

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction régulation de l'offre de soins

Bureau prises en charge post-aiguës,
pathologies chroniques et santé mentale (R4)

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction autonomie,
personnes handicapées et âgées

Bureau insertion, citoyenneté et parcours de vie
des personnes handicapées (3B)

Direction générale de la santé

Sous-direction de la santé des populations
et de la prévention des maladies chroniques

Bureau de la santé mentale (SP4)

Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale

NOR : SSAH1815648J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 25 mai 2018. – Visa CNP 2018-41.

Visée par le SG-MCAS le 25 juin 2018.

Catégorie : directives adressées par les directeurs d'administration centrale aux services chargés de leur application.

Résumé : la présente instruction vise à accompagner les acteurs et les ARS dans l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale. En application du décret relatif au projet territorial de santé mentale, elle précise les modalités d'association des acteurs, le rôle des ARS, les modalités de mise en œuvre, de contractualisation, de suivi et d'évaluation des projets. Elle renvoie par ailleurs à une « boîte à outils » en ligne sur le site Internet du ministère des solidarités et de la santé pour décliner et illustrer les priorités du décret.

Mots clés : parcours de santé et de vie – besoins des personnes – prévention et promotion de la santé – soins – accompagnements médico-sociaux et sociaux – services – co-construction – diagnostic territorial partagé – contrat territorial de santé mentale.

Références :

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en particulier son article 69;

Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire;

Décret CE n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale;

Circulaire n° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville;

Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016;

Instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville.

Annexes :

Annexe 1. – Les acteurs partie prenante du projet territorial de santé mentale (PTSM).

Annexe 2. – Le recueil de données dans le cadre du diagnostic territorial partagé : exemples de données à mobiliser.

Site Internet du ministère :

« Boîte à outils » : Les actions de prévention et de promotion de la santé mentale, les soins, accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale - Exemples de mise en œuvre : <http://solidarites-sante.gouv.fr/projet-territorial-sante-mentale>

La directrice générale de l'offre de soins, le directeur général de la cohésion sociale et le directeur général de la santé à Madame et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les préfets de département ; copie à : Mesdames les directrices et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs des directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement ; Monsieur le directeur de la DRIHL (pour les politiques le concernant) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale et de la protection des populations ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale.

INTRODUCTION

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé fait évoluer la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie en reconnaissant le caractère transversal de la santé mentale et en prévoyant la mise en œuvre sur les territoires de projets territoriaux de santé mentale élaborés par l'ensemble des acteurs concourant à cette politique.

En application de la loi, le décret 2017-1200 du 27 juillet 2017 a fixé les six priorités que doit prendre en compte chaque projet territorial de santé mentale ; il a précisé la méthodologie et les délais maximum d'élaboration du projet territorial, le rôle des Agences régionales de santé et le contenu du diagnostic territorial partagé.

En prolongement du décret, la présente instruction a pour objectif d'accompagner les acteurs de santé mentale dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale sur les territoires, en précisant la déclinaison des priorités en actions de prévention et de promotion de la santé mentale, en soins, accompagnements et services attendus (I) ; en explicitant les modalités de définition du territoire, de mobilisation et d'association des acteurs, ainsi que le rôle des ARS (II) ; et en fixant le calendrier et les modalités de contractualisation, de suivi et d'évaluation du projet (III).

Déclinée sur le site Internet du ministère, cette instruction vise à proposer aux acteurs les outils de co-construction des projets territoriaux de santé mentale et à favoriser l'émergence de réponses centrées sur les besoins et aspirations des personnes, intégrant les objectifs de prévention, notamment du suicide, et de promotion de la santé, de maintien dans le milieu de vie ordinaire, de prise en compte des bonnes pratiques et de progrès des connaissances.

Elle doit aider les acteurs à élaborer des projets partagés, réalistes et progressifs en réponse aux enjeux de santé mentale identifiés sur les territoires, afin de permettre à ces projets d'améliorer concrètement les parcours des personnes concernées.

1. Les actions de prévention et de promotion de la santé, les soins, accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale

L'article L. 3221-2 du code de la santé publique dispose que le projet territorial de santé mentale « organise les conditions d'accès de la population :

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

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

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

Pour organiser cet accès, le projet territorial de santé mentale tient compte des six priorités fixées par le décret du 29 juillet 2017. Ces priorités sont déclinées selon une logique qui part, non des acteurs et des structures, mais des besoins et aspirations des personnes dans le cadre de leur parcours.

Elles ont vocation à être mises en œuvre selon des modalités diversifiées déterminées par les acteurs, en lien avec les ARS, pour tenir compte des caractéristiques du territoire, des besoins et des attentes des personnes concernées et de leurs familles, de l'offre existante et de la dynamique des acteurs.

Elles répondent aux orientations du décret relatif au projet territorial de santé mentale, favorisant « la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire » et visant « la promotion de la santé mentale, l'amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, la promotion de leurs capacités et leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne active ».

Elles s'adressent à la fois :

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

Elles contribuent aux réponses apportées aux personnes présentant certains troubles neuro-développementaux, dont les troubles du spectre de l'autisme (TSA).

Une « boîte à outils », conçue pour aider les acteurs dans la mise en œuvre des priorités, est disponible sur le site du ministère :

Les six priorités fixées par le décret du 29 juillet 2017 sont déclinées en actions de prévention et de promotion de la santé, en soins, accompagnements sociaux et médico-sociaux et services attendus, et sont illustrées par des exemples de réponses construites et proposées par des professionnels de terrain, dans une logique de boîte à outils. Ces exemples ont vocation à faire partager des dynamiques de réponses déjà à l'œuvre sur les territoires à l'initiative des acteurs locaux ; ils ne constituent pas une recommandation formelle d'organisation.

Ces exemples seront progressivement enrichis.

<http://solidarites-sante.gouv.fr/projet-territorial-sante-mentale>

2. Les modalités de définition des territoires, de mobilisation et d'association des acteurs et le rôle des Agences régionales de santé

2.1. Le territoire du projet

Le territoire de santé mentale, tel que défini à l'article L. 3221-2, correspond à la notion de territoire suffisant pour permettre :

- l'association de l'ensemble des acteurs de la santé mentale (représentants des personnes concernées et des familles, établissements de santé autorisés en psychiatrie, établissements et services sociaux et médico-sociaux, médecins de ville et professionnels d'exercice libéral, psychologues, conseils locaux de santé mentale, groupes d'entraide mutuelle, acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, acteurs du logement et de l'hébergement, de l'emploi, de l'inclusion sociale et citoyenne) ;
- l'accès à des modalités et techniques de prises en charge diversifiées.

Le territoire de santé mentale est ainsi à la fois un territoire de coordination des acteurs au niveau institutionnel et un territoire d'organisation pour l'accès à une offre non disponible en proximité.

À l'inverse, ce n'est pas le territoire d'organisation des parcours en proximité (échelon local), ni le territoire de planification et d'allocation des ressources (échelon régional). Il est important de noter qu'il s'agit avant tout d'un territoire de projet et d'engagement des acteurs, même si ses contours doivent pouvoir être définis.

À titre indicatif, le niveau départemental peut constituer un niveau territorial pertinent, à la fois pour les acteurs sanitaires (présence de la délégation territoriale de l'ARS et de un à plusieurs groupements hospitaliers de territoire), et pour les acteurs sociaux et médico-sociaux, en tant que lieu de définition de plusieurs politiques contribuant à la santé mentale (politiques départementales relatives à la cohésion sociale : enfance et jeunesse, aide sociale, emploi, handicap, grand âge, précarité et exclusion...).

Le territoire de démocratie sanitaire, s'il est différent du niveau départemental, peut également être retenu, en cohérence avec celui du Conseil territorial de santé et de sa commission spécialisée en santé mentale. Le niveau de l'agglomération ou de la métropole, quand il existe, pourra également être adapté dans les territoires caractérisés par une forte densité populationnelle.

Le territoire est défini de manière consensuelle entre les différentes catégories d'acteurs impliqués dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale.

2.2. Les acteurs à mobiliser pour participer à la démarche de diagnostic territorial partagé et de projet territorial de santé mentale

L'élaboration du diagnostic territorial partagé et du projet territorial de santé mentale constitue une démarche partenariale rassemblant l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale. Elle doit permettre d'établir des constats partagés entre ces acteurs et de co-construire un projet territorial centré sur la réponse aux besoins et aspirations des personnes. Les acteurs parties prenantes du projet territorial de santé mentale sont :

- les représentants des personnes et des familles ;
- les acteurs sanitaires, dont les acteurs de la psychiatrie et les professionnels de santé libéraux ;
- les acteurs sociaux et médico-sociaux ;
- les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ;
- les collectivités territoriales ;
- les services préfectoraux, dont la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) ;
- les acteurs de la promotion de la santé mentale et de la prévention, notamment ceux travaillant dans la prévention du suicide ;
- les acteurs de la lutte contre les addictions ;
- les acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion, dont les acteurs des PRAPS ;
- les acteurs impliqués dans la démarche « réponse accompagnée pour tous »¹ ;
- les autres acteurs concourant à la politique de santé mentale, notamment pour une continuité scolaire, d'apprentissage, d'études adaptées et choisies ;
- le Conseil territorial de santé et sa commission spécialisée en santé mentale ;
- les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale ;
- les centres de ressources pour le handicap psychique (CRéHPsy) et autres dispositifs ayant une fonction d'appui aux acteurs du parcours de santé des personnes présentant des troubles psychiques.

L'annexe 1 décline plus précisément ces catégories.

2.3. La matérialisation de l'initiative

L'initiative de l'élaboration du projet territorial de santé mentale est prise par des acteurs de santé mentale. Elle peut en particulier émaner du conseil territorial de santé et de sa commission spécialisée en santé mentale ou, à défaut, de toute autre forme d'instance de concertation en santé mentale présente sur un territoire.

La démarche associe d'emblée des représentants de l'ensemble des acteurs concernés, *a minima* des acteurs de la psychiatrie et des acteurs du champ social et médico-social et des représentants des personnes concernées et des familles. Les représentants des élus sont particulièrement invités à participer à cette initiative.

¹ Cf. page sur le site du ministère : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-santé-mentale>

Les porteurs de l'initiative ainsi réunis se concertent pour délimiter le territoire, identifier les autres acteurs de ce territoire à associer et proposer un mode de gouvernance du projet.

Avant l'engagement de la démarche de diagnostic territorial, ils adressent au directeur général de l'Agence régionale de santé un document précisant :

- la délimitation du territoire proposé ;
- la liste des acteurs du territoire identifiés pour participer à l'élaboration du projet territorial de santé mentale conformément au paragraphe 2.2 de la présente instruction.

Si cette initiative n'est pas conforme aux dispositions prévues par les textes, le directeur de l'Agence régionale de santé sollicite auprès des acteurs une modification du territoire envisagé ou de la liste des acteurs identifiés.

Avec le soutien de l'Agence régionale de santé, les porteurs de l'initiative sollicitent la participation des autres acteurs du territoire identifiés pour participer à l'élaboration du projet. Les catégories d'acteurs se caractérisant par un nombre important de membres pourront être invitées à organiser les modalités de leur représentation collective.

2.4. La gouvernance du projet

Les modalités de gouvernance et de pilotage du projet permettent une représentation du secteur sanitaire et du secteur social et médico-social, afin de garantir la prise en compte des besoins de santé et d'accompagnement. La gouvernance intègre des représentants des usagers et des familles et des représentants des collectivités territoriales.

Elle permet la circulation de l'information nécessaire entre les pilotes du projet et l'ensemble des acteurs associés. La mise en place d'un comité de pilotage territorial peut être recommandée à cette fin.

Elle peut s'intégrer dans un cadre juridique, par exemple un GCS ou un GCSMS² déjà existants, une communauté psychiatrique de territoire élargie aux autres acteurs, une association...

2.5. La première étape : le diagnostic territorial partagé

L'élaboration du diagnostic territorial partagé constitue une démarche participative et qualitative qui permet aux acteurs d'élaborer une vision partagée de ce qui fonctionne sur le territoire en réponse aux besoins et aspirations des personnes, de ce qui fait défaut ou fonctionne moins bien, et d'identifier les leviers d'amélioration et de changement à mobiliser au sein du projet territorial de santé mentale.

L'élaboration du diagnostic territorial tient compte des axes d'analyse cités à l'article R. 3224-3 du code de la santé publique.

Le diagnostic territorial s'appuie sur un recueil de données et d'indicateurs de besoins, de ressources et d'offre, qui pourra notamment se nourrir des informations produites par l'ATIH³, la DREES⁴ et les observatoires régionaux de santé. L'annexe 2 propose une liste indicative de ces données et indicateurs. Il s'appuie également sur les documents et schémas existants⁵.

Dès la finalisation du document, les pilotes du projet transmettent le diagnostic territorial partagé au directeur général de l'Agence régionale de santé par tout moyen permettant d'en attester la réalité.

2.6. La deuxième étape : le projet territorial de santé mentale

Le projet territorial de santé mentale est élaboré sur la base des constats et leviers d'action identifiés dans le diagnostic, en tenant compte des priorités énoncées aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10 du code de la santé publique et de leur déclinaison en actions de prévention et de promotion de la santé, en soins et en accompagnements à l'autonomie et à l'inclusion sociale et citoyenne.

Le projet territorial de santé mentale est concrétisé par un document opérationnel décrivant les projets et les actions retenus par les acteurs afin de prendre en compte les six priorités fixées par le décret pour la durée du projet territorial. Il prévoit la priorisation des actions dans le temps, les

² Groupement de coopération sanitaire (GCS), groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

³ Agence technique de l'information hospitalière.

⁴ Atlas de la santé mentale en France (DREES-IRDES), enquêtes SAE, ES-Handicap et enquête ES-Difficulté sociale.

⁵ Projet régional de santé, programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, schémas départementaux en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées et de la protection de l'enfance, projets des conseils locaux de santé mentale, des contrats locaux de santé, des équipes de soins primaires, des communautés territoriales professionnelles de santé, des plates-formes territoriales d'appui, plans départementaux de lutte contre la pauvreté et pour l'insertion sociale, plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées, plans locaux d'habitat, contrats de ville...

modalités opérationnelles de leur mise en œuvre et les acteurs concernés. Il prévoit en outre les modalités et les indicateurs d'évaluation de la mise en œuvre du projet, ainsi qu'une mesure T0 de ces indicateurs.

Les pilotes du projet transmettent le projet territorial de santé mentale au directeur général de l'Agence régionale de santé par tout moyen permettant d'en attester la réalité, avant l'expiration de la période mentionnée au 3.1 de la présente instruction.

Pour l'ensemble de ces étapes et en particulier pour la réalisation du diagnostic territorial partagé, les outils construits par l'ANAP⁶ dans le cadre du projet « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Méthodes et outils pour les territoires » (publication en décembre 2016) pourront utilement être mobilisés par les acteurs, ainsi que le Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé (CNSA-ANCREAI⁷, avril 2016).

2.7. Le rôle des agences régionales de santé dans l'animation, le suivi et la validation de la démarche

Conformément à l'article R. 3224-2 du code de la santé publique, l'agence régionale de santé anime la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale initiée par les acteurs. Elle veille au respect des dispositions législatives et réglementaires et au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant. À ce titre, le directeur général de l'agence :

- s'assure que la définition du territoire proposée par les acteurs contribue à la couverture globale du territoire régional par des projets territoriaux de santé mentale ;
- s'assure que l'ensemble des catégories d'acteurs concernés sont parties prenantes de la démarche et sollicite, si nécessaire, les acteurs manquants ;
- s'assure d'une gouvernance équilibrée du diagnostic et du projet territorial de santé mentale ;
- mobilise les délégations départementales et/ou les référents thématiques (santé mentale, handicap, précarité, prévention/promotion de la santé, addictions, santé des détenus, personnes âgées, politique de la ville...), qui contribuent notamment à mettre à disposition les données nécessaires à la réalisation du diagnostic territorial, participent aux instances de gouvernance et, le cas échéant, aux travaux ;
- s'assure de la prise en compte des priorités fixées aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10 du code de la santé publique et de la conformité du projet avec le projet régional de santé et la stratégie nationale de santé.

Le directeur général de l'Agence régionale de santé arrête le diagnostic, puis le projet territorial de santé mentale après avoir sollicité pour chaque document l'avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé, conformément à l'article L. 3221-2 du code de la santé publique.

3. Calendrier, modalités de contractualisation, suivi et évaluation

3.1. Calendrier

Le projet territorial de santé mentale a une durée de 5 ans à compter de la date à laquelle il est arrêté par le Directeur général de l'Agence régionale de santé.

La date limite de transmission au directeur général de l'ARS du premier projet territorial de santé mentale est le 28 juillet 2020⁸. À cette date, si aucun projet ne lui a été adressé, le directeur général de l'Agence régionale de santé constate le défaut de transmission par les pilotes et prend l'initiative d'élaborer et d'arrêter le projet territorial de santé mentale.

Pour les suivants, à compter de la date d'échéance de chaque projet territorial de santé mentale, le délai maximum d'élaboration d'un nouveau projet territorial est de 18 mois. Passé ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé constate le défaut de transmission par les pilotes et prend l'initiative d'élaborer et d'arrêter le nouveau projet territorial de santé mentale.

Les projets territoriaux de santé mentale d'une même région peuvent être arrêtés à des temps différents.

⁶ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

⁷ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée.

⁸ Soit 3 ans à compter de la parution au JO du décret relatif au projet territorial de santé mentale.

3.2. Modalités de déclinaison et de contractualisation de la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale

Les agences régionales de santé utiliseront les outils à leur disposition afin de faciliter la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale.

3.2.1. Le contrat territorial de santé mentale

Conformément aux dispositions de l'article L3221-2 du code de la santé publique, le contrat territorial de santé mentale est conclu entre l'Agence régionale de santé et les acteurs participant à la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale.

Il est recommandé que la signature du contrat intervienne dans un délai de 6 mois suivant l'arrêt du projet territorial de santé mentale.

Le contrat territorial de santé mentale précise pour chacune des actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial :

- les acteurs responsables ;
- le calendrier prévisionnel de mise en œuvre ;
- les moyens consacrés par les acteurs ;
- les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

3.2.2. La déclinaison des actions du projet territorial de santé mentale au sein des projets d'établissement ou de service et des projets médicaux partagés des GHT

Le directeur général de l'ARS s'assure que les établissements de santé, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, et les groupements hospitaliers de territoire déclinent au sein de leur projet stratégique (projet d'établissement ou de service, projet médical partagé) les actions du projet territorial de santé mentale qui les concernent. Il sollicite le cas échéant leur actualisation par voie d'avenant.

Conformément aux dispositions du décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016, les communautés psychiatriques de territoire dont l'un des membres est partie à un GHT s'assurent de la prise en compte des orientations du projet territorial de santé mentale au sein du projet médical partagé du GHT.

3.2.3. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Autant que de besoin, les actions permettant la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale peuvent être déclinées au sein des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre le directeur général de l'ARS et chaque établissement sanitaire, et établissement et service médico-social, ainsi qu'au sein des contrats liés à la mise en œuvre d'actions financées par le Fonds d'intervention régional.

3.2.4. Les autres outils de déclinaison et de contractualisation

Le projet territorial de santé mentale est décliné autant que de besoin au sein :

- des contrats de ville ;
- des contrats locaux de santé ;
- des projets des conseils locaux de santé, des conseils locaux de santé mentale et de toute commission créée par les collectivités territoriales pour traiter de santé mentale ;
- des projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé et des plates-formes territoriales d'appui.

3.3. Suivi et évaluation

Le suivi de l'état d'avancement de la démarche d'élaboration de la première génération des PTSM au sein des régions sera réalisé par les services des ministres chargées des solidarités, de la santé et des personnes handicapées, en lien avec les ARS.

Par ailleurs, les acteurs inscrivent au sein du projet territorial de santé mentale des indicateurs d'évaluation correspondant aux six priorités fixées par le décret et visant prioritairement à mesurer l'amélioration du parcours des personnes au sein de chaque territoire.

Ces indicateurs font l'objet d'un suivi régulier, par les pilotes du projet, sur sa durée de mise en œuvre. Leur évolution est communiquée à l'ensemble des acteurs parties prenantes du projet territorial de santé mentale. Reflétant la responsabilité partagée des acteurs du projet territorial de santé mentale dans le parcours, ils ont vocation à être interprétés et interrogés collectivement.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette instruction aux acteurs de santé mentale. Nos services se tiennent à votre service en cas de difficulté rencontrée dans l'application de la présente instruction.

La directrice générale de l'offre de soins,
C. COURRÈGES

Le directeur général de la santé,
J. SALOMON

Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. VINQUANT

*Le secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales,*
S. FOURCADE

ANNEXE 1

LES ACTEURS PARTIE PRENANTE DU PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE (PTSM)

Cette liste non exhaustive est donnée à titre indicatif.

Les représentants des personnes et des familles

Associations d'usagers et de familles.

Représentants au comité des usagers des établissements autorisés en psychiatrie.

Représentants au conseil de la vie sociale des ESSMS.

Représentants de GEM.

Représentants du conseil régional des personnes accueillies et accompagnées (CCRPA).

Les acteurs sanitaires

Établissements de santé autorisés en psychiatrie, publics, ESPIC et privés.

Établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique.

Communautés psychiatriques de territoire.

Maison des adolescents.

Psychiatres libéraux.

Médecins généralistes.

Médecins pédiatres et gériatres.

Équipes de soins primaires (dont centres de santé et maisons de santé pluri-professionnelle), communautés professionnelles territoriale de santé et plates-formes territoriales d'appui.

Officines de pharmacie.

Psychologues.

Caisses primaires d'assurance maladie et mutualité sociale agricole.

Unités sanitaires en milieu pénitentiaire, service médico-psychologique régional et unité hospitalière spécialement aménagée.

Acteurs du service de santé au travail.

Personnels psychologues, sociaux et de santé (infirmiers et médecins) de l'éducation nationale et des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé.

Services de soins infirmiers à domicile.

CeGGID.

PASS et EMPP.

Les acteurs sociaux et médico-sociaux

Services et établissements sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes présentant des troubles ou un handicap psychiques, dont :

- les acteurs de l'emploi et du logement accompagnés;
- les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD, SAVS, SAMSAH, SAMSAH Psy);
- les MAS, les FAM;
- les foyers d'hébergement, de vie;
- les services à destination des enfants et adolescents (CAMSP, CMPP, SESSAD, IME, ITEP...);
- les ESAT et entreprises adaptées.

Maison départementale des personnes handicapées.

Acteurs impliqués dans la démarche « réponse accompagnée pour tous ».

Service public de l'emploi (dont Cap emploi et les missions locales).

Points d'accueil et d'écoute jeunes.

Acteurs du logement et de l'hébergement (bailleurs sociaux, foyers...).

Associations en charge de l'accès aux sports, aux loisirs, à la culture.

Professionnels et structures de l'insertion par l'activité économique.

Les acteurs concourant à une continuité scolaire, à la poursuite d'un apprentissage, à des études adaptées et choisies.

Les services de l'État

Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) et/ou de la protection des populations.

Direction départementale des territoires.

Délégués du préfet.

DIRECCTE (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi).

Services de la direction régionale de la PJJ (protection judiciaire de la jeunesse).

Direction des services départementaux de l'éducation nationale.

Les collectivités territoriales et les acteurs de démocratie sanitaire

Conseil départemental et ses services de protection maternelle et infantile (PMI) et d'aide sociale à l'enfance (ASE) notamment.

Communes, communautés de communes, agglomérations, métropoles.

Conseil territorial de santé et sa commission spécialisée en santé mentale.

Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie.

Conseils locaux de santé mentale.

Les coordonnateurs des contrats locaux de santé.

Conseils locaux de santé.

Centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS ou CIAS).

Ateliers santé-ville.

Toute commission créée par les collectivités territoriales ou les acteurs locaux pour traiter de santé mentale.

Les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé

Associations et acteurs intervenant dans la prévention, notamment du suicide.

Acteurs de la promotion de la santé scolaire et universitaire.

Les acteurs de la lutte contre les addictions

Sanitaires : services d'addictologie, équipes de liaison en addictologie, soins de suite et réadaptation.

Médico-sociaux : centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), consultations jeunes consommateurs (CJC), centres d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD).

Les acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion

Acteurs des PRAPS.

Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO).

Acteurs de l'urgence sociale (centres d'hébergement d'urgence, accueils de jour...).

Acteurs de l'hébergement et du logement des publics précaires et des personnes migrantes ou réfugiées (CHRS, lits haltes soins-santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM), ACT et ACT psy, résidences sociales, maisons relais...).

Associations et ONG (MSF, MDM...).

SAMU social.

Les autres ressources contribuant à la coordination territoriale

CRÉHPSy et autres dispositifs ayant une fonction d'appui aux acteurs du parcours de santé des personnes atteintes de troubles psychiques.

Les autres acteurs concourant à la politique territoriale de santé mentale

Services de tutelle pour majeurs protégés.

Caisses d'allocations familiales.

Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).

Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII).

Services de la direction de la sécurité publique.

Centres de ressource politique de la ville.

ANNEXE 2

LE RECUEIL DE DONNÉES DANS LE CADRE DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ : EXEMPLES DE DONNÉES POUVANT ÊTRE MOBILISÉES

Exemples d'indicateurs et de données relatifs aux besoins

- **Caractéristiques socio-démographiques de la population et écarts par rapport aux moyennes régionale et nationale :**

- répartition en tranches d'âge ;
- proportion de personnes âgées de plus de 75 ans ;
- répartition de la population active dans les différents groupes socioprofessionnels ;
- niveau de formation de la population active ;
- structure du foyer familial ;
- nombre moyen de pièces par logement/taille du ménage ;
- taux d'emploi au sein de la population active ;
- taux de pauvreté ;
- revenu disponible médian des ménages ;
- proportion de ménages soumis à l'impôt ;
- proportion d'allocataires de *minima* sociaux ;
- nombre de signalements d'incurie du logement ;
- taux d'urbanisation ;
- nombre d'habitants résidant en quartiers prioritaires de la politique de la ville ;
- nombre de personnes sous main de justice (en milieu fermé et en milieu ouvert) ;
- nombre de personnes sans domicile fixe ;
- taux de CMUc et d'AME ;
- nombre de placements à l'ASE ;
- taux de non recours aux droits (dont RSA et CMUc).

- **Indicateurs de santé de la population et écarts par rapport aux moyennes régionale et nationale :**

- taux d'admission en ALD, dont ALD 23 « troubles psychiatriques de longue durée » ;
- taux de mortalité, dont taux de mortalité prématurée ;
- taux de participation aux dépistages organisés ;
- taux de suicide (avec ventilation par tranche d'âge) ;
- indices comparatifs de mortalité par causes de décès ;
- prévalence des addictions et décès liés à des pathologies liées à l'alcool ;
- consommation de psychotropes ;
- taux d'allocataires de l'AAH, dont AAH pour handicap psychique ;
- consommation de soins de ville par les personnes en ALD 23 par rapport à la population générale.

Exemples d'indicateurs et de données relatifs aux ressources et à l'offre (enfants et adultes)

- **Ressources sanitaires :**

- offre de psychiatrie et de pédopsychiatrie publique et privée (libérale et en établissement) et répartition sur le territoire (hospitalisation et dispositifs ambulatoires) ;
- densité de médecins généralistes et spécialistes et répartition sur le territoire ;
- densité de psychiatres (libéraux et salariés) ;
- densité de psychologues ;
- effectifs d'infirmiers libéraux et mixtes ;
- nombre et répartition de consultations dédiées (douleur, soins somatiques, santé bucco-dentaire...) pour les personnes en situation de handicap ;
- offre de soins, publique et privée, ayant adapté leur organisation à l'accueil des personnes en situation de handicap ou de précarité (lieu dédié, horaires dédiés, formation spécifique des professionnels...) ;
- organisation des urgences ;

- organisation de la PDSA ;
- PASS et PASS psychiatrique ;
- EMPP ;
- autres dispositifs locaux ou équipes mobiles pour des personnes cumulant des troubles psychiques et des difficultés sociales et/ou de santé.
- **Ressources médico-sociales et sociales¹ :**
 - offre médico-sociale d’accompagnement des personnes présentant des troubles ou un handicap psychiques (établissements et services sociaux et médico-sociaux) et répartition sur le territoire ;
 - GEM et clubs d’insertion.
- **Ressources en direction des enfants/adolescents :**
 - offre médico-sociale pour les enfants et adolescents présentant des troubles psychiques (CMPP, CAMSP, IME, SESSAD, ITEP, BAPU...) et répartition sur le territoire ;
 - offre en structures relevant de la protection de l’enfance (MECS, foyers de l’enfance, accueil familial, accueil mère-enfant...);
 - établissements de la PJJ ;
 - consultation jeunes consommateurs (CJC) ;
 - autres structures ou dispositifs locaux d’intervention précoce en santé mentale.
- **Lieux et dispositifs de coordination des parcours (généralistes ou spécialisés) :**
 - équipes de soins primaires (ESP), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), plateformes territoriales d’appui à la coordination des parcours complexes (PTA), services intégrés d’accueil et d’orientation (SIAO) ;
 - conseils locaux de santé mentale, contrats locaux de santé et toute autre commission créée par les collectivités territoriales à cette fin ;
 - CRÉHPsy et autres dispositifs ayant une fonction d’appui aux acteurs du parcours de santé des personnes atteintes de troubles psychiques.
- **Logement et hébergement :**
 - offre de logement social ;
 - offre de logement et d’hébergement accompagné par type de structure ;
 - dispositifs de soutien au maintien dans le logement ou d’accès au logement ou à l’hébergement, autres que médico-sociaux ;
 - taux de logements vacants (parc social et parc privé) ;
 - taux de rotation du parc public.
- **Emploi :**
 - dispositifs d’emploi accompagné ;
 - offre en milieu protégé, dont ESAT.
- **Scolarité, formation et enseignement supérieur :**
 - offre de dispositifs soins-études ;
 - dispositifs, autres que médico-sociaux, de soutien à la scolarité, à l’inclusion scolaire (dont les dispositifs de réussite éducative), à la poursuite d’un apprentissage, à des études adaptées et choisies dans l’enseignement supérieur ;
 - établissements d’enseignement adapté.
- **Lutte contre la précarité et l’exclusion :**
 - offre de logement et d’hébergement (urgent et non urgent) à destination des publics précaires ou exclus ;
 - dispositifs « un chez soi d’abord » ou inspirés du modèle « un logement d’abord » ;
 - offre d’accompagnement social, juridique des personnes précaires ou exclues ;
 - EMPP, PASS et PASS psy, équipes de maraude (par types de publics: jeunes, précaires...);
 - taux de réponse du 115 ;
 - actions et dispositifs du PRAPS déployées pour les personnes précaires atteintes de troubles psychiques ;

¹ Distinguer l’offre spécialisée pour les personnes avec troubles psychiques et les offres mixtes.

– actions et dispositifs déployés par la démarche « réponse accompagnée pour tous » pour les personnes en situation de handicap psychique sans solution de prise en charge adaptée à leurs besoins et aspirations, qui concernent des publics vulnérables et précaires.

• **Prévention et promotion de la santé mentale :**

- programmes et outils de prévention mis en œuvre sur le territoire de projet, dont programmes de formation à la prévention du suicide Programmes de développement des compétences psychosociales développés ;
- actions de lutte contre la stigmatisation mises en œuvre ;
- acteurs de prévention présents.

• **Prise en charge des addictions :**

- dispositifs de prise en charge sanitaire (ELSA, services d'addictologie, offre libérale et médico-sociale (CSAPA, CAARUD, CJC) des consommateurs de substances.

Exemples d'indicateurs et données relatifs au recours à l'offre

Taux d'hospitalisation et de prise en charge ambulatoire pour troubles psychiques (tous troubles psychiatriques et selon les grandes catégories diagnostiques).

Taux d'hospitalisation de mineurs en psychiatrie adulte.

Taux de réhospitalisation.

Taux d'hospitalisation au long cours.

Nombre de mesures de soins sans consentement et de personnes concernées.

Délai moyen de traitement d'un dossier MDPH.

Taux de personnes hospitalisées en attente d'un logement.

Nombre de personnes disposant d'une orientation MDPH en attente de solution.

Durée moyenne d'accompagnement par type d'ESMS.

Taux de rotation par type d'ESMS.

Sources: recensement de la population de l'INSEE, Scansanté de l'ATIH, Atlas de la santé mentale en France (Irdes-DREES), enquêtes de la DREES: enquête ES-PH (établissements sociaux accompagnant des personnes, enfants et adultes, en situation de handicap), enquête ES-Difficulté sociale, Statistique annuelle des établissements de santé, bases de données de la CAF et de la MSA sur les bénéficiaires de l'AAH à domicile, diagnostics territoriaux des PRS, diagnostics territoriaux partagés à 360° du sans-abrisme au mal-logement, données et études des ORS et des CREAI, données de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), outil en ligne Sig-ville (CGET-Observatoire national de la politique de la ville), bilans des centres de ressources politique de la ville, données DIM des établissements de santé, données des MDPH, SAE.