



Le Projet Territorial de Santé Mentale de la Sarthe

2026-2031

Octobre 2025



Sommaire

I. Contexte : Le PTSM de la Sarthe, un outil renouvelé et appréhendé pour replacer les usagers au centre de leurs parcours de vie

- 1.1 Contexte : l'inscription dans un cadre national résolument visionnaire et novateur en phase avec la vision départementale
- 1.2 Un diagnostic partagé des écueils et leviers du PTSM 1 pour construire un PTSM 2 resserré et opérationnel
- 1.3 Une mobilisation importante et multisectorielle
- 1.4 La communauté de santé mentale de la Sarthe : une expérience de gouvernance inclusive

II. Une stratégie départementale fondée sur des priorités de santé publique

- 1. Repérage précoce, diagnostic et accès aux soins
- 2. Parcours coordonnés et maintien en milieu ordinaire
- 3. Accès aux soins somatiques
- 4. Prévention de la crise et des urgences
- 5. Accès aux droits et lutte contre la stigmatisation
- 6. Promotion de la santé mentale

III. Un programme d'actions resserré à décliner jusqu'en 2031

- 3.1 Des actions transversales : formations, séminaires, et site internet de l'association PTSM 72
- 3.2 Une quinzaine d'actions par entrées thématiques majeures de santé publique pour alimenter le PTSM de la Sarthe

Annexe : Synthèse du PTSM 2

Glossaire



I. Contexte : Le PTSM de la Sarthe, un outil renouvelé et appréhendé pour replacer les usagers au centre de leurs parcours de vie

1.1 Contexte : l'inscription dans un cadre national résolument visionnaire et novateur en phase avec la vision départementale

La loi de modernisation de notre système de santé promulguée le 26 janvier 2016 engage à la mise œuvre d'une **organisation graduée** sur chaque territoire, modulant prévention et repérage, réorganisation des soins de proximité, accompagnement/insertion social(e) et droits des usagers.

L'article 69 précise l'intention du législateur en introduisant la **notion de « parcours » comme fondement de l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale**. Autrement dit, ce qui prévaut dans la prise en charge d'une personne vivant avec un trouble psychique est bien de la considérer dans la globalité de son existence : dans sa vie sociale, citoyenne, parallèlement à sa prise en charge clinique.

En outre, les textes relatifs aux PTSM consacrent un changement majeur de paradigme en inscrivant la **dynamique du rétablissement comme objectif principal d'un accompagnement**. L'approche centrée sur le rétablissement est d'ailleurs renforcée dès 2019 par l'instruction nationale de la DGOS relative au **développement des soins de réhabilitation psychosociale**, invitant à la promotion de cette approche innovante, centrée sur les ressources de la personne elle-même plutôt que sur ses difficultés, et laissant entrevoir par-là la possibilité de construire un projet d'avenir, qu'il soit professionnel, social ou d'ordre affectif.

Ce changement de curseur dans notre système de santé a marqué un tournant dans la politique de santé mentale à l'échelle nationale dont l'échelon départemental, en Sarthe, a su se saisir pour **créer une nouvelle modalité d'action publique, menée à l'initiative d'acteurs locaux de manière collaborative**.

Le PTSM de deuxième génération de la Sarthe est donc conçu comme une **action globale répondant aux besoins spécifiques et/ou pluriels de personnes vivant avec des troubles psychiques et leurs aidants**, partant du postulat que le but poursuivi par un PTSM est la promotion des capacités des personnes concernées, et leur insertion ou maintien dans une vie sociale et citoyenne choisie.

L'expérience des PTSM, façonnée par 5 années de recul, démontre que ce cadre qui réunit des expertises collectives multisectorielles et croise les savoirs académiques, professionnels et expérientiels, a favorisé sur notre territoire des réponses innovantes dans un contexte inédit de difficultés démographiques médicales accusées et persistantes, corrélées à une crise de l'attractivité en psychiatrie en particulier dans notre département.

Elaboré de mai à novembre 2025, le PTSM de deuxième génération a réactivé le maillage partenarial et renforcé les capacités d'écoute mutuelle entre acteurs des champs sanitaire, médico-social, social, les personnes concernées et leurs représentants.



Aussi, sans attendre la formalisation du projet de deuxième génération, les préconisations des textes réglementaires se sont muées en dynamiques territoriales.

Le concept de *recovery*¹ en santé mentale, développé aux Etats-Unis dans les années 70, a une forte convergence avec *L'Open Dialogue*², porté en Sarthe par une association d'usagers, l'association Plénitude 72, auprès des instances locales : tous deux envisageant le rétablissement comme un processus de résilience, fondé sur un réseau de soutien, l'autodétermination, et la capacité à considérer les troubles psychiques en se focalisant sur l'espoir de trouver un équilibre de vie. Cette idée du dialogue ouvert face à la crise psychique qui place le patient et son entourage au centre du protocole de soins, notamment dans une logique extrahospitalière a cheminé sur notre territoire jusqu'à s'inscrire dans notre projet de deuxième génération.

La logique de rétablissement dans la Sarthe s'exprime aussi dans le tissu associatif local avec l'accompagnement des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) au nombre de quatre, dans lesquels les usagers trouvent un espace de reconstruction/consolidation des liens sociaux.

L'UNAFAM, représentant d'usagers dont le leadership national est reconnu, contribue à cette évolution de perception et de pratiques en contribuant au recours et à la démocratisation des programmes de psychoéducation, tels que Profamille ou BREF.

Le PTSM de la Sarthe est en ce sens un **plaidoyer en faveur des projets d'insertion et de réhabilitation psycho-sociale, des parcours de vie, des parcours scolaires, de la santé mentale intrafamiliale**, notamment dans les interactions parents-enfants. La prise en charge en santé mentale centrée sur le sanitaire, s'il occupe une place importante et légitime, doit être élargie aux notions de bien-être, de qualité de vie, de prévention de la souffrance psychique, de climat scolaire, d'environnement familial. Aussi, le PTSM de la Sarthe vise-t-il l'accompagnement des personnes, en poursuivant des objectifs d'insertion ou de maintien dans une vie sociale et citoyenne par des biais multiples :

- Le maintien ou l'accès au logement ordinaire ou à l'hébergement adapté
- La continuité de la scolarité
- L'insertion professionnelle en milieu ordinaire ou protégé
- L'accès aux soins et aux instances de démocratie en santé

1.2 Un diagnostic partagé des écueils et leviers du PTSM 1 pour construire un PTSM 2 resserré et opérationnel

Le PTSM de la Sarthe arrêté le 13 avril 2019 pour une durée de cinq ans est arrivé à échéance en 2024, mais prorogé d'un an pour permettre une réflexion optimale sur l'organisation des actions

¹ Rétablissement, en français

² Concept développé en Finlande dans les années 80, dans un contexte de virage ambulatoire des soins institutionnels

en faveur de la santé mentale sur le département. Une prorogation qui s'explique principalement par l'impact de la crise covid.

Au titre de ses réussites, ce PTSM de première génération compte des actions phares en termes de **prévention primaire (P6)** qui ont permis de **renforcer la capacité de réaction des acteurs de terrain**.

Le département est marqué par une exposition préoccupante aux conduites suicidaires et une prévalence des états de détresse qui se traduisent par le taux le plus élevé de décès par suicide de la région Pays de la Loire. La fréquence de suicides s'avère aussi nettement supérieure à la moyenne nationale. En 2023, Santé publique France recense 921 passages aux urgences pour la Sarthe au motif de gestes suicidaires prenant en compte des indicateurs multiples tels que les lésions auto-infligées, les intoxications médicamenteuses, l'asphyxie d'intention non déterminée, l'auto-intoxication.



En croisant les indicateurs nationaux et régionaux, le taux de décès par suicide s'établit ainsi, mettant en évidence un taux anormalement élevé et une exposition significativement plus forte dans le département de la Sarthe.

Nombre de décès par suicide

France Métropolitaine	Taux standardisés ³ /100 000 habitants
Département de la Sarthe	19
Région Pays de la Loire	16
National (Hexagone+DROM)	13

Par ailleurs, certains groupes populationnels, comme les agriculteurs exploitants, les adolescents, les hommes de 75 ans et plus sont identifiés comme présentant des risques accrus de mortalité par suicide.

Pour penser la lutte contre le suicide, le PTSM 1 s'est appuyé sur les préconisations nationales pour élaborer sa stratégie de prévention primaire en direction des jeunes, avec une vigilance

³ Source : Bulletin de Surveillance annuelle des conduites suicidaires (Pays de la Loire), Santé publique France, 10 octobre 2025.



portée aux aspirants aux métiers de l'agriculture : sensibilisation d'un réseau de professionnels de proximité issus du monde rural (lycées agricoles, MFR...) au repérage précoce des signes de souffrance psychique d'une part ; d'autre part lancement d'une campagne de prévention du risque suicidaire (affichage dans les lieux accueillant du public, page internet PTSM72 répertoriant les dispositifs d'aide et de soutien).

La **prévention secondaire** s'est renforcée sur le volet de la **lutte contre la stigmatisation (P5)** par des formations proposées par l'UNAFAM permettant à l'entourage familial d'appréhender et d'acquérir des bases sur les troubles psychiques et les dépressions sévères et persistantes. Dans le même temps, les problématiques **d'accès aux soins somatiques (P3)** des personnes présentant des troubles psychiques, envisagées sous le prisme de la formation des professionnels de première ligne (médecins généralistes, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes...) à l'accompagnement de ces publics spécifiques, n'ont pas trouvé de portage. Les problématiques d'accès et de ruptures de soins, en particulier chez les publics précaires, sont toujours d'actualité sur le territoire et constituent un frein supplémentaire dans l'instauration du suivi psychiatrique.

La **gestion de la crise et de l'urgence (P4), prévention tertiaire**, reste une notion très investie en Sarthe mais qui reste à travailler, morcelée entre les principes de rétablissement (directives anticipées, plan de crise conjoint, l'appui des aidants sous-mobilisé), les ressources médicales mobilisables, les questions de conditions d'exercice pour les professionnels et d'accueil pour les usagers, les difficultés d'articulation entre l'EPSM de la Sarthe et les services d'urgence du Centre Hospitalier du Mans. Si la gestion de la crise est encore une question ouverte sur le territoire au regard des causes précitées, on note cependant que la crise est traitée par l'appui des professionnels de santé sous la forme d'équipes mobiles de psychiatrie (EMPP, EMPA, EMGP) qui interviennent auprès de structures sociales, associatives, centres d'hébergement, lieux de vie des personnes concernées tels que les structures médico-sociales (EHPAD, Foyer d'accueil médicalisé, Maison d'accueil spécialisée).

La volonté d'une **coordination de proximité (P2)**, appelant de ses vœux un cadre stratégique départemental, des territoires d'action spécifiques, l'organisation d'un partenariat entre psychiatrie et médecins généralistes, la mise en place d'outils partagés est restée une lettre d'intention du PTSM 1. En revanche, le **maintien en milieu ordinaire (P2)** sur l'axe du logement (accès/maintien et suivi sanitaire) a fait l'objet d'une convention de partenariat entre bailleurs sociaux, Le Mans Métropole, le Département, le CSAPA Montjoie, la DDETS, la DT-ARS, l'ADGESTI et l'EPSM pour apporter une réponse concertée et coordonnée aux situations d'incurie et au sans abris. De cette convention sont nées dix « plateformes médiation logement » couvrant l'ensemble du département du nord au sud et un dispositif santé social bâti départemental. Sur le volet santé, singulièrement le volet santé psychique de ces dispositifs, l'EPSM et l'ADGESTI travaillent en coordination en évaluant la situation (ESPM) et mandatant à domicile des psychologues (ADGESTI) chargés de réaliser des diagnostics, de mener des actions d'accompagnement jusqu'à la résolution de situation, entraînant la sortie du dispositif.



Le **repérage précoce des troubles psychiques (P1)** qui doit permettre la mise en place de prises en charge adaptées dès l'apparition des symptômes d'une pathologie pour éviter son aggravation s'exerce hors du cadre du PTSM 1. Si le territoire est reconnu pour sa montée en compétences dans le champ du repérage précoce, force est de reconnaître que le PTSM 1 ne s'est pas approprié ce périmètre. C'est par exemple par le biais de l'article 51 que le dispositif DIPPE, co-porté par l'ADGESTI et l'EPSM, reconnu comme incontournable dans la détection des troubles psychotiques, a été déployé. La plateforme départementale DEDICA qui agit pour le diagnostic clinique précoce de l'autisme travaille en réseau (CH du Mans, EPSM, PMI, CAMSP, médecins et pédiatres de villes, associations de familles...) sans lien direct avec le PTSM.

Les principaux constats et recommandations de l'évaluation sont de :

Rechercher des modalités de fonctionnement, d'organisation, de coordination pour garantir des parcours sécurisés et sans ruptures, en identifiant mieux les filières d'aval et d'amont, notamment dans le cadre des parcours complexes. Le manque de coordination entre acteurs intervenants en amont, pendant, et en aval d'une prise en charge a été une réflexion centrale et récurrente du PTSM 2 sur l'ensemble des 6 ateliers menés : l'amélioration des pratiques, l'économie temporelle dans l'accompagnement des personnes concernées, la meilleure connaissance des patients et de leurs antécédents médicaux sont conditionnées à une meilleure coopération entre les acteurs. Le morcellement des informations freine l'orientation du patient et de sa famille et entrave la réponse apportée.

Transformer l'organisation de l'offre de santé en renforçant le virage ambulatoire

Le virage ambulatoire engagé est à augmenter dans une dynamique d'*aller vers* pour assurer l'accès aux soins des publics les plus fragiles, mais aussi permettre une meilleure gradation des prises en charge et le désengorgement des urgences psychiatriques. Renforcer les actions de prévention, promotion de la santé et de lutte contre les addictions, notamment dans une vision décloisonnée entre les secteurs de l'addictologie et de la psychiatrie, apparaît également incontournable.

Changer de perspective et capitaliser sur nos capacités d'innovation

L'évolution démographique médicale est préoccupante, tant en médecine générale, qu'en psychiatrie et pédopsychiatrie, avec de fortes inégalités infra territoriales, et des effectifs actuels considérés comme critiques (22 psychiatres pour l'EPSM de la Sarthe pour une file active de 20 500 patients ; avec une moyenne d'âge des psychiatres de 55 ans). La structuration des soins de proximité et des services d'accompagnement, premiers maillons du parcours de santé, est une des conditions de la réussite du virage ambulatoire des structures sanitaires. Il importe donc de soutenir l'exercice médical de proximité, en consolidant cette offre de premier recours notamment par la formation des professions paramédicales et des professionnels de médecine générale, le renforcement de la prise en charge de proximité par les IPA, et le développement du dispositif *Mon soutien Psy*.



Structurer et mettre en œuvre une politique active de soutien aux aidants

L'essaimage des bonnes pratiques dans le soutien aux aidants est à noter dans le département, notamment sous l'impulsion de structures locales reconnues pour leurs pratiques inclusives ou leur leadership parmi lesquelles la délégation départementale de l'UNAFAM, l'ADGESTI et le CreHPsy Pays de la Loire. Mais la reconnaissance du rôle des aidants par les établissements de santé passe aussi par leur **écoute dans un dialogue équilibré**, leur **formation** et de développement de **structures de répit**.

Il importe aussi de **renforcer la prévention, la promotion de la santé, le repérage précoce en direction des adolescents et des enfants, notamment dans le champ de la périnatalité** et en prenant en compte l'ensemble facteurs de risques (environnement social et conditions de vie, environnement scolaire, écrans, réseaux sociaux, conduites addictives, vie affective et sexuelle, vie familiale, éveil culturel). Le PTSM de deuxième génération devra répondre à ces besoins notamment au travers d'une action prototypique sur le développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge sur un territoire donné, qui pourra servir de modèle de déploiement à d'autres zones géographiques et être promoteur de bonne santé mentale.

Du PTSM 1 très complet (voire trop complet), difficile à suivre et à mettre en œuvre, des enseignements ont été tirés, partagés par la gouvernance du PTSM, ses partenaires et la DT-ARS. Des résultats en demi-teinte du PTSM 1, **deux objectifs ont présidé à l'élaboration du PTSM de deuxième génération** : son **opérationnalité** et son caractère **réaliste**, donc réalisable. Il y a encore des solutions à construire pour répondre aux besoins persistants des usagers, des professionnels et acteurs bénévoles autour du pouvoir d'agir, de la coordination, de l'instauration d'un dialogue équilibré et d'une confiance partagée. Cette ambition d'un **PTSM resserré doit pouvoir garantir la mise en œuvre des actions, l'évolution des pratiques, la valorisation des efforts de chacun, et l'amélioration concrète de la vie des usagers et l'exercice médical dont le pivot semble de l'avis de tous la coordination**, capable de dépasser des limites identifiées dans cette articulation (appréhension faute de formation, stigmatisation de la psychiatrie, logiques corporatistes, cultures professionnelles différentes, poids des habitudes, cloisonnement...)

Prise en compte de la personne concernée

La prise en compte de la personne concernée passe par la reconnaissance de ses droits, le développement de démarches co-portées entre usagers et professionnels, son accompagnement gradué et respectueux de ses choix.

Logique de rétablissement

L'approche du PTSM 2, axée rétablissement, entend accorder une place centrale aux capacités de l'utilisateur à mener une vie satisfaisante, réassurer son parcours par un accompagnement visant son autonomie, et faire en sorte que le parcours de vie prévale sur la pathologie, malgré les limites induites par celle-ci.

« Aller vers »

L'approche d'« aller vers » implique une prise en compte des publics dits invisibles, pris en charge tardivement, souvent en situation de crise. Elle obéit aussi à la politique ambulatoire amorcée sur le territoire pour pallier la saturation des structures de soin.

Vigilance par segments populationnels

Avoir pour certains segments des approches partenariales centrées sur une population donnée du département, en agissant en amont sur les déterminants de santé. Pour la Sarthe :
Population jeune : périnatalité, enfants, adolescents
Population précaire, vulnérable
Sujet âgé

Attractivité des professionnels de santé

Compte tenu de la démographie médicale et paramédicale en Sarthe, il convient de travailler l'attractivité de la psychiatrie par la formation de nouvelles générations de psychiatres, et par une approche globale de cette spécialité, plaçant l'exercice médical dans une démarche articulée avec les autres acteurs de la santé mentale.

1.3 Une mobilisation importante et multisectorielle

Le but du PTSM a été d'instituer, en première intention, un dialogue entre établissements de santé, entre organisations professionnelles ou associatives, institutions (écoles) et usagers sur la base de compétences identifiées sur le territoire et de carences décelées.

La **diversité des acteurs de la santé mentale**, quel que soit leur statut (public, privé, associatif), leur mode d'exercice (salarié, libéral), leur domaine d'intervention (sanitaire, médico-social, social, prévention) est un **levier au service de la stratégie départementale de santé mentale pour améliorer la prévention, l'accès aux soins, l'appui à l'innovation et la qualité du système de santé à l'échelle territoriale**, en accompagnant les visions et les initiatives des partenaires, au-delà des projets d'établissements, des logiques de structures, et des considérations matérielles. La mise en œuvre du PTSM exige une action résolue de proximité et de confiance avec l'ensemble des acteurs.

Les **CLS** et **CPTS** sont également associés aux réflexions menées dans le cadre de l'élaboration du projet de deuxième génération. A ce titre, les communes et les intercommunalités, à la fois par leurs compétences et leurs liens de proximité avec les professionnels de la santé et du social et la population locale, sont des acteurs essentiels pour recenser les besoins de proximité, en adéquation avec le cadrage et les orientations du projet de deuxième génération. La **couverture géographique homogène du PTSM de la Sarthe, en lien avec les acteurs de proximité**,

permettra de valoriser les mesures locales préexistantes et de mieux répondre aux priorités communes identifiées, parmi lesquelles les inégalités infra territoriales de santé.

Développement territorial des CLS

Etat des lieux
des CLS en
Sarthe au 15
octobre 2025

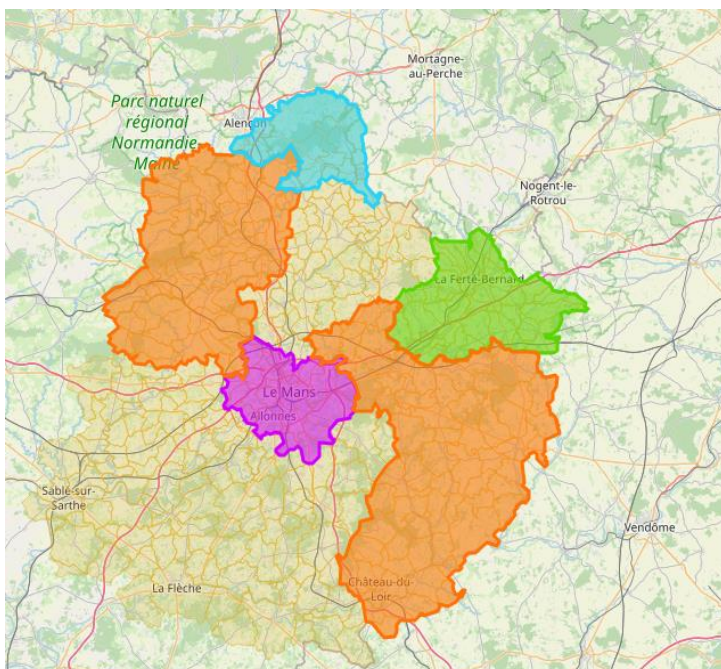
9 CLS signés



CLS Le Mans Métropole
CLS Val de Sarthe
CLS Loué Brûlon Noyen communauté
CLS Pays Sabolien
CLS Pays Fléchois
CLS Vallées de la Braye et de l'Anille
CLS Sud Sarthe
CLS Loir Lucé Bercé
CLS Champagne Conlinoise et du Pays de Sillé



Couverture territoriale des CPTS de la Sarthe

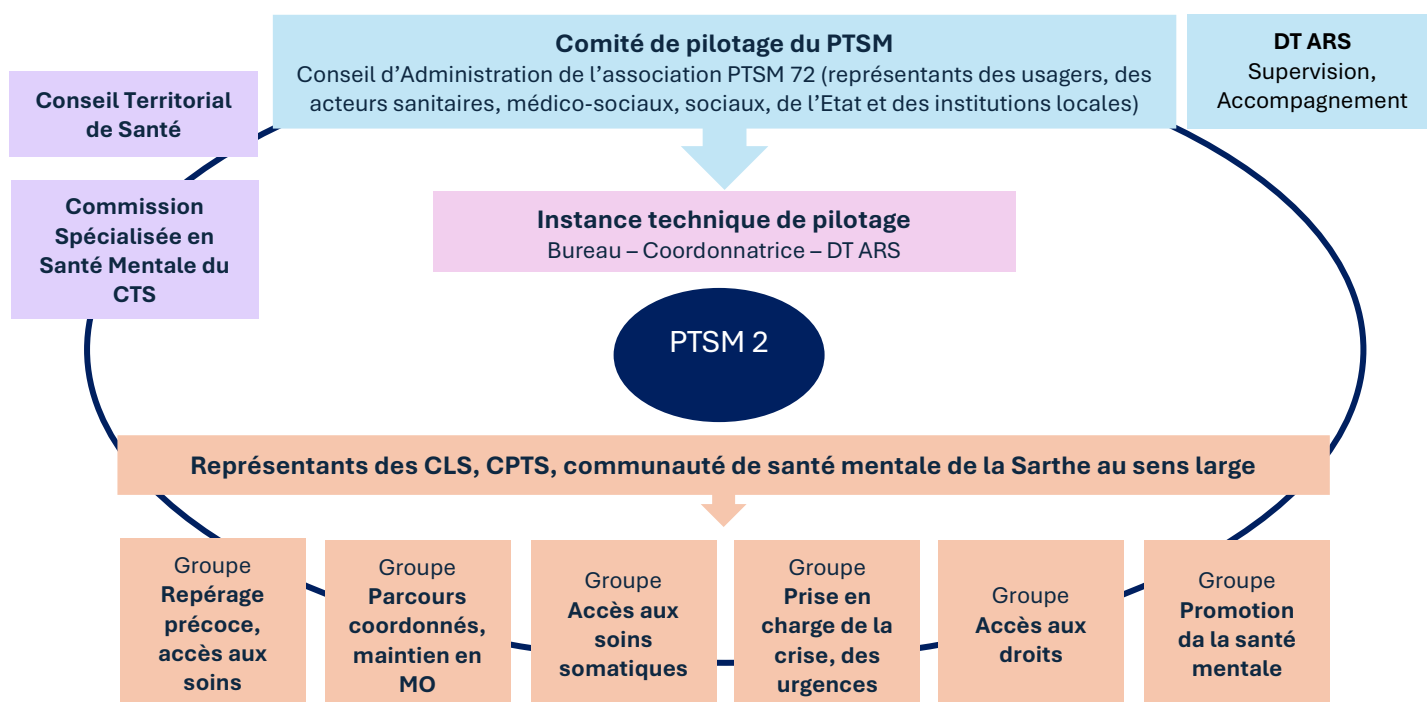


- CPTS Orne Centre Saosnois (côté Sarthe – 72)
- CPTS Anille Braye Loire Bilurien
- CPTS du Maine
- CPTS Le Mans Agglo
- CPTS Perche Emeraude

L'**adhésion de nouveaux membres qui souscrivent au PTSM** est aussi un élément de nature à souligner le dynamisme, l'attractivité de l'association et de manière plus générale la validité du projet conduit. La mobilisation territoriale autour des 6 ateliers organisés conjointement par la DT-ARS et l'association PTSM 72 pour construire le PTSM de la Sarthe pour les cinq prochaines années a été forte et accrédite cette assertion : 105 professionnels se sont rassemblés au service d'un enjeu de santé publique.

Ce modèle pourra évoluer selon les échanges et les dynamiques instaurées dans les groupes de travail qui feront vivre ce dispositif. Dans tous les cas, il s'agit de créer une culture commune, de favoriser l'interconnaissance entre les différents intervenants/structure du territoire, et de permettre la pérennité d'une logique partenariale autour du PTSM, notamment en cas de changement de personne.

Le modèle sarthois : des partenariats de proximité



1.4 La communauté de santé mentale de la Sarthe : une expérience de gouvernance inclusive

Le PTSM de la Sarthe a procédé à la création d'une **communauté de santé mentale composée de 4 collègues** sous la forme d'une association loi 1901 et sous la dénomination éponyme PTSM 72, qui forme le socle des participants aux travaux menés dans le cadre du PTSM et assure un pilotage pluriel de la démarche :



- Dans une logique ascendante conduite par les personnes concernées elles-mêmes, le **Collège usagers**, est surnuméraire par rapport aux autres formations. Ce choix s'explique par une volonté d'aller vers une pratique plus avancée de la participation des usagers, et de produire un PTSM détaché d'une vision unilatérale clinique, et ouvert aux alternatives et pratiques moins hospitalo-centrées. Les usagers peuvent ainsi mieux assumer leur positionnement, si bien que leur participation a pris une nouvelle dimension, notamment par la prise de responsabilité comme pilotes d'action.
- Le **Collège sanitaire**, représenté par l'EPSM de la Sarthe, est un interlocuteur central de la démarche dans la recherche commune de pratiques décloisonnées, de mécanismes relationnels qui induisent des coopérations.
- Le **Collège médico-social**, connu pour sa culture du dialogue, poursuit la stratégie participative initiée reposant sur une approche horizontale.
- Les élus garantissent l'audience et l'assise politique du projet. Le **Collège Etats-Collectivités** converge vers une approche qui installe les problématiques de santé mentale dans la cité, dans la sphère de discussion publique et politique, dans une vision circonstanciée qui se veut non stigmatisante. Ce sont des acteurs territoriaux ayant un rôle majeur à jouer sur les déterminants sociaux et environnementaux de santé.

Le **bureau du PTSM**, avec une présidence issue du collège médico-social, pose un **modèle d'instance technique ancrée sur le territoire**, forte de liens préexistants noués grâce à une **capacité d'écoute et de partenariats actifs et croisés** (institutionnels, professionnels de santé, acteurs du social et de la précarité, bailleurs sociaux, structures médico-sociales, tissu associatif local...), et **capable de créer une synergie** entre acteurs du sanitaire, du médico-social et du social, tout en réaffirmant la place des usagers dans le tissu institutionnel, souvent perçu comme trop technique.

La vitalité des instances est aussi assurée par un **lien privilégié avec la DT-ARS** qui constitue un **appui institutionnel, technique, partenarial** avant son rôle de supervision du PTSM, fixé par le cadre réglementaire du décret du 27 juillet 2017.



II. Une stratégie départementale fondée sur des priorités de santé publique

Les actions prévues dans le cadre du PTSM 2 coïncident avec les priorités nationales, correspondant à 6 groupes thématiques, en tenant compte à la fois des publics et des parcours des personnes en situation handicap ou de vulnérabilité psychique.

1. Repérage précoce, diagnostic et accès aux soins

Éléments contextuels issus des données mondiales et nationales

De nombreux pays, dont la France, ont renforcé leurs politiques de santé mentale dans le cadre du plan d'action mondial de l'OMS lancé dès 2013. Les projections sont cependant sans appel, et traduisent à la fois les insuffisances dans la recherche sur la santé mentale et notre difficulté collective à lever nos idées reçues sur certaines pathologies, occasionnant au mieux diagnostic et prise en charge tardifs, au pire une stigmatisation des sujets sur la base de préjugés. Ainsi, selon l'Organisation mondiale de la santé, « **les troubles mentaux, et plus particulièrement la dépression, représenteront d'ici 2030, la principale cause de morbidité dans le monde.** »⁴

En France, dès 2015, les chiffres de l'Assurance Maladie montraient notre difficulté à juguler la détresse grandissante de la population : au cours de l'année, **7,2 millions de personnes avaient recours aux soins pour un trouble psychique.**

Si l'on descend encore jusqu'à l'échelon régional, **plus d'un ligérien sur 10 est pris en charge pour des troubles liés à la santé mentale, plus de 3% des habitants sont pris en charge pour une affection psychiatrique et près de 9% avec un traitement régulier par psychotropes.**⁵ De juin à décembre 2024, le 3114, numéro national de prévention du suicide, a reçu 15 663 appels en Pays de la Loire.⁶

Un certain nombre d'indicateurs s'inscrivent dans un continuum et décrivent aussi les **inégalités sociales et territoriales, à l'échelle du département comme des facteurs aggravants** : le taux de personnes souffrant de troubles de santé mentale s'avère plus élevé chez les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS).

Au regard des données précitées, le repérage précoce des troubles psychiatriques dans la cité (milieu professionnel, familial ou scolaire) par les professionnels de santé, notamment la médecine scolaire, la santé au travail, la médecine générale et la pédiatrie est un enjeu majeur de santé publique identifié sous plusieurs angles et de longue date. Dans la Sarthe, les partenaires considèrent qu'il est essentiel de le penser comme un engagement continu, faisant le pont entre les secteurs du soin et les structures d'accueil, notamment quand l'état psychique du patient est stabilisé.

⁴ Centre de Ressource de Réhabilitation - Stigmatisation en santé mentale - CoDES 06

⁵ Santé mentale des habitants des Pays de la Loire -Diagnostic pour le 3^e Projet régional de santé, ORS Pays de la Loire, Juin 2023.

⁶ Santé Publique France. Conduites suicidaires en Pays de la Loire. Activité 2024 des dispositifs de prévention.



Données issues de l'atelier dédié à la priorité 1

Le territoire présente une dynamique encourageante en matière de santé mentale, mais les dispositifs en place sont jugés trop cloisonnés.

L'intervention précoce en santé mentale est un enjeu majeur pour prévenir l'aggravation des troubles psychiques et limiter le recours à l'hospitalisation psychiatrique. Sur le département l'ancrage et l'efficacité des dispositifs sont reconnus. Mais l'accès au diagnostic et à l'expertise reste inégal, et corrélé à la qualité de la coordination entre professionnels.

Le partage de diagnostic et travail en réseau est un axe de progression, à poursuivre dans le PTSM de 2^e génération. Le manque de coordination entre acteurs, l'insuffisance d'outils partagés, les carences en formation en santé mentale, la méconnaissance des structures entre elles nuisent à la continuité des soins.

Le développement du secourisme en santé mentale, programme de formation et de vulgarisation, est appréhendé comme un outil majeur dans la gestion de l'état de crise et la déstigmatisation des troubles psychiques.

Les cibles prioritaires

- ❖ En résonance avec les observations des acteurs de terrain et au-delà de la prise en charge psychiatrique, le repérage précoce des signes de souffrances ou de troubles psychiques dans les **périodes de grande vulnérabilité que sont l'enfance et l'adolescence doit aussi être un objectif prioritaire du PTSM.**

Face aux difficultés à appréhender les troubles psychiques, aux pratiques cloisonnées, la **formation et l'information sont citées de manière consensuelle, et les priorités convergent vers le jeune public** pour :

- Faire évoluer les représentations
- Outiller les professionnels en contact avec les jeunes/enfants au repérage précoce : PMI, crèches, haltes garderie sont autant de structures d'accueil qui doivent être formées à orienter les familles vers des services d'intervention précoce comme le SESSAD (dès l'âge de 18 mois)
- Développer l'approche proactive d'« aller vers » en intervenant directement dans les lieux de socialisation des jeunes enfants en renfort auprès des équipes sur place et des parents, à l'instar du CAMSP du Mans
- Réaffirmer le rôle des parents, de l'éducation nationale et des services de santé scolaire qui constituent des acteurs incontournables pour cette population, avec double enjeu de repérage et d'inclusion scolaire
- Soutenir la Protection judiciaire de la jeunesse (à la fois dans son rôle de protection des mineurs et dans celui des sanctions à leur rencontre)
- Soutenir l'ASE, dans un souci de proposer des réponses à des parcours de vie heurtés
- Rendre visible l'existence de dispositifs de prévention du risque suicidaire (ligne nationale 3114, programme Vigilans, formations proposées le GEPS...)



Pour le public jeune et très jeune, les enjeux de dépistage et de prise en charge précoce sont déterminants dans l'atténuation des troubles (injonction thérapeutique), la poursuite d'une scolarité sans ruptures (injonction éducative). La **périnatalité** reste cependant l'angle mort de la détection précoce. L'accompagnement des futurs parents y compris pendant la grossesse devrait faire l'objet d'une attention particulière en termes de prévention, d'accès précoce au dépistage et aux soins psychiatriques.

Problématiques évoquées par les jeunes lors des synthèses cliniques- MDA 72 ⁷

Situations évoquées lors des synthèses cliniques en 2023	Nombre de situations	Part dans l'ensemble
Conflits fam / Dysf Fam	174	19%
Genre	10	1%
Idées suicidaires / dépression	111	12%
Mal être	0	0%
Phobie scolaire / décrochage scolaire	43	5%
PTSD / stress post trauma	9	1%
TCA / anorexie / boulimie	67	7%
TDAH / hyperactivité	3	0%
Toxiques	10	1%
Troubles anxieux / phobiques / Toc	209	23%
Troubles de l'adaptation sociale / inhibition	30	3%
Troubles du comportement	56	6%
Troubles schizophrénique / psychose / troubles de personnalité	47	5%
Trouble spectre autistique / autisme	3	0%
Violences subies / agies	150	16%
TOTAL	922	100%

Age des jeunes accueillis – MDA 72

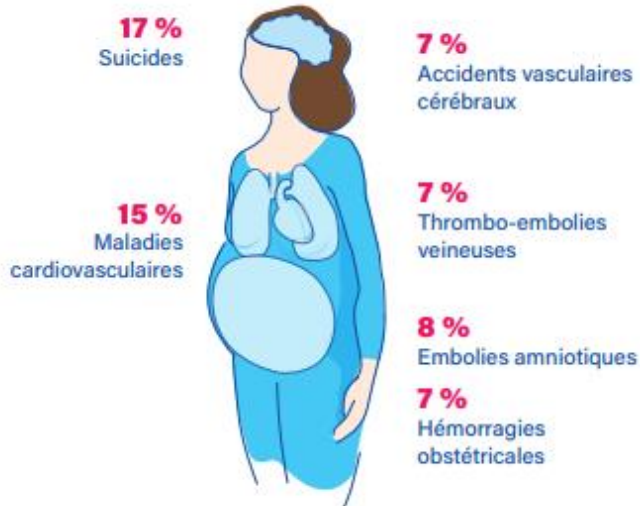
Préciser le nombre de personnes ayant	2019	2020	2021	2022	2023
Moins de 15 ans	740	604	669	574	807
De 15 à 21 ans	888	722	853	1298	1206
De 22 à 25 ans					1
Total (hors ne sait pas)	1628	1326	1522	1872	2032
Ne sait pas (ou non renseigné)	476	446	491		18
Age moyen des jeunes accueillis dans l'année	15	15	15	15	15

⁷ Source : Rapport d'activité 2023 de la MDA 72

Conséquences de la vulnérabilité en périnatalité⁸

Principales causes des décès maternels

(de la conception jusqu'à 1 an après l'accouchement)



SUICIDE

1^{ère} cause de décès maternel périnatal
(début de grossesse jusqu'à un an)

17% suicide maternel en période périnatale
soit

45 décès en 3 ans sur 272 décès dont

78% évitables

**1 décès maternel de cause psychiatrique
toutes les 3 semaines en France**

- ❖ Le **public de plus de 20 ans**, parfois marginalisé, ou en structure médico-sociale pour personnes en situation de handicap, doit aussi faire l'objet d'une attention particulière dans le repérage des troubles psychiques, avant l'évolution vers un trouble durable.
- ❖ La nécessité a été établie de conduire une réflexion de fond sur la **place de la famille et de l'entourage** dans le parcours de soins : leur implication dans l'accompagnement de leurs proches concernés par des troubles psychiques est un levier majeur de réussite.

L'accompagnement de ces aidants, dès les premiers signes de trouble, à travers des programmes psychoéducatifs, est jugée indispensable.

- ❖ Le **grand public apparaît aussi comme une cible prioritaire en termes en prévention**. Des lieux de vie et de sociabilité tels que les établissements recevant du public ou les entreprises, pourraient devenir des espaces de sensibilisation et de formation au secourisme en santé mentale. Parallèlement, les professionnels doivent bénéficier de formation en santé mentale pour actualiser leurs connaissances et renforcer leur efficacité sur le terrain.

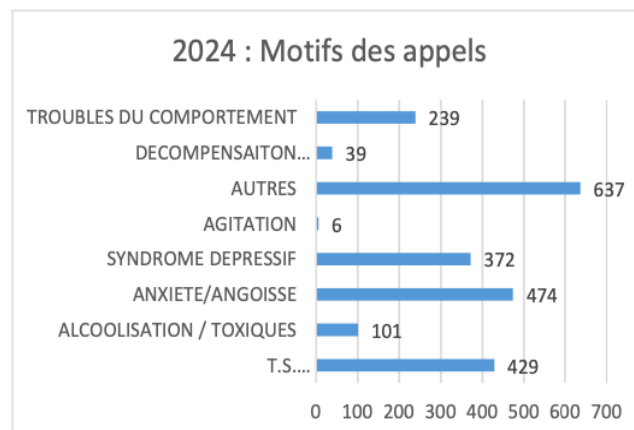
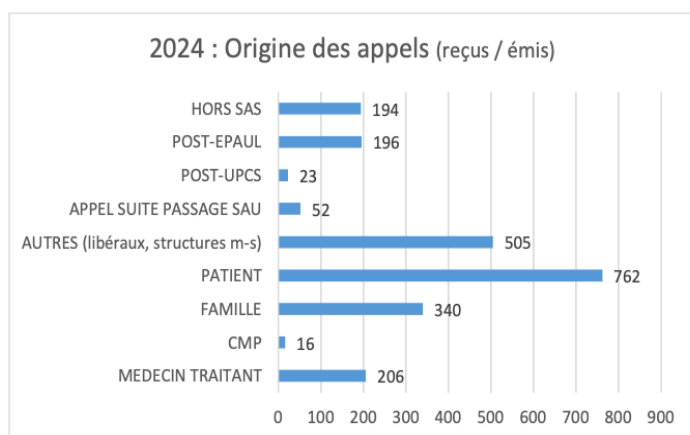
⁸ Source : 7^e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) 2016-2018
Rapport conjoint de l'Inserm et de Santé Publique France

Les moyens à y consacrer

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ont, de l'avis des acteurs, nettement renforcé leurs compétences, permettant une prise en charge dès 18 mois. Les professionnels de santé sont de plus en plus sensibilisés à la détection des troubles. Pour autant, cette capacité de repérage ne garantit pas l'accès à une évaluation. Les acteurs notent la détérioration de l'accès à une expertise.

- ❖ Pour faire face à l'augmentation des files actives, il est nécessaire de **renforcer les ressources humaines, de soutien, médicales et financières** :
 - Renforcement des Equipes mobiles de psychiatrie ou de prévention du suicide en intervention directe auprès des professionnels
 - Recours aux bénévoles associatifs et à l'entourage familial
 - Poursuite des efforts d'optimisation de l'accès aux soins de premier recours, notamment par l'intégration des IPA dans les parcours de soins
 - Valorisation des dispositifs ou filières d'orientation (DiRRE de l'EPSM, orientations préconisées par la MDA contribuant à l'amélioration de la coordination entre psychiatrie et médecine générale)
 - Développement de la télémédecine

Dispositif de Réponse Rapide d'Etablissement (DiRRE), Focus activité 2024⁹



- ❖ Les partenaires notent aussi l'importance de mieux **accompagner les sorties d'hospitalisation complète en psychiatrie** et de travailler davantage les **relais de prise en charge** entre professionnels de différents secteurs.

⁹ Source : EPSM de la Sarthe, Fiche projet Pépite – Dispositif de réponse rapide d'établissement



Si le maillage du secteur psychiatrique reste globalement efficace, l'absence de coordination est pointée comme une difficulté récurrente donnant lieu à des sorties d'hospitalisation sans compte rendu ou effort de liaison, mettant en lumière l'absence de lien entre les IDE des CMP et les infirmiers libéraux.

- ❖ Cette deuxième génération de PTSM est aussi l'occasion de **réinterroger le partenariat ESSMS/EPSM**, qui montre ses limites sur les situations complexes avec troubles du comportement hétéro-agressif. Le renouvellement des traitements psychiatriques (réservé aux psychiatres, gériatres, neurologues, trois spécialités en faible disponibilité sur le département), constitue un autre frein dans l'accompagnement des personnes, pour la médecine de ville.

Objectifs opérationnels pour décliner la priorité 1 du PTSM 2

- Dans une démarche d'« *aller vers* », développer une prévention précoce continue en direction des enfants, des jeunes et du grand public
- Rechercher des solutions d'accompagnement précoce post repérage, pour les cibles *enfants, adolescents et + de 20 ans* (adultes pour lesquels un diagnostic n'aurait pas été posé) :

En identifiant les relais de prise en charge de proximité, susceptibles d'orienter ou d'accompagner en fonction des troubles (CAMSP, MDPH, CAF, SESSAD, professions libérales, maternités, services de néonatalogie, services de pédiatrie, réseaux de périnatalités, secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, médecins libéraux et professionnels paramédicaux, libéraux, les services de la PMI, MDA...)

En informant sur les démarches, prestations et dispositifs mobilisables

En tenant compte de recommandations par tranches d'âge formulées par le PTSM 72

- (Formation professionnels de 1^{re} ligne et libéraux : voir actions transversales)



2. Parcours coordonnés et maintien en milieu ordinaire

Éléments contextuels issus des données régionales et départementales

Le PTSM de première génération a intégré la **notion de parcours** de manière consubstantielle, se fixant l'objectif d'améliorer le parcours de vie des personnes vivant avec un handicap ou un trouble.

Cependant, parmi les personnes prises en charge pour une affection psychiatrique, on observe souvent des **situations de polypathologies qui complexifient le suivi et la prise en charge**. D'après l'ORS, « parmi les personnes prises en charge pour une affection psychiatrique, une part importante d'entre elles, 34 %, sont suivies pour une autre pathologie chronique (ex : maladie cardiovasculaire, diabète, cancer, maladie respiratoire chronique...). Cette proportion est nettement plus faible parmi les habitants qui ne sont pas suivis pour une maladie psychiatrique (21 %, à structure par âge comparable). »¹⁰

Ces questions mettent en évidence les **enjeux majeurs de l'accessibilité de l'offre de soins de proximité spécialisés et l'exercice coordonné**, notamment par le **développement de nouveaux métiers** : IPA, assistants médicaux, case managers, médiateurs de santé-pairs.

Le **travail sur le cloisonnement entre santé mentale et santé somatique**, délétere tant pour l'espérance que la qualité de vie des personnes concernées, constitue une priorité en Sarthe.

Données issues de l'atelier dédié à la priorité 2

La mise à jour du diagnostic du PTSM 1 révèle un état d'avancement significatif des actions relatives à la Priorité 2, sur les volets « Maintien et l'accès au logement » et « Structuration de la filière psychotrauma », avec la volonté sous-tendue de promouvoir une approche globale de la personne.

Les partenaires indiquent que les actions destinées à accompagner la réhabilitation psychosociale et le maintien en milieu ordinaire de personnes souffrant de troubles psychiques sont lancées sur le département. La première génération de PTSM a donc jeté les bases de l'accompagnement vers un projet de vie choisi incluant rétablissement et inclusion sociale.

Il en est de même pour le soutien aux aidants et la coordination des parcours de santé, en particulier pour les cas complexes. Il semble donc important de poursuivre les démarches initiées et que soit renforcée la capacité des professionnels à travailler ensemble, tout en associant les patients et leurs proches aidants à la construction de cette dynamique de travail en réseau.

Actions non démarrées, mais populations à risques spécifiques mieux identifiées :

- Le parcours des populations spécifiques

¹⁰ Source : ORS Pays de la Loire, La santé observée, Juin 2023



D'une manière générale, les acteurs de la santé s'accordent à dire que les **parcours de soins sont mieux coordonnés, et limiteraient de manière effective les ruptures de parcours** : ce qui laisse entendre que des partenariats départementaux sont instaurés, associant la psychiatrie (EPSM de la Sarthe) aux structures sanitaires, sociales et médico-sociales pour favoriser le repérage et l'entrée dans un parcours de soins opérant.

A ce titre, les acteurs reconnaissent l'efficacité des **dispositifs de coordination** : Dispositif d'Appui à la coordination, Communauté 360, poste de coordonnateur de parcours, plateforme logement. Dans une appréciation similaire, les réunions de veille sociale sont citées en exemple car elles permettent de coordonner les soins avec les différents partenaires (EPSM, CCAS, CSAPA qui coordonne le soin en accord avec le patient).

Dans cette continuité, la **restructuration de l'EPSM permettra une meilleure couverture du territoire**, en facilitant l'accès aux soins et la coordination des professionnels de santé locaux. Le Service d'addictologie de la clinique Prémartine (EPSM) facilite les parcours coordonnés avec le **déploiement d'une double compétence coordination-orientation** adaptée aux situations de sevrage postcure et ambulatoire.

D'avis de professionnels, l'**approche globale est aujourd'hui davantage prise au sérieux**, notamment la prise en compte des liens sociaux analysés comme essentiels à la santé mentale. Ainsi, le soutien aux proches aidants a progressé avec le déploiement de BREF, dispositif psycho-éducatif et de soutien à destination des proches, proposé par l'UNAFAM en collaboration avec l'EPSM, ou encore par l'accueil des familles dans le cadre de cafés/rencontres. De manière générale, il est noté l'accélération de l'accès aux soins de rétablissement, et aux accompagnements.

Les participants à cet atelier notent aussi une amélioration du service hospitalier sur deux volets : la **réduction des hospitalisations inadaptées et le déploiement d'équipes mobiles comme alternative** (vers des structures d'accueil de jour ou en VAD). En outre, la filière psychotrauma apparaît comme structurée autour de dispositifs d'activation clarifiés par des procédures : CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique), équipe mobile psychotrauma...

Un manque global de communication hôpital-ville, de nouvelles modalités à définir

- ❖ Néanmoins une **détérioration des parcours de soins après hospitalisation**, au domicile, occasionnant une errance dans la coordination pour certains patients, est observée. Des outils tels que **des fiches de liaison** ou le **DMP** (Dossier Médical Partagé), sous réserve de l'obtention de l'accord du patient, semblent, dans ce contexte, réellement utiles et vecteurs de fluidification des parcours avec des degrés de responsabilité partagée. Le secret médical apparaît comme une entrave majeure à la coordination.



- ❖ A ce diagnostic s'ajoutent de **nouvelles modalités de communication à définir** autour du patient, principalement relatives à l'échange, au partage de données et aux délais de prise en charge d'entrée dans un parcours.

Le public senior : frappé d'âgisme

Une attention particulière serait à apporter au **public senior**, pour lequel il n'existe pas de parcours clairement identifié. Les dispositifs ne touchent pas tous les âges de la vie : l'échec dans l'accompagnement des personnes vieillissantes est pointé notamment sur les enjeux de la santé et du logement.

Permettre aux usagers de décider pour eux-mêmes, curseur du PTSM 2

Le postulat de départ dans les parcours de soins est de considérer les individus dans la société, dans leurs droits, et dans leur pouvoir d'agir. Les partenaires soulignent ainsi la nécessité de **replacer les dispositifs autour de la personne et de sa capacité à agir**, les patients ayant vocation à devenir des acteurs du milieu ordinaire.

Agir sur la société afin que chacun y trouve sa place

La notion d'inclusion trouve des modèles concrets d'expression dans le département. Le **maintien en milieu ordinaire s'appuie sur des dispositifs ou structures qui ont fait leurs preuves** : DEA, appui spécifique, Cap emploi, PCH, SAMSAH, convention TARMAC. Cette ambition se poursuit par une action en cours de déploiement d'interconnaissance/sensibilisation des acteurs de l'emploi à l'embauche et au maintien en emploi de personnes vivant avec un trouble ou une fragilité psychique. **Le maintien en milieu ordinaire a progressé, par obligation, faute d'hospitalisation.**

Si l'accès à un logement autonome reste une priorité quand l'état de santé le permet, force est de constater que les troubles complexes agrégés à une mauvaise santé mentale engendrent des problématiques de troubles de voisinage. Ainsi, une situation donnée convoque des acteurs multiples pour le maintien dans le milieu de vie, notamment quand il s'agit de garder son logement.

- ❖ Les partenaires du maintien en milieu ordinaire expriment leur difficulté à se mobiliser eu égard aux **délais d'attente, et à la difficulté à trouver des logements auprès des bailleurs sociaux et privés**. Est aussi dénoncé le cloisonnement des partenaires du maintien en milieu ordinaire et la difficulté à établir des liens entre les champs sanitaires et sociaux.



- ❖ **L'ambulatoire, l' « aller vers », les équipes mobiles** constituent, par l'évaluation des situations et les propositions de retour vers le soin, **des moyens de ramener ce public vers les professionnels de santé et les traitements adaptés**. Il est aussi souligné l'importance de la prise en compte de la personne dans son milieu de vie, et pas uniquement par le prisme des considérations médicales.

Objectifs opérationnels pour décliner la priorité 2 du PTSM 2

- Développer les fonctions/missions de coordination des acteurs et des parcours complexes de santé (y compris en santé mentale) en proximité (MSP, CPTS, CMP) en lien et/ou en subsidiarité avec le DAC72. Expérimenter cette coordination (psychologue, IPA en Santé Mentale) au sein d'une MSP, d'une CPTS et/ou d'un CMP
- Renforcer le pouvoir d'agir et l'autonomie des personnes concernées en développant/généralisant l'utilisation des directives anticipées par les personnes concernées et les professionnels santé (Mon Espace Santé, DMP) comme outil de prévention de la crise
- Poursuivre le déploiement d'actions de sensibilisation en santé mentale en direction de tous les milieux de la vie ordinaire (ERP, milieu ordinaire de droit commun comme les établissements publics à caractère administratif ou EPIC, services d'aide à domicile, acteurs sociaux, médico-sociaux).

Sous-objectifs :

- ✓ Sensibiliser les employeurs à l'intérêt d'une stratégie de recrutement ciblant des prérequis en santé mentale ou l'engagement à souscrire aux formations proposées en santé mentale (assistante sociale, infirmière...)
- ✓ Déployer des actions de sensibilisation en direction des professionnels (Ehpad, bailleurs sociaux...)



3. Accès aux soins somatiques

Eléments contextuels issus de données départementales, nationales et mondiales

La loi de modernisation de notre système de santé a jeté les bases d'une organisation territoriale de la santé mentale pour **rééquilibrer l'hétérogénéité/les disparités de répartition de l'offre de soins**, et pour **optimiser l'articulation entre soins somatiques et psychiatriques**. Deux décrets précisent la nécessité d'assurer une continuité des soins entre les différents professionnels (santé, social, médico-social) intervenants auprès d'un patient :

- La mise en place d'une **lettre de liaison remise au médecin traitant par le médecin de l'hôpital** (Décret n°2016-995)
- Les **catégories de professionnels du social et médico-social habilitées à échanger et partager avec les professionnels de santé** ; et les modalités de cet échange et de ce partage (Décret n° 2016-994).

Pour autant, l'accès des personnes concernées au système de santé rencontre encore des freins multi-factoriels.

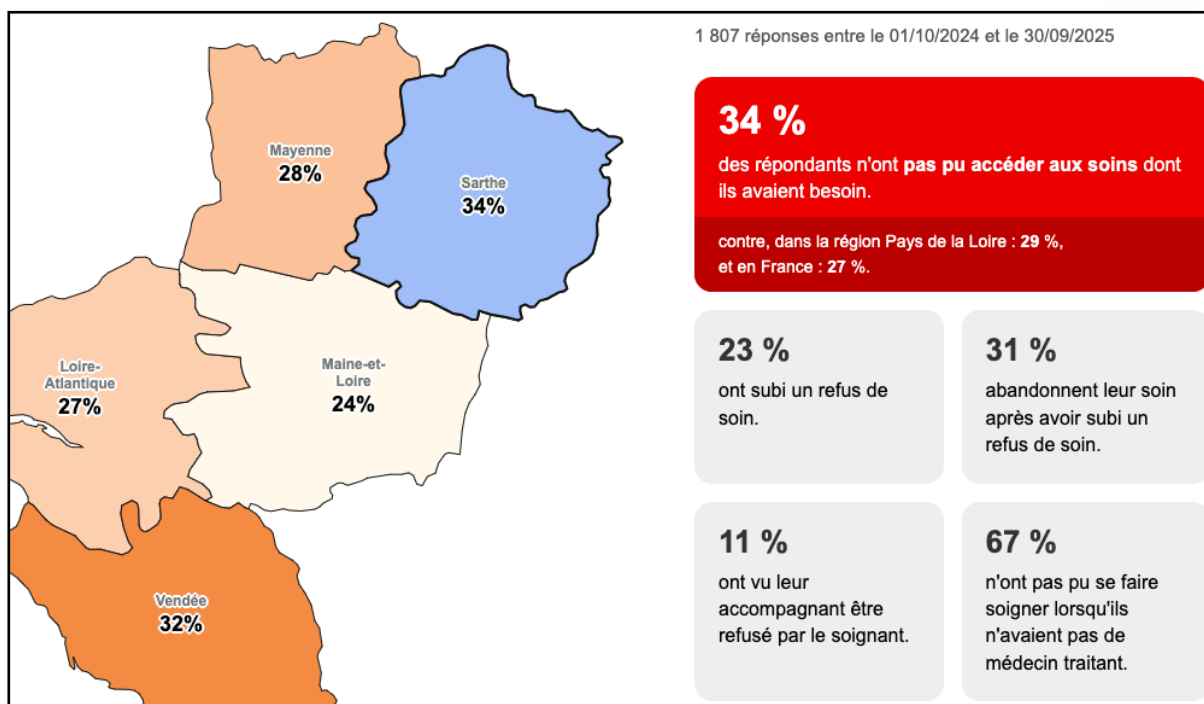
Si le PTSM de première génération n'a pas été investi pour travailler cette coordination, les travaux du PTSM de deuxième génération conviennent de l'importance de développer un exercice coordonné associant psychiatrie publique et professionnels libéraux, et plus largement l'ensemble des acteurs sociaux et médico-sociaux, susceptibles d'être concernés par cet effort de coordination.

En chiffres, les freins sont les suivants :

- La Sarthe compte aujourd'hui 12 psychiatres pour 100 000 habitants, ce qui la place nettement en dessous de la moyenne nationale des 23 psychiatres pour 100 000 habitants.
- Le baromètre Handifaction¹¹ explorant les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, voire l'impossibilité d'effectuer des soins et le renoncement à ceux-ci montre une situation critique en Sarthe, par rapport aux données recueillies en région et au national. Sur 1807 réponses enregistrées au cours des 12 mois derniers mois, 34 % des répondants n'ont pas pu accéder aux soins dont ils avaient besoin. Parmi eux, 23 % ont subi un refus de soin et 31 % finissent par abandonner leur démarche de soin après avoir subi un refus. Et 67% n'ont pas pu se faire soigner faute de médecin traitant.
- Par rapport à la population générale, l'espérance de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans et leur taux de mortalité est trois à cinq fois supérieur (OMS, 2015). Si cette surmortalité est en partie liée à des causes naturelles, notamment des maladies cardiovasculaires et des cancers, les nombreux obstacles à l'accès aux soins

¹¹ Source : baromètre Handifaction, site de l'Assurance maladie

somatiques des personnes vivant avec des troubles psychiques ont aussi un impact sur leur mortalité prématurée.



En outre, certains troubles psychiques gênent parfois la perception des symptômes somatiques (par exemple une plus grande tolérance à la douleur) ou conduisent le sujet à négliger des symptômes physiques, retardant ainsi une prise en charge appropriée.

Afin d'apporter une réponse thérapeutique globale et de qualité aux usagers, une coordination efficace entre psychiatrie et médecine de ville, est donc indispensable. Concrètement, ces données traduisent l'urgence à organiser une offre de soins somatiques adaptée aux spécificités de la maladie ou du handicap psychique, à l'instar du **dispositif Handipatient** du Centre Hospitalier du Mans.



Soins & handicap
Dispositif
d'accompagnement
#handipatient



Le dispositif handi-patient

Dans quels cas contacter l'équipe ?

- Anticiper et préparer la venue à l'hôpital d'une personne en situation de handicap ayant des besoins spécifiques
- Demander des conseils sur les prises en charges liées au handicap au sein du CH Le Mans
- Accompagner les équipes dans la prise en soin d'un patient ayant un handicap complexe
- Assurer le lien entre le Centre Hospitalier et les structures extérieures et/ou la médecine de ville

Qui peut nous contacter ?

- Le patient
- La famille, l'aidant, les associations...
- Les professionnels du CH Le Mans
- Les professionnels extérieurs qui vous accompagnent

Les différents handicaps pris en soin au CH Le Mans



Contactez-nous

Du lundi au vendredi de 9h à 17h

02 44 71 03 05
 (En cas d'absence, laissez un message, nous vous recontacterons)
 En interne : 10305
 handipatient@ch-lemans.fr

Centre Hospitalier du Mans
 194 avenue Rubillard
 72037 Le Mans cedex 9

Suivez-nous  ch-lemans.fr

Données issues de l'atelier dédié à la priorité 3

De l'avis de tous, il est indispensable de réaffirmer la place essentielle des professionnels de premier recours dans le parcours de santé des personnes. Pourtant, l'association des professionnels de santé libéraux (médecins traitants, pharmaciens, infirmiers, dentistes...) au suivi des patients traités demeure insuffisante.

L'approche globale de la personne pour éviter la rupture des soins somatiques et psychiques suppose de développer un travail en réseau avec tous les partenaires concernés, notamment en :

- Adaptant l'offre de soins somatiques aux spécificités de la maladie et du handicap psychique (dispositif Handipatient du CHM, offre de diagnostics et soins somatiques généralistes et spécialisés de l'EPSM)
- Organisant la continuité des soins avec le CMP, le psychiatre, en collaboration avec le médecin traitant, l'infirmier libéral, les accompagnants médico-sociaux
- Informant systématiquement le médecin traitant en cas d'hospitalisation (courrier à l'admission, compte rendu d'hospitalisation, ordonnance et modalités de retour à domicile post hospitalisation)
- Valorisant le potentiel des personnes malades ou en situation de handicap

L'accès au suivi somatique de manière coordonnée (médecine générale, soin somatique spécialisé, psychiatrie) est jugé très insuffisant sur le département. Le SMP apparaît néanmoins comme un acteur essentiel pour la prise en charge somatique des personnes en situation d'errance médicale, singulièrement les patients souffrant de troubles psychiques en ALD.



Accès aux soins somatiques

En Sarthe, l'état des lieux de la psychiatrie en termes de ressources humaines est accablant : les 25 psychiatres libéraux du territoire ont une moyenne d'âge de plus de 60 ans, sans perspective d'être remplacés ; *Mon soutien psy*, dispositif d'accompagnement psychologique chez un psychologue partenaire n'enregistre que 19 conventionnements. Or en 2050, il y aura 3 fois plus de patients psychiatriques à soigner. L'offre de soins est déficitaire, mais les besoins en augmentation constante.

Les dispositifs psycho-éducatifs (familles/patients) qui pourtant diminuent la réhospitalisation, le taux de suicide ou de décompensation (situation de crise) sont encore méconnus, et constituent des ressources sous-utilisées.

Les prises en charge somatiques sont complexifiées par l'accès impossible aux soins psychiatriques sur certaines zones du département. Conséquence aggravante : certains professionnels de santé, par manque de formation, répugnent à prendre en charge des patients ayant des troubles psychiatriques mais ne bénéficiant d'aucun suivi.

Les patients non stabilisés peu fiables sont écartés de fait de l'accès aux soins libéraux au motif de retards, ou de non-présentation lors des consultations. Les médecins traitants sont donc globalement moins enclins à accepter des patients psychiatriques. Le lien ville-hôpital apparaît comme un axe de travail évident pour une meilleure coordination et compréhension des patients. Les notions de **parcours** et « **d'aller vers** » cette population particulière de patients sont à prendre en compte : sous la question des rendez-vous manqués, se posent les questions de la mobilité du patient, et d'éventuelles entraves cognitives qui ont pu rendre la consultation impossible.

Coordination premier recours / psychiatrie

Si une amélioration notable dans les échanges d'information entre le milieu hospitalier et la médecine de ville est reconnue et admise, notamment par le recours au DMP (certains établissements ayant pris l'habitude de l'alimenter), il est à noter que la consultation de cet outil, permettant d'accéder rapidement aux données de santé du patient, reste encore aléatoire et que les médecins traitants ne savent pas toujours comment l'appréhender.

Les IPA en psychiatrie permettent de pallier, dans une certaine mesure, le manque d'accès à l'expertise psychiatrique sur certaines aires géographiques, mais les forces territoriales limitées en psychiatrie et le manque d'attractivité de la spécialité ne permettent pas d'avoir un modèle de coordination totalement opérant.

Les médecins hospitaliers, eux, signalent les problèmes de suivi et les risques de récurrences, entraînant des ruptures du parcours de soin. La polyvalence médicale des médecins urgentistes par déviation des tâches (décalage entre les missions explicites des médecins urgentistes - *poser un diagnostic, administrer les premiers soins, orienter* - et ce que les flux de patients psychiatriques les obligent à faire) occasionne leur mise sous tension et met en lumière des problèmes de formation et leur manque de compétences psychiatriques. Les médecins



hospitaliers sont des diagnostiqueurs qui subissent le défaut d'accès aux prescripteurs que sont les médecins psychiatres.

Cependant l'effectivité des concepts de coordination et de parcours de soins sur le terrain est améliorée par la création de postes dédiés de coordonnateur de parcours en MSP, et des démarches pluridisciplinaires coordonnées comme celles des CPTS, dans lesquels transparait la volonté de fédérer les professionnels autour de besoins territoriaux pré-identifiés.

Force est d'admettre néanmoins que le suivi du patient en psychiatrie est entravé par le déficit de l'offre médicale, les préjugés sur ces pathologies, l'accès difficile aux consultations, des cultures médicales différentes. De ce fait, la coordination entre le premier recours et la psychiatrie ne s'est que très peu renforcée. En effet, les principales entraves à la coordination relevées par les partenaires sont les suivantes :

- Le départ de nombreux médecins traitants et médecins psychiatres sans remplacement
- La fermeture de lits en psychiatrie créant une tension sur les urgences psychiatriques
- Le peu de partage d'information par l'EPSM (ex : DMP non alimenté par l'EPSM)
- Le constat que ces deux spécialités n'ont pas une compréhension identique de la coordination, et de la responsabilité dans la prescription
- La réticence des médecins traitants de prendre en charge des patients psychiatriques par manque de formation pour une prise en charge opérante
- L'appréhension différente de la médecine générale (la médecine générale de ville ne reconnaît pas l'activité de médecine générale à l'hôpital)
- Le retard dans l'utilisation d'outils partagés

Objectifs opérationnels pour décliner la priorité 3 du PTSM 2

- Interroger l'accès aux soins somatiques pour les personnes en fragilité psychique, dans le contexte de pénurie de professionnels en Sarthe
- Accompagner/inciter aux soins et prendre en compte les pathologies spécifiques constituant une entrave aux soins (perception biaisée de son état, insensibilité à la douleur...)
- Faire alliance avec le patient par l'obtention de directives anticipées en psychiatrie afin d'optimiser la prise en charge thérapeutique, et développer une coordination de parcours mutualisée entre CMP et médecin traitant (dans le respect des directives anticipées)
- Développer le lien entre médecin traitant, médecin psychiatre et le DAC 72 pour la gestion des situations complexes et pour lever les difficultés de renouvellement d'ordonnances complexes
- Favoriser l'interconnaissance entre la médecine hospitalière et la médecine de ville pour une prise en charge simplifiée des troubles psychiques



4. Prévention de la crise et des urgences

Eléments contextuels issus de données départementales, nationales et mondiales

Comme évoqué précédemment, le contexte d'exercice en Sarthe est très dégradé. Avant même d'aborder la question de « la prise en charge de la crise et des urgences », il convient d'évoquer les **crises intra et extra-hospitalières**, dues à la situation de **sous-densité importante de médecins psychiatres** (de 60 en 2014, ils sont passés à 25 en 2024, répartis entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte) et aux **carences de l'offre en première ligne**.

L'EPSM, sur lequel repose l'offre de psychiatrie publique, est confronté aux **besoins grandissants d'un bassin de population de 600 000 habitants**.

Cette crise, loin d'être endiguée, impacte par viralité d'autres établissements sanitaires : le **dimensionnement capacitaire de l'EPSM de la Sarthe en hospitalisation complète par rapport à son volume d'activité a des répercussions** sur les urgences du CH du Mans conduisant à un engorgement du service, et un blocage des consultations médicales en CMP (proposant notamment un « accueil non programmé ») dont les délais s'allongent.

En marche forcée, faute de ressources humaines, la Sarthe s'engage dans le virage ambulatoire. Pour éviter ces situations dans lesquelles une demande de soin ne peut être différée (détresse psychique aiguë, crise suicidaire, trouble du comportement, décompensation d'un trouble psychiatrique), **le PTSM de la Sarthe souhaite mener des réflexions sur l'amont, en appréhendant les solutions permettant de réduire les hospitalisations, notamment celles sans consentement**.

Données issues de l'atelier dédié à la priorité 4

Le CHM ne dispose ni de psychiatres attitrés ni d'une autorisation d'activité de psychiatrie. Cependant, dans cet établissement, est installée une unité dépendant de l'EPSM de la Sarthe (Unité Psychiatrique de Court Séjour) pour des patients dont la durée d'hospitalisation est courte (3-5 jours). Cette unité est sous la responsabilité de la psychiatre, cheffe de service de l'EPAUL (Equipe psychiatrique d'accueil d'urgences et de liaison).

Le Centre Médico Chirurgical du PSS (établissement privé du groupe Elsan) dispose de 56 lits de psychiatrie. Son service de psychiatrie accueille des patients adultes en hospitalisation complète et en hospitalisation à temps partiel. L'unité dispose de 5 médecins psychiatres et d'une équipe spécialisée pour les urgences post-traumatiques. Cette unité, composée de psychiatres libéraux auxquels on ne peut pas imposer une patientèle, ne prend pas en charge les patients relevant de la psychiatrie d'urgence. Le PSS fait valoir ses problématiques propres (sociales, comorbidité) et le statut de ses psychiatres (libéraux) non soumis aux astreintes. Aussi l'établissement ne s'engage-t-il pas à faire des permanences de soins urgents, d'où les transferts vers le CHM.



Plusieurs manques ou besoins identifiés lors du diagnostic du PTSM1 sont toujours d'actualité parmi lesquels :

- Le défaut d'information entre acteurs, singulièrement dans les moments transitoires
- Un appui insuffisamment recherché auprès des aidants et du cercle associatif des usagers (entourage, GEM...) en matière de repérage et de gestion de l'urgence
- Le défaut d'harmonisation de pratique (défaut de langage commun, hétérogénéité des réponses apportées entre les différentes zones du territoire)

De même, la récurrence de la réponse hospitalière face aux crises urgentes invite à questionner l'organisation des soins de crise existants, et à identifier les différentes situations de crise de manière critériée. Enfin, l'organisation d'une voie de sortie dédiée (par un accompagnement social ou médicosocial) pour éviter les ruptures de parcours de soins post hospitalisation n'est pas effective.

Accueil de la situation d'urgence ou de la crise en Sarthe

Dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique incluant l'hospitalisation, l'objectif principal est de promouvoir le rétablissement, de la gestion de la crise au développement d'alternatives. Or il apparaît qu'en raison de l'activité actuelle intense, le passage aux urgences n'est pas le lieu adapté à la prise en charge de toutes les situations de crise.

L'augmentation du besoin en hospitalisation en santé mentale est telle que 20 patients sont constamment en attente d'hospitalisation complète aux urgences du Mans. L'ouverture des 29 lits capacitaires par l'EPSM est une avancée réelle qu'il conviendrait donc de maintenir et renforcer.

La situation de crise semble globalement moins bien prise en charge. Les passages aux urgences semblent plus systématiques qu'auparavant, et les durées de séjour vont en s'allongeant. Les urgences en clinique n'assurent pas la prise en charge de la psychiatrie, en miroir l'EPSM est aussi en difficulté pour assumer cette mission. A noter cependant que le Pôle psychiatrique d'urgence de l'EPSM, basé à l'hôpital du Mans, propose une prise en charge dans les 48h depuis le 4 avril 2025. Des consultations avancées, par détachement de psychiatres du CH d'Angers vers la Sarthe, viennent répondre aux situations d'urgence. L'offre de soins est aussi assurée par les CMP et les consultations ambulatoires organisées par le Pôle ambulatoire de l'EPSM, ainsi que par l'équipe mobile de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile, le SPPID (équivalent à l'hospitalisation à domicile mais en psychiatrie, le SPPID ayant les mêmes obligations qu'un établissement de santé).

Le manque de psychiatres et de lits, le manque d'harmonisation des pratiques en termes de communication et de transmission des informations sur la patientèle pour évaluer la gravité des situations complexifient la décision d'orientation, et occasionnent un recours déréglé aux



urgences. Si bien que les urgences sont devenues la porte d'entrée de tous les parcours de soins, même non urgents.

Pour le secteur ambulatoire, les professionnels notent l'incapacité des CMP à coordonner et à prendre en charge les patients présentant de forts troubles du comportement ; et font état d'une « situation de retrait ».

Deux dispositifs de l'EPSM permettent néanmoins de répondre aux situations d'urgence :

- La filière psychiatrique du **SAS** (Service d'Accès aux Soins) est l'exemple d'une coordination ville/hôpital réussie à la fois pour les demandes d'intervention en urgence, la réorientation d'une situation pour aide de terrain et pour l'accès aux soins ambulatoires ou hospitaliers.
- Le **DiRRE** (Dispositif de Réponse Rapide d'Etablissement aux demandes urgentes des professionnels de santé, sociaux, médico-sociaux) permet une orientation validée par un psychiatre sous 24h. C'est un dispositif exploité dans l'accueil des situations d'urgence ou de crise pour les adultes, son extension aux enfants et adolescents paraît souhaitable. Néanmoins, le DiRRE est mal connu des acteurs.
- D'autres dispositifs viennent en complément des dispositifs précités tels que le n° d'urgence 3114, les urgences médico-psychologiques (équipes présentes sur le CHM et le PSS), la Cellule d'Urgence médico-psychiatrique (CUMP) spécifiquement formée à la prise en charge du psycho-traumatisme qui intervient sur place en immédiat ou post immédiat (48 à 72 heures après l'événement).

Anticipation de la crise et de ses conséquences

La démographie médicale sinistrée en ville et à l'EPSM est contraignante pour le repérage, l'orientation, les prises en charge, la coordination du parcours et les possibilités d'ouverture capacitaire. Si bien que les **situations de pré-crise sont facilement orientées vers les urgences**, et qu'inversement l'absence de coordination à la sortie d'hospitalisation avec les acteurs du domicile ne permet pas le suivi des patients.

Le peu de disponibilités pour des réponses en aval de la crise (suivi CMP/ Psy) et le manque de formation des acteurs extra hospitaliers (IDEL libérales, médecins traitants, professionnels de santé paramédicaux...) ne permettent pas d'identifier les signaux d'alerte.

Le PTSM de deuxième génération se consacrera donc au **travail de l'amont de l'urgence psychiatrique dans une démarche de prévention, au développement de mesures d'anticipation en psychiatrie**, avec le double objectif d'éviter les ruptures de parcours liées à la crise et de réduire les hospitalisations, singulièrement celles sans consentement.



Parallèlement, le volet « Formation » du PTSM 2 aura la charge de développer l'éducation thérapeutique des patients, des programmes de psychoéducation à l'endroit des proches aidants (programmes ayant montré leur efficacité à la fois dans l'amélioration de la qualité de vie et la morbidité liée aux pathologies de nature psychique) et de favoriser l'expression des souhaits des usagers par des directives anticipées en psychiatrie, dans l'hypothèse où ils ne seraient pas en mesure de consentir du fait de l'émergence d'une crise.

Objectifs opérationnels pour décliner la priorité 4 du PTSM 2

- **Construire des outils de travail partagés pour limiter les hospitalisations**

Outil 1 Travailler des fiches réflexes, au même titre que les directives anticipées en psychiatrie, pour anticiper la crise et éviter l'hospitalisation. Ces fiches de suivi du patient et de recommandations en cas de crise devront être accessibles aux aidants, à la famille, aux acteurs associatifs et du domicile dans une logique de conduite à tenir. Informer usagers, entourage et partenaires le plus largement possible.

Outil 2 Mettre en place un CREX (Comité de Retour d'Expérience) dans une démarche d'analyse collective pour s'interroger en équipe sur ses pratiques, l'organisation des soins, et améliorer la sécurité des patients. **Démarche : échelle départementale inter-établissements avec pair-aidance, représentants d'usagers et GEM.**

Outil 3 Formaliser les démarches partenariales entreprises dans une convention entre le GHT (Groupement Hospitalier de Territoire : CHM, EPSM, PHGSN, PSSL, CH de Saint-Calais, Montval, Le Lude), les Ehpad, les établissements médico-sociaux et les établissements de santé privés. Cette convention devra aussi **formaliser la représentation pleine et entière des représentants d'usagers.**



5. Accès aux droits et lutte contre la stigmatisation

L'accès aux droits constitue un fil rouge dans le parcours de vie des personnes concernées prenant en compte leur état de santé, leurs limitations et potentialités. Les entraves à l'exercice des droits auxquels elles peuvent prétendre sont multiples : **distance socio-culturelle entre professionnels de santé et personnes en situation de vulnérabilité psychique, accessibilité géographique, démographie médicale.**

Un taux de patients en soins sans consentement supérieur à la moyenne nationale

Par ailleurs, le consentement aux soins est appréhendé comme un des principes fondateurs de la pratique médicale, supposant la capacité de jugement entière du patient. Conséquemment, le législateur a prévu la **possibilité de recourir à des soins psychiatriques sans consentement lorsqu'est démontrée l'impossibilité du patient à consentir aux soins** en raison de troubles ou pathologies psychiatriques.

Dans notre département, l'accès critique aux soins de proximité conduit inexorablement à une prise en compte de patients en soins sans consentement dans une proportion très supérieure à la moyenne nationale.

En Sarthe, **la moyenne des hospitalisations sans consentement à l'EPSM se maintient par rapport à 2023 et est supérieure (70 %) à la moyenne nationale (30 %).**¹²

Eu égard à ce nombre élevé de mesures de soins sans consentement, et dans l'objectif de la préservation de la dignité des personnes concernées, les bonnes pratiques (notamment de promotion de la pair-aidance) doivent être largement diffusées pour contenir cette tendance, et réussir in fine à réduire le recours aux restrictions de liberté.

Si le PTSM de première génération s'est engagé sur le renforcement du pouvoir d'agir des personnes concernées, il n'a pas traité la limitation des mesures de coercition. **Le projet de deuxième génération doit porter l'ambition d'une sortie de crise de la psychiatrie en Sarthe garantissant le respect des droits des patients.**

¹² Rapport de 2^{ème} visite de l'EPSM de la Sarthe par le contrôleur général des lieux de privation des libertés, du 4 au 14 décembre 2023



Recommandation du contrôleur général des lieux de privation des libertés, décembre 2023.

Recommandation 4

Les soignants doivent bénéficier de formations spécifiques portant sur les droits des patients hospitalisés sans leur consentement ainsi que sur les mesures d'isolement et de contention.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que « l'évolution des Ressources Humaines, notamment médicales, a conduit à la diminution des compétences soignantes spécifiques en santé mentale. Le renouvellement des professionnels paramédicaux avec de jeunes diplômés, novices en psychiatrie, ne bénéficie par de transmission par les pairs expérimentés. Parallèlement, l'EPSM de la Sarthe connaît une complexification des prises en charge, en hospitalisation. Fort de ce constat, l'Institution se dote d'un plan de professionnalisation des pratiques qui a pour but de réactualiser le plan de formation en le spécialisant davantage et le complétant, notamment sur les droits des patients. Exemple ; Formation TOPO n°3 relative aux directives anticipées ».

Les nouveaux arrivants ne sont pas tutorés. Il n'existe aucune supervision ce qui pèse sur les équipes d'après les professionnels interrogés qui expriment un manque de « sens clinique » à leur action.

Données issues de l'atelier dédié à la priorité 5

La mise à jour du diagnostic du PTSM 1 révèle que les programmes de soins psychiatriques sans consentement n'ont pas fait l'objet d'actions ou de réflexions spécifiques. En cela, l'actualisation du PTSM de la Sarthe devra mieux garantir l'accès aux droits des personnes, en considérant l'absence de consentement comme l'exception et, en cas de soins contraints, en associant le sujet aux décisions le concernant dans la mesure du possible.

Des actions de démocratie en santé mentale ont été lancées dans le cadre du renforcement du pouvoir d'agir notamment par l'intégration des usagers dans les instances et la valorisation de l'expérience du vécu avec la maladie : CSSM (Commission Spécifique Santé Mentale), CLSM (Conseil Local en Santé Mentale), Collège usagers du PTSM 72 (association porteuse du Projet Territorial de Santé Mentale de la Sarthe), surnuméraire par rapport aux autres collèges.

Enfin, sur le volet de l'information et de la sensibilisation sur les troubles psychiques, des actions en direction du grand public, et de professionnels en contact des personnes souffrant de troubles psychiques ont été menées et reconduites : SISM (Semaines d'Information sur la Santé Mentale), formations PSSM (Premiers Secours en Santé Mentale).



Droits des usagers

Les partenaires s'accordent à dire que les personnels hospitaliers sont mieux formés et parviennent à identifier une **amélioration notable sur trois axes dans la prise en charge hospitalière sarthoise : l'écoute, la sollicitation et la recherche de la participation des personnes concernées.**

Dans le même temps, la coordination entre acteurs est en progression. Dans le champ de l'implication des personnes et de la reconnaissance de leur savoir expérientiel, on note **l'acceptation et l'ouverture du personnel soignant à d'autres méthodes**, réputées plus douces dans lesquelles la distance thérapeutique est abolie et le patient acteur de son propre rétablissement.

Dans la continuité des efforts poursuivis dans la prise en compte de l'avis des patients, les **espaces d'apaisement, de modulation émotionnelle sont reconnus comme étant des outils améliorant les capacités de gestion des troubles anxieux, l'alliance thérapeutique avec le soignant, et le bien-être général. L'essor de ces espaces peut être apprécié comme une alternative aux mesures d'isolement et de contention dans la cadre de soins psychiatriques.**

Parmi les réussites à sanctuariser et à pérenniser, les partenaires citent la formation PSSM, la formation en direction des étudiants de l'IFSI, et la diffusion des actions SISM sur l'ensemble du département, notamment dans les zones rurales généralement moins touchées par ces initiatives. Ils préconisent aussi d'étendre ces formations aux agents territoriaux susceptibles de recevoir du public, aux agents de police, aux gendarmes, aux pompiers, au SAMU, aux médecins généralistes et personnels paramédicaux.

En revanche, une **disparité est observée entre les milieux urbains et les milieux ruraux dans le respect des droits des usagers**, avec des causes multifactorielles parmi lesquelles la difficulté de prise en charge et les inégalités d'accès aux soins hospitaliers, le défaut de mobilité qui complexifie l'application des droits corrélé au facteur de la distance comme déterminant dans le recours aux soins hospitaliers, et un accès à la médecine de ville de plus en plus rare. En miroir, la consommation de soins en milieu urbain est mécaniquement plus importante.

Information / sensibilisation sur les troubles psychiques

La crise sanitaire du Covid-19 a contribué à déstigmatiser l'expression « santé mentale ». Le développement de la pair-aidance, mieux reconnue et acceptée, contribue aussi à informer et vulgariser l'éventail des troubles psychiques qui sont compatibles avec un parcours de vie.

Cependant, ces inflexions intéressent un public déjà sensibilisé et acquis à cette cause. Le changement de perception relatif aux troubles psychiques s'inscrit dans un processus plus long, même si des actions itinérantes « d'aller vers » auprès du grand public, dans une démarche d'acceptation des troubles d'ordre psychique, sont déjà portées sur le territoire.



Perspectives et points de vigilance pour le PTSM 2

Les écueils du PTSM 1 dans la limitation des mesures de coercition montrent la nécessité d'une transformation durable des pratiques professionnelles. **La sensibilisation, la formation, et la généralisation de la pair-aidance comme soutien et atout pour faire évoluer celles-ci sont identifiés comme objectifs concrets du projet de deuxième génération.**

D'autre part, les acteurs reconnaissent le bien-fondé et l'impact des GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle) dans l'inclusion des personnes concernées dans la vie sociale et citoyenne. Leur philosophie, fondée sur les notions d'entraide, de pair-aidance, de renforcement du pouvoir d'agir, concourt au bien-être des personnes et constitue un véritable levier de prévention de l'exclusion sociale. Le PTSM 2 aura aussi pour ambition d'**objectiver les bienfaits de ces structures dans une logique de rétablissement.** Leur action, sans se substituer aux prises en charge sanitaire et médico-sociale, doit être **reconnue et envisagée en complémentarité de l'offre d'accompagnement des structures médicalisées.**

Avec plus de 82 adhérents pour l'un (ce qui fait du GEM Tejira le plus fréquenté de Sarthe et représente, à la lecture du cahier des charges de L'ARS, deux fois la taille d'un GEM), et 60 adhérents pour l'autre, les animateurs des GEM Tejira et Loisir seraient confortés dans leurs actions en faveur des usagers et retrouveraient du temps d'animation (tout en poursuivant leur engagement dans les instances) en bénéficiant d'un renfort en ressource humaine, soit 1ETP à se partager entre les 2 structures.



GEM de la Sarthe, données issues des rapports d'activité 2024

	Nombre d'adhérents	Nombre de visite à l'année	Implication dans les instances en Santé mentale (CLSM, CSSM, PTSM)
GEM LOISIR LE MANS AGGLO	60	282	<p>Forte implication et représentation dans toutes les instances de démocratie en santé mentale du département, portage d'action de formation et sensibilisation auprès du grand public et des établissements accueillant du public.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membre du CA du PTSM dans la formation « Collège usagers ». Participation au groupe de travail « Accès aux droits, lutte contre la stigmatisation », en tant que contributeur et administrateur du PTSM • Membre du Copil restreint du CLSM ; et participation à des actions de formation et sensibilisation en direction des agents de la ville du Mans et dans le cadre des SISM • Invité permanent de la CSSM depuis 2 ans
GEM TEJIRA LE MANS AGGLO	82	140	<p>Forte implication et représentation dans toutes les instances de démocratie en santé mentale du département. Pilote d'action de sensibilisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membre du CA du PTSM dans la formation « Collège usagers ». Participation au groupe de travail « Accès aux droits, lutte contre la stigmatisation », en tant que contributeur et administrateur du PTSM • Membre du Copil restreint du CLSM • Invité permanent de la CSSM
GEM LE BON ACCUEIL SUD SARTHE (antennes La Flèche/Sablé)	59	95	
HAUT GEM NORD SARTHE (antennes Mamers/La Ferté-Bernard)	50	193	

Objectifs opérationnels pour décliner la priorité 5 du PTSM 2

- Faire évoluer les pratiques des professionnels, et mieux prendre en compte la parole des usagers, en développant la pair-aidance en santé mentale dans tous les secteurs (sanitaire, médicosocial, social), avec le soutien du Crehpsy.
- Associer les GEM aux soins de réhabilitation en travaillant l'articulation GEM-CMP
- Déployer des actions d'« aller vers » le grand public (ex : SISM, Forum des associations)

6. Promotion de la santé mentale

① Campagnes d'affichage et de prévention du risque suicidaire (PTSM 72 – réseau partenarial)

② Semaines d'Information sur la Santé Mentale (UNAFAM-EPSM de la Sarthe)



③ Formation Premiers Secours en Santé Mentale, module Jeunes ou Standard (ADGESTI)



En matière de promotion de la santé mentale sur le territoire, les acteurs ont investi le champ de la **prévention primaire**, en s'adressant spécifiquement aux personnes en situation de vulnérabilité ou de souffrance psychique et à leur entourage familial, social, professionnel, susceptible de détecter des comportements possiblement suicidaires et de dispenser les premiers secours en santé mentale.



En revanche, les **actions d'éducation en santé visant le développement d'habiletés indispensables pour faire face à des problèmes sociaux, relationnels, de santé**, tels que la recherche de l'identité sexuelle, les violences psychologiques et sexuelles, l'éclatement de la cellule familiale, **n'ont pas été investies dans le PTSM 1**. Des initiatives locales, hors du cadre du PTSM, ont émergé pour répondre à des besoins ponctuels de territoire, sans espace de coordination :

- Sensibilisation et apport de connaissances sur les facteurs de risque et la notion de protection en santé mentale en milieu scolaire
- Comité local de prévention des violences intrafamiliales et de développement des habiletés parentales
- Sensibilisation de cadres éducatifs, d'enseignants et d'animateurs de centres sociaux aux compétences psychosociales

La promotion de la santé mentale regroupe un panel de champs d'intervention et de cibles potentielles, en besoin/recherche d'amélioration de capacités individuelles ou collectives à surmonter la détresse émotionnelle, les conflits, le stress.

Le PTSM 2 entend soutenir la mise en œuvre d'un **programme à composantes multiples** englobant la promotion de la santé mentale, la prévention, l'accompagnement, la réinsertion sociale **en intervenant dans tous les milieux de vie**, en soutien à la parentalité, aux communautés professionnelles et éducatives, aux structures associatives, aux personnes frappées par un deuil, aux personnes en situation d'exclusion sociale.

Il semble indispensable d'avoir une **approche systémique de la santé mentale, dès le jeune âge, basée sur le développement de compétences psychosociales**, en appréhendant collectivement les lieux de vie comme des environnements favorables à une bonne santé mentale et en construisant une culture commune de la santé mentale autour :

- Des risques liés aux médias sociaux (harcèlement, violence...)
- De la vie affective et sexuelle
- De la prévention des addictions
- De l'aide à l'exercice de la parentalité
- De l'hygiène de vie (activité physique, alimentation, sommeil...)
- Des conditions de vie (climat scolaire, qualité de vie au travail, précarité...)
- De l'identification des lieux de santé par les jeunes
- D'un modèle de société non marginalisant pour les personnes âgées



Données issues de l'atelier dédié à la priorité 6

Le PTSM de première génération avait pour priorité l'organisation des actions correctrices sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale. Ce diagnostic s'est confirmé et renforcé par le contexte de la crise sanitaire majeure du Covid-19 et les mesures de confinement successives, identifiées comme facteurs d'aggravation des inégalités sociales de santé et de la dégradation de la santé mentale.

En réponse à ces problématiques, plusieurs initiatives relatives aux processus visant à renforcer les capacités des personnes à améliorer leur santé mentale et aux stratégies à mettre en œuvre pour favoriser des environnements de soutien et le développement de la résilience sont en cours de déploiement sur le département.

A ce jour, les partenaires font état de dispositifs développés pour toutes les tranches d'âge, ventilés dans différents milieux, et de signatures de Contrats Locaux de Santé comme outils concrets pour relever les défis locaux : prévention et repérage de publics vulnérables, accès aux soins de proximité, approche décloisonnée de la santé permettant d'associer divers partenaires (médicosocial, social, sanitaire, éducatif, du logement...)

Aujourd'hui, la santé mentale est une priorité portée par le ministère de l'Éducation nationale. Les enseignants sont de plus en plus nombreux à être formés à des postures professionnelles intégrant le renforcement des CPS et le repérage de problématiques en santé mentale. Désormais, tous les élèves bénéficient d'un protocole en santé mentale dans les établissements scolaires.

Compétences psychosociales

Le soutien politique et institutionnel en faveur des acteurs de la santé mentale a été déterminant dans la crédibilité des actions préventives et d'éducation à la santé mentale dans la cadre de campagnes d'information et de sensibilisation. L'opinion publique est en train d'évoluer : le label, Grande Cause Nationale, les SISM, et l'impulsion financière donnée par l'ARS dans la campagne de prévention du risque suicidaire portent le sujet de la santé mentale comme enjeu prioritaire de société et de santé publique. L'expression du mal-être semble désormais plus libre dans la population. Et certains élus appréhendent si positivement le sujet qu'ils sont prêts à mettre en œuvre des actions concrètes.

L'expérimentation sur le territoire donne du crédit au développement des CPS. Des formations s'adressent spécifiquement aux professionnels pour les outiller dans la construction et l'encadrement d'actions collectives de renforcement des CPS (supports d'animation, ressources documentaires). Parallèlement, la formation aux gestes de premiers secours en santé mentale essaime sur le département en même temps que les lignes d'écoute (SOS Amitié, SOS Suicide) : ces dispositifs participent efficacement à l'évaluation du potentiel suicidaire.

Ces formations, par l'apport de connaissances en santé mentale concourent à mieux appréhender les troubles psychiques, permettent de mieux réagir auprès des personnes qui en



sont atteintes, et participent au recul de la stigmatisation. Elles sont reconnues comme des outils essentiels pour diffuser des compétences auprès du grand public.

Ces actions inclusives commencent à gagner les milieux scolaires et professionnels : activités favorisant la coopération, pratiques développant l'empathie, régulation des émotions dans l'acte de communication.

Appréhension des déterminants de la santé en Sarthe

Santé somatique. 2025 est une année charnière pour la sensibilisation à la préservation de sa santé mentale, pour la libération de la parole, et l'inclusion dans la société. Ainsi, **l'exploration de la santé somatique apparaît comme levier de préservation de la santé mentale.** Par exemple, la pratique du sport est désormais appréhendée comme un moyen de prendre soin de sa santé mentale.

Equilibre vie personnelle / vie professionnelle ou scolaire. **L'harmonisation de ces deux sphères de la vie de l'individu sont aussi des déterminants environnementaux constitutifs du maintien d'une bonne santé mentale,** dans un contexte sociétal qui promeut la performance et en accuse la pression sur les individus, de plus en plus sujets au burn out. En ce sens, le développement de services médicaux de repérage précoces permet d'envisager le rétablissement comme une perspective sereine, en évitant les risques d'évolution défavorable des pathologies, en rendant possible la poursuite d'une activité professionnelle ou de la scolarité.

La sphère familiale. Le développement du réseau de parentalité, au titre schéma Cap 2026 porté par le Département de la Sarthe, est une politique sociale en faveur de l'enfance et la famille prise comme exemple de bonne pratique par les partenaires pour l'efficacité du soutien apporté aux familles les plus fragiles sur les volets de la périnatalité, et de la création de lieu d'écoute et d'expression en direction des parents (LAEP : lieu d'accueil enfants-parents).

La socialisation et l'environnement scolaire. Au rang des actions à envisager, le public 3-5 ans et leurs parents apparaissent comme des cibles prioritaires sur la thématique des situations de harcèlement scolaire, ayant des conséquences concrètes sur les apprentissages, la sociabilisation, et l'estime de soi. Là encore, le co-portage de cette action, dans une logique de mutualisation des moyens et des ressources entre les partenaires et l'Education nationale, est souhaitable.

Maillage territorial pour lutter contre l'isolement. Est aussi souligné l'impératif de mieux mailler le territoire, de développer « l'aller vers », singulièrement les zones rurales reculées, pour faciliter



l'identification de certaines populations marginalisées et limiter les risques liés à l'isolement social.

Objectifs opérationnels pour décliner la priorité 6 du PTSM 2

- Développer le prototype d'une action CPS avec une approche territoriale et intersectorielle sur une zone géographique possédant un CLS (avec possibilité de déploiement ultérieur sur d'autres zones intéressées)

Partenaires fléchés : Promotion santé Pays de la Loire, Association L'Arc-en-ciel, PMI, crèches, écoles de musique, référents scolaires, parents comme premiers éducateurs de leurs enfants....



III. Un programme d'actions resserré à décliner jusqu'en 2031

3.1 Des actions transversales : formations, séminaires, et site internet de l'association PTSM 72

Groupe de travail formation

Le PTSM 2 se donne pour objet de **garantir la visibilité et l'accès à l'offre de formation locale**, en vue d'**asseoir et de confirmer notre capacité collective de réaction et de prise en charge** des publics sujets à des troubles psychiques, en situation de vulnérabilité aux conduites suicidaires, ou dont la santé mentale est altérée. Il semble prioritaire de consolider les compétences des professionnels de terrain, en dehors du cadre de l'urgence.

Pour consacrer un objectif général, il s'agira de permettre aux professionnels des champs sanitaire, médico-social, social, aux aidants, et aux usagers, d'**être en capacité, selon leur positionnement dans le parcours de vie et de santé, de mieux prévenir, détecter et agir sur les problématiques de santé mentale par la formation, et sur un mode concerté** d'une part. Et d'autre part, de travailler l'**accessibilité horaire et géographique** de la formation (formation en soirée, formation en distanciel).

▪ Formation à l'exercice coordonné

Les établissements, actuellement engorgés, doivent cesser d'être le centre de gravité du système de soins et d'accompagnement. **La diversité de compétences du premier recours est de nature à répondre à des problématiques en amont de séquences hospitalières.** Des équipes regroupées, en proximité, travaillent déjà en pluridisciplinarité, et de façon à satisfaire à des exigences de qualité et de sécurité pour leurs patients. Sur le modèle de la coordination en MSP, CPTS, CMP, le PTSM 2 a l'ambition de **faciliter la coordination entre professionnels de santé** (primaires et libéraux) **dans leur formation et leurs pratiques quotidiennes.** Le soutien de l'Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire (APMSL) est indispensable pour nous accompagner sur trois impératifs de cette coordination souhaitée : offrir **un cadre pour l'action quotidienne des acteurs du soin et de l'accompagnement** en milieu ordinaire, **construire un programme d'actions tenant compte des besoins territoriaux, et inclure les principaux concernés, les usagers.**

▪ La formation des professionnels et acteurs de santé.

Il va sans dire que la montée en compétence des professionnels de 1ère ligne en prévention, repérage, orientation sur les enjeux de santé mentale dans leur pratique professionnelle contribue à réduire le recours à l'hospitalisation.

La formation des équipes de soins primaires (médicales, paramédicales et accueil) aux problématiques des patients en santé mentale participe de **la promotion d'une culture professionnelle partagée.**



Aussi pour mesurer leur efficacité, le **déploiement des formations** (prévention de la crise suicidaire, sensibilisation aux pathologies spécifiques constituant une entrave aux soins, PSSM...) **doit s'adapter aux besoins des professionnels, selon leur lieu et conditions d'exercice**. Des actions de formation liées à la gestion de la crise seront plus légitimement fléchées vers les professionnels de santé, quand l'évaluation et l'orientation seront davantage du ressort des professionnels sociaux et éducatifs.

▪ Programmes psychoéducatifs

Pour les familles, les programmes psychoéducatifs sont des **appuis et des réponses efficaces qu'il faut continuer à soutenir**. La psychoéducation à destination de personnes présentant des troubles psychiatriques a déjà montré son **efficacité sur l'adhésion au traitement, et la diminution du taux de rechute**. Parmi ces programmes, le projet innovant **BREF** qui vise à mieux accompagner les familles, en les aidant à préserver à la fois leur capacité à venir en aide et leur qualité de vie, sera une action emblématique du PTSM 2 à l'endroit des usagers et de leurs familles.

L'**Open dialogue**, programme favorisant l'**écoute dans sa dimension plurielle** (usager, psychiatre, équipe de soignants, entourage, personne de confiance, accompagnants sociaux et médico-sociaux...), **où l'expression de chacun se vaut** (les points de vue ne sont ni réduits ni amplifiés du fait du statut de l'énonciateur) pour l'accueil de propositions thérapeutiques, sera aussi une démarche importante dans notre département qui ne s'est pas encore emparé de cette alternative qui **appréhende le patient dans son individualité**, quand bien même le diagnostic est posé.

▪ Sensibilisation et formation du grand public

Le PTSM 2 devra aussi s'inscrire dans la dynamique des actions initiées au cours du projet de première génération avec l'objectif de réduire la stigmatisation des populations souffrant de troubles psychiques et d'améliorer les représentations du grand public :

- En travaillant sur des outils/contenus à destination des personnels recevant du public afin de fluidifier leur accueil
- En poursuivant la formation des « sentinelles santé » (programme proposé par l'ARS)
- En investissant davantage les SISM, en partenariat avec l'EPSM et l'UNAFAM : si les SISM sont connues des patients et des professionnels, elles restent peu connues du grand public
- En poursuivant le déploiement des PSSM qui visent l'acquisition de connaissances socles sur les troubles de santé mentale, l'appréhension des types de crise, et le développement de CPS.



Séminaires en santé mentale

Il existe aussi un besoin en Sarthe de développer l'interconnaissance des acteurs de la prise en charge des situations de crises psychiques et de l'accompagnement ; et de nourrir la dynamique partenariale réinstallée, au printemps, sur le département.

La demande unanime des acteurs a été d'inscrire ce besoin dans le PTSM sous la forme d'un calendrier pluriannuel. Le choix a été fait de **prendre appui sur les 6 priorités de santé publique en santé mentale** comme ligne directrice des échanges. Le premier séminaire, dont le travail est engagé dans le groupe emploi, issu du PTSM 1, réunira les acteurs sur la thématique du **maintien en milieu ordinaire**, en favorisant l'interconnaissance entre les acteurs de l'accompagnement et de l'insertion (en milieu protégé et milieu ordinaire), le secteur marchand, et les collectivités territoriales pourvoyeuses d'emploi.

Site internet du PTSM 72

La visibilité du PTSM est en enjeu majeur pour l'existence, la crédibilité du projet et son articulation avec les 9 contrats locaux de santé de la Sarthe. Le site internet du PTSM 72 sera une vitrine informative et promotionnelle du projet. Son arborescence devra répondre à plusieurs impératifs :

- Répertorier les acteurs, partenaires du PTSM de la Sarthe et décrire leurs missions
- Recenser et rediriger vers les dispositifs (DiRRE, DIPPE, équipes mobiles...), les n° de recours aux urgences
- Offrir un accès simplifié à l'offre de formation locale par publics cibles et mots clés et le cas échéant proposer des formations innovantes non couvertes par le catalogue local
- Accroître la visibilité des actions phares du PTSM 2
- Donner un accès aux actualités du PTSM
- Rendre compte de la vie associative autour du projet (CA, AG, événements professionnels...)



3.2 Une quinzaine d'actions par entrées thématiques majeures de santé publique pour alimenter le PTSM de la Sarthe

N° de fiche	Priorité nationale de santé publique	Thématique	Orientations issues du diagnostic territorial en santé mentale 72 – printemps 2025
1	P1	Repérage précoce	Dans une démarche d' « aller vers », développer une prévention précoce continue en direction des <i> futures mères, des enfants, des jeunes</i> et du <i> grand public</i>
2	P1	Repérage précoce, accès à l'expertise	Rechercher des solutions d'accompagnement précoce post repérage, pour les cibles <i> enfants, adolescents, et + de 20 ans</i> (adultes pour lesquels un diagnostic n'aurait pas été posé)
3	P2	Coordination	Développer les fonctions/missions de coordination des acteurs et des parcours complexes de proximité en lien et/ou en subsidiarité avec le DAC 72. Expérimenter cette coordination (psychologue, IPA en santé mentale) au sein d'une MSP, d'une CPTS et/ou d'un CMP
4	P2	Coordination	Renforcer le pouvoir d'agir et l'autonomie des personnes concernées en développant/généralisant l'utilisation des directives anticipées en psychiatrie par les personnes concernées et les professionnels de santé (Mon Espace Santé, DMP) comme outil de prévention de la crise
5	P2	Sensibilisation	Poursuivre le déploiement d'actions de sensibilisation en santé mentale en direction du milieu ordinaire
6	P3	Soins somatiques Risques spécifiques	Interroger l'accès aux soins somatiques pour les personnes en fragilité psychique, dans le contexte de pénurie de professionnels en Sarthe. Et accompagner/inciter aux soins, en prenant en compte les pathologies spécifiques constituant une entrave aux soins
7	P3/P2	Soins somatiques Coordination	Faire alliance avec le patient par l'obtention de directives anticipées en psychiatrie afin d'optimiser la prise en charge thérapeutique, et développer une coordination de parcours mutualisée entre CMP et médecin traitant
8	P3/P2	Soins somatiques Coordination complexe	Développer le lien médecin traitant/médecin psychiatre/DAC 72 pour la gestion des situations complexes et lever les difficultés de renouvellement d'ordonnances complexes
9	P3/P2	Soins somatiques Coordination premier recours et psychiatrie	Favoriser l'interconnaissance entre la médecine hospitalière et la médecine de ville
10	P4	Gestion/anticipation de la crise	Construire des outils de travail partagés pour limiter les hospitalisations <u>Outil 1</u> Construire des fiches réflexes dans une logique de conduite à tenir pour anticiper la crise (outil accessible à la famille, aux aidants, acteurs de l'accompagnement...)
11	P4	Gestion/anticipation de la crise	Construire des outils de travail partagés pour limiter les hospitalisations <u>Outil 2</u> Mettre en place un CREX dans une démarche d'analyse collective pour s'interroger en équipe sur ses pratiques, l'organisation des soins et l'amélioration de la sécurité des patients (démarche départementale inter-établissements avec pair-aidance, représentants d'usagers et GEM)
12	P4	Gestion/anticipation de la crise	Construire des outils de travail partagés pour limiter les hospitalisations <u>Outil 3</u> Convention GHT, établissements médico-sociaux, Ehpad, établissements de santé privés, en garantissant la représentation pleine et entière des représentants d'usagers.
13	P5	Droits des usagers	Faire évoluer les pratiques des professionnels et mieux prendre en compte la parole des usagers, en développant la pair-aidance en santé mentale dans tous les secteurs (sanitaire, médico-social, social), avec le soutien du Crehpsy



14	P5/P2	Droits des usagers Coordination	Associer les GEM aux soins de réhabilitation en travaillant l'articulation GEM-CMP
15	P5	Sensibilisation	Déployer des actions d' « aller vers » le grand public (SISM, forum des associations)
16	P6	Compétences psychosociales	Développer le prototype d'une action CPS avec une approche territoriale et intersectorielle sur une zone géographique possédant un CLS

Innovier et répondre aux besoins des usagers dans notre PTSM 2

Dans la coordination des parcours complexes, travailler en lien et/ou en subsidiarité avec le DAC 72

Généralisation de la pair-aidance dans les établissements (sanitaire, social-médico, social)

Renforcer la montée en compétences en santé mentale/psychiatrie pour les professionnels de 1^{er} recours

Conforter l'autonomie des personnes concernées par l'utilisation des directives anticipées en psychiatrie

Déployer la prévention précoce continue en direction des futures mères en situation de vulnérabilité, des enfants, et des jeunes

Sensibilisation en santé mentale dans les milieux professionnels, et dans tous les milieux de la vie ordinaire

Construire des outils partagés à destination des aidants, du 1^{er} recours, acteurs du domicile... pour limiter le recours aux urgences psychiatriques

Développer les programmes de psychoéducation, et renforcer les compétences psychosociales

Introduire un grand volet « Formation » (usagers, aidants, grand public, professionnels médicaux/non médicaux) dans le PTSM

Développer des collaborations médicales entre médecine de ville et médecine hospitalière

Accompagner, inciter aux soins en prenant en compte les pathologies spécifiques constituant une entrave à ceux-ci



Annexe : synthèse du PTSM 2

Le Projet Territorial de Santé Mentale de la Sarthe 2026-2031 s'inscrit dans un contexte où la santé mentale est désormais au cœur des préoccupations nationales, à la fois enjeu de santé publique, défi social et question collective de dignité humaine. La reconnaissance de la santé mentale comme grande cause nationale confirme l'importance de penser les parcours d'accompagnement autrement, dans une logique de continuité, de proximité et d'inclusion. Le PTSM 2 affirme une ambition claire : permettre à chaque personne vivant avec un trouble psychique de mener une vie choisie, stable et reconnue, en s'appuyant sur ses ressources propres et les soutiens présents dans son environnement. Il s'agit ainsi de dépasser les modèles centrés uniquement sur l'hôpital ou la crise, pour inscrire durablement la santé mentale dans les lieux de vie : le domicile, la famille, l'école, le travail, la communauté.

Contexte territorial : réalités, fragilités et ressources

La Sarthe est un territoire où coexistent des réalités très différentes : une aire urbaine dynamique autour du Mans, des communes périurbaines en recomposition, et de larges zones rurales où la densité de services est plus faible. Cette diversité territoriale influence profondément la façon dont la souffrance psychique se vit et se repère. Dans les zones rurales notamment, l'accès aux ressources peut être entravé par l'éloignement, la mobilité limitée ou la méconnaissance des dispositifs existants. L'isolement est une réalité vécue, parfois silencieuse, parfois très lourde à porter.

La situation démographique des professionnels de la psychiatrie reste préoccupante, tant à l'hôpital qu'en exercice libéral. Les départs à la retraite non remplacés, l'attractivité insuffisante du territoire pour les jeunes psychiatres et la charge de travail croissante fragilisent l'offre de soins. Les délais d'accès aux consultations se rallongent, au point que les services d'urgences deviennent souvent la porte d'entrée dans le parcours, non parce que la situation relève de l'urgence psychiatrique, mais parce que l'accès ambulatoire n'est pas suffisamment fluide ou lisible.

Les indicateurs de souffrance psychique témoignent de tensions profondes : la Sarthe présente un taux de suicide supérieur à la moyenne nationale. Cette donnée ne reflète pas seulement des drames individuels ; elle signale des vulnérabilités collectives, liées notamment à l'isolement social, aux difficultés économiques ou à la pression professionnelle. Les adolescents et jeunes adultes, dans un contexte de transformation des repères sociaux et relationnels, sont particulièrement exposés.

La crise sanitaire liée au Covid-19 a amplifié ces réalités, en révélant la force du lien social comme déterminant majeur de santé mentale. Elle a mis en lumière la nécessité de penser l'accompagnement non pas uniquement sous l'angle du soin, mais comme un processus impliquant l'ensemble des espaces de vie.



Dans ce paysage, le territoire sarthois dispose néanmoins d'atouts importants : une culture de coopération, des associations engagées, des dispositifs innovants de soutien à domicile, ainsi que des équipes mobilisées autour de la prévention. Le PTSM 2 s'appuie sur ces forces pour construire une trajectoire collective cohérente et évolutive.

Enjeux : vers des parcours continus, lisibles et centrés sur la personne

Ce projet territorial repose sur la conviction que l'accompagnement des personnes vivant avec des troubles psychiques doit se penser dans la durée, en soutenant la continuité des liens et en évitant les ruptures, qu'elles soient sociales, médicales ou relationnelles. La question n'est pas seulement d'accéder à un soin, mais de pouvoir construire un parcours de vie cohérent, où les étapes se succèdent sans discontinuités brusques.

L'attention portée à l'intervention précoce constitue un axe essentiel. La souffrance psychique émerge souvent à travers des signes discrets. Permettre à l'entourage et aux professionnels de première ligne de repérer ces signes contribue à prévenir les bascules vers la crise.

La coordination entre les secteurs représente également un enjeu crucial. Lorsque les transitions — de l'hôpital vers le domicile, de l'accompagnement social vers le soin, de l'école vers le dispositif médico-social — ne sont pas soutenues, le parcours se fragmente. Renforcer la coordination revient donc à garantir la continuité de la relation, du sens et des soutiens mobilisés.

La notion de rétablissement structure profondément l'orientation du PTSM. Il ne s'agit pas de viser un retour à un état antérieur, mais de permettre à chacun de construire une trajectoire de vie où l'on peut agir, choisir, participer. Cela implique un accès facilité au logement, à l'emploi, à la formation, ainsi qu'à la vie culturelle et associative.

Enfin, la lutte contre la stigmatisation demeure un enjeu transversal. Changer les représentations, c'est ouvrir la voie à davantage de sollicitation, d'expression et d'appartenance pour les personnes concernées.

Orientations stratégiques : une dynamique territoriale partagée

La stratégie portée par le PTSM 2 se déploiera sous la forme d'une transformation progressive des pratiques et des coopérations. Elle reposera sur une logique de partenariat solide entre les acteurs, dans une dynamique d'ajustement permanent.

Le repérage précoce des vulnérabilités sera soutenu dans les espaces du quotidien : périnatalité, petite enfance, établissements scolaires, espaces sociaux, structures jeunesse. Il s'agit moins de médicaliser les situations que de rendre possible la parole, l'écoute et l'orientation.

La coordination des parcours impliquera la structuration d'interfaces humaines et techniques : référents identifiés, temps de concertation, outils de transmission partagés. Cette coordination créera des continuités là où les ruptures étaient auparavant fréquentes.



Le maintien en milieu de vie sera encouragé en soutenant les dispositifs d'accès et de maintien dans le logement, l'accompagnement vers et dans l'emploi, ainsi que les espaces d'engagement citoyen ; les liens sociaux étant envisagés comme une composante essentielle du soin.

L'anticipation et l'accompagnement des crises viseront à réduire le recours systématique à l'hospitalisation, en proposant des alternatives graduées, dont les interventions à domicile, les espaces de répit et les plans de crise personnalisés.

Enfin, la participation des usagers et des proches devra constituer un principe structurant, transformant simultanément les pratiques professionnelles et les représentations sociales.

Pour conclure...

Le PTSM 2 de la Sarthe s'inscrit dans une dynamique de transformation durable. Il ne s'agit pas d'ajouter des dispositifs, mais de repenser collectivement les manières de soutenir les trajectoires humaines. La santé mentale devient alors un espace partagé, où se rencontrent institutions, familles, citoyens et professionnels, dans une logique de confiance, de respect et de reconnaissance.

Parce que la santé mentale touche à ce qui relie les personnes à elles-mêmes et aux autres, elle appelle une responsabilité collective. Ce projet territorial constitue ainsi un chemin vers une société plus solidaire, plus attentive, plus capable d'inclure et de soutenir.



Glossaire (acronymes classés par ordre alphabétique)



ADGESTI – Association Départementale de Gestion des Structures Intermédiaires

ALD – Affection Longue Durée

APMSL – Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire

ARS – Agence Régionale de Santé

CAMSP – Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CCAS – Centre Communal d'Action Sociale

CH – Centre Hospitalier

CHM – Centre Hospitalier du Mans

CLS – Contrat Local de Santé

CMP – Centre Médico-Psychologique

CPTS – Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

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

CCAS – Centre Communal d'Actions Sociales

CSS – Complémentaire Santé Solidaire

CTS – Conseil Territorial de Santé

CUMP – Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

DAC – Dispositif d'Appui à la Coordination

DDETS – Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités

DEA – Dispositif Emploi Accompagné

DEDICA – Plateforme Départementale pour le Diagnostic Clinique de l'Autisme chez l'enfant

DGOS – Direction Générale de l'Offre de Soins

DROM – Départements et Régions d'Outre-Mer

DTARS – Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé

EHPAD – Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMGP – Equipe Mobile de Géronto-Psychiatrie

EMPA – Equipe Mobile de Psychiatrie Adulte



EMPP – Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité

EPSM – Établissement Public de Santé Mentale

ESSMS – Etablissement ou Service Social ou Médico-Social

GEM – Groupe d’Entraide Mutuelle

GEPS – Groupement d’Etudes et de Prévention du Suicide

IDE – Infirmier Diplômé d’Etat

IFSI – Institut de Formation en Soins Infirmiers

IPA – Infirmier en Pratique Avancée

MDA – Maison Des Adolescents

MDPH – Maison Départementale des Personnes Handicapées

MFR – Maison Familiale Rurale

MSP – Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

ORS – Observatoire Régional de Santé

PCH – Prestation de Compensation du Handicap

PMI – Protection Maternelle et Infantile

PSS – Pôle Santé Sud

PTSD – Trouble de Stress Post-Traumatique (de l’anglais *Post-Traumatic Stress Disorder*)

PTSM – Projet Territorial de Santé Mentale

SAMSAH – Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAMU – Service d’Aide Médicale d’Urgence

SAU – Service d’Accueil des Urgences

SESSAD – Service d’Éducation Spéciale et de Soins À Domicile

SISM – Semaines d’Information sur la Santé Mentale

SMP – Service Médical de Proximité

SPPID – Soins Psychiatriques de Particulière Intensité à Domicile

TCA – Trouble du comportement alimentaire

TAHA – Trouble du Déficit de l’Attention avec ou sans Hyperactivité

UNAFAM – Union Nationale des Familles et Amis de Personnes Malades Psychiques

VAD – Visite à Domicile