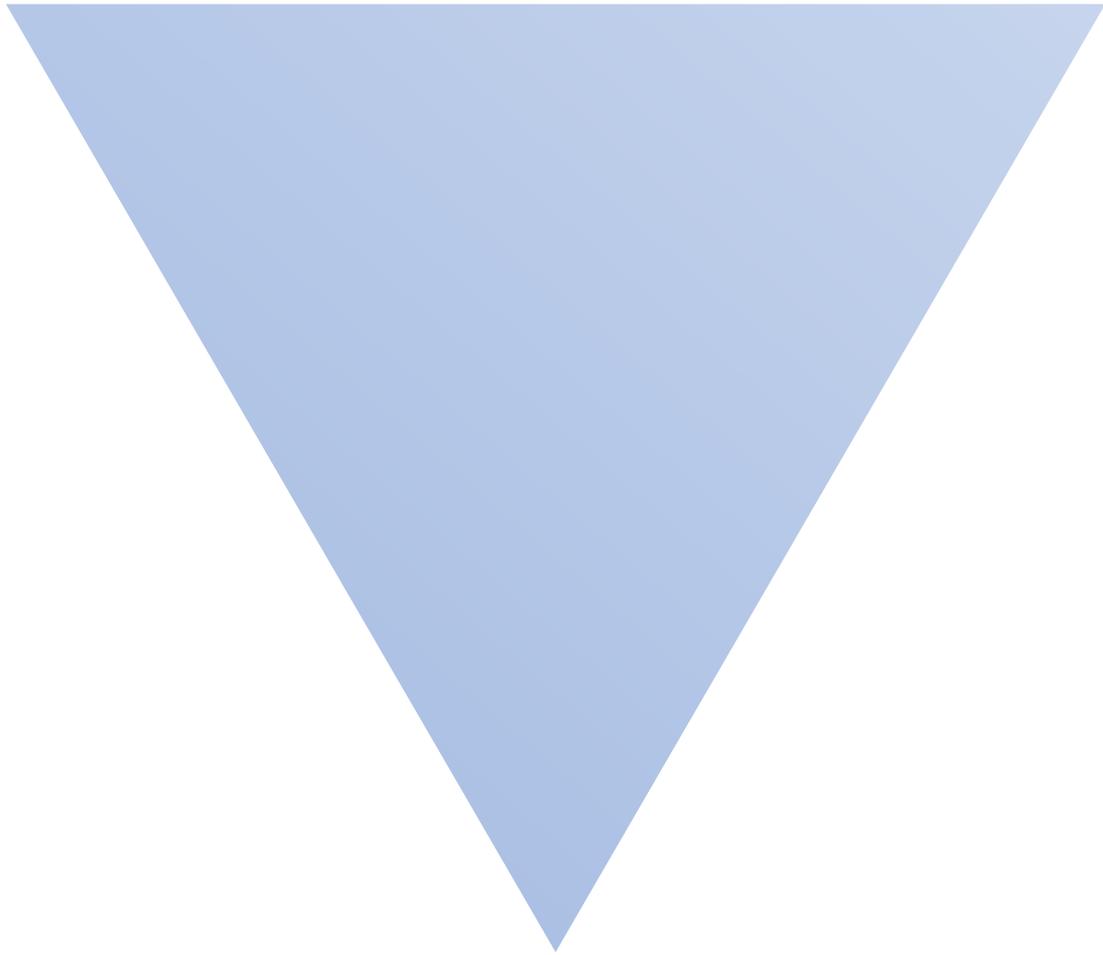


# **LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE – PTSM du Havre**



# Table des matières du diagnostic territorial partagé

INTRODUCTION.....	2
LE DIAGNOSTIC QUALITATIF DES ACTEURS .....	11
L'accès au diagnostic et aux soins en santé mentale .....	13
Les accompagnements sociaux et médicosociaux .....	15
Les situations inadéquates .....	18
Accès aux soins somatiques adaptés aux besoins .....	20
Prévention et gestions des situations de crise .....	21
Accès aux droits des personnes souffrants de troubles psychiques .....	23
Des ressources du territoire sur lesquelles s'appuyer .....	26
Rappel sur les ESMS.....	28

# INTRODUCTION

## CONTEXTE NATIONAL ET LÉGISLATIF

### Réorganisation de la santé mentale sur les territoires

L'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 propose deux niveaux de pilotage nécessaires pour la gouvernance du Plan : un pilotage national fort et un pilotage territorial des ARS opérationnel qui rend lisible la politique que l'Agence veut mener, en fonction des orientations nationales et des besoins régionaux.

À l'échelle régionale, opérationnalisation de la politique définie par l'ARS.

- Au sein de chaque ARS, prévoir la fonction d'un référent santé mentale formé à ce champ, avec une fonctionnalité transversale d'animation de la politique régionale de santé mentale et de psychiatrie.
- Quelle qu'en soit la forme (conférence régionale de santé mentale, groupe de travail spécifique au sein de la CRSA...), mettre en place une instance régionale de concertation en santé mentale.
- Définir une feuille de route en fonction du diagnostic territorial partagé, et animer sa mise en œuvre et son suivi.
- Inscrire la santé mentale à l'agenda des Commissions de coordination des politiques publiques de santé (CCPP).
- Soutenir le développement des CLSM, en les positionnant comme un outil de gouvernance partagé et démocratique des politiques locales de santé mentale et en assurant le financement de postes de coordonnateur des CLSM (ARS - collectivité territoriale).

À l'image de la différenciation faite dans le rapport Laforcade : « la santé mentale n'est pas de la responsabilité exclusive de la psychiatrie, mais la psychiatrie doit impérativement s'intégrer dans la politique de santé mentale », l'article 69 de la loi LMSS fait une distinction claire entre la politique de santé mentale, branche de la santé publique, et l'organisation de la psychiatrie.

La politique de santé mentale s'inscrit donc nécessairement dans un cadre coopératif large, incarné par un projet territorial de santé mentale qui facilitera le parcours de « l'utilisateur », en mettant en relation tous les acteurs susceptibles d'intervenir à un moment ou un autre dans ce parcours : « la coordination socio-sanitaire est indispensable ».

De plus, la loi LMSS est venue définir (ou redéfinir) huit instruments de planification nécessaires à l'édification des parcours en santé mentale dans les Projets régionaux de santé (PRS) :

- la politique de santé mentale ;
- le projet territorial de santé mentale ;
- les parcours de soins et de vie ;
- le diagnostic territorial partagé en santé mentale ;
- les contrats territoriaux en santé mentale ;
- les conseils locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale ;
- l'activité de psychiatrie ;
- la mission de psychiatrie de secteur.

À ces 8 instruments, nous pouvons ajouter les volets santé mentale des GHT qui doivent s'articuler avec les PTSM.

## Mise en place des PTSM

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

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

L'élaboration du diagnostic territorial partagé s'inscrit dans la mise en œuvre de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui engage des réformes d'ampleur en matière de territorialisation de l'offre de soins. Dans la continuité de réformes antérieures, le législateur affirme la volonté d'intégrer la psychiatrie à la planification générale des soins et à la politique générale de santé. D'une manière générale, les articles 69 à 73 réaffirment la place et l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale au sein de notre système de santé.

Dans l'article L.3221-1, la loi précise le contour de la politique de santé mentale, qui couvre un périmètre large : « actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale ». Elle acte qu'elle est certes l'affaire du sanitaire, mais pas uniquement puisqu' : « elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion ». Une distinction est donc opérée entre la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie, la santé mentale n'étant pas de la responsabilité exclusive de la psychiatre, mais la psychiatrie devant s'intégrer dans une politique de santé mentale. Ceci permet une clarification des responsabilités des différents acteurs qui interviennent dans le champ de la santé mentale, et inscrit la santé mentale dans un cadre coopératif large incarné par le projet territorial de santé mentale.

L'article L.3221-2 définit le projet territorial de santé mentale (PTSM) et un décret paru le 27 juillet 2017 en fixe 6 priorités :

- mettre en place un repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements nécessaires ;
- organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture (troubles psychiques graves, en situation ou à risque de handicap psychique), en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ;
- permettre l'accès à des soins somatiques ;
- prévenir et prendre en charge les situations de crise et d'urgence ;
- promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrant de troubles psychique et lutter contre la stigmatisation ;
- agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale.

Les actions tendant à mettre en œuvre ce projet territorial de santé mentale doivent faire l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'ARS et les acteurs participant à la mise en œuvre de ces actions.

Dans ce contexte, l'objectif des parcours en psychiatrie et santé mentale consiste à prendre en compte les besoins de la personne dans toutes ses dimensions :

- la prévention et la promotion de la santé ;
- le soin tant psychiatrique que somatique, avec l'organisation de parcours gradués sur les territoires ;
- l'inclusion sociale ;

- la réinsertion ;
- et l'accès au droit commun ;

en positionnant la personne comme actrice de son projet de vie.

Ces parcours doivent pouvoir se réaliser dans une société qui œuvre à la déstigmatisation de la maladie mentale, notamment en luttant contre la discrimination qu'elle suscite.

En ce sens, la réussite de la mise en œuvre des parcours est l'affaire de tous et questionne l'ensemble des politiques publiques et leurs articulations.

## CONTEXTE RÉGIONAL

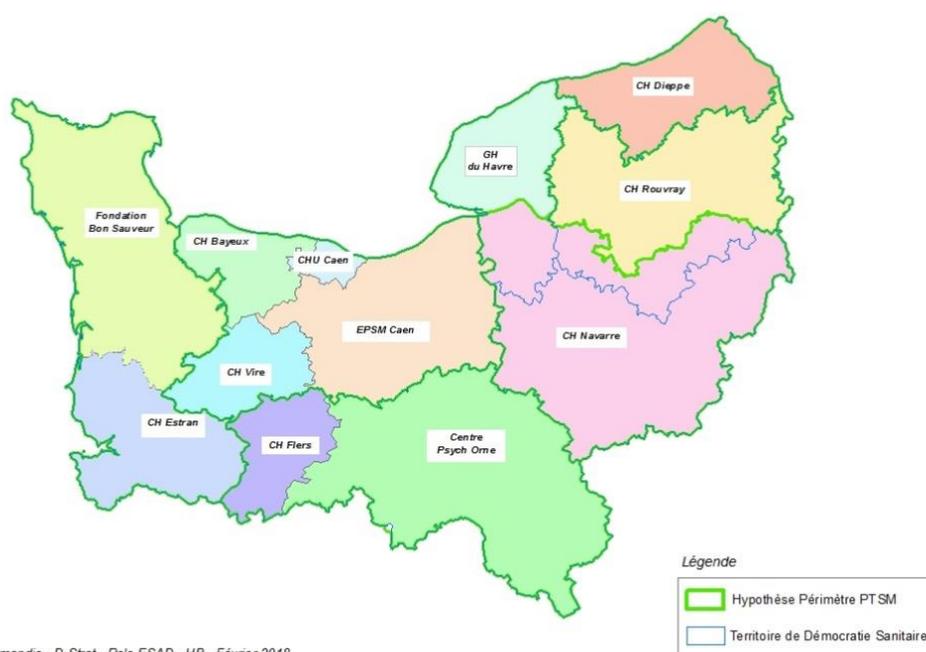
La loi prévoit que le PTSM soit laissé à l'initiative des acteurs, puis soit validé par le DGARS, après avis des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé, au sein duquel est identifiée une commission spécialisée en santé mentale.

Dans ce contexte, afin d'éviter des zones blanches, une réflexion régionale a été conduite en 2018, qui a permis de retenir pour la région Normandie, 7 territoires de « parcours psychiatrie et santé mentale », prenant en compte à la fois les territoires de démocratie sanitaire et la dimension départementale.

Il s'agit :

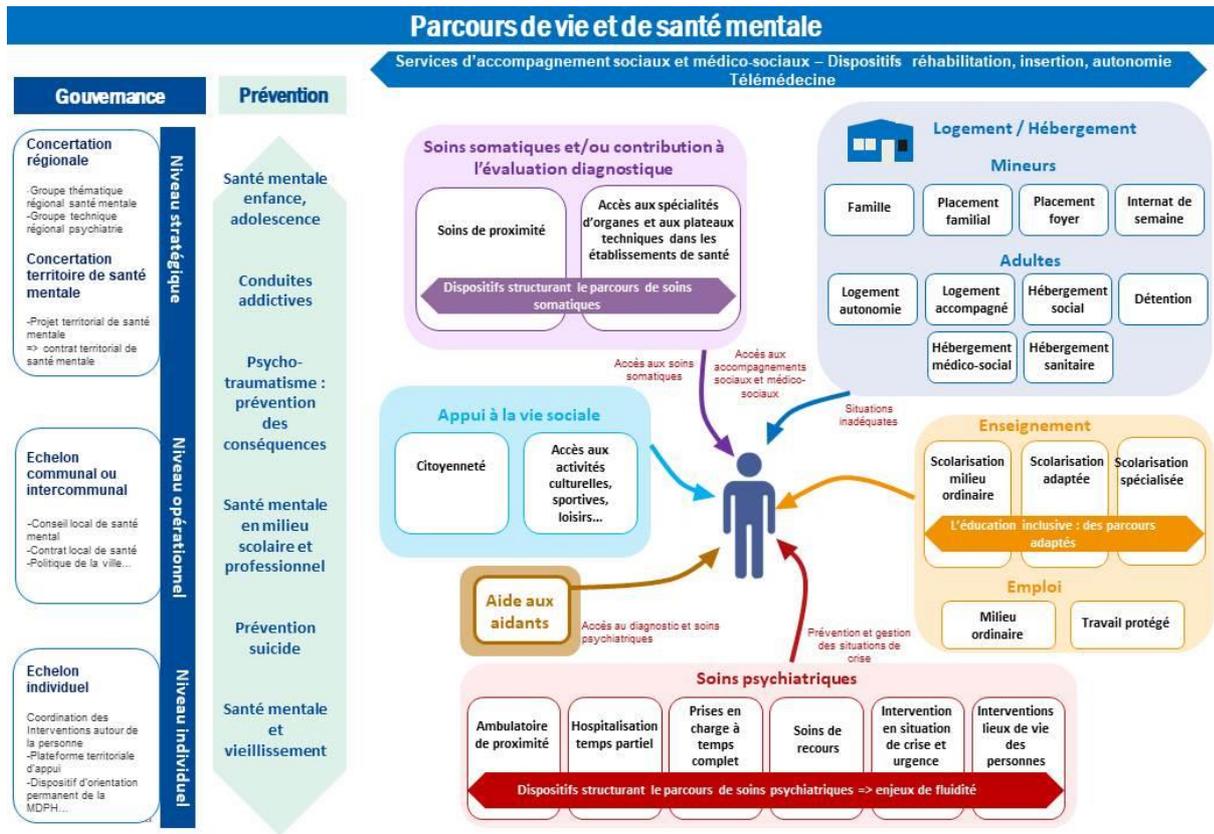
- des départements du Calvados, de l'Eure, de la Manche et de l'Orne ;
- du territoire de démocratie sanitaire de Dieppe ;
- des territoires de démocratie sanitaire de Rouen-Elbeuf et du Havre dans les limites départementales.

Zone d'Intervention des ES autorisés en Psychiatrie Générale, et  
Périmètre des projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) (Maj Février 2018)



ARS de Normandie - D.Strat - Pole ESAD - HB - Février 2018

Par ailleurs, afin de partager le périmètre du parcours santé mentale, une modélisation des différents champs concernés a été présentée lors d'un séminaire régional sur les parcours prioritaires en Normandie.



Cette modélisation a pour objectif de représenter les différents niveaux de gouvernance de la politique en santé mentale et les différents secteurs concernés par la santé mentale.

L'ARS Normandie, en accord avec les différents territoires, a lancé simultanément la démarche dans l'ensemble des territoires, avec un accompagnement régional par le cabinet Regard Santé pour un appui méthodologique et une aide à la rédaction.

Ainsi, afin de démarrer les travaux dans une dimension très transversale, en impliquant l'ensemble des secteurs concernés par la démarche, le principe d'un co-pilotage avec au minimum une représentation du secteur sanitaire (psychiatrique), social, médico-social (PA-PH), représentant de la médecine libérale (PTA, exercice coordonné de la médecine...) et bailleur social, a été installé dans chaque territoire. Les pilotes ont été désignés par les territoires avec validation par les conseils territoriaux de santé (CTS). Ces co-pilotes constituent le groupe projet et bénéficie dans certains territoires de temps de coordination par redéploiement.

Des groupes de travail ont été mis en place dans chaque territoire, soit selon les 5 portes d'entrée de la rosace, soit selon les 6 priorités.

Par ailleurs, un COPIL stratégique territorial a été installé dans chaque territoire en conformité avec l'instruction.

Les représentants d'usagers et des familles sont membres des groupes de travail et du COPIL stratégique et, en fonction des territoires et de leur volonté, peuvent faire partie du groupe projet.

## SITUATION TERRITOIRE DU HAVRE

Les co-pilotes ont été choisis en concertation et la composition du groupe projet a été validée par le conseil territorial de santé. Une lettre de mission de la Directrice Générale de l'ARS a été adressée aux pilotes en octobre 2018 précisant la définition des missions et des acteurs concernés.

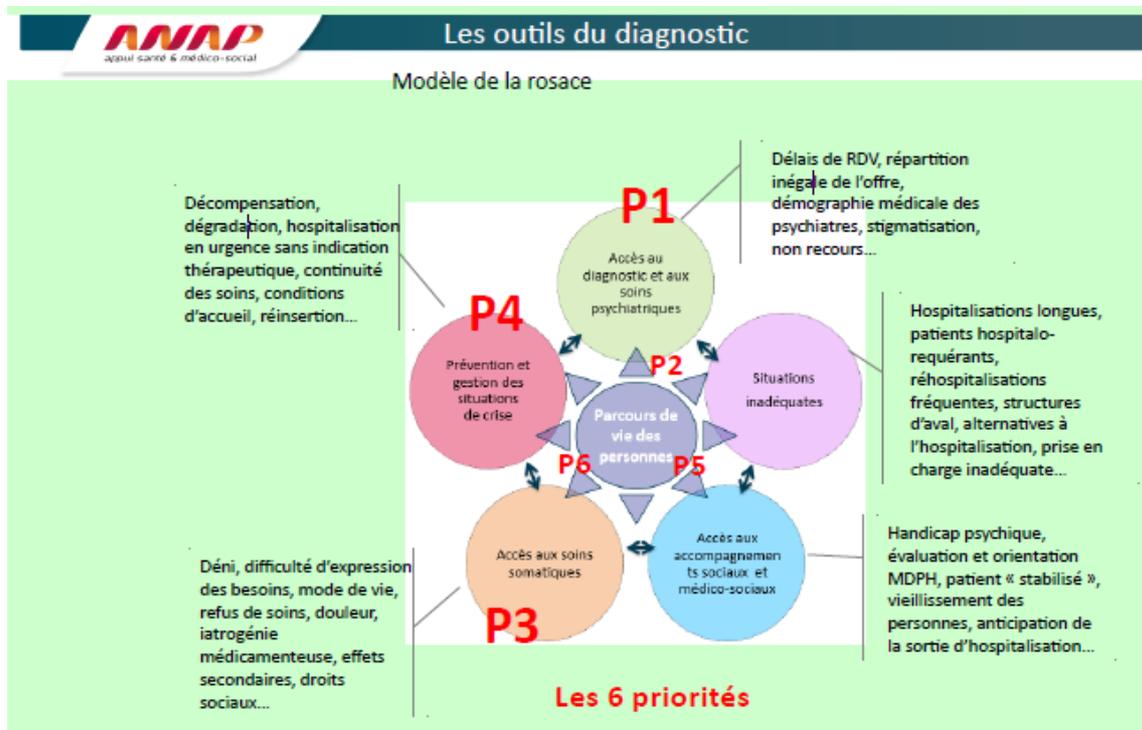
Secteur	Nom - Prénom	Structure	Fonction
Sanitaire	Mme BIARD Laurence	GHH	Directrice du pôle gériatrie
	M. Alain FUSEAU	GHH	Président CME
	M. LEGAT Olivier	GHH	Chef de pôle psychiatrie santé mentale
Médico-social	M. LABOURDIQUE Jean-Pierre	LADAPT Normandie	Directeur adjoint médicosocial
	M. LACOMBE Tonino	PEP Le Havre	Directeur administratif et pédagogique
	M. CAPPE Michel	Ligue Havraise	Directeur
Médecine libérale	M. SALADIN Jean-Luc	Médecin généraliste	Président CTS du Havre

Un COPIL stratégique a été constitué pour suivre, appuyer et valider les travaux des PTSM. Il est constitué des structures suivantes : GHH, Ligue Havraise, PEP LE Havre, Coté Cours, Médecine de ville (URML), UNAFAM, UNION POUR L'HABITAT SOCIAL, ARS, DDSCS de Seine-Maritime, Département de Seine-Maritime, MDPH, GEM Stop galère, Education nationale, URPS Infirmier, Clinique Océane, Services des tutelles (CMBD), Institut médico-social de Bolbec, ESMS du CCAS Fécamp, CODAH, MAIA, MDA, Intervenant Pivot Autisme, EMPP, Assurance maladie, CSAPA, IME Jules Guesde.

Secteur	Nom - Prénom	Structure	Fonction
Sanitaire	BIARD Laurence	GHH	Directrice du pôle gériatrie
Sanitaire	FUSEAU Alain	GHH	Président de la CME
Sanitaire	LEGAT Olivier	GHH	Chef de pôle psychiatrie santé mentale
Médico-social	CAPPE Michel	Ligue Havraise	Directeur
Médico-social	LACOMBLE Tonino	PEP LE Havre	Directeur administratif et pédagogique
Social	DELAROCHE Marie	Coté Cours	Directrice
Médecine Libérale	SALADIN Jean-Luc		Médecin
Représentant des personnes	FOUSSE Brigitte	UNAFAM	
Bailleur social	RIMBAUD Hélène	Union pour l'habitat social	Chargée de mission
Sanitaire		ARS DD76	Adjoint DD
Collectivité territoriale	DECOMPOIS Yannick	DDCS de Seine-Maritime	Directeur
Collectivité territoriale	BONIS Sophie	DDCS de Seine-Maritime	Attachée principale, pôle hébergement et logement adapté
Collectivité territoriale	CARRERE Geneviève	DDCS de Seine-Maritime	
Collectivité territoriale	FIRMIN LEBODO Agnès	Département de Seine-Maritime	
Collectivité territoriale	LEFEBVRE Blandine	Département de Seine-Maritime	Vice-présidente de l'action sociale
Collectivité territoriale	LECORDIER Nathalie	Département de Seine-Maritime	Vice-Présidente du Département en charge de l'enfance, famille, de la prévention spécialisée et de la santé

<b>Collectivité territoriale</b>	LEBLOND Sylvie	Département de Seine-Maritime	Directrice de l'autonomie
<b>Médico-social</b>	OUTTIER Fabienne	MDPH	Directrice
<b>Médico-social</b>	VANDENBULCKE Anne	MDPH	
<b>Représentant des personnes</b>	SURE Pascal	GEM Stop galère	
<b>Sanitaire</b>	APTER Gisele	GHH	PU PH
<b>Sanitaire</b>	CASADEI François	URPS Infirmier	
<b>Sanitaire</b>	GAUTHIER Eric	Clinique Océane	Directeur
<b>Social</b>	BENESVILLE Arnaud	Services des tutelles (CMBD)	
<b>Médico-social</b>	DEL CAMPO Jocelyne	Institut médico-social de Bolbec	
<b>Médico-social</b>	LEVIEUX Stéphane	ESMS du CCAS Fécamp	Directeur
<b>Médico-social</b>	FIDELIN Chantal	ESMS du CCAS Fécamp	
<b>Médico-social</b>	JUNG Azelia	MAIA	Pilote
<b>Sanitaire</b>	MAILLARD Sophie	CH du Rouvray	Intervenant Pivot Autisme
	THOMAS Laurelou	CPAM	
<b>Médico-social</b>	BOEUF Cécile	Association Opelvia, Centre Nautilus,	Directrice
	BAUDE Claire	Education Nationale	
	MOLNAR Jerome	Justice	
	VERMILLARD Jean-Marc	Justice	

Les groupes de travail sur le diagnostic ont utilisé les outils de diagnostic ANAP :



Sur cette base 5 groupes de travail ont été définis selon les entrées des pétales de la Rosace ANAP, pour le diagnostic et des groupes plus restreints sur le projet.

Une 50aine d'acteurs du territoire ont été invités aux groupes de travail, 38 professionnels différents du territoire ont participé aux groupes de travail du PTSM.

### Groupe 1 : Accès au diagnostic et aux soins précoces (projet)

Les participants se sont réunis pour le diagnostic, un groupe plus restreint a travaillé sur les fiches enjeux du projet.

Secteur	Nom - Prénom	Structure	Diagnostic	Projet
<b>Sanitaire</b>	<b>Mme BIARD *</b>	<b>GHH</b>	X	X
<b>Sanitaire</b>	M. BAILLY	PMI	X	
<b>Sanitaire</b>	M. LEGAT	GHH	X	
<b>Sanitaire</b>	Mme MENAGER	GHH	X	
<b>Médico-social</b>	Mme DELAROQUE	Coté Cours		X
<b>Social</b>	Mme JUNG	CCAS du Havre		X
<b>Médico-social</b>	<b>M. LACOMBE *</b>	<b>PEP Le Havre</b>	X	X
<b>Médico-social</b>	M. DUPONT	CRAN/SE	X	
<b>Médico-social</b>	Mme MAILLARD	CRAN/SE	X	
<b>Médico-social</b>	Mme POCHOT	CRAN/SE	X	
<b>Institution</b>	M. LECOQUIERE	EN	X	
<b>Institution</b>	M.MOLINAR	PJJ		X

\* Animateurs du groupe

### Groupe 2 : Situations inadéquates

Secteur	Nom - Prénom	Structure	Diagnostic	Projet
Sanitaire	M .LEPORCY	GHH	X	X
<b>Médico-social</b>	<b>Mme DELAROQUE*</b>	<b>Coté Cours</b>		X
<b>Médico-social</b>	Mme BOEUF	Nautilia	X	
<b>Social</b>	<b>M. BENESVILLE*</b>	<b>CMBD</b>	X	X
<b>Bailleur</b>	Mme RIMBAUD	UHS	X	X
<b>Bailleur</b>	Mme SAVEY	Alcéane	X	
<b>Institution</b>	Mme NAMUR	Conseil Départemental	X	
<b>Institution</b>	M. REVEAU	CODAH	X	
<b>Médico-social</b>	M.THUNE	INSER SANTE	X	
	Mme COMETA		X	

\* Animateurs du groupe

### Groupe 3 : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

Secteur	Nom - Prénom	Structure	Diagnostic	Projet
Médico-social	M. CAPPE*	Ligue Havraise	X	X
Social	Mme JUNG*	CCAS du Havre	X	X
Bailleur	Mme RIMBAUD	UHS		X
Institution	Mme LEBLOND	CD76/UTAS		X
Représentant pers	M. SURE	Gem Stop Galère		X
Sanitaire	M. BAUDIN	GHH	X	
Sanitaire	Mme BELAID	GHH	X	X
Institution	Mme VANDENBCUCLKE	MDPH		X
Institution	Mme BONIS	DDCS76	X	
Sanitaire	M. SAUS	GHH SAMU	X	
Médico-social	M. PEZIER	ALPEAIH	X	
Médico-social	Mme HARITCHABALET	EPA Helene Keller	X	
Sanitaire	M. MOREAU	Clinique Océane	X	
Médico-social	Mme AUBRUN	EPA Helene Keller	X	
Social	Mme HELLIER	Département	X	
Bailleur	Mme PRUDHOMME	UHS		X
Social	Mme GUESDEN	Fondation Armée du salut	X	
Social	M. GIDEL	CD 76-UTAS	X	
Social	M. MOLNAR	PJJ	X	
Social	M. BOSSUYT	AHAPS	X	

\*Animateurs du groupe

### Groupe 4 : Accès aux soins somatiques

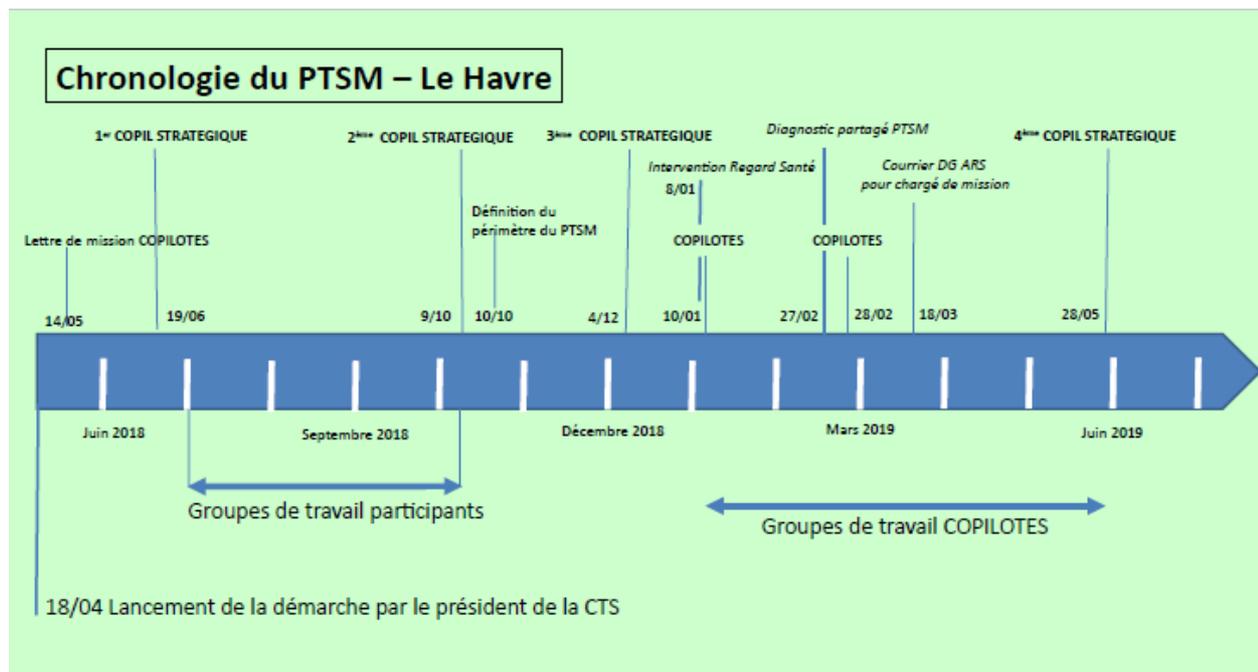
Ce groupe s'est réuni uniquement sur le volet projet et enjeux (pas sur le diagnostic)

Secteur	Nom - Prénom	Structure	Diagnostic	Projet
Représentant pers	Mme FOUSSE*	UNAFAM		X
Sanitaire	M. CASADEI*	URPS infirmier		X
Sanitaire	MOREAU	Clinique Océane		X
Sanitaire	DIARRA	Clinique Océane		X

### Groupe 5 : Prévention et gestion des situations de crise

Secteur	Nom	Structure	Diagnostic	Projet
Sanitaire	M. FUSEAU	GHH	X	X
Sanitaire	M. SALADIN		X	X
Sanitaire	Mme BIARD	GHH	X	X
Social	M. BENESVILLE*	CMBD		X
Sanitaire	M. CASADEI	UPPS Infirmier		X
Institution	Mme DANROC	Education Nationale		X
Médico-social	Mme CHARPENTIER	Ligue havraise	X	X
Représentant pers	Mme FOUSSE	UNAFAM	X	X

Chronogramme de la construction du PTSM :



## LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ

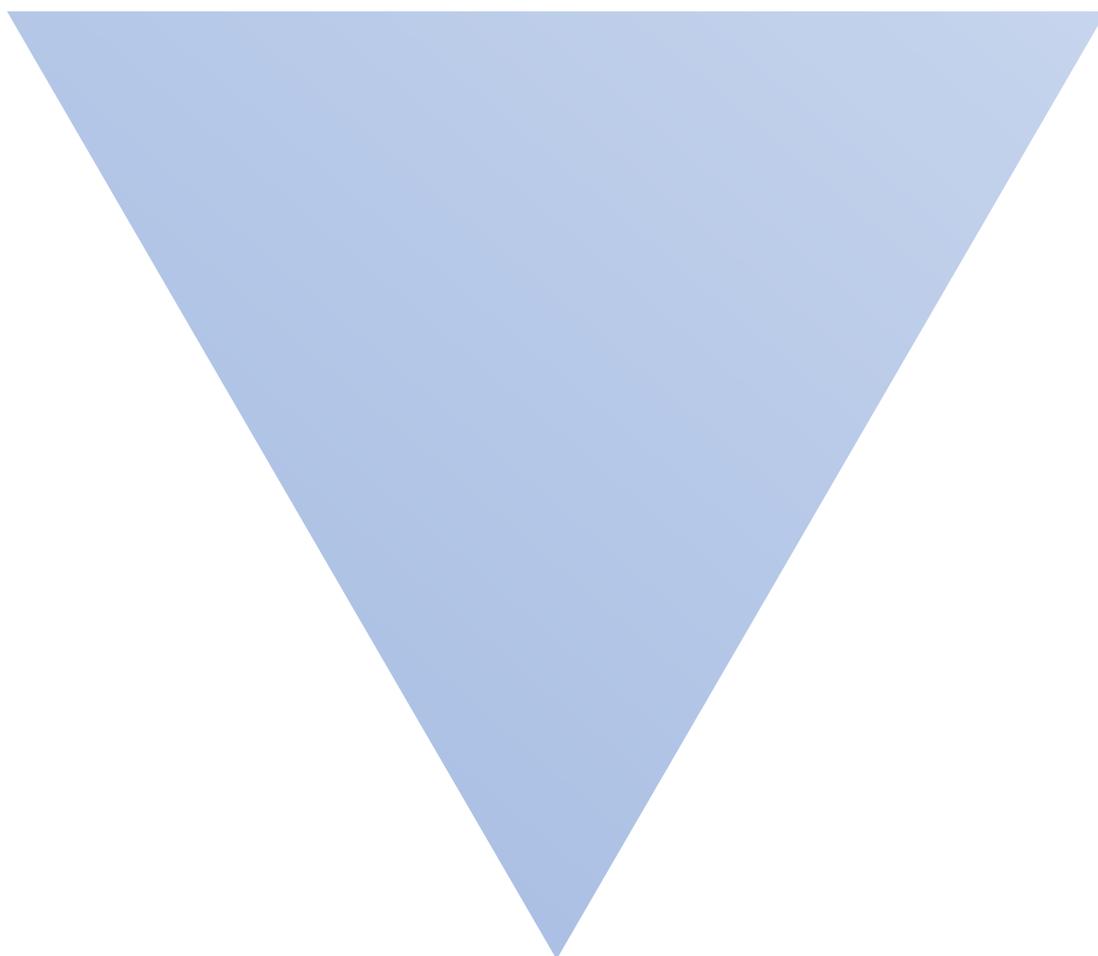
La définition donnée du Diagnostic territorial partagé dans la loi de modernisation de notre système de santé montre que le bilan partagé des besoins et des ressources ne peut s'inscrire que dans une démarche de concertation territoriale qui associe l'ensemble des acteurs participant à l'appui au parcours de vie des personnes en situation de vulnérabilité.

Le DTP passe par deux phases : la phase de bilan partagé des besoins et des ressources et la phase de concertation territoriale. Bien qu'interdépendantes et complémentaires, ces phases ont cependant des objectifs distincts.

Si le bilan partagé des besoins et des ressources vise à dresser un état des lieux, une photographie d'une situation dans un contexte législatif et territorial donné, la concertation territoriale, en revanche, doit permettre d'identifier des leviers d'actions pour faire évoluer le dispositif et les pratiques, parfois même au-delà des textes législatifs et des contraintes réglementaires ou tarifaires qui existent déjà.

**Le Diagnostic territorial partagé est une évaluation des besoins partagée, régulière, précise, formalisée et prenant en compte les facteurs environnementaux (ou contextes locaux).**

**LE DIAGNOSTIC QUALITATIF  
DES ACTEURS DU TERRITOIRE  
PTSM du HAVRE**



# Table des matières

<b>L'ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS EN SANTE MENTALE .....</b>	<b>14</b>
LES FORCES ET ATOUTS .....	14
LES ELEMENTS D'INQUIETUDES - SITUATIONS DE RUPTURE .....	14
<i>Des besoins spécifiques</i> .....	15
<b>LES ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICOSOCIAUX.....</b>	<b>16</b>
<i>Contexte</i> .....	16
<i>L' APPROCHE DU DIAGNOSTIC : LES ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX.....</i>	16
ANALYSE DES CAUSES DE RUPTURES DE PARCOURS .....	17
ANALYSE DES BONNES PRATIQUES ET INITIATIVES A DEVELOPPER .....	17
LES FREINS ET LEVIERS IDENTIFIES .....	17
<b>LES SITUATIONS INADEQUATES .....</b>	<b>19</b>
<i>Ruptures de parcours</i> .....	19
<i>Les besoins transversaux</i> .....	19
<i>Les populations sans réponses</i> .....	19
<b>ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES ADAPTÉS AUX BESOINS .....</b>	<b>21</b>
<i>Lien entre les acteurs de la psychiatrie et les médecins généralistes</i> .....	21
<i>Les besoins</i> .....	21
SITUATIONS COMPLEXES .....	21
<b>PRÉVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE .....</b>	<b>22</b>
SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE .....	22
<i>Analyse des causes</i> .....	22
<i>Les besoins identifiés</i> .....	22
<i>Pistes de réflexions</i> .....	23
<b>ACCES AUX DROITS DES PERSONNES SOUFFRANTS DE TROUBLES PSYCHIQUES .....</b>	<b>24</b>
LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION .....	24
<i>Communication autour de la santé mentale</i> .....	24
<i>Les modalités de soutien par les pairs</i> .....	24
<i>Repérage et prise en comptes des besoins des personnes</i> .....	24
LA PROMOTION DE LA SANTE .....	26
<i>Développer une politique territoriale de prévention</i> .....	26
<b>DES RESSOURCES DU TERRITOIRE SUR LESQUELLES S'APPUYER .....</b>	<b>27</b>
<b>RAPPEL DES ESMS.....</b>	<b>28</b>

# L'ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS EN SANTE MENTALE

## Les forces et atouts

- Sur Le Havre, l'ensemble des crèches publiques ont été sensibilisées aux troubles du spectre autistique (TSA) par le Centre Ressources Autisme Normandie Seine Eure (CRAN/SE).
- Un réseau de médecins libéraux havrais TSA est animé sur le CRAN/SE
  - L'accès à une première réponse en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et en Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) est rapide
- Organisation graduée pour l'accès au diagnostic TSA
- La présence des intervenants pivots (TSA) sur le territoire pour pallier aux ruptures ou risques de ruptures de parcours.
- Universitarisation de la filière pédopsychiatrique.
  - Le recours possible au Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) pour les actions auprès d'enfants ou d'adultes en situations de handicap sans solution.
  - Un bon maillage des Centre Médico-Psychologique( CMP) Adultes sur le territoire.

## Les éléments d'inquiétudes - situations de rupture

- Une vraie disparité sur le territoire en termes d'accessibilité aux soins en santé mentale (le territoire havrais est bien plus doté qu'au niveau de Fécamp ou de Lillebonne). Les territoires ruraux sont, à ce titre, une priorité.
- L'accès au soin non programmé est saturé et parfois inadapté
- Difficultés à poser les diagnostics
- Les délais d'attente pour la mise en place de soins dans les services ambulatoires (CMP, CMPP, CAMSP) sont très longs.
- L'organisation des orientations très difficiles compte tenu de l'engorgement des structures sanitaires et médico-social en aval (CMP, CMPP, Institut Médico Educatif (IME), Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP), Instituts d'Education Motrice (IEM), Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), structures adultes...). Manque de dynamisme des filières.
- Coordinations insuffisantes entre les établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux (notamment autour de la protection de l'enfance et de la prévention).
- La pénurie de professionnels médicaux et paramédicaux impliquant notamment la réorganisation de l'offre sanitaire.
- Manque de connaissance des différents dispositifs sur le territoire.
- Manque de coordination des soins libéraux
- Augmentation des déscolarisations (à temps plein et à temps partiel) et des refus d'entrée à l'école (notamment en pré-élémentaire)
- Augmentation significative des troubles du comportement et de la conduite constatée par le milieu scolaire.
- Recours à l'hospitalisation difficile notamment pour les enfants TSA adolescents (Equinoxe)

## Focus Migrants

### Des besoins spécifiques

- Traumatisme de l'exil
- Personnes en situations de handicap
- Difficultés administratives de l'accès au diagnostic et aux soins
- Problématiques de l'interprétariat

### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Développer la communication autour des différents dispositifs du territoire
- ⇒ Renforcer la pluridisciplinarité et la pluralité des approches
- ⇒ Identifier les acteurs « ressources » sur le territoire en fonction des différentes problématiques de santé
- ⇒ Professionnaliser la coordination pour les situations complexes
- ⇒ Réaffirmer et valoriser le rôle du médecin traitant dans le repérage et l'accès aux soins de premier recours.
- ⇒ Développer le travail en lien avec les maternités de Lillebonne et de Fécamp
- ⇒ Renforcer l'offre de soins ambulatoires aux regards des besoins de la population, notamment sur les territoires ruraux
- ⇒ Déployer un dispositif de télé médecine en psychiatrie
- ⇒ Généraliser une prise en charge psychiatrique dans l'ensemble des établissements sanitaires publics et privés (équipe de liaison)
  - ⇒ Renforcer l'accessibilité aux diagnostics et aux soins psychiatriques pour les publics vulnérables (Equipe Mobile de Psychiatrie de la personnes âgées EMPPA, Equipe Mobile de Précarité Santé Mentale EMPSM)
- ⇒ Assouplir les échanges-relais entre les différents acteurs des champs sanitaires et médico-sociaux
- ⇒ Fluidifier la complémentarité des interventions et la coordination des soins entre les champs sanitaires et médico-sociaux et le secteur libéral (le cas échéant, avec l'environnement scolaire).
- ⇒ Formaliser la graduation de l'accès aux soins (ou chemin clinique) en fonction des différentes problématiques (à l'instar des TSA).
- ⇒ Proposer des premières réponses rapides (sans attendre l'urgence) en articulation avec les services de droit commun.
- ⇒ Agir en prévention
- ⇒ Favoriser l'interconnaissance des acteurs

En synthèse des travaux, 5 axes à développer :

- Adapter et renforcer l'offre de soin aux besoins de l'ensemble du **TERRITOIRE**
- Face à la pénurie médicale, renforcer la **PLURIDISCIPLINARITÉ**
- **COMMUNIQUER** d'avantage pour mieux se connaître et mieux orienter
- Proposer une **OFFRE GRADUÉE** pour l'accès au diagnostic et aux soins
- Mieux **COORDONNER les PARCOURS** entre les différents acteurs
- Identifier et **Développer les RESSOURCES**

## Les accompagnements sociaux et médicosociaux

### Contexte

Le territoire propose une richesse d'offres à la fois dans le nombre et dans la diversité assez conséquente. Néanmoins doit être observée une certaine disparité sur le territoire : zones d'intervention restreintes, critères d'inclusion sélectifs, éloignement géographique, inégalités d'accès et zones blanches. Ceci amène à une difficulté de compréhension et de connaissance pour les partenaires qui ne connaissent pas l'intégralité des acteurs qu'ils peuvent mobiliser. Des outils de communication existent mais sont encore trop peu utilisés comme ressources d'informations pour les professionnels notamment lorsqu'il s'agit de varier les publics cibles. Les secteurs sont en constante évolution et il est parfois difficile de se tenir informé des nouveautés et dernières modifications. On peut en déduire que parfois certains services sont utilisés alors que d'autres auraient été plus pertinents au vu des besoins repérés. Ou encore que des relais ne sont pas rendu possibles faute d'inter connaissance. Concrètement, c'est un travail de communication, information et même de formation qui semble nécessaire d'approfondir d'une manière très transversale. Aussi une meilleure connaissance du public concerné par la santé mentale permettra un repérage plus efficient.

### L' APPROCHE DU DIAGNOSTIC : LES ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

Les réponses proposées ne sont pas appropriées aux pathologies psychiques et aux comportements qui en découlent. Ainsi, les projets de réinsertion ne peuvent pleinement aboutir car il y a un manque de cohésion entre les acteurs Le groupe de travail en charge de cet aspect a choisi de mener un diagnostic avec l'aide de nombreux partenaires du territoire sur les différents aspects suivant :

- L'offre et la demande d'accompagnement sociaux / médico-sociaux pour les usagers relevant de la santé mentale
- L'approche globale de l'accompagnement de l'utilisateur
- Le rôle de l'hôpital et plus largement du secteur sanitaire dans les liens avec les services ou établissements
- L'offre et la demande en terme de coordination : référents, instances, ...

La transversalité de l'approche nécessite de mener une réflexion sur tous les publics concernés, c'est pourquoi le champ de l'enfance, du handicap et du vieillissement ont été impliqués dans la démarche. Aussi, les différents aspects en terme de logement ont été abordés : l'institutionnalisation, l'habitat spécialisé et inclusif ainsi que la notion d'habitat dit « classique ».

A partir de ce diagnostic, l'identification d'actions prioritaires pour lever les obstacles et difficultés de parcours et mieux répondre aux attentes des personnes concernées vivant avec une pathologie psychiatrique chronique avec ou sans handicap psychique.

Tous les projets proposés répondent à un ou plusieurs aspects visant à :

- Assurer un accès équitable aux services sociaux, médico-sociaux ou sanitaires
- Faciliter la continuité des accompagnements sociaux, médico-sociaux ou sanitaires
- Améliorer la qualité des accompagnements sociaux, médico-sociaux ou sanitaires
- Améliorer la prévention et le lien social.
- La zone géographique concernée par l'étude reste une zone sociale, médico-sociale et sanitaire relativement bien dotée.

## Analyse des causes de ruptures de parcours

- Erreur d'orientation vers les services par méconnaissance des ressources et des contraintes de chacun
- Manque de co-responsabilité dans les orientations, une réorientation vers les soins doit être facilitée si l'établissement constate à nouveau une fragilité
- Manque de transparence sur les critères d'inclusion et manque de souplesse des dispositifs : comment faire lorsque la personne ne « rentre pas dans les cases » ?
- Relation de confiance fragile entre les services en ce qui concerne les évaluations : « parfois il faut attendre la crise pour qu'on nous confirme les signes cliniques »
- Manque d'anticipation lors des sorties d'hospitalisation et des relais vers l'extérieur
- Moyens humains et matériels faibles sur certaines ressources : équipes mobiles, ambulatoire
- Méconnaissance des signes cliniques alarmants ou non prise en compte des alertes par manque de formation, les professionnels ne repèrent pas toujours des signes

## Analyse des bonnes pratiques et initiatives à développer

- Liens tissés entre différents secteurs les dernières années notamment entre la psychiatrie et le secteur des personnes âgées, avec la déclinaison régionale du plan autisme, ou la réponse accompagnée pour tous...
- Amélioration des échanges intra-hospitalier entre les soins somatiques et psychiatrique permettant plus de liens
- Mise en place de professionnels référents de parcours complexes dans certains domaines (gestionnaire de cas Maia, intervenants pivots...) Permet de créer une coordination entre les services quelque soit l'endroit où est la personne (décloisonnement) = personne ressource
- Prise en compte de la souffrance des professionnels dans l'accompagnement lors des réunions de synthèse, échanges etc.
- Progressive mise en place des CPOM apporte plus de souplesses pour les établissements
- Existence d'instances pluridisciplinaires afin d'évoquer les situations complexes nécessitant une vision croisée (réorganisation souhaitable pour éviter un empilement de dispositifs)

## Les freins et leviers identifiés

LES FREINS	LES LEVIERS
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Manque de moyens et la pénurie médicale</li><li>▶ Les différences de culture de travail entre la psychiatrie, les soins de ville, les accompagnements sociaux etc.</li><li>▶ Les notions de file active : rapport qualitatif/quantitatif</li><li>▶ Les cloisonnements entre les secteurs et les champs d'intervention</li><li>▶ Institutionnels : cloisonnement des aides/ difficultés de relais au moment des périodes charnières (enfance/adolescence/PA-PH)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ La contrainte institutionnelle</li><li>▶ Recentrer l'individu au cœur de son accompagnement global</li><li>▶ Le partage d'information et la législation</li><li>▶ La mise en place progressive de systèmes d'information partagés</li><li>▶ Des dynamiques de repérage des situations fragiles : ex du guichet intégré MAIA Le développement des IPA (infirmières en pratiques avancées)</li><li>▶ Le développement des "évaluations multidimensionnelles"</li></ul>

## LES AXES D'AMELIORATION

### Favoriser l'interconnaissance

- Outils de communication autour de l'existant : diagnostic, référentiel (complet et transversal)
- Favoriser les rencontres entre les différents champs d'action de la "santé mentale"
- Mise en oeuvre d'une logique de parcours de soins et de vie en santé mentale par le biais de référents de parcours

### Renforcer l'accès aux soins

- Pathologies chroniques nécessitant un retour régulier vers les soins
- Développement et renforcement des équipes ambulatoires (possibilité d'intervenir dans tous les lieux de vie et de manière égalitaire pour les populations, les territoires, les pathologies etc.)
- Favoriser des protocoles / formalisation de coopérations facilitées entre les services sociaux/médico-sociaux et le sanitaire
- Mise en oeuvre de la télémédecine (si conditions requises)

### Agir en prévention

- Repérage des signes alarmants / prévention des situations de crises
- Eviter les situations de ruptures de parcours et agir sur les causes de rupture en concertation avec tous les acteurs
- Modèle de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en psychiatrie à développer
- Soutien aux aidants
- Limiter l'épuisement des professionnels : analyse de pratique professionnelles
- Enseigner les logiques de parcours de vie et de santé aux jeunes professionnels (via les formations initiales)

## LES SITUATIONS INADEQUATES

### Définition

Une situation inadéquate peut se définir de façons différentes :

- Hospitalisations longues
- Ré hospitalisations fréquentes
- Prise en charge inadéquate

Toute personne qui ne trouve pas de réponse globale à son projet d'accompagnement et/ou d'insertion ; qui se retrouve face à un manque de mutualisation des moyens, la maintenant dans une situation inadéquate, « faute de mieux ».

Les réponses proposées ne sont pas appropriées aux pathologies psychiques et aux comportements qui en découlent. Ainsi, les projets de réinsertion ne peuvent pleinement aboutir car il y a un manque de cohésion entre les acteurs.

### Ruptures de parcours

D'une manière plus générale, une rupture dans le parcours de soin ou dans l'accompagnement des personnes en situation inadéquate est systématiquement constatée. Il est donc nécessaire de travailler avec des équipes en nombre et des équipes formées. Un réel travail de partenariat entre les différents corps de métier est indispensable dans l'accompagnement des personnes en souffrance. Ainsi, dans le cadre de ce PTSM, il a été évoqué des idées de réunions pluridisciplinaires avec des contrats de formalisation. Il faut ainsi décloisonner les différents services (l'Education Nationale, la DDCS, etc.) pour que chacun s'investisse dans la contractualisation. De plus, un travail de coordination avec l'hôpital est nécessaire en renforçant notamment les interventions des équipes mobiles.

### Les besoins transversaux

Les réponses proposées ne sont pas appropriées aux pathologies psychiques et aux comportements qui en découlent. Ainsi, les projets de réinsertion ne peuvent pleinement aboutir car il y a un manque de cohésion entre les acteurs.

Il subsiste encore beaucoup d'orientations, souvent injustifiées, vers la psychiatrie qui peuvent être à l'origine du décalage entre les besoins de la personne et l'offre existante (et être la cause de situations de « crise »).

### Les populations sans réponses

- Les enfants / adolescents stigmatisés par leur pathologie et leurs troubles du comportement, qui se retrouvent bloqués dans l'accès à l'éducation et aux dispositifs d'inclusion
- Les 18 / 25 ans (à cheval entre le secteur de l'adolescence et de l'adulte, sans réponse appropriée à leur situation « d'entre 2 »)
- Les grands précaires cumulant troubles psychiques, troubles du comportement et problème d'addiction, qui ne peuvent bénéficier d'une cohérence sanitaire et médicosociale dans l'étayage proposé.
- Les + 60 ans (ou vieillissement précoce) (entre le milieu adulte et l'entrée en EHPAD) ; besoin de services passerelles entre les dispositifs existants
- Les personnes en logement social sans étayage adapté (mauvaise occupation du logement sans pour autant avoir vocation à entrer dans un établissement médicosocial type foyer de vie / MAS).

## LES LEVIERS ET AXES D'AMELIORATION

- Développement et le renforcement des équipes ambulatoires
- Renfort des dispositifs médicosociaux
- Création d'un groupe opérationnel de coordination
- Le partage d'information et la législation
- La mise en place progressive de systèmes d'information partagés
- Des dynamiques de repérage des situations fragiles : ex du guichet intégré MAIA
- Le développement des IPA (infirmières en pratiques avancées)
- Le développement des "évaluations multidimensionnelles"

# ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES ADAPTÉS AUX BESOINS

## Lien entre les acteurs de la psychiatrie et les médecins généralistes

- Manque de connaissance des différents dispositifs sur le territoire.
- Manque de coordination des soins libéraux

## Les besoins

- Les différences de culture de travail entre la psychiatrie, les soins de ville, les accompagnements sociaux etc.
- La pénurie de professionnels médicaux et paramédicaux impliquant notamment la réorganisation de l'offre sanitaire

### Actions remarquables

- Amélioration des échanges intra-hospitalier entre les soins somatiques et psychiatrique permettant plus de liens
- Mise en place de professionnels référents de parcours complexes dans certains domaines : ex. gestionnaire de cas, intervenants pivots... Permet de créer une coordination entre les services quel que soit l'endroit où est la personne (décloisonnement)
- Les liens se sont faits entre différents secteurs les dernières années : ex de la psychiatrie pour les personnes âgées, déclinaison régionale du plan autisme, réponse accompagnée pour tous...
- Prise en compte de la souffrance des professionnels dans l'accompagnement : réunions de synthèse, échanges etc
- La progressive mise en place des CPOM apporte plus de souplesses pour les établissements

## Situations complexes

- Existence d'instances pluridisciplinaires afin d'évoquer les situations complexes nécessitant une vision croisée (réorganisation souhaitable pour éviter un empilement de dispositifs)

### LEVIERS | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Renforcer l'accès aux soins
- ➔ Mise en œuvre de la télémédecine

# PRÉVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE

S'il est commun de dissocier la réflexion sur la prévention des situations de crise de la gestion, les acteurs du territoire proposent une distinction complémentaire : la gestion de la première crise qui peut poser des difficultés actuellement et la gestion des crises après l'entrée dans le parcours de soins.

## Situations de crise et d'urgence

### Analyse des causes

- Des crises sans réponses
- Mise en échec des différents dispositifs qui travaillent chacun de leur côté : situations qui se dégradent, usagers désemparés, professionnels sans solution
- Insuffisance des interventions sur les lieux de vie : moyens humains et matériels faibles sur certaines ressources comme les équipes mobiles, ambulatoire
- Difficulté d'anticiper et de prévenir les crises
- Manque d'anticipation des sorties d'hospitalisation et des relais vers l'extérieur
- Sollicitation croissante des établissements sociaux et médico-sociaux pour accueillir des usagers aux troubles de plus en plus importants (phénomène renforcé par le virage inclusif), d'où la nécessité de soutenir fortement les équipes et les usagers au sein de ces dispositifs
- Mutualisation actuelle des urgences psychiatriques adultes et des urgences pédopsychiatriques constitue un frein certain à la gestion de la crise : personnel insuffisamment formé sur certaines tranches d'âge, mixité d'âge complexe à gérer, etc.

### Les besoins identifiés

#### Prise en charge des situations

- Lieux de concertation rapide entre acteurs sur les situations variées
- Besoin d'équipe mobile allant au contact des populations spécifiques et non connues du soin (précarité, addiction...)

#### Prévention de la crise

- Supports de communication à destination du grand public : sur la pathologie psychiatrique mais aussi sur une conduite à tenir simple en particulier à qui s'adresser, comment accéder rapidement aux soins, etc.
- Besoin de déstigmatiser le grand public sur la psychiatrie (action 3 de la feuille de route Santé mentale et psychiatrie).
- Développer avec l'aide des pouvoirs publics (ville, codah...) des actions en faveur de l'amélioration de l'hygiène de vie : sports, nutrition, etc. Ce type d'activité, a fortiori s'il permet des rencontres entre patients et non patients, est un facteur essentiel de lien social.

#### Formation

- Former les professionnels de la protection de l'enfance, du médico-social et de l'éducation nationale

- Nécessité d'informer certains soignants sur des modalités d'intervention existantes notamment la convention régionale urgences permettant au médecin coordonnateur du SAMU de donner un 1er avis téléphonique, sur la foi duquel un patient en crise peut être accompagné aux urgences par le SAMU / les forces de l'ordre / les pompiers
- Besoin de destigmatiser le grand public sur la psychiatrie

## Pistes de réflexions

- La crise peut être collective. La question de la gestion des psycho-traumatismes pose en particulier question : quand réagir et quand ne pas réagir ? Besoin de professionnels formés qui seraient à recenser, organisation à l'échelle du territoire, indépendante de l'activation éventuelle de la CUMP par le Préfet
- Sur la périnatalité et petite enfance : quel accompagnement spécifique face aux nouveaux comportements ?

### LEVIERS | PISTES D'AMÉLIORATION

#### En matière de formation

- ➔ Formation des professionnels de la protection de l'enfance : les limites, quand réagir, ou pas
- ➔ Formation des professionnels du médico-social : gestion de la crise, repérage de la maladie mentale, de la crise suicidaire, etc.
- ➔ Formation des professionnels de l'éducation nationale (besoin de formation pour les personnels enseignants, personnel de direction... sur la santé mentale. Les médecins scolaires bénéficient de leur côté de plus de possibilités de formation)

#### En matière de prise en charge pluridisciplinaire

- ➔ Mettre en place une commission pluridisciplinaire, facilement et rapidement activable pour mobiliser les ressources du territoire, avec un pouvoir d'alerte et un pouvoir opérationnel (pilotage pas nécessairement sanitaire)
- ➔ Envisager « des RCP santé mentale » pouvant se réunir et réagir rapidement sur le modèle du GOLC (Groupe Opérationnel de concertation local)

#### En matière d'intervention sur les lieux de vie

- ➔ Création d'équipes mobiles (modèle du groupe « ERIC ») pour des interventions rapides en dehors de l'hôpital, médicalisées, dans des situations de crise, pour des patients connus ou pas, à domicile ou ailleurs.
- ➔ Penser des équipes d'appui aux ESMS, capable d'intervenir pour évaluer, conseiller, etc... (modèle « UMOSTED » de Rouen) et proposés dans la fiche 9 de la feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie « *Développer les prises en charge ambulatoires, y compris intensives et les interventions au domicile du patient, y compris en établissement et service médicosocial* »

#### En termes de permanence des soins

- ➔ Faudrait-il des urgences pédopsychiatriques distinctes des urgences psychiatriques adultes ?

# Accès aux droits des personnes souffrants de troubles psychiques

## La lutte contre la stigmatisation

### Communication autour de la santé mentale

Les Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM) sont des manifestations qui se déroulent chaque année en France dans le but de sensibiliser l'opinion publique et déstigmatiser les personnes souffrant de troubles psychiatriques. De nombreuses manifestations sont organisées partout en France. Leurs objectifs principaux sont :

- Convier aux évènements des SISM un public qui n'est pas habituellement sensibilisé aux questions de santé mentale dans un double but de pédagogie de et déstigmatisation.
- Informer à partir du thème annuel sur les différentes approches de la santé mentale.

### Les modalités de soutien par les pairs

- Les Associations d'usagers : des Associations d'usagers, en souffrance psychique, proposent une écoute, des conseils et des rencontres avec des personnes qui sont directement concernées par des troubles psychiques (patients, proches, professionnels).
- Certains sites internet ont été conçus pour faciliter l'accès des Associations aux Usagers, en retrouvant un annuaire par région avec une page de présentation pour chacune des Associations affiliées. Il est également possible de suivre des démarches dans le domaine psychiatrique avec les actions à mener.

### Repérage et prise en comptes des besoins des personnes

- Le Répertoire des réponses existantes : réalisé en Avril 2004 par le Syndicat Intercommunal pour la mise en œuvre de la Politique de la Ville de l'Agglomération Havraise (S.I.PO.V.A.H) en partenariat avec la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Seine-Maritime ce répertoire des réponses institutionnelles existantes au Havre s'adressait aux professionnels des communes de l'agglomération havraise concernés par la problématique de la souffrance psychique des enfants/adolescents/jeunes adultes devant orienter ce public vers les structures de prise en charge. Ce répertoire avait donc pour but de répertorier l'ensemble des structures intervenant dans le champ du handicap psychique (nom de la structure avec son mode de réponse, objectifs, âges, moyens, secteurs, mode de saisie du dispositif, organisme financeur, file active etc.) et ainsi de se faire connaître auprès des personnes.
- Les Formations aux 1ers secours en Santé Mentale : l'INFIPP, Santé Mentale France et l'UNAFAM vont mettre en œuvre sur tout le territoire un programme de formation « Premiers Secours en santé mentale ». Il s'agit de former un large public à bien réagir face à des personnes présentant les premières manifestations de troubles psychiques ou en situation de crise, en apprenant à se comporter de façon adaptée et en connaissant suffisamment le système de soins et d'accompagnement ainsi que le tissu associatif, pour les aider à s'orienter elles ou leurs proches, vers un dispositif susceptible d'apporter l'écoute et les soins requis par leur état de santé. Créé sous le nom de Mental Health First Aid (MHFA) en 2001 en Australie, où 540 000 personnes ont été formées en 15 ans, ce programme est diffusé dans plus de 20 pays, dont le Japon, le Canada, le Royaume-Uni, l'Irlande, le Danemark, les Pays Bas et la Finlande et prochainement la Suisse puis la France et

l'Allemagne. La Direction générale de la Santé, l'Agence nationale de Santé Publique ainsi que la Fondation de France apportent leur soutien à ce projet en contribuant au financement du démarrage. Le Conseil interministériel pour la santé, réuni le 26 mars 2018, a même inscrit la formation des étudiants aux premiers secours en santé mentale comme une des 25 mesures phares du programme national de santé publique. Une délégation du MHFA International doit venir en France former les futurs instructeurs, c'est-à-dire les formateurs de formateurs, délégués par les 3 institutions. Ces instructeurs rédigeront le guide de référence français, traduit et adapté du guide anglophone et assureront, au début de l'année 2019, les formations des futurs formateurs ainsi que des formations d'« aidants » dans des régions pilotes et auprès de publics pilotes en particulier les étudiants comme le souhaitent les pouvoirs publics. La formation de formateur sera ensuite largement ouverte de manière que les Premiers Secours en santé mentale puissent être diffusés largement sur l'ensemble du territoire et avoir ainsi un impact sur les représentations et comportements. L'objectif des 3 institutions, en améliorant la connaissance des troubles psychiques et des dispositifs de soins et d'accompagnement dans la population française, est de contribuer à faire reculer la stigmatisation des personnes malades ou en situation de handicap d'origine psychique et de leurs familles, à faciliter et accélérer l'accès aux soins et leur acceptation quand ceux-ci sont nécessaires.

#### LEVIERS | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Travailler sur les représentations du grand public sur la santé mentale
- ➔ Communiquer sur la Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM)
- ➔ Rassembler acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la santé mentale.
- ➔ Aider au développement des réseaux de solidarité, de réflexion, de soins et d'accompagnement en santé mentale.
- ➔ Faire connaître les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité.

## La promotion de la santé

### Développer une politique territoriale de prévention

- Des besoins importants repérés sur ce territoire de santé (indicateurs de santé très dégradés)
- Peu d'actions coordonnées et d'ampleur
- Des conséquences dramatiques à long terme sur la population en terme psychique (alcool, tabac, écrans, nutrition, ambiances sonores, sédentarité)

#### LEVIERS | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Travailler sur les représentations du grand public sur la santé mentale
- ➔ Proposition: une politique coordonnée associée à un plan média:
  - Média : journaux locaux, journaux institutionnels, radios locales, télévision régionale, panneaux d'affichage standardisés dans toutes les salles d'attente, réseaux sociaux avec les community managers, éducation nationale
  - Un coordinateur sur le territoire?
  - Des actions précises, suivies et évaluées : tabac, cannabis, alcool, nuisances sonores, nutrition, sédentarité, écran...
  - Une articulation entre les différents acteurs (ville, codah, hôpital, acteurs du social et du médicosocial, usagers...)
  - Des besoins importants de formation, en particulier auprès des professionnels s'occupant des plus jeunes (maternelle)

## Des ressources du territoire sur lesquelles s'appuyer

### Des ressources

**GOLC : Groupe Opérationnel Local de Concertation.** Quand une orientation ne peut pas être mise en œuvre sur le terrain (situation bloquée) la MDPH doit revoir l'orientation et solliciter l'ensemble des partenaires au GOLC ; c'est un levier qui doit mobiliser tous les acteurs, les enfants étant prioritaires. Le Plan d'Accompagnement Global mentionne une référence de parcours garant de la non rupture. Contrairement à ce que l'on peut penser, le GOLC n'est pas uniquement destiné aux mineurs mais également aux jeunes adultes axés dans « la perspective de l'après ».

**PAG : Plan d'Accompagnement Global.** Il peut être établi à la demande de la personne (ou son représentant légal) ou à l'initiative de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH pour améliorer la qualité de l'accompagnement et selon des priorités définies par la Commission Exécutive de la MDPH. Un PAG peut être proposé à la personne handicapé (ou son représentant légal) à certaines conditions :

- o Indisponibilité ou inadaptation des réponses connues,
- o Complexité de la réponse à apporter ou risque de rupture de parcours de la personne.
- Si le plan de compensation définit une orientation idéale, le PAG doit déterminer les mesures et les solutions à mettre en œuvre dans l'attente de sa réalisation effective. Le PAG doit notamment comporter :
  - o L'identification nominative des établissements, services ou dispositifs répondant aux besoins,
  - o La nature et fréquence de l'ensemble des interventions requises qui devront répondre à un objectif d'inclusion,
  - o L'engagement des acteurs chargés de la mise en œuvre opérationnelle,
  - o La désignation d'un "coordonnateur de parcours".
- Il doit être actualisé au moins une fois par an.

**GOS : Groupe Opérationnel de Synthèse.**

Le GOS est réuni à l'initiative du directeur de la MDPH ou à la suite d'une demande de la personne ou de son représentant légal d'établissement d'un PAG (Plan d'Accompagnement Global). Le GOS est chargé d'élaborer ou modifier le PAG. Il est composé de professionnels, d'institutions ou de services susceptibles d'intervenir dans sa mise en œuvre. En cas de besoin, la MDPH peut mobiliser les financeurs pour la mise en œuvre du PAG afin qu'ils apportent leur concours, dans leurs différents domaines de compétence à la mise en place de solutions. Dans le cadre de la montée en charge du dispositif, la Commission Exécutive de la MDPH peut définir des publics prioritaires. Le dispositif permanent d'orientation doit être une réponse à plusieurs enjeux :

- Apporter aux usagers handicapés qui le demandent des réponses de qualité, requérant leur accord pouvant mobiliser des ressources au-delà du secteur médico-social,
- Mobiliser l'ensemble des acteurs à la recherche de la solution,
- Créer les conditions nécessaires à l'évolution de l'offre (quantitative et qualitative) médico-sociale.

## DES DISPOSITIFS

### **PTA : Plateformes Territoriales d'appui.**

Pour organiser ces fonctions d'appui dans les territoires, les agences régionales de santé pourront mettre en place des plateformes territoriales d'appui (PTA), en s'appuyant sur les initiatives des professionnels, notamment ceux de ville et des communautés professionnelles territoriales de santé, en vue du maintien à domicile.

L'objectif est d'apporter un soutien pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction ni d'âge ni de pathologie, à travers 3 types de services :

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires pour répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise. La plateforme peut par exemple identifier une aide à domicile, orienter vers une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)...
- L'appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions en établissement et des sorties. En cela, la plateforme apporte une aide pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient.
- Le soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination. Dans ce domaine, la plateforme appuie de manière opérationnelle et logistique les projets des professionnels.

Le déclenchement des services de la plateforme est activé par le médecin traitant ou par un autre professionnel en lien avec lui. Ceci traduit la volonté d'inscrire les PTA dans le cadre d'une meilleure organisation des soins au profit du patient.

### **LAM : Lit d'Accueil Médicalisé.**

Les LAM accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures. Elles ont pour missions :

- De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;
- D'apporter une aide à la vie quotidienne adaptée ;
- De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;
- D'élaborer avec la personne un projet de vie et de le mettre en œuvre.

Elles sont ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. La durée du séjour n'est pas limitée et est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne. Elles disposent d'une équipe pluridisciplinaire composée notamment d'infirmiers diplômés présents vingt-quatre heures sur vingt-quatre. En Normandie, 15 LAM doivent ouvrir dès 2019.

## Rappel sur les ESMS

L'appellation ESMS régulièrement utilisée dans le PTSM fait référence dans un premier temps de l'ensemble des établissements décrits dans la **Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**, mais sur ce secteur d'intervention spécifique d'autres organismes, structures, associations, méthodes pouvant avoir un rôle d'aide, d'accompagnement, ou d'animation de territoire tel que : les accueils hébergement et insertion, les MAIA etc. ce doivent d'être ajoutés sous cette appellation générique.

Champ de l'établissement	Nom de l'établissement
<b>Aide sociale à l'enfance</b>	Maison d'enfants à caractère social (MECS) Club de prévention spécialisée Service d'Action éducative en milieu ouvert (AEMO) Service d'Action éducative à domicile (AED)
<b>Enfance handicapée et inadaptée.</b>	Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), instituts médico-éducatifs (IME), médico-pédagogiques (IMP), médico-professionnels (IMPRO), instituts de rééducation (ITEP), Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)
<b>Enfance handicapée (0-6 ans)</b>	Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
<b>Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)</b>	Service Territorial en Milieu Ouvert (STEMO), Permanences éducatives auprès du tribunal (PEAT) intégrées au STEMO
<b>Service de Pénitencier d'Insertion et de Probation</b>	Services déconcentrés de l'administration pénitentiaire au niveau départemental, assurent le contrôle et le suivi des personnes placées sous main de justice, qu'elles soient en milieu ouvert ou en milieu fermé
<b>Handicap mental ou physique, adultes</b>	Établissements et services d'aide par le travail (ESAT, anciennement CAT) Centres de rééducation professionnelle, Centre d'orientation professionnelle
<b>Personnes âgées</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Foyers-logements, résidences autonomie, maisons de retraite pour personnes non dépendantes (EHPA) Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) Services de soins, d'aide et d'accompagnement Services d'aide à domicile (SAAD)
<b>Handicap mental, polyhandicap, adultes</b>	Foyers d'hébergement ou foyer de vie Maison d'accueil spécialisée (MAS), Foyer d'accueil médicalisé (FAM), Services de soins, d'aide et d'accompagnement (SAMSAH, SAVS) Service d'auxiliaires de vie
<b>Personnes sans domicile, en errance</b>	Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et notamment centres d'aide par la vie active, accueils de jour (boutiques de solidarité...), veille sociale (Samu social, équipes mobiles, téléphonie sociale « 115 », services d'accueil et d'orientation)
<b>Traitement des addictions</b>	Centres d'accueil pour toxicomanes et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD). Centres d'accueil pour alcooliques, Appartements de coordination thérapeutique (VIH, maladies chroniques)
<b>Autres hébergements</b>	Foyers de jeunes travailleurs (FJT)
<b>Centres de ressources</b>	Centres de ressources: handicap rare, autisme, traumatisme crânien, maladie d'Alzheimer. Autres (CLIC centres locaux d'information et de coordination...)
<b>Demandeurs d'asile</b>	Centre d'accueil de demandeurs d'asile
<b>Majeurs à protéger</b>	Services mettant en œuvre le mandat spécial au profit de majeurs protégés Services mettant en œuvre l'aide à la gestion du budget familial
<b>Autres</b>	Structures expérimentales dérogeant aux articles L. 162-31 et L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale : possibilité de décisions déconcentrées et/ou décentralisées Lieux de vie non traditionnels