

Diagnostic territorial partagé

Projet territorial de santé mentale du Cher



Version à soumettre à l'approbation de l'agence régionale de santé

Sommaire

INTRODUCTION

I. LES ETAPES CLÉS JUSQU'AU DIAGNOSTIC ⁽¹⁾	4
II. LA GOUVERNANCE DU PROJET	4
III. DONNÉES QUANTITATIVES	8
a) Données démographiques.....	8
b) Données socio-économiques.....	9
c) Données sur l'état de santé mentale de la population	10
d) Données sur les équipements.....	15
IV. LE DIAGNOSTIC QUALITATIF	28
a) Accès au diagnostic et soins psychiatriques	28
b) Situations inadéquates	30
c) Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.....	33
d) Accès aux soins somatiques.....	36
e) Prévention et gestion des situations de crise	41

CONCLUSION

ANNEXES

GLOSSAIRE

Par un courrier en date du 23 septembre 2019, le Directeur Général de l'Agence régionale de santé (DG ARS) du Centre-Val de Loire (CVdL) validait la démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale du Cher (PTSM 18), qu'il s'agisse de la méthodologie, du calendrier, du périmètre incluant les 2 cantons d'Issoudun conformément aux secteurs de psychiatrie, ainsi que les modalités de gouvernance.

C'est à cet instant que les acteurs ont véritablement entamé leurs travaux, et notamment le diagnostic territorial. De façon unanime, une évidente dynamique de groupe, une volonté de changement et de travailler ensemble en rupture avec l'exercice souvent isolé ont été exprimées.

Cinq caractéristiques du parcours en santé mentale ont été explorées comme :

- **L'accès aux soins et au diagnostic psychiatrique ;**
- **Les situations inadéquates ;**
- **L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ;**
- **L'accès aux soins somatiques ;**
- **La prévention et la gestion des situations de crise.**

avec à chaque fois une attention particulière aux différents publics concernés comme les enfants et adolescents, les personnes atteintes d'addiction, en situation de handicap, en situation de précarité, les migrants...

Afin d'élaborer puis d'affiner le diagnostic, les acteurs ont utilisé une multitude de données et indicateurs provenant essentiellement :

- Du diagnostic territorial partagé compilant les données territoriales issues de diverses sources ;
- L'enquête citoyenne ayant servi à élaborer le Projet régional de Santé 2018-2022 ;
- Du diagnostic issu des travaux du conseil local de santé mental (CLSM) de Bourges ;
- Des données et conclusions du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire du Cher (GHT 18).

Le contexte général d'élaboration du PTSM 18 est également marqué au niveau national par la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé « Ma santé 2022 » et la feuille de route en santé mentale décidée par la Ministre de la santé en juin 2018, et localement par la mise en œuvre du projet régional de santé 2018-2022 décliné en objectifs opérationnels dont un sur la santé mentale et un autre sur l'addictologie et la stratégie régionale de développement des soins de réhabilitation psychosociale.

LES ETAPES CLÉS JUSQU'AU DIAGNOSTIC ⁽¹⁾

- 3 juin 2019 : Décision de portage du PTSM 18 par le centre hospitalier George Sand en collaboration avec le conseil territorial de santé du Cher (CTS 18) et l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques du Cher (UNAFAM 18) ;
- 30 septembre 2019 : Réunion plénière de lancement avec tous les acteurs intéressés (sous forme d'assemblée générale) ;
- 23 octobre 2019 : Première réunion des 5 animateurs des groupes de travail thématiques ;
- 30 octobre 2019 : Première réunion des groupes de travail ;
- 24 janvier 2020 : Première réunion du comité de pilotage territorial (CPT).

⁽¹⁾ voir calendrier général en annexe n°1 précisant les phases à venir jusqu'à la remise du projet territorial de santé mentale à Monsieur le DG ARS, mais également les phases suivantes que constituent la signature du contrat territorial de santé mentale et la constitution de la communauté psychiatrique de territoire

I. LA GOUVERNANCE DU PROJET

L'équipe projet

Si le centre hospitalier George Sand, dans sa lettre d'intention, s'est désigné comme porteur du PTSM 18, il s'est naturellement associé à la délégation territoriale du Cher de l'Agence Régionale de santé (DT ARS 18), à l'UNAFAM 18 et au CTS 18.

Ainsi l'équipe projet est constituée de :

- M. MOULIN, délégué territorial de l'ARS du Cher (DT ARS 18) ;
- Mme LE GUEN, présidente de l'UNAFAM 18 ;
- M. le Docteur ENGALENC, président du CTS 18 ;
- M. JAMET, directeur du CH George Sand ;
- Mme BOUCHARD-CHAUMETTE, cadre supérieure de santé adjointe à la direction des soins du centre hospitalier George Sand.

L'équipe projet se réunit autant que de besoin et :

- Assure la coordination des actions et prépare les décisions du CPT ;
- Suit la mise en œuvre de la démarche ;
- Veille au respect des orientations décidées par le CPT, du calendrier ;
- Veille à la cohérence du projet.

Le groupe projet a décidé d'adopter la méthodologie de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) déjà éprouvée dans certains territoires et faisant l'objet de deux publications dont une à partir de retours d'expériences.

Rapidement, au regard de leur implication et de leur investissement les 5 animateurs des groupes de travail ont été intégrés au groupe projet.

Le comité de pilotage territorial ⁽²⁾

La composition du CPT suit les préconisations de l'instruction du 5 Juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale.

Au regard du calendrier très contraint, le CPT n'a pas été réuni en amont de l'élaboration du diagnostic territorial partagé.

Le comité se réunit au moins 3 fois durant la démarche d'élaboration du PTSM et :

- Définit la stratégie ;
- Valide les productions à l'issue de chaque phase ;
- Arrête définitivement le diagnostic et le PTSM ;
- Communique et mobilise autour du PTSM.

Une première réunion s'est déroulée le 24 Janvier 2020 (186 jours avant l'envoi du PTSM à la DG ARS) au cours de laquelle les éléments principaux du diagnostic ont été communiqués, enrichis et validés.

(2) voir la composition du CPT en annexe 2

Les cinq groupes de travail thématiques ⁽³⁾

La méthodologie retenue repose sur une approche du parcours de vie des personnes. Le modèle de la rosace avec les 5 portes d'entrées à risque de rupture a été utilisé ; chaque groupe de travail correspondant à une porte d'entrée.



- **L'accès aux soins et au diagnostic psychiatrique**, animé par M. David SOUCHET, directeur de l'association de solidarité et d'insertion Le Relais ;
- **Les situations inadéquates**, animé par Mme Guylaine SOMMER, cadre supérieure de santé, assistante du pôle médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent au centre hospitalier George Sand ;
- **L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux**, animé par Mme Lydia PAYSSAN, cadre socio-éducatif au centre hospitalier de Saint-Amand-Montrond ;
- **L'accès aux soins somatiques**, animé par M. Philippe ALLIBERT, directeur des usagers, de la qualité, de la communication et de l'AFT au centre hospitalier George Sand ;
- **La prévention et la gestion des situations de crise**, animé par M. Bruno CHESNEAU directeur général de l'association des PEP 18.

Chaque groupe de travail s'est réuni 3 fois et a suivi la même méthodologie :

- Séance 1 : identifier les forces et faiblesses ;
- Séance 2 : identifier et nommer les dysfonctionnements ;
- Séance 3 : identifier les causes des dysfonctionnements et proposer d'éventuelles pistes d'amélioration.

À l'issue des trois rencontres chaque animateur a fourni une synthèse sous forme de tableau.

⁽³⁾ composition détaillée des membres des groupes de travail en annexe n°3 (l'ensemble des acteurs ayant été associé à chacune des phases des travaux du diagnostic, il n'a pas été recouru à une validation du diagnostic en CLSM ou en CTS par exemple).

II. DONNÉES QUANTITATIVES

Les principales données collectées nous renseignent sur des aspects démographiques, socio-économiques, de taux d'équipements ou d'état de santé de la population, notamment :

a) Données démographiques

- Une densité de population très faible dans le Cher et L'Indre, respectivement 42 et 33 habitants/km² comparativement à l'Indre et Loire et le Loiret qui approchent les 100, et des habitants qui expriment le souhait d'être pris en charge au plus près de chez eux ;

Données	Cher	Indre	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Population en 2016	307 110	223 505	2 577 866	64 468 721
	11,9 %	8,7 %	100 %	
<i>Hommes</i>				31 212 523
<i>Femmes</i>	149 020	107 637	1 249 894	33 256 198
	158 090	115 868	1 327 972	
Densité en habitants par km²	42,4	32,9	65,8	118,4
Superficie en km²	7 235,0	6 790,6	39 150,9	543 940,9
Nombre de personnes de moins de 20 ans (pour 100 habitants) en 2016	66 356 21,6 %	46 065 20,6 %	614 938 23,9 %	15 609 332 24,2 %
Nombre de personnes de 20 à 64 ans (pour 100 habitants) en 2016	165 884 54,0 %	118 019 52,8 %	1 412 000 54,8 %	36 483 377 56,6 %
Nombre de personnes de 65 ans et plus (pour 100 habitants) en 2016	74 870 24,4 %	59 450 26,6 %	550 928 21,4 %	12 376 013 19,2 %
dont 75 ans et plus	37 368 12,2 %	30 897 10,4 %	276 100 10,7 %	6 047 130 9,4 %
Ménages d'une personne (en %)	52 657 37,0 %	40 471 38,3 %	409 734 35,6 %	10 227 807 35,9 %
<i>dont hommes seuls</i>	22 770	17 551	175 586	4 387 651
<i>dont femmes seules</i>	29 887	22 921	234 148	5 840 156
Autres ménages sans familles (en %)	2498 1,8 %	1661 1,6 %	19 990 1,7 %	659 202 2,3 %

Source : Observation sociale croisée des acteurs régionaux et départementaux (OSCARD)

- Une part de personnes âgées de 65 ans et plus, significativement plus importante dans le Cher et l'Indre qu'en Centre-Val de Loire et en France, or ces tranches d'âge sont les plus consommatrices de soins. Une part supérieure de ménages d'une personne et de ménages sans familles comparativement à la région et à la France constituent également des groupes à risque d'isolement social et de fragilité.

b) Données socio-économiques

- Une pauvreté et une précarité dans le Cher et l'Indre les plus élevées de la région avec des taux supérieurs de chômage, de personnes percevant les minimas sociaux dont une part importante de familles monoparentales, de dossiers de surendettement. À toutes ces données, s'ajoute un taux de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) dans le Cher, le plus élevé de la région.

Les interactions entre santé mentale et précarité sont complexes et ne font pas l'objet de consensus. Néanmoins des enquêtes spécifiques attestent de la surreprésentation de la maladie mentale chez les personnes en situation de précarité.

Données	Cher	Indre	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Taux de pauvreté monétaire à 60 % en 2016	14,9 %	14,8 %	13,2 %	14,7 %
Taux de pauvreté selon l'âge des individus en 2016				
moins de 30 ans	24,8 %	25,6 %	21,8 %	22,5 %
de 30 à 39 ans	18,9 %	18,3 %	16,3 %	16,9 %
de 40 à 49 ans	18,1 %	17,9 %	15,8 %	17,2 %
de 50 à 59 ans	15,2 %	15,1 %	13,0 %	14,8 %
de 60 à 74 ans	9,2 %	9,2 %	8,1 %	9,7 %
75 ans ou plus	8,5 %	10,5 %	7,2 %	8,9 %
Nombre d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) au 31.12.2018 pour 100 personnes de 15 à 64 ans	9 481 5,1 %	5 257 4,0 %	59 343 3,8 %	1 696 600 4,2 %
Nombre d'allocataires du RSA socle majoré au 31.12.2018 pour 100 familles monoparentales ayant des enfants de moins de 25 ans	1 205 12,9 %	748 11,8 %	7 594 9,9 %	197 200 9,2 %
Nombre d'allocataires dont les prestations sociales de la caisse d'allocations familiales (CAF) représentent jusqu'à 50 % des revenus au 31.12.2018 (pour 100 familles dont les ressources sont connues)	32 982 68,6 %	23 570 71,4 %	304 183 75,0 %	7 798 380 73,3 %
Nombre d'allocataires dont les prestations sociales CAF représentent 100 % des revenus au 31.12.2018 (pour 100 familles dont les ressources sont connues)	8 981 18,7 %	5 418 16,4 %	57 745 14,2 %	1 691 087 15,9 %
Nombre d'allocataires de l'allocation de solidarité spécifique au 31.12.2018 (pour 1000 personnes de 18 à 59 ans)	2 066 13,8 ‰	1 376 13,1 ‰	13 375 10,3 ‰	342 304 10,1 ‰
Nombre de bénéficiaires de la CMUC en 2018 (pour 100 habitants)	24 593 8,0 %	15 457 6,9 %	182 282 7,1 %	4 896 811 7,6 %

Source : OSCARD

Données	Cher	Indre	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Revenu par unité de consommation (< 0,5 salaire minimum de croissance (SMIC) au 31.12.2018 (pour 100 familles dont les ressources sont connues)	4 608 9,6 %	2 870 8,7 %	35 659 8,8 %	1 034 338 9,7 %
Revenu par unité de consommation (< 0,75 SMIC) au 31.12.2018 (pour 100 familles dont les ressources sont connues)	8 858 18,4 %	5 652 17,1 %	61 817 15,2 %	1 742 782 16,4 %
Densité de dossiers de surendettement en 2018 pour 100 000 habitants de 15 ans et plus	444	385	359	305
Taux de chômage localisé au 4^{ème} trimestre 2018	9,0 %	8,5 %	8,3 %	8,5 %

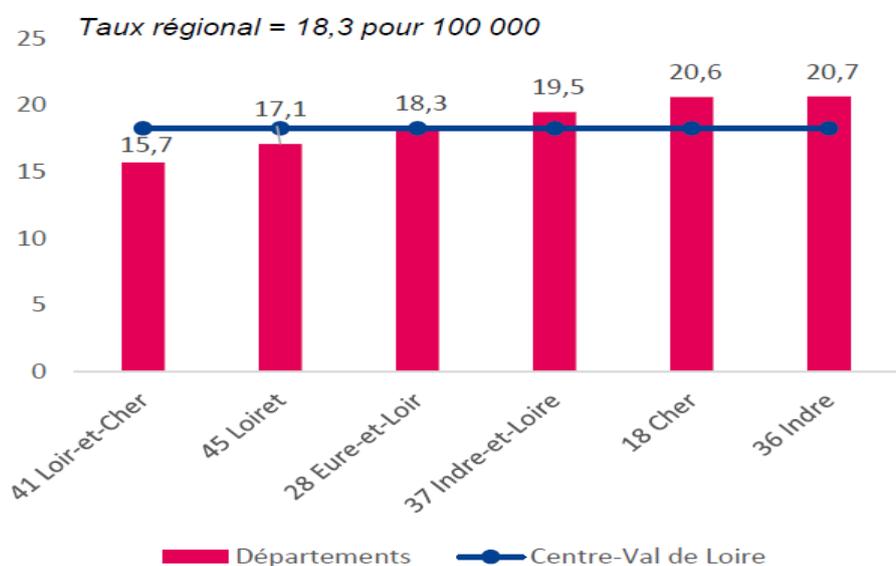
Source : OSCARD

c) Données sur l'état de santé mentale de la population

Nombre de tentatives de suicide pour 100 000 habitants

145 tentatives de suicide pour 100 000 habitants dans le Cher en 2018 (179 pour la région CVdL) avec des taux de décès par suicide les plus élevés dans le Cher et l'Indre en 2015 ;

Taux régional de décès par suicide

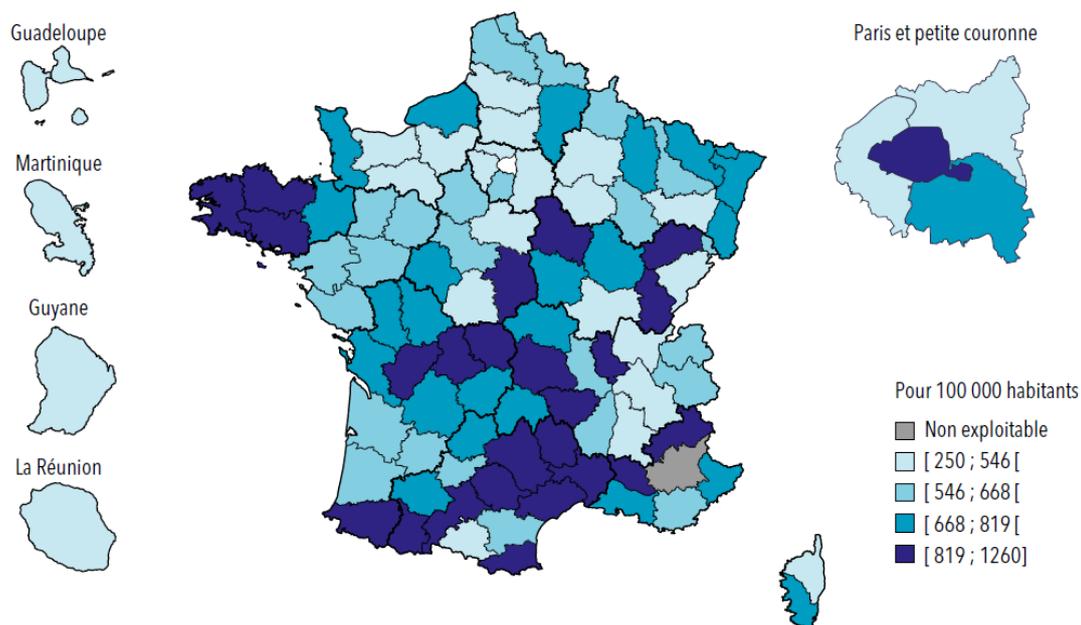


*Taux standardisés sur l'âge et le sexe pour 100 000 habitants, population de référence France (2015)
 Champ : Région Centre-Val de Loire, population âgée de 10 ans et plus
 Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France

- Une part élevée dans le Cher des décès prématurés par cause d'alcoolisme (données score-santé 2015):
 - o Chez les hommes 7,5 % pour 6,8 % en région CVdL
 - o Chez les femmes 4,7 % pour 4,2 % en région CVdL ;

- Une densité de personnes en affection longue durée (ALD) pour des affections psychiatriques de longue durée un peu plus élevée dans le Cher 2241/100000 habitants qu'en région CVdL 2140/100000 habitants mais équivalente à la densité nationale 2261/100000 habitants (*données 2017 régime général Ameli.fr*) ;
- Un taux de recours à la psychiatrie tant en hospitalisation complète ou partielle qu'en ambulatoire le plus élevé de la région et parmi les plus élevés sur le territoire national.

Carte 1 Nombre de patients pris en charge en hospitalisation à temps complet ou partiel en 2015

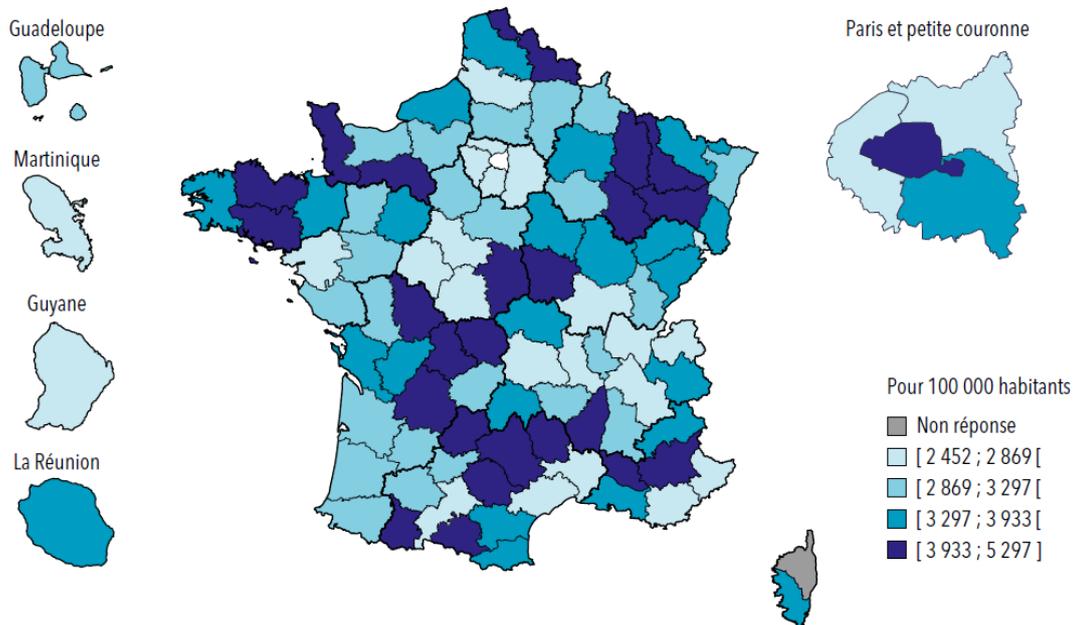


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, RIM-P 2015, traitements DREES ; INSEE, estimation de la population au 1^{er} janvier 2015.

Carte 2 Nombre de patients pris en charge en soins ambulatoires en 2015



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, RIM-P 2015, traitements DREES ; INSEE, estimation de la population au 1^{er} janvier 2015.

- Le taux de recours global en établissement de santé est plus élevé dans le Cher pour les troubles de l'humeur (14,5/1000 bénéficiaires du régime général (RG) 18-64 ans - *Source RIM-P, Insee 2015*) qu'en Région CVL (10) et même qu'en France (11.7). Ce n'est pas le cas pour les addictions. Ce constat est le même quel que soit le mode de prise en charge : temps plein, temps partiel, ambulatoire ;
- Les taux de recours aux soins et en hospitalisation sans consentement sont eux plus faibles dans le Cher, qu'en CVdL et en France.

Soins sans consentement et isolement

Taux de recours aux soins sans consentement (hors unité pour malades difficiles (UMD))	Cher*	Centre-Val de Loire*	France*
Soins sans consentement (tous modes légaux confondus)	85,6	95,6	132,9
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE)	15,4	17,9	23,1
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT)	70,5	67	87,2
Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPPI)	3,1	14,3	28,5

Source : RIM-P – 2015

* pour 100 000 habitants

Taux d'hospitalisation sans consentement (hors UMD)	Cher*	Centre-Val de Loire*	France*
Soins sans consentement (tous modes légaux confondus)	75,9	78,1	114,7
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE)	13,9	13,2	17,3
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT)	62,6	54,2	75,9
Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPPI)	2,8	13,1	26,5

Source : RIM-P – 2015

* pour 100 000 habitants

- Le taux de recours aux soins sans consentement est moins élevé dans le Cher qu'au niveau régional et national.

	Cher	Indre	Centre-Val de Loire	France
Durée moyenne de séjour temps plein - 2018	54,5j*	NC	22,54j	21,46j
Durée moyenne d'hospitalisation temps plein - 2018	53,2j	58,2j	59,6j	54,0j
Durée moyenne d'hospitalisation temps complet - 2018	83,5j	58,2j	65,1j	55,7j

Source : Scan santé, DIM report

* Chiffre du centre hospitalier George Sand

La durée moyenne de séjour temps plein prenant en compte les hospitalisations dans les unités au long cours est de fait supérieure à la moyenne régionale et nationale. En 2019, la saisie des interruptions de séjours supérieure à 48h devrait contribuer à une baisse significative de cette durée. La durée moyenne d'hospitalisation temps plein dans le Cher est inférieure à la moyenne régionale et nationale.

La durée moyenne d'hospitalisation à temps complet est nettement supérieure car elle comprend les hospitalisations en accueil familial thérapeutique.

- La consommation de médicaments antidépresseurs et anxiolytiques est beaucoup plus élevée dans le Cher qu'en France et la consommation d'hypnotiques un peu plus élevée. En revanche la consommation de neuroleptiques est équivalente.

Consommation de médicaments

Données	Cher	France
Antidépresseurs	74,6	63,9
Anxiolytiques	90,3	66,3
Hypnotiques	35,7	33,9
Neuroleptiques	17	16,4

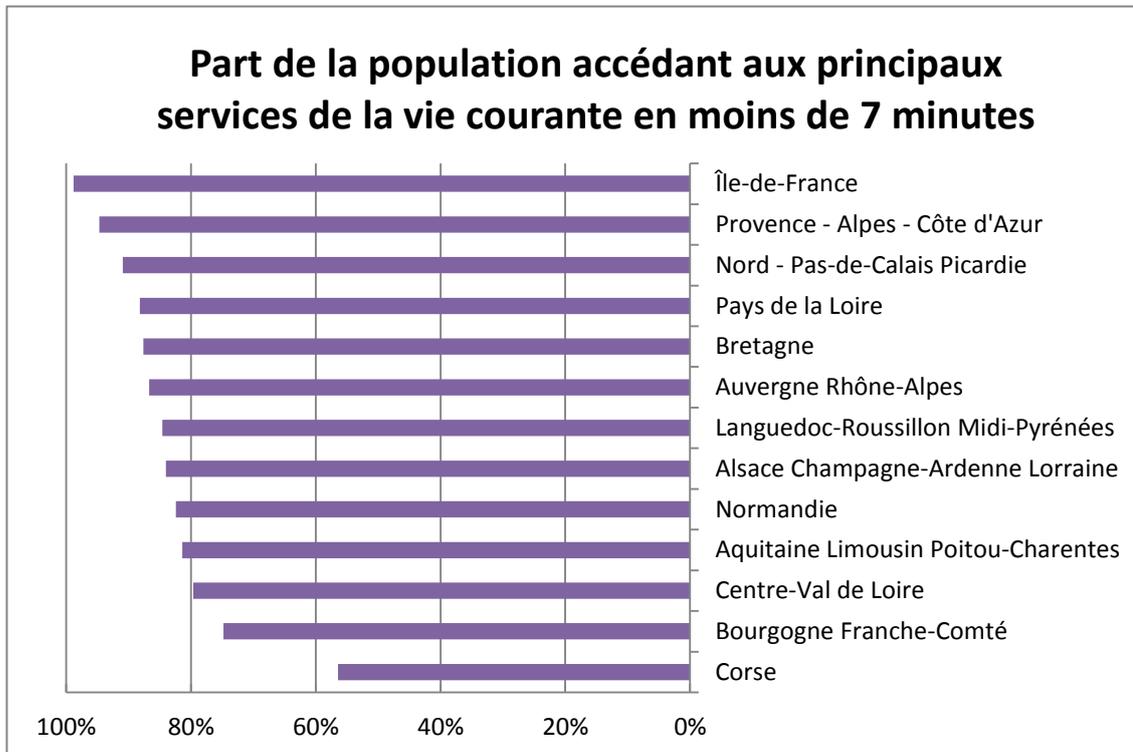
*Source : Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIRAM) – 2015
(%o bénéficiaires du régime général de 18 à 64 ans)*

- Malgré une population vieillissante croissante, une densité de personnes en ALD pour alzheimer et autres démences à 559/100000 habitants (530/100000habitants en région CVdL) est significativement inférieure à la densité nationale (637/100000 habitants) (*données 2017 – régime général Amelie.fr*)

L'ensemble de ces données objective les besoins de la population du Cher et de l'Indre tant en termes de prévention que de soins. Les facteurs de risques sont nombreux. Le recours important aux services de psychiatrie semble en faveur d'une bonne connaissance des dispositifs existants. Le faible taux d'ALD pour alzheimer et autres démences interpelle dans deux départements à forte densité de population âgée et très âgée. Enfin, le taux de décès par suicide et le taux de décès prématurés à cause de l'alcool restent préoccupants.

d) Données sur les équipements

- Le Cher et de l'Indre étant des départements ruraux à faible densité de population l'accès aux services sanitaires, sociaux et médico-sociaux est fortement lié à l'accès aux principaux services de la vie courante. En région Centre-Val de Loire, 20% de la population ne peut y accéder en moins de 7 minutes ;



Source : Insee, base permanente des équipements (BPE) 2013, distancier Métric

- La population du CVdL souhaite une augmentation du nombre de médecins sur le territoire afin de faciliter l'accès aux soins, leur densité y est parmi les plus faibles en France (densité de généralistes/100 000 hab. : France 153, contre 124 en CVdL et 109 dans le Cher - densité de psychiatres/100 000 hab. : France 23, contre 15.8 en CVdL et 12.7 dans le Cher) ;

Données	Effectifs		Densité pour 100 000 habitants		
	Ensemble des médecins	Ensemble des médecins	dont médecins généralistes	dont médecins spécialisés	dont médecins psychiatres
Cher	654	212	109	102	12,7
Indre	472	212	118	94	11,3
Centre-Val de Loire	6 845	265	124	140	15,8
France hexagonale	219 146	339	154	186	23,3

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), ASIP-Santé, répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), Institut national des statistiques et des études économiques (INSEE), estimations de population

- La régulation des appels concernant la santé mentale n'est pas individualisée parmi l'ensemble des appels. Toutefois, l'admission pour des troubles de l'humeur, addictions, et troubles mentaux sévères en milieu hospitalier se fait très peu par les services d'urgences en soins généraux, comparativement aux autres départements de la région CVdL et en France ;
- Des habitants expriment des attentes fortes en matière de soutien aux aidants, ou encore la nécessité de mieux repérer et prendre en charge la souffrance psychique.
- Pour mémoire, le territoire est doté d'un CLSM pour la population de Bourges, 3 CLS ainsi que 3 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

- **L'offre de soins à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile** est comparable au taux régional mais inférieure au taux national ;

L'offre de soins et d'accompagnement pour les enfants et les adolescents

Prise en charge ambulatoire			
	Cher	Centre-Val de Loire	France
Nombre de centre médico-psychologique (CMP) ou unités de consultation	7	37	1 502
Densité de CMP ou unités de consultation *	12	7	11
<i>Le Cher est relativement bien doté en nombre de CMP en psychiatrie infanto juvénile au niveau régional et comparable au niveau national</i>			

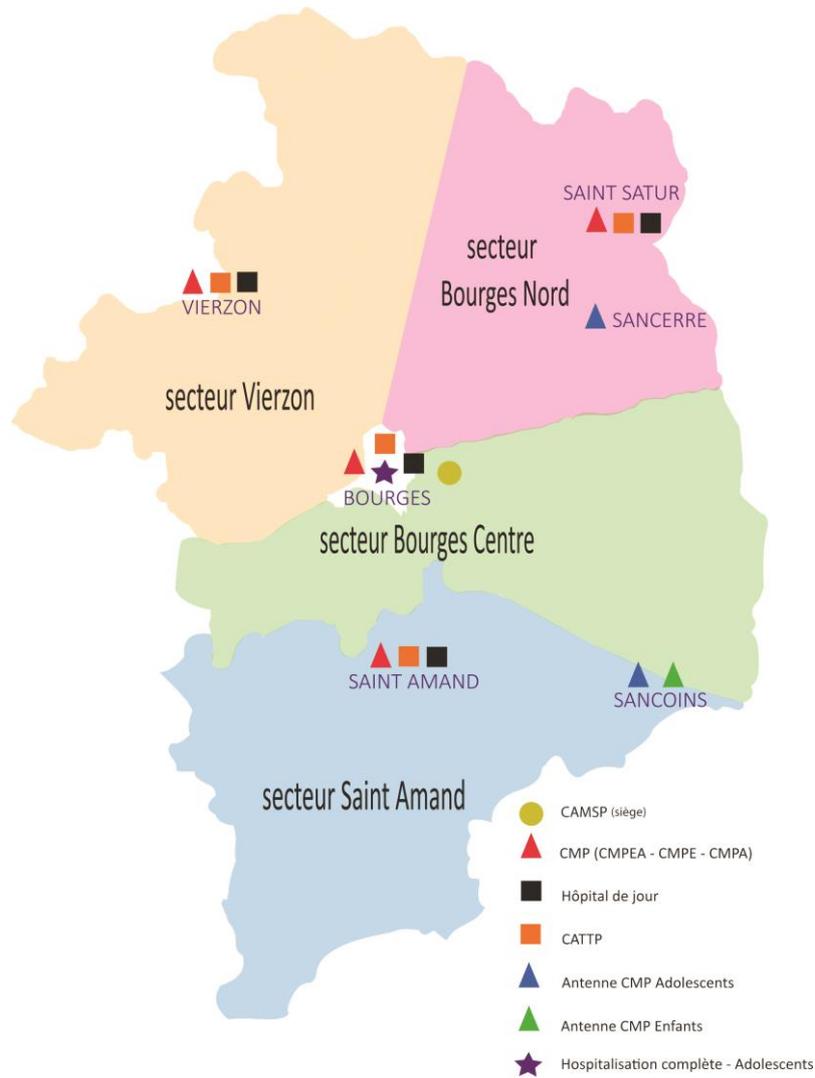
Prise en charge à temps partiel en psychiatrie infanto juvénile			
	Cher	Centre-Val de Loire	France
Densité de places d'hospitalisation partielle *	140,2	74,6	70,7
<i>La capacité d'accueil à temps partiel est presque deux fois supérieure au taux régional et national</i>			

Prise en charge à temps complet en psychiatrie infanto juvénile			
	Cher	Centre-Val de Loire	France
Densité des lits d'hospitalisation temps plein *	13,7	13,6	16,6
<i>La capacité d'accueil à temps complet est comparable à celle de la région mais est inférieure à la capacité nationale</i>			

Source : Statistique annuelle des établissements de sante (SAE), INSEE RP - 2015

(* pour 100 000 habitant de 0 à 16 ans)

- **L'offre en pédopsychiatrie du pôle médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent au centre hospitalier George Sand ;**



L'EMA (l'équipe mobile pour adolescents) couvre l'ensemble du département du Cher

- Les délais de rendez-vous pour une première évaluation et un psychiatre sont inférieurs à ceux de la région mais ils restent supérieurs aux délais moyens des adultes. Les délais d'accès à un psychiatre sont liés au nombre de professionnels présents dans le département du Cher, la pyramide des âges de ces professionnels laisse augurer une aggravation de ce problème.

	Cher	Indre	Minimum régional	Maximum régional	Moyenne régionale
Délais moyen RDV d'évaluation en CMP (en jours)	49,0j	136,0j	28,1j	159,2j	73,1j
Délais moyen RDV en CMP de prise en charge (en jours)	100,1j	ND*	56,4j	193,4j	92,8j
Délais de RDV moyen en CMP avec un psychiatre (en jours)	75,6j	non communiqué	45,2j	210,3	92,2j

Source : Observatoire régional de la santé (ORS) Centre-Val de Loire, ARS Centre-Val de Loire - 2019

* différentiel des effectifs trop importants pour afficher un délai moyen

- **L'offre médico-sociale pour les enfants et adolescents** est globalement supérieure sans le Cher.

Offre médico-sociale des enfants et des adolescents

	Cher	Centre-Val de Loire	France
Densité de structures CAMSP (pour 100 000 habitants de 0 à 6ans)	17,5	9,4	5,9
Densité de places en ITEP (pour 100 000 habitants de 6 à 18ans)	182,1	184,5	148,2
Densité de places en IME (pour 100 000 habitants de 6 à 20ans)	722	672	577,8
Densité de structures CMPP (pour 100 000 habitants de 0 à 20ans)	2,8	2,3	2,9
Densité de places en SESSAD (pour 100 000 habitants de 0 à 20ans)	365,8	303,8	307,3

Source : INSEE – 2015

Enfance et jeunesse en situation de handicap

Type d'accueil	Cher	Indre	Centre-Val de Loire	France
Instituts médico-éducatifs (IME)				
<i>Nombre d'établissements</i>	9	7	62	1 254
<i>Nombre de places installées</i>	347	275	3 073	67 026
Établissements enfants et adolescents polyhandicapés				
<i>Nombre d'établissements</i>	1	1	10	196
<i>Nombre de places installées</i>	25	7	222	5 444
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)				
<i>Nombre d'établissements</i>	2	1	20	450
<i>Nombre de places installées</i>	83	52	751	15 302
Établissements pour déficients moteurs				
<i>Nombre d'établissements</i>	1	1	5	141
<i>Nombre de places installées</i>	54	62	233	6 928
Établissements pour déficients sensoriels ⁽¹⁾				
<i>Nombre d'établissements</i>	0	0	3	112
<i>Nombre de places installées</i>	0	0	182	6 910
Établissements expérimentaux				
<i>Nombre d'établissements</i>	0	1	3	110
<i>Nombre de places installées</i>	0	24	46	1 278
Jardins d'enfants spécialisés				
<i>Nombre d'établissements</i>	0	0	6	8
<i>Nombre de places installées</i>	0	0	102	165
Places d'accueil temporaire				
<i>Nombre de places installées</i>	0	0	0	253
Services d'éducation spéciale et de soin à domicile (SESSAD y compris structures externes) ⁽²⁾				
<i>Nombre de services</i>				
<i>Nombre de places installées</i>	6	6	74	1 746
	265	164	2 033	51 368
Taux d'équipement global en établissement pour enfant en situation de handicap (hors SESSAD, jardins d'enfants spécialisé et accueil temporaire) au 31.12.2017 pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans				
	7,8 %	9,0 %	7,2 %	6,5 %

Sources : Panorama statistique 2018 jeunesse, sports, cohésion sociale (DREES, FINESS, INSEE, estimations de population 2018)

⁽¹⁾ Rassemblent trois types d'établissements : ceux pour déficients visuels, pour déficients pour déficients auditifs et visuels

⁽²⁾ Services autonomes et services rattachés à un établissement

- **L'offre de soins en psychiatrie adulte** présente une densité de lits d'hospitalisation à temps complet hors accueil familial thérapeutique (AFT) équivalente à la densité nationale mais inférieure à celle de la région. L'offre privée lucrative est nettement inférieure.

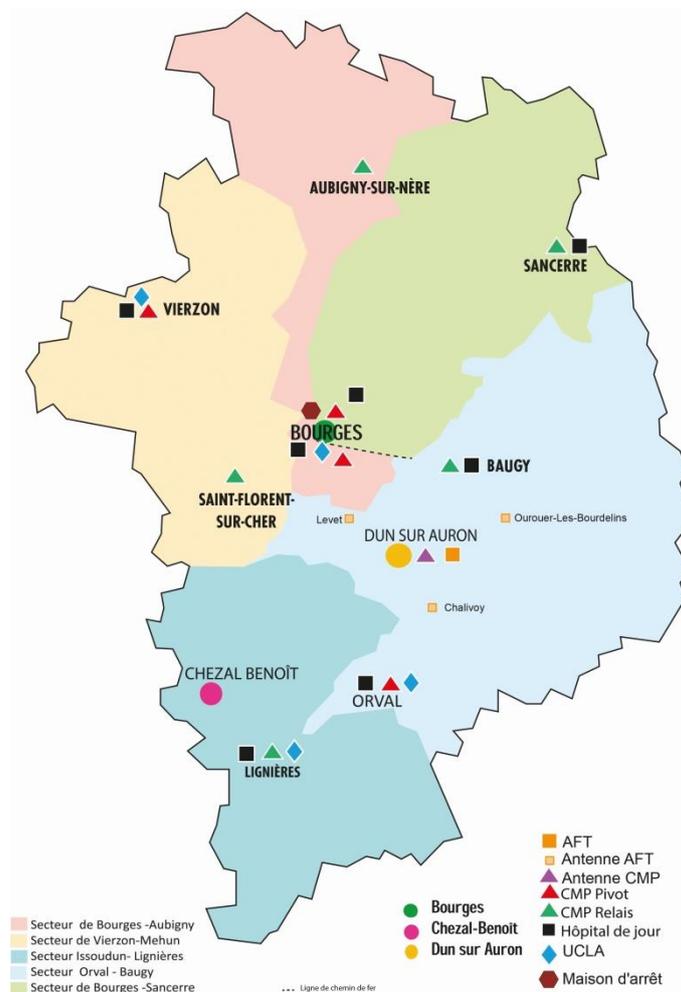
Le département du Cher offre :

Pour le public :

- 262 lits d'hospitalisation complète, 110 places d'hôpital de jour et 2 places d'hôpital de nuit ;
- 245 places d'AFT ;
- 5 centres médico-psychologiques (CMP) pivots, 5 CMP Relais, 1 antenne, 8 hôpitaux de jour, 4 unités de consultation et de liaison en addictologie (UCLA) répartis sur l'ensemble du territoire dont les deux cantons d'Issoudun.

Pour le privé 38 lits d'hospitalisation complète et 12 places.

Source : SAE - 2018



- Malgré un délai moyen de rendez-vous en CMP, le plus faible de la région, s'agissant d'un premier rendez-vous d'évaluation et un délai moyen de rendez-vous avec un psychiatre au niveau de la moyenne régionale, la perception de l'attente par les usagers ou les professionnels reste évaluée comme trop longue ;

	Cher	Indre	Minimum régional	Maximum régional	Moyenne régionale
Délais moyen RDV d'évaluation en CMP (en jours)	13,3j	77,2j	13,3j	77,2j	20,9j
Délais moyen RDV en CMP de prise en charge (en jours)	32,0j	ND*	29,9j	53,9j	34,5j
Délais de rendez-vous en CMP avec un psychiatre (en jours)	67,0 j	84,4j	47,5j	84,4j	63,8j

Source : ORS CVdL, ARS CVdL

* différentiel des effectifs trop important pour afficher un délai moyen

Taux d'attractivité intra-régional par zonage spécifique ARS

<i>Lieu d'implantation des établissements</i>	Hospitalisation		Ambulatoire	
	Nombre de journées 2018 produits dans le territoire	Taux d'attractivité intra-régional du territoire	Nombre d'actes 2018 produits dans le territoire	Taux d'attractivité intra-régional du territoire
Cher	207,40	7,3%	177,13	10,8%
Eure-et-Loir	108,00	1,4%	92,57	0,3%
Indre	72,38	1,9%	63,23	0,2%
Indre-et-Loire	266,89	7,6%	147,10	1,3%
Loir-et-Cher	229,67	8,2%	62,94	1,7%
Loiret	194,82	4,1%	144,87	0,9%

Taux de fuite intra-régional par zonage spécifique ARS

<i>Lieu de résidence des patients</i>	Hospitalisation		Ambulatoire	
	Nombre de journées 2018 consommés par les patients résidant dans le territoire	Taux de fuite intra-régional du territoire	Nombre d'actes 2018 consommés par les patients résidant dans le territoire	Taux de fuite intra-régional du territoire
Cher	205,54	3,2%	160,01	0,3%
Eure-et-Loir	124,51	3,0%	94,49	0,7%
Indre	87,42	18,4%	83,16	23,2%
Indre-et-Loire	235,13	1,9%	146,80	0,2%
Loir-et-Cher	189,63	11,2%	64,46	3,7%
Loiret	212,60	4,4%	146,58	0,5%

Source : Scan santé

- **La prise en charge des addictions** relève du secteur sanitaire (hospitalisation complète, partielle, prise en charge ambulatoire, prévention) mais aussi du secteur médico-social (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie de l'ANPAA 18 et de l'APLEAT/ACEP) et associatif (alcool écoute joie et santé, vie libre, assistance...);
- L'offre médico-sociale pour adultes est supérieure aux moyennes régionales et nationales s'agissant des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et foyers d'accueil

médicalisés (FAM) mais inférieure pour le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), les foyers de vie et maison d'accueil spécialisée (MAS).

Offre médico-sociale des adultes

Données	Cher*	Centre-Val de Loire*	France*
Nombre de places installées en établissements et services médico-sociaux			
SAMSAH	9	20,4	20,3
SAVS	130,5	92,2	79,2
ESAT	246,3	252,7	240,4
Foyers de vie et d'hébergement	92	118,4	103,3
FAM	90,7	76,2	60,9
MAS	37,4	45,3	58,6
Densités des places d'accompagnement 2017*			
ESAT	246,3		240,4
SAVS	130,5		79,2
SAMSAH	9		20,3
Synthèse de l'offre en établissements et services médico-sociaux			
Densité places d'hébergement PH	220	239,9	222,8
Densité places d'accompagnement PH	139,6	112,6	99,5
Densité places d'insertion prof. PH	246,3	252,7	240,4
Densité de logements accompagnés*	20,5	23,1	22

Source : FINESS -2017

* pour 100 000 habitant de 20 ans et plus

- **Une offre médico-sociale en direction des personnes âgées** avec un taux d'équipement en places d'hébergement d'EHPAD supérieur dans le Cher comparé à la région et à la France y compris en places d'UHR ;
- En revanche le département du Cher présente un taux de places de prise en charge à domicile inférieur.

Une équipe mobile gérontologique territoriale qui œuvre sur le dépistage de la fragilité.

Taux d'équipement en places installées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Équipement	Cher	Centre-Val de Loire	France
Hébergement en EHPAD	112,5	106,0	97,7
dont hébergement en UHR	0,38	0,29	0,26
Hébergement non médicalisé en EHPA	17,1	15,3	20,6
SSIAD et SPASAD hors ESA	19,9	20,6	20,6
ESA (en SSIAD et SPASAD)	0,5	0,8	0,8
Accueil de jour	2,2	2,0	2,5
Hébergement temporaire	2,1	2,2	1,9
Total places médicalisées en ESMS PA	145,3	137,0	129,0

Source : diagnostic quantitatif ARS 18

Places installées au 31.12.2017 (publiques ou privée)

Types d'accueil	Cher	Indre	Centre-Val de Loire	France
Hébergement permanent :				
Maison de retraite non EHPAD				
Nombre d'établissements	1	2	11	271
Nombre de places installées	0	44	228	6 262
Résidence autonomie ⁽¹⁾				
Nombre d'établissements	15	7	84	2 273
Nombre de places installées	626	244	3 942	118 957
EHPAD				
Nombre d'établissements	42	42	315	7 467
Nombre de places installées	4 187	3 347	29 426	604 970
Hébergement temporaire				
Nombre de places installées ⁽²⁾	87	106	938	16 412
Accueil de jour				
Nombre de places installées ⁽³⁾	84	46	559	15 234
Unités de soins de longue durée (USLD)				
Nombre d'établissements	6	4	23	585
Nombre de lits	277	172	1 365	31 069
Taux d'équipement en places dans les structures d'hébergement non EHPAD (pour 1 000 personnes de 75 ans et plus) au 31.12.2017 (maisons de retraite, logements-foyers, USLD)				
	24,7 %	15,2 %	20,3 %	25,9 %
Taux d'équipement en places dans les EHPAD (pour 1 000 personnes de 75 ans et plus) au 31.12.2017				
	114,6 ‰	110,9 ‰	108,0 ‰	100,2 ‰

Sources : Panorama statistique 2018 jeunesse, sports, cohésion sociale (DREES, FINESS, SAE, INSEE, estimations de population 2018)

⁽¹⁾ Résidence autonomie anciennement logement-foyer

⁽²⁾ On compte l'ensemble des places d'accueil temporaire quelle que soit la catégorie d'établissement

⁽³⁾ On compte l'ensemble des places d'accueil de jour dans les établissements et services pour personnes âgées

- Une offre de dispositifs existe pour l'orientation, l'hébergement, l'accompagnement social et juridique de personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion ou migrantes. Si ces dispositifs sont principalement situés sur Bourges il existe toutefois un budget dédié au transport des personnes dans le besoin quel que soit le lieu où elles se trouvent dans le département afin de les amener au plus près des dispositifs dont elles relèvent (convention avec des sociétés de transport de personnes) ;

Sur le département du Cher, la capacité d'accueil à destination du public migrant est de 662 personnes :

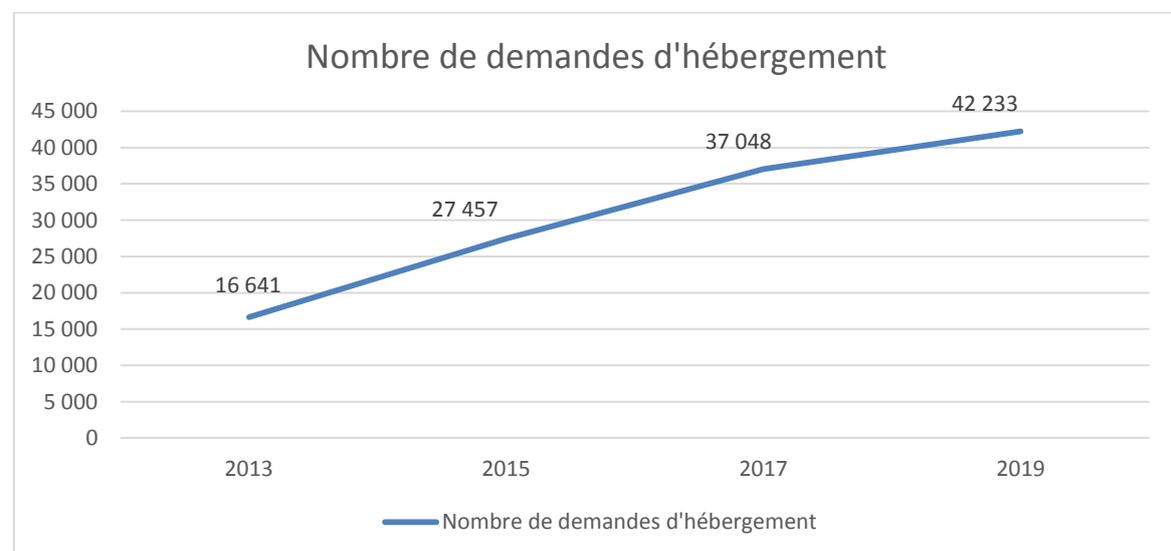
- 352 à Bourges, 211 Vierzon, 99 au Subdray.

dont 187 en HUDA (hébergement d'urgence pour demandeur d'asile), 319 en CADA (centre d'accueil pour demandeur d'asile), 99 en PRAHDA (plateforme régionale d'accueil et d'hébergement pour demandeur d'asile), 57 en CPH (centre provisoire d'hébergement) ;

L'hébergement est financé par la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations du Cher (DDCSPP 18) ainsi qu'un service d'interprétariat auprès d'accueil et promotion.

Pour ces deux types de publics, les besoins sont en augmentation comme le traduisent ces données graphiques du service intégré d'accueil et d'orientation du Cher (SIAO 18) :

- + 154 % de demandes d'hébergement
- + 4% d'activité des maraudes ;



Une offre de soins spécifiques à destination du public migrant est organisée notamment en termes de dépistages (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections (CEGIDD), centre de lutte antituberculeuse (CLAT), institut interrégional pour la santé (IRSA)) avec des temps de psychologue dédiés financés.

Toutefois, il n'existe pas dans le Cher de permanence d'accès aux soins de santé (PASS) spécifique psychiatrie (3 PASS sont rattachées aux services sociaux des 3 centres hospitaliers de soins généraux de Bourges, Saint-Amand-Montrond et Vierzon).

Les équipes des CMP reçoivent des personnes orientées par des acteurs de santé ou sociaux ; assurent des permanences comme au CHRS Saint-François.

La création d'une EMPP devrait permettre d'atteindre des personnes qui jusqu'alors échappaient aux soins. Il conviendra à l'équipe EMPP d'établir un lien formalisé avec l'ensemble des dispositifs existants.

- L'offre en termes de prévention et de promotion de la santé mentale est présente dans le département du Cher tant en direction des enfants et jeunes adultes que des adultes. Elle est portée par les contrats locaux de santé (CLS), le CLSM de Bourges, le conseil départemental, des associations, les équipes hospitalières notamment d'addictologie ;
- L'organisation annuelle de la semaine d'information sur la santé mentale (SISM) permet en plusieurs lieux du département des échanges, des partages et un apport de connaissances sur la santé mentale ;
- Un soutien est apporté aux personnes atteintes de troubles psychiques et à leur entourage par des associations, des groupements d'entraide de malades.

III. LE DIAGNOSTIC QUALITATIF

a) Accès au diagnostic et soins psychiatriques

Ce groupe de travail est animé par M. David SOUCHET, directeur de l'association de solidarité et d'insertion - Le Relais.

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic et aux soins doivent permettre la mise en place de prises en charge adaptées, dès l'apparition des premiers symptômes d'une pathologie, afin de prévenir son aggravation et les conséquences qui y sont associées.

L'absence de repérage précoce constitue une perte de chance pour les patients.

Les axes d'étude retenus :

- Accéder à un diagnostic précoce ;
- Accéder à un diagnostic à l'âge adulte ;
- La non-demande ;
- Les territoires ruraux.

Points forts

- Le département du Cher offre une multitude de services, de formations, et d'associations œuvrant pour les personnes touchées par une problématique de santé (la personne elle-même ou l'entourage) ;
- La mise en place de l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) pour l'année 2020 offre une perspective de toucher un public éloigné du soin, en dehors de tout parcours médical, et un maillage partenarial supplémentaire entre le médical et le social ;
- Les permanences de l'ANPAA, du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et les 10 lieux de permanence des CMP sur tout le département du Cher peuvent permettre aux habitants des communes rurales d'avoir un lieu d'accès au soin plus rapproché ;
- L'entourage familial ou tout professionnel peut être reçu en CMP dans le but d'évoquer les difficultés du quotidien ou de prise en charge d'un proche ou d'une personne rencontrée.

Points faibles

- Difficultés pour les parents, la famille, les médecins et tous les partenaires pouvant être amenés à rencontrer une problématique de santé chez un enfant, à orienter et être orientés au mieux vers l'établissement adapté ;
- Lorsque la naissance des troubles se fait tardivement, la personne adulte n'est souvent plus scolarisée, sans étayage familial ou professionnel, elle se retrouve alors dans une situation d'isolement, avec une problématique de santé grandissante et des addictions pouvant s'ajouter à cette situation, comme réponse immédiate d'un mal-être ;

- Réticence des professionnels à tenter de désamorcer la non-demande quand il existe une file-active de plusieurs mois d'attente pour une rencontre avec un médecin psychiatre pour les personnes déjà en demande ;
- Difficultés d'accompagner vers l'accès aux soins dans les situations de crises particulièrement le soir et le week-end ;
- Sur les territoires ruraux, l'accès à la santé dépend de la zone géographique couverte par les transports en commun et de leurs plages horaires. L'accès au soin, la mobilité et la proximité sont alors à mettre en commun.

Suggestions de pistes d'amélioration

- Créer un lieu ressource identifié d'accès aux dispositifs de recours en en faisant une identification précise et en explicitant les modalités de saisine et d'adressage ;
- Créer et/ou renforcer des équipes mobiles ;
- Utiliser les nouvelles pratiques de communication (réseaux sociaux sécurisés) pour apporter une réponse adaptée et immédiate ;
- Redéfinir l'accès aux soins psychiatriques lors d'un caractère d'urgence

Ce qu'il faut retenir

- Multitude de services, formations, associations œuvrant pour les personnes touchées par une problématique de santé ;
- Nombreuses permanences permettant aux habitants des communes rurales d'accéder aux soins ;
- Absence de lieu de coordination vers le soin (nombreux dispositifs avec effet d'empilement et de parcellisation) ;
- Difficultés d'accès au diagnostic, aux soins et rupture de soins en milieu rural (personnes isolées à domicile, absence de médecin traitant) ;
- Défaut de réponse à une demande immédiate nécessitant une orientation vers un dispositif médical ;
- Délai d'attente en CMP pour un rendez-vous avec un psychiatre.
- Difficultés à atteindre les personnes en grande précarité parfois en non-demande, à répondre à certains publics ciblés, à s'adapter aux changements de la population.

b) Situations inadéquates

Ce groupe de travail est animé par Mme Guylaine SOMMER, cadre supérieure de santé, assistante du pôle médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent au centre hospitalier George Sand.

En l'absence de définition précise, le groupe est parti du postulat suivant :

Les situations inadéquates correspondent aux :

- Hospitalisations temps plein prolongées ;
- Ré hospitalisations moins de 30 jours après la sortie d'hospitalisation ;
- Hospitalisations de mineurs en service adulte ;
- Situations de personnes accueillies/accompagnées dans un établissement/service social ou médico-social ne pouvant répondre à leurs besoins de façon adaptée et complète ;
- Situations de personnes à domicile avec un entourage épuisé.

Il n'existe pas sur le territoire d'indicateurs formalisés permettant un recensement exhaustif des situations inadéquates dans le département, l'identification des populations et des établissements concernés

Points forts

- Les relations existantes avec certains partenaires du réseau (par habitudes de travail) ;
- Pour certains parcours, l'existence de temps d'échanges plus ou moins formalisés (enfants, ado, certains parcours adultes, personnes âgées, parcours complexes) ;
- L'existence de projets de soins (Projet personnel individualisé, projet de soins, Document individuel de prise en charge (DIPC)) ;
- L'existence de certains dispositifs : centre d'accueil et d'orientation départemental (CAOD), centre d'accueil et de soins pour adolescents (CASA), des équipes mobiles adolescents et personnes âgées, structures d'aide à domicile, démarche réponse accompagnée pour tous, etc. ;
- Les projets en cours : équipe mobile psychiatrie précarité qui correspond à un réel besoin ;
- La participation des usagers au PTSM.

Points faibles

- Nous ne nous interpellons souvent que dans l'urgence car la situation devient « ultra problématique » (arrivée du patient au CAOD un vendredi soir, retour à domicile en urgence sans lien avec les structures d'aide, hospitalisations prolongées du fait d'absence de solutions extérieures etc.) ;
- Chaque structure a ses priorités, méconnues des autres et souvent différentes. Elles ne s'écoutent pas ou mal. Il y a un manque de fluidité dans les organisations ;
- Pas d'implication de l'utilisateur dans le projet de soins ; la personne est souvent placée dans un système hospitalo-dépendant. Sentiment que l'hospitalisation est la seule réponse ;
- Connaissance partielle du réseau et de ces missions ;
- Manque de formations spécifiques sur Bourges pour les partenaires.

Suggestions de pistes d'amélioration

- Organisation de temps de rencontre équipe hospitalière/partenaires du réseau au plus tôt de l'entrée en hospitalisation ;
- Mise en place d'une coordination par des personnes ressources capables de mobiliser les différents partenaires ;
- Création d'une fiche de liaison numérisée et sécurisée pour co-construction du projet pour circulation entre les différents partenaires sur autorisation de la personne concernée ;
- Impliquer la personne concernée (informer, faire participer, nommer un référent, restituer le projet) ;
- Créer un annuaire multi partenarial ;
- Formaliser l'organigramme de chaque service/structure ;
- Créer un poste de coordonnateur général en lien avec le traitement des situations inadéquates ;
- Inscrire le Centre Hospitalier George Sand comme organisme de développement professionnel continu (DPC) pour convier les partenaires aux formations.

Ce qu'il faut retenir

- L'existence sur le territoire d'un réseau de partenaires, de temps d'échanges, de dispositifs, d'outils et de projets ;
- L'absence d'indicateurs formalisés sur le territoire ;
- Le manque d'anticipation dans le traitement des situations inadéquates ;
- L'absence de co-construction du projet de la personne avec l'ensemble des partenaires dans ces situations ;
- L'insuffisance d'implication de la personne dans la co-construction de son projet ;
- La méconnaissance du réseau et des partenaires du territoire ;
- Le manque de formation au handicap psychique des équipes du réseau.

c) Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

Ce groupe est animé par Mme Lydia PAYSSAN, cadre socio-éducatif au Centre Hospitalier de Saint-Amand-Montrond.

L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux concerne :

- Les conditions d'accès aux modalités d'accompagnement à l'autonomie et à l'inclusion sociale et citoyenne ;
- Les modalités de coopération entre les acteurs des soins et les acteurs de l'accompagnement social et médico-social ;
- Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ;
- La réponse au besoin d'accompagnement dans : vers le logement et au besoin d'inclusion et d'autonomie, en tenant compte de la multiplicité des besoins individuels et de leur variabilité dans le temps.

Points forts

- L'existence sur le territoire :
 - o de certains réseaux fonctionnels (réseau handicap jeune, réseau plus, cap emploi, réseau périnatalité, etc.) ;
 - o de dispositifs et structures (CAMSP, dispositif réponse accompagnée pour tous, dispositif inter-associatif et inter départemental coordonné par les PEP, dispositif emploi accompagné, etc.) ;
 - o d'exemples de décloisonnement (éducation nationale & pédopsychiatrie, résidence Baudens avec un accompagnement social et médical sur site, SAMSAH) ;
 - o de volontés de travailler ensemble (convention CMP/ESMS) ;
 - o d'actions telles que :
 - Unité mobile des préventions santé du centre social Cher tsigane (APLEAT-ACEP) ;
 - Travail « d'aller vers » avec des maraudes et des interventions dans les structures médico-sociales (ANPAA) ;
 - Mise en place de permanences d'infirmière d'accueil dans certains CMP.
- Des projets à l'initiative ou portés par l'ARS :
 - o Dispositif d'appui à la coordination (DAC) ;
 - o Appels à projets (équipe mobile handicap psychique, EMPP, plateforme d'orientation précoce pour les enfants de 0 à 6 ans, projet national sur la transformation des réponses médico-sociales).

Points faibles

- Méconnaissance des professionnels entre eux, difficulté à repérer quels sont les professionnels ressources et méconnaissance des infrastructures et de leurs missions tant pour les professionnels (libéraux ou de structure) que pour les usagers (cloisonnement secteur social, sanitaire, médico-social, associatif, libéral, public, privé ; cloisonnement des réseaux par tranche d'âge ; nombre important et complexité des services ; articulation difficile des divers accompagnements réalisés par les structures et professionnels libéraux) ;
- Manque d'accompagnement précoce (même anténatal) des familles dès l'annonce du diagnostic (méconnaissance des organisations, des réseaux, des pathologies, fragilité voire précarité des familles, difficultés d'accès aux consultations spécialisées) ;
- Coordination entre professionnels insuffisante, favorisant un accompagnement "millefeuille" qui peut être délétère pour les usagers (ne repose actuellement que sur des bonnes volontés individuelles, peu de conventions et/ou de chartes formalisées, absence de repérage des coordinations existantes) ;
- Manque de coordination entre les projets de soins, les projets médico-sociaux, les besoins et attentes des familles pouvant favoriser des risques de rupture et donc d'hospitalisation ou ré hospitalisation (cloisonnement, temps de synthèses pluri professionnels insuffisants parfois refusés au motif de respect du secret médical, familles non intégrées dans les projets, pénurie médicale, délais d'attente notamment en CMP et chez les spécialistes pour l'accès aux soins ou pour une admission en structures d'aval , manque de structures médico-sociales, ruptures entre les dispositifs, délai de traitement des dossiers MDPH, délai d'inscription en ESMS) ;
- Réticence de certains ESMS (notamment en EHPAD) à accueillir des résidents ayant une pathologie psychiatrique par peur d'isolement et de manque d'accompagnement sur la durée ;
- Difficultés d'accompagnement des publics isolés géographiquement ou de par la pathologie, en grande précarité, sans domicile fixe, migrants (publics peu mobiles, réticences de certains professionnels à la prendre en charge, méconnaissance des ressources locales en termes d'accompagnement et de communication, défaut de réponses rapides une fois le climat de confiance établi).

Suggestions de pistes d'amélioration

- Création d'un annuaire professionnel et d'un guichet unique (usagers, familles professionnels) ;
- Formalisation de coordinations (vision bassin de vie) et les faire apparaître dans l'annuaire ;
- Définir les zones de partage d'information et travailler le projet de vie en amont de la sortie en partenariat avec les professionnels, la famille en accord avec le patient ;
- Travailler avec les familles et les personnes concernées sur l'anticipation des inscriptions en établissement ;
- Développer le aller vers (équipes mobiles, répertoire des interprètes, sensibilisation médicale à la PEC du public en grande précarité).

Ce qu'il faut retenir

- L'existence sur le territoire de réseaux, de partenaires, de dispositifs, de projets ;
- La volonté de travailler ensemble et des initiatives tant en termes de décroisement que d'aller-vers ;
- L'insuffisance d'échanges interprofessionnels et la méconnaissance des réseaux et partenaires existants, de leurs rôles et missions lié à un phénomène d'empilement induisant des difficultés de repérage ;
- Manque d'accompagnement précoce des familles (dès l'annonce du diagnostic) ;
- Absence de formalisation des dispositifs de coopération/ coordination ;
- Risques de rupture dans les accompagnements et/ou de rechute avec ré hospitalisation ;
- Difficultés de prise en charge d'un public nécessitant des compétences spécifiques ;
- Nécessité de clarification des missions du CAOD entre mission de suppléance de CMP et urgences.

d) Accès aux soins somatiques

Ce groupe est animé par M. Philippe ALLIBERT, directeur des usagers, de la qualité, de la communication et de l'AFT au Centre Hospitalier George Sand.

L'espérance de vie est fortement réduite chez les personnes atteintes de troubles mentaux. La fréquence de leurs comportements à hauts risques, leurs traitements présentant de nombreux effets secondaires, leur stigmatisation, leur nécessité d'une double prise en charge médicale sont autant de facteurs aggravants.

Points forts

- 4 ETP de médecins généralistes pour la psychiatrie ;
- Possibilité de recruter des cliniciens ;
- Développement de la Messagerie sécurisée de santé, du dossier médical partagé, de la télé-médecine ;
- Développement de la conciliation médicamenteuse ;
- Partenariat avec les établissements du Groupement Hospitalier du Cher (GHT) ;
- Développement des équipes mobiles (EMPP, EMPH) et de la Réhabilitation psychosociale ;
- Projets en région (400 médecin généralistes ; augmentation du nombre d'étudiants en médecine) ;
- Projets et actions du CLS et du CLSM ;
- Évolutions réglementaires (revalorisation des carrières médicales, prime d'engagement et d'exercice territorial ; indicateurs de qualité et de sécurité des soins en cohérence avec les recommandations de bonnes pratiques ; Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins ; réforme des études médicales) ;
- Dossier patient informatisé commun à tous les établissements du GHT.

Points faibles

- Vacances de postes de médecins généralistes sur le centre hospitalier George Sand 1,60 ETP pourvus/4 ;
- Nombre de postes de cliniciens limités à 11 ;
- Profils publiés restent sans candidature ;
- Pénurie en médecins généralistes et psychiatre dans le Cher avec tendance à l'aggravation ;
- Manque d'attractivité du territoire ;
- Beaucoup de patients sans médecin traitant déclaré ;
- Pas d'unité médicale somatique dédiée au sein du centre hospitalier George Sand ;
- Appropriation lente des nouveaux outils (MSS, DMP, télémédecine) ;
- Nouveau dossier patient informatisé sera à adapter à la psychiatrie (nombreux paramètres) et les professionnels médicaux et paramédicaux devront se l'approprier ;
- Charge de travail importante des pharmaciens pour étendre la conciliation médicamenteuse ; financement ;
- Peu de coordination avec la médecine libérale ;
- Stigmatisation de la maladie mentale ;
- Financements non garantis pour les projets d'équipes mobiles ;
- Pas d'intervention de psychiatre dans les PASS.

Il y a peu de données quantitatives vérifiables dans le département du Cher mais on peut présumer que les causes liées aux difficultés d'accès aux soins somatiques décrites par les RBP et la HAS y sont présentes. La principale difficulté réside dans le manque de coordination entre le psychiatre et le médecin généraliste quels que soient les modes d'exercice de l'un et l'autre. Les effets négatifs de cette cause, qui a plusieurs aspects, sont aggravés mais existeraient même sans la pénurie médicale particulièrement aiguë dans le Cher. Néanmoins, on ne peut envisager d'améliorer l'accès aux soins somatiques sans essayer de réduire cette pénurie.

3 axes d'amélioration pourraient être travaillés :

- Fluidifier et sécuriser le parcours patient entre prise en charge psychiatrique et prise en charge somatique : l'enjeu est de prévenir les ruptures de soins :
 - o Faciliter les relations et la communication entre psychiatre et médecin somaticien (médecin traitant, spécialiste, ...) :
 - Charte de partenariat MG/Psy, la diffuser, la faire connaître (charte de la conférence des présidents de CME d'EPSM) ;
 - Promouvoir les outils de partage d'informations médicales et paramédicales (messagerie sécurisée de santé, DMP, télémédecine, DPI unique GHT) ;
 - Créer des lieux d'exercice de soins partagés, des dispositifs de soins partagés : le dispositif 400 MG pourrait être utilisé pour créer des temps médicaux 100% salariés partagés entre le Centre Hospitalier GEORGE SAND et le centre de santé prévu par le CLS de Bourges ou des temps médicaux partagés entre l'exercice en établissement de santé et l'exercice libéral ;
 - Repenser l'organisation des PASS avec un temps de psy et formation des professionnels y intervenant, approfondir la réflexion sur la coopération EMPP/PASS ;
 - o Prévenir les ruptures de parcours de soins :
 - Développer la fonction de Case Manager pour accompagner les patients dans leurs parcours entre hospitalisation et ambulatoire ;
 - S'appuyer sur des structures médico-sociales telles que les SAVS et les SAMSAH pour couvrir le territoire de santé et mieux accompagner les parcours de santé ;
 - Réfléchir à des directives anticipées en psychiatrie (expérience anglo-saxonne) avec désignation d'une personne de confiance, permettant à la personne malade de préciser, lorsqu'elle est en pleine possession de sa capacité de discernement, les soins somatiques auxquels elle consent ;
 - Développer l'éducation thérapeutique, la réhabilitation psychosociale ;
 - Proposer à nouveau le projet de création d'appartements de coordination thérapeutique (2015) à l'ARS afin de travailler les compétences sociales, d'éviter le repli social et le renoncement aux soins ;

- Création d'une unité médicale somatique au sein du CHGS dont le fonctionnement serait conventionné avec les CH généraux du GHT pour déterminer les critères d'inclusion/exclusion, consultations avancées de spécialistes, hospitalisation complète ou non ;
- Développer conciliation médicamenteuse :
 - Développer des programmes d'ETP validés ARS ;
 - Prévenir, repérer, lutter contre les effets secondaires des traitements neuroleptiques et antipsychotiques (RBP, conciliation médicamenteuse, suivi, accompagnement) ;
- Dé stigmatiser la maladie mentale :
 - Formation/sensibilisation des professionnels libéraux, intégrer des stages en Psy en alternance avec MG en formation initiale, proposer des terrains de stage en MG au Centre Hospitalier George Sand, participation à la FMC, aux RMCC, aux semaines d'information de la santé mentale, s'associer aux actions du CLS/CCAS,
 - Élaborer le projet thérapeutique individualisé avec le patient (avec PC, directives anticipées, plan de prévention d'un moment de violence ou arrêt de traitement, conduite à tenir pour équipe soignante).

Ce qu'il faut retenir

- Différents projets, évolutions règlementaires et développement d'outils et de pratiques en faveur de l'amélioration de la prise en charge somatique des patients ;
- Pénurie médicale, quels que soient la spécialité ou le mode d'exercice, en aggravation sur le territoire ;
- Réticence à l'échange et au partage d'informations entre professionnels ou échange partiel d'information ;
- Manque d'outils de communication ou utilisation insuffisante de ces outils ;
- Manque de coordination secteur de la psychiatrie/médico-social ;
- Difficultés d'accès aux soins (droits) pour les personnes en précarité ;
- Stigmatisation de la maladie mentale ;
- Manque d'adhésion des patients aux soins et ruptures dans les parcours de soins ;
- Manque de repérage de la maladie somatique – déni de la maladie ;
- Effets secondaires des neuroleptiques et antipsychotiques.

La coordination entre MG et Psychiatre est un facteur clé pour l'accès aux soins tant somatiques que psychiatriques et pour prévenir les risques de rupture dans les parcours de soins

e) Prévention et gestion des situations de crise

Ce groupe est animé par M. Bruno CHESNEAU, directeur général de l'association des PEP 18.

La crise est le symptôme d'une situation complexe.

Points forts

- Chacun dans son secteur d'activité dispose de données quantitatives et qualitatives ;
- Existence sur le territoire de ressources (notamment accueil temporaire) dont le taux d'occupation n'atteint pas son maximum ;
- Existence de nombreux dispositifs ambulatoires qui peuvent travailler sur l'axe préventif ;
- Consensus de tous les acteurs sur la notion de parcours de vie, également au cœur des politiques publiques ;
- Existence de nombreux dispositifs constituant un véritable vivier de solutions ;
- Nombreux projets témoignant de la dynamique, de l'engagement important de tous les acteurs du territoire ;
- Forte mobilisation des associations de parents, usagers, aidants soutenue par la commande publique en termes d'aide aux aidants ;
- Mobilisation de ressources par l'ARS (CNR) pour la gestion de situations complexes ;
- PTSM offre l'opportunité d'initier la transversalité et vecteur de changement des représentations, actions et projets.

Points faibles

- Segmentation des données ; méthodologies diverses et variées rendant difficile le diagnostic des besoins de la population ;
- Sectorisation, rigidité administrative, régimes d'autorisation segmentés induisant une difficulté à mobiliser les ressources en transversalité ;
- Logique de sectorisation et d'autorisation de places figeant les réponses ;
- Cloisonnement des secteurs ne permettant pas une co construction transversale avant la crise ;
- Rupture administrative à la majorité avec un recours aux droits devenant très différent ;
- Coopération par des réseaux interpersonnels plutôt que par des partenariats institués ;
- Aide aux aidants insuffisamment inscrite dans la transversalité et la diversité des réponses.

Suggestions de pistes d'amélioration

4 axes à décliner pour chaque catégorie de population : enfant, adulte, personne âgée :

- Le diagnostic :
 - o Besoin d'une cartographie des ressources départementale et connaissance des actions de chacun ;
 - o Établir un diagnostic des besoins usagers sur le territoire ;
- Le Pilotage :
 - o Gestion des situations complexes à partir d'une plateforme ou cellule pour l'ensemble de la population ;
- La fluidification des Parcours :
 - o Etre flexibles dans la construction des réponses ;
 - o Créer un comité opérationnel ;
 - o Apporter des réponses transversales et coopératives ;
 - o Etablir une réelle convention entre les acteurs les engageant ;
 - o Instituer des Retours d'expérience avec les différents acteurs institutionnels et associatifs ;
- L'Hébergement :
 - o Créer une réponse départementale par la gestion de places existantes (notamment en hébergement temporaire) en fonction de leur caractéristiques et/ou création de quelques places spécifiques.

Ce qu'il faut retenir

- Existence sur le territoire de ressources mobilisables, de dispositifs ambulatoires, d'un vivier de solutions ;
- Consensus sur l'impératif de travailler le parcours de vie ;
- Le diagnostic des besoins de la population est empirique et segmenté ;
- Difficultés à mobiliser les ressources dans la transversalité ;
- Manque d'hébergement 365 jours avec capacité d'accompagner les situations complexes (nuits, week-ends et vacances) ;
- Manque d'anticipation des situations de crises ;
- Transition minorité/majorité identifiée comme facteur de risque de rupture en lien avec des modèles d'accompagnement en fonction du public enfant, adulte, personne âgée (choc des modèles) ;
- Manque de lisibilité des ressources existantes lié à l'atomisation des dispositifs ;
- Insuffisance de soutien des aidants (personnes en situations complexes souvent dans leur famille) ;
- Situations complexes peu nombreuses mais récurrentes et mobilisant de fortes ressources de façon cyclique ; importance d'en comprendre l'origine (liée aux organisations, aux financements différents, aux approches...).

À la lecture de l'ensemble de ces indicateurs on voit nettement se dessiner quelques grandes familles de problématiques propres au territoire et auxquelles vont être confrontées les acteurs :

1) La démographie :

- Une densité de population très faible pour le Cher et l'Indre comparativement aux autres départements de la région mais aussi et surtout des personnes âgées de plus de 65 ans surreprésentées, populations plus fortement consommatrices de soins et de bien médicaux ce qui entraîne une hausse structurelle des dépenses de santé.

2) Les données socio-économiques :

- On relèvera un nombre d'allocataires du RSA très supérieur dans le Cher comparativement à l'Indre, à la Région et à la France et ce de façon assez marqué pour les moins de 40 ans. Également le nombre d'allocataires dont les prestations CAF représentent 100% des revenus disponibles est très supérieur aux standards.

- Le taux de chômage est plus élevé dans le Cher, le nombre de dossiers de surendettement également.

Toutes ces données traduisent en premier lieu une précarité économique plus présente dans le Département du Cher, or toutes les études démontrent une interaction évidente entre précarité et psychiatrie.

3) Les données de santé ou constats :

- Un déficit de professionnels de santé évident : psychiatres et/ou médecins généralistes, mais également des professionnels spécialisés (orthophonistes, etc.) ;

- Une part élevée de décès prématurés par alcoolisme chez les hommes. Un taux de décès par suicide plus élevé dans le Cher et l'Indre que dans la Région CVL. Des durées moyennes d'hospitalisation en psychiatrie plus élevées.

- L'absence de régulation des appels pour les besoins en santé mentale et notamment en urgence

- De nombreuses situations inadéquates ou des files d'attente avant prise en charge relevées dans les établissements ou institutions, sans qu'il soit possible à ce stade de chiffrer ces écarts.

- Une coordination des acteurs qui reste fragile et repose sur des professionnels qui se connaissent sans forcément de formalisation.

Au final, on constate des indicateurs globalement défavorables sur ce territoire, et ce, quelles que soient les catégories de données disponibles. On observera également un fort paradoxe avec des personnes âgées surreprésentées, plus fortement consommatrices de soins et de bien médicaux, fait générateur de dépenses plus élevées, et un nombre de professionnels accessibles les plus faibles de France. La précarité économique est très présente et compte tenu des liens établis entre précarité et psychiatrie, un besoin et des attentes supérieurs de la part des populations.

Le constat n'est pas pour autant uniquement négatif, et l'engagement des professionnels dans la mise en œuvre des politiques publiques auprès des populations du territoire et leur volonté de faire aboutir un projet territorial de santé mentale sont très forts.

De façon générale, les acteurs, les malades et leurs familles restent particulièrement confrontés à la stigmatisation de la maladie mentale qui reste très prégnante en France.

Les groupes de travail thématiques poursuivent d'ores et déjà leur travail à la recherche de pistes de solutions les plus pragmatiques et compréhensibles par les acteurs, et produisant des effets visibles et rapides.

Les grandes familles de solutions identifiées auront pour thématiques :

- La fluidité des parcours et la gradation de la réponse ;
- L'harmonisation des pratiques professionnelles et des organisations ;
- La mise en réseau et la coordination des acteurs ;
- La connaissance et l'interconnaissance des professionnels ;
- Les usagers acteurs de leur parcours.

Le nombre d'actions sera volontairement restreint (une douzaine maximum), tenant compte des retours d'expérience de l'ANAP en la matière, afin de concentrer les efforts des acteurs sur des thématiques pouvant produire des résultats visibles et rapides dans le cadre de ce premier projet territorial de santé mentale.

Parmi les pistes possibles évoquées d'emblée par les acteurs, deux ont été mises en exergue et feront l'objet d'une fiche spécifique de travail :

- **L'approfondissement du diagnostic** : la décision de portage du PTSM 18 par le centre hospitalier George Sand le 3 juin 2019, et le lancement officiel des travaux le 30 septembre dernier en réunion plénière ont grandement limité le temps dédié au diagnostic. Si les éléments essentiels à une prise de décision éclairée étaient présents, plusieurs sujets mériteraient d'être approfondis au cœur même de ce premier projet territorial de santé mentale (réponse à l'urgence, situations d'inadéquation, etc.) ;
- **Le déploiement de la réhabilitation psychosociale (RPS)** : La réhabilitation psychosociale, le rétablissement et l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques sont aujourd'hui considérées comme des priorités de santé. Le décret sur les projets territoriaux de santé mentale le rappelle d'ailleurs selon les termes suivants : « Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. À ce titre, il prévoit [...] les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux. La réhabilitation psychosociale concernant différents champs de la personne : clinique (symptômes, traitements), fonctionnel (capacités cognitives, relationnelles, autonomie) et social (logement,

gestion du budget, retour à l'emploi), de nombreux acteurs membres du PTSM 18 sont déjà engagés dans la RPS. Néanmoins, il conviendra de structurer cette démarche de façon globale à partir du projet de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive du service Balzac à George Sand, et compte tenu du caractère transversal de ce sujet, il sera obligatoire et indispensable de décrire précisément toutes les étapes d'un déploiement territorial, et notamment la mise en œuvre d'un réseau efficace de détection précoce. La première étape étant d'obtenir la labélisation de centre de niveau 1 pour l'établissement George Sand, et ensuite de définir ce que devront être le rôle et l'implication de chacun dans un essaimage territorial.

Sur les pistes indispensables à l'amélioration des parcours en santé mentale, il faut d'ores et déjà prendre en compte les dispositifs créés récemment ou actions en cours qui immanquablement sont déjà une partie de la réponse globale à apporter car susceptibles de modifier les constats du diagnostic :

- La création récente d'une équipe mobile précarité et psychiatrie au centre hospitalier George Sand ;
- La création à venir d'une équipe mobile handicap psychique ;
- La création en cours du dispositif d'appui à la coordination (DAC) à l'initiative de l'ARS ;
- La création à venir d'une plateforme d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec troubles du neuro-développement (TND).

S'agissant du périmètre du territoire, et donc des secteurs qui le constituent, notamment de la présence des deux cantons d'Issoudun dans le secteur Issoudun-Lignièrès, il n'est pas apparu de problématique liée à la frontière entre les deux départements, elle-même.

Les difficultés qui ont pu être identifiées sur des parcours en santé mentale dans ce territoire, mais comme sur les 4 autres secteurs adultes du Cher d'ailleurs, relèvent plus d'une absence de maîtrise et de connaissance de tous les dispositifs existants et du rôle de chacun d'entre eux, plutôt que celle de franchir une limite territoriale.

Ainsi, le rôle du CAOD à Bourges n'est pas suffisamment connu par tous les acteurs. Pourtant, il y a des atouts et des proximités évidentes comme la présence des équipes de George Sand (CMP et HJ) qui sont implantées au sein même du centre hospitalier de la Tour Blanche à Issoudun. Il y a donc déjà une réponse effective les heures et jours ouvrés.

Demain, le traitement régional centralisé des mesures de soins sans consentement atténuera aussi ce sentiment de frontière territoriale perturbatrice dans la prise en charge en santé mentale. Enfin, et alors même que les objectifs quantifiés de l'offre de soins en région Centre-Val de Loire autorisent l'implantation d'un service de placement familial thérapeutique dans l'Indre, et compte tenu de la très forte expertise du CH George Sand (92% des lits de la Région, 10% au niveau national), une antenne implantée sur Chezal-Benoit ou Issoudun pourrait permettre de déployer cette expertise de façon transfrontalière.

Au final, aucun élément sérieux n'est apparu en faveur d'une modification du rattachement des deux cantons d'Issoudun à un autre secteur que l'actuel, ni dans le diagnostic, ni dans les débats.

Au contraire cela risquerait même de modifier en profondeur des coopérations et réseaux existants.

ANNEXES

Annexe n°1 : Calendrier général

Annexe n°2 : Composition du comité de pilotage territorial

Organisme	NOM	Prénom	Fonction
PMPEA / Ordre des médecins	VAILLANT	Corinne	Médecin
UNAFAM du Cher	LE GUEN	Bernadette	Déléguée
C.T.S. de l'Indre	Dr MIGNOT	Hervé	Président du Conseil territorial de santé de l'Indre
C.T.S. de l'Indre	BRUNET	Stéphanie	Directrice de la M.A.S. de Gireugne (suppléante)
GHT 18 - C.H. Saint-Amand-Montrond	ALBOU	Philippe	Médecin-somaticien
CMP Bourges-Aubigny	GUGGIARI	Christian	Président CME CHGS
C.T.S. du Cher	ENGALENC	Dominique	Docteur
ARS du Cher	MOULIN	Bertrand	Délégué Départemental du Cher
C.H. George Sand	JAMET	Alexis	Directeur Général
C.H. George Sand	BOUCHARD-CHAUMETTE	Brigitte	Cadre sup. Adjointe à la Direction des soins
C.H. George Sand	ALLIBERT	Philippe	Directeur Adjoint DUQC
Conseil départemental du Cher - Direction Prévention, Autonomie et Vie Sociale	AUBERTIN	Marie-Claude	Directrice
C.C.A.S. Vierzon	PAILLIER	Marylène	Directrice
C.C.A.S. Vierzon	BERREHOUC	Sylvie	Responsable du Pôle Cohésion sociale et insertion
FHR médicosocial/EHPAD Les Cèdres	BRAY	Laurence	Déléguée du Cher/Directrice
Préfecture du Cher	DU CHAMP	Sylvain	Chef du bureau des sécurités au cabinet
C.C.A.S de Bourges	BENSIZERARA	Saadane	Responsable de la direction solidarités
URIOPSS Centre	SAUNE	Philippe	Directeur Général GEDHIF

Annexe n°3-1 : Composition du groupe 1 : accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

Organisme	Nom	Prénom	Fonction
LE RELAIS Bourges	SOUCHET	David	Directeur
CLS Pays du Berry St Amandois	GALPIN	Véronique	Animatrice Territoriale de santé
C.C.A.S. de Vierzon	RICHARD	Paula	Assistante sociale allocataires RSA
C.D.C.A. du Cher	TURE	Marie-Odette	Vice-Présidente de la formation personnes âgées du CDA
	ou		
	AUDRY		Vice-Présidente de la formation personnes handicapées (Suppléante)
EHPAD Résidences de Bellevue	GILBERT	Véronique	Directrice
C.H. George Sand - CMP Bourges Aubigny	LIARD	Viviane	Psychologue
C.H. George Sand - Pôle Extra-Hospitalier	DESSERPRIX	Virginie	Cadre de Pôle
Association VILTAÏS	VERNERET-BORD	Estelle	Cheffe de service Pôle réfugiés
M.D.P.H. du Cher	BRUNEAU-ENGALENC	Dominique (Mme)	Médecin
C.H. George Sand - PMPEA	LOIR	Stéphanie	Cadre de santé
C.H. George Sand - PMPEA	DUBOIS	Amandine	Médecin PMPEA
C.H. George Sand - Pôle Intra-Hospitalier	YANG	Dzeu	Cadre de santé
CPTS Berry Vierzon Sologne	PASCAL	Xavier	Coordinateur territorial CTPS & médecin libéral
UGECAM Centre	DELANNE	Thierry	Chef de service
ANPAA	MARCEL	Chloé	Coordinatrice service prévention formation et réduction des risques
ANPAA - Maison des Adolescents	BIDEAU	Laetitia	Infirmière
SPIP	MAILLET	Laurent	Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation
CLS de Vierzon	FOUCHER	Florence	Coordinatrice CLS
CCAS	OUKROUM	Mélanie	Travailleur social
Bourges Plus	GOUSSARD	Sonja	Chargée de mission cohésion sociale
UNAFAM	LE GUEN	Bernadette	Présidente de l'UNAFAM

Annexe n°3-2 : Composition du groupe 2 : situations inadéquates

Organisme	Nom	Prénom	Fonction
Protection judiciaire de la jeunesse PJJ	NAHAL	Soraya	Directrice du Service Territorial Educatif du Milieu Ouvert
	ou		
	GUEGUEN	Geneviève	Conseillère Technique Santé
ADOMA-CDC Habitat	GRANIER	Annabelle	Responsable Maison Relais
C.H. George Sand - USLD Bourges	BATTAGLIA	David	Psychologue
C.H. George Sand - CAMSP	SOMMER	Guylaine	Cadre Supérieur de Santé/Cadre de Pôle PMPEA
ESPOIR 18	LOPES	Cristina	Chef de service
ADHAP	LE JUGE (M.)	Claude	Directeur
GEDHIF Bourges - Service Tutélaire	GIROUARD	Nelly	Directrice
C.H. George Sand - Service socio- éducatif	SIWIOREK	Marie	Cadre Socio éducatif
M.D.P.H. du Cher	GAUTRON	Aurélien	Responsable de service
SSIAD Sancerre	RAVET	Marion	Directrice du CH de Sancerre
UGECAM Centre	GOMORA-RUIZ	Isabelle	Directrice Adjointe
ANPAA - Maison des Adolescents	AUGIZEAU	Adrien	Coordinateur maison des adolescents
CPTeST 18 et CPTS DU PAYS DE BOURGES	HENRY-FERRIC	Hélène	Coordinatrice CPTeST 18 et CPTS du Pays de Bourges
C.H. George Sand	BOBIN	Sylvie	Cadre de santé
C.H. George Sand	AUBIN	Willy	Cadre de santé
C.H. George Sand	GAUTHIER	Carole	AMP - Représentant du personnel
C.H. George Sand	PEYNOT	Teddy	Cadre de santé

Annexe n°3-3 : Composition du groupe 3 : accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

Organisme	Nom	Prénom	Fonction
Protection judiciaire de la jeunesse PJJ	GUEGUEN	Geneviève	Conseillère Technique Santé
	ou		
	VALETTE	Emmanuel	Directeur de l'Etablissement de Placement Educatif
C.H. St Amand-Montrond	PAYSSAN	Lydia	Cadre Socio-educatif
Plateforme ANAIS Aubigny	DOHIN	Sophie	Directrice
France-LOIRE	LYAME	Mounire	Directeur Proximité Adjoint
C.H. George Sand - M.A.S.	MENGUAL	François-Mary	Cadre Socio-educatif
C.H. George Sand - PMPEA	LE CLEAC'H	Yannick	Directeur Pédagogique
C.H. George Sand - Pôle EHPAD/USLD	TE WIERIK	Catherine	Cadre Supérieur Assistant de pôle
Association APLEAT-ACEP	CADYCK	Nicolas	Directeur (département du Cher)
M.D.P.H. du Cher	PLATON	Isabelle	Directrice autonomie MDPH
C.H. George Sand - Pôle Extra-Hospitalier	JOLIVET	Justine	Assistante sociale CMP BS
C.H. George Sand - Pôle Extra-Hospitalier	BRULÉ	Philippe	Psychologue
PEP 18	PETAT	Nadia	Directrice adjointe
Ateliers du GEDHIF	CHAUMEREUIL	Nathalie	Directrice
	ou		
	DEMILLIER	Gaëlle	Chef de service de l'ESAT
CCAS	BECCA VIN	Anne	Travailleur social
EHPAD Nohant-en-Gout	BARONNET	David	Directeur
Croix marine du Cher	CHARPENTIER	Armelle	Chef de service MSAP
UGECAM Centre	DAUTREMENT	Karine	Chef de service
ANPAA	BIBA	Sophie	Psychologue
C.H. George Sand - Pôle Extra-Hospitalier	RUFF	Agnès	Cadre de santé
UNAFAM	FRELAT	François	Membre bénévole
Mission locale	LADANNE	Sybille	Représentant la mission locale Bourges, Mehun et St Florent
C.H. George Sand	BREUILLAUD	Anthony	Éducateur - Représentant du personnel
GEDHIF	AVRIL-CHASSET	Sylvie	Responsable de service

Annexe n°3-4 : Composition du groupe 4 : accès aux soins somatiques

Organisme	Nom	Prénom	Fonction
CH Jacques CŒUR	FOUCHET	Annabelle	Cadre Socio-éducatif
ANPAA	GREDAT	Sophie	Infirmière
C.H. George Sand MJPM	BONNET	Angélique	Mandataire Judiciaire et référente tutelles
C.H. George Sand - M.A.S.	PETIT	Gilles	Infirmier
C.H. George Sand	ALLIBERT	Philippe	Directeur Adjoint UCQ AFT AM
C.H. George Sand	GIBOT	Yves	Cadre de santé - Chopin
C.H. George Sand	COEFFE	Marc	Cadre de santé - Maupassant
C.H. George Sand	PIERRE-PAUL	Philomé	Médecin somaticien
C.H. George Sand	BILBILLE	Éric	Cadre de santé - CMP BA
CPAM du Cher	FRÉMONT	Amandine	Responsable des services Prévention et accompagnement en santé
MSP Mehun-sur-Yèvre - CSAPA CAET	GILIS-MENARD	Romain	Médecin libéral + méd co
UNAFAM	BLOT MURAT	Geneviève	Bénévole
	ou		
	ALVES	Giovanna-Alba	Bénévole
CCAS	LEROY	Mireille	Animatrice territoriale en santé
GEDHIF	BARDEAU	Claire	Référente socio-éducative
Clinique de la Gaillardière	GELLOT	Laurent	Directeur
	ou		
	PELLEGRIN		Infirmière coordinatrice

Annexe n°3-5 : Composition du groupe 5 : Prévention et gestion des situations de crise

Organisme	Nom	Prénom	Fonction
Protection judiciaire de la jeunesse PJJ	VALETTE	Emmanuel	Directeur de l'Etablissement de Placement Educatif
	ou		
	GUEGUEN	Geneviève	Conseillère Technique Santé
CDOS 18	OURY	Raymond	Président
Association VIE LIBRE	MORANDI	Pascal	Responsable Départemental
	ou		
	BORIS	Anne	Secrétaire Départementale
UNAFAM du Cher	LE GUEN	Bernadette	Présidente de l'UNAFAM
CONSEIL DEPARTEMENTAL du Cher - Direction Enfance/Famille	RAYMOND	Marylène	Directrice
SSIAD Rayon du Soleil - Mehun sur Yèvre	DESMOULIERES	Guylaine	Directrice
C.H. George Sand - CMPEA St-Amand-Montrond	FLEURY	Anne-Marie	Psychologue
C.H. George Sand - PMPEA	DAMOIS	Caroline	Assistante sociale
PEP 18	CHESNEAU	Bruno	Directeur Général
ESPOIR 18	AUDONNET	Marie-Laure	Chef de service
UGECAM Centre	DEBROYE	Philippe	Directeur
ANPAA	VERNE	Nathalie	Directrice
C.H. George Sand -	CHATAIN	Dominique	Cadre de santé
C.H. George Sand	BENSIZERARA	Kheira	Cadre supérieur de santé
C.H. George Sand	LAPOTRE	Laurianne	Cadre de santé
C.H. George Sand	MONOURY	Didier	Cadre de santé - Représentant du personnel
CCAS de Bourges	KARPOFF	Sandrine	Travailleur social
LADAPT 18	MAHAMA	Anne-Laure	Cadre de santé
C.H. George Sand	CATALDI	Elizabete	Cadre de Santé
MSP Canton de Sancerre	AUDRY	Stéphanie	Vice-Présidente de la formation personnes handicapées (Suppléante)
UNAFAM	LE GUEN	Bernadette	Présidente de l'UNAFAM

GLOSSAIRE

Acronyme	Définition
AFT	Accueil familial thérapeutique
ALD	Affection longue durée
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie
ARS	Agence régionale de santé
BPE	Base permanente des équipements
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CADA	Centre d'accueil pour demandeur d'asile
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico social précoce
CAOD	Centre d'accueil et d'orientation départemental
CASA	Centre d'accueil et de soins pour adolescents
CCAS	Centre communal d'action social
CEGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections
CH	Centre hospitalier
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CLAT	Centre de lutte antituberculeuse
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Contrat local de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNR	Crédit non reconductible
CPH	Centre provisoire d'hébergement
CPT	Comité de pilotage territorial
CPTS	Communautés professionnelles territoriale de santé
CTS	Conseil territorial de santé
CVdL	Centre-Val de Loire
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DDCSPP	Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
la DG ARS	La direction générale de l'ARS
le DG ARS	Le directeur général de l'ARS
la DT ARS	La délégation territoriale de l'ARS
le DT ARS	Le délégué territorial de l'ARS
DIPC	Document individuel de prise en charge
DMP	Dossier médical partagé
DPC	Développement professionnel continu
DPI	Dossier patient informatisé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
ESA	Équipe spécialisée alzheimer
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS	Établissements sociaux et médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FMC	Formation médicale continue
GHT	Groupement hospitalier de territoires
HAS	Haute autorité de santé
HJ	Hôpital de jour
HUDA	Hébergement d'urgence pour demandeur d'asile
IME	Institut médico éducatif
INSEE	Institut national de la statistique des études économiques
IRSA	Institut interrégional pour la santé
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MG	Médecine générale
MSS	Messagerie sécurisée de santé
ORS	Observatoire régional de la santé
OSCARD	Observation sociale croisée des acteurs régionaux et départementaux
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PC	Personne de confiance
PEC	Prise en charge
PMPEA	Pôle médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent
PRAHDA	Plateforme régionale d'accueil et d'hébergement pour les demandeurs d'asile
PTSM	Projet territorial de santé mentale
RBP	Recommandation des bonnes pratiques
RG	Régime général
RIM-P	Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
RMCC	Rencontres médico-chirurgicales du Cher
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
RPS	Réhabilitation psychosociale
RSA	Revenu de solidarité active
SAE	Statistique annuelle des établissements
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SISM	Semaine d'information sur la santé mentale
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SMIC	Salaires minimum de croissance
SNIRAM	Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SPDRE	Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État
SPPI	Soins psychiatriques pour péril imminent
SPDT	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
SPDTU	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers d'urgence
TND	Troubles du neuro-développement
UCLA	Unité de consultation en addictologie
UHR	Unité d'hébergement renforcée
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées
UMD	Unité pour malades difficiles
USLD	Unité de soin longue durée