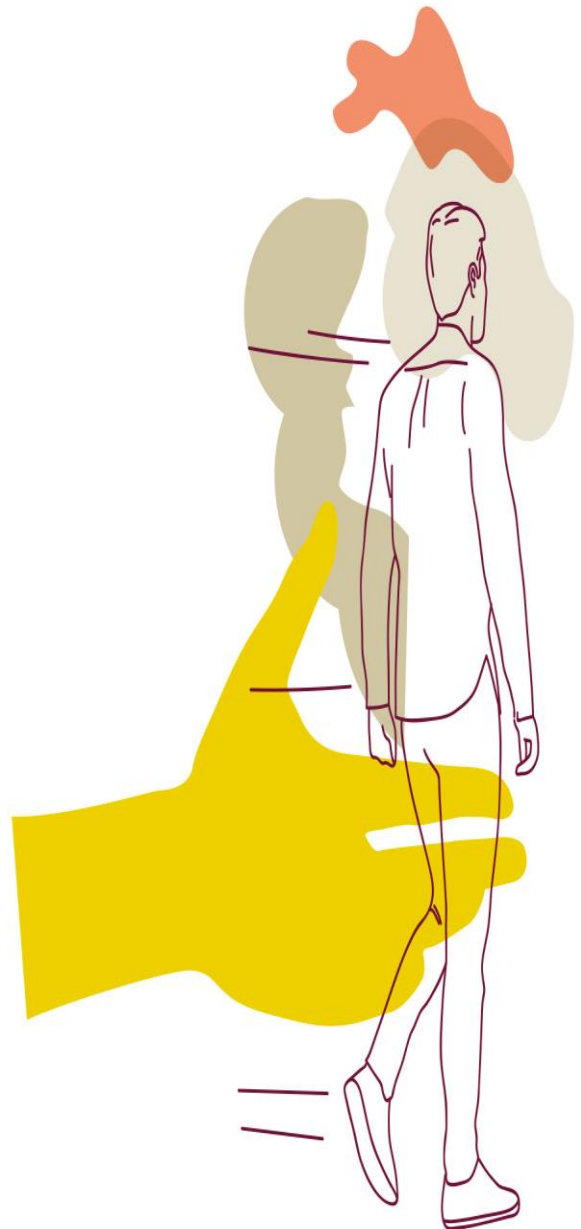
Le projet est fondé sur les principes de l'empowerment et du rétablissement. Ce dispositif a déjà bénéficié à une centaine d'utilisateurs, auxquels il faut ajouter, comme bénéficiaires, les pair aidants mobilisés (une vingtaine). Il persiste des difficultés de stabilisation du financement après la fin du soutien expérimental de la Fondation de France et de la communauté d'Alsace.

- La Bibliothèque Vivante portée par le PTSM dans le Finistère, est co-pilotée par l'UNAFAM et le GEM ENVOL, et soutenue par le Centre ressource réhabilitation.

Dans ce dispositif, les ateliers sont organisés selon le Programme HOP (comme Honnête Ouvert et Prêt) et structurés en ateliers "se dévoiler" et "raconter son histoire". Les 40 personnes recrutées ont bénéficié d'une formation. La bibliothèque vivante a proposé une lecture aux professionnels de la MDPH, aux étudiants des instituts de formation au travail éducatif et social et à la population générale au sein des médiathèques. Cette action de déstigmatisation par la rencontre envisage de s'inscrire dans un projet plus large de lutte contre les préjugés.

- Dans le Morbihan, un projet innovant s'est attaché à construire une formation à la santé mentale à destination des élus et agents territoriaux, avec l'intervention conjointe d'un pair aidant et d'une cadre de santé.

Cette initiative porte un triple enjeu de déstigmatisation, d'augmentation du niveau de compréhension et de facilitation de l'implication des élus au sein des PTSM, ou des CLSM.



3.3. Quelques recommandations pour de possibles pistes d'évolution des PTSM 2.0

Le premier objectif pour les PTSM de seconde génération est de faire des PTSM des creusets intégratifs et vivants, capables d'identifier et de diffuser les innovations par une veille permanente et un dialogue soutenu entre ses acteurs.

Afin de faciliter la poursuite de cette innovation, il paraît nécessaire de clarifier les points suivants :

1. réaffirmer la double nature du PTSM, à la fois comme un document de référence de la stratégie territoriale globale visant à améliorer les réponses aux besoins, et comme une dynamique permanente.

Cela implique de concevoir le PTSM sous deux angles complémentaires :

- a. la **construction d'une feuille de route à cinq ans portant sur des axes de travail, plutôt que sur des actions prédéfinies**, et avec une actualisation régulière, plutôt qu'un projet figé. La pertinence d'aligner cette feuille de route avec le calendrier des PRS sera examinée dans un autre chapitre.
- b. un **fonctionnement de "think tank permanent" intégrant tous les sujets liés à la santé mentale et à la psychiatrie du territoire** avec des modalités de travail qui garantissent la transversalité des échanges et l'inclusion progressive des nouveaux acteurs et nouveaux projets.

2. Garantir l'implication des personnes concernées : leur participation à un projet est une pratique innovante à plus d'un titre car elle modifie les regards sur un projet et les résultats obtenus.

3. Rappeler les standards internationaux promus par l'OMS vers lesquelles les travaux du PTSM doivent tendre

(Santé Mentale communautaire, urgence, réhabilitation, soins somatiques, gradation...)

4. Agir activement pour diffuser ces innovations en outillant les PTSM à cette fin et en favorisant une mise en lumière nationale des projets inspirants

Au-delà de l'effet de ce Tour de France et de ce rapport). La tenue d'assemblées générales ou de journées annuelles des PTSM ouverte à tous, ainsi que la création d'un site internet dédié aux PTSM, sont des pratiques dont la pertinence doit être étudiée.

5. Cultiver "l'effet boule de neige" :

une innovation réussie implique une large mobilisation d'acteurs et donne envie à d'autres parties prenantes de rejoindre l'innovation. L'arrivée de nouveaux acteurs, en elle-même, constitue une innovation. Ceci doit s'appuyer sur la construction d'un pilotage accueillant et évolutif.

6. Se doter d'une stratégie de mobilisation multisectorielle et facilitant les co-financements et les financements starter de l'innovation

Ces derniers points guideront les réflexions évoquées dans les chapitres suivants sur les aspects de pilotage, de l'animation, de l'outillage et du financement des PTSM.

4. LES ANGLES MORTS ET LES SUJETS INCONTOURNABLES A PORTER

L'ambition portée par cette première génération de PTSM était très vaste, construite selon une logique matricielle autour des 3 missions rappelées ci-après et de différents publics, eux-mêmes identifiés sur la base de différents critères : clinique versus non clinique, tranches d'âge, pathologies, etc...



Article L3221-2 du CSP :

Il organise les conditions d'accès de la population :

1) A la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles ;

2° A l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques ;

3° Aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.

Il est important de noter que les 3 volets prévus dans les PTSM sont strictement superposables aux 3 axes de la Feuille de Route Nationale de Santé Mentale et Psychiatrie. Dans l'instruction de 2018, ces volets sont déclinés en 6 priorités et en publics cibles définis ci-dessous.

Priorité 1 : repérage précoce des troubles psychiques, diagnostic et accès aux soins et accompagnements sociaux et médico sociaux conformément aux bonnes pratiques ;
Priorité 2 : parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, troubles psychiatriques sévères, rétablissement et inclusion sociale ;

Priorité 3 : accès aux soins somatiques ;
Priorité 4 : prévention et prise en charge de la crise et de l'urgence ;
Priorité 5 : respect et promotion des droits, pouvoir d'agir et lutte contre la stigmatisation ;
Priorité 6 : actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale

Il est précisé que les actions -s'adressent à la fois :

- A la population générale, pour ce qui concerne la promotion de la santé mentale et l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale ;
- Aux personnes présentant une souffrance et/ou des troubles psychiques - incluant les personnes à risque ou en situation de handicap psychique, car présentant des troubles sévères et persistants, ainsi que les personnes les plus vulnérables cumulant les problématiques de santé ;
- Et à leurs proches et aidants, pour l'ensemble des priorités.

-et contribuent aux réponses apportées aux personnes présentant certains troubles neurodéveloppementaux, dont les troubles du spectre de l'autisme".

Si le PTSM doit proposer des actions sur chacune des priorités, la construction n'est pas strictement inscrite dans une réflexion par axe populationnel d'âges, de pathologies, de situations sociales ou juridiques, et il n'est fixé aucune

obligation populationnelle. Ainsi, certaines populations ou certaines problématiques apparaissent-elles encore non ou insuffisamment prises en compte dans les PTSM de première génération.

4.1. Un triple constat :

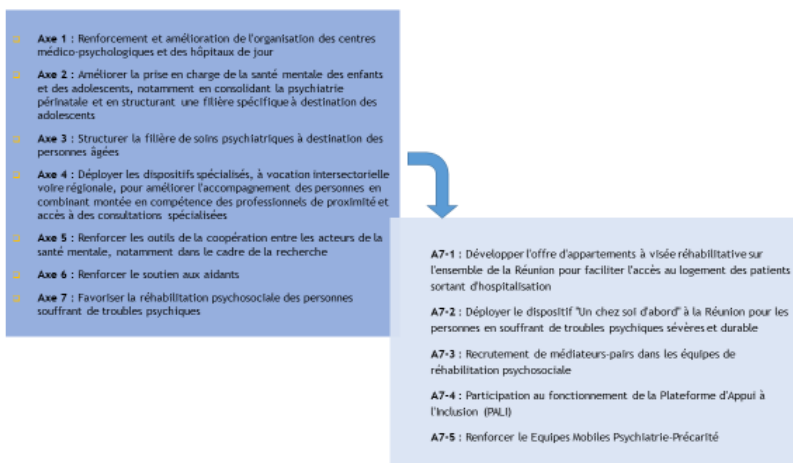
Une grande liberté dans la structure du PTSM ; des angles morts à corriger ; l'émergence de travaux sur l'attractivité des métiers

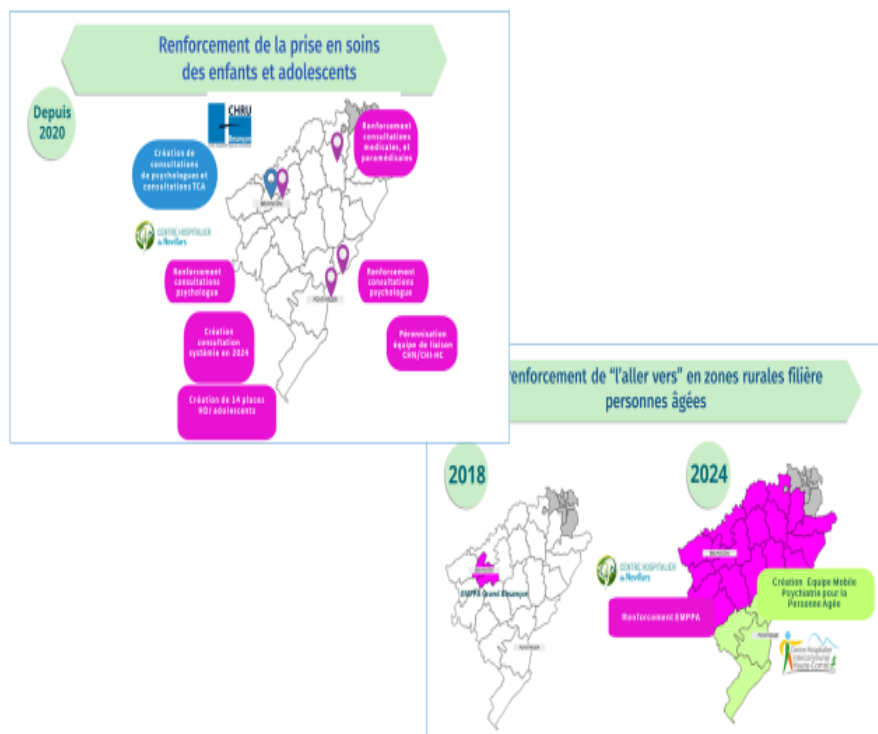
Les PTSM se sont souvent dégagés d'un schéma de construction que pouvait suggérer une application stricte des six priorités, au profit de logiques d'âges ou de filières

- en déterminant leurs propres priorités. Par exemple, à La Réunion, le PTSM est construit en 7 axes, portant parfois sur l'évolution de structures (CMP et HDJ), et parfois sur des cibles populationnelles (par exemple via l'intégration d'un volet enfant, avec focus sur la périnatalité, et d'un axe ciblant le sujet âgé). Par ailleurs, ce PTSM ne traite pas les priorités 3 (soins somatiques) et 6 (droits et déterminants sociaux), et a ajouté un volet recherche et formation à son programme.
- en suivant une logique de filières, par âge ou par thématique, qui semblait plus cohérente pour constituer les groupes de travail lors de l'élaboration des projets.

Ce choix peut être illustré par le bilan du PTSM du Doubs présenté en mars dernier devant son assemblée générale, soulignant l'accent qui a été mis sur :

- La place des usagers
- La filière enfant-adolescent en plusieurs points : périnatalité, soins des enfants et adolescents, filière psycho traumatisme mineurs, renfort des actions des MDA, soutien aux parcours complexes et double vulnérabilité
- La filière adulte : renfort de l'offre, évolution de l'offre d'hospitalisation complète, structuration de l'offre d'addictologie et de réhabilitation psychosociale, renforcement des offres précarité, développement de l'aller-vers avec l'ouverture de GEM en zone rurale ; et du soutien aux parcours dans l'emploi ou l'hébergement.
- La filière personnes âgées : aller vers en zone rurale et soutien aux EHPAD
- La prévention du suicide
- L'accès aux soins somatiques
- L'appui transverse aux réseaux SISM, PSSM, annuaire





Côtes d'Armor a permis au dispositif départemental d'équipe mobile de pédopsychiatrie pour adolescents de toucher un public cible plus large, puisque 50% des consultations réalisées sont désormais sollicitées par des professionnels de l'éducation nationale.

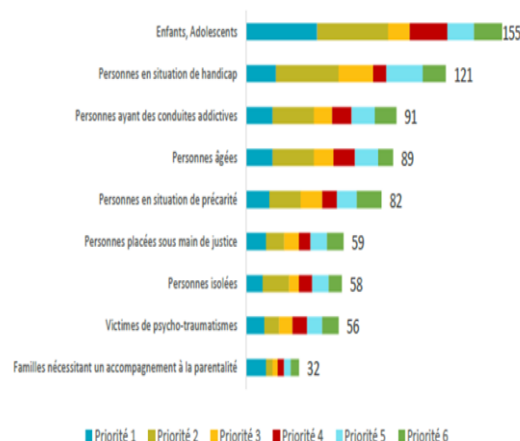
Le PTSM de l'Oise a également bénéficié de l'appui de l'éducation nationale dans plusieurs groupes de travail, relevant sa pertinence.

Toutefois, la forte disparité d'investissement des sujets avait alerté la Cour des Comptes qui le souligne dans son rapport de mars 2023 sur *"La pédopsychiatrie, un accès et une offre de soins à réorganiser"* en précisant que : *"Ainsi, 36 PTSM sur les 79 examinés abordent*

une vision de la pédopsychiatrie qui couvre les différents âges de la vie de l'enfant et de l'adolescent, notamment la période périnatale ; 38 PTSM, abordent la question de la pédopsychiatrie de liaison et envisagent la constitution d'au moins une équipe mobile de pédopsychiatrie, d'autre (28), posent la question de la transition de l'adolescence à l'âge adulte" et préconise d'*"intégrer au projet territorial de santé mentale (PTSM) un volet pour la psychiatrie infanto juvénile"*.

Les analyses des PTSM réalisées en Nouvelle Aquitaine et en PACA ont souligné la disparité dans la prise en considération des différents publics.

ANALYSE des publics concernés par les 155 actions des 10 PTSM en Nouvelle Aquitaine (ORS 2023)



Source : PTSM Nouvelle-Aquitaine Exploitation ORS Nouvelle-Aquitaine

NB : Attention une action peut concerner plusieurs publics. Dès lors qu'une action concerne toutes les populations, elle n'est pas reportée dans le graphique.

Bien que l'instruction de 2018 ait choisi de ne pas imposer une logique populationnelle par âge, les exemples mentionnés ci-dessus montrent toutefois que de nombreux PTSM ont développé des actions ciblées en faveur de la prévention en santé mentale et de la prise en charge des enfants et des adolescents.

En effet, au moment de la crise sanitaire, l'ensemble du territoire français a été touché par la recrudescence des situations de mal-être et par une hausse marquée des recours aux soins pour pensées et gestes suicidaires chez les jeunes. Alors que les chiffres n'ont pas retrouvé leur niveau d'avant crise et que les tensions en ressources humaines connues par la psychiatrie sont exacerbées pour la pédopsychiatrie, les PTSM ont su prouver leur aptitude à trouver des solutions innovantes pour améliorer les parcours en santé mentale des plus jeunes.

Le projet de Maison des Enfants et des Adolescents (ETAP enfant présenté au 3.2) en Eure et Loire en témoigne.

Les actions menées dans le cadre des PTSM de la première génération à destination des enfants et des jeunes ont su mobiliser des acteurs divers et spécifiques à un public jeune. L'Education Nationale, notamment, est apparue comme incontournable, et sa participation à l'élaboration de projets, bien que souvent considérée trop faible, apporte une valeur ajoutée certaine aux projets conçus.

Par exemple, l'étroite collaboration entretenue avec l'éducation nationale dans le PTSM des

Les angles morts populationnels à corriger : les publics vulnérables, dont les détenus et les personnes âgées.

Sans prétendre que le contenu de ce travail est exhaustif, nous pouvons affirmer, en complétant les éléments recueillis lors de nos diverses étapes et par les bilans régionaux produits en Nouvelle Aquitaine et en PACA, que certains sujets ont été "oubliés" lors de la rédaction de la première génération de PTSM ou de leur mise en œuvre.

Les actions à destination des publics vulnérables sont les premières concernées.

Selon le Comité Consultatif National d'Éthique, « les populations vulnérables sont les personnes qui s'expriment peu ou pas, dont on parle peu ou pas et qui souvent ne peuvent se défendre elles-mêmes, les « sans-voix », les « invisibles », dont :

- Populations précaires, dont les populations migrantes ;
- Personnes âgées ;
- Jeunes vulnérables, dont, au premier chef, les enfants protégés ;
- Détenus et personnes sous-main de justice"

Les données épidémiologiques désignent ces **populations comme particulièrement exposées aux déterminants de mauvaise santé mentale** (exposition aux violences dont violences sexuelles, précarité, isolement, appartenance aux minorités, addictions, parcours migratoire complexe).

La prévalence des troubles psychiatriques est également accrue pour ces populations, à la fois pour les conduites suicidaires, les troubles fréquents (anxiété, dépression), mais aussi pour les troubles plus sévères (bipolarité, schizophrénie, trouble grave de la personnalité), ainsi que pour certains troubles neurodéveloppementaux et pathologies psycho-traumatiques.

Il est donc indispensable de veiller à ce que les PTSM construisent des réponses ciblant ou intégrant au moins ces publics.

Les angles morts thématiques : prévention, addictions, soins de premiers recours, soins sans consentement.

- Le développement et la structuration de la **prévention** en santé mentale a constitué un sujet de préoccupation dans plusieurs PTSM, mais il reste encore globalement insuffisamment pris en charge dans les territoires ;

- De la même manière, **les addictions sont sous-représentées**. Elles n'étaient pas expressément citées dans le périmètre de départ et l'offre dans ce domaine bénéficierait grandement d'une clarification des articulations entre addictologie et psychiatrie.
- La constitution de réponses **aux besoins de soins psychiques coordonnés avec les acteurs du premier recours** a été peu explorée dans cette première génération des PTSM.

Plusieurs éléments peuvent l'expliquer, tels que l'absence de politique claire de gradation de l'offre, la confusion récurrente entre santé mentale et psychiatrie, et encore la difficulté à mobiliser une représentation des acteurs de 1er recours dans les travaux du PTSM, avant la constitution des CPTS. Ce déficit devrait être corrigé sous l'effet conjugué des évolutions sociétales et épidémiologiques, du boom de croissance des organisations en CPTS, mais aussi de la capitalisation possible sur certaines expériences construites dans les PTSM) et parfois selon d'autres canaux d'innovations (projets de parcours gradués en cours d'expérimentation au titre de l'article 51 : SESAME, Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie., à condition que l'objectif que "tout n'aille pas systématiquement vers la psychiatrie" soit clairement réaffirmé.

- **La question des soins sans consentement**, qui peut être incluse de façon indirecte dans les priorités 4 (prévention de la crise) et 5 (droits et respect) de l'instruction a été très peu abordée lors des échanges (sauf avec le Comité Consultatif d'Allocations de Ressources de Centre Val de Loire et en Seine Saint Denis) et n'apparaît que rarement en tant que telle dans les PTSM.
- Enfin, si le volet de **l'insertion sociale et de son accompagnement (par l'accès et le maintien dans le logement, dans l'emploi, dans la vie sociale...)** sont évoqués dans un grand nombre de PTSM, ils le sont encore insuffisamment au regard de la finalité de parcours global et transversal que doit porter le PTSM, comme

évoqué dans le chapitre 2 de ce rapport. La promotion de la démarche de rétablissement plaide pour leur renforcement.

« Ces formations ont un double effet dont celui de la cohésion »

Des thématiques non anticipées et très présentes : la formation et l'attractivité des métiers de la santé mentale.

En contrepoint des sujets manquants ou insuffisamment présents précités, certains sujets, non prévus initialement et non explicitement formulés dans les textes, se sont imposés dans les PTSM en raison de l'enjeu qu'ils représentent au regard de l'évolution du contexte que nous avons évoquée dans l'introduction de ce rapport.

- De très nombreux PTSM portent ainsi des projets de formations :

formations des professionnels (TCA dans la Manche, psycho trauma à la Réunion, 3 modules sentinelle / évaluateur / intervenant suicide en ARA...), formations croisées ou inter-formations (en réhabilitation en Grand Est et Normandie), **formations ciblées sur des publics spécifiques, comme les élus** (Bretagne) ou **les acteurs du champ social et du 1er recours** mobilisés dans les PTSM de la Sarthe (sensibilisation des **agents de mairie, travailleurs sociaux et professionnels de Centres Communaux d'Action Sociale**) et du Val de Marne (formation des **professionnels de PMI** au repérage de la dépression périnatale).

Ces formations sont décrites comme un accélérateur de changement des pratiques pour implémenter des nouvelles modalités d'accompagnement, mais aussi comme un facteur d'évolution des partenariats, lorsqu'elles sont construites au service d'un PTSM.

Dans de très nombreux territoires, la formation Premiers Secours en Santé Mentale est devenue un outil majeur pour les PTSM : elle permet "d'embarquer sur le sujet des professionnels plus frieux", de faciliter la montée en compétences, mais aussi de créer des liens intersectoriels en composant des groupes avec des professionnels de différents champs.

nous a-t-on dit dans la Marne.

Dans certains territoires, elle a d'ailleurs pu être complétée par une demi-journée ou journée complémentaire, construite par les PTSM pour donner aux professionnels des informations sur les ressources locales d'aide. Forts de cette expérience, de nombreux coordonnateurs de PTSM sont devenus formateurs PSSM pour disposer de cet outil plus facilement.

D'autre part, **le PTSM semble être une dynamique privilégiée pour la mise en place de formations croisées** telles qu'elles sont régulièrement préconisées.

En **Meurthe et Moselle**, plusieurs besoins identifiés ont trouvé une réponse dans le PTSM : les PSSM, la formation Sentinelle prévue dans la stratégie nationale de Prévention du Suicide, les formations de désescalade, ou encore les formations en prévention de la violence comme OMEGA. Le PTSM54 « ne finance pas les formations mais il gère le programme de formation sur 3 ans, son animation étant financée par les acteurs ».

Dans le Morbihan, une des fiches actions du PTSM a élaboré une **formation à destination des élus et agents territoriaux, animée par un binôme composé d'une paire-aidante et d'un cadre de santé**, et remplissant un triple objectif d'information, de formation et de déstigmatisation.

- Au-delà de ces formations, de nombreux PTSM ont développé d'autres formes de transfert de connaissances,

avec l'organisation de Journées PTSM et de colloques.

Ces outils permettent non seulement une montée en compétence territoriale, mais constituent également des *"outils de visibilité tout en favorisant une mobilisation continue des acteurs, permettant ainsi de faire vivre le PTSM"* parfois sous la forme d'Assises en santé mentale comme en Guyane.

La formation est un « outil
d'animation parmi d'autres
et un outil de visibilité »

comme nous le décrit le PTSM de Seine Saint Denis, qui s'appuie entre autres sur une Communauté Mixte de Recherche (CMR « Autonomie et

Modalités diverses

Groupes de travail – réunions – COPILs

Journées grand public – sensibilisation

Colloques de recherche – séminaires

Groupe de réflexion « participation des usagers »

Communauté des pratiques « pair-aidance »

**Communauté Mixte de Recherche « autonomie et
démocratie sanitaire »**

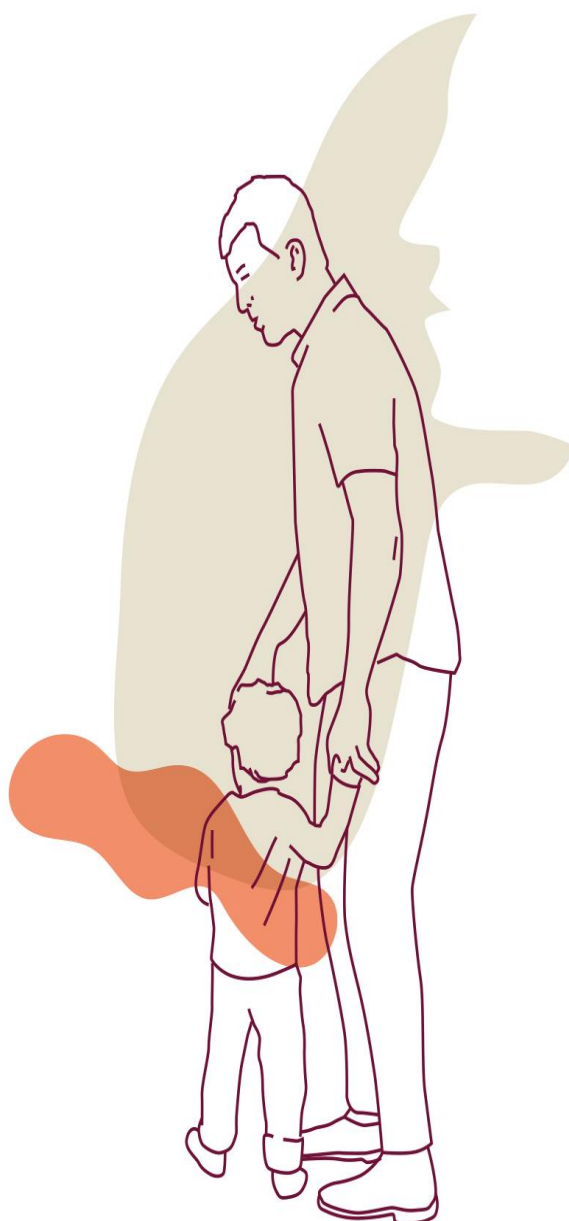
démocratie sanitaire : focus sur les approches
orientées rétablissement en santé mentale »).

**Le sujet de l'attractivité des métiers a fait
l'objet de groupes de travail spécifiques
dans de nombreux PTSM**

La pénurie de professionnels dans les 3 champs concernés (sanitaire, social et médico-social) entrave la capacité des porteurs de projets à les mettre en œuvre et nuit à la mobilisation dans les travaux du PTSM.

Le PTSM du Lot et Garonne est particulièrement impliqué dans la réflexion autour de la pénurie de professionnels. Il a notamment œuvré pour ouvrir la plateforme CD47 – qui favorise l'installation de médecins généralistes dans le département - aux spécialités du soin psychique.

En outre, le PTSM a porté la création en septembre 2023, d'une antenne délocalisée de formation d'infirmiers puériculteurs à Agen (20 places) pour répondre aux besoins du département, permettant notamment de soutenir la restructuration de la pédopsychiatrie.



4.2. Quelques exemples remarquables de projets autour des parcours d'adolescents et de partenariats avec le premier recours

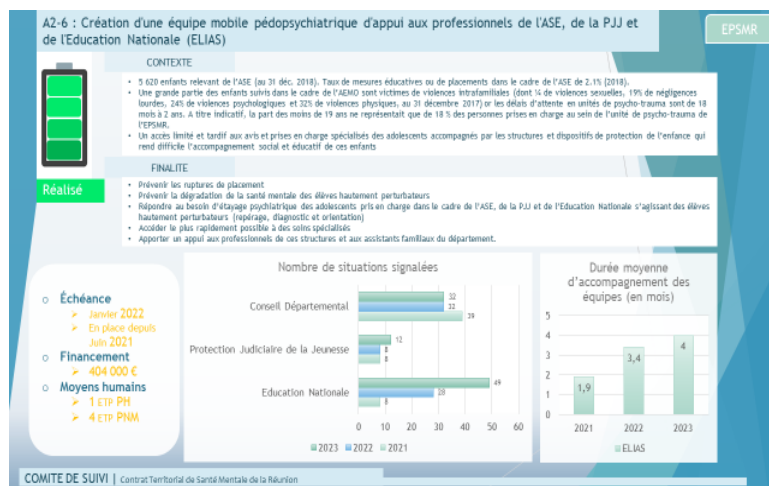
La construction de parcours pour enfants et adolescents en situation complexe a constitué un axe de travail de certains PTSM. Ce public désigne notamment les jeunes avec une double vulnérabilité psychique et sociale et/ou neurodéveloppementale et sociale, à l'instar des enfants confiés. Certains territoires (cf 2.1) se sont particulièrement saisis de cette thématique, comme le Doubs et son projet en 3 axes, ou encore les PTSM de la Mayenne et de la Réunion.

Les parcours pour enfants et adolescents

- La Plateforme d'APPUI pour les 16-25 ans en situation complexe en Mayenne intervient en appui aux professionnels pour éviter les ruptures de parcours, mais aussi en appui direct aux jeunes en leur proposant un accompagnement personnalisé.

Constituée d'éducateurs, infirmiers et psychologues, cette équipe de 6 ETP vise à éviter trois types de rupture de parcours : lors des changements entre deux tranches d'âge du médico-social, des "sorties sèches" de l'ASE, et de transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte. Le dispositif L'APPUI est géré par un Groupement de Coopération Social et Médicosocial (GCSMS) réunissant 7 associations (dont la MDA) depuis 2020, et bénéficie de financements conjoints de l'ARS, du CD, de la CAF et du Plan de Lutte contre la Pauvreté.

- L'équipe ELIAS est portée par l'EPSMR et financée dans le cadre du FIOP. Le projet a été présenté devant le comité de suivi du PTSM de la Réunion en avril 2024.



Les partenariats avec les CPTS

S'agissant des partenariats avec les CPTS, aux projets de parcours TCA et psycho traumatisme en Normandie et de suivi coordonné à Marseille présentés précédemment (cf 2.1), nous pouvons ajouter

- le partenariat construit entre la CPTS des Vallées de l'Anjou Bleu et le CESAME d'Angers.

Ce dernier est né de la rencontre entre le généraliste porteur de la CPTS et d'un psychiatre lors d'une réunion PTSM, et a débouché sur une invitation mutuelle permanente aux travaux d'élaboration du PTSM et de la CPTS et la construction d'un projet commun.

Depuis septembre 2021, une équipe de coordination (constituée d'une infirmière en soins avancés IPA et d'une IDEC) travaille avec les professionnels de la CPTS des Vallées de l'Anjou Bleu. L'équipe intervient selon deux modalités : elle assure des permanences au sein de la MSP, et réalise des évaluations à domicile à la demande des professionnels de santé et des travailleurs sociaux.

L'IPA permet, entre autres, d'améliorer le parcours de santé des personnes souffrant de troubles mentaux en proposant une éducation thérapeutique sur les troubles anxieux.

En présentant cette démarche, le CH CESAME a affirmé "être maintenant aux aguets de la constitution de CPTS sur d'autres territoires pour dupliquer cette méthodologie de partenariat".

4.3. Quelques recommandations pour de possibles pistes d'évolution des PTSM 2.0

Pour mieux couvrir les angles morts précédemment mentionnés, il paraît nécessaire d'actualiser le diagnostic des besoins, d'identifier les freins rencontrés lors de la première génération de PTSM et les leviers à mobiliser en regard.

1. Le renforcement des actions notamment sur les déterminants sociaux de santé mentale, devrait bénéficier d'un réengagement interministériel ainsi que d'une mobilisation des collectivités territoriale,

des Villes tout particulièrement - prêtes à s'engager, dans les suites de l'Appel de Nantes de décembre 2022, via un renforcement des liens PTSM/CLSM.

2. La meilleure prise en compte des populations vulnérables implique que les acteurs de la précarité, de la justice, de l'enfance mais aussi de la politique de la ville et de la solidarité soient mieux représentés dans les PTSM

pour construire des réponses qui demandent à la fois une très forte inter-ministériarité et un engagement des collectivités territoriale (départements et villes).

Les moyens et outils facilitant cette mobilisation seront abordés dans les chapitres sur le pilotage, la comitologie et les outils à construire au service des PTSM, ci-dessous. On peut d'ores et déjà prédire que la mobilisation de ces acteurs dès la phase "diagnostique" des angles morts de chaque territoire sera déterminante.

3. Comme nous l'avons évoqué, certains préconisent l'instauration obligatoire d'un volet spécifique enfant/adolescent dans les PTSM 2ème génération

(comme c'est le cas dans le Rapport de la CDC 2023). Cette proposition est reprise dans le très récent Rapport de Charges et Produits de l'Assurance Maladie de juillet 2024, qui suggère de « Favoriser la structuration territoriale de parcours en santé mentale permettant des prises en charge plus rapides grâce à une meilleure coordination des différents acteurs (médecins et psychologues libéraux, CMPP, établissements de santé, etc.) ».

Nous souscrivons à cette proposition. Ce volet aurait à traiter, en plus de problématiques autour de l'enfance et l'adolescence, du **parcours de santé mentale périnatale**. Puisque la période périnatale fait intervenir un nombre de professionnels – aussi bien dans le domaine sanitaire que médico-social et social – « plus important qu'à n'importe quel moment de la vie », les PTSM ont un rôle à jouer dans la mise en place de parcours en santé mentale durant cette période ; « en périnatalité, il y a une exigence absolue de coordination » nous a rappelé un acteur du PTSM du Val de Marne.

4. Par ailleurs, la prise en charge des addictions doit être réaffirmée comme un incontournable des PTSM,

ce qui implique de donner une place plus importante aux nombreux acteurs de l'addictologie sanitaire non psychiatriques (services d'addictologie et de médecine somatique, médecine générale, établissements privés, Soins de Suite et Réadaptation), mais aussi sociaux et médico-sociaux (CAARUD, CSAPA). Il conviendrait alors de clarifier les rôles et missions du champ psychiatrique

dans ce domaine. L'un des acteurs rencontrés en Corse a suggéré que « sur le modèle du volet enfant, les PTSM à venir soient tenus d'écrire un volet réhabilitation psycho-sociale et un volet santé mentale et psychiatrie sur le sujet âgé, ces 3 sujets étant particulièrement structurants et porteurs de changement ».

5. Enfin, il conviendra de venir en soutien des PTSM les plus en difficulté, en vue de rattraper les inégalités territoriales :

par l'appui au renforcement de la gouvernance, la mise en place d'une chefferie de projet et un plan d'action ad'hoc si des difficultés sanitaires existent.

5. LES ARTICULATIONS AVEC D'AUTRES INSTANCES DE COORDINATION

CTS, CSSM, CLS, CLSM, CPTS, DAC, CNR, comités 360, CCARPSY, SPDA... ou

l'enjeu incontournable d'une clarification du paysage des instances de coordination territoriale

Nous consacrerons ce chapitre à la question de l'articulation entre les diverses instances de concertation, de construction des politiques territoriales de santé ou de coordinations. Leur croissance fulgurante au cours de la dernière décennie, rappelée en introduction, est venue combler un manque de coordination.

Evoluent aujourd'hui et se juxtaposent, dans le voisinage des PTSM, sous une grande richesse d'acronymes : les CTS (Conseils Territoriaux de Santé) et leurs CSSM (Commissions Spécialisées en Santé Mentale) ; les CLS (Contrats Locaux de Santé) ; les CLSM (Conseils Locaux de Santé Mentale) ; les CPT (Communautés Psychiatriques de Territoire) ; les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) ; les DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination) ; les CNR territoriaux, déclinaisons du CNR (Conseil National de la Refondation) ; les Communautés 360 ; les CCARPSY (Comités régionaux Consultatifs d'Allocation de Ressources en Psychiatrie) ; Les SPDA (Services Publics Départementaux de l'Autonomie), ... Cette profusion d'instances pose clairement aujourd'hui la question du manque de lisibilité de l'écosystème

La future génération de PTSM se doit donc de préciser son articulation avec les autres dispositifs pour éviter l'effet "millefeuille abscons" dont l'impact est délétère pour les professionnels et les usagers. Dans cette perspective, il est proposé de consacrer le PTSM comme creuset intégratif et méta coordonnateur territorial de tous les sujets "santé mentale".

5.1. Les principaux constats

Une articulation construite avec les CTS et leurs CSSM dépendante de la convergence des territoires

L'articulation entre CTS et CSSM est l'une des seules articulations nommément décrites dans les textes sur les PTSM. Force est de constater que ce lien se traduit dans la réalité : de manière

générale, le président de la CSSM est associé étroitement aux travaux et à la gouvernance du PTSM (souvent au sein du COPIL et du COSTRAT – cf chapitre 6 suivant), tandis qu'un bilan du PTSM est présenté annuellement en CSSM ou en Commission Territoriale plénière.

Certains territoires ont même considéré que le PTSM était "confondu" avec la CSSM, et d'autres (comme la DD ARS des Bouches du Rhône) suggèrent de "supprimer les CSSM des CTS afin de clarifier l'organisation".

Les contre-exemples tiennent aux cas :

- De non-superposition des territoires respectifs des CTS et des PTSM (Nord, Nord Franche Comté, Pas de Calais, Limousin, Vaucluse...). En effet, quand un CTS couvre 2 ou 3 PTSM différents, il s'investit peu ou pas dans le pilotage (Hauts de France) ; à l'inverse, quand un PTSM couvre plusieurs CTS, cela implique de la part des CTS un sur-effort pour être présents dans les groupes de travail qui vont, par essence, traiter de sujets hors de leur territoire de responsabilité.
- Aux particularités organisationnelles de certains territoires ultra-marins (Guadeloupe, Martinique).

Par ailleurs, plusieurs ARS nous ont fait part de leurs interrogations et inquiétudes en lien avec l'application de la Loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, dite « loi Valletoux », qui propose un re découpage infra-départemental des périmètres de CTS, et risque ainsi de fragiliser les articulations construites en démultipliant la comitologie.

Une grande complémentarité des CLS et des CLSM avec les PTSM mais qui demande encore à être explicitée et consolidée

La dynamique des Conseils Locaux de Santé Mentale, d'échelle infra départementale, et la démarche PTSM semblent avoir trouvé des axes de complémentarité et de synergie, puisque :

- Dans de nombreux territoires, la démarche PTSM a réactivé et amplifié le mouvement de création de nouveaux CLSM. C'est même un axe de certains PTSM (Alpes de Haute Provence, Gironde, Bouches du Rhône...)
- A rebours, les coordonnateurs de CLSM sont souvent identifiés comme des personnes ressources sur leur territoire et associés aux travaux des PTSM. Ils ont souvent participé à affiner le diagnostic initial de besoins et contribuent activement à l'enrichir et l'actualiser.

Les CLS (avec leur volet santé mentale) et les CLSM sont de plus identifiés comme des porteurs privilégiés d'actions locales sur les déterminants de santé, sur l'information en population

générale, durant les Semaines d'Information en Santé Mentale (SISM) et d'animation des cellules de réflexions autour de situations individuelles de cas complexes, lorsqu'elles existent.

Le PTSM doit avoir la responsabilité de coordonner et harmoniser ces actions, de veiller à ce qu'elles concernent aussi les territoires dépourvus de CLS ou CLSM et à ce que les instances de traitement des situations individuelles complexes couvrent l'ensemble du territoire.

Ce travail implique des liens réguliers entre les coordonnateurs de ces différents dispositifs : certains départements ont fait le choix d'une articulation très étroite comme dans le Haut Rhin (cf 5.2), tandis que de nombreux territoires ont structuré des rencontres régulières mensuelles ou trimestrielles : "les cafés des coordos », qui ont été parfois élargis aux équipes des DAC et C360, et permettent la coordination, le partage d'information et l'alimentation des actions dans le cadre des SISM (comme en Saône et Loire et en Aveyron).

En Aveyron, le PTSM nous est décrit comme

"permettant une méta-coordination des actions de promotion et de prévention et déstigmatisation en mobilisant les différents coordonnateurs de CLS, les CLSM, et les collectifs SISM"

On relève néanmoins un point d'attention sur la possible concurrence entre les financements des postes de coordonnateurs, car si les collectivités cofinancent volontiers avec les ARS les postes des coordonnateurs des CLS et CLSM, les départements et autres services de l'Etat ne participent pas du tout aux frais de fonctionnement des PTSM.

Le mouvement des CPTS vers les PTSM est enclenché et porteur d'espoir

Comme nous l'avons évoqué ci-dessus et après un démarrage un peu en décalage du lancement des PTSM, il faut noter que :

-La dynamique des CPTS est remarquable : un groupe de 28 CPTS s'est constitué dès février 2022 au sein de la Fédération nationale des CPTS afin d'élaborer des outils d'appui à la construction et à la mise en œuvre des parcours en santé mentale dans les territoires (70% des CPTS portent ou envisagent de porter dans leurs Accords Conventionnels Interprofessionnels (ACI) des projets concernant la santé mentale).

-La construction d'une réponse de premier recours aux situations de souffrance psychique et aux troubles mentaux fréquents est un enjeu majeur d'adéquation de l'offre aux besoins. Cela implique non seulement le renfort de solutions existantes comme le dispositif MonSoutienPsy, d'accès à des psychologues conventionnés, mais aussi de faciliter une coopération réciproque entre deux champs qui se parlent peu. Cette avancée a ainsi pu être résumée par un duo MG-psychiatre rencontré dans les Pays de la Loire :

"Au départ, les préjugés réciproques étaient que la psychiatrie est nébuleuse et que la médecine générale manque de compétence et adresse soit trop tôt soit trop tard... Et puis nous nous sommes rencontrés dans une réunion du PTSM"

. Cette coopération doit permettre au premier recours de trouver les appuis et avis dont il a besoin, et à la psychiatrie de trouver l'appui somatique et

le relais nécessaires au parcours des patients qu'elle prend en charge.

De plus, les diagnostics des CPTS doivent participer à enrichir et actualiser celui des PTSM.

Des périmètres de partenariats à mieux définir entre PTSM et DAC, C360, SPDA, CCARPSY

Le partenariat avec les Dispositifs d'Appui à la Coordination des parcours de santé complexe (DAC) est celui qui semble à la fois le plus courant et le plus visible

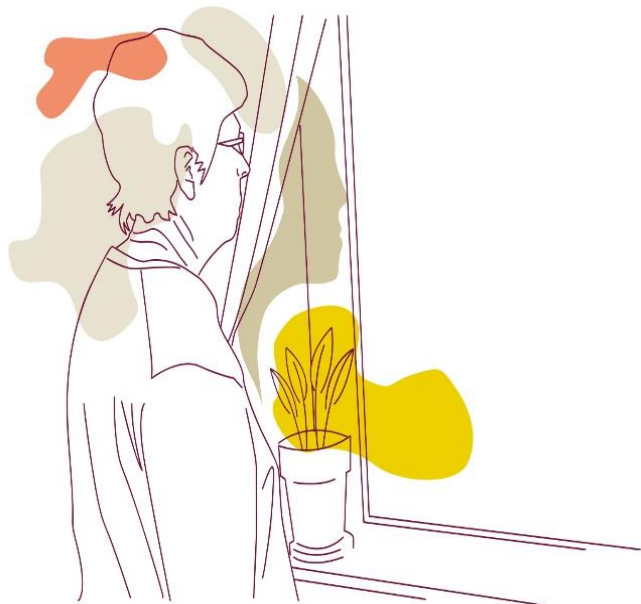
De nombreux postes de coordonnateurs de PTSM sont portés par des DAC (BFC, HDF, PACA, OCC), identifiés comme garants d'intersectorialité voire de neutralité, comme dans le Gard où "ce portage a été exigé par la CTS pour limiter les appropriations par l'un ou l'autre des offreurs ».

Ce lien PTSM/DAC avait été prescrit à la fois lors de la construction des DAC et de celle des PTSM, qui devaient se rapprocher "des acteurs de la réponse accompagnée pour tous".

Cette articulation semble particulièrement fructueuse puisqu'elle permet un enrichissement mutuel entre ces deux outils ; l'un (DAC) venant en appui de situations individuelles, l'autre (PTSM) portant des enjeux de réponse aux besoins populationnels.

Il paraît néanmoins nécessaire de penser l'articulation afin que le DAC vienne enrichir les réflexions du PTSM, mettant à profit sa légitimité et sa force d'observatoire local des situations complexes et des solutions pertinentes. Repérer ces dernières peut s'avérer propice au déploiement d'actions efficaces dans le cadre du PTSM, comme l'a montré le PTSM de Côte d'Or, en construisant des réponses structurales à des situations complexes avec une composante psychique ou psychiatrique.

Cependant, une attention particulière doit être portée aux effets doublons, à la confusion et la complexité introduite lorsque plusieurs DAC coexistent sur le territoire d'un même PTSM, ou encore lorsque les DAC ambitionnent de porter des projets spécifiques en santé mentale, comme dans les HDF et en Bretagne.



Les interactions avec les communautés 360, le SPDA se déploie et porte des enjeux forts de solutions d'insertion.

Les Communautés 360 créées pour gérer les situations individuelles complexes dans le champ du handicap - ont rarement été évoquées spontanément lors des échanges de ce Tour de France. On peut toutefois citer l'exemple du Facility Bus, action de déstigmatisation itinérante co-portée par la C360 de la Creuse et le PTSM du Limousin.

Le Service Public Départemental de l'Autonomie (SPDA) est également en cours de généralisation après une expérimentation pilote sur 18 départements préfigurateurs. L'articulation entre SPDA et PTSM permettrait de mobiliser de nouvelles solutions de "care" et d'insertion, mais aussi de faciliter la mobilisation des Conseils départementaux dans le cadre des PTSM, notamment pour une meilleure prise en compte des problématiques de santé mentale des personnes âgées.

Enfin, lors de notre étape en région Centre Val de Loire, nous avons rencontré les membres de la **Comité Consultatif d'Allocation de Ressources Psychiatrique (CCAR psy)**. Cette commission, construite au niveau régional dans le cadre de la réforme du financement de l'activité de soins psychiatriques, est constituée de représentants des usagers et des fédérations d'établissements sanitaires. En CVL, le CCAR psy est devenu un "CARROPSY". L'ajout du O pour offre de soins, souligne l'implication souhaitée par cette commission dans la reconfiguration de l'offre de soins psychiatriques au niveau régional et territorial. Ces réflexions se nourrissent des PTSM de la région et enrichissent en retour le volet « réponse psychiatrique » des différents PTSM. A titre d'exemple ont pu être abordés lors de nos échanges : le devenir de l'activité d'Accueil familial Thérapeutique (pôle important dans le Cher) ; les mutualisations possibles entre établissements (y compris la participation du privé lucratif aux Soins Sans Consentement) ; la réduction des hospitalisations inadéquates en psychiatrie.

Cette vigilance de l'ARS à coordonner les 2 niveaux territoriaux de réflexion sur les évolutions de l'offre de soins et à inclure les financements au

service de la démarche des PTSM, paraît très pertinente, surtout dans une région avec un fort enjeu de mutation de l'offre de soins. Elle expose cependant au risque de trop centrer les réflexions PTSM sur l'offre psychiatrique.

PTSM et Conseil National de la Refondation

Les principaux retours sur la démarche du Conseil National de la Refondation peuvent être résumés à partir des propos entendus dans plusieurs territoires dont en Occitanie :

"Les acteurs soulignent la rapidité de décision dans le cadre de la démarche CNR et son contraste par rapport au temps long des PTSM et les délais de signatures des CTSM, dans une région qui a fait le choix de faire avancer ensemble tous les PTSM".

"Le CNR est agile, là où le PTSM est structurant".

Une directrice adjointe d'ARS rappelle que "la démarche CNR se déroule en indépendance, donc certains ne se saisissent pas de la santé mentale" et qu'il "revient à la politique régionale de se substituer si le CNR ne considère pas un sujet, et de veiller à ce que les projets ne soient jamais orthogonaux avec les PTSM et les PRS", "ainsi un projet peut être estampillé CNR mais financée et construit ailleurs".

Un autre constat partagé en PACA et en Occitanie est que "les CNR se saisissent peu du sujet Santé Mentale, peut-être parce que les acteurs ont identifié que ces sujets sont traités dans les PTSM".

A contrario de ce qui est rapporté "en Auvergne-Rhône-Alpes, où 50% des projets CNR santé relèvent de la santé mentale. "C'est un financement souple, rapide pour un an renouvelable une fois, adapté aux actions territorialisées".

En Ile et Vilaine, il nous a même été signalé (en dehors du Tour de France) le financement d'un projet CNR porté par le DAC, faisant doublon avec les projets du PTSM ; notamment avec son ambition de déployer la formation aux PSSM et de créer un site d'information sur la santé mentale, avec une cartographie des ressources locales utiles.

Un point d'attention sur le risque du pilotage national en tuyaux d'orgue qui doit gagner en exemplarité de transversalité

Afin de compléter l'analyse des articulations au niveau territorial, nous nous sommes penchés sur l'existence ou non d'articulation des pilotages nationaux de ces politiques :

-Le suivi des PTSM est porté aujourd'hui par la DMSMP (garante de l'approche inter-directions) et la DGOS, qui ont confié à l'ANAP la construction d'une Communauté de Pratiques des Coordonnateurs de PTSM.

-Les CLSM sont portés par la DGS, qui, dans le

cadre d'un CPOM, a confié l'animation de la communauté des coordonnateurs des CLSM au CCOMS de Lille, lequel construit actuellement un nouveau cahier des charges des CLSM. Le CCOMS propose une formation ad'hoc aux coordonnateurs de CLSM.

-Les démarches de CLS, de CTS et de CNR font l'objet d'un pilotage par le Secrétariat Général du Ministère des Affaires Sociales (SGMAS) dans le cadre de son travail d'animation sectorielle avec les ARS.

-Les DAC, C360, SDPA sont, eux, pilotés par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) en lien avec CNSA.

Ces pilotes nationaux doivent porter une attention à la bonne articulation de leurs travaux dans une forme d'exemplarité de transversalité qui garantisse que les ambitions ne soient pas orthogonales.

5.2. Quelques exemples remarquables d'articulation entre instances de coordination

Un exemple d'organisation intéressant est celui, spécifique, du Haut-Rhin (800 000 habitants). Ce département aux territoires contrastés, qui vont de Mulhouse (30% QPV) à Colmar, ville riche, avec une plaine vigneronne riche et des vallées plus pauvres et précaires, est couvert par 10 secteurs de psychiatrie portés par 4 établissements de santé, réunis en Communauté Psychiatrique de Territoire.

La territorialisation est portée et concentrée au sein d'un Service d'action territoriale rattaché au CH de Rouffach, qui est l'établissement porteur de la CPT. Ce service d'action territoriale regroupe en son sein : le coordonnateur du PTSM 68, les coordonnateurs de tous les CLSM du département, dont 100% du territoire est couvert, et le centre de réhabilitation psychosociale.

Une part importante des actions du PTSM est déclinée par les CLSM (prévention, information, formations, déstigmatisation) et la présence des différentes échelles de coordination dans un même service permet quand un sujet remonte, de facilement arbitrer "si le sujet doit être pris au niveau

départemental ou local ", mais aussi avec le soutien des CLSM, de faciliter la mobilisation des élus impliqués dans les CLSM aussi au sein des AG de PTSM. Cette mobilisation nous est décrite comme essentielle car :

"le PTSM peut agir en faisant un plaidoyer régulier pour la santé mentale dans toutes les politiques en faveur de l'action des élus sur les déterminants de santé".

Il est intéressant de souligner que sur ce territoire l'enjeu de la réhabilitation psychosociale est pensé comme indissocié des PTSM et CLSM.

Une organisation proche existe dans l'Ain où le PTSM est porté par la Coordination Santé Mentale de l'Ain (COSM01), qui porte aussi les CLSM du territoire et la coordination des SISM.

“Cette organisation permet d’impulser une dynamique de concertation entre les différents acteurs du département dans la prévention et promotion de la santé mentale et de soutenir les politiques publiques départementales et locales en santé mentale”.

Elle offre par ailleurs une visibilité très transverse sur les actions en cours et les ressources disponibles en animant un site internet participatif Notre Santé Mentale dans l'Ain (sante-mentale-ain.fr)

La COSM01 est invité dès l’émergence d’une dynamique CLS sur un territoire et participe aux travaux d’élaboration notamment de l’axe santé mentale.

5.3. Quelques recommandations pour les PTSM 2.0

Les facteurs permettant de réussir la bonne articulation des dispositifs peuvent être résumés ainsi :

- Cohérence et concordance des territoires de pilotage ;
- Clarification des rôles et missions de chacun ;
- Attention particulière pour limiter les effets doublons.

Les préconisations pourraient donc être :

1. De faciliter la superposition des territoires et, quand cela n’est pas possible, de veiller à ce que l’articulation des travaux soit garantie

sous la double responsabilité de l’ARS et des pilotes du PTSM appuyés par le coordonnateur :

- des échanges réguliers (invitation croisée systématique, café des coordonnateurs...)
- un partage réciproque des données de diagnostic (CPTS, CLS, DAC...)
- une lisibilité croisée sur les travaux de chacun.

2. De clarifier les rôles de chacun, en particulier autour de certaines actions :

sur les déterminants de santé confiés aux CLS et aux CLSM, ou sur les situations individuelles - complexes ou non - confiées aux CLSM, DAC et C360.

3. De confier au PTSM une mission de méta coordination et de creuset intégratif de tous les sujets de santé mentale

pour lesquels il peut et doit être saisi, afin de garantir la prise en compte des besoins identifiés par des infra-territoires et la cohérence des actions portées à la maille de proximité autant qu’aux besoins.

4. De diffuser les pratiques inspirantes et les bonnes pratiques d’articulation construites au sein des CLS, CLSM, CPTS et DAC et plus généralement entre acteurs de la santé mentale.

6 UNE COMITOLOGIE EVOLUTIVE ET EN MATURATION,

qui peine à garantir l'intersectorialité, la place des personnes concernées et celle de quelques grands acteurs

La comitologie mise en place pour assurer l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des PTSM offre une grande variété de configurations, adaptées à la genèse et au contexte local de ces projets territoriaux. Toutefois, l'identification clairement exprimée de quatre fonctions invariantes, étroitement articulées entre elles (fonction stratégique ; pilotage interinstitutionnel ; pilotage opérationnel ; mise en œuvre au long cours) nous semble devoir garantir la légitimité et l'efficacité de cette gouvernance, qui doit en outre pouvoir s'appuyer sur un accompagnement fort et structurée de la part des ARS.

6.1. Les principaux constats

Selon le principe des PTSM "à l'initiative des acteurs", une grande liberté était accordée pour la construction de la gouvernance, qui fixait davantage des objectifs en termes de périmètre de mobilisation des acteurs, plutôt que des moyens ou méthodes pour y parvenir. Les textes déterminent un socle à trois piliers : psychiatrie, champ social et médicosocial, personnes concernées et leurs proches. Les élus sont le quatrième élément garantissant la réussite de la démarche.

La seule instance citée par les textes est la Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM) du Conseil territorial de Santé. Les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) ont été introduits par la loi de modernisation du système de santé de 2016 et installés en 2017. Dans une logique d'instance de démocratie sanitaire, ils réunissent

professionnels et offreurs de soins, usagers, collectivités et représentants de l'Etat et sont responsables de l'amélioration de la santé de la population de leur territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire. Ils constituent en leur sein une CSSM.

Les territoires des CTS sont dans la grande majorité à l'échelle départementale, permettant alors une articulation avec les PTSM. Mais ce n'est pas le cas partout : en Hauts-de-France, les territoires des CTS sont à cheval sur plusieurs départements et parfois sur plusieurs PTSM, ce qui a été identifié comme un frein à la bonne organisation.

Enfin, certaines régions soulignent la mobilisation inégale des CSSM dans la démarche de PTSM, parfois en lien avec la mise en place concomitante de leurs logiques respectives, ce qui a pu être un facteur de confusion.

Une intense hétérogénéité des modalités de pilotage de cette première génération des PTSM

Cette hétérogénéité est marquée non seulement entre les régions mais également entre les PTSM d'une même région.

Tous les PTSM fonctionnent sur le principe d'une instance stratégique complétée par une instance de pilotage plus technique, tandis que certains ont ajouté un noyau opérationnel autour du coordonnateur. Les appellations variées de ces trois instances ajoutent parfois un niveau de confusion supplémentaire, et rendent la comparaison des organisations très complexe.

A ces trois instances, il faut ajouter, sur le plan opérationnel, les groupes de travail et leurs animateurs, les porteurs de projets et pilotes d'actions (GT et pilotes étant variablement associés aux trois instances décrites) et, sur un plan de démocratie sanitaire, les assemblées générales.

Ces deux, voire 3 niveaux (stratégique et techniques) qui ont bien fonctionné au moment de la rédaction des PTSM, sont parfois devenus plus difficiles à distinguer au cours de la vie du PTSM.

L'instance stratégique s'appuie souvent sur la CSSM, mais certains se sont appuyés sur la communauté psychiatrique de territoire (CPT - Corse et Haut-Rhin), sur une gouvernance à deux étages avec CSSM et un comité de pilotage (COPIL) plus resserré (ARA), sur des comités de pilotage constitués ad hoc (Gironde, Haute Marne...), voire, à l'extrême, sur un pilotage porté directement par l'ARS (Guadeloupe, Martinique).

Cette première génération de PTSM a été animée de façon prépondérante, voire pilotée, par les Etablissements sanitaires psychiatriques

Ceci peut s'expliquer par le fait que les autres acteurs avaient besoin d'un temps d'acculturation plus important et que de très nombreux postes de coordonnateurs de PTSM ont été portés par les CHS.

Ce portage a participé à donner de la visibilité et de la légitimité au PTSM, mais cette place centrale de la psychiatrie a pu être problématique à plusieurs niveaux : en entraînant une confusion entre PTSM et projet d'établissement - avec un conséquent sentiment de perte de neutralité - et en produisant plus globalement des PTSM très "psychiatriques" ou trop peu "santé mentale".

L'implication réelle des personnes concernées dans le pilotage n'est pas toujours garantie.

Dans cette première génération, la représentation des usagers a été globalement assurée par des représentants des familles ou de proches. Un représentant d'une CRSA Bretonne nous interpellait ainsi

« le PTSM 2 sera réussi sur la place réelle des usagers ».

De nombreux PTSM ont fait le même constat et modifié leurs pilotage et gouvernance en ce sens (cf ci-dessous) ; et presque tous les PTSM réfléchissent à cette démarche.

Des réajustements réalisés en cours de déploiement des PTSM afin d'en améliorer le pilotage

Des réajustements réalisés en cours de déploiement des PTSM afin d'en améliorer le pilotage

Les réajustements observés sont :

- En **faveur d'une implication réelle des usagers** (par-delà leur représentation) au sein des instances de pilotage (Rhône, et cf 6.2 Cote d'Armor et Sarthe) ;
- En **faveur d'une consolidation progressive d'un investissement institutionnel multi partenarial** : les communautés psychiatriques territoriales élargies (Grand Est), voire transformées en communautés territoriales en santé mentale (Vendée), la constitution de GCSMS (Loire Atlantique), la création d'association ad hoc permettant l'inclusion continue de nouveaux acteurs et de nouveaux individus (Sarthe, Haute Garonne).

Si les professionnels de terrain rattachés aux différentes administrations (Education nationale, services du logement, intervenants de l'ASE, de la précarité...) sont souvent engagés dans les travaux des

PTSM, l'engagement de leurs directions est beaucoup plus rare, d'autant plus dans les étapes de contractualisation et de soutien financier aux actions.

Des difficultés à concrétiser l'action interministérielle sur le terrain

Plus globalement, certains acteurs semblent particulièrement avoir manqué au rendez-vous de cette première génération des PTSM

- Les élus ;
- Les collectivités territoriales, dont au premier chef les Conseils Départementaux. Leur présence hétérogène a notamment été remarquée en Bourgogne Franche Comté (par exemple dans le Jura), même si comme en Côte d'Or ou dans la Nièvre

« lorsque cette coopération existe elle est une plus-value pour le lien entre sanitaire et médico-social. ».

- Au même titre, la mobilisation des régions paraît indispensable autour des lycéens, des étudiants (service de prévention des universités) et de la formation initiale ; de même que les Villes pour la prévention et l'action sur les déterminants de santé ;
- L'Education Nationale et les Universités ;
 - Le travail, pour l'accès et le maintien dans l'emploi des publics en souffrance ou situation de handicap psychique ;
 - La Justice, parfois représentée par la PJJ au niveau

opérationnel et sur les sujets d'adolescents complexes, mais avec une faible participation de l'Administration pénitentiaire. La présence de cette dernière n'a été citée que dans l'Aisne, où le PTSM travaille sur le sujet des sortants de détention du centre pénitentiaire de Château-Thierry.

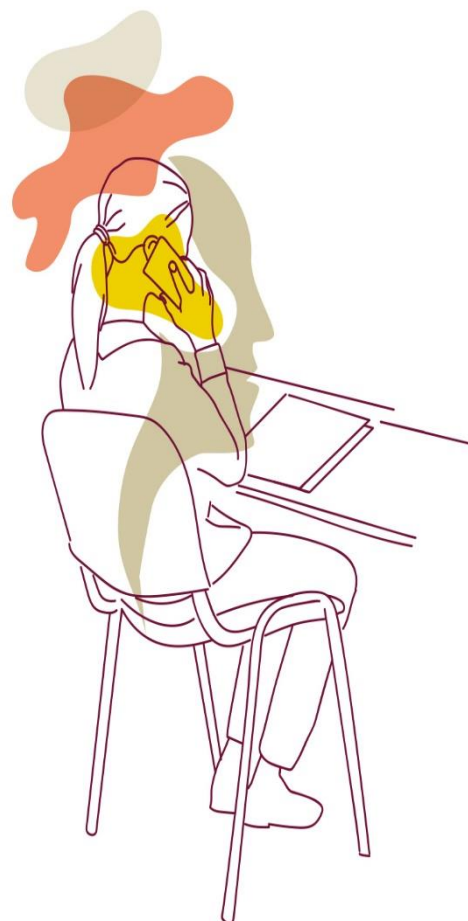
-Les Caisses d'Allocations Familiales, qui peuvent mobiliser les PTSM dans le cadre des Schéma des Appuis aux Familles, mais sans participer en retour aux travaux des PTSM.

-Les Caisses Primaires d'Assurances Maladie, présentes lors de nos étapes en Bretagne et en Normandie, mais discrètes ailleurs, alors qu'elles peuvent mobiliser des financements en soutien de projets.

-Sur le plan sanitaire, les acteurs du premier recours et les offreurs privés lucratifs, qui n'ont été que peu mobilisés ou associés aux travaux.

L'intensité de l'accompagnement des PTSM par les ARS a été très inégal

Certaines ARS ont dès le début proposé un cadrage étroit du pilotage (Bretagne, Normandie) et du calendrier, tandis que d'autres n'ont à 5 ans, pas encore réellement construit leur modalité d'animation régionale des PTSM (ARA, Corse, Guadeloupe, Occitanie).



6.2. Quelques exemples remarquables

Certains éléments de cadrage régional de départ ont pu se montrer efficaces pour garantir la mobilisation large souhaitée, non seulement par la représentation, mais également par la participation effective des usagers. Cette approche, combinée avec une articulation étroite avec les CSSM et un fonctionnement opérationnel des instances, permet de dégager un modèle.

Un cadrage régional

En Bretagne, le cadrage régional du pilotage a été mis en place dès le lancement du PTSM, plaçant aux cotés des coordonnateurs une "chefferie de projet", constituée obligatoirement d'un représentant des acteurs du sanitaire et d'un représentant du médico-social. Ce cadrage a été favorisé, comme le souligne l'ARS lors de notre venue, par "l'accompagnement initial de la démarche par l'ANAP et la mise en place anticipée de coordonnateur à l'initiative de l'ARS", et semble efficient pour faciliter un engagement pluriel dans la démarche. Les acteurs soulignent qu'il a permis de décaler la "logique initiale de certains EPSM qui avaient dans un premier temps du PTSM revendiqué d'être pilote de tous les projets du PTSM avant de se concentrer sur le pilotage de quelques actions". Les réflexions sont en cours sur la nécessité de compléter dans l'avenir cette chefferie de projet en "binôme", par la constitution de "trinôme" afin d'intégrer un représentant des acteurs du champ social.



La place des usagers

L'implication réelle des personnes concernées dans le pilotage des PTSM a pu être insuffisamment concrète dans cette première génération des PTSM, alors que cette place donne une légitimité forte à la démarche des PTSM. Fort de ce constat et des difficultés, de nombreux territoires ont déjà fait évoluer leur pilotage en ce sens.

C'est le cas dans la Sarthe, où le PTSM s'est, dans un second temps, constitué en association loi de 1901 et confie de principe les postes de président, trésorier et secrétaire de cette association à des usagers.

Une démarche similaire a eu lieu en Côtes d'Armor, qui ajoute à ses instances de pilotage en 2022 un "comité de suivi par les personnes concernées" en conduisant une action volontariste de mobilisation des "GEMeurs" : le PTSM a été présenté aux onze GEM du territoire, afin de favoriser leur représentation.



Quelques caractéristiques des PTSM Bretons

- ✓ Un travail préparatoire concerté, animé par l'ARS, en 2016-2017 :
 - Elaboration en concertation d'un document « **cadre d'action partagé** » :
 - Le choix du département comme territoire de PTSM
 - l'association des principaux acteurs concernés par la santé mentale
 - Une gouvernance incluant un pilotage par les opérateurs, de façon partenariale :
 - Binôme de chefs projets de formation et de culture professionnelle différente
 - Un copil départemental avec une composition type
 - L'appui sur le guide méthodologique de l'ANAP
 - Organisation de **rencontres départementales** préparatoires pour faciliter la mise en lien des acteurs et le partage du cadre d'action
 - Une **journée de transfert de compétence ARS /ANAP** pour les chefs de projet

Le coordonnateur anime quatre journées par an dédiée aux personnes concernées afin de faciliter la prise de parole et l'engagement des personnes lors du COPIL des professionnels avec un premier effet de modifier

"le rythme et le niveau de traduction des échanges en COPIL pour mieux les inclure".

L'implication des personnes concernées peut être soutenue de différentes façons, et il paraît important de prévoir une modalité de défraiement des coûts de transports inhérents à cette participation ou une attention à ces coûts : les Vosges ont imaginé une prise en charge de ces frais dans le cadre de la convention entre ARS et UNAFAM, et veillent à ce que les réunions du PTSM se tiennent dans différents territoires pour faciliter la présence la plus large.



Les organisations du pilotage au service de la multisectorialité

De nombreux territoires ont adossé leur pilotage aux Communautés Psychiatriques de Territoires qui pour l'occasion ont été parfois progressivement, très élargies.

Le département de la Vendée pousse la logique un peu plus loin en constituant à partir des textes juridiques des CPT une "Communauté Santé Mentale" (CSM) pour porter le PTSM.

Cette CSM est organisée en quatre collèges distincts :

- un **collège sanitaire**, représentant tous les établissements et 100% des CPTS du territoire ;
- un **collège social et médico-social** ;
- un **collège citoyen**, auquel contribuent les GEM et l'UNAFAM ;
- un **collège des élus** avec des représentants des EPCI (Établissement public de coopération intercommunale) et du conseil départemental (le président du CD étant partie prenante de la gouvernance).

Le fait que cette Communauté de Santé Mentale prévoit dans ces statuts le recrutement transversal du coordonnateur de PTSM et le fait qu'elle tienne son assemblée constitutive en juin 2024, apparaissent comme des marqueurs du processus de maturation progressive de la démarche des P

6.3. Quelques recommandations pour les PTSM 2.0

Deux prérequis en réponse aux freins observés guident les propositions formulées ci-après :

- Répondre aux difficultés consistant à mobiliser dans la durée un grand nombre d'acteurs et à maintenir une dynamique
- Confirmer le soutien politique aux ambitions et engagements du PTSM

Le manque de soutien politique local peut affecter gravement la dynamique du PTSM. Nous pouvons l'illustrer par l'exemple donné en Val-de-Marne : le PTSM y avait été très fortement investi par le CD94 qui veillait à une bonne articulation entre schéma de l'autonomie et travaux du PTSM, "avant qu'une alternance politique mette tous les projets co-portés avec le CD à l'arrêt", le poste du représentant métier du CD aux instances du PTSM étant vacant depuis lors

1. Privilégier un schéma organisationnel de déploiement des PTSM autour de quatre fonctions cibles

clairement identifiées et articulées entre elles. Notre réflexion peut être guidée par les besoins identifiés et par quatre fonctions nécessaires à l'efficacité de la gouvernance, en plus de celle de la représentation des usagers aux différents niveaux :

- **une fonction stratégique**, qui garantit la cohérence avec les besoins identifiés sur le territoire et les autres outils de démocratie sanitaire ou de déclinaison des politiques publiques, et qui assure le suivi des actions mises en œuvre, à travers la validation de l'actualisation annuelle des priorisations.
- **une fonction de pilotage à deux niveaux** :
 - Un **pilotage institutionnel**, garant de l'implication des institutions publiques (engagement interministériel et des collectivités territoriales), réunissant leurs représentants et permettant



notamment de visibiliser les engagements financiers multisectoriels disponibles, en lien avec les différentes politiques de façon intersectorielle (sur le modèle de la conférence des financeurs, dans le champ de l'autonomie) ;

• Un **pilotage opérationnel** mobilisant les acteurs de terrain (dont ceux de ces mêmes institutions) pour le suivi opérationnel ;

- **une mise en œuvre opérationnelle**, sous forme d'une cellule agile mobilisant le coordonnateur de PTSM, étroitement soutenu par la DD ARS d'une part, et une chefferie de projet sociale, médico-sociale et sanitaire d'autre part.

La composition de ces 4 fonctions du cadre de base pourra bien évidemment varier selon les réalités locales.

"L'investissement sur la durée est parfois difficile à maintenir, du fait de la mobilité de certains partenaires et de leur disponibilité limitée par leurs missions propres et les difficultés de recrutement."

2. Systématiser la tenue de réunions plénières, parfois appelées assemblées générales, mais ouvertes à tous les citoyens,

qui semblent particulièrement productives, car elles permettent de faire un point de suivi et d'identifier des nouveaux besoins. Nous l'avons vu dans le Doubs, où ces réunions rassemblent 350 personnes, lors des Assises de la Santé Mentale en Guyane, mais aussi en ARA et Seine Saint Denis, où cet outil permet de remobiliser les acteurs et d'en convoquer de nouveaux.

3. Constituer un travail en binôme étroit entre référent santé mentale de la DD ARS et coordonnateurs des PTSM.

Cet appui doit notamment permettre "d'ouvrir certaines portes" qui ne seraient pas spontanément ouvertes pour le coordonnateur.

4. Promouvoir une animation par les référents santé mentale des ARS en région,

visant la constitution d'une équipe régionale de coordonnateurs et la montée en compétences collective en assurant l'interface entre les politiques nationales, régionales et territoriales et facilitant la déclinaison opérationnelle en permettant une visibilité sur les financements possibles.



7. LE COORDONNATEUR DE PTSM, UNE PLACE CENTRALE A CONSOLIDER, EN APPUI DU PILOTAGE PAR L'INSTANCE DE GOUVERNANCE DU PTSM

Même si elle fut anticipée dans quelques régions, la création de postes de coordonnateurs de PTSM a été confirmée et développée en 2021 par la mobilisation d'une enveloppe financière nationale dédiée, inscrite Fonds d'Intervention Régionale (FIR) délégué aux ARS, dans le prolongement de la mesure 31 du Ségur de la santé ("Renforcer l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population"). Le coordonnateur s'est depuis imposé comme un acteur central et incontournable des PTSM. Toutefois son rôle et son positionnement dans un écosystème complexe sont difficiles, générant un turn-over important, préjudiciable au bon déploiement des PTSM. Confirmant et précisant des constats précédemment établis - par l'ANAP notamment -, quelques pistes se dégagent pour clarifier et consolider cette fonction essentielle qui doit être soutenue.

7.1. Les principaux constats

Un turnover important des coordonnateurs qui interroge sur les contraintes de la fonction : complexité de la mission, positionnement incertain, statut inexistant et rémunération variable...

Nous avons rencontré 4 types de territoires :

- Ceux qui bénéficient des mêmes coordonnateurs depuis 2021 : Aisne, Dordogne, Doubs, Gironde, Lot et Garonne, Guyane, Val de Marne...
- Ceux qui ont déjà connu plusieurs coordonnateurs depuis 2021, parfois déjà 3 ou 4, comme les Deux Sèvres, la Haute-Loire, la Marne, et la Savoie...
- Ceux dont le premier coordonnateur a été récemment recruté (Puy de Dôme) ;
- Et ceux dont le poste de coordonnateur est vacant ou à nouveau vacant (Haute Savoie).

Un seul territoire (Rhône) a recruté 2 ETP pour la conduite de son PTSM en faisant le choix d'avoir un chef de projet santé mentale territorial et un poste de coordonnateur PTSM.

Au global, sur la première génération, **près de 15% des postes sont vacants à un temps T**, et la dernière enquête de l'ANAP sur le premier trimestre 2024 recense 89 coordonnateurs (ce qui par ailleurs ne veut pas dire 89 ETP) pour 104 PTSM.

Plusieurs éléments contribuent à expliciter ce constat :

Une fonction nouvelle, créée seulement en 2021, toujours en cours de définition

Une légitimité de la fonction qui reste à construire ou à consolider et qui nécessite un fort soutien de l'ARS

pour asseoir les coordonnateurs dans le réseau des acteurs, donner aux PTSM tout le pouvoir de convocation nécessaire.

Les coordonnateurs soulignent la difficulté à être légitime auprès de certaines administrations ou au sein des différentes instances des PTSM : « en réunion parfois, je suis la seule personne à ne pas être directeur » nous fait remarquer un coordonnateur en Pays de Loire.

Le ressenti de l'isolement du poste s'accompagne parfois d'une charge de travail jugée trop importante pour un seul poste

D'autres facteurs, régulièrement soulignés, nécessitent d'être corrigés :

Un portage administratif et financier du poste de coordonnateur diversifié, mais assuré majoritairement par les établissements de santé mentale

-Le **manque de visibilité sur la pérennité du financement des postes** (crédit FIR, mesure SEGUR) serait mis en avant par les structures porteuses du poste pour recruter les coordonnateurs en Contrat à Durée Déterminée.

L'enquête réalisée en 2023 par le Collectif des Coordonnateurs (en annexe de ce rapport) sur la moitié des coordonnateurs en poste, montre que 28% sont titulaires de la fonction publique, 36% en CDI mais que 35% sont en CDD. La durée des CDD interroge, puisque 75% des CDD sont signés pour une durée de 1 à 2 ans, donc largement inférieure au temps des PTSM.

-Le **niveau du montant délégué pour le financement des postes** (57.7 K€ par département) induit des recrutements à temps partiel subis, pour des profils à haut niveau de qualification.

Les rémunérations en équivalent temps plein varient de moins de 1 800 à plus de 3000 euros, certains rares territoires ayant mobilisés des financements complémentaires tandis que d'autres ne semble pas mobiliser l'intégralité des 57k€ (Allier).

Des profils diversifiés et un niveau d'expérience élevée

Si 40% des coordonnateurs étaient au départ des professionnels de santé, plus de 20% des coordonnateurs exerçaient antérieurement un poste de direction, les autres ayant travaillé dans d'autres domaines : communication, conseil, ou comme chargés de mission ou de projet...

74 % ont un profil Master et leur **expertise dominante est la coordination et la gestion de projets** ou les politiques publiques.

76% ont 10 années d'expérience ou plus.

A noter que le département de la Saône et Loire a confié la "fonction de coordonnateur" sur décision des acteurs du PTSM, à l'issue d'un marché public, à un cabinet de conseil privé KPMG, qui avait accompagné le diagnostic initial du PTSM. Les savoir-faire spécifiques de cette structure en chefferie et gestion de projet, ses outils d'animation, ses compétences en vision 360 sur les sujets et l'organisation en binôme référent disposant de la "force d'une équipe", sont décrites "comme permettant une grande réactivité, une permanence et une mémoire sans rupture et sans vacances de poste".

Le Val d'Oise a confié la coordination opérationnelle de son PTSM au même cabinet, le pilotage institutionnel étant porté par le DAC 95.

Le profil des salariés du cabinet exerçant la fonction ne diffère pas des autres coordonnateurs puisque la principale professionnelle impliquée est une psychologue ayant validé un Master de politique de santé.

Certains territoires ont créé des structures spécifiques pour le portage du PTSM : une association en Haute-Garonne, une association pilotée par les usagers dans la Sarthe, ou des acteurs regroupés et constitués en GCSMS en Loire-Atlantique.

D'autres PTSM ont confié le portage du poste de coordonnateur à l'un des acteurs du territoire : la très grande majorité des postes de coordonnateur (70%) est porté par un établissement sanitaire ; viennent ensuite les associations (15%) ; puis les établissements médico-sociaux (Cantal, Oise).

Nous citerons le portage par l'UDAF dans le Tarn-et-Garonne ; par les acteurs de la prévention (IREPS en Ariège, et dans le Gard, ou des CODES et CRES en PACA) ; voire par des acteurs de santé globale, comme le GCS de la Maison des Ressources en Santé en Isère ; et enfin les DAC portent un nombre significatif de poste de coordonnateurs de PTSM (Aude, Hérault, Haute-Provence, Hautes-Pyrénées, ...).

En Guadeloupe et en Martinique la fonction de coordination est portée directement par l'ARS.

En PACA, les acteurs soulignent la plus-value que présente le portage par les CODES *"pour leur expertise en soutien méthodologique, en animation de réseau, ou encore la vision promotion de la santé, ainsi que leur neutralité vis-à-vis des acteurs du PTSM"*.

Ce sujet de la neutralité du positionnement du coordonnateur a été évoqué régulièrement comme une nécessité pour ce dernier d'être *"ni l'ARS, ni un porteur institutionnel"*, afin de *"permettre une action en faveur des personnes et non des établissements ou des administrations"*. La garantie de cette neutralité *"au service du territoire"* a pu être ainsi insuffisamment comprise par certains établissements portant le poste de coordonnateur, comme dans le Jura, où il *"y a pu avoir une confusion entre PTSM et projet d'établissement"*.

Mais la confusion des missions confiées au coordonnateur que pouvait induire le portage administratif et financier de son poste, a également pu constituer dans d'autres cas, un facteur poussant certains territoires à réajuster ce portage en cours de PTSM : ainsi dans la Somme et dans l'Yonne, où *"le portage initial par le DAC a créé de la confusion sur le rôle du coordonnateur et du PTSM"*, et notamment le risque de le réduire au rôle de gestionnaire de situations complexes, le portage a été confié dans un second temps à des CHS.

De nombreux freins ou difficultés de l'exercice remontés par les coordonnateurs tiennent à une articulation de travail plus étroite à développer de travail à avec l'ARS territoriale.

La coordination est régulièrement décrite comme un exercice solitaire, cet isolement professionnel pouvant engendrer une forme de pénibilité.

La régularité des échanges est décrite comme un facteur de succès du PTSM car elle donne aux coordonnateurs, une vision plus complète des différentes politiques conduites en ARS, une lisibilité sur les opportunités de financements et facilite la réussite de mise en œuvre des actions.

Et par ailleurs l'ARS doit permettre d'ouvrir les portes au coordonnateur et mettre à son service pouvoir de convocation comme cela a été souligné en Hauts de France.

La coexistence de plusieurs PTSM sur un même département peut cependant fragiliser ce binôme, comme cela nous a été décrit dans le Nord où le référent ARS est moins disponible pour les 3 PTSM de son territoire.

Pour resserrer ce lien indispensable entre délégation départementale (DT) de l'ARS et coordonnateur, ce dernier exerce une journée par semaine sur le site de l'ARS, en Mayenne. Plusieurs interlocuteurs, ARS ou coordonnateurs, ont même suggéré *"un renfort des DT ARS par la création au sein de l'ARS du poste de coordonnateur"* (ARA, CVL, HDF, PDL, OCC), ce qui tranche avec l'importance de la neutralité souhaitée du positionnement du poste de coordonnateur, plus généralement souligné lors des échanges (Corse, Seine Saint Denis).

Une structuration souhaitée d'autres niveaux d'animation, régionale et nationale, afin de faciliter la montée en compétences, de garantir l'accès aux informations descendantes et de faciliter le partage de pratiques

Ce renforcement du lien entre coordonnateur et ARS - tant DT que siège (cf.infra) - est par ailleurs indispensable pour venir en soutien des PTSM les plus en difficulté, en vue de rattraper les inégalités territoriales, comme il a été préconisé précédemment : par l'appui au renforcement de la gouvernance, la mise en place d'une chefferie de projet et un plan d'action ad'hoc si des difficultés sanitaires existent.

La confirmation d'un besoin de collaboration étroite avec le référent santé mentale et la direction territoriale de l'ARS : un binôme socle

La complexité des missions des coordonnateurs suscite leur souhait d'une **vigilance renforcée au soutien à leur prise de fonctions et au maintien dans leur fonctions**. L'actualisation régulière de leurs connaissances dans une vision la plus transverse possible de la thématique, la mutualisation des pratiques et la constitution "d'équipes régionales ou inter-régionales de coordonnateurs" doivent y contribuer.

**Le besoin exprimé
d'échanges et d'animation
régionale en lien étroit
avec les référents régionaux
en santé mentale des
ARS siège.**

En **Normandie**, la référente Santé mentale régionale anime depuis le début du PTSM des réunions mensuelles réunissant le pool régional de coordonnateurs et de référents territoriaux des ARS, afin de garantir une homogénéisation des compétences, un transfert des informations nationales et régionales. Des échanges bilatéraux, territoires par territoires sont organisés autant que de besoin. Enfin, l'organisation de Journées Régionales des PTSM comme celle à laquelle nous avons participé en janvier 2024, permet de donner une visibilité aux innovations portées par les PTSM de la région, de maintenir la mobilisation élargie et de faciliter la diffusion des bonnes pratiques.

Ce pilotage présent, à des degrés divers dans de nombreuses régions (CVL, Nouvelle Aquitaine, par exemple ...), peut éventuellement s'appuyer sur des enquêtes régionales.

Son absence ayant fragilisé la démarche en Occitanie, en AURA ou en Hauts de France, des initiatives sont en cours dans ces trois territoires pour y remédier :

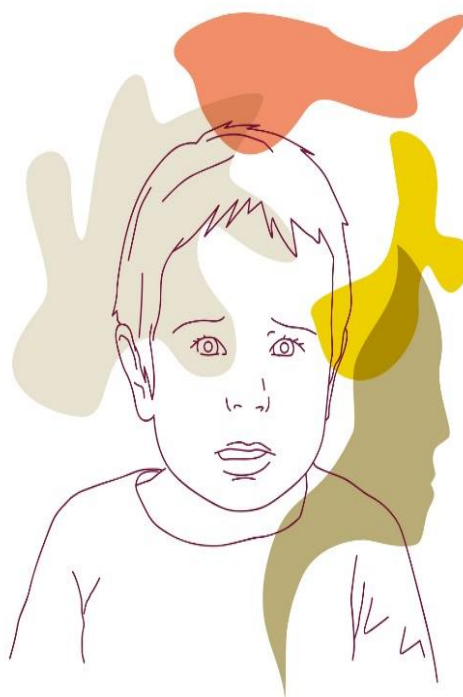
- l'**Occitanie** vient ainsi de configurer un poste à mi-temps de coordonnateur régional des PTSM ;
- l'**ARS ARA**, de recruter un poste à temps plein de référent santé mentale chargé de superviser l'appui aux 12 PTSM de la région ;

- l'**ARS Hauts de France** veut quant à elle, structurer des rencontres mensuelles avec les référents thématiques régionaux, animer 2 journées d'échanges sur les PTSM régionaux et impliquer son niveau territorial dans les Copil et son niveau régional dans la préparation des Copil de ses PTSM.

L'animation au niveau régional de l'ARS, doit ainsi **faciliter la mobilisation des différentes directions métiers au sein des ARS** (autonomie, premier recours, offre de soins, prévention, promotion de la santé...) autour de la question des PTSM et garantir une mobilisation transversale répondant aux enjeux multiples des PTSM.

En plus de ce niveau régional, l'**ANAP anime depuis leur création une Communauté de Pratiques des Coordonnateurs** de PTSM. Ces échanges réguliers en visio-conférences ont permis l'écriture de la fiche de poste de coordonnateur (en annexe) et la co construction d'une méthodologie d'évaluation des PTSM à 5 ans. Cette communauté de pratiques qui continue à se structurer, a facilité la création d'un Collectif des Coordonnateurs, qui par la production d'enquêtes (en annexe) a augmenté la connaissance sur les spécificités de cette fonction et participé à la construction de certaines des propositions de ce rapport.

De nombreux coordonnateurs (ARA, Bretagne, BFC, Hauts de France, Occitanie, Pays de Loire) ont souligné le besoin de **renforcement de cette animation nationale**, parfois en faisant le parallèle avec celle construite par le CCOMS pour les coordonnateurs de CLSM qui propose des modules de formation continue spécifique autour de la santé communautaire et des journées annuelles de partage de pratiques en présentiel.



La demande de mise à disposition d'outils afin de faciliter l'exercice : communication au service de la lisibilité, de l'évaluation, et de l'animation territoriale

A 5 ans, la légitimité des PTSM et de leurs coordonnateurs reste à consolider et soulève des enjeux forts de lisibilité sur les travaux et réalisations des PTSM.

Pour de nombreux territoires, cette lisibilité passe par des outils de communication voire la création "d'une marque PTSM" comme cela a été pensé dans les Vosges qui décrit une démarche volontariste de "branding" avec création d'un logo PTSM et un effacement de la communication des termes CPT et CTSM : cette logique est décrite comme permettant

"au nom du PTSM de solliciter les acteurs par campagne de mailing et de phoning pour avoir tous les acteurs".

De très nombreux PTSM ont un site internet, parfois une adresse mail générique permettant d'être contacté, mais souvent l'adresse du coordonnateur est hébergée par le l'établissement porteur ce qui peut nuire à l'objectif.

Les coordonnateurs de la région Pays de Loire proposent la création d'un domaine "ptsm.fr" et plus généralement la mise à disposition d'outils :

- Maquette de Newsletter
- Site internet
- Share point centralisant les bonnes pratiques repérées

Enfin, les coordonnateurs de PTSM demandent à bénéficier des **moyens de l'animation territoriale** ce qui implique :

- des moyens réels de mobilité (véhicules, disponibilité de salles en divers points du territoire, téléphone), qui n'ont pas toujours été garantis
- des moyens d'animation propre (budget de convivialité, financements d'intervenants pour des formations au service du PTSM, marge de manœuvre sur quelques outils pertinents comme les PSSM...)

Ce dernier point sera abordé dans le chapitre suivant sur les moyens d'agir et le financement.



7.2 Quelques exemples remarquables

La garantie du bon positionnement du coordonnateur au service du territoire, et non au service de son seul employeur, peut s'adosser à des **bonnes pratiques de recrutement et d'évaluations annuelles territoriales**, comme dans le Doubs ou en Vendée, par exemple.

Dans ces territoires, le coordonnateur - coordinatrice en l'espèce - a été recruté par le COPIL, représenté par le président de la CSSM, le directeur de l'établissement porteur du poste et le référent départemental ARS. Ce trinôme réalise aussi les évaluations annuelles de la coordinatrice, qui nous explique que cela

"garantit que le coordo est un poste territorial, et que son poste ne peut être détourné au profit d'un acteur", tout en ajoutant "que l'entretien annuel devant ce trio est un peu difficile pour elle".

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'ARS Bretagne pour sa part, avait positionné aux côtés du coordonnateur, une cellule "chefferie de projet", avec des représentants des champs sanitaire et médico-social de chaque sous-territoire.

Cette configuration du pilotage permet que le coordonnateur ne soit pas "le seul à incarner le PTSM",

ce qui garantit une mobilisation plus transversale et **protège le PTSM contre la fragilité induite par le départ d'un coordonnateur**, ou durant une éventuelle période de vacance du poste.

7.3 Quelques recommandations pour de possibles évolutions des PTSM 2.0

Si la place centrale du coordonnateur est soulignée par tous les acteurs, il apparaît que la fonction est difficile et subit un turn-over déstabilisant, voire fragilisant l'intégralité de la démarche si les périodes de vacances du poste sont importantes.

Les principaux freins relevés sont : l'isolement ressenti, le défaut de légitimité pour "embarquer" et faire évoluer les acteurs, ainsi que la difficulté d'un positionnement à l'interface des acteurs du PTSM, de l'ARS, de la CTS et en articulation avec les autres instances périphériques de coordination.

Le "bon" coordonnateur est donc difficile à trouver, car les profils conjuguant les compétences en animation, la légitimité suffisante et une vision santé publique aboutie sont rares. Ce qui explique, du fait de l'accent porté prioritairement par les recruteurs sur telle ou telle de ces compétences l'hétérogénéité aujourd'hui constatée des statuts, des rémunérations et la pratique de CDD, reconduits, pratique renforcée par le montant limité de l'enveloppe nationale dédiée.

1-Consacrer le coordonnateur comme chef de projet opérationnel du PTSM.

Plusieurs territoires (ARA, HDF) s'interrogent ainsi sur la pertinence de faire évoluer la mission des coordonnateurs vers une "chefferie de projet territorial en santé mentale". Cette évolution sémantique aurait pour objet de susciter une appréhension différente de son rôle stratégique par ses interlocuteurs et de favoriser une cohérence entre la feuille de route régionale et les feuilles de route territoriales, "en écho au poste de chef de projet régional en santé mentale porté par le référent thématique au siège de l'ARS " nous précise-t-on en HDF.

Dans cette perspective, la fiche de poste et le guide de préparation à la prise de poste, élaborés par l'ANAP figurant en annexe de ce rapport et qui précisent à la fois les compétences requises et certaines bonnes pratiques, devraient être largement diffusés et utilisés lors des recrutements. Dans le prolongement de cette démarche, un travail devrait être engagé au niveau national, pour tendre vers une harmonisation du cadre d'emploi et de la rémunération mieux assurée, en cohérence notamment avec des fonctions voisines développées dans d'autres instances (CLSM par exemple)

2.Cette clarification des missions doit s'accompagner d'un appui structuré de l'ARS au niveau territorial et du siège, qui articule un appui départemental et une animation régionale, ainsi que d'un renforcement de l'animation nationale du réseau, qui permette à la fois de structurer une identité professionnelle, de faciliter la montée en compétences et de poursuivre le développement d'outils et leur diffusion.

Ces différents niveaux d'animation permettraient de lutter contre le sentiment d'isolement des coordonnateurs, en facilitant la construction d'équipes régionales des coordonnateurs" et leur inscription dans une dynamique nationale partagée.

3.Enfin, la question d'une sanctuarisation financière des crédits et de la recherche de cofinancements ou de péréquation en fonction de la taille du territoire, doit être posée.

En offrant une marge de manœuvre pour la formation continue des coordonnateurs et un budget d'animation territoriale (cf chapitre suivant), cette pérennisation financière viserait à faciliter la stabilisation des postes, et leur possible inscription dans un déroulement de carrière et, in fine, le renforcement de leur attractivité.

8.LA QUESTION DES MOYENS D'AGIR : QUELS FINANCEMENTS, QUELS OUTILS ET QUEL CALENDRIER POUR LES PTSM ?

Comme le soulignait la DG ARS Bretagne,

“le PTSM a permis de grandes avancées : il a démontré que la santé mentale doit pouvoir sortir de la psychiatrie et du seul registre de la santé soignante, et il a imposé une logique de construction, qui réfute le catalogue des impossibilités trop fréquemment mises en avant”

Il semble cependant encore manquer au PTSM des outils adaptés et suffisants pour lui faciliter la conversion de ses ambitions.

8.1 Les constats imposent de clarifier les financements au service des PTSM, y compris dans leur dimension intersectorielle

De nombreuses questions relatives aux financements des PTSM ont été soulevées lors des échanges. Il apparaît que leur traitement s'avère très disparate selon les régions et recouvre plusieurs sujets.

Le sujet du financement des postes de coordonnateurs

Ce point a été évoqué dans le chapitre précédent.

Les questions récurrentes posées se résument à :

- son montant global ;
- son calcul forfaitaire par département, qui impose aux ARS ayant fait le choix de PTSM infra départementaux (HdF, Normandie) de mobiliser des financements complémentaires ;

- la pertinence d'une éventuelle péréquation corrélée à la taille de la population du département (Rhône) ;
- la confirmation de sa pérennité.

L'investissement nécessaire dans l'animation du territoire

Pour soutenir l'animation, qui est vecteur de succès, le choix a été fait en Bourgogne Franche Comté, d'attribuer 85 000 euros à chaque PTSM. Cette dotation inclut le financement du poste de coordonnateur, ses déplacements et un budget dit d'animation. Ce dernier contribue à faciliter la vie du PTSM, en permettant la réservation de salles, la création d'outils de communications, l'organisation pratique des groupes de travail et d'instances, voire, l'organisation de moments de convivialité.

Le besoin de financements permettant l'organisation de formations

Cet outil est signalé comme un **levier particulièrement puissant au service du changement des pratiques** territoriales, mais aussi de l'interconnaissance, du soutien, de la mobilisation et de la visibilité globale du PTSM.

En Loir-et-Cher pour répondre à l'insuffisance de formation en santé mentale du grand public et des professionnels exerçant en dehors des structures psychiatriques, mais aussi pour renforcer l'offre de formation continue pour les soignants en psychiatrie, **le PTSM 41 a créé un Centre d'enseignement en santé mentale** du Loir-et-Cher porté par le CH de Blois, sur le modèle du Centre d'Enseignement des Soins d'urgences. Le fonctionnement en est assuré par un cadre et un secrétariat et mobilise des personnes ressources, professionnels et bénévoles associatifs en tant que formateurs.

Cette organisation facilite l'accès à la compétence, mais aussi les rencontres et échanges lors des temps de formations.

Malgré l'existence de cette offre très structurée de formation, les besoins remontés sont immenses, incluant notamment le fort besoin et les demandes exprimées par les médecins généralistes.

Le **PTSM de la Meuse** quant à lui, a **sanctuarisé une enveloppe de 30k€ pour diffuser les formations PSSM et Sentinelles**, pour accélérer la mobilisation autour de la santé mentale dans le PTSM. En constituant des groupes croisés inter-institutionnels, ces formations participent à l'interconnaissance territoriale, et, en permettant la montée en compétences du social et médicosocial, contribuent à diminuer la pression sur l'offre de soins. Ce budget a vocation à initier le mouvement, en formant des formateurs territoriaux et en facilitant ensuite l'accès à la formation.

Le PTSM du Haut Rhin tient à souligner pour sa part, que le Plan National de Formation à la Santé Mentale des travailleurs sociaux, qui ne propose que 30 places par an, est très insuffisant et très en deçà du besoin.

Ces exemples témoignent que la nécessité d'offrir aux PTSM une marge de manœuvre permettant d'exploiter pleinement l'outil de la formation reste encore très largement à construire.

L'opportunité de doter les PTSM d'un budget propre reste à trancher.

Certaines ARS ont fait le choix d'attribuer au PTSM un budget propre, dès le début de la démarche.

Ainsi **en Nouvelle-Aquitaine, le DG ARS a-t-il, dès 2019, proposé de sanctuariser un total de 3 millions d'euros**, avec pour chaque PTSM une enveloppe construite en mobilisant de la Dotation Annuelle de Financement psychiatrique (DAF), du FIR, et des crédits médico sociaux, à disposition des DD ARS sur les 5 années du PTSM : soit par exemple, en Lot et Garonne, une somme globale de 179 000 euros de crédits ex-DAF psy pour la durée du PTSM, 17 900 euros annuels de crédits FIR et 17 900 euros annuels de crédits médico-sociaux non reconductibles ; et en Gironde une somme globale de 785 500 euros pour la durée du PTSM, 78 550 euros annuels de crédits FIR et 78 550 euros de crédits médico-sociaux non reconductibles

L'attribution de cette enveloppe est validée par le Comité de pilotage de chaque PTSM auquel participe le coordonnateur. Ce qui a permis le financement ou le co-financement d'actions ne trouvant pas d'autres soutiens, sans faire l'économie de poursuivre la recherche de financements pouvant exister ailleurs.

L'ARS Grand Est a elle aussi choisi de doter ses PTSM de financements propres. D'abord sous la forme d'enveloppes ponctuelles, ou d'AAP PTSM (sur des actions effectivement co-portées, dans une limite de 100 k€ et réalisables à 6 mois), puis, depuis 2022, en fléchant ou en attribuant à chaque PTSM une enveloppe annuelle de 250 K€ pour conduire ses actions.

Le Directeur Adjoint de l'ARS soulignait, lors de notre venue que "la mise en œuvre actuelle de la réforme du financement de l'activité de soins psychiatrique et de sa période de sécurisation, interfère avec la marge de manœuvre financière de l'ARS et ne permet pas de garantir la pérennisation de cette démarche".

D'autres modalités ont été utilisées, comme en **Pays de Loire** où les CSSM bénéficient d'un crédit annuel de 60 000 k€, ou en **Normandie** qui a mobilisé "l'intégralité de sa marge financière pour soutenir les 7 CTSM signés en 2021 autour des actions prioritaires des PTSM et de la création de centres de réhabilitation psycho-sociale dans les 7 territoires." En **IdF**, des marges financières sur les crédits des établissements sanitaires psychiatriques (ex-DAF) ont été mobilisés jusqu'à présent pour chaque CTSM signé ; cette démarche reste dépendante du volume de marge financière que l'ARS réussit à dégager / préserver chaque année.

Assez unanimement, les coordonnateurs des PTSM et représentants des ARS des régions concernées, soulignent que les enveloppes des PTSM:

- ne couvrent pas et n'ont pas vocation à couvrir l'intégralité des besoins identifiés ;
- ont pu induire une confusion, puis un effet déceptif, en majorant l'effet PTSM "liste d'attente de financement" décrit précédemment ;
- ne doivent pas faire l'économie de la visibilité des autres sources de financements existantes et de la recherche de contributions intersectorielles ;
- mais constituent une marge de liberté et d'action locale précieuse.

La forte mobilisation des financements nationaux sanitaires (Feuille de Route Nationale, Asises, AAP nationaux) pour la réalisation des actions du PTSM

De très nombreux PTSM ont trouvé le vecteur financier de leurs actions dans le cadre du déploiement de la politique nationale de santé mentale portée par la feuille de route (FDR).

Cela illustre la **forte complémentarité entre les différents niveaux stratégiques territoriaux** et confirme l'intuition initiale à savoir : que les PTSM sont un cadre d'action et une démarche privilégiée pour décliner la Feuille de Route Nationale Santé Mentale et Psychiatrie, à l'exact point d'intersection où celle-ci recoupe les priorités locales.

Cette complémentarité est d'ailleurs fortement soutenue dans les campagnes annuelles des AAP nationaux du Fonds d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie (FIOP), et de celui visant la remise à niveau de l'offre en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) : leurs jurys respectifs privilégient, dans la note finale donnée à chaque projet, la cohérence du projet avec les orientations du PTSM.

Mais cette réussite ne doit pas faire oublier la nécessaire vigilance qui doit permettre d'éviter d'éventuels écueils ou effets d'aubaine.

Le premier risque identifié est de voir des projets d'établissements "estampillés PTSM" pour accéder aux financements, sans s'inscrire vraiment dans la démarche de co-construction territoriale attendue, comme cela a pu nous être décrit dans le Val de Marne. La maturité croissante de la dynamique territoriale des PTSM, et celle des ARS dans le déploiement de la politique nationale de santé mentale, permettent une correction progressive du phénomène, en introduisant une régulation par les acteurs.

Le deuxième risque serait que la forte visibilité de ces financements nationaux, conduise à faire l'économie d'en rechercher d'autres et de faire ainsi dévier ces financements à forte valence "offre de soins psychiatriques", vers des projets pouvant légitimement mobiliser des crédits médico sociaux, des crédits de prévention, voire sociaux ou sanitaires non psychiatriques.

Une mobilisation de financements intersectoriels et interministériels qui reste à promouvoir

Le positionnement transversal du PTSM, comme creuset territorial intégratif des sujets de santé mentale et comme cadre et démarche de méta-coordination des actions qui vont de la prévention, à l'inclusion citoyenne et aux droits des personnes concernées, en passant par l'offre de soins, implique une mobilisation large de financements en soutien.

Il paraît nécessaire d'insister aussi sur le besoin de financement pour garantir la représentation des personnes concernées, ces besoins allant du défraiement des transports, aux formations ou aux temps de travail spécifiques facilitant la prise de parole et l'expression.

Pourtant, la mobilisation élargie des financeurs est loin d'être aboutie dans la première génération des PTSM (12% des postes de coordonnateurs PTSM bénéficient aujourd'hui d'un cofinancement).

Elle constitue une marge de progression nécessaire. Les cofinancements existants ne concernent pour l'heure que quelques projets remarquables (cf. ci-dessus PSYMONÉ ; ci-dessous projet IDEO), mais restent encore un épiphénomène.

La mobilisation des crédits médico sociaux identifiés dans le " plan des 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale 2024 - 2030 " est citée comme une opportunité importante,

même si les schémas départementaux de transformation de l'offre médico-sociale ont parfois été construits sans lien aucun avec les PTSM - alors que l'instruction le recommandait - et sans mobilisation des coordonnateurs de PTSM.

Pour la DG ARS de Bretagne,

"cet enjeu doit être porté haut au niveau interministériel et la nécessité de mobilisation des administrations centrale et doit être réaffirmée ».

« Elle pourrait calquer ses modalités de déclinaison territoriale sur le modèle de la Feuille de Route Nationale écologique sur le Carbone, qui crée une injonction de contribution des grands ministères concernés à la maille départementale, par le biais d'un comité interinstitutionnel annuel dans chaque département, où chacun arrive avec des propositions de financement."

Une telle organisation permettrait d'anticiper et de visibiliser l'ensemble des financements disponibles annuellement sur ce champ : politique du logement, de l'emploi, de la ville, de la prévention, actions sur les déterminants de santé (sport, isolement, précarité), addictions ...

Un cloisonnement des vecteurs de financement décrit comme un frein à l'innovation

Quand bien même différentes sources de financement sont repérées pour développer un projet, leur mobilisation effective se heurte souvent à l'étanchéité des cloisonnements entre les différentes "tuyauteries" financières qui obéissent chacune à leurs propres règles.

Le développement du projet JEFF dans le Bas-Rhin (évoqué en 3.2) ou **les difficultés rencontrées par le projet IDEO comme Information, Déstigmatisation, Evaluation, Orientation porté par le PTSM de l'Aube** en sont de bons exemples. Dans ce dernier cas, une équipe mandatée par le PTSM, intervient dans les classes auprès de lycéens et des professionnels.

Depuis son lancement en 2022, 500 professionnels ont ainsi été sensibilisés et 4000 lycéens touchés. Ce dispositif bénéficie jusqu'en 2025 d'un financement mixte de 300 k€ annuel, composé de FIR, de l'enveloppe PTSM sus-évoquée, du soutien de la Fondation de France et de fonds de la MSA. La duplication de ce projet sur d'autres territoires est cependant freinée, malgré sa

pertinence et la demande, car la non reconductibilité des financements expérimentaux ont conduit les Maisons des Ados. à en refuser le portage. De même, l'Education Nationale, sollicitée, ne s'engage pas financièrement, quand bien même elle a inscrit ces formations à son Plan annuel de Formation

8.2 Les besoins d'outils non financiers, annuaires, outils d'évaluation

Une demande unanime de solution d'annuaires

La lisibilité de l'offre de services est une nécessité unanimement remontée dans les travaux des PTSM (et en dehors), car elle permet une première amélioration des parcours ; mais elle soulève toujours les questions de sa construction, de son contenu, puis de son actualisation.

Si les coordonnateurs sont souvent identifiés comme une ressource puissante pour l'identification de l'offre, et s'ils sont souvent sollicités pour partager leur carnet d'adresse, ils ne peuvent pas pour autant se transformer en service d'annuaire téléphonique, ni assumer seuls la lourde charge de la mise à jour des solutions d'annuaires.

Les PTSM et ARS d'Occitanie et des Hauts de France ont ainsi choisi de développer une solution d'annuaire spécifique, à l'échelon départemental (ViaPsy), confié respectivement à la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé mentale en Occitanie (FERREPSY) et à la fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM-Psy) et en mobilisant - entre autres - les coordonnateurs de PTSM.

Celui de l'Isère a construit un annuaire en ligne avec l'appui du REHPSY (Réseau Handicap Psychique, financé par l'ARS et qui fédère différents acteurs publics et privés au sein d'un Groupe-ment de coopération sociale et médicosociale - GCSMS -).

Le besoin des autres PTSM doit pouvoir s'appuyer aujourd'hui sur les travaux nationaux confiés, dans ce dessein, à **Santé.fr**, garant de la construction et mise à disposition **d'une base nationale-socle adossée au répertoire national de l'Offre des Ressources de santé (ROR)**.

De fortes attentes pour des outils d'évaluation et la mise à disposition d'indicateurs.

Les territoires ont réaffirmé leurs besoins et leurs fortes attentes

Les outils méthodologiques d'évaluation à 5 ans, en cours de finalisation par l'ANAP et dont la livraison est attendue pour le dernier trimestre 2024.

Ces outils d'évaluation du processus de la dynamique des PTSM, après avoir été testés sur les 2 PTSM déjà arrivés à échéance (La Réunion et la Vendée), doivent être complétés par la mise à disposition d'indicateurs indirects d'impact, tels que les indicateurs d'épidémiologie, d'offres et de consommations des soins à l'échelon départemental. Ces indicateurs ne peuvent être produits que dans le cadre d'une démarche nationale. La mise en place des indicateurs de suivi de la feuille de route nationale (FDR) de santé mentale et psychiatrie et la **reprise des travaux d'actualisation des travaux de l'Atlas Santé Mentale, doivent participer à cet objectif.**

Faut-il envisager un cadencement des calendriers favorisant une meilleure articula- tion entre PTSM et PRS ?

S'ils doivent entretenir des liens étroits, il convient de bien distinguer préalablement les objets respectifs du Projet Régional de Santé (PRS) et du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM).

Principal instrument de pilotage régional des politiques de santé, le **PRS définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé** dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS).

Il est arrêté par le Directeur général de l'ARS pour cinq ans, après avis officiel du Préfet de région, du Conseil régional, des conseils départementaux, des conseils municipaux et de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA). Actualisés en novembre 2023, les PRS de 2ème génération visent à améliorer l'approche transversale, au profit de l'organisation des parcours de santé. Nombre d'entre eux identifient à ce titre les parcours en santé mentale.

Les PTSM quant à eux, et comme il a été dit précédemment, résultent d'une production collective des acteurs territoriaux eux-mêmes, mobilisés, majoritairement dans le cadre départemental, autour des six priorités précisées par le décret fondateur mentionné en introduction de ce rapport.

Il en résulte que PRS et PTSM doivent entretenir un mouvement itératif :

Les PRS s'alimentant des contributions (diagnostic et programmation) des PTSM de la région ; les PTSM contribuant à décliner les objectifs du PRS, adaptées aux réalités des territoires considérées. L'enjeu d'une synchronisation des calendriers d'élaboration et de déploiement de ces deux démarches, PRS et PTSM, - peut donc s'avérer assez déterminante.

Nous avons en effet pu constater que si les PTSM sont bien identifiés dans tous les PRS, parfois même considérés comme le « *schéma départemental de la politique de santé mentale du PRS* », et s'ils sont souvent cités comme un « *outil opérationnel de déclinaison de cette politique* », la non-synchronisation des calendriers des PRS des PTSM, mais aussi l'absence de synchronisation entre les PTSM d'une même région, ont pu s'avérer problématiques.

Le temps long des PTSM et l'ambiguïté initiale, entre la logique de projet à 5 ans, ou de feuille de route avec actualisation annuelle, ont pu figer les énergies, nuire à l'agilité et faire des PTSM des objets vécus comme trop rigides.

Le principe d'un calendrier autonome pour chaque PTSM a pu constituer également une difficulté supplémentaire pour les ARS et fragiliser l'articulation souhaitable des logiques PTSM et des PRS, comme décrit en Occitanie.

De nombreux territoires ont tentés de corriger ces défauts :

- en glissant positivement vers une logique de feuille de route, avec annualisation du plan d'actions, parfois consolidé par la contractualisation ;
- en jouant sur les durées des CTSM pour tendre à homogénéiser les calendriers au sein d'une région.

Dans les deux cas, cela soulève par ailleurs la question de l'opportunité de préciser davantage les règles de la contractualisation du CTSM :

- en termes de nombre et de nature d'objectifs à retenir : des objectifs en nombre limités, priorisés, atteignables et échéancés ?
- en termes de signataires et de modalités de signature ?

car si en Bretagne chaque département fait comme il l'entend, et les CTSM comptent de 15 à 25 signataires, sur d'autres territoires (Normandie) on peut en compter plus d'une centaine ;

- faut-il procéder par amendements annuels par les signataires ?
- Par la tenue régulière de conférences des financeurs ?

En tout état de cause, en de nombreuses régions, nous avons été interrogés sur la pertinence de faire concorder les calendriers de la prochaine génération de PTSM pour qu'ils soient réécrits, soit concomitamment, soit juste avant les prochains PRS.

8.3. Quelques questions et suggestions pour de possible évolutions des PTSM

Il convient de doter les PTSM d'outils efficaces qui garantissent le mieux possible la capacité à mettre en œuvre, pour en faire une démarche réaliste et opérationnelle

1. Il convient de penser les PTSM comme une feuille de route à 5 ans, inscrite dans un processus de réflexion permanente.
(éventuellement calée sur la cadence des PRS)

avec une méthodologie annuelle de révision, réajustement, hiérarchisation des actions

2. Pour ce faire, les PTSM doivent pouvoir bénéficier d'un financement socle couvrant le poste de coordonnateur, l'animation et peut être une petite marge de manœuvre

de financements starters ou expérimentaux de projets.

3. Le pilotage doit permettre la visibilité et l'engagement des financements mobilisables dans les différents plans d'action nationaux ou les opportunités offertes par les stratégies régionales,

voire la constitution d'une logique de conférence des financeurs interministérielle annuelle.



4. Ce renfort des moyens d'actions des PTSM doit aussi s'appuyer sur la communication :

il s'agit de faire connaître le PTSM à la fois aux décideurs et aux professionnels de santé et du médico-social directement impliqués dans les prises en charge et les accompagnements.

CONCLUSION

Dans un contexte, conjuguant la montée en puissance de l'enjeu de la santé mentale et la persistance, voire l'aggravation des difficultés pour y répondre à juste hauteur, un profond mouvement d'innovations s'accélère depuis 5 ans, porté par un engagement sociétal, politique et financier inédit.

Le bilan du troisième Tour de France de la DMSMP dédié, aux PTSM et retracé dans ce rapport, confirme que la territorialisation des politiques de santé mentale est bien engagée et que le déploiement des PTSM en constitue la pièce maîtresse. Elle se concrétise par une mobilisation croissante d'acteurs et de leur expérience au niveau local, et par le bon rythme des innovations dans la reformulation d'une offre adaptée aux réalités des territoires, au service de la construction de parcours qui répondent aux besoins des usagers et de leurs aidants.

Le PTSM s'est aujourd'hui imposé, tout à la fois comme cadre et comme démarche structurants de la politique territoriale de santé mentale. Sa mise en œuvre révèle toutefois une grande diversité d'interprétations qui, sans préjudice de la nécessaire liberté laissée aux acteurs pour se saisir de ce cadre d'actions en fonction de leurs réalités de terrain, justifierait le rappel de quelques fondamentaux. La réaffirmation du caractère nécessairement transversal et multisectoriel des parcours de santé mentale, constitue sans doute l'un de ces principaux fondamentaux. Il s'agit de renforcer la légitimité des PTSM à se saisir de sujets, à convoquer des acteurs, à participer ou à devenir le lieu unique de réflexions territoriales sur tous les sujets en santé mentale.

Les exemples concrets qui nous ont été présentés durant ce tour de France et dont un certain nombre est évoqué dans ce rapport, illustrent parfaitement comment le PTSM constitue un cadre et une démarche qui favorisent le développement et le partage des innovations en matière de coordinations, de partenariats, de pratiques et d'organisations.

Il convient dorénavant de rechercher les moyens de conforter, structurer et de généraliser ce rôle "d'incubateur" et de "diffuseur" des innovations.

Si le PTSM doit proposer des actions sur chacune des six priorités listées par les textes fondateurs, sa construction n'est pas strictement inscrite dans une réflexion organisée par axe populationnel d'âges, de pathologies, de situations sociales ou juridiques. Ainsi, certaines populations ou certaines problématiques apparaissent-elles encore non ou insuffisamment prises en compte : les publics vulnérables (enfants de l'ASE ou sous protection judiciaire, personnes en situation de précarité ou à la rue, migrants, personnes sous-main de justice.) ; la prévention en santé mentale ; la prise en charge des addictions... Par ailleurs si la question du parcours en santé mentale des enfants et des jeunes est un sujet repéré et traité, il l'est de façon assez hétérogène selon les PTSM. Comme l'ont déjà formulé un certain nombre d'instances (la Cour des Comptes notamment), l'ampleur et la sensibilité du sujet justifieraient sans doute de systématiser et individualiser son inscription dans les PTSM.

Le recensement des besoins des personnes porteuses d'une pathologie ou d'un handicap psychique rend ainsi indispensable une coopération entre acteurs de la prévention, du soin, de l'inclusion sociale dans la construction des parcours en santé mentale.

Cette ambition ne peut être atteinte sans une mobilisation des représentants de multiples secteurs : sanitaire, médico-social, social, éducation, formation, travail, logement, précarité, addictions, justice, sport, loisir, culture

Si cette mobilisation collective est promue depuis des décennies, force est de constater que **les approches multisectorielles sont loin d'être effectives dans tous les territoires**. La multiplication des plans et stratégies nationale dans les secteurs précités témoigne, certes, du dynamisme et de l'engagement en faveur de la santé mentale. Mais leur coordination, notamment financière, et leur intégration au niveau local, restent des angles morts qui grèvent l'efficacité de ces politiques publiques. **La concrétisation d'approches multisectorielles**, mobilisant la grande diversité d'acteurs convoqués au chevet des parcours de santé mentale, **va donc nécessiter des directives et un mode opératoire clairs** permettant d'aller au-delà des déclarations de bonnes intentions.

Dans cette perspective, il conviendra notamment de préciser l'articulation des PTSM avec la profusion d'instances de concertation, de construction ou de coordination des politiques territoriales de santé et autres, qui se sont multipliées ces dernières années et rendent l'écosystème difficilement lisible.

Aussi est-il proposé dans ce rapport de consacrer le PTSM comme creuset intégratif et méta coordonnateur territorial de tous les sujets "santé mentale".

Dans le même esprit, il convient de se pencher sur la comitologie mise en place pour assurer l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des PTSM. Elle offre aujourd'hui une grande variété de configurations, adaptées à la genèse et au contexte local de ces projets territoriaux. Toutefois, l'identification clairement exprimée de quatre fonctions invariantes, étroitement articulées entre elles, nous semble devoir garantir la légitimité et l'efficacité de cette gouvernance. Elle doit en outre pouvoir s'appuyer sur un accompagnement fort et structuré de la part des ARS.

Dans ce paysage, le coordonnateur s'est depuis imposé comme un acteur central et incontournable des PTSM. Toutefois son rôle et son positionnement dans un écosystème complexe sont difficiles, générant un turn over important,

préjudiciable au bon déploiement des PTSM. Confirmant et précisant des constats précédemment établis, quelques pistes se dégagent pour clarifier et consolider cette fonction essentielle qui doit être soutenue, à l'échelle territoriale et nationale. La mise à disposition du PTSM de financements et d'outils adaptés et suffisants sont quelques leviers qui doivent lui faciliter la conversion de ses ambitions.

Au total, beaucoup a été fait, plus encore reste à faire. Pour la prochaine génération de PTSM, les méthodes se précisent et le cap est clair. **Il s'agit de répondre en tout point du territoire aux six priorités fondamentales** identifiés par les textes fondateurs. Leur mise œuvre effective appelle la construction de parcours gradués et articulés en santé mentale.

Ces **objectifs des PTSM sont parfaitement en ligne avec les grandes orientations internationales pour l'organisation des politiques de santé mentale**, pour lesquelles le consensus s'est renforcé ces dernières années dans une perspective d'intégration de la santé mentale dans la santé globale.

Pour n'en citer que quelques-unes, les récentes initiatives de l'OMS Euro avec la Coalition Paneuropéenne pour la santé mentale, de la Commission Européenne avec sa communication pour une approche globale de la santé mentale de juin 2023, ou de l'OCDE avec ses travaux de repérage de pratiques innovantes et d'évaluation des systèmes de santé mentale, sont autant d'incitants et de sources d'inspiration.

Par ailleurs, la France s'inscrit dans une dynamique internationale de pays en cours de réformes de leurs politiques nationales de santé mentale. Des travaux récents dans le cadre de la Joint Action "Implemental" (programme de pratiques comparées piloté par l'Union Européenne) ont amorcé une réflexion sur les défis communs et les réponses apportées au niveau national par les pays, avec un objectif partagé d'affiner la conception des politiques nationales de santé mentale.

L'application de ces orientations internationales, "traduites" en politiques nationales, amène naturellement à l'échelle territoriale, celle des PTSM en France. Nul doute que les innovations portées par les acteurs de terrain français pourront venir en retour renforcer et inspirer les initiatives internationales.

ANNEXES

Annexe 1 : Calendrier des déplacements

16 janvier : Normandie à Caen
20-21 mars : Bourgogne France Comté avec une étape à Dole et une à Besançon
4 avril : Hauts de France à Lille
25-30 avril : La Réunion
13-14 mai : Grand Est à Nancy
22-23 mai : Pays de Loire à Nantes et Angers
28-29 mai : Bretagne à Rennes
30-31 mai : Centre Val de Loire à Orléans
4-5 juin : Provence Alpes Côte d'Azur à Marseille

La survenue d'une période de réserve électorale contraint la Délégation à interrompre ses déplacements à partir du 9 juin, les étapes programmées sont reformatées en distanciel pour privilégier des échanges avec les ARS et les coordinateurs.

13 juin : Nouvelle Aquitaine
19 juin : Occitanie
27 juin : Guadeloupe
2 juillet : Corse
3 juillet : Ile de France

4-8 septembre : Guyane
24 septembre : Auvergne Rhône Alpes à Lyon

Annexe 2 : Fiche de poste coordo PTSM

COORDONNATEUR PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

Information générale

Définition

Assure la coordination et le suivi du projet territorial de santé mentale

Catégorie

- Niveau 7 ou catégorie A
- Bac +5 Master ou diplôme équivalent (santé publique ou environnement, sciences humaines ou sociales, droit de la santé, ingénierie de projet)

Spécificités du poste : maîtrise de l'environnement lié à la santé mentale

Activités

- Organiser le diagnostic territorial partagé et son actualisation tous les cinq ans
- Fédérer et coordonner les acteurs du territoire, dans la définition d'actions et les prioriser sur cinq ans
- Apporter un soutien méthodologique aux pilotes de fiches actions afin de garantir le déploiement des projets, en considérant le projet régional de santé et les six priorités Nationales
- Aider à la décision concernant les orientations stratégiques et le choix des projets à conduire, en cohérence avec les autres politiques territoriales (CLS, CLSM, GHT, DAC, C 360...)
- Assurer la mise en œuvre et le suivi du Contrat territorial de santé mentale, des fiches actions en lien avec les acteurs et l'agence régionale de santé
- Organiser et animer les instances de gouvernance du PTSM
- Organiser des modalités de communication qui favorisent l'interconnaissance des acteurs et le partage d'informations, en interne et en externe
- Favoriser le développement des partenariats avec les acteurs du territoire intervenant dans le champ de la santé mentale
- Rendre compte à la commission spécialisée en santé mentale du CTS et à l'ARS à échéances régulières de l'avancée des fiches actions
- Mettre en place des outils de suivi du pilotage du PTSM (indicateurs)
- Réaliser des bilans annuels de la mise en œuvre des fiches actions du PTSM ainsi que l'évaluation du PTSM tous les cinq ans.

Compétences

Savoir-faire

- Conduite de projet (planifier, organiser, fédérer, déléguer, rendre compte, évaluer)
- Travailler en équipe pluridisciplinaire et en réseau,
- Savoir promouvoir, convaincre et mettre en valeur un projet, auprès d'interlocuteurs divers,
- Maîtriser l'animation de groupe
- Maîtriser l'utilisation de l'outil informatique

Savoir être

- Secret professionnel et devoir de réserve
- Autonomie, rigueur
- Capacité d'anticipation, de réactivité et d'adaptation
- Capacité d'écoute, de diplomatie, pédagogie
- Esprit d'initiative, force de proposition
- Dynamisme, disponibilité, mobilité

Connaissances

- Gestion de projet
- Management transversal de projet
- Evaluation de projet
- Connaissance du secteur sanitaire et médicosocial, social et associatif
- Connaissance de l'organisation de la psychiatrie

Relations professionnelles les plus fréquentes

- Instances de gouvernance
- Agence régionale de santé, siège et délégation départementale
- Conseil Territorial de santé et Commission spécialisées en santé mentale,
- Pilotes de fiches action
- Acteurs de santé mentale et psychiatrie du territoire

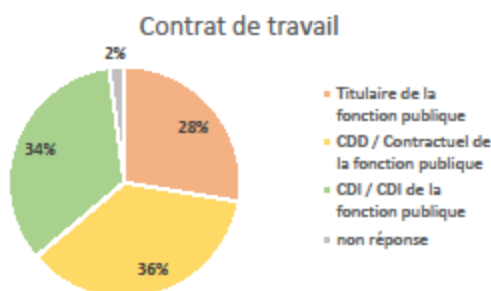
Annexe 3 : Enquête du Collectif des coordo PTSM

Enquête 2023 Collectif des coordos du PTSM

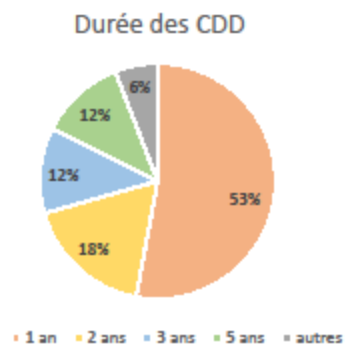
Questionnaire envoyé par le collectif des coordonnateurs PTSM auprès des coordonnateurs en PTSM nationaux en poste. 47 coordonnateurs de PTSM ont répondu à ce questionnaire. Cela représente à peu près la moitié des coordonnateurs en poste à ce jour.

Contrat de travail :

35% des répondants sont en CDI tandis que 35% sont en CDD.



Concernant les personnes en CDD, Plus de la moitié (56%) d'entre elles ont un CDD d'une durée de 1 an et 19% d'une durée de 2 ans. Ainsi, 75% des personnes en CDD sont dans une très grande précarité. La durée de ces CDD pose problème également pour le bon déroulement de la démarche PTSM dans ces départements. Il explique le turn-over sur ce poste.



Par ailleurs, 83% des coordos sont à temps plein et 17% à temps partiel. Plus de 60% des personnes en temps partiel sont à 80% sur leur poste et 25% sont à 90% sur leur poste.

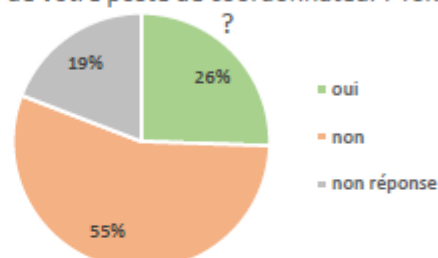
Elaboration du questionnaire par le collectif. Analyse par Marion Bouvet (PTSM33).

Mission du poste :

Près d'un quart (24%) des coordos assurent des missions autres que celles liées à leur poste.

Par ailleurs, plus de 35% (37%) des coordos estiment ne pas être en mesure d'assurer toutes les missions inscrites dans la fiche métier du coordonnateur PTSM de l'ANAP.

Avez-vous d'autres missions en dehors de votre poste de coordonnateur PTSM ?



Expérience professionnelle :

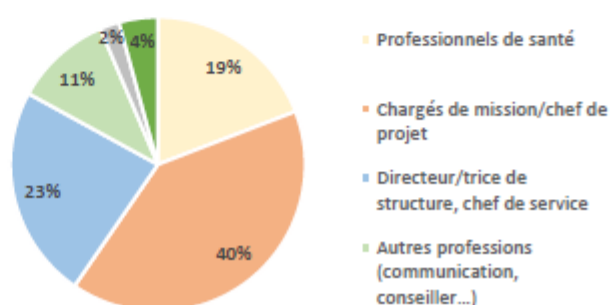
Plus de 40% des coordos exerçaient un poste auparavant en lien avec les compétences attendues dans la fiche métier de l'ANAP.

20% des coordos étaient auparavant des professionnels de santé.

Plus de 20% des coordos exerçaient sur un poste de direction.

Les profils sont donc très différents d'un département à l'autre.

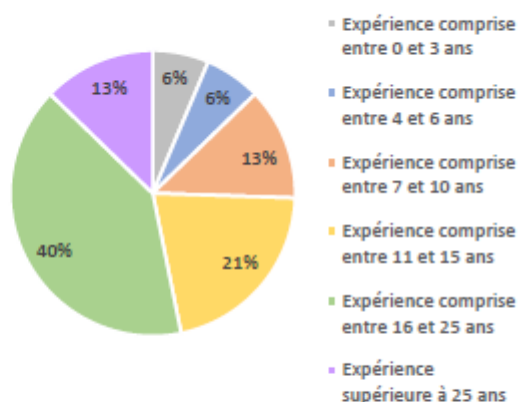
Quel était votre métier avant votre poste de coordonnateur ?



Quelle est votre expérience professionnelle ?

Au regard des compétences nécessaires sur ce poste, une expérience professionnelle semble primordiale.

Plus de la moitié des coordos ont d'ailleurs une expérience professionnelle supérieure à 16 ans. Moins de 15% ont une expérience professionnelle inférieure à 6 ans.



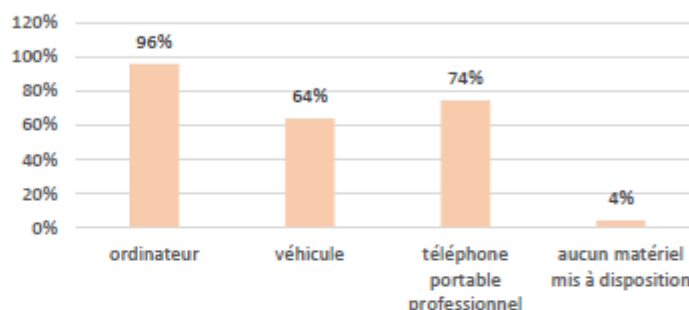
Moyens mis à dispositifs :

96% des répondants ont à leur disposition un ordinateur de travail.

Près de 75% ont un téléphone portable professionnel.

65% ont accès à un véhicule pour assurer les déplacements sur le territoire. Sur certains territoires, les coordos sont donc dans l'obligation de prendre leur véhicule personnel afin d'assurer leur mission.

Quels sont les moyens matériels mis à dispositions



Par ailleurs, près de 5% des coordos n'ont accès à aucun matériel pour leur fonction.

Conditions salariales :

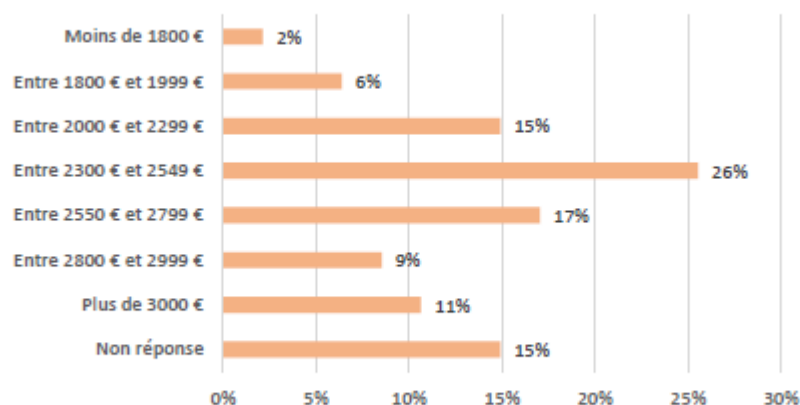
Les salaires des personnes à temps partiel ont été recalculé en équivalent temps plein pour ce diagramme.

L'enveloppe budgétaire prévue pour les postes de coordos est de 57k€ par an et couvre normalement le salaire et les moyens mis à disposition (ordinateur, téléphone, véhicule). Cette enveloppe correspond donc à un salaire de 2400€ net par mois environ. D'après ce diagramme, un quart des coordonneurs de PTSM ont un budget de fonctionnement correspondant à cette enveloppe.

Ainsi, près de 10% des coordos ont un salaire inférieur à 2000€ net par mois.

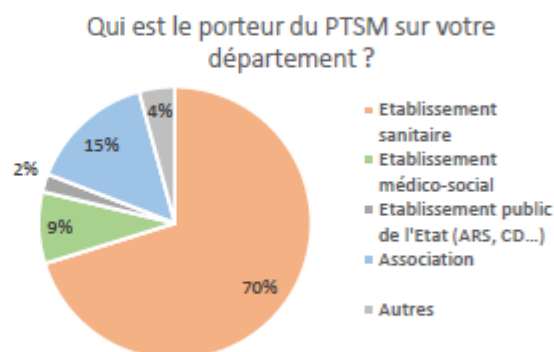
Lorsqu'on observe les salaires des coordos en poste à temps partiel, 20% d'entre eux font partis des catégories à haut salaire. On peut donc supposer que l'enveloppe budgétaire n'est pas suffisante pour assurer leur salaire à temps complet et qu'il s'agit d'un temps partiel subi. Par ailleurs, on peut aussi observer que certains salaires sont plus importants que ce que permet l'enveloppe budgétaire. Les établissements/structures prennent à leur charge des frais supplémentaires afin d'embaucher des profils correspondant à la fiche de poste et avec de l'expérience professionnelle, ou lorsqu'il s'agit de titulaire de la fonction publique (notamment IDE ou Cadre).

Salaire net en ETP



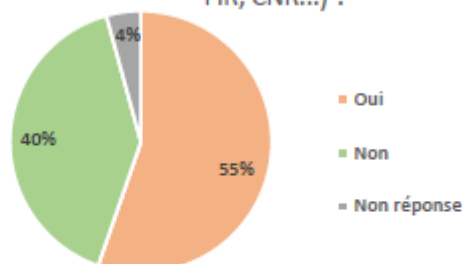
Portage du PTSM et lien avec l'ARS :

Pour plus de 70% des répondants, le porteur du poste de coordonnateur PTSM est assuré par un établissement sanitaire, 15% par une association et 9% par un établissement médico-social.



La moitié (55%) des coordonnateurs ont accès à une enveloppe budgétaire spécifique pour mettre en œuvre les projets de leur département. Cela sous-entend que la moitié n'a aucune enveloppe mise à sa disposition pour déployer les projets portés par les acteurs du PTSM. La dynamique de réseau est beaucoup plus difficile à mettre en œuvre pour ces départements. En effet, le temps des professionnels de santé étant compté, il est difficile voire impossible de les mobiliser si un budget n'est pas assuré.

Avez-vous la possibilité de solliciter une ou plusieurs enveloppe(s) budgétaire(s) de l'ARS spécifique pour votre PTSM (DAF PSY, FIR, CNR...) ?



Pour finir, trois quarts des coordos ont des rendez-vous réguliers avec la délégation départementale de l'ARS.



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE L'ACCÈS
AUX SOINS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*