

Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale

Méthodes et outils pour les territoires

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER



Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



Corinne Martinez
corinne.martinez@anap.fr

Élise Prout
elise.proult@anap.fr

Benoît Servant
benoit.servant@anap.fr

Résumé

La démarche d'élaboration d'un parcours en psychiatrie et santé mentale proposée par l'ANAP a pour objectif l'amélioration des réponses aux besoins des personnes adultes vivant avec des troubles psychiques au sein d'un territoire. Cette méthode vise également à rendre cohérentes les interventions respectives des acteurs qui œuvrent dans des champs ordinairement séparés (sanitaire, médico-social, social) et contribue à partager des pratiques professionnelles qui étaient jusqu'alors clivées.

Elle s'appuie sur les travaux issus de deux vagues d'accompagnement par l'ANAP de projets territoriaux portés par 6 ARS. Pragmatique et concrète, elle est par ailleurs participative, invitant tous les acteurs concernés d'un territoire donné, c'est-à-dire financeurs, régulateurs, opérateurs, usagers et familles, à réfléchir et à agir ensemble. Il s'agit de permettre aux acteurs locaux d'inventer du collectif autour du singulier. La démarche se caractérise par :

- ▶ Un processus de transformation en 4 étapes;
- ▶ Un parcours collectif d'apprentissage sur une période de dix-huit mois avec valorisation de l'existant;
- ▶ Une double dimension : managériale et opérationnelle.

Sa mise en œuvre passe par une réflexion autour de 5 thèmes (décrits dans le modèle de la « rosace¹ ») qui permet de répertorier et classer les principales difficultés et risques de rupture du parcours. Face à la multiplicité des intervenants potentiels, ce modèle remet la personne au centre de l'action, en la prenant en compte dans toute sa globalité (perspective bio-psycho-sociale) y compris son environnement (logement, familles, etc.). Aller dans ce sens nécessite de reconsidérer la santé mentale par le prisme de l'éthique² et l'ANAP s'est attachée à repérer et décrire les clés et facteurs de réussite de la démarche, tout en proposant des supports-types et des outils qui permettront aux acteurs d'aller le plus directement possible à l'opérationnel.

Abstract

The purpose of the approach to drawing up a psychiatric and mental health treatment plan proposed by ANAP is to improve responses to the needs of adults living with psychiatric disorders in a region. This method also aims to add consistency to the respective treatments offered by professionals working in normally separate fields (healthcare, health and social services, social) and contributes to sharing professional practices that until now were divided.

It is based on work from two support waves by ANAP of regional projects sponsored by 6 Regional Health Agencies (French: ARS). Pragmatic and practical, it is also participative, inviting all parties involved from a given region, i.e. financiers, regulators, operators, users and families, to consider and act together. It is intended to enable local organisations to create a collective scheme from individual concerns. The approach is characterised by:

- ▶ A 4-step transformation process;
- ▶ A collective learning pathway over an eighteen-month period, including improvement of the existing approach;
- ▶ A dual dimension: managerial and operational.

It is implemented through consideration of 5 themes (described in the 'rosette'¹ model), used to list and rank the main difficulties and risks of breaking away from the pathway. Faced by the large number of organisations potentially involved, this model put people back at the centre of the action, by considering them holistically, (bio-psycho-social perspective), including their environment (housing, families, etc.). Going in this direction means reconsidering mental health from an ethical standpoint² and ANAP has endeavoured to identify and describe the key success factors in the approach, while offering standard aids and tools to enable those involved to become operational as quickly as possible.

1 - Cf. publication de l'ANAP « Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale : Première approche » août 2015.

2 - Au sens de l'éthique sociale du premier axe de la Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale : « Affirmer et promouvoir les droits des bénéficiaires et de leur entourage, affirmer le droit des usagers sous l'angle d'une meilleure reconnaissance du sujet citoyen, en définissant les droits et libertés individuels des usagers du secteur social et médico-social ».

Sommaire des outils à venir

Le kit d'outils

La boîte à outils rassemble tous les outils utiles à la démarche et présentés dans ce guide;

- ▶ Les fiches permettent d'approfondir certaines étapes de l'élaboration du parcours. Le choix des thématiques correspond aux problématiques rencontrées sur le terrain;
- ▶ Les fiches outils sont des notices d'utilisation des outils d'élaboration du diagnostic (principalement des grilles d'indicateurs);
- ▶ Les supports sont de plusieurs types : supports de présentation pour le comité de pilotage territorial ou l'assemblée plénière, fiches-action, tableaux de consolidation des données pour les groupes de travail;
- ▶ Les documents-types peuvent être utilisés comme document officiel de chacune des étapes.

Les prérequis

- **Fiche 1** : Les prérequis en question;
- **Fiche Outil 1** : L'Autodiag en psychiatrie.

Phase 1 : Le cadrage

- **Fiche 2** : Le comité de pilotage territorial;
- **Fiche 3** : Le chef de projet;
- **Fiche 4** : L'équipe-projet ou groupe-projet;
- **Fiche 5** : La liste des acteurs incontournables et son annuaire;
- **Fiche 6** : L'aide au repérage des démarches locales;
- **Fiche 7** : Le plan de communication - un exemple;
- **Fiche Outil 2** : La carte d'identité du territoire et sa grille d'indicateurs;
- **Fiche Outil 3** : Les caractéristiques du parcours et sa grille d'indicateurs;
- **Fiche Outil 4** : La grille MDPH et sa notice d'utilisation;
- **Support 1** : La plénière de lancement;
- **Document-type 1** : Trame de lettre de cadrage.

Phase 2 : Le diagnostic

- **Fiche 8** : L'implication des usagers;
- **Fiche 9** : La composition des groupes de travail;
- **Fiche 10** : L'animation des séances de travail;
- **Fiche Outil 2** : La carte d'identité du territoire et sa grille d'indicateurs;
- **Fiche Outil 3** : Les caractéristiques du parcours et sa grille d'indicateurs;
- **Fiche Outil 4** : La grille MDPH et sa notice d'utilisation;
- **Support 2** : La présentation du diagnostic devant le comité de pilotage;
- **Document-type 2** : Trame de diagnostic et le tableau de synthèse des pistes de travail.

Phase 3 : L'élaboration de la feuille de route

- **Fiche 10** : L'animation des séances de travail;
- **Support 3** : Présentation de la feuille de route devant le comité de pilotage;
- **Support 4** : La fiche-action;
- **Document-type 3** : La trame de feuille de route avec son tableau de synthèse du plan d'action et le tableau de synthèse des crédits mobilisés;
- **Document-type 4** : La trame de lettre d'engagement.

Phase 4 : La mise en œuvre de la feuille de route

- **Fiche 10** : L'animation des séances de travail;
- **Support 5** : Suivi de la mise en œuvre des actions;
- **Support 6** : Suivi de la mise en œuvre de la feuille de route;
- **Support 7** : Feuille de route - bilan à 6 mois;
- **Support 8** : Feuille de route - bilan de clôture;
- **Document-type 5** : Trame de bilan de clôture.



La boîte à outils
est disponible sur le site
de l'ANAP :
www.anap.fr

Sommaire

Préface	p. 6
Introduction	p. 8
1 - Présentation de la démarche	p. 11
1. Objectifs et caractéristiques	p. 12
2. Les caractéristiques de la démarche	p. 14
3. Les prérequis	p. 15
4. Points de vigilance	p. 17
5. Supports téléchargeables	p. 17
2 - Les phases de conception	p. 18
Phase 1 - Le cadrage	p. 19
Phase 2 - Le diagnostic	p. 25
Phase 3 - L'élaboration de la feuille de route	p. 28
Phase 4 - La mise en œuvre de la feuille de route	p. 32
Glossaire	p. 34
Remerciements	p. 36

Préface

La parole des familles

Les familles ayant des proches vivant avec des troubles psychiques sévères et persistants, connaissent le caractère très inégal de leur suivi. À la sortie de l'hôpital, trop souvent le malade retourne près ou dans sa famille, son accompagnement étant assuré uniquement par celle-ci.

Et pour ceux qui bénéficient d'un accompagnement social ou médico-social, il peut y avoir des ruptures, celles-ci ayant souvent pour conséquence un retour vers l'hôpital à plus ou moins long terme, et une précarisation de la situation de la personne.

Aussi il est essentiel, que les ruptures soient prévenues, par une organisation au niveau des professionnels du territoire.

Par ailleurs, nous constatons à l'UNAFAM, que la personne n'est pas prise en compte dans sa globalité, les institutions et professionnels parlent de parcours de soin mais rarement de parcours de vie. Or, l'insertion sociale et une vie citoyenne sont au cœur de l'existence de chacun. De plus, l'étayage, l'accompagnement de ces personnes malades chroniques, doit être adapté dans le temps. La variabilité de la maladie psychique fait que les réponses ne doivent pas être figées, on peut aller vers moins d'autonomie mais aussi vers plus d'autonomie, et chaque professionnel du soin, du social doit prendre en compte la notion de « rétablissement ».

Enfin, la personne, comme le propose l'ANAP dans sa méthodologie, doit être au centre de l'action, c'est à elle d'abord d'exprimer ses besoins et il faut l'aider en cela.

La démarche qui est proposée de passer de la notion « de faire à la place », à celle « d'être à son service » reconnaît « la personne » et ne peut qu'améliorer le service rendu, en limitant autant que possible le recours à l'institution et en favorisant l'inclusion dans la cité.

L'ANAP, à partir de ses expériences de terrain, propose des méthodes et outils, qui -en associant tous les professionnels du territoire, les personnes concernées et leur entourage- permettent un partage tant de diagnostics que de pratiques et de mise en place d'actions, dans des contextes particuliers.

Cette méthode est un support au futur contrat territorial de santé mentale.

À chacun de rester vigilant pour évaluer et faire évoluer quand cela sera nécessaire.

Béatrice Borrel

Présidente UNAFAM

Préface

La parole des usagers

L'accompagnement des personnes en souffrance psychique dans leur parcours de vie et de soins a toujours été un problème délicat. C'est ce qui a amené l'ANAP à proposer les outils décrits dans le présent ouvrage. Nous saluons ici leur travail.

Cette méthode et ces outils, élaborés dans le respect de la personne, prenant en compte ses besoins, vont enfin contribuer au décroisement si attendu dans les secteurs nous concernant : médical médico-social et social.

Nous espérons que tous les acteurs saisiront cette belle opportunité pour co-construire un accompagnement enfin au plus près de la personne, dans un souci de respect et d'efficacité.

Nous resterons très attentifs quant à l'évaluation des actions, et nous remercions l'ANAP pour cette publication qui est pro-active, tenant compte des nouvelles notions apparues lors des textes de loi telles que le territoire.

Nous espérons que ce « cycle vertueux », proposé aux dispositifs, nous permettra de pouvoir élaborer ensemble un projet de vie compte tenu de nos souffrances et / ou de notre handicap.

Claude Finkelstein
Présidente FNAPSY

Introduction

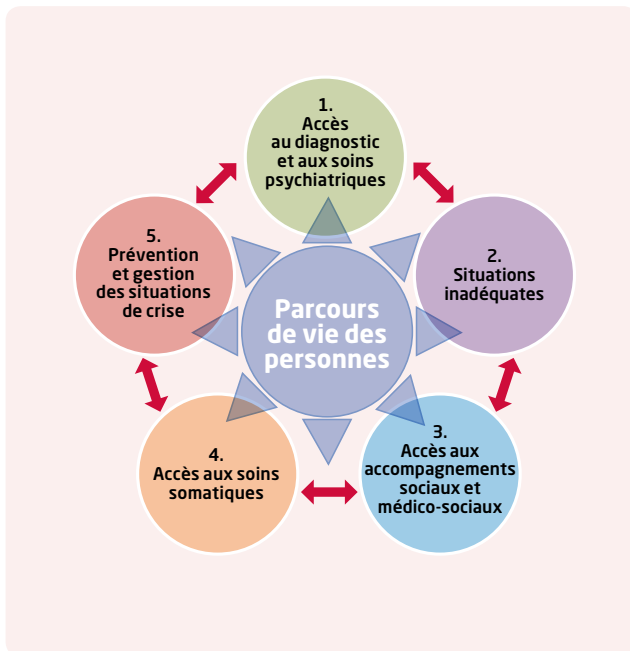
1. Contexte

La psychiatrie et la santé mentale sont devenues un domaine à part entière du programme de travail de l'ANAP dès 2013. Une démarche de capitalisation interne à partir des travaux de la Mission nationale d'appui en santé mentale a permis d'initier une réflexion exploratoire qui s'est traduite par la publication en 2014 et 2015 de retours d'expériences autour de deux thématiques spécifiques :

- ▶ L'accompagnement médico-social des personnes handicapées psychiques;
- ▶ Les interventions à domicile des équipes de psychiatrie.

Le projet d'élaboration du parcours en psychiatrie et santé mentale a démarré en même temps, sa pertinence gagnant en évidence, au fur et à mesure de l'avancée des premiers travaux. Il a donné lieu à une première publication en août 2015 :

Figure 1 : Le modèle de la rosace



« Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale : première approche ». Cette publication a recensé 8 points clés³ pour aborder les parcours en psychiatrie et santé mentale et propose un outil original de description du parcours à partir de cinq portes d'entrée où sont constatés les plus grands risques de rupture (*figure 1*).

Il ressort de ces points-clés que les acteurs doivent s'organiser autour des personnes concernées à partir de modalités de travail communes. C'est en adoptant ce point de vue global, à l'échelle d'un territoire, qu'il est possible de repenser les réponses apportées par chacun, pour qu'elles soient plus articulées et mieux adaptées aux différentes situations.

Pour structurer et modéliser cette méthode de travail en commun, il était nécessaire de travailler avec les acteurs de terrain. L'ANAP a accompagné 6 Agences régionales de santé (ARS) qui souhaitent réfléchir sur ces questions et mettre en œuvre la démarche expérimentale dans un de leurs territoires⁴.

Ces travaux ont pour objectifs de :

- ▶ Concevoir et consolider une démarche de structuration des parcours en psychiatrie et santé mentale à l'échelle d'un territoire, la tester avec des acteurs volontaires et la mettre à disposition des décideurs et des acteurs de terrain (objet de la présente publication);
- ▶ Mettre au point des outils opérationnels permettant de faciliter la réalisation de cette démarche, tout en l'objectivant par des indicateurs, puis de déterminer les actions d'amélioration à mettre en œuvre (kit d'outils associé à la présente publication);
- ▶ Permettre *in fine* une appropriation de la démarche par tous les acteurs qui seraient désireux de faire évoluer les organisations dans une logique de parcours.

L'enjeu est ensuite de permettre une reproductibilité de la démarche selon un cadre adaptable aux spécificités locales, à la main des ARS et des conseils départementaux, et à l'ensemble des acteurs.

3 - Cf. annexe 1.

4 - Cf. cartographie des territoires en annexe 2.

Introduction

Pour accompagner cette démarche, l'ANAP s'est dotée d'une gouvernance particulière⁵.

La présente publication restitue la méthode ainsi que les clés et facteurs de réussite de ce type de démarche en indiquant :

- ▶ Comment se préparer à entrer dans la démarche - Prérequis;
- ▶ Comment structurer la démarche - Phase I : Cadrage;
- ▶ Comment construire un diagnostic partagé - Phase II : Élaboration du diagnostic partagé;
- ▶ Comment parvenir à une feuille de route réaliste - Phase III : Élaboration de la feuille de route;
- ▶ Comment pérenniser la démarche - Phase IV : Mise en œuvre de la feuille de route.

La démarche propose de :

- ▶ Fixer le cadre, la référence à la loi;
- ▶ Faire l'anamnèse du sujet, savoir d'où l'on vient pour savoir qui l'on est;
- ▶ Fixer le rapport au temps, celui du tangible;
- ▶ Recenser les compétences acquises ou construites;
- ▶ S'appuyer sur elles pour engager le développement d'autres compétences;
- ▶ Réduire le morcellement à un dialogue constructif entre plusieurs réalités;
- ▶ Construire la confiance;
- ▶ Permettre aux acteurs de gagner en autonomie pour mieux agir ensemble...

Ce recueil est accompagné d'une boîte à outils téléchargeables sur le site de l'ANAP. Elle est conçue autour de trois dispositifs.

Des outils adaptés aux besoins des acteurs pour faciliter le déroulement de la démarche, notamment dans le cadre du diagnostic qui en est l'élément central.

Des fiches thématiques permettent d'approfondir certaines étapes de l'élaboration du parcours. Ce sont les difficultés constatées sur le terrain et les demandes des acteurs qui ont présidé au choix des thématiques. À titre illustratif, on peut citer :

- ▶ Les questions relatives à l'instauration de la gouvernance locale;
- ▶ Les qualités requises pour conduire une démarche de projet partenariale ascendante;
- ▶ L'attention particulière à apporter aux usagers afin de leur permettre une participation active à la démarche.

Enfin, de nombreux **supports-types** sont proposés. Le but n'est pas d'encadrer les livrables de la démarche de façon formelle mais de permettre de leur donner du sens par rapport aux objectifs de la démarche.



2. L'apport de la loi de modernisation de notre système de santé

La loi de modernisation de notre système de santé parue le 27 janvier 2016 est venue définir (ou redéfinir) 8 concepts nécessaires à l'édification des parcours en santé mentale dans les futurs Projets régionaux de santé (PRS) :

- ▶ La politique de santé mentale;
- ▶ Le projet territorial de santé mentale;
- ▶ Les parcours de soins et de vie;
- ▶ Le diagnostic territorial partagé en santé mentale;
- ▶ Les contrats territoriaux en santé mentale;
- ▶ Les conseils locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale;
- ▶ L'activité de psychiatrie;
- ▶ La mission de psychiatrie de secteur.

La loi propose que soit mise en œuvre sur chaque territoire une organisation graduée globale répondant à l'ensemble des besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques tout au long de leur parcours de vie : de la prévention jusqu'aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale, en passant par le soin.

Cette organisation est décrite et mise en œuvre dans le projet territorial de santé mentale qui s'appuie sur un diagnostic territorial partagé par l'ensemble des intervenants, institutionnels, professionnels et les usagers et leurs aidants.


Le guide propose une méthode d'élaboration de ce projet territorial de santé mentale.

5 - Cf. annexe 2.

Introduction

Figure 2 : Tableau synthétique de mise en regard de la démarche ANAP à la loi de modernisation du système de santé

Ce que la loi demande	Ce que l'ANAP propose	Observations en lien avec les textes d'application à paraître
La politique de santé mentale.	Une méthode ascendante et des outils pour la mettre en œuvre à partir des territoires de santé.	Le Projet régional de santé et les schémas départementaux organisent les principes généraux de cette politique dans lesquelles les stratégies territoriales devront s'intégrer pour atteindre progressivement le même niveau de cohérence et d'égalité d'accès aux soins et prestations sur l'ensemble de la région.
Le projet territorial de santé mentale.	Une méthode participative d'élaboration de ce projet à partir d'un diagnostic territorial partagé, étayé par des indicateurs.	Il s'agit d'une approche ascendante et globale à la main des acteurs locaux pour améliorer le service rendu à la population du territoire.
Les parcours de soins et de vie.	Le modèle de la rosace identifiant les cinq grands types de rupture des parcours.	Il permet de focaliser les actions d'amélioration des prises en charge et des accompagnements sur les points les plus sensibles du parcours où les risques de rupture sont le plus fréquemment observés.
Les contrats territoriaux de santé mentale.	La feuille de route issue du diagnostic territorial.	La proposition de l'ANAP pourra servir de support aux futurs contrats territoriaux de santé.
Les conseils locaux de santé et sa composante « santé mentale », que ce soit sous forme de conseil local de santé mentale ou de sous-commission dédiée à la santé mentale.	Un espace et un temps de concertation entre tous les acteurs du territoire, qui peut préfigurer la structuration de la coordination, inclus dans les plans d'actions, quelle que soit sa forme : de la simple sous-commission « santé mentale » du conseil local de santé, au Conseil local de santé mentale (CLSM), en passant par les ateliers santé-ville.	Ces dispositifs de concertation ne sont pas présents partout et doivent prendre la forme qui conviendra le mieux pour remplir leur rôle de coordination, tel que prévu par la loi, selon le contexte local : urbain ou rural et selon le niveau territorial considéré. La coordination doit s'envisager à plusieurs niveaux, de la proximité à la réponse spécialisée.
L'activité de psychiatrie.	Mise en perspective de son positionnement au regard de l'intervention des autres acteurs dans le parcours.	La psychiatrie doit proposer l'ensemble des prestations de soins requises pour les situations simples ou complexes. Elle se positionne en réponse spécialisée.
La mission de psychiatrie de secteur.	Repositionnement du secteur de psychiatrie au sein du parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale.	Aire des secteurs et territoires et GHT.



1

Présentation
de la démarche

Chapitre 1

Présentation de la démarche

1. Objectifs et caractéristiques

Compte tenu de la complexité de la situation de départ et de l'ambition des cibles à atteindre, la démarche s'est concentrée sur la réponse à apporter aux adultes vivant avec des troubles psychiques. Le postulat de départ a été de privilégier l'approche globale plutôt que spécialisée. Néanmoins la méthode peut être étendue à des populations spécifiques, moyennant quelques aménagements.

Une approche par population ou filière mobilisera des acteurs supplémentaires représentant les spécificités des soins et des accompagnements, sachant que les cibles à atteindre sont identiques, avec néanmoins un focus plus important sur la prévention. Pour preuve :

Ex 1 : pour les enfants et les adolescents, l'éducation nationale, l'Aide sociale à l'enfance (ASE), la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), la Protection maternelle et infantile (PMI), les Maisons des adolescents (MDA), les missions locales, les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les ITEP et leurs dispositifs..., *a minima*, devront contribuer à l'élaboration du projet de territoire.

Ex 2 : pour les personnes âgées présentant des troubles du comportement, la démarche PAERPA existe déjà.

Pour chacune des populations ou activités spécifiques, les données générales à recueillir seront complétées des données qui leur sont spécifiques (ex : activité en addictologie, activité des dispositifs médico-sociaux spécifiques, zoom sur les âges considérés...).

La question du parcours et de sa fluidité reste pleine et entière, et repose toujours sur les conditions de mise en lien des acteurs.

1.1 Les objectifs

En prolongement de la précédente publication⁶, le guide pose les bases d'une véritable évolution des organisations en réponse à plusieurs cibles à atteindre.

1.1.1 Placer l'utilisateur et ses aidants au cœur du système

Comme l'illustre le modèle de la rosace⁷, la démarche inscrit la personne vivant avec des troubles psychiques comme le point focal des organisations territoriales. Il s'agit de prendre en compte la personne dans sa dimension globale, la place de ses aidants, l'expression de ses besoins tout au long de son parcours de vie. Il s'agit aussi de reconnaître ses capacités à être actrice de son rétablissement et de son implication dans la cité.

Les organisations mises en place sur le territoire doivent tendre à :

- ▶ Apporter la juste réponse en termes de soin ou d'accompagnement en limitant le recours à l'institution, de quelque champ qu'elle relève, et de privilégier la réponse ambulatoire;
- ▶ Organiser le retour de la personne dans le milieu de vie le plus ordinaire possible avec les étayages adaptés, pour mieux répondre de façon globale à son projet individualisé;
- ▶ La maintenir dans son milieu de vie en réalisant des évaluations périodiques pour adapter ces étayages et prévenir les risques de décompensation.

Cet objectif a pour corollaire d'imprimer le « aller vers » dans les organisations. Cette expression communément utilisée dans le champ de la psychiatrie et la santé mentale, voire revendiquée par les usagers et leurs aidants, souligne la mobilité que les acteurs doivent mettre en œuvre vers la personne et les autres intervenants à son service.

Ce processus implique de tirer les conséquences locales dans le cadre de la gradation de l'offre en soin ou en accompagnement, entre résidentiel et ambulatoire.

6 - « Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale : première approche » août 2015.
7 - Cf. introduction.

Chapitre 1

Présentation de la démarche

1.1.2 Passer d'une réponse structurelle à une réponse dynamique et flexible au service de l'utilisateur et de ses aidants

En prolongement des référentiels OMS, le droit européen accorde une place spécifique aux services sociaux d'intérêt général⁸ : « ils constituent un élément essentiel du modèle de société européen permettant d'améliorer la qualité de vie de tous les citoyens et de lutter contre l'exclusion sociale ». Il s'agit d'une conception globale avec une finalité affirmée au bénéfice de l'utilisateur. Or, aujourd'hui, en France, les réponses organisationnelles reposent sur les structures (établissements et/ou services), avec leurs frontières et les risques de rupture qu'elles occasionnent.

Le parcours au sein d'un territoire doit transcender le rôle des acteurs, dans une recherche d'adaptation et d'amélioration permanente. **C'est bien la notion de service public qui doit motiver l'organisation et induire son adaptation**, conduisant à remettre à l'œuvre les trois grands principes généraux du droit administratif⁹ relatifs au droit à la santé¹⁰ qui sont :

- ▶ La continuité du service public¹¹;
- ▶ Avec son corollaire d'adaptabilité ou de mutabilité de son fonctionnement. Le service public doit suivre les besoins des usagers ainsi que les évolutions techniques¹²;
- ▶ L'égalité devant le service public (la loi)¹³.

1.1.3 Connaître et reconnaître le cœur de métier de chacun

L'expérience sur le terrain a permis de constater qu'un des obstacles majeurs dans la construction de l'approche collective était la méconnaissance que les uns avaient des autres, avec pour conséquences la dispersion ou la confusion. Une des

premières étapes est de faire connaître ce que chacun fait et le faire **reconnaître** par l'autre.

Le préalable est donc de pouvoir se décrire, dire de façon factuelle ce que l'on sait faire, ce que l'on fait et ce que l'on ne fait pas, mais aussi ce que l'on attend de l'autre, à tort ou à raison.

1.1.4 Objectiver et évaluer

La matière traitée porte en elle beaucoup de sujets soumis à débat. Les troubles psychiques se distinguent des troubles somatiques en ce qu'ils emportent avec eux toute une subjectivité d'appréciations et de projections. Les théories et la manière dont les théories sont portées et « validées » évoluent en fonction des contextes historiques, culturels et sociétaux. Cela donne lieu à un foisonnement d'idées, de concepts, de légitimes convictions, au travers desquels il est difficile de trouver les synergies et les articulations communes.

Pour favoriser une analyse collective des résultats du territoire et permettre des échanges constructifs, il faut objectiver les situations. Le guide propose des indicateurs construits avec les acteurs du terrain, majoritairement issus des sources d'information disponibles. Ils permettent de repérer les dysfonctionnements, de mesurer leur ampleur, d'adapter les réponses aux problématiques, et de définir des priorités. Ils peuvent de plus constituer un support au dialogue de gestion.

L'approche par la preuve¹⁴, appliquée au champ de la psychiatrie, émerge en France dans le domaine universitaire. Pour autant, le domaine de l'évaluation en psychiatrie reste balbutiant. Or, aujourd'hui, il n'est plus possible de nourrir une politique publique ni d'instaurer un dialogue de gestion sans objectiver les situations, même si cette approche reste très perfectible (émergence dans le champ du médico-social, fiabilité et exhaustivité des données du sanitaire, hétérogénéité d'appréhension des définitions, sources variées...).

8 - Livre vert (2003) et Livre blanc (2004) sur les Services d'intérêt général (SIG). Voir aussi le rapport d'information de Mme Catherine Tasca, sénatrice, au nom de la délégation pour l'Union européenne, sur le Livre blanc sur les services d'intérêt général (2005).

9 - Ces principes, issus de la jurisprudence administrative ont été érigés en grands principes du droit administratif avec valeur législative. Le principe de continuité de l'État et du service public, dont sont dérivés les autres principes, a quant à lui une valeur constitutionnelle (Conseil constitutionnel, décision n°79-105 DC du 25 juillet 1979).

10 - L'article 11 du préambule de la constitution du 27 octobre 1946 précise : « (la Nation). Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

11 - CE du 7 juillet 1950, Arrêt Dehaene.

12 - Arrêt du Conseil d'État du 10 janvier 1902, Compagnie nouvelle du gaz de Déville-lès-Rouen (S., 1902, III, p. 17, note Hauriou).

13 - Ce principe est directement issu de la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen.

14 - Rapport HAS « Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique » - avril 2013, qui a donné lieu au Rapport « Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique » Pr Marie-Christine Hardy-Baylé - 10 septembre 2015.

Chapitre 1

Présentation de la démarche

Dans cette perspective, il est nécessaire de poser les bases d'une véritable évaluation des résultats de la démarche. Les grands axes de cette évaluation¹⁵ reposent sur :

- ▶ L'amélioration de la satisfaction des usagers et de leurs aidants vis-à-vis du système ;
- ▶ L'amélioration de la fluidité des parcours : les ruptures sont évitées, les réponses sont adaptées ;
- ▶ L'amélioration et la clarification des pratiques organisationnelles au niveau des opérateurs ;
- ▶ La meilleure utilisation des dépenses publiques au bénéfice de la mission qu'elles servent.

1.2 Les conditions du changement

Pour parvenir à initier cette mutation et l'accompagner, plusieurs conditions sont requises.

1.2.1 Un engagement dans le temps

Il s'agit d'une démarche globale qui implique l'ensemble des acteurs et des usagers du territoire. Elle nécessite un temps d'appropriation et donc, une mobilisation constante et soutenue pendant tout le temps de déploiement du processus. Cependant, cette mobilisation devra se poursuivre à l'issue de la démarche et s'inscrire dans la durée pour densifier son contenu par une évaluation régulière des actions mises en œuvre, soit au niveau des thématiques, soit au niveau de l'implication des acteurs.

1.2.2 Un pilotage par le(s) régulateur(s)

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé¹⁶, précise que l'initiative de la rédaction d'un projet médical de territoire appartient aux opérateurs, les ARS n'intervenant qu'en cas de carence de ces derniers.

Il semble pourtant difficile qu'un opérateur seul puisse conduire une dynamique du changement aussi globale. C'est pourquoi, l'implication des ARS est incontournable¹⁷.

De plus, certains indicateurs ne sont disponibles qu'au niveau régional ; à cela s'ajoute l'association du conseil départemental le plus en amont possible, comme acteur incontournable.

Enfin, la fonction de tiers de l'ARS peut être nécessaire entre des opérateurs qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble. Cette situation est aussi une réalité de terrain.

Pour toutes ces raisons, il est indispensable que les régulateurs initient et suivent de près la démarche.

1.2.3 Le corollaire : la transparence de la démarche

Passer d'une logique de structures à une logique de flux implique une remise en question profonde du mode de fonctionnement des acteurs. Elle ne peut s'établir que par l'adhésion. Cela implique qu'un pacte de transparence soit établi qui permettra d'afficher la cible poursuivie mais également toutes les limites qui peuvent jaloner le chemin de sa réalisation.

~~~~~  
**Tout au long du processus, la démarche doit permettre d'asseoir la confiance pour que chaque étape se déroule dans un consensus dynamique.**  
~~~~~

2. Les caractéristiques de la démarche

La démarche repose sur une méthode classique de conduite de projet composée de quatre phases. Chaque phase du projet correspond à des processus managérial et organisationnel :

- ▶ Le **cadrage** est une phase interne à l'ARS, et au conseil départemental dans le cas d'un co-pilotage, qui va lui permettre de poser le périmètre dans lequel elle souhaite porter la démarche ;
- ▶ Le **diagnostic partagé** est une phase qui vise à créer un consensus sur l'état des lieux du territoire et sur les améliorations à y apporter ;
- ▶ L'**élaboration de la feuille de route** consiste à produire un projet territorial d'amélioration des parcours qui s'organise autour d'un plan d'actions concrètes choisies de manière raisonnée et consensuelle ;
- ▶ La **mise en œuvre de la feuille de route** est la traduction opérationnelle du projet. Elle est principalement portée par les acteurs de terrain.

Selon les territoires, les modalités pratiques de mise en œuvre de la démarche peuvent varier, notamment en fonction de la maturité des acteurs à s'inscrire dans le parcours. C'est pourquoi cette publication propose, plutôt qu'une méthode totalement arbitraire, un cadre général de questionnement.

15 - Synthèse décrite dans l'annexe 4.

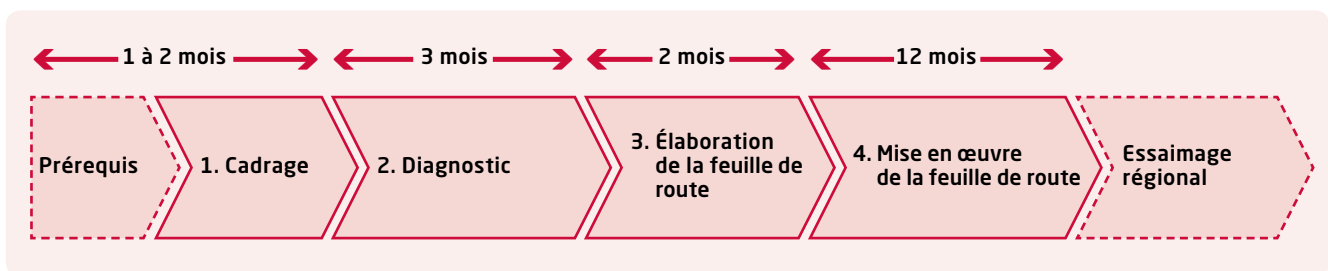
16 - L'article 69 précise : « En l'absence d'initiative des professionnels, le directeur général de l'agence régionale de santé prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale. « II. - Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire. »

17 - Cf. « Document d'appui à une démarche régionale de coordination des acteurs autour du projet de vie et de soins des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie » juin 2011 - DGOS/DGS/DGCS/CNSA/MNASM.

Chapitre 1 Présentation de la démarche

Pour entreprendre une mutation des organisations autour de l'usager et ses aidants, l'ANAP propose un cadre souple, mais séquentiel et institutionnalisé, pour tenir compte des singularités propres à chacun des territoires. La démarche s'inscrit dans la recherche de l'adhésion des acteurs et des institutions pour qu'ils évoluent dans leurs pratiques et leurs relations. Elle doit être partenariale et le lien de confiance doit être recherché et établi. La transparence dans l'action en est une première garantie. Elle constitue un principe clé de la démarche.

Figure 3 : Les étapes de la démarche « diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale »



15

3. Les prérequis (ou comment se préparer à entrer dans la démarche)

La phase « Prérequis » a pour objectif de faire une évaluation rapide de la capacité du (des) pilote(s) à entrer dans la démarche proposée par l'ANAP. Celle-ci représente en effet un investissement conséquent qui nécessite que l'ARS et le conseil départemental¹⁸ réunissent au préalable certaines conditions d'ordre institutionnel, organisationnel et managérial. Ces prérequis concernent également la capacité de l'ARS à porter le projet dans la durée en mobilisant une équipe projet constituée de plusieurs personnes dédiées.

Ces prérequis peuvent aussi être utilisés par d'autres organismes, structures, établissements.

3.1 Les conditions de fond : s'accorder ensemble sur les principes de la démarche

La démarche interne à l'ARS doit s'appuyer sur deux conditions de fond :

- ▶ L'approche parcours ;
- ▶ L'approche managériale.

3.1.1 L'approche parcours comme prisme d'analyse de la pertinence du système de prise en charge des patients en psychiatrie et santé mentale

Dans le champ de la santé mentale, les maladies nécessitent souvent l'intervention de plusieurs professionnels et cette intervention doit être organisée. De plus, les troubles psychiques affectent durablement l'état de santé de la personne et impactent directement son projet de vie sur de longues périodes. Ils peuvent être assimilés à des maladies chroniques. Les différentes réponses à mobiliser tour à tour, avec plus ou moins d'intensité selon le temps, doivent s'articuler au sein du territoire tout au long du parcours de la personne.

Le modèle de la rosace avec les 5 portes d'entrée et la relation parcours de soins-parcours de vie en est le support illustratif.

18 - La participation du conseil départemental à la démarche, voire son co-pilotage, est un gage de réussite.

Chapitre 1

Présentation de la démarche

3.1.2 Une démarche managériale impliquant les acteurs opérationnels concernés, les usagers et leur entourage

L'objectif d'inclusion sociale affiché dans les derniers plans psychiatrie santé mentale et dans les recommandations de l'OMS incite à associer les usagers et leur entourage. Il s'agit non seulement d'améliorer le chaînage des intervenants d'un point de vue technique, mais aussi de prendre en compte les conditions de vie des personnes. Cela renvoie à l'appréhension historique sociale du trouble psychique, pouvant osciller à l'extrême entre paternalisme et rejet. Ici, il convient de faire évoluer le positionnement des acteurs vis-à-vis de l'utilisateur, de passer du « faire à sa place » à celui de « être à son service ».

La démarche de conduite de projet requiert pour le porteur du projet l'acceptation par avance d'une certaine part de risque et de remise en question de la position du donneur d'ordre. Tout l'accompagnement dont ont bénéficié les 6 ARS a consisté à les aider à gérer cette position inhabituelle pour une instance de régulation et de contrôle, celle qui permet de travailler avec des acteurs extérieurs, dans la recherche de leur adhésion. Dans le cadre d'un déploiement à d'autres territoires, l'appui d'un tiers extérieur peut s'avérer utile¹⁹.

3.2 Les conditions opérationnelles

Elles reposent sur les moyens du pilotage de la démarche et un recensement des principales problématiques régionales.

3.2.1 Les moyens du pilotage de la démarche

L'ANAP propose un outil « les prérequis en quelques questions » qui recense les questions à se poser avant de se lancer dans la démarche.

Pour la bonne démarche du projet, le chef de projet doit démontrer une bonne connaissance des enjeux et déployer des compétences affirmées en organisation et animation.

Il est d'ailleurs conseillé, selon les moyens des ARS, d'envisager la constitution d'une équipe projet faisant intervenir le siège (cadre, méthode, référentiels...) et la délégation départementale (connaissance du terrain et animation territoriale). Elle s'associe des compétences relevant des champs du sanitaire, hospitalier, premier recours, du médico-social et de la promotion

et prévention de la santé. Des compétences techniques, notamment en statistiques et en système d'information, sont également utiles. Selon une configuration idéale, un ETP, à répartir selon les compétences nécessaires, est à mobiliser tout au long de la démarche.

La démarche doit être un projet transversal de l'ARS.

Toujours selon le postulat de transparence, il convient de déléguer un mandat explicite aux membres de l'équipe projet et des moyens d'actions maintenus dans la durée, *via* une lettre de mission claire. Celle-ci devra définir :

- ▶ La composition de l'équipe;
- ▶ Son rôle et ses missions;
- ▶ Les moyens dont elle dispose;
- ▶ Le délai de son intervention ainsi que les livrables qui devront ponctuer chaque étape de la démarche.

3.2.2 Le recensement des principales problématiques régionales

Cette phase donne lieu à un travail préparatoire d'inventaire important. Elle mobilise au-delà du référent psychiatrie-santé mentale d'autres services de l'ARS.

Une relecture de plusieurs normes dispersées est nécessaire afin de trouver ou retrouver les axes de convergence entre elles ou d'identifier des disparités d'approche qui peuvent induire ou renforcer un clivage entre les acteurs au plan local :

- ▶ Les principaux objectifs décrits dans les Projets régionaux de santé (PRS), Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), Schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROSMS) et les schémas de prévention et de promotion de la santé²⁰;
- ▶ Les documents cadres des conseils départementaux en matière de prise en compte du handicap psychique (schéma départemental unique ou traitant spécifiquement des personnes handicapées);

19 - Observatoire régional de la santé (ORS), Centre de ressources sur le handicap psychique (CReHPsy), Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI), centres ressources, unités de recherche, etc.

20 - Ces références seront unifiées à l'avenir au sein des prochains projets régionaux de santé.

Chapitre 1

Présentation de la démarche

- Les éléments de diagnostics déjà disponibles (par exemple : diagnostic local des Observatoires régionaux de santé (ORS), des Centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI), des Centres de ressources sur le handicap psychique (CReHPSY), des centres ressources, des programmes d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH), etc.²¹

Il est important à ce stade de vérifier comment et jusqu'où les partenaires institutionnels, notamment les conseils départementaux et les autres élus locaux, souhaitent s'engager dans la démarche.

Ces conditions inventoriées, il est possible de passer à la phase de cadrage proprement dite et de commencer à communiquer sur l'ouverture de la démarche en direction des institutions et des élus du ou des territoires expérimentaux envisagés.

3.3 L'autodiag en psychiatrie

Que ce soit pour entrer dans la démarche du parcours ou pour entamer une démarche de projet d'établissement, les professionnels des institutions sanitaires²² doivent eux-aussi s'interroger sur leur degré de préparation institutionnelle à prendre leur place dans le parcours.

Un outil « autodiag en psychiatrie » est à leur disposition pour leur permettre d'apprécier la maturité des pôles/secteurs des établissements à s'inscrire dans le parcours en psychiatrie et santé mentale. Il s'agit d'un outil de dialogue interne en première intention. L'autodiagnostic peut s'effectuer, toujours dans un cadre collectif, au niveau du service, du secteur, du pôle pour comparaison des pratiques entre eux, ou de l'établissement dans sa globalité. L'établissement qui s'en sert peut ainsi très vite mesurer ce qui lui reste à mettre en place pour aborder le patient dans son environnement et prendre sa place dans le parcours territorial.

4. Points de vigilance

- S'assurer des compétences et de la disponibilité du chef de projet;
- Mesurer les enjeux en termes de mobilisation interne (compétences, recueil des données...);
- Assurer le caractère transversal et institutionnel de la démarche au sein de l'ARS : elle doit mettre en œuvre une démarche interne globale;
- Garantir son animation sur toute la durée de la démarche;
- Bien appréhender la philosophie du projet, notamment la notion de parcours (portes d'entrée), ainsi que le caractère partenarial de la démarche.

5. Supports téléchargeables

- **Fiche 1** : Les prérequis en question;
- **Fiche Outil 1** : L'Autodiag en psychiatrie.



Les outils sont disponibles
au téléchargement sur
le site de l'ANAP :

www.anap.fr

21 - Cf. fiche 6 : L'aide au repérage des démarches locales.

22 - Il s'agit bien sûr des établissements quel que soit leur statut : public, ESPIC et privé.



2

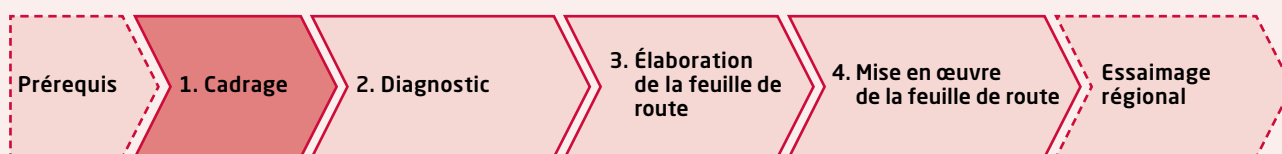
Les phases
de conception

Chapitre 2

Les phases de conception

Phase 1

Le cadrage ou comment structurer la démarche



Au plan managérial, le cadrage est la phase de mobilisation des acteurs.

Au plan opérationnel, le cadrage vise :

1. L'installation de la gouvernance de la démarche
2. Le choix du territoire d'action
3. La cartographie du territoire
4. Le lancement de la démarche

19

1. Objectifs

La phase de cadrage est la phase de conception et de préparation du projet. Elle est celle qui va permettre la **mobilisation** des acteurs.

En fonction des résultats de l'analyse de faisabilité²³ qui a été initialement engagée, l'ARS doit mettre en adéquation le périmètre du projet avec les moyens dont elle dispose et les conditions dans lesquelles elle va s'engager :

- ▶ En pilotage direct;
- ▶ En co-pilotage avec le conseil départemental;
- ▶ Avec l'appui de partenaires extérieurs et relais : ORS, CREAL, CREHPSY, ou tout autre acteur dans la mesure où il est reconnu localement. On peut par exemple associer les compétences d'un universitaire en sciences humaines, d'un laboratoire de recherche, etc.

Elle pose les bases et le cadre nécessaires au futur programme de travail collectif. Elle mobilise principalement les ressources internes de l'ARS, chef de projet et son équipe.

Cette phase va permettre de légitimer et d'asseoir la démarche en définissant :

- ▶ La faisabilité et la définition du périmètre du projet;
- ▶ La clarification des objectifs poursuivis;
- ▶ La gouvernance du projet avec notamment la question du co-pilotage ou pas avec le conseil départemental;
- ▶ Le choix du territoire;
- ▶ L'identification des interlocuteurs clés et des partenaires;
- ▶ L'implication des usagers et de leur entourage;
- ▶ Les modalités de communication;
- ▶ La mobilisation des acteurs.

Elle se concrétise par une validation officielle du lancement de la démarche à travers l'élaboration d'une **lettre de cadrage** du projet et l'organisation de la réunion plénière.

23 - Cf. Fiche 1 : Les prérequis en question.

Chapitre 2

Les phases de conception

Phase 1

2. Une gouvernance identifiée et des modalités participatives structurées

La gouvernance du projet repose sur les principes traditionnels de la démarche de projet. Elle officialise la démarche, engage l'ARS, le conseil départemental et les acteurs dans la garantie de la continuité des actions portées au niveau territorial. **Elle pose les principes de la transparence, gage premier de l'établissement de la confiance.**

2.1 La gouvernance de la démarche

La gouvernance repose selon les configurations sur deux ou trois instances (**figure 4**). Le comité de pilotage territorial est l'instance de validation. Le groupe projet est la cheville ouvrière de toute la procédure et garante de l'expression de chacun des participants, tout particulièrement celle des usagers et de leur entourage. Un **groupe projet**²⁴ est constitué en cas de co-pilotage avec le conseil départemental incluant ARS, conseil départemental et éventuellement la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

2.2 Les modalités d'élaboration collective

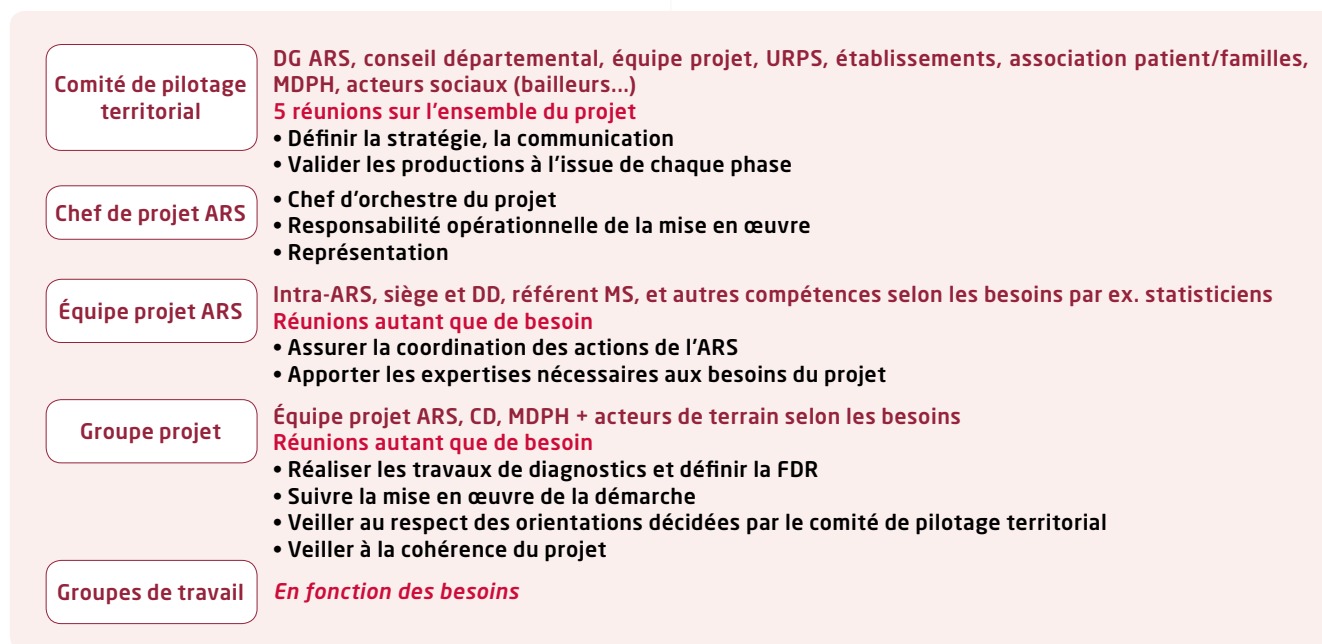
Pour obtenir la mobilisation et l'adhésion des acteurs, il est nécessaire de mettre un peu un véritable processus managérial, bien au-delà d'un simple processus de concertation pour gagner en légitimité et en pérennité. C'est pourquoi la construction du diagnostic partagé repose sur la mobilisation de cinq groupes de travail : un par porte d'entrée de la rosace²⁵.

Pour l'élaboration de la feuille de route, un autre groupe de travail sera mobilisé. Il sera constitué des porteurs de chaque groupe d'actions parmi les opérateurs²⁶.

Il est fortement recommandé de mettre en place une assemblée plénière, composée des membres du comité de pilotage territorial et de l'ensemble des participants aux groupes de travail. Elle est convoquée après chaque étape de validation afin de proposer une restitution des travaux et des décisions qui sont prises, à l'ensemble des participants à la démarche. C'est un gage supplémentaire de transparence. C'est aussi une occasion de communication pédagogique à la main des pilotes, pour expliquer les enjeux, les opportunités et les contraintes globales qui peuvent encadrer les choix décisionnaires.

Des comités spécifiques peuvent être constitués afin de répondre aux besoins des usagers, des familles, des professionnels libéraux et des élus, et de recueillir leurs points de vue sur

Figure 4 : Gouvernance du projet - au niveau territorial



24 - Par principe, c'est la dénomination « groupe projet » qui sera utilisée tout au long du guide. L'équipe rédactrice prend le pari que le co-pilotage ARS-conseil départemental sera effectif.

25 - Cette phase fait l'objet d'un développement particulier dans le cadre du chapitre réservé au diagnostic partagé, avec à l'appui des fiches explicatives.

26 - Idem : le chapitre consacré à l'élaboration de la feuille de route revient en détail sur cette phase de la co-construction.

Chapitre 2

Les phases de conception

Phase 1

les problématiques qu'ils rencontrent au cours des parcours des personnes en psychiatrie-santé mentale.

Parmi les missions du comité de pilotage territorial, deux méritent une attention particulière.

2.3 La planification du projet dans le temps

2.3.1 Un échéancier de la démarche indispensable

Dans le cadre de l'échéancier global de la démarche, chaque phase doit faire l'objet d'une planification dans le temps et de la détermination d'une durée maximale. Il faut en effet pouvoir faire coïncider temps d'appropriation et temps de production, avec un bornage souple de chaque phase, mais une inscription volontariste dans l'atteinte de résultats qui se traduisent par la production de livrables.

2.3.2 Des livrables à produire

Chaque territoire construira les livrables suivants :

- ▶ Un diagnostic territorial partagé;
- ▶ Une feuille de route territoriale;
- ▶ Un bilan de mise en œuvre à 6 mois;
- ▶ Un bilan de clôture à 12 mois.

2.4 Le plan de communication

La communication est un élément essentiel du projet qui vise à mobiliser les acteurs, à diffuser les principes de la démarche et à favoriser l'interconnaissance.

Le **plan de communication** permet d'informer sur l'avancée des travaux et de valoriser ce qui est fait. C'est lors de la phase

de cadrage qu'il doit être établi de façon prévisionnelle. Il permet d'identifier les porteurs et les relais de la communication au sein de l'ARS et des partenaires, de déterminer les modalités de la communication et les publics cibles. Son objectif est double. Il s'agit d'anticiper sur les actions concrètes à venir et ainsi interpeller les appuis futurs qui seront nécessaires à leur réalisation.

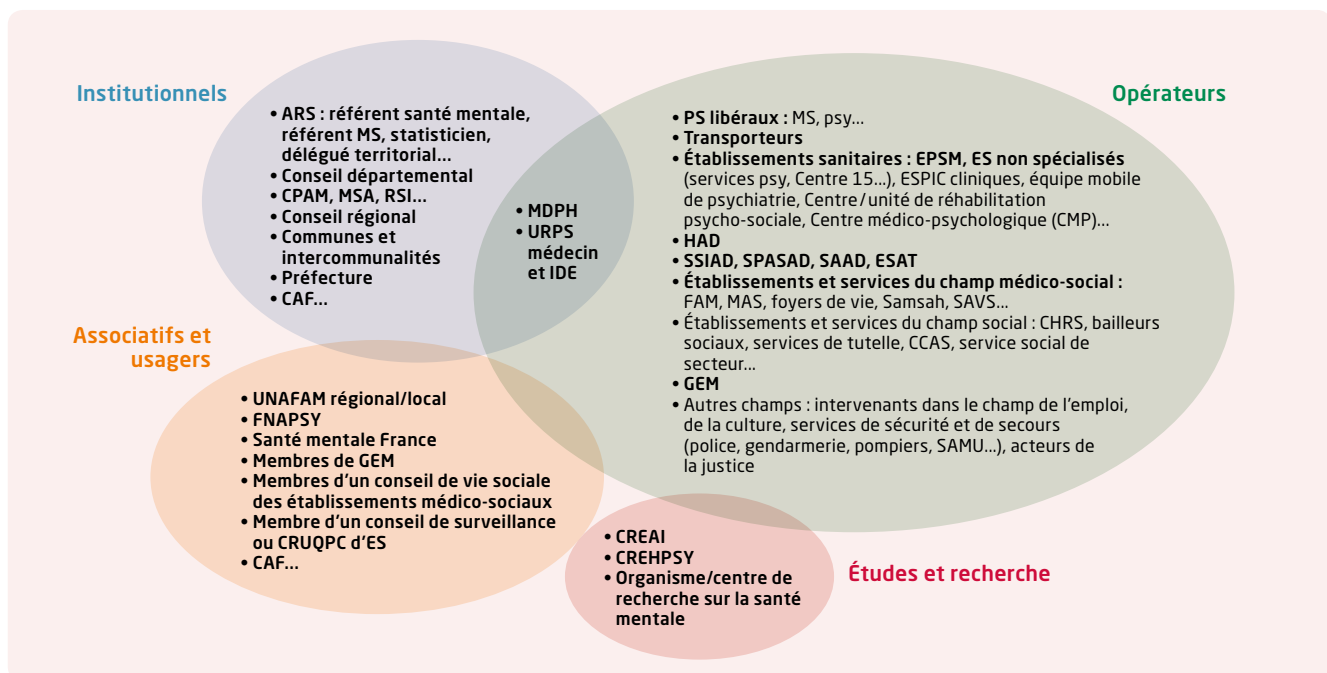
Par ailleurs, derrière les représentants institutionnels, il y a les autres acteurs de la santé et le grand public qui pourront y trouver des repères pour faire bouger leurs visions des choses, ailleurs que dans le territoire accompagné. Dans cette perspective, il est souhaitable de relayer cet engagement auprès des instances de démocratie sanitaire telles que les conférences de territoire, les conseils territoriaux de santé, la Commission régionale santé autonomie (CRSA) et ce, dès le démarrage de la démarche. D'ailleurs, le conseil territorial de santé pourra être le dépositaire de la démarche.

Au-delà du plan de communication et afin d'obtenir une adhésion intrinsèque à la démarche, il convient d'associer toutes les parties prenantes.

3. Veiller à associer toutes les parties

Cette phase donne lieu à un nombre important de contacts institutionnels avec les partenaires potentiellement impliqués dans la démarche, qui sont nombreux, comme en témoigne la figure 5.

Figure 5 : Les acteurs du Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale (DTPSM)



Chapitre 2

Les phases de conception

Phase 1

~~~~~  
**Cette représentation illustre à elle seule que, le plus souvent, ce n'est pas la situation de la personne qui est complexe mais bien l'organisation de la réponse à lui apporter, entre les différents collègues impliqués.**  
 ~~~~~

Parmi ces collègues, trois types de publics doivent faire l'objet d'une attention particulière.

3.1 L'implication des usagers et de leur entourage

La démarche entreprise au cours de la 1^{ère} vague a très vite mis en avant la nécessité de travailler sur un outil permettant d'améliorer la participation des usagers. En effet, tant dans le cadre de la pathologie mentale que du handicap psychique, l'expression de la parole, du besoin, est parfois difficile, souvent absente, en tout cas plus difficile que dans d'autres domaines somatiques. Il est donc indispensable d'accorder une vigilance particulière aux conditions de participation des usagers aux travaux et notamment de prendre en compte leur rythme. L'expérimentation a montré qu'à chaque fois que les usagers étaient présents et actifs dans la démarche tout au long du processus, le diagnostic a gagné en profondeur. Une fiche est à disposition des acteurs pour les aider à réussir collectivement cette participation²⁷.

3.2 L'implication des professionnels libéraux

Les professionnels libéraux sont parfois plus difficiles à associer aux démarches collectives. Il peut être utile de proposer des réunions spécifiques aux Unions régionales des professionnels de santé (URPS) pour expliquer la démarche, pour recueillir leur expression, et surtout les informer de son bon déroulement. Là aussi, la notion de parcours sans leur présence laisserait une béance incompréhensible dans tout le déroulement de la démarche, dès lors que la référence au médecin traitant en constitue une pierre angulaire. Il faut donc adapter la démarche à leurs contraintes et proposer des lieux et éventuellement des horaires d'échange qui leur conviennent.

3.3 L'implication des élus

Si la coparticipation du conseil départemental est une évidence²⁸, il convient également de mobiliser les élus des communes du territoire considéré. En effet, ils jouent un rôle au quotidien dans le soutien aux personnes vivant avec des

troubles psychiques dans la cité, notamment dans le cadre de l'accès au logement encadré et/ou adapté, l'accès à la scolarité ordinaire et toute sa périphérie, l'accès aux services à la personne. Ils interviennent aussi dans le portage des conseils locaux de santé mentale et le soutien aux groupes d'entraide mutuelle. Enfin, c'est leur participation aux Semaines d'Information en santé mentale (SISM) qui permet de faire évoluer le regard porté par la société sur la maladie mentale et les troubles psychiques.

Une communication spécifique pourra leur être adressée dans le cadre des conseils territoriaux en santé.

4. La définition du périmètre du projet

Cette phase se traduit par une **note de cadrage incluant la cartographie du territoire** proposée à l'ensemble des partenaires que l'ARS souhaite mobiliser. Cette note précise deux aspects majeurs :

- ▶ Le cadre du questionnement ;
- ▶ Le choix du territoire avec comme appui la carte d'identité du territoire.

4.1 Le cadre de questionnement

L'opérationnalité de la démarche repose sur l'organisation de la réflexion collective. Les sujets à investiguer sont nombreux et susciteront nécessairement des débats fort nourris. C'est pourquoi l'ANAP propose d'encadrer les sujets en s'appuyant sur le modèle de la rosace²⁹. Le modèle proposé est structuré autour de cinq portes d'entrée dans le parcours où surviennent les principales ruptures identifiées dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes adultes vivant avec des troubles psychiques chroniques³⁰ :

- ▶ L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ;
- ▶ Les situations inadéquates³¹ ;
- ▶ L'accès aux accompagnements médico-sociaux et sociaux ;
- ▶ L'accès aux soins somatiques ;
- ▶ La prévention et la gestion des situations de crise.

Ce cadre de questionnement permet à la fois de fédérer les points de vue et de structurer les échanges en cinq thématiques centrales, autant de points de passages dans le parcours

29 - Cf. présentation de l'outil dans l'introduction du guide.

30 - En l'absence de référentiel préexistant, ce modèle a été élaboré de manière collaborative au plan national avec les fédérations (FHF, FEHAP, UNCPSY, FNEHAD, UNIOPSS), les associations de représentants des usagers (AGAPSY et FNAPSY), les associations de famille (UNAFAM), des experts du champ de la psychiatrie - santé mentale (Présidents de CME, Conseil scientifique d'orientation de l'ANAP, des professionnels de terrain (psychiatres et soignants), des institutions (CNSA, CEDIAS, CNAMTS, MNASM, ARS, ATIH, HAS).

31 - À partir des travaux en cours, il a été constaté la nécessité d'aller au-delà de la notion d'hospitalisation complète. Il existe en effet des situations aussi inadéquates en hospitalisation de jour, ou en dispositif de soin ambulatoire et dans le cadre de l'accompagnement médico-social.

27 - Cf. fiche 8 : L'implication des usagers.

28 - Le président du conseil départemental préside la Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH) et la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Chapitre 2

Les phases de conception

Phase 1

de vie de la personne. Les déclinaisons qui en sont faites sont fonction du territoire et de ses spécificités.

4.2 Le choix du territoire

L'approche globale de la démarche réaffirme l'importance du territoire. De façon empirique, deux niveaux territoriaux ont du sens :

- ▶ Les bassins de vie qui sont le socle de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, donc de la médecine de ville;
- ▶ Les départements en raison des compétences exercées par le conseil départemental et le préfet pour les soins sans consentement.

Sur le terrain les limites territoriales d'intervention des acteurs sont beaucoup plus intriquées. C'est pourquoi, la démarche peut constituer une opportunité de revoir l'aire géographique des secteurs de psychiatrie. Elle tient compte de la présence des communautés psychiatriques de territoires quand elles existent et des groupements hospitaliers de territoires qu'ils soient généralistes ou spécialisés en psychiatrie.

L'important est de pouvoir anticiper suffisamment en amont les différentes aires d'intervention afin que les objectifs des uns et des autres se renforcent, plutôt que s'opposent.

Le territoire retenu doit pouvoir être le lieu d'ancrage d'une dynamique représentative qui servira de modèle pour le déploiement aux autres territoires de la région. Un travail de documentation permet de percevoir les dynamiques à l'œuvre, de prendre connaissance d'éventuels échecs antérieurs et d'anticiper sur les difficultés à mobiliser les acteurs, l'objectif étant de potentialiser l'existant. La fiche n°6 : **aide au repérage des démarches locales** propose une méthode pour la réalisation de cet inventaire.

Pour aider au choix du territoire, certains éléments peuvent être pris en compte :

- ▶ Le fait que des travaux ou projets sur la psychiatrie-santé mentale ont déjà été réalisés ou sont en cours de développement;
- ▶ La taille du territoire : il doit être assez grand pour mobiliser un nombre suffisant d'acteurs et correspondre à une réalité socio-économique, tel le « bassin de vie », voire le département. En tout cas, il doit correspondre à une réalité opérationnelle qui permet d'organiser les flux d'activités et les relations entre les acteurs dans le cadre de la vie quotidienne des personnes;
- ▶ Ses caractéristiques, notamment sa composante urbaine ou rurale (densité populationnelle);
- ▶ L'implication du conseil départemental dans la démarche. Dans l'idéal, le territoire devrait être choisi avec lui.

Pour réaliser l'état des lieux du territoire, il est important de disposer d'une batterie d'indicateurs de référence qui permettent d'objectiver la situation. Certaines données extérieures seront peut-être à rechercher pour actualiser la connaissance de la situation de départ³²; il existe pour cela des référentiels et des outils disponibles directement auprès de l'ATIH et de la DREES.

Le guide est assorti d'un outil permettant d'établir la carte d'identité du territoire à partir de plusieurs axes descriptifs :

- ▶ Caractérisation géographique;
- ▶ Données démographiques;
- ▶ Contexte socio-économique;
- ▶ Données épidémiologiques;
- ▶ Couverture et consommation de soins;
- ▶ Équipements sanitaires et médico-sociaux.

À noter :

- ▶ **L'ATIH met à disposition des établissements et des ARS de nombreux indicateurs permettant de documenter ces axes descriptifs. Ils sont consultables via la plateforme ScanSanté (<http://www.scansante.fr/presentation-des-applications>) (liste non exhaustive des applications) :**
 - Restitutions médico-économiques en psychiatrie (<http://www.scansante.fr/applications/restitutions-medico-economiques-en-psychiatrie?secteur=Psy>)
 - Population résidente (sanitaire, médico-sociale et libérale de la zone géographique considérée);
 - Données agrégées;
 - Données par établissements (accès avec identifiant e-PMSI/PLAGE).
 - Cartographie consommation / production - psychiatrie (<http://www.scansante.fr/analyse-de-loffre-de-soin/cartographie-de-loffre-de-soins?secteur=Psy>);
 - Taux de recours - psychiatrie (<http://www.scansante.fr/applications/taux-de-recours-psy?secteur=Psy>);
 - Analyse croisée consommation/production - psychiatrie (<http://www.scansante.fr/applications/analyse-croisee-consommation-production-PSY?secteur=Psy>);
 - Etc.
- ▶ **La DREES a entamé les travaux préalables à l'élaboration d'un atlas en santé mentale à destination des ARS, reposant sur des indicateurs dont le recueil sera automatisé et disponible en routine. Il sera doté d'un outil de cartographie (2017). Néanmoins, cet outil répondra de façon partielle aux besoins de la démarche de diagnostic territorial en santé mentale dans la mesure où il n'intègre pas de versant médico-social.**

32 - Plusieurs organismes peuvent être consultés : l'INSEE, notamment les données IRIS « îlots regroupés pour l'information statistique » ou socio-démographiques, le commissariat général à l'égalité des territoires, les données relatives aux Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI).

Chapitre 2

Les phases de conception

Phase 1

Les données médico-sociales sont indispensables mais elles ne sont pas disponibles partout de la même façon³³. Les données relatives aux Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont également importantes à connaître pour pouvoir évaluer le nombre de personnes reconnues handicapées psychiques sur le territoire et ainsi établir les besoins. Pour des raisons évidentes, la question de leur densité n'appellera pas les mêmes réponses, ni la même mobilisation des ressources.

Afin d'aider au recueil de ces données, l'ANAP met à disposition des MDPH qui le souhaitent un outil de recueil de cette information, dans l'attente de la diffusion d'autres référentiels nationaux.

Cette phase se conclut par la réunion plénière de lancement.

5. La plénière de lancement

Convoquée par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental, la plénière de lancement réunit les personnes mandatées par les différents collèges impliqués dans la démarche³⁴.

L'objectif premier de la réunion **plénière de lancement** est de fédérer l'ensemble des parties prenantes à la démarche commune. Elle constitue un temps particulièrement important qui permet de s'assurer de la compréhension du bien-fondé de la démarche, de la bonne réception de la méthode, de répondre aux questions, de finaliser la composition prévisionnelle des groupes de travail pour la phase diagnostique. **C'est la phase d'établissement de la confiance et de la mobilisation.** C'est pourquoi, il est préconisé de suivre le déroulé suivant :

- ▶ Présentation générale de la démarche (**appropriation**);
- ▶ Présentation mutuelle des participants (**interconnaissance**);
- ▶ Présentation détaillée de l'état des lieux du territoire (ARS) (**état des lieux partagé**);
- ▶ Présentation de la méthode et des groupes de travail (**lisibilité et transparence**).

6. Points de vigilance

- ▶ Respecter les principes de la démarche, qui se veut transparente, ascendante et partenariale, dès le départ et tout au long;
- ▶ Mobiliser les ressources et les compétences au regard de l'ambition et des objectifs du projet;
- ▶ Établir un calendrier de réalisation de la démarche très en amont afin d'éviter la sur-sollicitation des partenaires;

- ▶ Préparer l'implication des usagers et des familles pendant la phase de cadrage et les accompagner tout au long de la démarche pour permettre une formation-sensibilisation des personnes concernées et des professionnels;
- ▶ Disposer de la connaissance du terrain, pour agir dans les champs du faisable et du possible;
- ▶ S'approprier le cadre d'action : modèle de la rosace et les outils méthodologiques proposés par l'ANAP;
- ▶ Anticiper si possible le déploiement de la démarche à l'ensemble de la région en dressant les cartes d'identité de chaque territoire d'action (si ceux-ci sont déterminés) par une seule exploitation des données.

7. Supports téléchargeables

- **Fiche 2** : Le comité de pilotage territorial;
- **Fiche 3** : Le chef de projet;
- **Fiche 4** : L'équipe-projet ou groupe-projet;
- **Fiche 5** : La liste des acteurs incontournables et son annuaire;
- **Fiche 6** : L'aide au repérage des démarches locales;
- **Fiche 7** : Le plan de communication - un exemple;
- **Fiche Outil 2** : La carte d'identité du territoire et sa grille d'indicateurs;
- **Fiche Outil 3** : Les caractéristiques du parcours et sa grille d'indicateurs;
- **Fiche Outil 4** : La grille MDPH et sa notice d'utilisation;
- **Support 1** : La plénière de lancement;
- **Document-type 1** : Trame de lettre de cadrage.



Les outils sont disponibles au téléchargement sur le site de l'ANAP :

www.anap.fr

³³ - Les tableaux de bord médico-sociaux sont en cours de déploiement et après fiabilisation, les données pourront être utilisées en routine dans le cadre d'indicateurs préétablis.

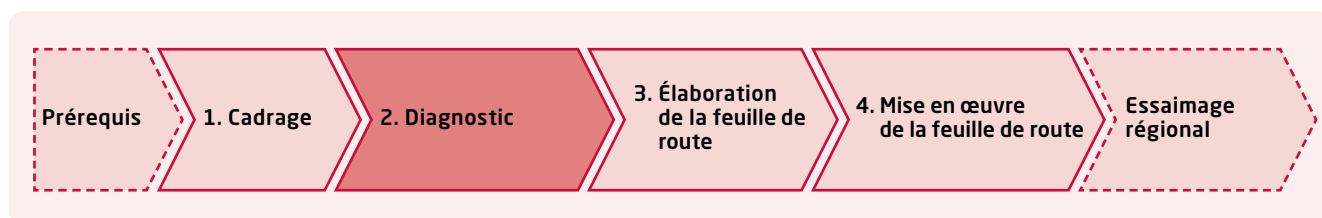
³⁴ - Cf. fiche 5 : La liste des acteurs incontournables et son annuaire.

Chapitre 2

Les phases de conception

Phase 2

Le diagnostic ou comment construire un diagnostic partagé



1. Objectifs

Le diagnostic partagé est un processus en trois étapes³⁵ qui permet de caractériser par consensus le système de prise en charge et d'accompagnement des personnes existant sur le territoire. Ses avancées reposent sur l'**adhésion**.

Cette phase a pour objectifs de :

- ▶ Formaliser une appréciation partagée de la situation à partir de la description et de l'analyse des cinq « portes d'entrée » ;
- ▶ Donner un contenu objectif aux dysfonctionnements, en analyser les causes et les replacer dans un contexte de réalisme ;
- ▶ Favoriser l'interconnaissance ;
- ▶ Fédérer les approches et établir une cohésion de groupe qui trouve sa traduction dans la formulation de constats partagés.

Comme pour le cadrage de la démarche, le diagnostic doit faire l'objet d'une structuration particulière, portant tant sur son contenu que sur sa procédure d'édification.

2. Le contenu du diagnostic

Véritable état des lieux du territoire, ainsi caractérisé au regard de l'organisation des acteurs dans leur participation au parcours des personnes, il va plus loin que dans la phase de cadrage et s'appuie sur des données quantitatives et qualitatives.

Une liste d'indicateurs, mise à disposition des acteurs, regroupe sur un seul document :

- ▶ La carte d'identité du territoire, selon une approche descriptive ;
- ▶ La rosace avec ses 5 portes d'entrée qui permet de caractériser le parcours, tel qu'il existe dans le territoire. La rosace fait également le lien avec les thématiques abordées dans le cadre des groupes de travail en définissant trois à cinq indicateurs par porte d'entrée pour dresser le bilan de la situation locale et mettre en évidence les points d'amélioration.

Ces indicateurs constituent un socle d'informations qui a vocation à alimenter les échanges des groupes de travail. Les acteurs peuvent ensuite décider d'aller plus loin pour compléter le diagnostic sur des points spécifiques (cf. indicateurs ATIH décrits précédemment).

Ce socle constitue également un bilan de départ (T0) qui sera mesuré à nouveau à l'issue de la mise en œuvre de la feuille de route (T1), afin d'apprécier dans quelle mesure les résultats des indicateurs ont progressé entre les deux temps de mesure.

³⁵ - Il s'agit du repérage des dysfonctionnements, de l'analyse des causes et de la formulation de mesures correctrices (Cf. fiche 10 : L'animation des séances de travail).

Chapitre 2

Les phases de conception

Phase 2

Figure 6 : Les outils du diagnostic territorial

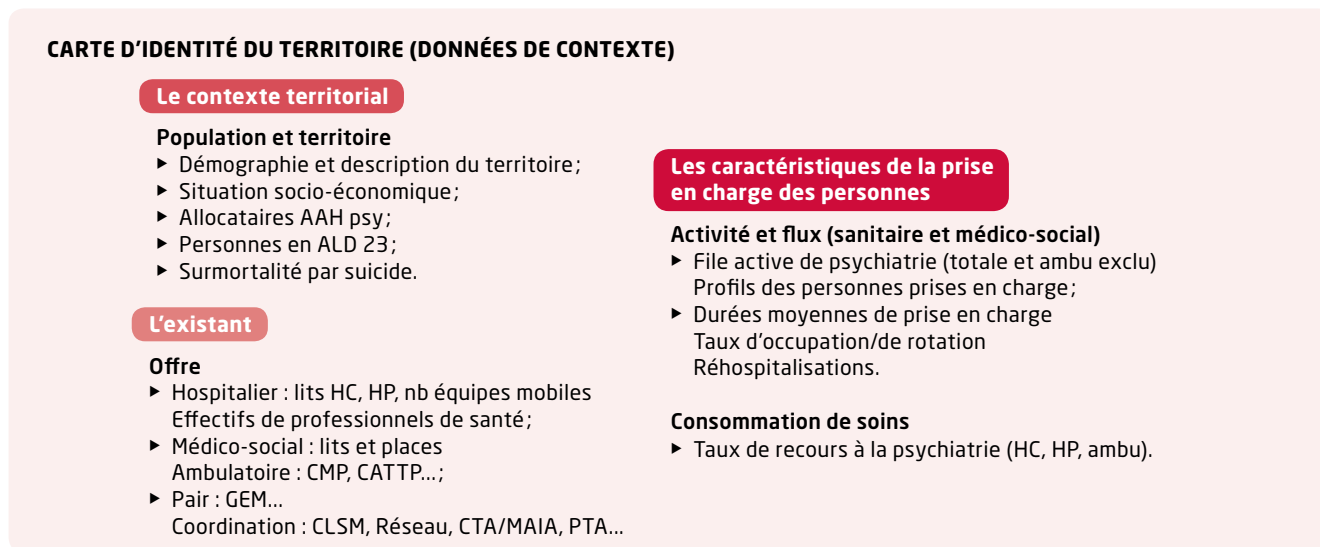
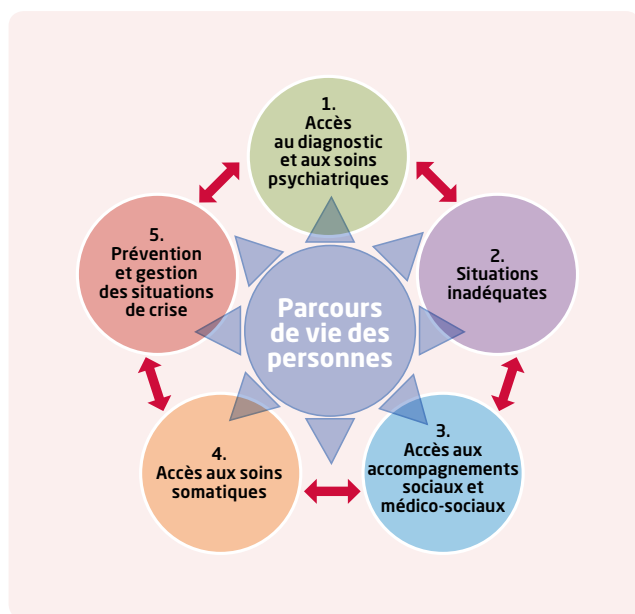


Figure 7 : La rosace : caractéristiques du parcours



3. Mode opératoire du diagnostic partagé

En premier lieu, il convient de constituer les groupes de travail, puis d'organiser le déroulement de leurs réunions. La fiche n°10 « l'animation des groupes de travail » propose une structuration des thèmes à aborder et des conseils afin d'optimiser la production des groupes de travail.

Il convient ensuite de valider les travaux *via* le comité de pilotage territorial et d'en faire la restitution en réunion plénière.

3.1 Les groupes de travail

L'ARS et le conseil départemental arrêtent la composition souhaitée des groupes de travail.

L'objectif est d'obtenir une analyse particulière sur chacune des portes d'entrée de la rosace. Plusieurs options sont ouvertes aux organisateurs qui apprécieront, en fonction de la situation locale et des acteurs en présence, si une ou plusieurs thématiques peuvent être regroupées dans le cadre d'une discussion commune. Il est important de veiller à ne pas surcharger les acteurs³⁶.

Les réunions des groupes de travail doivent pouvoir se tenir dans des lieux différents (établissements, dispositifs divers). Cela permet de faire visiter les lieux aux autres acteurs et d'élargir le champ de la connaissance entre eux, directement sur le terrain.

3.2 Le déroulement des réunions

L'objectif est de rythmer les échanges autour des trois séances suivantes :

- ▶ **1^{ère} séance** : identification des problèmes-clés et dysfonctionnements;
- ▶ **2^{ème} séance** : recherche des causes;
- ▶ **3^{ème} séance** : diagnostic et pistes d'amélioration.

Il sera peut-être nécessaire de proposer au groupe de scinder une réunion en deux, notamment la première consacrée à l'identification des dysfonctionnements. En effet, elle permet aux acteurs d'apprendre à se connaître et cela peut nécessiter du temps. Là aussi, ce sont les chefs de projets qui devront l'apprécier de façon pragmatique.

36 - Cf. fiche 10 : L'animation des séances de travail.

Chapitre 2

Les phases de conception

Phase 2

L'objectif est de respecter le rythme de progression du groupe à l'établissement d'un consensus et l'opérationnel doit être le critère déterminant.

3.3 Le contenu du diagnostic territorial

L'ANAP propose, en outil téléchargeable, une trame de diagnostic littéral ainsi qu'un support de présentation devant le comité de pilotage territorial et l'assemblée plénière, avec comme déroulé de la réunion :

- ▶ Rappels des objectifs de la démarche (**appropriation**);
- ▶ Présentation du processus d'élaboration du diagnostic (**lisibilité et transparence**);
- ▶ Présentation des résultats des groupes de travail (**diagnostic partagé**);
- ▶ Présentation des grandes orientations et mise en place de nouveaux groupes de travail (**consensus dynamique**).

A minima, les conclusions du diagnostic s'attachent à qualifier l'organisation de la prise en charge à l'échelle du territoire :

- ▶ Est-elle performante (cf. indicateurs de la carte d'identité et de la rosace), notamment en termes d'accessibilité, de couverture, d'adéquation, de réactivité? Tous les segments du parcours sont-ils également concernés?
- ▶ Quelles sont les limites rencontrées? Pour chaque opérateur, prendre la mesure des apports des autres partenaires, des ressources qu'elles peuvent constituer pour son propre niveau d'intervention, des questions posées par les autres partenaires, etc.

3.4 La validation du diagnostic du territoire

À l'issue des réunions des groupes de travail, le comité de pilotage territorial est sollicité pour valider le diagnostic.

La présentation préparée par le groupe projet doit restituer les contenus traités par les groupes de travail et les conclusions partagées auxquelles ils sont parvenus. Cette présentation doit permettre de rapporter le cheminement dans le temps, de mettre en évidence les points critiques et les limites du diagnostic final. De façon optionnelle, la restitution par le groupe projet peut être réalisée avec la participation de rapporteurs issus des différents groupes de travail.

3.5 La plénière de restitution

La plénière de restitution met un terme à la phase diagnostique proprement dite. Elle permet d'informer les acteurs du territoire sur les conclusions du diagnostic et de vérifier le consensus établi entre l'ensemble des membres des groupes de travail.

4. Points de vigilance

- ▶ Bien préciser pour chaque groupe de travail le contenu des attendus à partir des problématiques identifiées par porte d'entrée (la rosace);
- ▶ Suivre la démarche diagnostique en 3 étapes : Identifier les problématiques, les causes de dysfonctionnement, dégager les pistes d'amélioration sous forme d'un diagnostic partagé (outils support ANAP);
- ▶ Prendre soin de répéter en début de chaque séance de travail tous les points qui ont été acquis pour éviter de refaire le débat précédent à chaque réunion;
- ▶ Rappeler autant que de besoin le sens des mots lors de leur utilisation;
- ▶ Savoir repérer la nécessité de consacrer une à deux séances de travail supplémentaires pour l'une ou l'autre des phases. L'important est de parvenir au consensus;
- ▶ S'assurer d'un espace d'échanges réunissant l'ensemble des acteurs concernés (type séminaire interrégional, plateforme d'échanges entre participants aux groupes de travail) pour valider le diagnostic partagé;
- ▶ « Nommer »/ « identifier » un besoin de changement individuel et collectif dans les organisations actuelles (notamment par l'analyse des causes);
- ▶ Souligner les convergences entre les orientations stratégiques de l'ARS, les initiatives locales et les objectifs du projet;
- ▶ Aborder rapidement des pistes d'action, dès lors que les groupes les auront proposées.

5. Supports téléchargeables

- **Fiche 8** : L'implication des usagers;
- **Fiche 9** : La composition des groupes de travail;
- **Fiche 10** : L'animation des séances de travail;
- **Fiche Outil 2** : La carte d'identité du territoire et sa grille d'indicateurs;
- **Fiche Outil 3** : Les caractéristiques du parcours et sa grille d'indicateurs;
- **Fiche Outil 4** : La grille MDPH et sa notice d'utilisation;
- **Support 2** : La présentation du diagnostic devant le comité de pilotage;
- **Document-type 2** : Trame de diagnostic et le tableau de synthèse des pistes de travail.



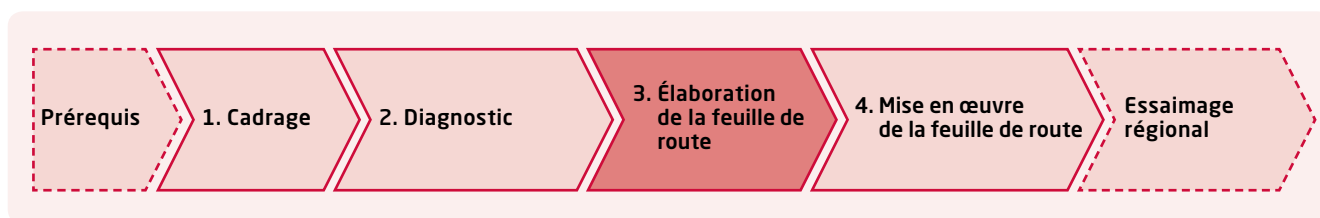
Les outils sont disponibles au téléchargement sur le site de l'ANAP :
www.anap.fr

Chapitre 2

Les phases de conception

Phase 3

L'élaboration de la feuille de route ou comment parvenir à des ambitions réalistes



28

1. Objectifs

L'élaboration de la feuille de route **trouve son origine dans les conclusions de la phase diagnostique**. Cette phase doit être celle de **l'implication** des acteurs pour que la recherche d'améliorations issues des constats collectifs formulés trouvent des traductions organisationnelles, dans la durée à l'échelle du territoire.

La feuille de route s'organise autour d'un plan d'actions destiné à amorcer de manière significative le projet de territoire. L'échelle de temps retenue pour sa mise en œuvre est une période d'un an, temps probablement trop court pour faire aboutir complètement certaines démarches et infléchir les indicateurs de dysfonctionnement, mais néanmoins suffisant pour engager l'action de manière significative et cohérente.

2. Processus d'élaboration de la feuille de route

2.1 La définition du plan d'action

Noyau dur de la feuille de route, le plan d'actions consiste en un portefeuille de **10 à 15 actions**³⁷ concrètes et réalisables dans un délai raisonnable. Pour chacune de ces actions, un opérateur, soit à titre de porteur de l'action, soit à titre de

contributeur, doit **s'engager** à élaborer la fiche-action. Il peut s'appuyer sur des leviers internes mais toujours dans la recherche de stratégies coopérantes.

L'élaboration du plan d'actions peut être organisée de façon différente en fonction de plusieurs éléments :

- ▶ La maturité des acteurs du territoire dans leur réflexion collective peut les avoir conduit à conclure le diagnostic par la production d'orientations déjà précises et opérationnelles ; au contraire, le diagnostic peut se conclure par de très nombreuses pistes d'action³⁸ de niveaux structurants très différents ;
- ▶ La disponibilité des acteurs à s'impliquer directement dans chacune des phases d'élaboration et le lien de confiance établi entre eux et le groupe projet. C'est ainsi que les acteurs peuvent tout à fait être favorables à un travail « en chambre » réalisé par le groupe projet qui leur sera par la suite présenté ; au contraire dans certaines situations, il est indispensable d'associer les acteurs à la phase de formalisation puis de priorisation des actions (approche recommandée par l'ANAP) ;
- ▶ Le mode de relation entre l'ARS, le conseil départemental et les acteurs est déterminant dans la méthode d'élaboration de la feuille de route et du plan d'actions. Entre tutelle et partenaire, l'ARS et le conseil départemental peuvent décider d'aller plus ou moins loin dans le cadrage de certaines actions *a priori*.

37 - Pas plus afin de rester dans le domaine du concret réalisable à court terme.

38 - Dans le cadre des travaux réalisés dans les 6 régions, le nombre des pistes d'action a pu varier de 40 à 200, avant la séquence de tri.

Chapitre 2

Les phases de conception

Phase 3

La description de la démarche ci-dessous retient la formule expérimentée qui a permis la plus grande implication des acteurs locaux en tant qu'auteurs directs de l'élaboration de leur projet.

L'élaboration du plan d'action se décline en trois temps. Il faut souligner la contribution importante du groupe projet en termes de formalisation et de contacts en amont et en aval de ce travail de concertation.

2.1.1 Les travaux préparatoires

Le groupe projet établit une synthèse des pistes de travail issues du diagnostic sous forme d'un tableau de synthèse faisant ressortir quels sont les acteurs porteurs en première intention des actions ainsi que les acteurs contributeurs. Il peut décider à ce stade d'amorcer une première sélection des actions, à charge pour lui d'explicitier les critères qu'il a retenus. Il peut également décider de commencer à regrouper les actions par grandes orientations ou thématiques.

2.1.2 La sélection des actions

Il est nécessaire de prioriser les actions pour retenir celles qui seront capables de produire des résultats d'amélioration tangibles, visibles, durables.

Au sein de ces thématiques, les actions peuvent être priorisées selon les critères suivants :

- ▶ Facilité de mise en œuvre ;
- ▶ Impact attendu mesurable sur le projet ;
- ▶ Mobilisation de ressources existantes ;
- ▶ Structurant le parcours ;
- ▶ Réalisable à court, moyen, long terme.

Enfin, chaque action doit être mesurable au regard :

- ▶ D'objectifs et d'indicateurs précis ;
- ▶ De ressources et de responsabilités clairement allouées ;
- ▶ D'un calendrier à respecter.

Quelle que soit la méthode retenue, il est important que les acteurs du territoire se reconnaissent dans le plan d'actions, d'où l'importance de s'appuyer au départ sur les pistes de travail formulées pendant la phase diagnostique, quitte à les reformuler ou à les redimensionner.

À titre illustratif, les feuilles de route issues des travaux des trois premières ARS accompagnées figurent en annexe 5.

2.1.3 Le groupe de travail propre à l'élaboration de la feuille de route

Un groupe de travail dédié à l'élaboration de la feuille de route est constitué. Il est composé du groupe projet et des professionnels et représentants d'usagers et de familles qui se seront positionnés en tant que responsable potentiel sur chaque axe stratégique de la feuille de route.

Chaque responsable devient l'animateur et l'organisateur, pour sa thématique, de la concertation permettant d'aboutir à la rédaction des fiches-actions correspondantes.

Il doit s'attacher à produire des **fiches-actions** accessibles avec des objectifs « **SMART** » : **S**imples **M**esurables **A**tteignables **R**éalistes **T**emporels (un début et une fin).

En fonction du diagnostic, de la stratégie poursuivie par le groupe projet et du niveau de détail choisi pour définir le plan d'action, le nombre de professionnels requis pourra varier.

2.2 La formalisation de la feuille de route

Les orientations inscrites dans la feuille de route constituent l'ossature d'un **projet de territoire d'amélioration des parcours** qui définit les objectifs poursuivis, ses principaux points d'ancrage et les impacts attendus des actions à conduire. Le projet consiste en une consolidation raisonnée des pistes d'action portées et choisies par les participants.

Le niveau de détail du plan d'actions, depuis les orientations stratégiques jusqu'aux fiches-actions, est laissé à l'appréciation des porteurs de projet. Face à toute recommandation théorique en la matière, le pragmatisme est le meilleur positionnement. L'objectif recherché est d'accompagner les acteurs à s'approprier l'exercice pour favoriser leur autonomie dans la mise en œuvre qui en suivra.

Chapitre 2

Les phases de conception

Phase 3

Même s'il en constitue le point essentiel, le plan d'actions n'est pas le seul constituant de la feuille de route. Celle-ci est plus large et prend forme sous un document qui comprend :

- ▶ Un argumentaire général faisant référence au diagnostic, caractérisant les pistes d'action, expliquant les priorités, déclinant l'échéancier de mise en œuvre et listant les résultats attendus ;
- ▶ Une présentation du plan d'actions qui précise les conditions concrètes de réalisation des actions proposées au cours de l'année de mise en œuvre, l'accompagnement éventuel par des organismes tiers ;
- ▶ Des modalités de gouvernance du projet qui doit se tenir au niveau de la délégation territoriale et du conseil départemental ;
- ▶ D'un descriptif des mesures d'accompagnement institutionnelles à l'appui du plan d'actions. Il peut s'agir de mesures s'inscrivant dans les missions classiques de régulation (agréments, mesures inscrites au schéma régional d'organisation des soins, au schéma d'organisation de l'offre médico-sociale, au schéma départemental des personnes handicapées, etc.) ;
- ▶ Des modalités d'information (dates programmées) au comité de pilotage du territoire qui deviendra le comité de suivi de la mise en œuvre de la feuille de route.

Elle s'accompagne :

- ▶ Du portefeuille des fiches-actions retenues ;
- ▶ D'un tableau récapitulatif des pilotes d'actions et des contributeurs ;
- ▶ D'un tableau de synthèse des coûts et budgets mobilisés ;
- ▶ D'un échéancier global de mise en œuvre, pluriannuel, si nécessaire.

2.3 Validation de la feuille de route

Elle s'effectue en comité de pilotage territorial selon les mêmes modalités que la validation du diagnostic partagé. Elle est suivie par une réunion plénière.

Pour ces deux réunions, il est fortement conseillé de donner la parole aux pilotes des actions.

Il est à noter tout l'intérêt du maintien de cette réunion plénière afin de communiquer sur la transformation du diagnostic auquel chacun aura collaboré en processus opérationnel.

La feuille de route constitue un document de référence pour la phase de mise en œuvre.

2.4 L'engagement de mise en œuvre

Au moment où l'on parvient à la phase de mise en œuvre de la feuille de route, il importe de solliciter de la part des acteurs un engagement manifestant leur volonté de contribuer à la réussite du projet de territoire, tel qu'il ressort du processus collaboratif.

Le formalisme de l'engagement peut prendre des formes différentes :

- ▶ **Charte d'engagement** commune donnant lieu à une validation institutionnelle de chaque partie prenante. Un avenant contractuel propre à chaque structure détaille les moyens mis en œuvre pendant la période ;
- ▶ **Contractualisation** commune co-signée par les représentants des exécutifs des organismes concernés après validation par les instances internes assorti d'un tableau des engagements financiers global.

Cette phase d'engagement des acteurs est d'autant plus nécessaire que la loi de modernisation de notre système de santé prévoit la conclusion d'un contrat territorial de santé mentale. C'est lui qui doit servir de cadre d'évaluation à la mise en œuvre de la feuille de route.

~~~~~  
**C'est ainsi que la feuille de route avec son plan d'actions pourra servir de support au contenu d'un futur contrat territorial de santé mentale, puisque fondée sur un diagnostic partagé<sup>39</sup>.**  
~~~~~

Le passage du diagnostic à la feuille de route est une des phases les plus complexes de la démarche. Il s'agit de passer de « ce qu'il faudrait faire » à « ce que l'on s'engage à faire », comme l'illustre le schéma ci-contre.

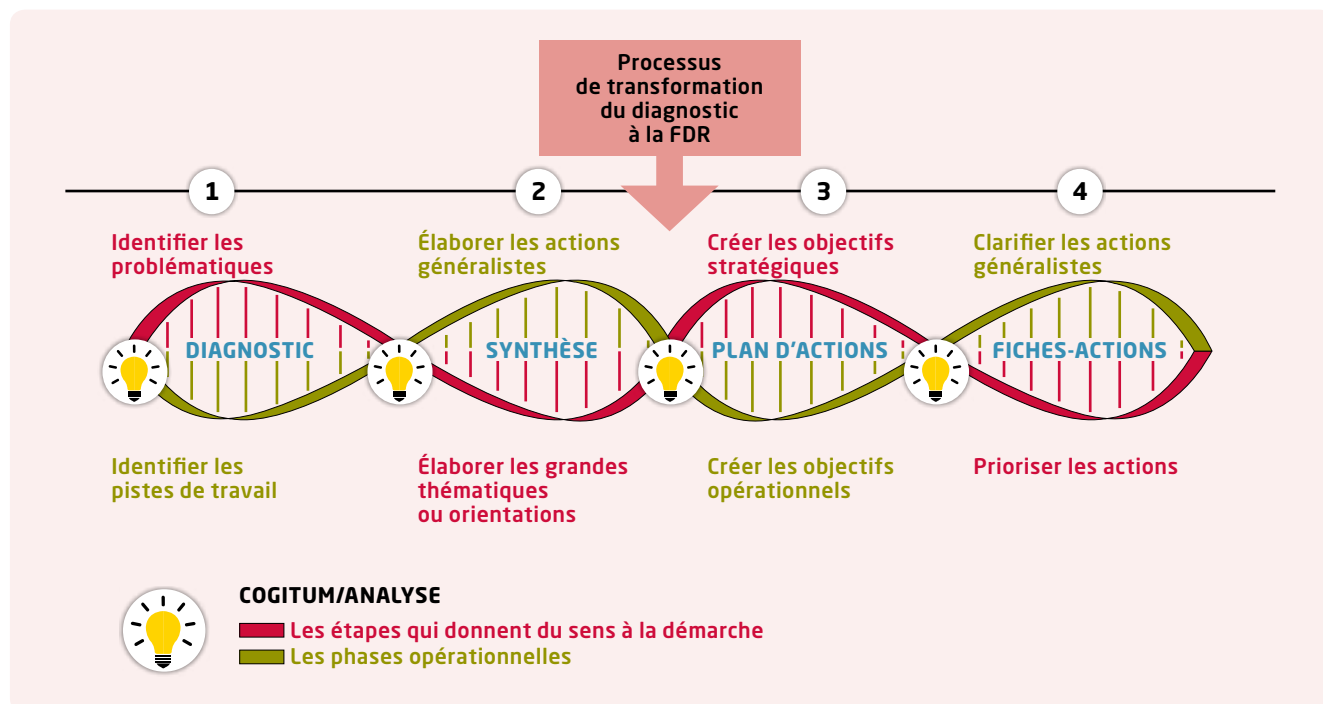
39 - Cf. document-type 4 : La trame de lettre d'engagement.

Chapitre 2

Les phases de conception

Phase 3

Figure 8 : Processus de transformation du diagnostic en feuille de route



31

3. Points de vigilance

- ▶ Conserver le lien entre les constats issus du diagnostic et la feuille de route ;
- ▶ Privilégier les actions réalisables et susceptibles d'aboutir à des résultats à court terme ;
- ▶ Intégrer dans les fiches-actions des indicateurs de mesure non seulement de la mise en œuvre des actions mais également des résultats et des impacts de celles-ci sur le territoire ;
- ▶ Organiser des allers-retours qui garantissent la mobilisation et l'implication des acteurs du territoire dans l'élaboration du plan d'actions, sans reprendre la position descendante ni imposer une stratégie institutionnelle. Il s'agit bien de mettre en place une stratégie territoriale acceptée et construite par tous incluant les personnes concernées et leur entourage.

4. Supports téléchargeables

- **Fiche 10** : L'animation des séances de travail ;
- **Support 3** : Présentation de la feuille de route devant le comité de pilotage ;
- **Support 4** : La fiche-action ;
- **Document-type 3** : La trame de feuille de route avec son tableau de synthèse du plan d'action et le tableau de synthèse des crédits mobilisés ;
- **Document-type 4** : La trame de lettre d'engagement.



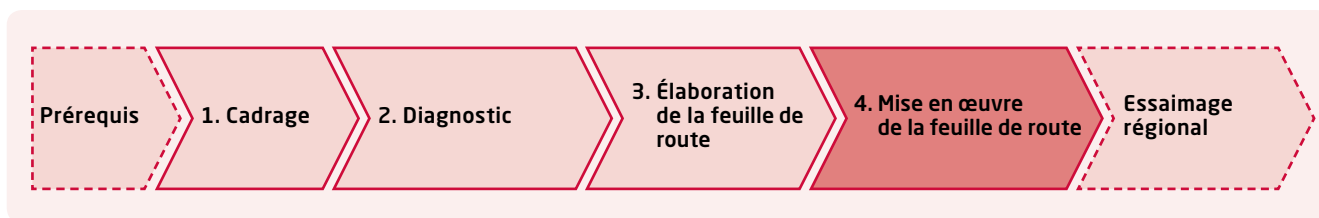
Les outils sont disponibles
au téléchargement sur
le site de l'ANAP :
www.anap.fr

Chapitre 2

Les phases de conception

Phase 4

La mise en œuvre de la feuille de route ou comment pérenniser la démarche



32

1. Objectifs

Cette phase se caractérise par la mise en œuvre opérationnelle du projet collectif formalisé dans la feuille de route et la **responsabilisation**⁴⁰ des acteurs du terrain.

La dimension managériale de l'équipe projet (ou groupe projet) est sollicitée de façon différente :

- ▶ À la différence des phases précédentes où la production était gérée en groupe, la réalisation des actions s'effectue en ordre dispersé, chaque pilote d'action ayant la **responsabilité** de son chantier. L'éclatement des responsabilités peut altérer la dynamique territoriale qui s'est créée au cours des phases précédentes. Il appartient au groupe projet de maintenir cette cohésion d'ensemble et de vérifier que toutes les composantes concernées sont impliquées, notamment les usagers et les familles;
- ▶ Le pilote de la démarche devra se mobiliser pour apporter aux pilotes d'action le soutien nécessaire pour maximiser les chances de réussite et parvenir à une production concrète.

À ce stade, les opérateurs doivent devenir les acteurs de la démarche. Les décideurs doivent veiller à la consolidation de chaque étape franchie pour la rendre durable et que les avancées s'ancrent bien dans une réalité institutionnelle.

2. Mode opératoire

Pour maintenir une cohérence globale et tenir compte des interactions potentielles, le groupe projet réunit l'ensemble des pilotes d'action régulièrement. Un rythme d'une réunion tous les deux mois est préconisé.

On peut distinguer deux périodes assez différentes dans leurs objectifs.

2.1 La première phase de la mise en œuvre (6 premiers mois) : l'opérationnalité

Il s'agit de mettre les actions sur les rails. Le soutien aux pilotes d'action est la polarité principale du groupe projet. Cela passe par :

- ▶ Le soutien éventuel à la mobilisation de contributeurs clés, de ressources externes susceptibles d'apporter de l'ingénierie ou un réseau de relations nécessaire à la bonne marche du projet;
- ▶ La mise à disposition d'outils permettant aux pilotes d'action de faire un point régulier d'avancement de leur projet : fiche de présentation des actions à actualiser si nécessaire, fiche de suivi à renseigner (au minimum pour la présentation de l'avancement en groupe projet). En fonction des personnalités chargées de la mise en œuvre des actions, il sera peut-être nécessaire de proposer un court module de formation à la conduite de projet en préalable;

40 - Au sens étymologique du terme : apporter la réponse.

Chapitre 2

Les phases de conception

Phase 4

- ▶ Éventuellement, suggérer un accompagnement par les organismes tiers précédemment listés ou provoquer la constitution d'instances ou de groupes de travail spécifiques (ex. : constitution d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale, d'un conseil local de santé mentale...).

Un bilan de consolidation (à partir de l'exploitation des fiches de suivi des actions), à élaborer par le groupe projet, permet de percevoir au bout de 6 mois l'évolution des projets, de repérer les actions qui ne pourront pas aboutir, d'en identifier les raisons, d'en recalibrer certaines, d'en réserver d'autres pour la suite, etc.

Un passage de ce bilan de consolidation devant le comité de pilotage territorial et l'assemblée plénière procède de la poursuite de l'animation et de la mobilisation des acteurs du territoire.

2.2 La seconde phase de la mise en œuvre (6 mois suivants) : la consolidation des acquis

Cette orientation donnée au travail d'ensemble permet de préparer le comité de pilotage territorial à la clôture de la période de mise en œuvre de la feuille de route. Il devra aborder :

- ▶ Le bilan des actions engagées ;
- ▶ Les enseignements à tirer sur la prise en charge des personnes par rapport aux objectifs initiaux ;
- ▶ Si besoin est, la reformulation du projet de territoire ;
- ▶ Identifier les suites éventuelles du projet de territoire : pour-suites à donner à des actions en cours ou ouverture de nouvelles actions ;
- ▶ Le passage de relais à des opérateurs en position de poursuivre certaines actions ;
- ▶ ...

Au final, toute l'action du groupe projet vise à instaurer la pérennisation de la démarche en organisant des points d'étape réguliers et en assurant un rôle d'appui technique ou d'arbitrage (si nécessaire) auprès des acteurs. Cela permet notamment de faciliter l'évaluation de la démarche. Il est fortement préconisé de mener une évaluation institutionnelle.

Elle peut s'inscrire dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du contrat territorial de santé mentale qui permettra de poursuivre l'action collective après le bilan de clôture.

~~~~~  
**L'objectif visé est que les acteurs deviennent les évaluateurs de leurs pratiques organisationnelles, en collectif, et les artisans de leur évolution sur le territoire considéré.**  
~~~~~

3. Points de vigilance

- Laisser les acteurs devenir auteurs de leur projet ;
- Veiller à la cohérence de la mise en œuvre des actions ;
- Maintenir une veille sur l'avancée des réalisations ;
- Ne pas hésiter à revisiter les pistes initiales à l'aune de la réalité, toujours selon une démarche collective ;
- Communiquer.

4. Supports téléchargeables

- **Fiche 10** : L'animation des séances de travail ;
- **Support 5** : Suivi de la mise en œuvre des actions ;
- **Support 6** : Suivi de la mise en œuvre de la feuille de route ;
- **Support 7** : Feuille de route - bilan à 6 mois ;
- **Support 8** : Feuille de route - bilan de clôture ;
- **Document-type 5** : Trame de bilan de clôture.



Les outils sont disponibles
au téléchargement sur
le site de l'ANAP :

www.anap.fr

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
ADESM	Association des directeurs d'établissements de santé mentale
AGAPSY	Associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques
ANPCME	Association nationale des présidents de CME (d'établissements psychiatriques)
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CA	Conseil d'administration
CAF	Caisse d'allocations familiales
CARRUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCOMS	Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé
CD	Conseil départemental
CEDIAS	Centre d'études, de documentation, d'information et d'action sociale
CHRS	Centre d'hébergement de réinsertion sociale
CLSM	Conseil local de santé mentale
CME	Commission médicale d'établissement
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNAMTS	Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNPCME	Conférence nationale des présidents de CME (d'établissements psychiatriques)
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CREAI	Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CREHPSY	Centre ressource handicap psychique
CRSA	Conférence régionale de la santé et l'autonomie
CPAM	Caisse primaire d'Assurance maladie
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CMP	Centre médico-psychologique
DD	Délégation départementale ou délégué départemental
DGARS	Directeur général de l'agence régionale de santé
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DTPSM	Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale
ELSA	Équipe de soin et de liaison en addictologie
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
EPSM	Établissement public de santé mentale
ES	Établissement de santé
ESMS	Établissement et service social ou médico-social
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Équivalent temps plein
ETP	Éducation thérapeutique
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FDR	Feuille de route
FH	Foyer d'hébergement
FHF	Fédération hospitalière de France

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FNAPSY	Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'aide à domicile
FO	Foyer occupationnel
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GHT	Groupement hospitalier de territoire
IDE	Infirmier diplômé d'état
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRIS	«Îlots regroupés pour l'information statistique» (INSEE)
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité en santé
MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MNASM	Mission nationale d'appui en santé mentale
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MS	Médico-social
MSA	Mutualité sociale agricole
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional en santé
PAERPA	Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PRITH	Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés
PRS	Projet régional de santé
RME psy	Restitutions médico-économique en psychiatrie
RIMP	Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie
RSI	Régime social des indépendants
SAD	Service à domicile
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'aide à la vie sociale
SISM	Semaine d'information en santé mentale
SGMAS	Secrétariat général du ministère des Affaires sociales
SMF	Santé mentale France
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SROS	Schéma régional de l'offre sanitaire
SROSM	Schéma régional de l'offre médico-sociale
SSIAD	Service de soins infirmier à domicile
URPS	Union régionale des professionnels de santé
UNAFAM	Union nationale des amis et des familles des malades mentaux
UNCPSY	Union nationale des cliniques psychiatriques privées (FHP)
UNIOPSS	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

Remerciements

L'équipe santé mentale de l'ANAP remercie tout particulièrement les personnes qui par leur implication volontariste ont permis d'écrire ce document :

En premier lieu les équipes des 6 ARS qui ont porté et suivi la démarche dans la durée :

- ▶ **Dr Francine Van Hee** et le **Dr Isabelle Loens**, Hauts de France, (ex-Nord-Pas-de-Calais)
- ▶ **Dr Sylvie Dugas, Anne-Yvonne Even et Luc Boisseau**, Bretagne
- ▶ **Roselyne Robiolle** et le **Dr Thierry Monnat**, Auvergne - Rhône-Alpes, (ex-Auvergne)
- ▶ **Dr Marie-Hélène Desbordes** et **Romain Alexandre**, Nouvelle Aquitaine, (ex-Limousin)
- ▶ **Dr Bruno Meslet** et **Gilles Vignon**, Océan Indien
- ▶ **Dr Alain Charpentier, Odile Doucet et Isabelle Monnier**, Pays-de-la-Loire

Les quelques 300 personnes qui par leur présence assidue dans les 6 territoires ont donné matière à ce document et tout particulièrement les usagers et leurs représentants.

Les membres du comité de pilotage national qui ont accompagné le projet sur toute sa durée :

- ▶ **Martine Barrès**
- ▶ **Pascal Mariotti**, ADESM
- ▶ **Dr Christian Müller**, CNPCME
- ▶ **Dr Marie-Noëlle Petit**, ANPCME
- ▶ **Magali Coldefy**, DREES-IRDES
- ▶ **Anne Dépaigne-Loth**, HAS
- ▶ **Dr. Anis Ellini** et le **Dr. Axelle Menu**, ATIH
- ▶ **Élise Gatesoupe**, ex-ANESM
- ▶ **Amélie Prigent**, URC - ECO
- ▶ **Jean-Yves Barreyre**, ANCREAI - CEDIAS
- ▶ **Jean-François Bauduret**, membre du CSO de l'ANAP
- ▶ **Dr Yvan Halimi**, membre du CSO de l'ANAP

Les membres du groupe inter-administrations et les agences et institutions nationales partenaires pour leur vigilance et leur soutien :

- ▶ **Isabelle Prade, Odile Maurice et Céline Descamps**, DGOS
- ▶ **Dr Sylvia Guyot**, DGCS
- ▶ **Dr Fritsch**, DGS
- ▶ **Lise Burgade et Daphné Borel**, CNSA
- ▶ **Dr Gabrielle Peyre-Lanquart** et le **Dr Jean-Luc Touret**, CNAMTS

L'équipe santé mentale remercie également tous les relecteurs :

Pour les usagers et représentants des usagers

- ▶ **Claude Finkelstein**, FNAPSY
- ▶ **Béatrice Borrel**, UNAFAM
- ▶ **Jacques Marescaux**, Santé mentale France

Remerciements

Pour les fédérations représentant les établissements et services

- ▶ **René Caillet**, FHF
- ▶ **David Causse**, FEHAP
- ▶ **Dr Olivier Drevon**, Uncpsy, FHP
- ▶ **Dr Pierre Micheletti**, au titre de l'UNIOPSS

Au titre des personnes qualifiées

- ▶ **Pr Hardy-Baillé**, centre de preuves
- ▶ **Pr Nicolas Franck**, réseau francophone de remédiation cognitive

Et enfin, **Marie-Aude Poisson**, **Leslie Valon-Szöts** et le **Dr Ayden Tajahmady**, qui grâce à leur intuition éclairée ont ouvert et structuré le projet dès 2013.



Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Méthodes et outils pour les territoires © ANAP 2016 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr

Crédit photos : ANAP

Imprimé par Corlet imprimeur sur du papier PEFC

Décembre 2016

La santé mentale constitue aujourd'hui un enjeu majeur de société. Elle est reconnue comme indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie des personnes.

Cette publication propose une démarche d'élaboration d'un parcours en psychiatrie et santé mentale, centré sur la personne.

