

## CONSEIL TERRITORIAL DE SANTE

Séance du 31 janvier 2024

### COMPTE RENDU

48 personnes ont participé à cette séance qui a combiné présentiel dans une salle du CHU de Bicêtre et visioconférence

Elle comportait trois points à l'ordre du jour : les questions d'actualité présentées par le Docteur Matthieu BOUSSARIE pour la délégation départementale de l'ARS, le Projet territorial de santé mentale et enfin le point sur la suite donnée à la séance consacrée en juin sur rôle des usagers (compte rendu sur le site du CTS depuis le 31 juillet).

### Présentation des actualités ARS DD94

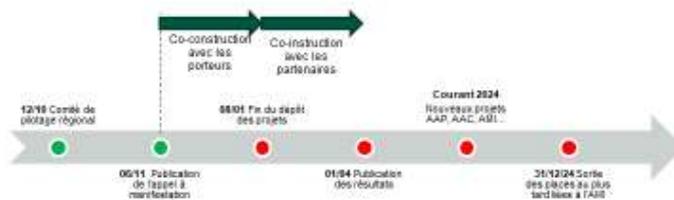




En amont, construction de diagnostics territoriaux partagés avec les partenaires

AMI régional avec un cadre général sur les ambitions /attentes partagées :

- Populations concernées : enfants et adultes
- Développer une offre nouvelle, opérationnelle dès 2024
- Permettre la co-construction pour disposer des projets les plus adaptés à nos attentes
- Soutenir la transformation de l'offre médico-sociale :
  - la logique de parcours et la complémentarité dans l'offre,
  - pour répondre à un objectif d'inclusion de manière prioritaire,
  - mais également pour répondre la prise en compte de la complexité de certaines situations.
- Les ESMS enfants sont invités à adopter un fonctionnement en plateforme ou dispositif.



05/02/2024

2

La possibilité de réduire de façon significative le nombre de cancers liés au HPV a conduit au **lancement d'une campagne nationale de vaccination au sein des classes de 5ème**.

Une situation initiale défavorable aux territoires en difficultés sociales

	94	IDF
Taux de vaccination initial terminé chez les garçons nés en 2006	7,6%	7,7%
Taux de vaccination initial terminé chez les filles nées en 2006	33,2%	33,6%

A l'issue de la 1<sup>re</sup> phase (dose 1) un retard qui reste persistant

	94	IDF
Taux de collèges publics engagés	98% (107/109)	99% (903/915)
Taux de collèges privés engagés	8,3% (3/36)	22% (53/238)
Nb de collégiens prévus (30% effectifs)	4 350	47 477
Nb d'autorisations reçues	2 389	24 808
<b>Nb de collégiens vaccinés</b>	<b>1 764</b>	<b>20 287</b>

Prochaines étapes

- Travail en cours pour refaire des 1ères injections lors de la prochaine phase de vaccination (phase de 2<sup>ème</sup> injection) ;
- Poursuite de la sensibilisation et communication

Avec une stratégie régionale d'accompagnement renforcé pour réduire les écarts sociaux

Diffusion de matériels simplifiés, traduction multilingues, courriers aux Maires et présidents de CCAS, mise en ligne de vidéos réalisées par des associations de communautés, mobilisation des CLS, etc...  
Lancement début 2024 d'une étude d'évaluation



## Sujets d'actu



Préparation des Jeux Olympiques et Paralympiques et de l'Héritage



Adopté au 1<sup>er</sup> novembre



Publié début 2024

05/02/2024

4



## Mesures issues du Conseil National de la Refondation

Dpt 94

La méthode CNR

Les mesures issues du CNR sont le fruit d'une **démarche participative et territoriale** engagée en octobre 2022 sous l'égide de chaque Conseil Territorial de Santé. En Ile-de-France, des propositions ont été remontées de octobre à décembre 2022 dans le cadre des **28 réunions de concertations** qui ont réuni **plus de 1 000 participants dans les 8 départements franciliens** et via les contributions écrites ouvertes à tous. Un travail de concrétisation et déploiement des propositions a été mené au printemps 2023 pour faire émerger des projets expérimentaux et spécifiques à chaque département portés par des acteurs de terrains avec un budget dédié.

En 2023, ce sont **34 projets** qui sont portés en Ile-de-France pour une enveloppe globale de 1,96 millions d'euros autour de 4 axes :

1. Donner à tous un accès à un médecin traitant ou une équipe traitante, en particulier pour les plus fragiles
2. Garantir la continuité des soins et la réponse aux soins non programmés
3. Mobiliser les leviers territoriaux d'attractivité pour les métiers de la santé
4. Créer une nouvelle alliance entre les acteurs locaux pour que la prévention entre dans le quotidien des Français

Projets mis en œuvre dans le Val de Marne		Montants engagés en 2023
Axe 2 - Liens ville/hôpital	Créer un poste d'IDE ville-hôpital dédié à l'optimisation des sorties complexes dans deux dispositifs d'appui à la coordination	151 500€
Axe 4 - Médiation en santé	Créer des postes professionnels de médiateurs familiaux pairs en santé mentale	35 250€
	Rattacher un médiateur santé à un conseil local de santé mentale afin de porter une démarche d'aller-vers et de faire-avec	140 000€
		<b>326 750€</b>

05/02/2024

5

En complément du contenu du diaporama, le Docteur BOUSSARIE précise que l'enveloppe budgétaire allouée à Inclus'IF permettra de financer 500 projets en 2024, que la vaccination HPV comporte deux doses et que le Val de Marne est peu concerné par les JO.

Il propose qu'une prochaine séance du CTS soit consacrée à une présentation du PRS 3 qui a été publié en novembre et qui souligne les priorités que sont la santé mentale et la périnatalité qui avaient été mises en avant par le CTS du Val de Marne dans le cadre de sa contribution au PRS.

Il indique enfin que le PRSE 4 va être publié prochainement.

## **Introduction d'Yves TALHOUARN**

Quelques mots sur le PTSM, tout d'abord, deuxième point au menu de ce soir.

Mon intervention se veut comme une brève introduction à nos échanges, avant de passer la parole à Andrew CANVA, coordinateur départemental du PTSM qui va la compléter.

Tout d'abord, préciser que les PTSM constituent une nouveauté dans le champ de la santé publique. Ils ont été créés par la loi du 26 janvier 2016, dite de modernisation de notre système de santé puis par un décret publié en juillet 2017.

Les PTSM visent à définir les actions de prévention et de promotion de la santé mentale, les soins, les accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale, ceci sur l'échelon départemental pour ce qui concerne le Val de Marne.

Piloté par la Commission spécialisée santé mentale du CTS dans le précédent mandat de ce dernier, plusieurs options ont été retenues pour celui du Val de Marne.

En premier lieu, prendre le concept de santé mentale dans son acception la plus large c'est à dire en dépassant le seul accompagnement des patients de la psychiatrie mais en prenant en considération les risques de fragilité et ceci dès la périnatalité comme le précise la prévention des dépressions périnatales élaborée par la Direction de la PMI, par exemple. Et en abordant d'autres problématiques comme celle du logement ou du travail, notamment.

En second lieu, l'élaboration s'est construite par une approche fondée en quasi-totalité sur les tranches d'âge, contrairement à celle qui reposait initialement sur les processus de prises en charge. Ainsi des groupes thématiques ont été constitués autour de la périnatalité, de l'enfance, de l'adolescence et des parcours d'adulte, et enfin, comme indiqué précédemment, autour des déterminants de la santé mentale. Le thème des personnes âgées n'a pas été pris en compte, du moins pour ce premier PTSM.

Cette approche a permis de concrétiser les différentes problématiques en se fondant sur les pratiques professionnelles elles même.

En troisième lieu, qui découle du point précédent, cette approche reposant sur la praxis a permis de favoriser le caractère interinstitutionnel, voire trans-institutionnel de nos travaux en transversalité. Partant des services de soins, de ceux du Conseil départemental, de ceux de l'Etat dont l'Education nationale avec leur rôle clef dans les domaines de l'enfance et de l'adolescence, ceux de la Justice et bien entendu le mouvement associatif concerné par la santé mentale.

Ces cinq groupes de travail, animés chacun par un pilote et des copilotes avec le soutien du coordinateur départemental, ont rassemblé environ, de ce fait, près de 300 personnes qui ont contribué, selon leur disponibilité, à la mise en forme du diagnostic partagé et des fiches projet qui constituent l'ossature du PTSM.

Ces documents figurent en totalité sur le site informatique de l'ARS où vous pouvez les consulter.

Ils ont été présentés pour avis au CTS dans sa composition du mandat précédent puis transmis au Directeur général de l'ARS qui les a validés par arrêté pris en mai 2021.

Mais cette dynamique d'ensemble, il convient de le souligner, a été fortement perturbée par l'incidence de la COVID et par le turn-over qui s'est effectué depuis lors dans les différents services et

institutions, voire la difficulté de recrutement sur des postes essentiels quant à la finalisation de la mise en application du PTSM.

Et puis aussi, il faut le dire, par l'usure professionnelle qui caractérise aujourd'hui la crise profonde de la psychiatrie.

C'est la raison pour laquelle, nous avons souhaité, avec la délégation départementale de l'ARS, rencontrer les principaux acteurs du PTSM à savoir les services concernés du Conseil départemental avec sa DGA chargée du pôle solidarité, la direction départementale des services de l'Education nationale, le préfet délégué à l'égalité des chances, pour convenir, avec les GHT, d'une collaboration durable, au-delà des changements de responsables que les différentes institutions ont à connaître.

Dernier point avant de passer la parole à Andrew CANVA : la durée du premier PTSM s'achève au printemps 2026 ce qui signifie qu'il faudra dès cette année, donc dès 2024, anticiper la réécriture du diagnostic territorial partagé pour pouvoir consacrer 2025 à la conception des nouvelles actions collectives. Mais ceci, contrairement à ce qu'écrivait KIPLING, n'est pas une autre histoire...

## **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)**

### Intervention d'Andrew CANVA - PTSM

Il est rappelé en propos liminaire que le PTSM n'est pas à proprement parler un dispositif mais une dynamique.

Il est également précisé que pour celles et ceux qui seraient impliqués ou auraient connaissance de ce qui se fait sur d'autres départements, il faut savoir qu'il y a autant de différentes manières de déployer les PTSM que de territoires. Les différences d'approches entre régions ou entre départements d'une même région étant parfois très importantes. Le cadre légal fixe des objectifs mais pas des modalités d'application.

Rappel de la loi de janvier 2016 et du décret de juillet 2017

Les acteurs de la santé mentale doivent définir un projet à cinq ans en abordant six priorités :

- Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.
- Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale.
- L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.
- La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.
- Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.

- L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

La CSSM (Commission Spécialisée en Santé Mentale) du CTS du Val de Marne a choisie cinq axes de travail pour décliner ces priorités plutôt que de travailler sur ces priorités avec des réflexions « tous publics ». Il s'agit de :

- La périnatalité
- Les enfants de 2 à 11 ans
- Les adolescents (tranche de 12 à 25 ans voire 30)
- Les parcours de soins adultes
- Les déterminants et la lutte contre la stigmatisation (emploi, logement, culture).

Le travail consiste donc à croiser les priorités avec les publics cibles. Il avait semblé judicieux au tout début du process de le faire dans ce sens et non dans l'autre tel que préconisé par l'ANAP (Agence nationale pour l'amélioration des pratiques).

Tout repose sur l'engagement des acteurs et cet engagement dépend du fait que les personnes (il faut comprendre les structures) sont convaincues que l'implication dans ces partenariats est clairement dans l'intérêt de chacun, le temps qui y est consacré doit impérativement être considéré comme un investissement intéressant, pas de la réunionite chronophage.

Avant tout, il est important de clarifier l'objet et le périmètre de ce PTSM en passant par une définition de ce que l'on entend par « santé mentale » dans ce cadre. La question n'est pas d'ouvrir le débat sur La définition (avec un grand L) de ce qu'est la santé mentale dans l'absolu mais d'être clair sur ce que l'on entend par ce concept dans le cadre de ce PTSM.

Pour comprendre ce débat, il faut savoir que sur certains territoires où les PTSM sont très « sanitaires » voire « hospitalo-centrés », la notion de santé mentale correspond aux accompagnements médicosociaux ou sociaux des seuls usagers de la psychiatrie en marge de leurs prises en charges médicales.

Nous disons en marge et non en aval car dans le cadre d'hospitalisations à répétition, ces accompagnements permettent des sorties dans de bonnes conditions mais doivent aussi permettre de limiter les ré-hospitalisation, l'aval devenant donc l'amont... On est donc bien dans une logique de transversalité horizontale plutôt que dans des logiques de verticalité.

Cette approche de la santé mentale plus psychiatrique que santé publique se retrouve beaucoup là où préexistait aux PTSM des CPT (Communauté Psychiatrique de Territoire), dispositifs lancés en 2016 en même temps que les PTSM mais qui ne concernent que les acteurs de la psychiatrie et les partenariats qui concernent leurs patients. Là où ces structures existent, ce sont elles qui pilotent donc les PTSM dans une approche logiquement plus « Psychiatrique » que « Santé mentale ». Ce n'est pas le cas en Val de Marne.

Depuis l'origine de notre PTSM, la conception retenue pour ce concept de santé mentale est celle beaucoup plus large qui concerne l'ensemble de la population.

Il nous semble indispensable d'avoir cette vision large de la santé mentale. Pour les personnes concernées par des maladies mentales, la psychiatrie est au cœur de leurs prises en charge, mais pour

les autres personnes qui ne relèvent clairement pas de la psychiatrie mais qui sont en difficulté voire en souffrance psychique (détresse psychologique réactionnelle induite par des situations éprouvantes ou des difficultés existentielles) , on parle là d'une part très importante de la population (autour de 30% des files actives des médecins généralistes mais aussi des services sociaux ou des étudiants, plus encore pour les services de l'Aide Sociale à l'Enfance ou de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, etc.). Pour ce qui est des personnes citées vivant dans les quartiers prioritaires de la politique de la Ville ce pourcentage est à majorer (d'où l'importance d'un travail en lien avec les services du Préfet à l'égalité des chances qui pilote la politique de la Ville).

Par ailleurs, réduire les inégalités territoriales (qui sont dans l'immense majorité des cas des inégalités sociales) est une priorité du CTS et elle se décline dans le PTSM. D'où un seul territoire pour l'ensemble du Val de Marne alors qu'il y a deux territoires de santé ou de coordinations au sens de l'ORS ou de l'ARS avec une frontière Est / Ouest naturelle matérialisée par la Seine. D'autres départements ont opté pour des territoires infra départementaux comme les Yvelines pour lequel la segmentation est Nord / Sud.

Les participants sont invités, s'ils n'ont pas encore pris connaissance du projet de 1<sup>er</sup> PTSM dans son intégralité, à aller le télécharger sur le site de l'ARS Ile de France. Il serait beaucoup trop long ici d'en décliner toutes les fiches.

Il faut parler, comme affirmé en introduction, d'une réflexion et d'un travail en « mode PTSM » pour insister sur la dynamique de long terme plutôt que sur le projet du moment à court terme.

La priorité aujourd'hui est donc de s'organiser pour préparer le PTSM 2.0 (comme il se dit).

Les premiers PTSM sont souvent présentés par les représentants de la Délégation ministérielle à la santé mentale et la psychiatrie comme une première phase expérimentale avant tout. On est parti de rien et la montée en charge aura été « dynamitée » par la crise Covid qui aura duré quasiment deux ans.

D'où l'importance de faire de la réussite des PTSM 2.0 un enjeu majeur d'évaluation pertinente.

La priorité est de se concentrer sur le travail à venir plus que sur celui déjà fait même s'il ne faut pas le sous-estimer et mesurer à quel point il représente les fondations indispensables de la suite.

Ce premier PTSM a été validé au printemps 2021 et court officiellement jusqu'au printemps 2026, date à laquelle il faudra avoir finaliser la conception du 2<sup>ème</sup>. Mais comme évoqué en introduction le projet dans sa globalité aura démarré fin 2018 début 2019 avec l'année 2019 consacrée à la réalisation d'un diagnostic territorial partagé et celle de 2020 à l'élaboration des initiatives partenariales retenues par les différents acteurs. Dans cette logique, et ce timing, il nous faut donc pour finaliser le prochain PTSM au printemps 2026 consacrer 2024 à remettre à plat le diagnostic territorial et disposer de 2025 pour élaborer, sur cette base, les futurs projets à l'horizon 2031.

Deux nouvelles thématiques doivent venir enrichir la démarche actuelle, à savoir la santé mentale des sujets âgés et la santé mentale des publics les plus précaires, deux thèmes volontairement mis de côté lors du premier PTSM dans un souci de ne pas disperser des forces qui à l'époque étaient comptées.

Pour ce qui est de la prise en charge des troubles anxieux et psychiatriques chez le sujet âgé, comme pour les jeunes et notamment étudiants, les sujets âgés sont globalement sortis encore plus fragilisés

que le reste de la population de la période de crise sanitaire. La demande d'étayage des professionnels du social ou de médicosocial qui s'occupent des personnes âgées dont beaucoup souffrent de troubles anxieux et psychiatriques est de plus en plus insistante. Et en miroir, les professionnels de santé en charge de développer la gérontopsychiatrie ont absolument besoin de s'appuyer sur les structures proposant des accompagnements et des hébergements. On est donc là parfaitement dans une logique PTSM qui suppose des partenariats horizontaux.

Pour ce qui est de la santé mentale des publics les plus précaires, il s'agit d'inscrire pleinement notre démarche dans la logique de la déclinaison des politiques de santé en s'assurant que nos PTSM sont toujours en parfaite cohérence avec la feuille de route nationale et les Projets régionaux de Santé donc du nouveau PRS3 et notamment son volet PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) ; programme qui concerne les plus démunis.

Sur ces deux sujets comme sur le reste, mais plus encore, la présentation de ce soir est une forme d'Appel à Manifestation d'Intérêt pour la constitution des groupes de travail à mettre assez rapidement en place.

Par ailleurs, d'autres évolutions sont à mettre en œuvre.

La question de la santé mentale des étudiants devra donner lieu à des travaux spécifiques au cours de ce second PTSM au sein du groupe « Adolescents » (notion au sens large de l'OMS = jusqu'à 25 ans).

La principale difficulté vient du fait que les étudiants de l'UPEC (Université Paris Est Créteil) ne vivent pas tous, loin s'en faut, sur le Val de Marne et sont donc sectorisés ailleurs et que beaucoup d'étudiants val de marnais sont scolarisés dans d'autres départements et donc repérés (quand ils le sont) par d'autres Services de Santé Universitaires et service sociaux des CROUS franciliens. Cette problématique est donc plus par essence régionale que départementale. Mais il faut s'y atteler tout de même.

Autre sujet à travailler, la question de l'utilisation des nouveaux outils numériques de communication pour faciliter les échanges entre professionnels de santé ou du social a été posée depuis le diagnostic territorial partagé de 2019. Aujourd'hui cette question fait partie des axes de travail du PRS3 et de l'ARS et des DAC.

L'idée est de systématiser une réflexion sur l'usage possible ou non de ces outils pour faciliter les coopérations et collaborations des acteurs du PTSM quels que soient les thèmes abordés. Dans certains cas ce sera hors sujet mais l'important est de ne pas passer à côté de l'utilisation possible de ces nouveaux outils quand cela s'avère pertinent.

Dans les prochaines semaines nous bouclerons l'étape de la contractualisation qui se matérialise par la signature d'un CTSM (Contrat Territorial de Santé Mentale).

Quelques mots sur cette démarche et sur le lien qui nous semble important à faire avec celle de la signature d'une charte pour une politique globale et coordonnée en santé mentale sur le Val de Marne.

Le CTSM est l'occasion d'identifier sur la quarantaine d'actions concrètes que recense le premier PTSM une demi-douzaine d'entre elles et de les prioriser en termes de déploiement et de financements. Nous avons choisi de retenir au moins un projet par groupe de travail ainsi que des projets que nous avons qualifiés de « transverses » car concernant la démarche dans sa globalité.

Il s'agirait des projets suivants :

Le repérage et la prise en charge des dépressions post-partum, projet qui concerne les équipes de la PMI, de la pédopsychiatrie périnatale et de la psychiatrie adulte.

Le travail de partenariat entre pédopsychiatrie et les services sociaux ou médico sociaux pour les enfants dans une logique de sécurisation des parcours.

Le projet de Psy Bus porté par les équipes de Paul Guiraud, travail de collaboration entre pédopsychiatrie, psy adulte et addictologie pour le groupe « adolescents » mais aussi des expériences « d'aller-vers » portées par les équipes de pédopsychiatrie du CHIC et la Maison des Adolescents du Val de Marne.

Le projet de SAS Psy pour une meilleure prise en charge des urgences psychiatriques sur le département.

Le projet d'expérimentation d'équipe mobile « passerelle » pour des interventions précoces auprès des locataires du bailleur social Valophis Habitat.

Et enfin pour ce qui est des approches transverses, la possibilité ou l'ambition, en s'appuyant sur des expériences locales, de déployer au cours des prochaines années, des CLSM sur l'ensemble du territoire départemental et pas seulement sur les communes qui ont des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Les CLSM (Conseils Locaux de Santé Mentale) pouvant être les chevilles ouvrières du déploiement sur l'ensemble du territoire des collaborations interinstitutionnelles imaginées et décidées par les dirigeants élus ou opérationnels des institutions départementales. Et ce dans une logique qui ne consiste pas seulement à réduire les inégalités sociales de santé en imaginant des dispositifs pour les seuls infra territoire concernés par la politique de la ville (là où il y a des QPV).

Enfin, Il nous semble important de lier cette démarche de contractualisation qui ne porte que sur quelques projets à un engagement politique global qui serait acté par la signature d'une charte relative à la démarche de partenariats interinstitutionnels sur la durée tant que cette dynamique en PTSM sera déployée ; donc pas liée à un PTSM sur 5 ans et encore moins à un CTSM.

Cette charte fait référence à un engagement des institutions à deux niveaux.

Le premier se fonde sur l'idée que pour que chaque institution puisse améliorer ses prises en charge sanitaires, sociales, médico-sociales ou éducatives dans un contexte d'évolution importante et préoccupante du nombre de nos concitoyens en souffrance psychique, il faut que d'autres institutions lèvent des freins ou des blocages liés à leurs pratiques. Dans une logique de réciprocité, il serait entendu que chaque institution s'engage, dans la mesure du possible, bien sûr, à penser ses propres pratiques internes en prenant un peu en compte l'impact que cela peut avoir pour les autres institutions partenaires de cette politique commune et globale de santé mentale pour le Val de Marne. En d'autres termes il faut que chacun participe à cette approche systémique seule à même de prendre en charge les situations le plus souvent médico-psycho-sociales et donc complexes des usagers.

Par ailleurs, l'idée est de promouvoir également par le biais de cette charte l'engagement de chaque institution Val-de-Marnaise d'intégrer plus encore les enjeux de santé et en l'espèce de santé mentale

dans l'ensemble de leurs orientations ou décisions politiques pour éviter ou limiter les impacts négatifs et favoriser autant que faire se peut une démarche de santé mentale positive.

Cette charte traduit le fondement même de ce qu'est une démarche de PTSM.

Elle ne règlera pas en soi l'une des principales difficultés de ce projet qui est lié au fait qu'un PTSM couvre une relativement longue période de 7 années en y incluant la phase de diagnostic et la phase de conception et rédaction. Or aujourd'hui sur cette même période la plupart des postes ou fonctions impliqués auront été occupés par au moins trois collaborateurs qui se seront succédés avec parfois des périodes de vacance de poste. Aucune institution ne déroge à cet état de fait aujourd'hui.

Dans ce contexte, les implications et engagements doivent être véritablement institutionnels et pas seulement personnes dépendantes, sans quoi il est impossible de faire avancer des projets sur une telle durée. Ne pas aborder cette difficulté en s'appuyant sur le management de toutes les institutions nous vouerait à l'échec.

### Echanges autour du PTSM

A l'issue de ces deux interventions orales, il est précisé que leur contenu dans son intégralité, compte tenu de la densité des informations qu'elles contiennent, sera diffusé à l'ensemble des membres du CTS afin qu'ils puissent se l'approprier totalement.

Les échanges qui s'ensuivent font apparaître, de façon synthétique, les points suivants :

- pour ce qui concerne le processus de contractualisation autour du PTSM 1 comme pour le suivant, l'ARS ne pourra s'engager que s'il y a engagement réciproque des principaux acteurs, la logique PTSM reposant sur la synergie des moyens.
- ce qui ressort essentiellement, c'est l'intérêt manifesté par les principaux acteurs de se rencontrer pour construire des projets communs qui permettent de faire bouger les choses, en se fondant sur l'échange des pratiques professionnelles.
- la nécessité d'une démarche reposant sur "l'aller vers" est soulignée.
- le nécessaire appui du PTSM sur le point de vue et les propositions des personnes concernées (usagers et familles), avec notamment l'impression pour certains d'être dans un monde étrange rempli d'acronymes incompréhensibles.
- l'attention portée par le PTSM 1 aux conseils locaux de santé mentale (CLSM) vient d'être confirmée par la création de deux postes de médiateurs santé au sein de deux CLSM du département. Ceci dans le cadre du volet santé du CNR, parallèlement au projet de pairs aidants familiaux professionnels en santé mentale (évoqué plus tard dans ce compte rendu) et les deux postes d'infirmières rattachés aux deux DAC pour faciliter la prise en charge des sorties complexes d'hospitalisation (voir à ce propos les compte rendus des réunions du groupe thématique " accès et continuité des soins" sur le site du CTS).
- l'existence du mal-être des patients est perçue par les médecins de ville. Alors que leur participation à l'élaboration du PTSM 1, du fait notamment de leur mobilisation autour de la création de CPTS, a été

perturbée, il faudra veiller à leur pleine implication ainsi qu'à celle des CPTS pour la coordination du PTSM 2.

- veiller à y associer les GEM.

- ne pas cloisonner la problématique des adolescents de celle des jeunes adultes et parallèlement veiller aux liens à créer entre le groupe adolescents et le groupe parcours d'adulte.

- prendre en considération la lutte contre les addictions, y compris via les dispositifs du système médico-social.

- l'élaboration du PTSM 2, tant par la rédaction du diagnostic partagé que celle, ultérieure, des fiches projet, constitue l'opportunité de réactiver le fonctionnement de la Commission spécialisée en santé mentale.

En conclusion de ce point de l'ordre du jour, il est proposé qu'après la diffusion de ce compte rendu, la prochaine réunion plénière du CTS, à tenir en mars, pour tenir compte du calendrier précisé dans les deux interventions faites en ouverture, soit consacrée à l'adoption d'une méthode et d'un plan de travail consacrés au PTSM 2.

### **Point sur le projet de création de postes de pairs aidants familiaux en santé mentale**

Il est rappelé que ce projet a été retenu suite à la mobilisation du CTS autour du volet santé du CNR et aux réunions de travail qui se sont tenues à l'automne avec la direction générale de l'ARS dont les compte rendus ont été diffusés aux membres du CTS.

Le projet s'est construit à partir de l'existence de deux professionnels assurant cette mission au sein du service du Docteur Alain CANTERO aux Hôpitaux de Saint Maurice. Un dispositif analogue existe également au Québec.

Le comité de pilotage de ce projet qui rassemble la délégation départementale de l'ARS, le CTS, les équipes de Saint Maurice et le CCOMS au titre de son volet formation, a tenu sa première réunion le 22 janvier et cette réunion permet d'envisager le recrutement, à court terme, de la personne chargée de la coordination du projet.

La mise en place de ce dispositif doit s'avérer positive tant pour les patients et leurs familles que pour les équipes soignantes.

Un point sur son avancement sera fait régulièrement.

Un nouveau point sur la mise en application des propositions émanant de la séance du mois de juin du CTS, consacrée aux usagers sera fait dès que possible (voir la conclusion de ce compte rendu diffusé le 31 juillet sollicitant des propositions).

En conclusion générale : la prochaine séance du CTS se tiendra en mars avec deux points, le plan et calendrier de travail autour du PTSM 2, et la présentation du PRS 3.