



SANTÉ MENTALE UN ENJEU DES TERRITOIRES



acsantis

SOMMAIRE

EDITO DE L'URGENCE D'UN LIEN PLUS ORGANISÉ ENTRE SANTÉ MENTALE ET PREMIER RECOURS !.....	P. 03
LES CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE (CLSM) : LA COORDINATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ MENTALE EN PROXIMITÉ	P. 06
LES PROJETS TERRITORIAUX DE SANTÉ MENTALE (PTSM) : VERS UNE DYNAMIQUE SUR LES TERRITOIRES DE SANTÉ	P. 08
LA PLACE DES USAGERS EN SANTÉ MENTALE : DE L'IMPÉRATIF DE STRUCTURER ET RENFORCER LEUR PARTICIPATION AU SEIN DU MAILLAGE TERRITORIAL	P. 15
CONCLUSION	P. 17
GLOSSAIRE	P. 18
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	P. 19
A PROPOS D'ACSANTIS	P. 20

EDITO

DE L'URGENCE D'UN LIEN PLUS ORGANISÉ ENTRE SANTÉ MENTALE ET PREMIER RECOURS !

L'OMS considère qu'une personne sur six est atteinte d'un problème de santé mentale, c'est donc un enjeu de taille pour toute société. En France, des troubles chroniques graves aux nombreuses affections dans lesquelles les facteurs psychosociaux jouent un rôle important, la prise en charge des troubles psychiques est devenue une des premières dépenses de santé et un important sujet de cohésion sociale. Souvent réduite à « la psychiatrie », la santé mentale va bien au-delà et des difficultés peuvent toucher chacun d'entre nous.

Dans tous les territoires, la santé mentale est une préoccupation majeure et interpelle, différemment, soignants, habitants, aidants, élus et institutionnels. Nombre de structures de soins primaires inscrivent la santé mentale dans leur projet pour mieux y faire face. En effet, d'importantes difficultés existent et, de la prise en charge sanitaire aux accompagnements médico-sociaux en passant par la place des aidants, beaucoup d'acteurs sont en difficulté, confrontés dans leurs pratiques à un nombre croissant de personnes touchées et un manque de moyens avec une coordination défaillante entre acteurs.

En 2019, une feuille de route santé mentale et psychiatrie a été mise en place en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, avec comme axes majeurs d'action le repérage, la prise en charge précoce des troubles psychiques et la prévention, dont celle du suicide. La feuille de route a comme objectifs l'amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique, l'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements.

La réalisation de ces objectifs ne sera possible que dans une approche transversale d'une politique de santé mentale, territorialisée dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, d'une dynamique d'« aller-vers » et d'autonomisation ainsi que de participation de tous les acteurs y compris ceux du premier recours.

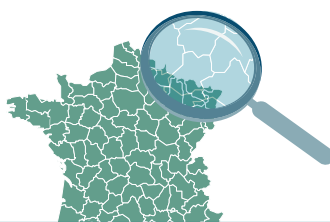
Lors des diagnostics territoriaux préalables à la définition de stratégies de santé à l'échelle des territoires que réalise Acsantis, de nombreux professionnels, élus et usagers pointent la difficulté à transformer les besoins d'agir en priorités d'actions. En effet, la santé mentale reste taboue, la stigmatisation des patients encore forte, la confusion entre psychiatrie et santé mentale persistante, la demande de soins et d'accompagnement exponentielle avec des prob-

lématiques sociales plus complexes, la coordination des acteurs insuffisante, les soins somatiques de cette population défaillants, le repérage et l'orientation en soins primaires difficiles. Enfin, la prévention des pratiques en santé mentale est peu valorisée. Et si la sectorisation instituée dès les années 1960 pour favoriser les prises en charges précoces en proximité a été précurseur d'une territorialisation, elle n'a pas assez évolué pour prendre en compte les changements des prises en charge. Associée à un hospitalo-centrisme encore vigoureux, elle n'a pas établi suffisamment de ponts entre la psychiatrie et le champ des soins primaires.

Pourtant ce sont par des approches territoriales fines et des innovations organisationnelles que les évolutions pourront avoir un impact. Les projets territoriaux en santé mentale qui donnent la parole aux acteurs partageant l'urgence d'agir, doivent conduire à des actions concrètes et pragmatiques. Pas de catalogue ! il faut viser avec volontarisme l'ouverture et le décloisonnement, le développement des liens entre psychiatrie et soins primaires – Maisons et Centres de Santé, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé – il faut définir la place de chacun dans les parcours complexes à l'aide des Dispositifs d'Appui à la Coordination.

Ce cahier propose de tirer quelques enseignements et réflexions de l'expérience de notre cabinet dans la mise en place de cette dynamique de co-construction des politiques de santé mentale à l'échelle des territoires. Les conseils locaux de santé mentale (partie 1) dont l'objectif est de coordonner les acteurs locaux ont été les premiers outils mis en place. Les projets territoriaux de santé mentale (partie 2) sont ensuite venus inscrire la coordination des acteurs à l'échelle des territoires de santé. Le développement de ces PTSM fait partie des chantiers actuels en santé mentale. La mise en place de ces différents outils, dans un contexte d'affirmation de l'importance de la démocratie sanitaire et de la participation des personnes concernées, vient redistribuer les cartes de la place des usagers (partie 3).

D' Dominique DÉPINOY,
Président d'ACSANTIS



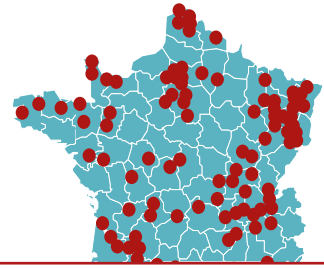
TERRITORIALISER LES POLITIQUES DE SANTÉ MENTALE

La notion de santé mentale englobe la psychiatrie, mais affirme que la psychiatrie ne peut à elle seule apporter l'ensemble des réponses nécessaires à ceux qui sont confrontés à des troubles psychiques (1). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». Cette définition étend le périmètre du traitement des troubles psychiques au-delà de la prise en charge sanitaire. Si la psychiatrie continue d'être l'acteur principal des pathologies psychiques aiguës, les politiques de santé mentale doivent bien plus largement englober la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et l'accompagnement vers la réadaptation sociale des personnes.

Dans une logique de « parcours », tous les acteurs sont incités à travailler de façon concertée afin de mieux articuler leurs interventions. Le modèle du parcours implique une individualisation des mesures avec une approche globale et multidimensionnelle des personnes et permet de mettre en lumière les principaux risques de rupture et les besoins de renforcement de la coordination. Dans ce contexte, les politiques de santé sont de plus en plus territoriales et construites avec les acteurs locaux. Si différents outils généralistes en santé comme les ateliers santé ville ou les contrats locaux de santé se sont mis en place afin d'adapter les stratégies et les modes décisionnels aux réalités des territoires, des outils plus spécifiques à la santé mentale se développent et reposent sur une coordination en proximité d'acteurs aux besoins différents :

- **Les élus**, demandent appui et expertise face à leurs responsabilités ;
- **Les acteurs de la psychiatrie**, réclament des relais dans la cité pour accompagner les parcours de leurs patients, depuis le soin somatique jusqu'à l'insertion sociale et le rétablissement ;
- **Les acteurs du social, de la politique de la ville**, appellent des compétences psychologiques et psychiatriques face à la montée de la souffrance sociale (2) ;
- **Les acteurs du secteur médico-social**, cherchent un renforcement du soutien par la psychiatrie ;
- **Les personnes concernées**, réclament de la fluidité dans leur parcours de vie et de santé et une inclusion sociale plus importante ;
- **Les acteurs des soins somatiques**, cherchent à consolider la réalisation de leurs missions.

LES CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE (CLSM) : LA COORDINATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ MENTALE EN PROXIMITÉ



Avec un nombre d'environ 250, en France, les conseils locaux de santé mentale se développent depuis la fin des années 2000, à l'échelle communale ou intercommunale

UNE COORDINATION OPÉRATIONNELLE, EN PROXIMITÉ, IMPLIQUANT LES ÉLUS

Les enjeux des CLSM




- **Impliquer les maires** dans la gestion de la santé mentale, en lien avec leurs prérogatives : hospitalisation sous contrainte « en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes », accès à la citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques, liens entre précarité et souffrance psychique...
- **Favoriser un dialogue non hiérarchique et multidimensionnel**, entre les acteurs locaux et les institutions d'un territoire, pour penser la résolution de situations et de problématiques.
- **Imaginer des réponses en proximité**, en lien avec les projets existants du territoire, tenant compte des ressources et des spécificités locales.
- **Aboutir à des actions concrètes** qui émanent de commissions de travail par thématique spécifique.



LES PRÉOCCUPATIONS PARTAGÉES SUR LES TERRITOIRES

Les états des lieux menés par le CCOMS (et son centre national de ressources et d'appui aux CLSM depuis 2017) en 2015 (3) puis en 2018 (4) permettent de tirer quelques enseignements :

Si les priorités de chacun des CLSM évoluent dans le temps, **les trois thématiques les plus partagées sont stables** :

-  La gestion des situations individuelles « complexes » (parfois centrée sur les situations d'urgences) est présente dans **84 %** des CLSM
-  Le logement / l'habitat, dans **73 %** des CLSM
-  L'information en santé mentale en coordination sur le territoire, dans **73%** des CLSM

La prise en compte de **deux thématiques correspondant à des enjeux majeurs de la territorialisation des politiques de santé mentale** a particulièrement progressé entre 2015 et 2018 :

- La prévention précoce ne faisait l'objet d'actions dédiées que dans 9% des CLSM en 2015, contre 31% en 2018. Or, le dispositif CLSM était d'emblée conçu comme le « chaînon manquant de la sectorisation psychiatrique pour toutes les actions de prévention dans la cité. »⁽⁴⁾
- La réduction des inégalités territoriales de santé n'était traitée en 2015 que dans 12% des CLSM, contre 21% en 2018.

D'autres thématiques sont traitées de façon plus disparate, en fonction des besoins et des dynamiques de chaque territoire : l'accès aux soins, l'observation des besoins de santé, la formation croisée, la précarité, les soins sous contrainte, l'intégration des usagers, la prévention du suicide, l'accès à la culture et aux loisirs, la promotion de l'accès à la citoyenneté des usagers, les droits des usagers, l'insertion professionnelle ...

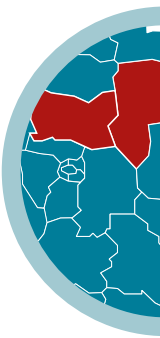
LES CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE (CLSM) : LA COORDINATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ MENTALE EN PROXIMITÉ

LES DIFFICULTÉS SOULIGNÉES DANS LES CLSM EXISTANTS : QUELS ENJEUX POUR L'AVENIR ?

À partir de notre expérience d'accompagnement à la structuration de 6 CLSM, notamment en milieu rural, les axes de travail - non exhaustifs - à développer et à accompagner sont de :

- **Renforcer l'implication conjointe des principales parties prenantes – élus, ARS et psychiatrie – dans le fonctionnement des CLSM**, qui devrait se traduire notamment par le financement d'un temps de coordination suffisant dédié au fonctionnement du CLSM.
- **Garantir une continuité et une stabilité des dynamiques.** Les partenariats sont encore trop souvent « personnes-dépendants » au sein des territoires, et les actions tributaires des changements de référents. Un certain nombre de CLSM deviennent inactifs après un temps court de fonctionnement. Si le CLSM doit rester un outil souple, répondant à des initiatives locales et incarnées, il est nécessaire d'inscrire son action dans la continuité sans pour autant institutionnaliser le dispositif, au risque de le rendre « chronophage » et peu réactif.
- **Structurer la participation des usagers.** Leur place au sein des CLSM reste encore faible et des difficultés sont pointées quant à leur caractère représentatif, aux modalités de leur mobilisation et aux conditions de leur participation.
- **Développer les CLSM dans les zones rurales.** Mobiliser des élus, définir la bonne échelle de déploiement sont des enjeux complexes dans les zones rurales, qui ont pourtant un grand besoin d'amélioration de la coordination dans un contexte d'isolement qui peut nuire à l'accès aux soins. Les Pays et les communautés de communes peuvent être un levier de déploiement des CLSM, à la condition que l'implication des élus n'y soit pas diluée. Des pistes sont à creuser du côté des futurs PTSM afin de développer la coordination des CLSM et accompagner les zones rurales dans la mise en place de cet outil.

LES CLSM DE L' AISNE ET DE L' OISE : MIEUX CONNAÎTRE LES BESOINS ET RÉALITÉS DU TERRITOIRE



Pour mettre en place leur CLSM, les acteurs de ces territoires ont d'abord cherché à mieux cerner leurs besoins et à connaître les dynamiques existantes par la réalisation d'un diagnostic local partagé en santé mentale. L'enjeu d'un tel « diagnostic » a été d'identifier les principaux points de ruptures dans les parcours des personnes présentant des troubles de santé mentale, ainsi que les bonnes pratiques et projets existants sur le territoire pour améliorer ces parcours. Ce diagnostic a également permis de mobiliser les acteurs grâce au recueil de leurs attentes et de leur

participation envisageable. C'est ce travail qui a déterminé le choix de priorités (publics, actions, gouvernance) et pistes d'actions.

La méthode a consisté à mettre en place et animer un comité de pilotage, à réaliser une étude documentaire et des entretiens qualitatifs auprès d'un panel d'acteurs issus de différents champs professionnels et d'élus du territoire. Le diagnostic a fait l'objet d'une restitution publique mobilisant les acteurs du territoire autour du projet.

LES PROJETS TERRITORIAUX DE SANTÉ MENTALE (PTSM) : VERS UNE DYNAMIQUE SUR LES TERRITOIRES DE SANTÉ



Le PTSM est une émanation de la loi 2016 de modernisation de notre système de santé, qui a pour objectif principal la prévention des ruptures de parcours en santé mentale, à l'échelle des territoires de santé – correspondant assez souvent aux départements. Il vise à :

- Amener les différents acteurs de la santé mentale du territoire à mieux se coordonner ;*
- Rompre avec une approche centrée sur les institutions pour définir des organisations coopératives centrées sur les parcours de santé et de vie sur le territoire.*

La date de remise des PTSM, prévue en juillet 2020, a été décalée à la fin de l'année en raison de la situation liée au Covid-19. Certaines disparités sont notées selon les territoires, mais partout, la démarche est déjà bien avancée.

MOBILISER POUR INSTALLER UN DIALOGUE INTERSECTORIEL

La liste des participants à l'élaboration et la mise en oeuvre des PTSM, fixée par le décret du 27 juillet 2017, se veut très large, recouvrant des acteurs aux profils très variés mais tous en prise avec les questions de santé mentale : **acteurs du soin somatique et psychiatrique, du secteur social, du secteur médico-social, de l'Éducation nationale, de la prévention, représentants des collectivités territoriales, du logement, de l'insertion, représentants des usagers et des proches, etc.**

La principale innovation du PTSM est d'étendre les préoccupations de la santé mentale à l'ensemble des acteurs du territoire de santé, de les amener à communiquer pour mettre en place des objectifs et des actions communs en concertation. Cet outil veut donner corps à une vision plus démocratique et plus interactive de l'action publique, co-construite et co-pilotée par l'ensemble des acteurs d'un territoire.



UNE DYNAMIQUE DE RÉFLEXION ET D'ACTION

Le PTSM doit prendre la forme d'actions concrètes et opérationnelles. La première étape de diagnostic partagé du territoire, qui permet de mieux connaître ses atouts et ses points faibles et de mobiliser un maximum d'acteurs, doit déboucher sur des objectifs stratégiques et opérationnels partagés, visant à fixer les priorités du territoire. A ces objectifs, doivent être assorties des actions à mettre en oeuvre dans un calendrier étalé sur cinq années.

Ces actions peuvent être de plusieurs niveaux :

Une meilleure coordination de l'existant :
le redéploiement et/ou mutualisation de moyens afin de mieux couvrir le territoire ;

La valorisation des expériences inédites, novatrices et concluantes
mises en oeuvre sur les territoires ;

La création de nouveaux dispositifs faisant défaut sur le territoire. Ces créations sont néanmoins dépendantes des moyens envisageables et doivent rester limitées, ce qui implique un travail de priorisation important.

LES PROJETS TERRITORIAUX DE SANTÉ MENTALE (PTSM) : VERS UNE DYNAMIQUE SUR LES TERRITOIRES DE SANTÉ

ADAPTER LES CADRES D'ORIENTATION AUX SPÉCIFICITÉS DES TERRITOIRES


Le PTSM ne se conçoit pas ex nihilo et doit se décliner dans le cadre des orientations prévues par les stratégies nationales (feuille de route psychiatrie et santé mentale) et régionales (projets régionaux de santé).

Ainsi le décret du 27 juillet 2017 propose une liste des thèmes prioritaires auquel le PTSM doit répondre, en lien avec la stratégie nationale de santé :

- Priorité 1**
Le repérage des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux
- Priorité 2**
Le parcours de santé et de vie sans ruptures, des personnes en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale
- Priorité 3**
L'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques
- Priorité 4**
La prévention et la gestion des situations de crise et d'urgence
- Priorité 5**
Le respect et la promotion des droits des personnes souffrant de troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir, la lutte contre la stigmatisation
- Priorité 6**
L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux, territoriaux de la santé mentale

Lors de ses accompagnements de PTSM, dans trois régions différentes, Acsantis s'est adapté aux choix des acteurs pour structurer leur feuille de route. Certains ont repris scrupuleusement le cadre des priorités proposé par le décret, alors que d'autres ont adapté l'organisation de leur travail. En effet, si elles ont l'avantage d'être exhaustives, ces priorités peuvent être regroupées pour une co-construction réussie, notamment les sujets des deux premiers axes.

LA STRUCTURATION DU PTSM AUTOUR DES PRIORITÉS PROPRES À LA SEINE-ET-MARNE



En Seine-et-Marne, la Commission Spécialisée Santé Mentale du Conseil Territorial en Santé a fait office de comité de pilotage et a choisi de structurer la feuille de route du PTSM autour d'objectifs prioritaires déjà repérés sur le territoire : ressources humaines en santé mentale, précarité et santé mentale, premier recours et urgences, réhabilitation psychosociale, santé mentale des enfants et des adolescents, santé mentale des personnes âgées et addictions.

L'organisation thématique retenue a relevé du choix des acteurs du territoire. La disparité d'un territoire à l'autre est gage d'un respect des spécificités et d'une appropriation forte de la démarche.

Acsantis a eu comme rôle d'inciter les participants à "prendre la main", tout en veillant à ce que toutes les priorités définies par le décret soient couvertes, et à la mise en cohérence des travaux entre les groupes.

LES PROJETS TERRITORIAUX DE SANTÉ MENTALE (PTSM) : VERS UNE DYNAMIQUE SUR LES TERRITOIRES DE SANTÉ

PRIORISER LES ACTIONS : L'ENJEU PRINCIPAL

Notre expérience nous a montré la nécessité de **prioriser les objectifs et les actions associées**, afin d'aboutir à un PTSM clair, communicable et mobilisateur dans sa mise en oeuvre. L'enjeu est de formuler, pour chaque axe thématique, une feuille de route ramassée, réaliste, cohérente et partagée par les acteurs.

Les actions retenues doivent impérativement être limitées en nombre, et correspondre à une réalité déclinable à l'échelle du territoire de santé, bien que, certaines actions puissent se déployer à l'échelle infra territoriale de proximité des CLSM, alors que d'autres auront vocation à être déployées d'emblée à un niveau départemental. En d'autres termes, il convient d'éviter un PTSM s'apparentant à un « catalogue d'actions » pléthorique, peu lisible et que les acteurs du territoire ne seraient pas en mesure de s'approprier et de mettre en oeuvre, ce qui émerge souvent de la phase de diagnostic. Ainsi nous préconisons, dans notre méthode, de prioriser un maximum de 25 à 35 actions au total pour le PTSM, c'est-à-dire 6 à 7 actions par axe lorsque les 6 axes thématiques proposés par le décret le structurent.

La lisibilité que nous commençons à avoir sur l'étape suivant la validation des PTSM, celle de la contractualisation entre les ARS et les porteurs d'actions, nous montre que cette contractualisation ne pourra être envisagée que sur un nombre d'actions limité, fédérant un large éventail d'acteurs autour de porteurs légitimes aux yeux de tous.

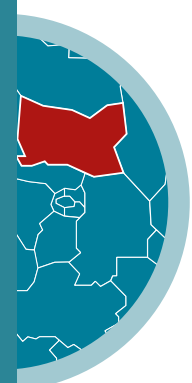
LA PRIORISATION DES ACTIONS DU PTSM DE L'OISE

Dans le département de l'Oise, les travaux d'élaboration de la feuille de route étaient largement engagés lorsque notre cabinet a été missionné pour accompagner le territoire. Ses acteurs s'étaient organisés en groupes de travail thématiques, et avaient élaboré un important travail, sans néanmoins mettre en place une méthode transversale aux différents groupes. Aussi, leurs travaux, bien que très riches, mêlaient des données de nature différente (constats, objectifs, pistes d'actions), de façon peu lisible et peu opérationnelle tant les pistes d'actions étaient diffuses et nombreuses. Un travail de restructuration, de lecture transversale et de priorisation était attendu, dans un contexte de risque d'essoufflement de la dynamique.

Notre travail a consisté à restructurer, avec les pilotes des groupes de travail, le plan d'actions de façon synthétique, à partir des éléments des travaux de groupes qui nous étaient rapportés, pour chaque axe thématique. Certains choix ont nécessité des ar-

bitrages (suppression d'actions « vides » correspondant à des objectifs plus qu'à des modalités opérationnelles, suppression d'actions régionales, voire nationales, dépassant le cadre d'un PTSM), alors que d'autres ont simplement nécessité un travail de lisibilité (tri entre les objectifs et les actions, regroupement des actions répondant à un même objectif, regroupement des actions redondantes entre les différents groupes de travail...).

Ainsi, des plans d'actions « provisoires », donnant à voir les priorités définies par les acteurs de façon plus lisible, ont pu être fournis en élément d'entrée des sessions suivantes des groupes de travail et remobiliser les acteurs pour les dernières étapes d'écriture de la feuille de route. Notre rôle a alors été de s'assurer que les acteurs mettaient tous les mêmes attentes derrière chaque action, et de les accompagner dans les arbitrages finaux et la déclinaison opérationnelle des actions.



LES PROJETS TERRITORIAUX DE SANTÉ MENTALE (PTSM) : VERS UNE DYNAMIQUE SUR LES TERRITOIRES DE SANTÉ

UN LIEN À CONSTRUIRE AVEC LE PREMIER RECOURS

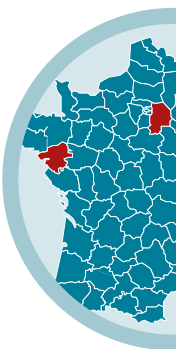
Dans tous les PTSM accompagnés par Acsantis, le lien avec les acteurs du premier recours a été posé, mais la tenue des groupes de travail en journée n'a pas favorisé la participation de professionnels libéraux. Pour contourner cette difficulté, nous avons mis en place des questionnaires pour recevoir leur avis. Le plus souvent des médecins généralistes, intéressés par le sujet, les ont renseignés, révélant qu'ils avaient la volonté d'agir en coordination avec les partenaires psychiatres ou médico-sociaux mais que cela leur était très difficile par manque de temps, d'outils et d'habitude de travail collaboratif voire de connaissance réciproque. Les acteurs du territoire, interrogés de leur côté sur les difficultés rencontrées dans leur sollicitation des acteurs du premier recours en matière de repérage précoce, ont pointé des difficultés de coordination et un manque de formation des professionnels aux troubles psychiques et aux effets des psychotropes.

Du fait de notre expérience de l'organisation des soins de premier recours, nous pensons que le repérage et l'orientation sont améliorables et ne posent pas de problèmes majeurs : une formation et une information des médecins généralistes notamment, sur la question des troubles psychiques, ainsi qu'un partage de connaissances relatives aux procédures légales, amélioreraient grandement les orientations.

La prévention des crises devrait, selon les acteurs du territoire, être un objectif de formation des professionnels du premier recours. L'organisation d'un partenariat formalisé entre les acteurs psychiatriques et médico-sociaux avec les organisations de soins primaires comme les maisons pluriprofessionnelles de santé (MSP) et centres de santé (CDS) ainsi que dans les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), est une piste déjà expérimentée avec succès dans certains territoires. L'implication des psychologues libéraux dans le suivi post repérage des adolescents présentant des troubles mineurs, est également une piste expérimentée, à améliorer et à renforcer.



LE LIEN AVEC LE PREMIER RECOURS DANS LES PTSM DE LA SEINE-ET-MARNE ET DE LOIRE-ATLANTIQUE



En Seine-et-Marne, le PTSM porte une action spécifique visant à améliorer les orientations par les médecins généralistes vers les soins spécialisés en santé mentale. L'action vise la mise en place de fiches pratiques pour le repérage et l'orientation, et leur diffusion auprès des acteurs du premier recours ; la formalisation d'un appui, dans le cadre des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), à l'orientation par les médecins généralistes en matière de santé mentale ; le soutien des professionnels du premier recours exerçant en structures collectives dans le repérage des troubles psychiatriques et addictifs, par la mise en place de consultations psychiatriques avancées en MSP et/ou par l'appui par

les professionnels de la psychiatrie publique pour l'intégration dans leurs projets de santé de la santé mentale.

En Loire-Atlantique, le PTSM va développer une action pour améliorer le suivi somatique à domicile / en ville. Cette action passera par la diffusion d'une information écrite des structures de la psychiatrie vers les médecins traitants, le déploiement de consultations conjointes médecin généraliste / psychiatre et la mise en place d'un « réseau spécialisé de médecine somatique » en santé mentale, territorial, avec les professionnels du premier recours.

LES PROJETS TERRITORIAUX DE SANTÉ MENTALE (PTSM) : VERS UNE DYNAMIQUE SUR LES TERRITOIRES DE SANTÉ

LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE : UN SUJET À FAIRE ÉMERGER

Les PTSM portent un enjeu de déploiement de politiques de santé mentale vers l'ensemble de la population. Des actions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques à destination de la population générale, sont appelées à être conduites dans le cadre de la priorité 6 « Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale ».

Ces actions peuvent porter par exemple, sur la lutte contre le mal logement et l'isolement social, le soutien à la parentalité, la prévention des conduites addictives, l'amélioration du climat scolaire ou encore la santé au travail.

Cette thématique est souvent la plus délicate à mettre en oeuvre au sein des PTSM, du fait d'un manque de familiarisation des acteurs de la santé mentale avec le sujet, qui s'explique par plusieurs facteurs :

- En psychiatrie, si la politique de sectorisation ambitionnait de faire une large place aux actions de prévention, le manque de moyens pour sa mise en oeuvre n'a pas permis de déployer cette partie des missions, par ailleurs peu encouragées par la prédominance curative. En outre, le manque de ressources humaines en psychiatres oblige aujourd'hui la psychiatrie publique à se recentrer sur le soin aigu, ou en matière de prévention sur les actions visant la stabilisation des personnes à risque d'aggravations.
- Par ailleurs, les acteurs à mobiliser pour la promotion de la santé mentale se situent bien au-delà du champ de la psychiatrie, partout où les contacts avec les publics permettent d'agir sur les déterminants.
- Enfin, si des actions de prévention et de promotion existent en santé mentale, c'est de façon inégale selon les territoires et sans constitution d'une activité sectorielle structurée (natures diverses, publics spécifiques, acteurs variés : associations, collectivités, Éducation nationale...). La France manque encore d'une politique publique définie et affirmée dans ce domaine, ce qui limite la prise de conscience et la mobilisation des acteurs.



Notre expérience d'accompagnement des PTSM nous a montré qu'une des pistes de travail est d'associer en priorité au déploiement de cette thématique les coordonnateurs de CLSM, qui du fait de leur proximité avec les élus locaux, peuvent avoir la visibilité nécessaire sur les besoins et les actions déjà menées, en particulier par les communes et/ou les communautés de communes.

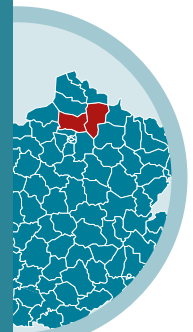
LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE DANS LES PTSM DE L'OISE ET DE L'AISNE

Fort de notre expérience d'accompagnement de plusieurs territoires qui avaient eu des difficultés à décliner l'axe thématique n°6 dans la feuille de route de leur PTSM, nous avons, pour les territoires suivants, développé une vigilance accrue au traitement de cette priorité.

Dans l'Aisne et dans l'Oise, bien que l'intérêt des acteurs mobilisés dans le travail sur le PTSM pour la prévention et la promotion de la santé mentale ait été indéniable, il a néanmoins été difficile de traduire cet intérêt en actions concrètes, dans le temps limité du calendrier d'élaboration du PTSM. Les groupes de travail dédiés à cette thématique ont en effet été freinés, dans un premier temps par une difficulté de compréhension de la thématique, et dans un second temps par un manque de connaissance des actions existantes sur le territoire, du fait de l'absence dans le groupe de travail d'un certain nombre d'acteurs susceptibles d'agir sur la promo-

tion de la santé, mais qui n'avaient pas été identifiés, ou ne s'étaient pas reconnus, dans le champ de la santé mentale au moment de sa constitution. Aussi, les actions retenues dans cet axe ont souvent été volontairement limitées à la mise en place d'un groupe de travail territorial en promotion de la santé mentale, chargé de mettre les acteurs locaux de la prévention en coordination, afin de poursuivre l'approfondissement du diagnostic sur les actions existantes, les besoins de renforcement, et d'insuffler une dynamique d'actions coordonnées pour y répondre..

Loin d'être un échec, ce type d'action nous paraît au contraire l'illustration que la construction de la feuille de route d'un PTSM doit être conçue comme un levier, l'amorce d'une dynamique, à poursuivre pendant ses 5 années de mise en oeuvre.



LES PROJETS TERRITORIAUX DE SANTÉ MENTALE (PTSM) : VERS UNE DYNAMIQUE SUR LES TERRITOIRES DE SANTÉ

L'IMPLICATION NÉCESSAIRE DES ARS

En pratique, des disparités sont notées au niveau de l'implication des ARS. Si la délégation territoriale de l'ARS (DT ARS) est toujours représentée dans la gouvernance nécessaire à l'élaboration des PTSM ; parfois, par volonté d'éviter une dynamique « descendante », elle choisit de se mettre à distance du travail des groupes, afin de permettre aux acteurs du territoire de s'approprier la démarche. D'autres fois les représentants de la DT ARS participent à l'ensemble des groupes de travail, dans une volonté de dialogue constant tout au long de l'élaboration.

Quelle que soit la posture choisie et ses raisons, nous recommandons **de fréquents points d'étapes avec les représentants de la DT ARS**, afin de favoriser un échange régulier et transparent autour de la feuille de route qui se construit. Notre rôle a toujours été d'intégrer au maximum les travaux menés dans le cadre du PTSM aux projets déjà existants sur le territoire, dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS). Avec cette démarche, nous évitons que les acteurs courent le risque de se sentir seuls, dépassés par les enjeux, voire de se démobiliser et nous nous leur assurons un échange continu sur le caractère réaliste des actions au regard des ressources du territoire sur lesquelles les ARS ont toute la visibilité, ou au regard de la cohérence avec le PRS.

DÉCRET RELATIF AU PTSM



L'instruction du 5 juin 2018 précise le rôle des ARS dans la démarche d'élaboration des PTSM :

- **Fournir un appui pour l'animation**, qui peut selon les territoires prendre la forme de la désignation d'un référent au sein de la délégation territoriale et/ou du financement d'un chargé de mission en interne ou au sein d'un établissement du territoire, et/ou encore le recours à un prestataire ;
- **Veiller à la pertinence territoriale**, notamment dans le choix de l'échelle du PTSM ;
- **Veiller au respect de la démarche partenariale**, en participant à la mobilisation d'acteurs variés et représentatifs du territoire.

LES PROJETS TERRITORIAUX DE SANTÉ MENTALE (PTSM) : VERS UNE DYNAMIQUE SUR LES TERRITOIRES DE SANTÉ

ORGANISER LA CONTINUITÉ DE LA RÉFLEXION DES PTSM

L'élaboration des PTSM fait toujours émerger d'importants questionnements de la part des acteurs mobilisés, qui posent les enjeux d'une mise en oeuvre, sur 5 années, de ces PTSM.

• Quels « moyens » pour déployer les stratégies ?

Si les feuilles de route s'appuient sur une réorganisation de l'existant pouvant entrer dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements et sur le déploiement d'initiatives émergentes dans le cadre de financements déjà fléchés ou annoncés, d'autres actions appellent des financements encore hypothétiques. Quels liens seront faits entre les futurs modes de financement et les feuilles de route ? Ces dernières auront-elles un rôle décisif dans l'attribution des financements à un niveau régional ?

• Comment piloter ces nouvelles actions pour les porteurs ?

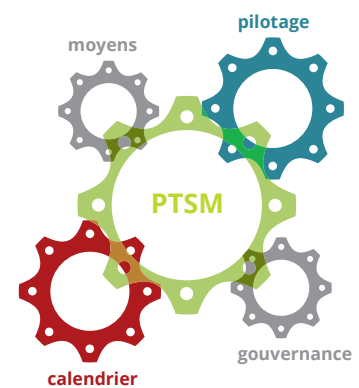
Si un certain nombre d'acteurs se positionnent comme porteurs d'actions, leur capacité à piloter l'action en pratique est souvent posée. En effet, outre le temps nécessaire à la tâche, qui s'ajoutera à la gestion de leur activité, certains porteurs interrogent leur légitimité à piloter l'action vis-à-vis des autres acteurs du territoire. Sur certains territoires, afin de lever ces difficultés, la DT ARS a décidé de positionner des représentants de ses directions métiers en appui technique du pilote sur chacune des actions de la feuille de route.

• Comment gérer le calendrier contraint des PTSM ?

Les acteurs ont, sur certains sujets complexes, exprimé des difficultés à élaborer des actions opérationnelles dans le temps limité par le calendrier d'élaboration des PTSM. Certaines actions peuvent ne pas arriver à « maturation » dans le temps imparti pour l'élaboration du PTSM, et donner lieu à l'ouverture d'un chantier de réflexion partagée sur les pistes évoquées. La question posée alors par les acteurs est celle du temps et de l'accompagnement pour transformer des idées en actions concrètes. Notre méthode assume ces incertitudes en prévoyant une première étape de réflexion sur les modalités pertinentes, voire d'expérimentation, pour un certain nombre d'actions, de manière à parvenir à un consensus partagé et non pas décidé trop hâtivement.

• Quelle gouvernance pour la mise en oeuvre du PTSM ?

Si les actions considérées comme ayant un niveau de priorité et d'urgence fort ont pu être déclinées de façon très opérationnelle dans la feuille de route ; d'autres actions, à horizon plus lointain, ne peuvent pas de façon réaliste être aussi clairement précisées. La gouvernance qui se mettra en place sur les territoires pour accompagner la mise en oeuvre du PTSM devra être claire et engagée dans la prise en compte de ce caractère évolutif pour re-convoquer des temps de travail et d'échanges afin d'actualiser la feuille de route et préciser les actions au fur et à mesure de son avancée.



En synthèse, si l'on ne sait pas encore à quel point les PTSM seront structurants au niveau de l'action territoriale en santé mentale, on peut affirmer qu'ils constituent dès aujourd'hui un espace de mobilisation bien investi par les acteurs des territoires, et en cela forcément utile au décloisonnement des pratiques et à l'innovation.

LA PLACE DES USAGERS EN SANTÉ MENTALE : DE L'URGENCE DE STRUCTURER ET RENFORCER LEUR PARTICIPATION AU SEIN DU MAILLAGE TERRITORIAL

Malgré les avancées observées depuis la loi Kouchner de mars 2002 dans le secteur sanitaire et la loi 2002-2 dans le secteur médico-social, la prise en compte de la place des usagers rencontre encore quelques difficultés. Les lever implique une meilleure anticipation de la participation des usagers, à différents niveaux.



La démocratie sanitaire est une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé à l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique de santé dans un esprit de dialogue et de concertation
- voir à ce sujet le cahier Acsantis n°2 ⁽⁵⁾.

LA REPRÉSENTATION DES USAGERS

La représentation des usagers au sein des instances prévues par les textes est très structurée. Le représentant des usagers (RU) doit être membre d'une association agréée au niveau national par le Ministère de la santé ou au niveau régional par l'ARS. Il détient un mandat pour porter une parole collective, et sa formation est organisée par France Assos Santé. En psychiatrie, les associations mandatées sont pour beaucoup des associations de familles d'usagers, ce qui explique la faible présence d'usagers dans ces instances spécifiques

Renforcer les compétences en santé mentale des RU qui siègent dans les conseils territoriaux de santé (CTS), commissions des usagers (CDU) est un impératif. En effet, ces RU peuvent manquer de connaissances relatives à ce champ spécifique. Or, les CTS sont amenés à rendre un avis sur les PTSM, et seront impliqués dans le suivi de leur mise en oeuvre, ce qui nécessite que les RU qui y siègent comprennent les enjeux actuels en santé mentale, généraux comme spécifiques au territoire. De plus, au sein des CDU des centres hospitaliers généraux, il est régulièrement constaté une faible activité en santé mentale, faute d'associations représentées et/ou d'interpellation par les patients.

LE RENFORCEMENT DE LA REPRÉSENTATION DES USAGERS DANS LES PTSM DE LA SEINE-ET-MARNE ET DE L' AISNE

Les PTSM de la Seine-et-Marne et de l'Aisne ont tous les deux intégré une action de renforcement de la représentation des usagers au sein des instances prévues pour l'exercice de la démocratie sanitaire. En Seine-et-Marne, partant du constat que les CDU du département, toutes installées dans des centres hospitaliers généraux, étaient peu sollicitées sur les questions de santé mentale, les acteurs ont identifié les causes de ce non-recours et mis en avant que ces instances étaient peu connues des usagers de la psychiatrie mais aussi que les modes d'interpellation pouvaient être peu propices à leur expression (format écrit, crainte de s'exprimer auprès des professionnels, etc.). L'action « Promou-

voir le rôle et les missions des CDU et mobiliser des pairs-aidants pour faciliter l'expression des plaintes » vise à lever ces freins.

Dans l'Aisne, partant du constat d'un besoin de renforcer les compétences et le sentiment de légitimité des usagers dans leur démarche de participation et de représentation, les acteurs ont souhaité « Développer la formation des usagers afin de les amener à siéger davantage au niveau des instances les plus politiques (démocratie sanitaire), et mieux les informer sur les différents lieux de représentations existants ».

LA PLACE DES USAGERS EN SANTÉ MENTALE : DE L'URGENCE DE STRUCTURER ET RENFORCER LEUR PARTICIPATION AU SEIN DU MAILLAGE TERRITORIAL

LA PARTICIPATION DES USAGERS

L'implication des usagers dans les organisations territoriales qui se mettent en place pour co-élaborer les politiques territoriales de santé mentale, telles que les CLSM et les PTSM, mais aussi d'autres démarches citoyennes propres à certains territoires, est aujourd'hui en plein essor. Néanmoins, cette participation est à ce jour peu organisée : l'utilisateur n'est pas tenu de représenter de façon officielle un collectif, il ne bénéficie pas de mandat ni des formations organisées par France Assos Santé et il est souvent sans expérience en matière d'exercice de la démocratie en santé.

Ainsi, les usagers impliqués dans ces dispositifs expriment souvent des difficultés à se repérer dans le tissu institutionnel évoqué au sein des réunions, ou à suivre des discours perçus comme relativement techniques. Ils posent aussi la question de leur légitimité : **qui représente-t-on lorsqu'on participe à un groupe de travail de sa propre initiative et sans mandat associatif ? Au nom de quel collectif dépasse-t-on la subjectivité de son expérience individuelle pour élaborer une parole qui prenne une valeur de « point de vue des usagers » ? Que fait-on de l'information collectée par la participation : vers qui la fait-on « redescendre » et de quelle manière ?**

Sans une organisation bien pensée en amont de la participation des usagers au sein de ces nouvelles organisations, celle-ci risque de ne pas dépasser une certaine ambiguïté et de décrédibiliser ou décourager les usagers investis. Certains territoires, comme les Hauts-de-France, souhaitent aujourd'hui renforcer les compétences des usagers de la santé mentale qui participent aux organisations territoriales émergentes. Nous travaillons actuellement sur ce sujet.



LA PARTICIPATION DES USAGERS À L'ÉLABORATION DES PTSM

Si l'implication des familles et proches, tant dans la gouvernance que dans les groupes de travail, a été facilitée par le biais des associations ou instances déjà actives sur le territoire (UNAFAM, conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie – CDCA, ...) et souvent déjà impliquées dans les CTS, pour l'ensemble des PTSM que nous avons accompagnés, la participation des usagers eux-mêmes s'est avérée plus expérimentale.

Différentes organisations ont été observées pour la participation des usagers aux groupes de travail :

➤ En Seine-et-Marne, un groupe de travail spécifique aux usagers, chargé d'enrichir et amender la feuille de route pré-élaborée par les professionnels du territoire, a été mis en place. Cette organisation s'est révélée largement mobilisatrice, satisfaisante du point de vue des personnes concernées et constructive pour la prise en compte de leur place dans le processus global du PTSM. Néanmoins, elle a été rendue possible par une logique de regroupement et de mobilisation des usagers déjà largement amorcée en amont de la

rédaction du PTSM, notamment dans le cadre de la démarche "une réponse accompagnée pour tous" (RAPT) pilotée par le conseil départemental.

➤ En Loire-Atlantique, dans l'Aisne et dans l'Oise, des usagers, invités par les professionnels de leurs structures impliqués dans la démarche, ont participé aux groupes de travail constitués pour l'élaboration des PTSM. Cette configuration a eu l'avantage de permettre aux professionnels et aux usagers de se rencontrer et de travailler de concert, néanmoins des difficultés pour prendre la parole ou suivre les débats, ainsi que parfois le sentiment d'un manque de soutien de leur place spécifique ont été rapportés par les usagers présents.

➤ Sur d'autres territoires, les usagers n'ont pas été associés à la démarche, faute d'organisation dédiée et de temps. L'absence des usagers est toujours rapportée par les acteurs de ces territoires comme une faiblesse de la démarche d'ensemble, et comme un enjeu de travail majeur dans la future mise en œuvre du PTSM.

CONCLUSION

LES PTSM : UNE VRAIE OPPORTUNITÉ POUR LA SANTÉ MENTALE

Que ce soit en matière de prévention, d'accès aux soins psychiatriques, de logement, d'emploi, d'accès aux soins somatiques, de vieillissement, de gestion des cas complexes ou de soutien aux aidants, les travaux mis en place dans le cadre des PTSM peuvent permettre d'améliorer les dysfonctionnements largement partagés dans le champ de la santé mentale.

Beaucoup d'acteurs de différents champs professionnels ont répondu présents, avec une bonne volonté évidente de trouver des voies d'amélioration tant la crise de la psychiatrie et de la santé mentale est importante. La participation des acteurs aux projets de construction d'un PTSM dans leur territoire de santé en est la preuve !

Nous avons remarqué des points communs à toutes ces démarches de PTSM, au-delà des spécificités territoriales : il est important d'informer et de former les professionnels mais aussi les usagers et les pairs-aidants, il faut adopter des modalités de prises en charge en mode parcours c'est-à-dire globales et réduisant les moments de discontinuité ou de ruptures. Cela passera par la structuration des prises en charge extrahospitalières avec des outils nouveaux comme la e-santé, l'appui sur les organisations nouvelles des soins primaires dans les MSP et CDS ainsi que dans les CPTS et les DAC, organisations qui ont dans leurs objectifs propres de construire des relations transversales avec les secteurs sanitaire de second recours et médico-social.

Et enfin, il ne faut pas minimiser l'importance de la méthode et de la gouvernance des PTSM. Car ce n'est pas le tout de faire de belles feuilles de route, il faudra maintenant les piloter, aider et accompagner leur mise en oeuvre tout en évaluant en continu les résultats d'abord des processus puis des impacts. Pour cela, l'actualisation au fil des mois des diagnostics réalisés sera importante.

Changer le regard sur la santé mentale est un défi autant pour les professionnels, que pour les usagers et les institutions.

Différents appels à projets nationaux et régionaux annoncés devront soutenir des initiatives autour de ces chantiers. La mise en place de dispositifs de réhabilitation psychosociale coordonnés entre les acteurs de la psychiatrie, mais aussi du secteur social et médico-social, un travail sur l'organisation des CMP infanto-juvéniles et de psychiatrie générale de manière à améliorer les délais d'accès aux soins et à renforcer leur rôle pivot sur le territoire, le soutien à l'innovation, l'intégration des dispositifs de soins primaires avec les soins spécialisés et les accompagnements médico-sociaux, seront les leviers de demain.



GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS

- ARS** : agence régionale de santé
- CCOMS** : centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé
- CDCA** : conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
- CDS** : centre de santé
- CDU** : commission des usagers
- CLSM** : conseil local de santé mentale
- CPOM** : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
- CMP** : centre médico-psychologique
- CPTS** : communauté professionnelle territoriale de santé
- CTS** : conseil territorial de santé
- CSSM** : commission spécialisée santé mentale (des CTS)
- DAC** : dispositif d'appui à la coordination
- DT ARS** : délégation territoriale de l'agence régionale de santé
- MSP** : maison pluriprofessionnelle de santé
- PTSM** : projet territorial de santé mentale
- PRS** : projet régional de santé
- RAPT** : une réponse accompagnée pour tous
- RU** : représentants des usagers

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ⁽¹⁾ DURAND Bernard, « *Psychiatrie et santé mentale* », Perspectives Psy, vol. 58, no. 1, 2019, pp. 7-10
- ⁽²⁾ LAZARUS Antoine, STROHL Hélène, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale »*, Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, Délégation interministérielle au RMI, La Documentation Française, 1995
- ⁽³⁾ *Les Conseils locaux de santé mentale : état des lieux*, Centre collaborateur OMS (CCOMS Lille), juin 2015
- ⁽⁴⁾ *État des lieux national des CLSM*, Centre national de ressources et d'appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale, CCOMS Lille, 2018
- ⁽⁵⁾ *Cahier Acsantis n°2, DROITS ET PLACE DES USAGERS : DES LEVIERS DE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ – Offre de soins, parcours de santé, nouvelles organisations... de la démocratie sanitaire à la démocratie en santé*, Mars 2018. [Disponible en ligne : https://acsantis.com/wp-content/uploads/2019/04/05-cahier_2_-_droits_et_place_des_usagers.pdf](https://acsantis.com/wp-content/uploads/2019/04/05-cahier_2_-_droits_et_place_des_usagers.pdf)



acsantis



acsantis

ACSANTIS est un cabinet de conseil spécialisé dans l'accompagnement des acteurs de la santé. Créé en 2010, par le Docteur Dominique DEPINOY (médecin généraliste et Président d'ACSANTIS) et Sébastien BRIOIS (ingénieur spécialisé dans la e-santé et Directeur général) puis rejoint par Alec GUIRAL (associé, spécialiste des parcours en santé) et Sandrine HAAS (associée, économiste de la santé), il est composé d'une équipe aux compétences plurielles et complémentaires.

*Collectivités, Collectivités, Agences Régionales de Santé,
hôpitaux, établissements sanitaires, professionnels libéraux,
établissements médico-sociaux...
vivent de profondes mutations.*

La transition épidémiologique s'est traduite en quelques décennies seulement par la nette prépondérance des pathologies lourdes et chroniques et les parcours complexes qui les accompagnent, sans que la société et le système de soins ne s'y soient encore tout à fait adaptés.

Soucieux d'améliorer leurs propres modes de fonctionnement mais aussi de trouver de nouveaux équilibres notamment entre spécialisation et transversalité, les professionnels inventent de nouvelles façons de s'organiser.

Mieux informés et plus concernés que jamais par ces questions, les usagers témoignent de nouvelles attentes et exigences que les pratiques ou la gouvernance de la santé en France ne prennent que progressivement en compte.

Œuvrant, enfin, à renforcer sinon à préserver ou à restaurer leur attractivité et la qualité de leur cadre de vie alors qu'ils sont souvent confrontés à une baisse du nombre de praticiens dans leur région, les territoires cherchent, quant à eux, à mieux comprendre ces différentes tendances pour mieux les prendre en compte.

Concevant la santé à l'instar de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), non pas comme absence de maladie mais bien « comme un état de complet bien-être physique, mental et social », ACSANTIS est convaincu que c'est par la reconnaissance de l'ensemble de ceux qui le composent, leur bonne intelligence et l'articulation la plus fine possible de leurs compétences respectives, que le système de santé saura mener sa propre réforme, optimiser son fonctionnement et in fine poursuivre au mieux sa mission au service de tous et toutes. ACSANTIS a dédié son projet d'entreprise à l'accompagnement nécessaire, au plus près des acteurs, des évolutions du système de santé.

Les membres de l'équipe sont à l'image de cette pluralité d'intervenants et de problématiques, et comprennent notamment, outre les associés, un médecin de santé publique, des diplômés de Sciences Po Paris et Grenoble, un docteur en géographie de la santé, des diplômés du Master « pilotage des politiques et actions en santé publique » de l'EHESP, une sociologue de la santé, des diplômés des formations en économie de la santé des universités de Paris I et de Lille, ainsi que chaque année des internes en santé publique. Pour plus d'efficacité, l'activité est structurée autour de pôles: un pôle Soins primaires, traitant en particulier de l'organisation concrète des structures en exercice collectif, et des communautés professionnelles territoriales en accompagnement des porteurs de projets ; un pôle Territoires-Parcours-Évaluation travaillant sur l'articulation entre ville et hôpital, sur les stratégies territoriales et sur le parcours de soins des personnes souffrant de pathologies complexes ; un pôle e-Santé pour les questions de Systèmes d'information et d'innovation en santé.

*Ayant d'ores et déjà accompagné plus de 250 équipes, institutions
ou collectivités, ACSANTIS bénéficie aujourd'hui d'une connaissance
approfondie des défis de la santé en France.*

Nous sommes heureux de pouvoir la partager.



acsantis

ACSANTIS
15 rue du Caire
75002 Paris
Tél. : 01 42 33 04 83
www.acsantis.com