

Synthèse



Projet Départemental de Santé Mentale 29 Feuille de Route

Validé par le COPIL PTSM 29

En attente d'approbation par le DGARS Bretagne

Sommaire

1.	Le PTSM 29. Eléments de contexte.	3
	1.1. Le PTSM : de quoi s'agit-il ?	4
	1.2. Quel est le territoire du PTSM ?	4
2.	Les principes d'élaboration du PTSM 29 : une démarche collaborative et ascendante à chaque étape	5
	2.1. Les acteurs du PTSM 29.	6
	2.2. Les étapes du projet	7
	2.3. Le Diagnostic Territorial Partagé ou DTP : repérer et comprendre les ruptures de parcours en sar mentale sur le territoire.	
	2.3.1 Les groupes de travail thématiques	7
	2.3.2 Les conclusions du DTP	8
	2.4. La feuille de route du PTSM 29 : un processus de co-construction	9
	2.4.1 Des conclusions du DTP à la définition des orientations stratégiques	9
	2.4.2 Un plan d'action élaboré pour et par les acteurs du territoire au bénéfice des parcours	10
3.	Synthèse du plan d'actions du PTSM 29	11
4.	Le Contrat territorial de Santé Mentale : l'engagement de la mise en œuvre	16
	3.1 Une gouvernance au service de la réalisation du PTSM 29.	17
	3.2 Une gouvernance au service de la réalisation du PTSM 29.	17
	3.3 Un processus de suivi et d'évaluation en continue	18
	3.4 Conditions de réussite.	18
Gl	LOSSAIRE	0



Projet Territorial de Santé Mentale du Finistère



1.1. Le PTSM: de quoi s'agit-il?



La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pose les principes d'une politique territorialisée en santé mentale qui recouvre un périmètre élargi : prévention, diagnostic, soins, accompagnement et insertion sociale, logement... dans une logique de parcours et de rétablissement.

Les PTSM sont les outils de cette politique territoriale de santé mentale. Ils ont pour objectif l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, en « favorisant l'émergence de réponses centrées sur les besoins et aspirations des personnes, en intégrant les objectifs de prévention, notamment du suicide et de promotion de la santé, de maintien dans le milieu de vie ordinaire, de prise en compte des bonnes pratiques et des progrès des connaissances ». [Instruction DGOS du 5 juin 2018 relative aux PTSM]

- ⇒ **Le PTSM s'appuie sur la réalisation d'un Diagnostic Territorial Partagé** (DTP), centré sur les parcours.
- ⇒ Le PTSM s'articule autour d'un plan d'actions, concret et réaliste, co-construit et porté par les acteurs du territoire.
- ⇒ Le DTP et le PTSM sont **soumis à l'approbation du DGARS** qui sollicite pour avis les Conseils Territoriaux de Santé et les Conseils locaux de Santé Mentale du territoire.
- ⇒ Le PTSM fait l'objet d'un **Contrat Territorial de Santé Mentale** signé entre l'ARS et les acteurs impliqués dans sa mise en œuvre. **Le CTSM est signé pour une durée de 5 ans.**

1.2. Quel est le territoire du PTSM?

En Bretagne, les PTSM sont élaborés à l'échelle départementale pour faciliter :

- La coordination du soin, de l'accompagnement social et médicosocial (logement, l'insertion, la scolarité, l'emploi ...)
- la capitalisation des expériences et des échanges entre l'ensemble des acteurs impliqués.





2. Les principes d'élaboration du PTSM 29 : une démarche collaborative et ascendante à chaque étape

2.1. Les acteurs du PTSM 29.

L'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale exige la mise en œuvre d'une démarche ascendante, collaborative et inclusive, ouverte à l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale dont les personnes concernées et leurs proches.

COPIL départemental

- Fixe le calendrier et la méthodologie de la démarche
- Valide le diagnostic et la Feuille de route du PTSM

Pilotes et copilotes des **ARS Bretagne** groupes de travail DTP Impulse la démarche PTSM et plan d'action sur le territoire Apportent leur expertise à la Apporte un appui démarche logistique et financier Animent les travaux Approuve le DTP et groupes de travail le PTSM et sollicite pour avis les instances concernées Chefs de projet Groupes de travail DTP et Mettent en place la démarche plan d'action Participative et partenariale. Sont les responsables opérationnels de la démarche Associent les expertises nécessaires Sont les référents des partenaires impliqués Préparent et animent les travaux du COPIL La chargée de missions Mobilisation des acteurs Soutien à la coordination et à la logistique Rédaction des livrables et des supports de communication La Chefferie du PTSM 29

Yann DUBOIS, Dir. EPSM E. Gourmelen Sébastien MAILLARD Dir. Kan ar Mor, représentant Solida'Cité Philippe GENEST, Psychiatre CHRU Brest représentant du Président de CME

Frédéric GOBIN, Dir. Les Papillons Blancs du Finistère

2.2. Les étapes du projet

Dès juin 2018
Lancement du PTSM29
par l'ARS Bretagne

Septembre 2019 - décembre 2020

Elaboration de la feuille de route :

- 1. Validation des Orientations stratégiques en COPIL
- 2. Elaboration du plan d'actions en groupes de travail.
- 3. Consolidation du plan d'action et mobilisation des pilotes
- 4. Validation en COPIL du PTSM 29 et Plénière de restitution.





Diagnostic Territorial Partagé

- 1. Elaboration du DTP en Groupes de travail thématiques.
- 2. Validation du diagnostic en COPIL et Plénière de restitution
- 3. Arrêt d'approbation du DGARS décembre. 2019

Dès le 1^{er} semestre 2020

Mise en œuvre de la feuille de route

- 1. Signature du Contrat Territorial
- 2. Lancement de la mise en œuvre
- 3. Bilan à 6 mois
- 4. Suivi des travaux sur 5 ans.

2.3. Le Diagnostic Territorial Partagé ou DTP : repérer et comprendre les ruptures de parcours en santé mentale sur le territoire.

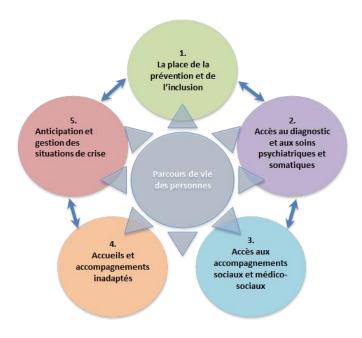
Les principes d'élaboration du DTP PTSM 29 :

- L'adoption d'une approche globale et transversale des parcours de soins et de vie de la personne.
- La mobilisation de l'ensemble des acteurs en santé mentale, dont les personnes concernées et leurs proches au sein de groupes de travail thématiques.

2.3.1 Les groupes de travail thématiques

150 acteurs du territoire, réunis en 5 groupes de travail thématiques, se sont employés à :

- Repérer et analyser les problématiques de ruptures de parcours en santé mentale.
- Identifier les forces individuelles et collectives du territoire
- Définir les pistes d'amélioration des parcours en santé mentale.



Illus. : Selon le modèle de la rosace de l'ANAP, Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale.

2.3.2 Les conclusions du DTP

Le DTP a permis de faire émerger collectivement des problématiques transversales, sources majeures de ruptures dans les parcours de vie et de soins :

- Le cloisonnement entre les secteurs empêche de penser le parcours des personnes de façon globale et sans rupture (interconnaissance des acteurs et lisibilité de l'offre ?).
- La répartition inégale de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale sur le territoire.
- Un manque de formation et de sensibilisation des professionnels soignants et non soignants à la santé mentale.
- La capacité à répondre dans des délais acceptables.
- La question récurrente de la prise en charge de l'urgence et de la gestion de crise.
- Un besoin de communication et de coopération renforcées entre les médecins généralistes et équipes de psychiatrie et de manière générale entre les professionnels concernés par la santé mentale.
- Un effort de prévention et de promotion de la santé mentale à soutenir et à renforcer apporter une réponse graduée.
- Les personnes souffrant de troubles de la santé mentale sont fortement stigmatisées (mobilisation de la cité ?).
- Les proches aidants ne sont pas suffisamment accompagnés et soutenus.

2.4. La feuille de route du PTSM 29 : un processus de co-construction

Elaborée à partir des **conclusions du DTP** et **en cohérence avec les 6 priorités PTSM fixées par décret**, la Feuille de route du PTSM 29 fixe les orientations stratégiques de la politique départementale en santé mentale pour les 5 ans à venir et leur traduction opérationnelle par un plan d'actions.

2.4.1 Des conclusions du DTP à la définition des orientations stratégiques

Les priorités du PTSM 29 :

Repérage précoce des troubles psychiques, diagnostic et accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux.

Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.

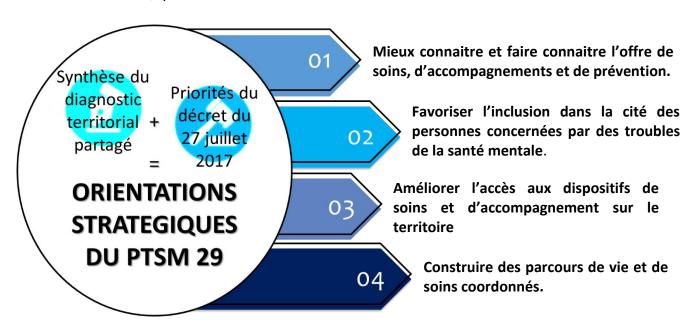
Accès aux soins somatiques adaptés aux besoins des usagers.

Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence.

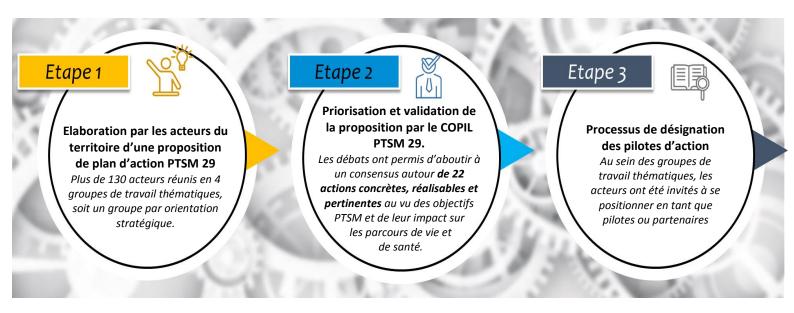
Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir, lutte contre la stigmatisation de ces troubles.

Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Les orientations stratégiques du PTSM 29 :



2.4.2 Un plan d'action élaboré pour et par les acteurs du territoire au bénéfice des parcours



Focus 1. La désignation des pilotes par les instances PTSM s'inscrit dans une recherche de consensus autour des attendus suivants :

- ⇒ Connaissance/expertise/expérience
- ⇒ Motivation à voir l'action se réaliser
- ⇒ Capacité à mobiliser/fédérer les acteurs
- ⇒ Solidité de la structure

Focus 2. Une articulation nécessaire du PTSM avec les projets de territoire :

Tout au long de la démarche d'élaboration du PTSM, une vigilance a été portée sur son articulation avec les projets de territoire existants et en construction : schémas départementaux, CLS, PRS 2, C°360 ... afin que les projets servent au mieux les personnes concernées et l'ensemble des acteurs impliqués dans le champ de la santé mentale.



,



Orientation 1. Mieux connaître et faire connaître l'offre de soins, d'accompagnements et de prévention.

Les enjeux.

Le manque de connaissance de l'offre du territoire et d'interconnaissance entre les acteurs est parmi les problématiques majeures mises en lumière par le diagnostic territorial partagé. En effet, la diversité, comme parfois la complexification de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le champ de la santé mentale, peuvent induire une perte lisibilité des réponses et des interlocuteurs disponibles et adaptés : « qui fait quoi et comment ? ».

Au-delà de cette problématique, il est apparu de manière significative un besoin de construire et diffuser une culture partagée de la santé mentale pour encourager et faciliter le travail coopératif et déconstruire les représentations sociales en lien avec les troubles psychiques, sources de stigmatisation. En la matière, le développement des formations croisées comme l'accès aux espaces de concertation et d'échanges en santé mentale sont identifiés comme des leviers forts d'amélioration. De même, le diagnostic a rappelé que le renforcement de la promotion de la santé mentale et de la prévention est une exigence de santé publique (amélioration du bienêtre, agir sur les déterminants de santé, renforcer le « pouvoir d'agir », prévenir et repérer la souffrance psychique etc.) Si des actions, parfois innovantes, parfois efficientes sont menées sur le territoire, elles sont souvent mal connues et méconnues et leur impact insuffisamment valorisé.

En outre, le renforcement de la connaissance et de l'interconnaissance est, pour les acteurs du territoire, un prérequis à toutes autres actions, notamment celles visant à favoriser la coordination et l'organisation d'un accès facilité aux soins et accompagnements et d'un parcours sécurisé.

Les actions déclinées au sein de l'orientation 1 visent donc à faciliter l'accès à une information adaptée sur l'offre du territoire à destination de l'ensemble des acteurs, à favoriser la rencontre, la concertation et l'échange entre les acteurs partenaires pour ainsi améliorer l'accès aux soins et accompagnements, encourager et faciliter les coopérations et la coordination des parcours de vie et de soins.

Les fiches actions par objectif.

1.1 Elaborer, actualiser et diffuser l'information sur l'offre de soins, d'accompagnement et de prévention

Fiche action 1.1 : Elaborer un outil pédagogique type guide de la santé mentale 29 à destination des usagers et professionnels primo-accueillants en complément du ROR et de l'annuaire régional.

Pilote: Papillons Blancs du Finistère

1.2 Mobiliser et articuler les espaces de concertation existants pour favoriser l'interconnaissance et le partage des acteurs, notamment sur les situations complexes

Fiche action 1.2 Améliorer la contribution des acteurs de la Santé Mentale aux concertations territoriales existantes (CLSM, réunions territoriales Personnes Agées organisées par les DAC, futures Communautés 360, concertations RAPT organisées par MDPH ...)

Pilotes : Communauté Psychiatrique de territoire, Clinique Kerfriden

1.3 Développer des formations en santé mentale pour favoriser l'interconnaissance et renforcer les compétences

Fiche action 1.3 Créer une cellule de formation territoriale en santé mentale

Pilotes : Communauté Psychiatrique de territoire, Papillons Blancs du Finistère

<u>1.4 Promouvoir l'éducation à la santé et la prévention</u>

Fiche action 1.4 Organiser des temps forts à destination des professionnels, élus et bénévoles visant au partage d'expériences et de diffusion de pratiques innovantes en matière de promotion de la santé mentale et de prévention

Pilote : Commission Spécialisée en Santé Mentale (CTS Penn Ar Bed)

Orientation 2. Favoriser l'inclusion dans la cité des personnes concernées par des troubles de la santé mentale

Les enjeux.

La Feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie rappelle que l'insertion sociale et citoyenne des personnes concernées par des troubles de la santé mentale est encore insuffisante et que la stigmatisation des personnes et de leurs proches reste forte. Les conclusions du diagnostic territorial partagé PTSM 29 ne dérogent pas à ces constats nationaux : difficultés pour se former tout au long de la vie, pour accéder et se maintenir dans une activité sociale et professionnelle cohérente avec le projet de vie, à un logement et hébergement autonome, à accéder à une vie sociale et culturelle...

La stigmatisation de la maladie mentale et les discriminations qu'elle génère sont parmi les principaux obstacles identifiés à l'inclusion et à l'accès aux soins et accompagnements. Isolement, précarisation, refus des soins mais aussi des pratiques soignantes inadaptées etc. constituent autant de conséquences délétères pointées par les acteurs du territoire.

L'enjeu du plan d'action PTSM 29 est de permettre aux personnes rencontrant des difficultés psychiques de participer pleinement à la vie sociale, économique et citoyenne selon leurs capacités et choix de vie, et ce à tous les âges de la vie. L'accessibilité accrue à une offre de soins tournée vers le rétablissement des personnes et leur participation sociale est en outre un objectif fort.

Les actions prioritaires élaborées par les acteurs du territoire visent donc à améliorer les conditions de vie des personnes concernées par des troubles, et à changer le regard sur la maladie mentale pour encourager une société plus bienveillante et inclusive. La réalisation des objectifs est conditionnée par une plus grande reconnaissance et implication des personnes concernées dans les instances et projets de territoire.

Les fiches actions par objectif.

2.1 Promouvoir l'offre en réhabilitation psychosociale, à travers des programmes et des services dédiés

Fiche action 2.1 Identifier l'offre en réhabilitation psychosociale sur les territoires, la faire connaître et la développer.

Pilotes : Communauté psychiatrique de territoire, SAVS SAMSAH Don Bosco, C3R Bretagne

2.2 Favoriser la participation citoyenne des usagers dans les instances et les projets

Fiche action 2.2 Opérationnaliser le principe de participation citoyenne par des actions concrètes.

Pilotes: Inter GEM, Commission Expression des Usagers (CTS Penn Ar Bed)

2.3 Garantir une solution d'hébergement et de logement adaptée

Fiche action 2.3.1 Faciliter l'accès et le maintien dans un logement.

Pilote: Fondation Massé Trévidy

Fiche action 2.3.2 Déployer le dispositif « Un chez soi d'abord ».

Pilote : COALLIA

2.4. Favoriser l'accès et le maintien en activité sociale et/ou professionnelle.

Fiche action 2.4 Faire connaitre l'offre disponible et développer des modalités nouvelles.

Pilotes: LADAPT, SAVS SAMSAH Don Bosco

2.5 Accompagner les enfants et les adolescents dans leur scolarité.

Fiche action 2.5 Accompagner le déploiement de l'expérimentation d'équipes mobiles ressources interinstitutionnelles appuyées sur les DITEP.

Pilotes: Fondation Massé Trévidy, ADSEA 29

2.6 Décliner une politique de communication destinée à la dé-stigmatisation

Fiche action 2.6 Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication destiné à la destigmatisation.

Pilotes: Inter GEM, UNAFAM

Orientation 3. Améliorer l'accès aux dispositifs de soins et d'accompagnement sur le territoire

Les enjeux.

Si le territoire dispose d'une offre sanitaire, médico-sociale et sociale relativement conséquente et diversifiée, des obstacles à l'accès au diagnostic, aux soins et accompagnements de manière précoce et adaptée demeurent :

- Des disparités dans la répartition de l'offre : le déficit de médecins généralistes et psychiatres et pédopsychiatres libéraux est identifié comme une problématique forte dans certains territoires
- Des délais et des modalités de réponse inadaptés (délais, accueil et orientation vers ...) qui induisent une installation et ou aggravation des troubles et/ou freinent l'accès aux dispositifs d'aides et d'accompagnement.
- ⇒ Un effort de repérage précoce à renforcer, notamment des psychoses émergentes et du risque suicidaire.
- ⇒ Un engorgement des consultations chez les psychiatres libéraux et le cout financier des consultations auprès des psychologues libéraux.
- Des situations de crise et d'urgence difficiles à anticiper et une réponse apportée qui doit être optimisée.
- ⇒ Des aidants parfois isolés et insuffisamment étayés dans l'accompagnement de leur proche
- □ Un « aller vers » à renforcer, à la fois comme modalité d'intervention sur les lieux de vie et comme appréhension de la personne dans sa globalité et dans son environnement.

Les actions visent à organiser l'accès dans un délai acceptable à une réponse graduée et adaptée aux besoins des personnes afin de limiter l'errance diagnostic et les pertes de chances. Par ailleurs, la reconnaissance de l'expertise des aidants et le renforcement de leurs compétences est un enjeu transversal du PTSM.

Le PRS 2 prévoit de conforter la démographie des professionnels de santé. Ce chantier ainsi que les actions inscrites dans les CLS visant à accroitre l'attractivité des territoires pour encourager l'installation des praticiens et l'exercice coordonné participeront à améliorer l'accès aux soins des personnes souffrant de troubles psychiques et répondre aux objectifs de l'orientation 2 du PTSM 29.

Les fiches actions par objectif.

3.1 Répondre aux demandes et aux besoins dans des délais acceptables et selon des modalités adaptées.

Fiche action 3.1. Développer le premier accueil et l'orientation à destination du public enfant, adolescent et adulte.

Pilote : Communauté Psychiatrique de Territoire, Clinique Pen An Dalar

3.2 Anticiper et organiser la réponse à la situation de crise et d'urgence

Fiche action 3.2.1 Définir un protocole de réponses en anticipation et en gestion des situations de crise et d'urgence.

Pilotes : Communauté Psychiatrique de Territoire, Fondation Massé Trevidy

Fiche action 3.2.2 Formaliser la filière psychiatrique d'urgence sur l'ensemble du territoire.

Pilotes : Communauté Psychiatrique de Territoire.

3.3. Développer l'accès aux soins somatiques au sein des établissements psychiatriques.

Fiche action 3.3 Garantir une prise en charge somatique à l'accueil et dans le suivi des patients hospitalisés

Pilote : Communauté Psychiatrique de Territoire

<u>3.4 Accompagner et reconnaitre et les proches aidants</u>

Fiche action 3.4 Promouvoir la pair-aidance et la médiation par les pairs.

Pilotes: Inter GEM, CDCA 29, CAPH 29

3.5 Favoriser le développement et les modalités d'action des équipes mobiles et des interventions de soins et d'accompagnement à domicile.

Fiche action 3.5. Renforcer et mieux articuler les dispositifs d'équipes mobiles et HAD psy au plus près du domicile du patient.

Pilotes : Communauté Psychiatrique de territoire, Kan Ar Mor

Orientation 4. Construire des parcours de vie et de soins coordonnés

Les enjeux.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 recommande une approche parcours pour les personnes et les patients. Le PRS 2 précise également que l'adaptation du système de santé aux nouveaux enjeux de santé suppose le « Passage d'une logique d'action juxtaposées à une approche graduée des soins, coordonnées avec les accompagnements médico-sociaux et sociaux, tant en ville qu'en établissement. »

Le manque de coordination des acteurs est une des problématiques majeures identifiées par le diagnostic territorial partagé et une cause importante de rupture des parcours de vie et de soins, notamment aux âges charnières, lors des transitions entre dispositifs et/ou du retour à domicile. La difficulté à mettre en œuvre une prise en soins et un accompagnement coordonnés est majorée par un certain cloisonnement entre les secteurs sanitaire, médico-social et social. Encourager les coopérations, notamment entre les équipes de psychiatrie et les autres professionnels intervenant dans les parcours (dont les professionnels de 1er recours), faciliter les transmissions d'informations et les interventions et suivis pluridisciplinaires sont autant de leviers identifiés par le diagnostic territorial partagé. De même, les acteurs ont souligné le besoin d'expérimenter des organisations et modalités d'accueil innovantes pour rompre avec les parcours silos et co-construire des projets de soins et accompagnement, en cohérence avec les choix de vie des personnes.

Les fiches actions par objectif.

4.1 Renforcer la coopération entre professionnels de ville (dont les psychologues) et équipes hospitalières, et plus largement entre professionnels de santé.

Fiche action 4.1. Aider à l'interconnaissance des professionnels de santé, la communication et la transmission d'informations, la structuration de réseaux professionnels de proximité.

Pilotes : Communauté Psychiatrique de Territoire, Clinique Pen An Dalar, CPTS UPS Pays de Quimper, ASNF, ASC, CAS, MAIA COB

4.2 Favoriser la co-construction d'un projet de vie et de soins incluant l'usager et les aidants

Fiche action 4.2. Expérimenter la mise en place de référents personnels accompagnateurs.

Pilote: PEP 29 Pays Bigouden

4.3 Construire et partager des outils d'évaluation et de suivi

Fiche action 4.3. Impliquer l'usager dans le déploiement et l'harmonisation des outils numériques de partage d'informations et de coordination

Pilotes: Appui Santé Nord Finistère, GCS e Santé

4.4. Organiser des parcours spécifiques

Fiche action 4.4.1 Organiser des parcours séquentiels

Pilotes : Communauté Psychiatrique de Territoire (CHPM), Les Genêts d'Or

Fiche action **4.4.2** Organiser le travail partenarial entre le CD 29 et les établissements psychiatriques au bénéfice des parcours des jeunes de l'ASE en difficultés multiples et notamment de santé mentale.

Pilotes : Communauté Psychiatrique de Territoire, Conseil départemental 29.



Projet Territorial de Santé Mentale du Finistère



4.1 Une gouvernance au service de la réalisation du PTSM 29.

La Feuille de route est mise en œuvre dans le cadre du Contrat Territorial de Santé Mentale, signé dans les 6 mois suivant l'arrêté d'approbation du PDSM par le DG ARS et pour une durée de 5 ans.



L'article L.3221-2 du Code de la Santé Publique stipule que "le contrat territorial de santé mentale est conclu entre l'Agence Régionale de Santé et l'ensemble des acteurs participant à la mise en œuvre du Projet Territorial de Santé Mentale. Il définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation".

Le CTSM 29 sera conclu entre l'ARS Bretagne et les principaux acteurs ayant une responsabilité concrète dans le suivi et la mise en œuvre du PTSM.

4.2 Une gouvernance au service de la réalisation du PTSM 29.

Issues d'une concertation régionale entre l'ARS, les chefferies de projet et les institutions, les modalités envisagées en matière de gouvernance et de suivi du CTSM visent à garantir le maintien d'une dynamique collaborative et un appui aux acteurs engagés pour une mise en œuvre efficiente des actions PTSM.



4.3 Un processus de suivi et d'évaluation en continue

La réussite du projet repose pour partie sur une démarche d'évaluation continue de la mise en œuvre de la feuille de route.

Le suivi et l'évaluation du CTSM s'organise comme suit :

- ✓ **Un bilan à 6 mois** après le lancement du CTSM pour saisir l'évolution des projets, identifier les principaux freins et procéder aux ajustements nécessaires.
- ✓ Une évaluation annuelle de l'état d'avancement des actions engagées.
- ✓ Une évaluation globale du CTSM à 5 ans permettra de dresser un bilan des actions réalisées ou en cours et des actions non réalisées. Surtout, elle permettra d'évaluer l'impact des actions déployées sur les parcours de vie et de soins des personnes concernées par un trouble de la santé mentale.

4.4 Conditions de réussite.

- > Garantir une appropriation du PTSM et des travaux menés par le grand public. Le PTSM doit faire l'objet et soutenir le débat public entre les citoyens sur le sujet de la santé mentale.
- > Poursuite de la dynamique collaborative et inclusive dans la phase de mise en œuvre.
- > Renforcer/encourager la coopération entre le sanitaire et le médico-social et plus largement : contribuer à une approche décloisonnée des parcours de vie, soins et accompagnements.
- > Soutenir les acteurs engagés dans la mise en œuvre en mobilisant les ressources nécessaires pour les rendre véritablement acteurs de leurs projets
- ➤ Garantir la participation des personnes concernées. Depuis le lancement du PTSM, les personnes concernées sont fortement mobilisées et contribuent à enrichir les travaux menés. Il importe aux acteurs du PTSM 29 que cette mobilisation se poursuive dans le cadre du CTSM, tant dans la mise en œuvre opérationnelle du plan d'action que dans son suivi et évaluation.

GLOSSAIRE

ACT Appartement de Coordination Thérapeutique

APA Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS Agence Régionale de Santé

CAARUD Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CAMSP Centre d'Action Médico-Sociale Précoce – concerne les enfants de 0 à 6 ans

CAPH Collectif Associations de Personnes Handicapées

CATTP Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDAPH Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDCA Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie

CHRS: Centre d'Hébergement et de réinsertion sociale

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CLS Contrat Local de Santé

CLSM Conseil Local de Santé Mentale

CMP Centre Médico-Psychologique

CMPP Centre Médico Psycho-Pédagogique

CMU Couverture Maladie Universelle

CMU-C Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNSA Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Movens

CPT Communauté Psychiatrique de Territoire

CPTS Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSAPA Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CTS Conseil territorial de Santé

DAC Dispositif d'Appui à la Coordination

DDCS Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DDSP Direction Départementale de la Sécurité Publique

DITEP Dispositif Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

DMP Dossier Médical Partagé

DSDEN Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale

DTPJJ: Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

EHPAD Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMPP Équipe Mobile Précarité Psychiatrie

EPCI Établissement Public de Coopération Intercommunale

ESAT Établissement et Service d'Aide par le Travail

ETP Éducation Thérapeutique du Patient

FAM Foyer d'Accueil Médicalisé

GEM Groupe d'Entraide Mutuelle

GHT Groupement Hospitalier de Territoire

IME Institut Médico-Educatif

MAIA Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MAS Maison d'Accueil Médicalisée

MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées

OMS Organisation Mondiale de la Santé

PASS Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PCH Prestation de Compensation du Handicap

PCPE Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées

PMI Protection Maternelle et Infantile

PTA Plateforme Territoriale d'Appui

PTSM Projet Territorial de Santé Mentale

RAPT Réponse Accompagnée Pour Tous

SAAD Services d'Aide A Domicile

SAMSAH Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAMU Service d'Aide Médicale d'Urgence

SAVS Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SAU Service d'Accueil des Urgences

SDIS Service Départemental d'Incendie et de Secours

SIAO Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

SISM Semaine d'Information sur la Santé Mentale

SPASAD Service Polyvalent d'Aides et de Soins à Domicile

SPIP Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SSIAD Service de Soins Infirmiers à Domicile

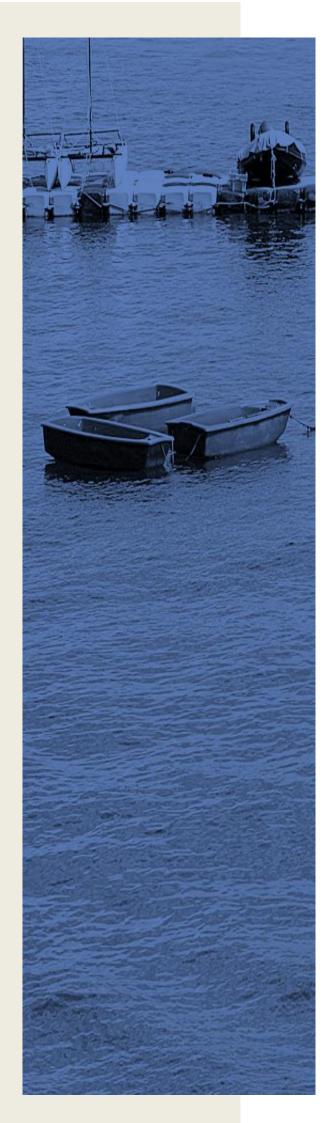
SSR Soins de Suite et de Réadaptation

SUMPPS Service Universitaire de Médecine

Préventive et de Promotion de la Santé.

UMD Unité pour Malades Difficiles

USMP Unité de Soins Médico-Psychologique





Projet Territorial de Santé Mentale du Finistère

Le projet Territorial de santé mentale 29 et son plan d'actions sont disponibles sur le site www.ptsm29.com

Pour tout renseignement contacter Céline EMERY, chargée de mission Tel : 02 98 98 67 43

Mail: cemery@epsm-quimper.fr