

# Expérimentation du « Dispositif de coopération Territoriale en Santé Mentale » *DTSM*



*Jennifer Giraud – Chargée de projet DAC*  
[j.giraud@groupement-psc.fr](mailto:j.giraud@groupement-psc.fr)

# Les dispositifs d'appui à la coordination en PACA

9 DAC

1 fédération régionale

DAC Hautes-Alpes  
04 92 23 41 08  
[contact@dac05.fr](mailto:contact@dac05.fr)

DAC C3S  
04 92 00 02 03  
[contact@plateforme-c3s.org](mailto:contact@plateforme-c3s.org)

DAC Ressources Santé Vaucluse  
04 84 512 512  
[contact@rsv84.fr](mailto:contact@rsv84.fr)

DAC Est-Azur  
04 93 85 11 25  
[contact@dac-estazur.fr](mailto:contact@dac-estazur.fr)

DAC Provence Santé Coordination  
04 42 642 642  
[contact@groupement-psc.fr](mailto:contact@groupement-psc.fr)

DAC Cap Azur Santé  
04 92 91 96 26  
[contact@capazursante.com](mailto:contact@capazursante.com)

DAC 13 Sud  
04 65 40 50 00  
[contact@dac13sud.fr](mailto:contact@dac13sud.fr)

DAC Var Ouest  
04 94 35 32 01  
[contact@dac-varouest.fr](mailto:contact@dac-varouest.fr)

DAC Var Est  
04 94 47 02 02  
[contact@ctavarest.fr](mailto:contact@ctavarest.fr)



FÉDÉRATION DES ACTEURS DE LA  
COORDINATION EN SANTÉ DE LA RÉGION SUD

DAC/DSR/DER/ C360/CPTS...

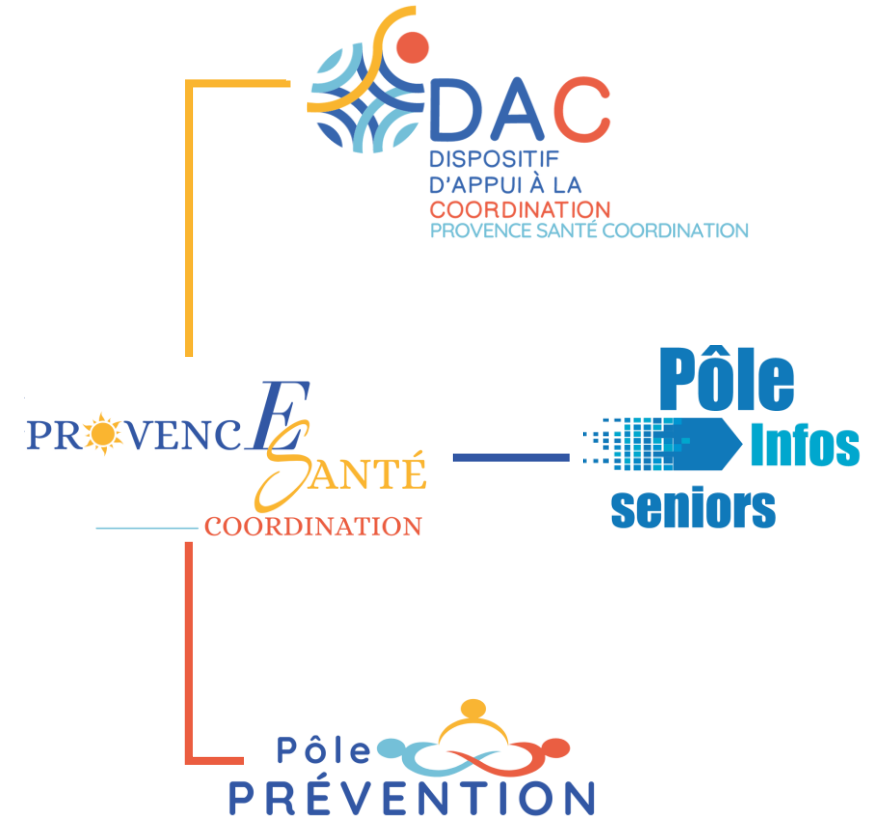


04/09/2025

# Le GCSMS Provence Santé Coordination

2022 : 4 structures qui s'unifient

1er janvier 2023 : naissance de PSC

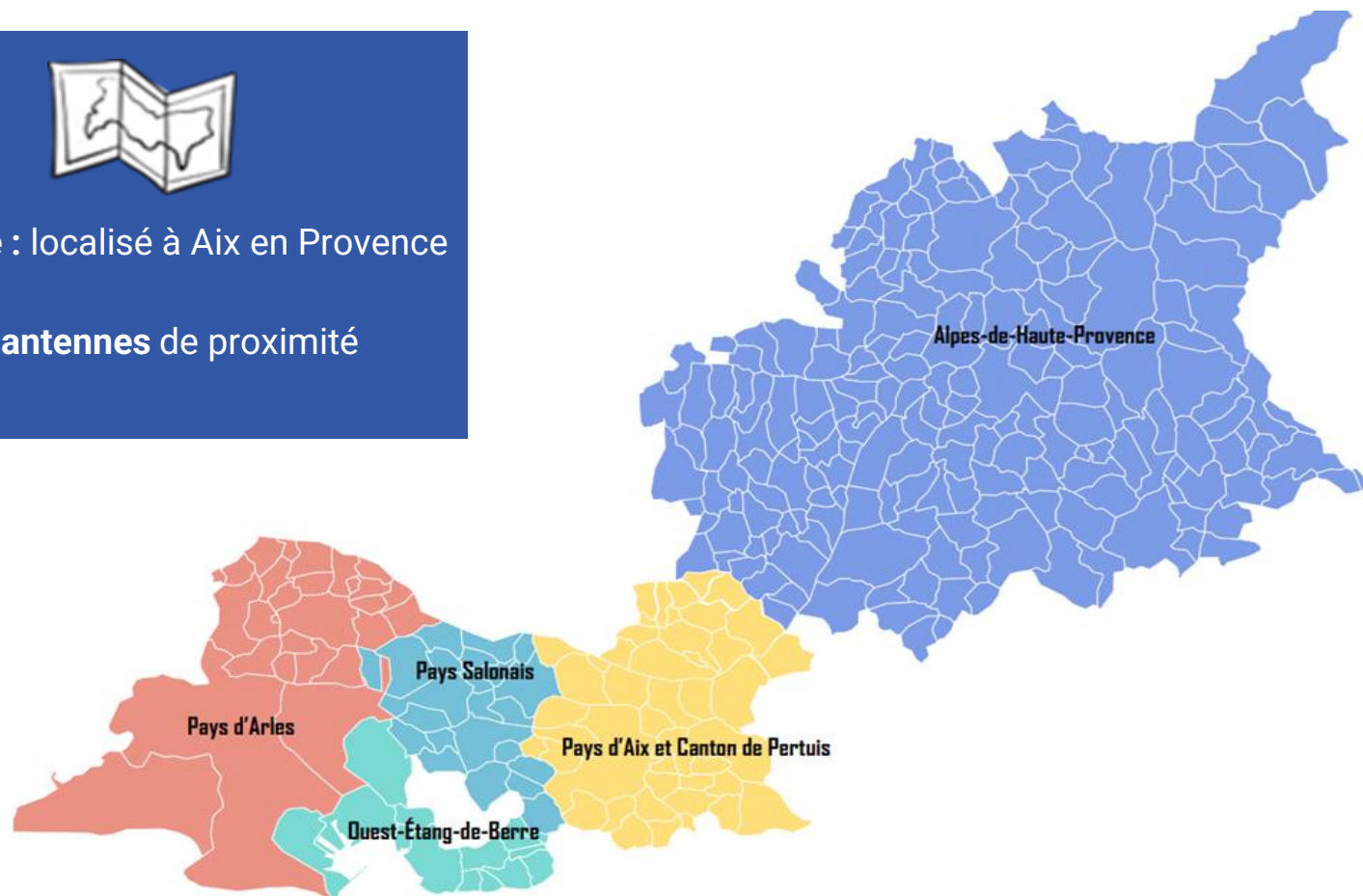


# Provence Santé Coordination - Organisation territoriale



**1 Siège** : localisé à Aix en Provence

**7 antennes** de proximité



## L'équipe :

**Direction et fonctions supports** sur le siège

**Une équipe de 1<sup>er</sup> recours** pour la récupération des appels de tout le territoire

**Des équipes de proximité sur toutes les antennes** : coordinateurs de proximité, manager et chargés de projet.



# Origine et contexte et axes de travail du projet

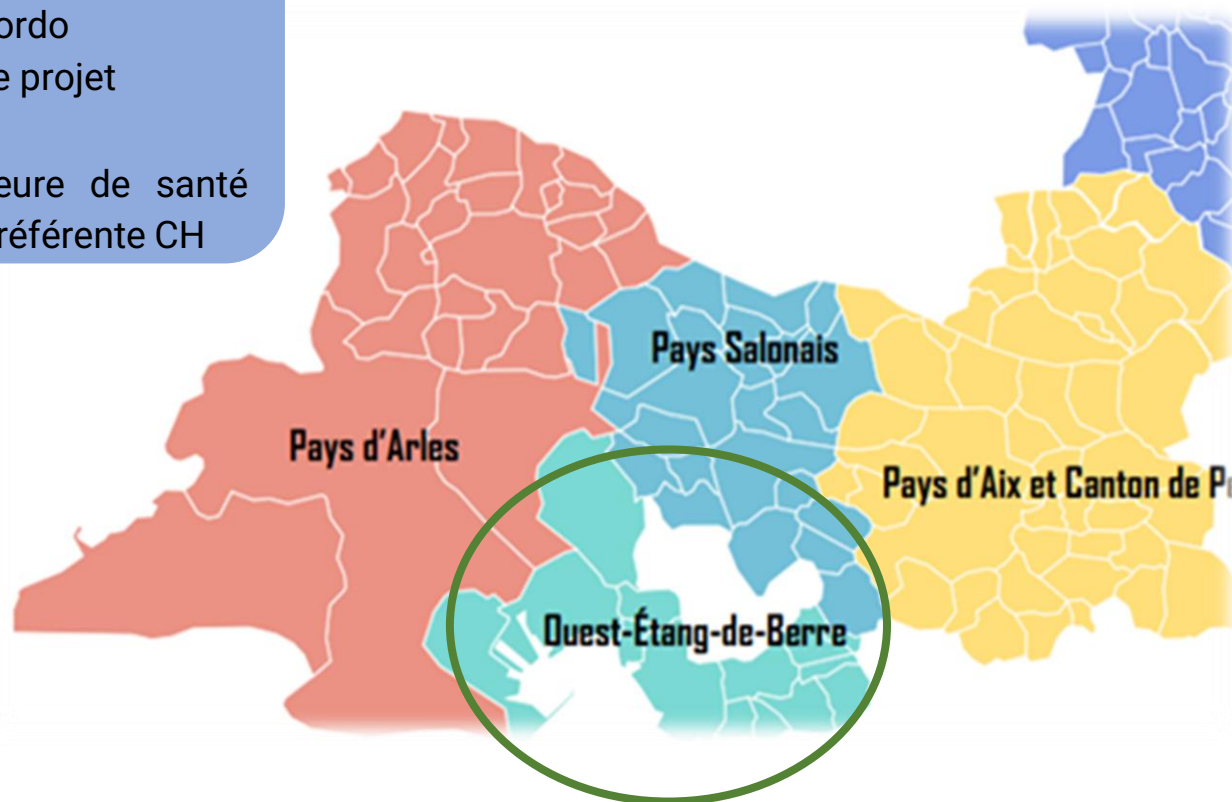


04/09/2025

# Territoire de l'expérimentation

## L'équipe

- 1,5 ETP de coordo
  - 0,25 chargé de projet
- ➔ Cadre supérieure de santé  
du pole psy = référente CH



## Informations territoire

- 14 communes
- Environ 250,000 habitants
- 1 CH portant la psychiatrie (hospitalière et CMP, CMPP...) sur le territoire
- 3 CPTS
- Fermeture de 25 lits d'hospitalisation psychiatrique dans le cadre de travaux de réhumanisation de la psychiatrie pendant au moins 2 ans
- Ressource en psy insuffisante
- Collaborations peu opérationnelles



# Origine et contexte du projet

- **Janvier 2024** : Conseil National de Refondation
  - Constats partagés : *Territoire sous doté en lit d'hospitalisation complète en psychiatrie; Problématique des patients en période de crise, de l'amont et l'aval; Besoin réhabilitation psycho-sociale et retour et maintien à domicile; Manque de visibilité des dispositifs pour la population et les professionnels; Manque de ressources, manque d'articulation...*
  - Besoin : *un guichet unique d'orientation et de coordination des situations complexes*
- **Mars/juin 2024** : groupe de travail entre le CH et le DAC.
  - Proposition par le CHM d'un portage par le DAC : *coordination externe à l'hôpital, expertise de la coordination de parcours, ingénierie de projet, dynamique partenariale et montée en compétence vers le tout public en cours.*
- **Eté 2024** : travail en co-construction avec l'hôpital et notamment la cadre supérieure du pôle de psychiatrie pour monter le projet.
- **Septembre 2024** : réponse favorable de l'ARS et financement du projet DTSM sur la période du 1/10/2024 au 30/09/2025

**Objectif général projet DTSM** : contribuer au développement de la coopération entre les acteurs de la santé mentale, afin de permettre aux patients résidant sur les 14 communes couvertes par les services de psychiatrie du centre hospitalier de Martigues (territoire Ouest Etang de Berre) atteints de troubles en santé mentale de disposer d'une offre de soin efficiente, réactive et organisée en vue d'améliorer leur parcours de Santé

### 1. Identifier l'offre, les besoins, les attentes

- Listing/base contact du territoire en cours de construction (via [RETAB.FR](https://retab.fr)?)
- Rencontre des acteurs du territoire (CLSM, CMP, MSP...) et experts (CMSMH, REHAB Sud) + liens avec le PTSM
- Enquête auprès des partenaires

- ✓ Présentation des ressources existantes en santé mentale (psychiatrie et psychologie) : « les Synergies de PSC » dédié au territoire et à la santé mentale
- ✓ Diffusion du livrable

### 2. Mettre en place l'accompagnement des parcours individuels complexes par le coordinateur de parcours en santé mentale

- Recrutement d'un coordinateur de parcours référent santé mentale DAC mai 2025
- Démarrage des coordinations
- Démarrage de la collaboration étroite avec le CHM et notamment les CMP

- ✓ Formation des équipes par la psychiatrie
- ✓ Intégration de la coordinatrice dans des temps d'équipe avec les CMP

### 3. Soutenir la dynamique territoriale d'animation des acteurs de la santé mentale du territoire

- Rencontre des services de psychiatrie, exercices coordonnés : besoins prioritaires et ressources à disposition
- Articulation DAC/EMP : complémentarité de l'appui aux professionnels
- Articulation CLSM : commission et coordination individuelle

- ✓ Formation PSSM inter partenariale?
- ✓ Rencontre des acteurs de la justice
- ✓ Renforcement des liens sur le territoire de Marignane
- ✓ Renforcement des liens avec le secteur de la psychologie

### 4. Organiser la gouvernance du projet (2 niveaux)

- 1er COPIL stratégique en mars : soutien de l'ARS et information sur la volonté de poursuivre après septembre 2025
- 1er COPIL opérationnel en juillet : engagement des acteurs de terrain sur la poursuite du projet – décisions des actions à mener en priorité

- ✓ En attente retour ARS sur la continuité du projet
- ✓ Réunion de bilan en septembre
- ✓ Intégration de l'action dans les axes PTSM



# Plus-values du projet

- ❑ Travail de proximité avec la psychiatrie et mobilisation plus simple
- ❑ Evolution sur le partage d'information
- ❑ Meilleure connaissance des ressources
- ❑ Temps d'ingénierie de projet pour travailler les process et collaborations
- ❑ Coordination de parcours : véritable réponse de territoire à un besoin

**→ Missions principales de structuration de parcours individuels et collectifs facilitées et création d'un véritable binôme**  
**mission coordination de parcours / coordination territoriale**

# Bilan des accompagnements individuels

## Observatoire des ruptures

**20 situations en 3 mois dont 13 coordinations et 7 orientations**

Orienteurs : CCAS et psychiatrie majoritairement

### **15 situations avec problématiques d'accès aux soins psy**

Pistes d'amélioration : Formaliser protocole de liaison post-hospitalisation – créer un système d'alertes ville-CMP, développer les VAD.

Besoin de faciliter l'échange d'information et l'articulation entre les professionnels

### **13 situations avec problématiques de logement**

Pistes d'amélioration : collaboration avec les dispositifs logement d'abord

Lien ville hôpital : sorties d'hospitalisation non préparées/anticipée : besoin d'interconnaissance des acteurs

### **5 situations avec problématiques de précarité**

Pistes d'améliorations : Formaliser un process d'articulation entre DAC et équipe précarité

Besoin d'évaluation médicale = difficultés de suivi dans les CMP

### **6 situations avec problématiques autour de la justice**

Pistes d'améliorations : Formaliser un protocole de liaison post-incarcération pour permettre une articulation justice / psychiatrie / ville

Question de l'accès ou du maintien dans le logement parfois prioritaire sur la question du soin

Problématique autour de la justice : lien avec les acteurs sociaux et médico-sociaux, renvoi des situations sur la psychiatrie et ou la ville

### **3 situations avec problématiques d'addiction**

Consentement des personnes, épuisement des aidants



04/09/2025

# En pratique

## Monsieur G. - 45 ans

### Identité du patient

#### Situation de vie :

Hebergé chez sa mère.  
Ne travaille plus  
depuis 3 ans.

#### Professionnel impliqué

initialement : Le  
Travailleur Social (Pôle  
social de la ville)

### Historique de la situation

Addictions aux  
drogues dures et  
toxiques apparues dès  
l'âge de 13 ans.  
Plusieurs  
incarcérations.

Un médecin psychiatre  
avait diagnostiqué des  
troubles bipolaires.  
Refus de soin. Depuis,  
il alterne isolement,  
passages aux urgences  
et tensions familiales.

### Problématiques rencontrées

Absence de  
consentement du  
patient. Absence de  
coordination V/H -  
Rupture de suivi psy et  
de sevrage addicto --> lui  
provoque des troubles  
comportementaux.

*Dès lors où le patient ne  
consent pas à notre  
intervention : refus de  
récolter des informations  
médicales ni de se  
rapprocher de la  
psychiatrie.*

### Intervention du DAC dans le parcours

- Consentement patient
- Rencontre avec le TS + patient
- Coordination d'une réunion pluri-pro
- Création d'un parcours individualisé
- Orientation vers structure d'accompagnement au sevrage.

### Evolution à 2 mois / résultats

- Diminution des passages à l'acte envers autrui ;
- Volonté d'entamer un parcours de soin + sevrage en clinique ;
- Sentiment de soutien exprimé par la mère.

# En pratique

## Madame B. - 29 ans

### Identité du patient

#### Situation de vie :

Hebergée chez le mari de son Assistante familiale ; celle-ci décédée il y a 2 ans. Tous deux ne s'entendent pas – situation d'errance.

Professionnel impliqué initialement : Le Référent Social

### Historique de la situation

Anxiété généralisée depuis toujours, aggravée après le décès de l'assistante familiale qui l'accueillait en famille d'accueil. En pouponnière puis accueillie en F.A dès l'âge d'1 an.

Absence de parcours de soin et de médecin traitant.

### Problématiques rencontrées

- Symptômes anxieux.
- Isolement.
- Multiplication des appels au secours.
- Entourage absent.
- Perte d'autonomie dans la gestion du quotidien.
- Troubles de l'attachement.

### Intervention du DAC dans le parcours

- Visite conjointe / IDE Equipe Mobile Précarité Psychiatrique.
- Mise en place d'un parcours d'accompagnement psychologique.
- Soutien du DAC pour acceptation d'un accompagnement médical.
- Coordination avec médecin généraliste (devient son médecin traitant).

### Evolution à 2 mois / résultats

- Suivi psy d'1x/semaine ;
- Réduction des appels aux secours ;
- Amélioration de l'humeur ;
- Logement temporaire trouvé par le TS le temps d'une entrée en logement thérapeutique ;
- Equipe qui l'accompagne quotidiennement à domicile.

# En pratique

## Monsieur E. – 56 ans

### Identité du patient

Situation de vie : Vit seul en foyer ADOMA, divorcé, 1 enfant.

Professionnels impliqués initialement : L'Hôpital + Le bailleur social.

### Historique de la situation

Troubles schizophrènes diagnostiqués depuis 40 ans. Absence de parcours de soin.

- 1) Arrêt soudain du traitement à l'initiative du patient.
- 2) Puis, entrée en hospitalisation suite à un passage à l'acte.
- 3) Stabilisation d'1 an dès la sortie.

### Problématiques rencontrées

- Absence de consentement du patient.
- Isolement social.
- Vulnérabilité.
- Rechute et réhospitalisation à répétition.
- Aucune coordination V / H.
- Discontinuité du suivi CMP.
- Epuisement de la famille.

### Intervention du DAC dans le parcours

- Consentement patient recueilli en passant par l'aidant principal pour travailler son adhésion
- Mise en place d'un parcours d'accompagnement Psychiatrique en lien avec le CMP.
- Mise en place d'un étayage à domicile : IDEL + Auxiliaire de vie.

### Evolution à 2 mois / résultats

- Suivi psychiatrique d'1x par mois ;
- Amélioration de l'humeur ;
- Appui aux professionnels : Reprise CMP dans le lien avec le patient ;
- Accompagnement quotidien d'une équipe à domicile ;
- Maintien à domicile prolongé dans de bonnes conditions.

# Echange de pratique autour de coordination en santé mentale

→ 5 questions d'actualité pour l'équipe

- a. Quelles sont les conditions à la réussite d'un projet de coordination en santé mentale ?
- b. Comment argumenter auprès de la psychiatrie l'intérêt de l'intégration du DAC dans leurs équipes
- c. Comment travailler une meilleure articulation avec la justice (tutelle, procureur, police...) et éviter la stigmatisation de ce public
- d. Comment mettre en avant les ressources en psychiatrie : BDD, annuaire (existant, à créer ?), fiches à élaborer ?
- e. La sortie d'hospitalisation : comment le DAC peut-il permettre d'anticiper cette rupture /permettre un renforcement des liens ville hôpital ? Du point de vue du Coordinateur et/ou du chargé de projet





Jennifer GIRAUD – Chargée de projet  
[j.giraud@groupement-psc.fr](mailto:j.giraud@groupement-psc.fr)

Aliyah LIM – Coordinatrice de parcours  
[a.lim@groupement-psc.fr](mailto:a.lim@groupement-psc.fr)

**MERCI POUR VOTRE ÉCOUTE**

