

Le Projet Territorial en Santé Mentale des Hautes-Pyrénées



Diagnostic et Fiches Action

Table des matières

Partie 1 : Préambule.....	7
I. Rappel règlementaire	7
II. Pilotage du PTSM.....	8
III. Méthodologie.....	8
1. Préalables méthodologiques	8
2. Méthodologie de gestion de projet.....	9
3. Retro planning initial	11
4. Accompagnement documentaire.....	12
Partie 2 : Le diagnostic	12
I. Caractéristiques et cartographie du département.....	13
1. Les données géographiques et démographiques.....	13
2. Données socio-économiques.....	14
3. Données sociales	14
4. 1 ^{er} recours et urgences somatiques	14
5. Offre sanitaire.....	15
6. Offre de soins en établissements médicaux-sociaux sur le volet Santé Mentale.....	16
7. Offre en établissement et services sociaux.....	18
II. Echanges avec les acteurs du territoire – Identification des freins et leviers nécessaires à une meilleure prise en charge en santé mentale.....	18
1. Les freins identifiés dans l'accès aux soins et à diagnostic rapide	18
2. Les freins identifiés dans la coordination de la prise en charge globale de la personne	22
3. Les freins liés à l'environnement, l'entourage et la bonne connaissance du droit des patients	24

4. Les freins identifiés dans la prise en charge de certains publics spécifiques	26
Conclusion du diagnostic	29
Partie 3 : Synthèse des pistes de travail.....	30
Partie 4 : Sommaire des Fiches-Action par axe.....	31

GLOSSAIRE

AAP : Appel A Projets

ADAPEI : Association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentale

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecin

CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CH : Centre Hospitalier

CHRS : Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CJC : Consultation Jeunes Consommateurs CTS : Conseil Territorial de Santé

CLSM : Conseils Locaux de Santé Mentale

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSE : Comité Social et Economique

DDCSPP : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

DD 65 : Délégation Départementale des Hautes-Pyrénées

DG ARS : Direction Générale de l'Agence Régionale de Santé

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

EPAS : Établissement Public d'Accompagnement et de Soins

EPP : Entretien Périnatal Précoce

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESMS : Etablissements sociaux et médicosociaux

ESP : Equipe de Soins Primaires

ESPIC : Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FIOP : Fonds d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : Hospitalisation A Domicile

IEM : Institut d'Education Motrice

IME : Institut Médico-Educatif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

ITEP : Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MAS : Maison Accueil Spécialisée

MDA : Maison des Adolescents

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Spéciale

MEDT : Maison d'Enfants Diététique et Thermale

MGEN : Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PAEJ : Point Accueil Ecoutes Jeunes

PASS : Permanence d'Accès aux Soins

PHV : Personnes Handicapées Vieillissantes

PLHI : Pôle de Lutte contre l'Habitat Indigne

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRS : Plan Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

SIAO : Services intégrés de l'accueil et de l'orientation

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UAMP : Unité Ambulatoire Médico-Psychologique

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

UNAFAM : Union NAtionale de Familles et AMis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Partie 1 : Préambule

I. Rappel réglementaire

- **Article 69 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé** « *la politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. 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 la réinsertion* »

- **Décret n°2017-1866 du 29 décembre 2017** portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 : « *le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le DG ARS après les consultations prévues au IV de l'article L.3221-2. Le projet territorial de santé mentale est arrêté pour une durée de 5 ans. Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont publiés par l'agence. Ils peuvent être révisés selon la même procédure que celle prévue pour leur élaboration et après les mêmes consultations.*

Ce même décret précise que « ***l'ARS anime la démarche d'élaboration du PTSM initiée par les acteurs. Elle veille au respect des dispositions législatives et réglementaires, à l'association de tous les acteurs concernés, à la pertinence du choix du territoire retenu ainsi qu'au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant*** ».

Le décret fixe également les priorités auxquelles doit répondre le PTSM :

1/ *Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ;*

2/ *Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment les personnes présentant des 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 réinsertion sociale ;*

3/ *L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ;*

4/ *La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence*

5/ *Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques ;*

6/ *L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale.*

- **L'article R3224-4 du CSP** précise les grands axes du diagnostic à réaliser.

- **Dispositions du PRS**

- **Ma santé 2022**

II. Pilotage du PTSM

Lors de la réflexion relative au porteur nécessaire pour le PTSM des Hautes-Pyrénées, le choix a été fait de se tourner vers la sous-commission santé mentale du Conseil Territorial de Santé (CTS). Cet organe de démocratie sanitaire présentait plusieurs avantages :

- La commission est le porteur identifié et préconisé par la méthodologie régionale et les documents de l'ANAP.
- Déjà constituée, elle assurait un portage large du projet avec des acteurs issus de plusieurs horizons
 - o Des professionnels et offreurs de santé : CH spécialisé, HAD, ESMS, URPS médecin et IDE, CDOM
 - o Des usagers du système de santé : associations engagées sur la thématique santé mentale
 - o Collectivité territoriale : représentant de commune et du Conseil Départemental
 - o Etat et organismes de sécurité sociale : CPAM

Les membres ont marqué leur engagement dans le projet par leur présence et leur participation constructive dans chaque groupe de réflexion.

Un groupe projet pilotant la démarche a été constitué avec un binôme ARS-IREPS :

- L'équipe référente PTSM de la DD65
- La référente IREPS 65

La sous-commission santé mentale du CTS s'est réunie périodiquement, aux étapes clés du projet pour valider des propositions issues des réflexions du groupe projet.

III. Méthodologie

1. Préalables méthodologiques

Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) des Hautes-Pyrénées est élaboré à l'échelle du département, préalablement identifié par l'ARS Occitanie comme territoire de santé.

La démarche d'élaboration du PTSM dans les Hautes-Pyrénées a été amorcée en mai 2019 avec les premières étapes de la méthodologie de projet et officiellement présentée à tous les acteurs du champ de la santé mentale œuvrant dans le département en juin 2019. A cet

égard une feuille de route et un calendrier d'élaboration ont été rédigés et validés par la direction de l'ARS et le CTS santé mentale.

2. Méthodologie de gestion de projet

a. Le diagnostic territorial de santé mentale des Hautes-Pyrénées

La première étape de l'élaboration du PTSM a été la réalisation d'un portrait du territoire. Ce portrait consistait à recueillir puis compiler des données documentaires et réglementaires afin d'établir la carte d'identité des Hautes-Pyrénées.

Ces données quantitatives ont représenté le fondement des réflexions des groupes de travail mis en place après le lancement officiel de la démarche en Juin 2019.

Dans la continuité du guide méthodologique de l'ANAP, il a été décidé de constituer ces groupes de travail en fonction des 6 priorités identifiées dans le décret 2017-1200 du 27 juillet 2017. Ces six groupes se sont réunis une fois chacun dans l'objectif d'identifier les problématiques du territoire et les leviers mobilisables. Les productions des différentes réunions sont venues compléter le diagnostic territorial de santé mentale et lui apporter une analyse qualitative indispensable.

Un travail de synthèse des constats et des pistes de travail identifiés a été effectué et présenté à la gouvernance du PTSM. Ces éléments ont permis d'identifier les 3 axes prioritaires qui seront la colonne vertébrale du PTSM 65.

b. L'élaboration de la feuille de route

À la suite de la validation de la première étape et des conclusions du diagnostic par le CTS sous-commission santé mentale, un groupe de travail a été constitué par axe. Les groupes se sont réunis par axe et ont identifié les fiches actions qui constituent le PTSM 65.

Des membres du CTS ont pris en responsabilité la complétude des fiches actions avec les acteurs du territoire pré-identifiés et ont assuré la co-animation des derniers groupes de travail.

Les fiches actions ainsi finalisées ont été présentées au CTS sous-commission santé mentale le 18 mars 2021 et ont été validées.

Une présentation des travaux au CTS dans sa constitution plénière est prévue dès que le contexte sanitaire le permettra.

Une attention particulière a été accordée à l'implication des professionnels de terrain, leur représentativité la plus exhaustive possible dans les réflexions et la rédaction tout en respectant les contraintes de délais et d'organisation, afin de favoriser leur adhésion et l'ancrage du PTSM sur le terrain.

c. Les acteurs du territoire impliqués

Lors de la création de la liste des acteurs à inviter à la réflexion, l'objectif était d'être le plus exhaustif possible pour favoriser la richesse des échanges. Ainsi, ont été conviés :

- Les représentants des personnes et des familles : Associations d'usagers et de familles ; Représentants au Comité des usagers des établissements autorisés en psychiatrie ; Représentants au Conseil de vie sociale des ESSMS ; Représentants de GEM ; Fédération des Acteurs Sociaux.
- Les acteurs sanitaires : Établissements de santé autorisés en psychiatrie, publics, ESPIC et privés ; Établissements de santé ; Maison des adolescents et PAEJ ; Psychiatres libéraux ; Médecins généralistes ; Médecins pédiatres et gériatres ; Équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriale de santé et plates-formes territoriales d'appui ; Officines de pharmacie ; Psychologues ; CPAM et mutualité sociale agricole ; Unités Sanitaires en milieu pénitentiaire, service médico-psychologique régional et unité hospitalière spécialement aménagée ; Acteurs du service de santé de travail ; Personnels psychologue, sociaux et de santé de l'éducation nationale et des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé ; Services de soins infirmiers à domicile ; CeGGID ; PASS et EMPP.
- Les acteurs sociaux et médico-sociaux : Services et établissements sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes présentant des troubles ou un handicap psychiques ; Les acteurs de l'emploi et du logement accompagnés ; MDPH ; Acteurs impliqués dans la démarche "réponse accompagnée pour tous" ; Acteurs du logement et de l'hébergement ; Associations en charge de l'accès aux sports, aux loisirs, à la culture ; Professionnels et structures de l'insertion par l'activité économique ; Les acteurs concourant à une continuité scolaire, à la poursuite d'un apprentissage, à des études adaptées et choisies.
- Les services de l'Etat : Direction Départementale de la cohésion sociale et/ou de la protection de Populations ; Direction Départementale des Territoires ; Délégués du Préfet ; DIRECCTE ; Direction des services départementaux de l'éducation nationale.

- Les collectivités territoriales et les acteurs de démocratie sanitaire : Conseil départemental et ses services de protection maternelle et infantile (PMI) et d'aide sociale à l'enfance (ASE) notamment ; Communes, Communautés des communes, agglomérations, métropoles ; Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie ; Centres communaux ou intercommunaux d'action sociale.
- Les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé : Acteurs de la promotion de la santé scolaire et universitaire.
- Les acteurs de la lutte contre les addictions (sanitaires et médicosociaux) : services d'addictologie, équipes de liaison en addictologie, soins de suite et de réadaptation ; centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), consultations jeunes consommateurs (CJC), centre d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques pour usager de drogues (CAARUD).
- Les acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion : Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) ; Acteurs de l'hébergement et du logement des publics précaires et des personnes migrantes ou réfugiées, lits d'accueil médicalisés, Associations et ONG.
- Les autres acteurs concourant à la politique territoriale de santé mentale : Services de tutelle pour majeurs protégés ; CAF ; Services Pénitentiaires d'insertion et de Probation ; Services de la Direction de la Sécurité Publique.

Si tous n'ont pas pu être présents, ceux ayant participé ont montré une implication forte et dynamique dans les échanges et les productions.

3. Retro planning initial

Ce retro planning ne tient pas compte des retards liés à la gestion du COVID. Il avait été proposé et validé par le CTS sous-commission santé mentale au début de la démarche.



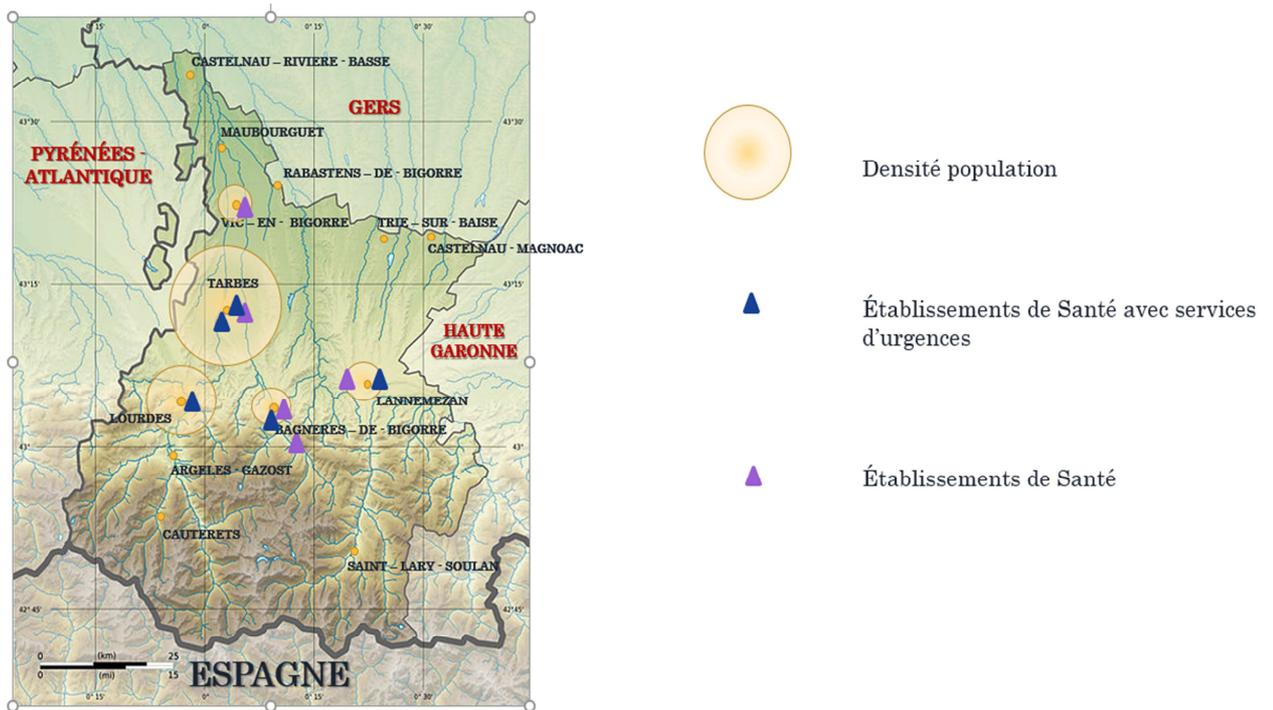
4. Accompagnement documentaire

- Kit ANAP
- Trame du diagnostic
- Trame des fiches objectives du document final
- Exemples des départements en cours de rédaction ou préfigureurs
- Documents nécessaires à la cartographie (INSEE...)
- Liste des partenaires ciblés du 65 en fonction de la liste proposée par la méthodologie régionale

Partie 2 : Le diagnostic

I. Caractéristiques et cartographie du département

1. Les données géographiques et démographiques



- Une stagnation voire une diminution de la population globale malgré un vieillissement important de la population.
- Une population inégalement répartie sur le territoire pour plusieurs raisons :
 - La **moitié** du territoire **est couverte par les Pyrénées**.
 - Une **forte attractivité** autour de la commune de Tarbes qui recense plus de **50% de la population** du département.
 - Un **attrait touristique** très important qui fait fortement fluctuer la population en fonction de la saisonnalité (intérêt sportif et culturel notamment).

Les projections populationnelles laissent également entrevoir une accentuation de la diminution de la population dans les 10 ans avant de constater une stagnation jusqu'à 2050.

Ce constat va de pair avec une accentuation du vieillissement de la population.

2. Données socio-économiques

- **Sur le plan économique** : une prédominance des emplois du secteur tertiaire (marchand et non marchand) : **77,4%**.
- **Précarité** : La part des ménages vivant sous le seuil de pauvreté est de **14,3%**, inférieur au seuil régional de **17%** (seuil national à **14,5%**). En 2014, **26,7%** des plus de 75 ans touchent l'APA, il est de **21%** en moyenne en France. Le revenu médian pour notre département est de 1619 euros par mois pour une personne seule.

3. Données sociales

- **Logement** : Le secrétariat du pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne, tenu par Délégation Départementale recense en moyenne 120 signalements par an, avec une concentration de ceux-ci sur les communes TARBES et LOURDES.
- **Taux de chômage** : le taux de chômage dans les Hautes-Pyrénées (environ 10%) est légèrement inférieur au taux de chômage régional (10,3%), mais supérieur au taux de chômage national (8%).
- **Politique de la ville** :
 - **4 quartiers prioritaires**
 - TARBES NORD = Laubadère
 - TARBES OUEST = Solazur, Debussy
 - TARBES EST = Bel-air, Ormeau, Mousset/Val d'adour
 - LOURDES = Ophite
 - **2 quartiers en veille active**
 - AUREILHAN = Cèdres / Arréous / Courréous
 - LOURDES = Lannedarré
 - ⇒ 2 contrats de ville, pas de volet santé mentale à ce jour

4. 1^{er} recours et urgences somatiques

- **Services d'urgences** :
 - Gestion des urgences psychiatriques au Centre Hospitalier de Bigorre par l'UAMP du CH de LANNEMEZAN.
 - **5 sites d'urgences somatique** : CH de Bigorre, Polyclinique de l'Ormeau, CH de LOURDES, CH de LANNEMEZAN, CH de BAGNERES de BIGORRE.
- **Premier recours** :
 - Diminution de la démographie des médecins généralistes et vieillissement de la population.

- Exercice coordonné : 12 MSP labellisées dont 8 installées et 4 en cours d'installation ; 2 ESP (équipe de soins primaires) à CAMPAN et AUREILHAN.

FOCUS :

L'offre libérale rapportée à la population : Psychiatres libéraux ou mixtes (en 2016) : 7,4 psychiatres pour 100 000 habitants, moyenne inférieure à la moyenne régionale qui est de 22,4 pour 100 000 habitants. (Moyenne Nationale à 23 pour 100 000 habitants).

5. Offre sanitaire

a. *Prise en charge somatique (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, SSR, HAD):*

- CH de Bigorre à TARBES
- Polyclinique de l'Ormeau à TARBES
- CH de LANNEMEZAN
- CH de LOURDES
- CH de BAGNERES DE BIGORRE
- CH Le Montaigu à ASTUGUE
- MGEN L'Arbizon à BAGNERES de BIGORRE
- MECS (MEDT) de CAPVERN
- HAD avec trois antennes : TARBES, LOURDES et LANNEMEZAN

b. *Prise en charge psychiatrique :*

- **CH de LANNEMEZAN** (intervention également en psychiatrie adulte sur le sud de la Haute-Garonne)
 - 3 pôles de psychiatrie adulte : 224 lits et 184 places.
 - 1 pôle de pédopsychiatrie : 7 lits et 209 places.
 - Hospitalisation complète :
 - 231 lits dont 7 de pédopsychiatrie, 48 de réhabilitation et 20 d'addictologie
 - Hospitalisation partielle :
 - 176 places dont 76 en pédopsychiatrie

- Hospitalisation à domicile :
 - 12 places
- **Clinique Le Piétat (BARBAZAN- DEBAT)**
 - 43 lits d'hospitalisation complète
- **Clinique République (SÉMÉAC)**
 - 49 Lits d'hospitalisation complète
 - 12 lits d'hospitalisation de jour.

FOCUS

L'offre sanitaire rapportée à la population générale adulte :

- Une densité de CATTP pour 100 000 habitants très légèrement supérieure à la moyenne régionale et nationale.
- Une densité de psychiatres, tout mode d'exercice, assez largement inférieure à la moyenne régionale et nationale et dont plus de la moitié ont 55 ans ou plus.
- La densité de places en ambulatoire (CMP, CATTP), en hospitalisation partielle et en hospitalisation à temps complet est supérieure à la moyenne régionale et nationale.

L'offre sanitaire rapportée à la population enfant :

- La densité de places en ambulatoire pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans : 20 CMP, 15 CATTP.
- La densité des places d'hospitalisation à temps partiel pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans : 172,4.
- La densité des places d'hospitalisation à temps complet pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans : 35.

6. Offre de soins en établissements médicaux-sociaux sur le volet Santé Mentale

a. Secteur « personnes en situation de handicap »

- Les données d'équipement dans notre département à destination des jeunes de 0 à 18 ans :
 - CAMSP : 1 centre avec une file active d'environ 180 enfants
 - CMPP : 2 centres

- ITEP : 5 instituts pour 55 places
 - IME : 6 instituts pour 343 places
 - SESSAD : 7 services pour 183 places
 - IEM : 1 institut pour 35 places
- Les données d'équipement dans notre département à destination des personnes de 18 ans et plus :
- SAMSAH : 2 services pour 9 places
 - SAVS : 4 SAVS pour 274 places
 - ESAT : 4 établissements pour 662 places
 - Foyer de vie et Foyer d'hébergement :
 - 4 Foyer de vie : 89 places d'hébergement permanent + 2 places d'hébergement temporaire + 30 places d'AJ.
 - 4 Foyer d'hébergement : 186 places d'hébergement permanent + 1 place d'hébergement temporaire
 - FAM/EAM : 7 foyers pour 253 places
 - MAS : 6 maisons pour 288 places

FOCUS SUR LES PROJETS EN COURS :

- Une convention est en cours de signature pour la mise en œuvre de la RAPT (Réponse Accompagnée Pour Tous).
- Dispositif de territoire 100% inclusif porté par l'ARS et le Conseil Départemental des Hautes-Pyrénées.
- PACTE pour l'enfance

Un projet de SAMSAH de coordination pour adultes en situation de handicap psychique est en cours de mise en œuvre sur le département également.

b. Secteur « personnes âgées »

- 11 Pôles d'activités et de soins adaptés.
- 2 EHPAD font par ailleurs état d'un service identifié pour la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes.

FOCUS SUR LE PROJET EN COURS :

Le projet de construction qui se tiendra sur la commune de Horgues (Sud de Tarbes) devrait disposer de 7 lits pour les personnes handicapées vieillissantes et d'une unité de 7 lits géronto-psy. Il comprendra également 28 places «maladie d'Alzheimer & Parkinson » réparties entre 14 places unité spécifique ouverte, 13 places unité spécifique fermée et 1 place d'urgence.

7. Offre en établissements et services sociaux

Dans le cadre de l'hébergement de droit commun, le département dispose de 219 places au total dont 91 places d'urgences, 33 places de stabilisation et 95 places en CHRS.

Dans le cadre du logement adapté, le département fait état au global de 452 places (maisons relais/familles gouvernantes ; intermédiation locative ; résidence sociale, foyer jeunes travailleurs ; allocation logement temporaire ; mesures d'accompagnement vers et dans le logement).

478 places sont réservées aux demandeurs d'asile et 40 places aux réfugiés.

Ce taux d'équipement important tend à répondre à un besoin croissant sur le champ de l'urgence sociale ces dernières années. Cette capacité importante d'accueil de public à un impact réel sur l'accompagnement en santé mentale dans notre département.

Dans le cadre de son action sociale, le Conseil Départemental a également déployé des actions à destination des publics fragiles. Un schéma départemental « solid'action 65 » est mis en œuvre depuis 2017, il se décline en plusieurs plans à destination des enfants, personnes âgées, familles, personnes handicapées et personnes en situation de précarité.

II. Echanges avec les acteurs du territoire – Identification des freins et leviers nécessaires à une meilleure prise en charge en santé mentale

1. Les freins identifiés dans l'accès aux soins et à diagnostic rapide

Les problématiques sont diverses, elles concernent l'accessibilité géographique nécessairement impactante dans un département de hautes montagnes (a), la question de la démographie médicale (b), le déficit d'interconnaissance des acteurs du département (c) et enfin la question récurrente de la stigmatisation des personnes atteintes de troubles de la santé mentale (d).

a) Une problématique d'accessibilité géographique

Le territoire des Hautes-Pyrénées est pour moitié couvert par les Pyrénées. Bien que la population soit par voie de conséquence majoritairement concentrée au nord du département et autour des grandes agglomérations, la couverture des vallées reste une problématique récurrente sur le plan sanitaire. Les délais de route peuvent ainsi être conséquents.

De façon programmatique, des services d'urgences somatiques sont installés à l'entrée des vallées (Lourdes, Lannemezan et Bagnères) mais, d'une part, cela ne permet pas toujours d'être dans un délai inférieur à 30 minutes et d'autre part, les urgences psychiatriques ne sont, elles, localisées qu'au centre départemental du SAMU à Tarbes.

Ce contexte montagneux influe également sur l'implantation des cabinets libéraux qui sont en grande partie recentrés autour de la commune de Tarbes, et de façon plus marquée encore pour les spécialistes.

b) Une problématique de démographie médicale

La problématique de la démographie médicale dans les Hautes-Pyrénées est en cohérence avec la situation nationale et de façon plus marquée encore dans les départements ruraux.

La densité de médecins généralistes diminue chaque année, pour exemple, le nombre de libéraux actifs toute l'année était de 252 en 2014, il est de 207 en 2019. La courbe tend par ailleurs à démontrer que cette diminution, si elle est assez partagée par tous les départements, est plus marquée dans les Hautes-Pyrénées qu'à l'échelle nationale. Parallèlement, le recours aux soins ainsi que la consommation de médicaments (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques) sont supérieurs à la moyenne régionale, ce qui tend encore plus le premier recours. Cela impacte considérablement la santé mentale, le médecin traitant étant le premier recours médical de la population et par conséquent le premier adresseur vers d'autres types de prise en charge et notamment des spécialistes.

A cet égard, outre la démographie médicale des médecins généralistes, la densité de spécialistes est également source d'inquiétudes. Ainsi, en 2016, le département comptait seulement 17 psychiatres pour 100 000 habitants, alors même que la moyenne régionale est

à 22,4 pour 100 000 habitants. Cette dégradation de l'offre médicale se double d'une faible densité de psychologues libéraux (17,5 pour 100 000 habitants contre 34,8/100 000 à l'échelle régionale).

Ce constat, évoqué à de nombreuses reprises par les acteurs du PTSM, est une difficulté majeure dans l'élaboration du PTSM car la faible densité des acteurs de la santé mentale ici mise en évidence avec trois professions est bien plus large et touche également notamment les pédopsychiatres, les infirmiers (*a fortiori* affectés en psychiatrie) mais aussi les soins somatiques (dentistes, orthophonistes...) pourtant essentiels pour la prise en charge globale de la personne.

c) Une problématique de formation, d'information et d'interconnaissance des acteurs de 1^{er} niveau (sanitaire, social, médico-social, associatif...)

La réunion de tous les acteurs dans le cadre du diagnostic a permis de mettre en lumière le manque de connaissance du réseau et des acteurs de « l'entre-deux ». Cette thématique de l'interconnaissance du maillage territorial est revenue durant l'intégralité des échanges. Cette nécessité de mieux identifier et personnifier les acteurs de chaque structure ainsi que les modalités de prise en charge de chacun pourrait permettre, à terme, de fluidifier les rapports entre les acteurs et ainsi accélérer la prise en charge d'une personne présentant des troubles de la santé mentale. L'adressage en serait ainsi facilité et plus opérationnel.

Outre l'interconnaissance des acteurs, il apparaît également que le manque de formations des acteurs du 1^{er} niveau pose une difficulté dans la prise en charge précoce des patients. En effet, ces formations permettraient d'anticiper la crise et de reconnaître les signes avant-coureurs facilitant ainsi le recours à un diagnostic dans des délais moins importants. De même, cela aidera à maîtriser la conduite à tenir face à l'urgence, dans l'attente d'une prise en charge ou d'un diagnostic plus précis. Cela faciliterait également les liens entre les structures et par voie de conséquence le recours consenti aux soins.

Le diagnostic qualitatif réalisé par les acteurs de terrain a également fait émerger la différence de culture entre les soins somatiques et psychiatriques et à cet égard, les difficultés de prise en charge croisées et les erreurs de prise en charge pouvant émerger du fait d'un manque de connaissance et de culture croisée. Les acteurs du PTSM ont régulièrement pris comme exemple la problématique de méconnaissance des effets

secondaires d'un médicament administré post hospitalisation en structure sociale ou médico-sociale.

Un meilleur accès à la formation pourrait contribuer à faciliter ces liens et ainsi faciliter le recours consenti aux soins.

d) La problématique de la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux pouvant freiner le recours aux soins

La notion de stigmatisation est régulièrement revenue dans les échanges. Deux axes majeurs ont été particulièrement évoqués et remontés comme des freins clairement identifiés.

Dans un premier temps c'est l'absence de neutralité des services d'accueil en psychiatrie qui peut entraîner un blocage de la part des personnes nécessitant une prise en charge et ainsi entraîner un refus de soins. Ce constat émane notamment des acteurs du secteur social qui identifient régulièrement ce blocage dans leurs accompagnements individuels. Ainsi, malgré un diagnostic clair, la crainte de se voir stigmatiser comme une personne « démente » fait reculer de nombreuses personnes. A cet égard, il y a impérieuse nécessité à déstigmatiser ces lieux d'accueil et/ou de les fonder de façon plus importante dans la société. Ces lieux neutres au cœur de la cité permettront de rassurer et de déstigmatiser les personnes qui s'y rendent.

Dans un second temps c'est la problématique de la stigmatisation dans le monde du travail qui doit être abordée. En effet, la reprise d'une activité professionnelle et la stabilité qui en découle est bien souvent un axe de la réinsertion des personnes présentant des troubles de la santé mentale. Pour autant, le diagnostic a fait remonter des points de blocage important qu'il faut aborder à l'occasion de cette campagne de déstigmatisation.

De façon plus large, les acteurs du PTSM sont revenus sur la nécessaire formation et l'éducation du grand public à la santé mentale notamment via des grandes actions de communication. Il convient de proposer des actions permettant de familiariser et rassurer la population générale pour améliorer l'acceptabilité de la population générale et par ruissellement naturel le recours aux soins des personnes en souffrance.

2. Les freins identifiés dans la coordination de la prise en charge globale de la personne

Les problématiques identifiées dans cette partie sont le fruit des réflexions menées lors des différents groupes de travail, auxquels les acteurs ont participé en nombre.

Ici seront abordées trois freins évalués comme les plus prégnants sur le territoire des Hautes-Pyrénées concernant la question de la coordination des professionnels.

D'abord, la coordination des structures de prise en charge au moment des transferts, qui questionne à la fois la pluralité des établissements Hauts-Pyrénéens et les difficultés liées au travail en réseaux (a). Ensuite sera développé l'accompagnement au retour à domicile où les enjeux de la réhabilitation psycho-sociale se font sentir (b). Et enfin, la couverture du besoin dans les établissements médico-sociaux et sociaux sera examinée au travers du prisme du besoin d'un appui sanitaire des professionnels de ce secteur (c).

a) La problématique de la coordination des structures de prise en charge notamment lors des transferts

La coordination des structures de prise en charge a été plusieurs fois discutée par les acteurs et ils ont notamment identifié trois situations au cours desquelles le travail en réseau semble manquer.

En premier lieu, l'importance de l'anticipation des transferts entre les structures a été soulignée afin d'assurer les meilleures conditions possibles pour les usagers. Or, il peut arriver que certaines sorties ne fassent pas l'objet d'une préparation suffisante avec la structure d'accueil et que les conditions de retour des usagers ne soient pas optimales : c'est le cas notamment des sorties en week-end.

D'ailleurs, le retour vers la structure d'accueil initiale après une prise en charge sanitaire a fait l'objet d'un second point de discussion majeur. Ce retour est parfois compliqué pour les professionnels qui évoquent un besoin d'informations et d'échanges sur la prise en charge sanitaire. Pour autant, ces échanges d'informations ne sont pas toujours accessibles facilement et voire rendus même impossibles dans certains cas par le secret médical notamment. De leurs côtés, les usagers peuvent être alors dans une désadaptation de leur

prise en charge entraînant un temps de présence dans l'établissement rallongé et inadéquat. Ce parcours manquant de pertinence favorise l'engorgement des services qui renforce à son tour les inadéquations de prise en charge.

Pour les acteurs, la communication inter-structures doit même aller au-delà de la situation de transfert et devrait idéalement perdurer dans les jours suivants le retour de l'utilisateur pour en faciliter le suivi sanitaire et l'acceptabilité du traitement.

b) La problématique de l'accompagnement du retour à domicile

Les enjeux du retour au domicile pour les usagers sont majeurs. La question de leur autonomie et de leur *empowerment* est centrale pour les professionnels qui ont fait ces constats.

L'observance du traitement par le patient est souvent rendue compliquée par son retour au domicile. Cette constatation, partagée par tous les acteurs, est accentuée par l'absence de reconnaissance réglementaire et de financement d'un temps d'infirmier au domicile qui permettrait des échanges avec les patients atteints de trouble mental, nécessitant un accompagnement renforcé. Ceci constitue un véritable frein à une prise en charge optimale au domicile.

La mise en place de référents de parcours représenterait, quant à elle, un levier intéressant pour les personnes relevant de ce type de suivi. Il s'agirait, entre autres, de suivre et coordonner les prises en charge, s'assurer du respect des rendez-vous et des échéances afin de favoriser un parcours de santé et de vie sans rupture(s) pour les usagers.

Dans cette même perspective, il serait pertinent de renforcer les liens entre les structures d'accueil de personnes souffrant de troubles psychiques et les associations qui interviennent au domicile et qui peuvent contribuer à un retour et à un vécu du domicile plus serein et pérenne.

Enfin, l'environnement de vie des personnes a également été évoqué comme facteur influençant le maintien au domicile des usagers dans les meilleures conditions possibles. Cet élément fait écho à la partie 4 de ce document et notamment au point relatif à l'adéquation de l'environnement de la personne.

c) La problématique de la couverture du besoin dans les établissements médico-sociaux et sociaux (ESMS)

Les professionnels exerçant dans les établissements médico-sociaux et sociaux (ESMS) peuvent être confrontés à la survenue d'une crise chez les personnes accueillies. Bien souvent, l'absence de ressource en interne et de relais en structure sanitaire faute de place met ces professionnels en difficulté lorsqu'ils pressentent une crise et ne sont pas outillés pour la désamorcer ou lorsque la crise survient sans qu'il y ait eu d'éléments précurseurs et/ou de moyens de les identifier.

La problématique repérée ici relève davantage d'un manque d'appui et de formation des professionnels des ESMS pour limiter le recours aux structures sanitaires et adapter leurs comportements que de possibilités de transferts, souvent sources de stress et d'accentuation de la crise pour les usagers.

3. Les freins liés à l'environnement, l'entourage et la bonne connaissance du droit des patients

Outre les freins liés à la prise en charge de la personne en structure notamment, les groupes de réflexion ont très souvent évoqués des freins liés à la vie courante. En cela, trois éléments ont été mis en lumière, la nécessaire maîtrise du droit des patients (a), l'accompagnement des aidants (b), l'amélioration et l'adéquation de l'environnement de la personne (c).

a) La nécessité d'une bonne maîtrise du droit des patients

Les enjeux de *l'empowerment* ont déjà été évoqués lors de la question du retour au domicile pour les personnes souffrant de troubles psychiques et cette notion a été développée par les acteurs dans cette 4^{ème} partie.

Ainsi, la lisibilité de l'offre en santé mentale (soins, accompagnement social et associatif) dans le département, aussi bien pour les usagers que pour les professionnels, demanderait à être éclaircie et simplifiée en termes de communication et de lieux ressources. Effectivement, en l'état actuel, la pluralité des structures, des dispositifs, aussi positive soit-elle, ne facilite pas leur accessibilité et le maillage territorial.

Par ailleurs, l'offre en éducation thérapeutique dans le champ de la santé mentale n'est pas assez développée sur le département alors même qu'elle contribuerait à la réhabilitation psychosociale des personnes et constituerait un facteur favorisant une meilleure connaissance et compréhension des droits des patients par les usagers.

b) La problématique d'un meilleur accompagnement des aidants

L'importance de la place des aidants dans les parcours de soins est aujourd'hui reconnue par les professionnels, tout champs confondus. C'est donc naturellement qu'une attention particulière a été portée à leur rôle, leur implication mais aussi à leurs besoins lors des groupes de travail.

Les aidants sont bien souvent aux côtés de leur proche souffrant tout au long de leur parcours de soins et de vie mais leur engagement et leur reconnaissance comme personne ressource ne va pas toujours de soi, pour eux comme pour les professionnels. Plusieurs raisons à cela ont été soulignées :

- Un besoin de formation/sensibilisation des aidants pour un accompagnement adéquat de leur proche afin de favoriser leur capacité à désamorcer des situations de crise pouvant entraîner un recours évitable aux services de soins.
- Un questionnement fondamental sur la place des aidants dans le processus thérapeutique : jusqu'où peut-on aller sans porter atteinte au secret médical et à la liberté des personnes soignées ? De ce doute peut résulter un manque d'intégration des aidants dans le processus de préparation de la sortie d'établissement des patients, ne facilitant pas un retour au domicile ou un transfert dans des conditions optimales et pérennes.
- Leur endurance dans l'accompagnement : toute la complexité du rôle d'aidant, de leur propre santé mentale pose la problématique du soutien aux aidants avec par exemple le développement des associations d'aidants, des GEM, et l'accès à des périodes de répit.

c) La problématique de l'adéquation de l'environnement de la personne

La santé mentale, dans sa dimension globale, est en interconnexion avec l'environnement de vie des personnes. Or cet aspect est bien souvent peu pris en compte et intégré dans le processus d'accompagnement : effectivement cette dimension est parfois méconnue, sous-évaluée, ou perçue comme trop éloignée du soin pour pouvoir agir dessus. C'est tout l'enjeu du développement d'une coordination entre les professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et ceux des secteurs de l'habitat, de l'environnement et des élus.

D'ailleurs, les acteurs ont souligné la nécessité d'évaluer les capacités de la personne à évoluer dans son environnement quotidien lors d'un retour de prise en charge, en lien notamment avec les travailleurs sociaux. Ainsi, prendre en compte les problématiques de santé mentale dans l'aménagement du cadre de vie de la personne permettrait de favoriser le maintien à domicile des personnes et leur inclusion dans la cité.

Il en va de même avec la question délicate de l'information du voisinage, qui ne doit pas se faire au détriment de la vie privée de la personne mais qui pourrait aussi agir comme un levier.

Enfin, développer une coordination entre les différents acteurs agirait favorablement dans la situation particulière des personnes atteintes du syndrome de Diogène, rencontrée fréquemment dans le département. Les travaux menés lors des groupes de travail sur ce sujet ont relevé plusieurs manques :

- D'accompagnement des services pour apporter une expertise face à la situation
- De solution d'hébergement adéquat pendant le nettoyage du logement

4. Les freins identifiés dans la prise en charge de certains publics spécifiques

Bien que la décision ait été prise par les acteurs du PTSM de ne pas rédiger d'axes populationnels, le diagnostic a laissé émerger des problématiques propres à des populations cibles telles que le couple mère-enfant (a), les enfants (b), les détenus (c) ou encore les personnes en grande précarité (d). Il paraissait important de retranscrire les points d'alerte

identifiés dans le cadre de ce diagnostic alors même que les réponses sont apportées dans le PTSM de façon plus globalisée.

a) Le couple mère-enfant

Le diagnostic et les échanges avec les groupes de travail ont permis d'identifier la problématique du couple mère-enfant. Les modalités de prise en charge et la stigmatisation déjà évoquée font craindre aux futures mères que la prise en charge psychiatrique (surtout en hospitalisation complète) conduise à un retrait de la garde de l'enfant.

A cet égard, un travail en concertation avec tous les acteurs concernés doit être réalisé pour limiter ces situations et réfléchir à des modèles de prise en charge rassurante pour la mère et structurante pour le futur enfant à naître ou le très jeune enfant.

b) Les enfants

Si le constat de la désertification médicale a déjà été évoqué comme un frein très important à la prise en charge rapide et proportionnée des personnes le nécessitant, cet état de fait est encore plus évident lorsqu'il s'agit des enfants.

En effet, le taux d'équipement à destination des enfants est faible et tend à s'affaiblir encore sur le territoire avec la fermeture d'un Centre Médico-Psychologique au nord du département (4 Centres médico-psychologiques dans les Hautes-Pyrénées à l'heure actuelle). Ce faible taux de couverture est directement lié à la très faible densité de pédopsychiatre (5 ETP pour un effectif cible supérieur à 7 en établissement de santé).

Cela induit en conséquence directe, l'engorgement des structures et l'allongement du délai de prise en charge. A cela les acteurs ont souhaité mettre en lumière la complexification du repérage précoce alors même qu'il s'agit de l'une des clés d'une prise en charge réussie. A cet égard, les liens entre l'éducation nationale et les structures de prise en charge doivent être renforcés pour contribuer à fluidifier le parcours de l'enfant ainsi qu'à s'assurer du repérage le plus précoce possible.

Les acteurs du PTSM ont souhaité mettre en évidence également la question de l'âge charnière et de la bascule vers l'âge adulte qui est revenue à de nombreuses reprises comme un point de tension et/ou de rupture. L'âge légal du passage à l'âge adulte n'est pas toujours

le reflet de la situation et un jeune de 18 ans peut se retrouver en grande difficulté dans un secteur adulte allant même parfois jusqu'à renforcer son trouble. Le diagnostic a ainsi mis en lumière la nécessité de flouter la frontière purement théorique de l'âge et d'accompagner les jeunes en fonction de leur évolution propre. Cela nécessite l'instauration de moyens de prise en charge couvrant cette période de l'âge charnière.

c) Les détenus

Parmi les populations à identifier particulièrement, les acteurs du PTSM ont souhaité réaliser un focus sur les détenus à deux titres. Tout d'abord, la difficulté pour concilier droit des patients et sécurité ne permet pas toujours une prise en charge complète du patient/détenu, les conditions d'accueil en établissement psychiatrique et le transport ne garantissant pas systématiquement la sécurité du personnel. Il convient donc de mener une réflexion sur la coordination et l'articulation entre les acteurs pour faciliter la prise en charge et leur offrir un accès aux soins en adéquation avec le besoin et non pas avec le statut de détenus.

Par ailleurs la sortie de détention est également un temps charnière de cette prise en charge. En effet, les acteurs constatent qu'il est fréquent que la fin de détention corresponde à l'interruption du traitement. Pour limiter ces ruptures de soins, les liens entre administrations pénitentiaires et structures sanitaires doivent être renforcés et les sorties de détention doivent être organisées également sur le volet sanitaire pour assurer un suivi du traitement. La notion de case manager est également revenue régulièrement pour faciliter l'accompagnement de la personne et le respect du traitement et des rendez-vous de suivi.

d) Les personnes en grande précarité

Les nombreux acteurs représentant le secteur de la prévention et du social, ont souhaité mettre en avant dans plusieurs groupes la difficulté pour capter et garder les personnes en situation de grande précarité dans un processus de soins pour plusieurs raisons. La première, majeure, étant les délais trop importants entre les rendez-vous médicaux. Si cela fait écho aux difficultés relatives à la démographie médicale, ils évoquent parmi les pistes d'action, la nécessité de créer des liens étroits entre les acteurs du champ de la santé mentale et les travailleurs sociaux pour trouver des dispositifs de rendez-vous facilitants pour les publics en

grande précarité, par définition éloignés du soin. En ce sens, raccourcir les délais de rendez-vous pourraient permettre une meilleure adhésion aux soins et à une prise en charge sur le long court.

Par ailleurs, outre les délais importants de rendez-vous, les situations administratives des personnes ne sont pas toujours à jour ce qui conduit à des blocages administratifs souvent démobilisant pour ces publics ou pour les accompagnants.

Conclusion du diagnostic

Le diagnostic quantitatif était finalement plutôt favorable au département mais le diagnostic qualitatif a permis d'identifier de nombreuses pistes d'amélioration avec des sujets récurrents dans tous les groupes de travail. Si certaines difficultés ont trouvé un écho dans les fiches actions, d'autres n'ont pas pu être intégrées, volontairement, car nous ne disposons pas, localement, de leviers pour agir (*ex : la démographie médicale*).

A la suite de la phase de diagnostic, et avant de réfléchir collectivement sur les axes et les actions à déployer, le CTS sous-commission santé mentale a souhaité apporter un premier cadrage en favorisant une approche thématique et non populationnelle dans ce premier PTSM.

La période entre le diagnostic et l'identification des actions à mener correspond exactement au début de la crise COVID. De fait, il n'y a donc pas dans ce diagnostic d'évocation directe du COVID comme un élément structurel des difficultés du département. Cependant, le porteur du PTSM a souhaité intégrer dans le cadre des fiches actions une dimension liée à l'impact de la crise COVID (cf. fiche 9).

Les fiches actions présentées sont issues des considérations évoquées plus haut. Pour autant, l'objectif premier de ce plan d'action est bien de réussir à engager une action concrète autour des thématiques évoquées. Il ne peut répondre à l'ensemble des difficultés mais il tend à proposer des solutions et des actions dont le bilan permettra d'envisager ensuite de nouvelles approches et de nouvelles mesures.

Partie 3 : Synthèse des pistes de travail

La synthèse des pistes de travail issues du diagnostic quantitatif et qualitatif présentée ici a été construite par priorités du décret et sur la base des productions des groupes de travail qui ont amendé cette analyse.

a. Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

Ici, trois axes ont fait l'objet d'une réflexion sur les leviers principaux :

- Formation/informations des professionnels
- Maillage et coordination
- Accompagnement des aidants

b. Coordination et cohérence du parcours de santé et de vie favorisant l'inclusion et la réinsertion sociale.

Les acteurs ont retenu quatre axes qui ont fait l'objet d'une réflexion sur les leviers principaux identifiés :

- Problématiques liées aux populations spécifiques
- Anticipation des sorties et des entrées
- Prise en charge adaptée à tous les âges
- Moyens pour l'inclusion – relais et particularités du public

c. L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

Quatre axes ont ici fait l'objet d'une réflexion sur les leviers principaux identifiés par les partenaires :

- Problématique du secret partagé/coordination
- Formations/informations
- Problématique de l'accompagnement/relais
- Moyens pour l'inclusion – relais et particularités du public

d. La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

Trois axes ont fait l'objet d'une réflexion sur les leviers principaux identifiés par les partenaires :

- Problématique de la formation et de l'information
- Problématique d'accompagnement et de relai
- Problématique de la coordination de la prise en charge

e. Le respect et la prévention des droits des personnes présentant des troubles psychiques

Quatre axes ont fait l'objet d'une réflexion sur les leviers principaux identifiés par les partenaires :

- Problématique du développement de l'éducation thérapeutique
- Problématique liée à la stigmatisation de la santé mentale
- Problématique liée à la représentation du patient, de l'aidant, des professionnels
- Problématique de la souffrance des aidants

f. L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale

Trois axes ont fait l'objet d'une réflexion sur les leviers principaux identifiés par les partenaires :

- Problématique de l'identification de relais
- Problématique liée à la nécessaire prévention du public par rapport à la santé mentale
- Problématique de l'évaluation et de l'orientation

Partie 4 : Sommaire des Fiches-Action par axe

Axe 1 : Construire un partenariat efficient par la coordination et le travail en réseau autour du parcours de santé et de vie

Fiche n°1 : Améliorer la lisibilité de l'offre en santé mentale

- 1.1 Créer un répertoire départemental des ressources mobilisables à destination des professionnels
- 1.2 Améliorer l'information des usagers et du grand public sur les dispositifs d'accompagnements existants

Fiche n°2 : Accompagner le déploiement des Conseil locaux de santé mentale

- 1.1 Etudier la faisabilité du déploiement de CLSM sur le territoire
- 1.2 Mettre en place un/des CLSM dans le département

Fiche n°3 : Développer une culture commune à tous les acteurs et faciliter le repérage précoce

- 1.1 Favoriser les formations croisées accessibles aux acteurs du territoire
- 1.2 Mettre en place des événements thématiques permettant des lieux de rencontre entre professionnels

Fiche n°4 : Favoriser le travail en réseau pour éviter les ruptures

- 1.1 Optimiser la formalisation des courriers de liaison
- 1.2 Promouvoir l'approche multi-institutionnelle en santé mentale
- 1.3 Mettre en place un dispositif spécifique facilitant l'accès du médecin traitant à un avis psychiatrique dans un délai approprié
- 1.4 Instaurer un dispositif de consultations en soins somatiques dédiées aux personnes en situation de handicap psychique et améliorer leurs conditions d'hospitalisation somatiques
- 1.5 Favoriser l'installation de consultations avancées dans les MSP

Axe 2 : Former, prévenir, repérer, éduquer/accompagner

Fiche n°5 : Favoriser la compréhension et la déstigmatisation à destination du grand public

- 5.1 Développer la communication grand public sur la santé mentale et la souffrance psychique
- 5.2 Favoriser la mise en œuvre de pratiques innovantes
- 5.3 Encourager les dispositifs visant l'inclusion des personnes dans la cité

Fiche n°6 : Promouvoir l'Éducation Thérapeutique

- 6.1 Accompagner les professionnels dans la mise en place de programmes ETP

Fiche n°7 : Identifier et prendre en compte les déterminants sociaux et environnementaux

- 1.1 Accompagner les publics identifiés comme fragiles

- 1.2 Développer les compétences psychosociales des enfants et accompagner les parents pour prévenir les troubles et prises de risque
- 1.3 Mener une action en faveur des personnes présentant le syndrome de Diogène

Axe 3 : Construire une stratégie pour une prise en charge globale face aux situations complexes et prévenir la crise et l'urgence

Fiche n°8 : Améliorer la réponse apportée aux situations complexes

- 1.1 Soutenir la prise de décision multi-partenariale en un espace donné
- 1.2 Assurer le suivi des décisions prises en commission

Fiche n°9 : Prévenir la crise et gérer l'urgence

- 9.1 Développer les réponses dès les premiers signaux faibles d'alerte
- 9.2 Prévenir le suicide et les récurrences
- 9.3 Privilégier le « aller vers » et l'accès aux soins de prévention

Fiche n°10 : Les périodes charnières

- 10.1 Lisser la prise en charge à la rupture de la majorité
- 10.2 Améliorer les réponses en ESMS aux besoins des personnes handicapées psychiques vieillissantes

AXE I

**Construire un partenariat
efficace par la coordination
et le travail en réseau
autour du parcours de santé
et de vie**

Fiche n°1. Améliorer la lisibilité de l'offre en santé mentale

Pilote

- PTA

Objectifs stratégiques

- Fluidifier les parcours en santé mentale et éviter les ruptures en améliorant la visibilité, pour les professionnels

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Opérateurs</i>	<i>Echéances</i>
1.1 Créer un répertoire départemental des ressources mobilisables à destination des professionnels	<ul style="list-style-type: none">- Recenser les annuaires existants- Construire un référentiel unique de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale en santé mentale disponible sur le territoire- Assurer l'actualisation des données	PTA (Resapy, MAIA)	2021-2022 : recensement de l'existant (outils, acteurs et ressources) 2023 : déploiement de l'outil
1.2 Améliorer l'information des usagers et du grand public sur les dispositifs d'accompagnements existants	<ul style="list-style-type: none">- Créer un outil de communication (dépliant, plateforme internet...) et en assurer la diffusion- Mettre à disposition des lieux existants l'annuaire des ressources	PTA (Resapy, MAIA)	2021-2022 : recensement de l'existant (outils, acteurs et ressources) 2023-2024 : déploiement de l'outil et communication sur le site internet

Indicateurs :

- Indicateur sur la mobilisation des acteurs : pourcentage de ressources répertoriées, fréquence d'actualisation des ressources, fréquentation (1.1)
- Taux de satisfaction des utilisateurs du répertoire (1.2)

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux :

-Feuille de route Santé mentale et Psychiatrie : Action n°17 sur la poursuite de l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles, ainsi que le développement de l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs concernés

AXE I

**Construire un partenariat
efficace par la coordination
et le travail en réseau
autour du parcours de santé
et de vie**

Fiche n° 2. Accompagner le déploiement de Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM)

Pilotes

- ARS DD65
- Coordinateur(s) du/des CLSM

Objectifs stratégiques

- Améliorer la transversalité des parcours de soins par l'implication de l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux d'un territoire
- Créer un/des espace(s) de concertation, de coordination et de codécision d'un territoire défini par une approche locale et participative de la prévention, du parcours de soins et d'accompagnement.

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Opérateurs</i>	<i>Echéances</i>
2.1 Etudier la faisabilité du déploiement de CLSM sur le territoire	<ul style="list-style-type: none">- Créer un groupe de travail et en définir les missions et objectifs- Présenter la démarche CLSM aux interlocuteurs indispensables : élus, professionnels de la psychiatrie, usagers...- Etudier les voies de financement du projet	ARS DD65 IREPS 65 (<i>méthodologie de projet</i>)	2021 : groupe de travail (missions, financements possibles, implication des élus locaux) 2022 : phase de sensibilisation des élus locaux
2.2 Mettre en place un/des CLSM dans le département	<ul style="list-style-type: none">- Constituer un comité de pilotage- S'assurer de la représentativité des membres- Recruter un/des coordinateurs- Rédiger les conventions d'institution du/des CLSM- Formaliser les plans d'actions du/des CLSM	Structure/institution recrutant le coordinateur du/des CLSM	2023-2025

Indicateurs :

- Taux de participation des élus locaux ou de leurs représentants aux travaux (notamment préparatoires) (2.1)
- Nombre de réunions du groupe de travail (2.1)
- Nombre de présentations de sensibilisation aux interlocuteurs OU nombre de partenaires possibles présents aux réunions de présentation du projet (2.1)
- Nombre de manifestations d'intention de mise en place voire de création de CLSM sur le territoire (2.2)
- Indicateurs de suivi des plans d'actions du/des CLSM du département (2.2)

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux :

- PRAPS : priorités 2.3 et 3.2 (coordination des dispositifs, des structures et des acteurs)
- Feuille de route Santé mentale et Psychiatrie : Action 8 mettre en place des parcours en santé mentale fondés sur une articulation territoriale entre les secteurs sanitaire, social et médico-

AXE I

Construire un partenariat efficient par la coordination et le travail en réseau autour du parcours de santé et de vie

Fiche n°3. Développer une culture commune à tous les acteurs et faciliter le repérage précoce

Pilotes

- CTS sous-commission Santé Mentale
- CLSM

Objectifs stratégiques

- Améliorer le parcours de santé et de vie des personnes en renforçant les compétences des professionnels œuvrant dans le champ de la santé mentale et en favorisant l'interconnaissance des acteurs
- Renforcer le réseau départemental de professionnels *de tous champs* pour soutenir la coordination des accompagnements.

Objectifs spécifiques	Objectifs opérationnels	Opérateurs	Echéances
3.1 Favoriser les formations croisées accessibles aux acteurs du territoire	<ul style="list-style-type: none">- Recenser et identifier les besoins en formation- Recenser et identifier les formations existantes- Identifier des organisateurs de formations par structure pour en faciliter l'organisation	DDARS CLSM IREPS PTA	2023
3.2 Mettre en place des événements thématiques permettant des lieux de rencontre entre professionnels	<ul style="list-style-type: none">- Créer un comité de pilotage et en définir les missions et objectifs	DDARS IREPS CLSM UNAFAM	2022 (récurrence annuelle)

Indicateurs :

- Nombre de formations/sensibilisations recensées (3.1)
- Taux de participation aux formations (3.1)
- Taux de satisfaction des personnes formées (3.1)
- Nombre d'événements thématiques organisés (3.2)
- Taux de participation aux événements thématiques professionnels (3.2)

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux :

-Feuille de route Santé mentale et Psychiatrie : Action n°17 sur la poursuite l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles, ainsi que le développement de l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs concernés

AXE I

**Construire un partenariat
efficace par la coordination et
le travail en réseau autour du
parcours de santé et de vie**

**Fiche n°4. Favoriser le travail en réseau pour éviter les
ruptures**
Pilotes

- CH de Lannemezan
- PTA

Objectifs stratégiques

- Optimiser l'accompagnement et éviter les ruptures de parcours grâce à une prise en charge concertée et efficace des usagers du parcours santé mentale.
- Améliorer les interactions entre acteurs en formalisant des modalités de coopération et de coordination opérationnelles.

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Opérateurs</i>	<i>Echéances</i>
4.1 Optimiser la formalisation des courriers de liaison	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un groupe de travail pour cibler les informations spécifiques à transmettre : <ul style="list-style-type: none"> • Etablissements de santé • Médecine de ville • Etablissements médico-sociaux - Développer l'usage de la messagerie sécurisée Médimail - Accompagner le déploiement de SPICO 	CH de Lannemezan GHT	2022 : Groupe de travail 2023-2025 : utilisation des outils de partage d'informations
4.2 Promouvoir l'approche multi-institutionnelle en santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un groupe de travail - Recenser les professionnels formés à la gestion de cas dans le département ainsi que les structures utilisant cette méthode - Identifier les besoins sur le territoire 	PTA (en lien avec les structures sanitaires du département et la MAIA)	2022 : Groupe de travail 2024 : Etude des besoins en formation 2023-2025 : utilisation des outils de partage d'informations
4.3 Mettre en place un dispositif spécifique facilitant l'accès du médecin traitant à un avis psychiatrique dans un délai approprié	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer le besoin des médecins traitants - Recueillir le retour d'expérience d'autres départements - Interroger le secteur psychiatrique sur la faisabilité d'un tel dispositif - Définir une charte de 	CH de Lannemezan URPS Médecin / CDOM ADAPEI 65	2022 : Evaluation du besoin

	<p>fonctionnement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envisager les solutions de télé-expertise - Planifier une période d'expérimentation - Communiquer sur le dispositif auprès du premier recours - Evaluer le dispositif 		
<p>4.4 Instaurer un dispositif de consultations en soins somatiques dédiées aux personnes en situation de handicap psychique et améliorer leurs conditions d'hospitalisation somatiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Déployer l'AAP consultations dédiées - Développer le référent handicap dans les structures sanitaires (HAS) 	<p>DDARS GHT</p>	<p>2021 – 2022</p>
<p>4.5 Favoriser l'installation de consultations avancées dans les MSP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser le nombre de MSP accueillant des antennes de CMP - Promouvoir les téléconsultations - Recenser le nombre de MSP accueillant des microstructures 	<p>DDARS CH de Lannemezan</p>	<p>2021-2022</p>

Indicateurs :

- Mise en place du groupe de travail sur les courriers de liaison (4.1)
- Taux d'utilisation de la messagerie Médimail (4.2)
- Nombre de réunions de mise en œuvre du dispositif médecin traitant-psychiatre (4.3)
- Taux de satisfaction de l'ensemble des professionnels de santé sur le dispositif (4.3)
- Nombre de consultations réalisées par les professionnels référencés (4.4)
- Nombre de MSP proposant des consultations CMP (4.5)
- Nombre de MSP accueillant des microstructures

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux :

-PRS OCCITANIE 2022 :

Parcours santé mentale PS 2.1 Accentuer la collaboration entre les médecins généralistes et les équipes spécialisées de la psychiatrie ;

Parcours personnes en situation de handicap PS 2.1 Déployer des dispositifs et des outils facilitant l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ;

Formation et accompagnement des professionnels dans leur exercice PS 2.1 Promouvoir le case management

-Feuille de route Santé mentale et Psychiatrie : Actions n°11, 14 et 15 pour mieux prendre en charge la santé somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques

AXE II

**Former, prévenir, repérer
éduquer/accompagner**

Fiche n°5. Favoriser la compréhension et la déstigmatisation à destination du grand public

Pilote

- UNAFAM

Objectifs stratégiques

- Améliorer la qualité de vie et faciliter le parcours de soins des personnes souffrant de maladies psychiques
- Favoriser la prise en compte de la dimension psychique dans l'appréciation de la santé globale par les professionnels du parcours de santé et par la population générale

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Opérateurs</i>	<i>Echéances</i>
5.1 Développer la communication grand public sur la santé mentale et la souffrance psychique	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir les Semaines d'Information en Santé Mentale (SISM) - Encourager les initiatives locales 	Vigie initiatives pour le compte du CTS: IREPS/UNAFAM	Annuel à partir de 2022
5.2 Favoriser la mise en œuvre de pratiques innovantes	<ul style="list-style-type: none"> - Constituer un groupe de travail - Référencer les actions innovantes portées par les acteurs - Identifier les actions menées ailleurs (retours d'expérience) - Evaluer la faisabilité de la mise en place d'actions - Proposer au CTS et DD 65 ARS des projets dans le cadre d'AAP 	CTS	2023-2024
5.3 Encourager les dispositifs visant l'inclusion des personnes dans la cité	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir les GEM : <ul style="list-style-type: none"> o Actions de déstigmatisation o Créations de GEM - Promouvoir l'habitat inclusif 	GEM UDAF DDARS 65 ADAPEI 65 DDCSPP	Bilan annuel à partir de 2022

Indicateurs :

- Nombre de partenaires/acteurs participants à la SISM/an (5.1)
- Nombre d'actions mises en place par an dans le cadre de la SISM (5.1)
- Nombre de réunions annuelles du groupe de travail sur les pratiques innovantes (5.2)
- Nombre d'actions avec participation du/des GEM (5.3)
- Nombre de GEM répertoriés dans le département (5.3)
- Nombre de structures d'habitat inclusif répertoriées (5.3)

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux :

-PRS OCCITANIE 2022 :

Parcours personnes en situation de handicap PS 3.2
Promouvoir l'habitat inclusif ;
Parcours santé des couples, des mères, des enfants et des jeunes PS 5.1 Développer les compétences des enfants et accompagner les parents pour prévenir les troubles et prises de risque

AXE II

**Former, prévenir, repérer
éduquer/accompagner**

Fiche n°6. Promouvoir l'Éducation Thérapeutique

Pilotes

- DDARS
- CH de LANNEMEZAN

Objectifs stratégiques

- Soutenir la réhabilitation psychosociale des personnes souffrants de pathologies psychiatriques en leur permettant, ainsi qu'à leurs proches, d'adopter une démarche proactive face à la maladie et de limiter les ruptures en favorisant l'alliance thérapeutique

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Opérateurs</i>	<i>Echéances</i>
6.1 Accompagner les professionnels dans la mise en place de programmes ETP	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser les initiatives / programmes existants sur le plan national/régional - Repérer les besoins départementaux - Reconnaître des actions ETP en santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> ○ Rechercher un cahier des charges spécifique à la santé mentale ○ Identifier un vecteur de financement ○ Diffuser l'information aux porteurs de projets potentiels - Accompagner les professionnels et structures souhaitant mettre en place un programme dans la recherche de formation diplômantes / certifiantes - Appuyer la communication autour de nouveaux programmes départementaux dès lors qu'ils sont autorisés par l'ARS-Occitanie - Etudier la possibilité de déployer des programmes tels que PROFamilles et Prospect 	DDARS CH de Lannemezan UNAFAM	2022 : identification d'un cahier des charges et des financements 2023 : dépôt des premiers dossiers

Indicateurs :

- Nombre de nouveaux programmes déployés (6.1)
- Nombre de patients ayant bénéficié d'un programme (6.1)

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux :

- PRS OCCITANIE 2022 :
Parcours santé mentale PS 3.1 Promouvoir la réhabilitation psycho-sociale et PS 1.1 Etendre les dispositifs de soutien aux aidants et à la parentalité
- Feuille de route santé mentale et psychiatrie : Action n°18 pour le développement d'une offre de réhabilitation psychosociale sur les territoires

AXE II

**Former, prévenir, repérer
éduquer/accompagner**

Fiche n°7. Identifier et prendre en compte les déterminants sociaux et environnementaux

Pilotes

- PMI
- DDARS

Objectifs stratégiques

- Promouvoir une action globale autour de la personne en agissant sur les déterminants sociaux et environnementaux identifiés

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Opérateurs</i>	<i>Echéances</i>
7.1 Accompagner les publics identifiés comme fragiles	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir l'entretien prénatal précoce (EPP) et accompagner la femme enceinte en situation de vulnérabilité - Poursuivre la promotion de rencontres entre professionnels pour améliorer la prise en charge des nouveau-nés vulnérables dans la continuité des EPP - Mise à disposition de l'annuaire des professionnels et structures dans les lieux d'accueil publics (1.2) 	PMI Maternités Ordre des sages-femmes	2021-2022 : création d'un groupe de travail 2023 : en parallèle du déploiement de l'outil du 1.2
7.2 Développer les compétences psychosociales des enfants et accompagner les parents pour prévenir les troubles et prises de risque	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir les formations au développement des compétences psychosociales - Etudier la faisabilité du déploiement d'un programme innovant de soutien aux familles et à la parentalité (SFP) présenté par le DRAPPS en 2019 à Tarbes 	Education nationale IREPS	2022
7.3 Mener une action en faveur des personnes présentant le syndrome de	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la réponse en cas d'un signalement d'un possible syndrome 	Pôle de Lutte contre l'Habitat Indigne (PLHI-DDARS)	2 ^{ème} semestre 2021 pour conventionnement

Diogène	de Diogène : <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluation de la situation ○ Solution d'hébergement temporaire et accompagner la personne 	Clinique de Piétat	
----------------	--	--------------------	--

Indicateurs :

- Nombre de réunions annuelles du groupe de travail (7.1)
- File active des EPP (7.1)
- Recensement des actions de sensibilisation sur le développement des compétences psychosociales à destination du public 6-18 ans (7.2)
- Nombre de personnes incluses dans le dispositif conventionné pour l'accompagnement du syndrome de Diogène (7.3)

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux :

-PRS OCCITANIE 2022 :

Parcours santé des couples, des mères, des enfants et des jeunes PS 3.1 Promouvoir l'entretien prénatal précoce (EPP), PS 3.2 Accompagner la femme enceinte en situation de vulnérabilité et PS 3.3 Accompagner la prise en charge pluri professionnelle et coordonnée des nouveau-nés vulnérables

- Feuille de route santé mentale et psychiatrie : action n°1 sur le renforcement des compétences psycho-sociales

AXE III

Construire une stratégie pour une prise en charge globale face aux situations complexes et prévenir la crise et l'urgence

Fiche n°8. Améliorer la réponse apportée aux situations complexes

Pilotes

- DDCSPP
- DDARS

Objectifs stratégiques

- Eviter les situations de non-recours, les ruptures dans le parcours par le recours à un lieu d'échanges multi-partenarial

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Opérateurs</i>	<i>Echéances</i>
8.1 Soutenir la prise de décision multi-partenariale en un espace donné	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser les commissions existantes sur le territoire et leur opérationnalité - Créer une commission multi partenariale et inter structures et en définir les missions - S'assurer de la représentativité des acteurs locaux dans sa constitution - Etablir un cahier des charges des dossiers présentés - Ecrire une charte ou convention entre les membres et les différentes institutions - Elaborer une procédure de saisine - Assurer la communication et la diffusion de l'existence de cette instance auprès de l'ensemble des acteurs impliqués (ES, ESMS, 1^{er} recours...) 	DDARS DDCSPP	2022 : première réunion de la commission
8.2 Assurer le suivi des	<ul style="list-style-type: none"> - Suivre la situation des 	PTA	Après chaque décision

décisions prises en commission	personnes en situation complexe	Gestionnaire de cas sur structure ad hoc	de commission
--------------------------------	---------------------------------	--	---------------

Indicateurs :

- Nombre de saisines totales (8.1)
- Nombre de saisines de la commission ayant apporté une solution jugée viable par les participants sur une durée à définir (8.1)
- Nombre de réunions de la commission et durée moyenne (8.1)
- Suivi de la mise en œuvre des décisions prises en commission (indicateurs propres à la commission) (8.2)

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux :

-PRS OCCITANIE 2022 :

Formation et accompagnement des professionnels dans leur exercice PS
 2.1 Promouvoir le case management et l'approche multi-institutionnelle en santé mentale

- Feuille de route santé mentale et psychiatrie : action 37 pour améliorer l'accompagnement médicosocial des personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants, en situation de rupture ou de non-recours

AXE III

Construire une stratégie pour une prise en charge globale face aux situations complexes et prévenir la crise et l'urgence

Fiche n°9. Prévenir la crise et gérer l'urgence

Pilotes

- CTS sous-commission santé mentale

Objectifs stratégiques

- Anticiper la crise grâce à des moyens de projections in situ et en mesure d'apporter une solution de prise en charge rapide
- Prévenir les conséquences en santé mentale de la crise sanitaire COVID 19 dans la population générale

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Opérateurs</i>	<i>Echéances</i>
9.1 Développer les réponses dès les premiers signaux faibles d'alerte	<ul style="list-style-type: none">- Créer du lien avec la médecine du travail et pôle emploi, les syndicats, les CSE, la bourse du travail...- Coordonner l'action des acteurs sanitaires/sociaux en lien avec l'habitat- Consolider le travail en réseau sur les problématiques de la population générale et populations spécifiques (adolescents)- Déployer la prise en charge financière des psychologues (expérimentation)	CLSM ARS DD 65 MDA 65 CPAM (expérimentation remboursement des consultations avec un psychologue) SIAO	Conditionnée par le déploiement du financement CNAM 2022-2023
9.2 Prévenir le suicide et les récidives	<ul style="list-style-type: none">- Promouvoir le programme VIGILANS- Promouvoir la formation Prévention du suicide	CH de Lannemezan DDARS IREPS	2021-2022
9.3 Privilégier le « aller vers » et l'accès aux soins de prévention	<ul style="list-style-type: none">- Constituer/étouffer les équipes mobiles- Favoriser le déploiement des projets « aller-vers »	CH de Lannemezan Clinique République	Conditionné à la publication du cahier des charges et à la réponse favorable dans le cadre de l'AAP projets innovants en

	<p>notamment dans le cadre de l'appel à projets « Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie année 2020 »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer des dispositifs adaptés, pour répondre au plus près du lieu de vie, aux personnes en souffrance suite à la crise COVID-19 		psychiatrie
--	--	--	-------------

Indicateurs :

- Nombre de rencontres des professionnels en réseaux inclus dans les CLSM (9.1)
- Nombre de psychologues conventionnés par la CPAM (9.1)
- Nombre de professionnels inscrits à la formation Prévention du suicide (9.2)
- Nombre de personnes incluses dans le programme VIGILANS (9.2)
- Nombre de projets déposés dans le cadre du FIOP et patients concernés (9.3)
- File active de personnes suivies à domicile et durée moyenne de suivi (9.3)
- Nombre de demandes de suivis à domicile non satisfaites

Liens avec autres projets régionaux ou

territoriaux :

- Feuille de route santé mentale et psychiatrie : action n°9 pour développer les prises en charge ambulatoires, y compris intensives et les interventions au domicile du patient, y compris en établissement et

AXE III

Construire une stratégie pour une prise en charge globale face aux situations complexes et prévenir la crise et l'urgence

Fiche n°10. Les périodes charnières

Pilotes

- CH de Lannemezan
- DDARS

Objectifs stratégiques

- Développer des dispositifs innovants visant à répondre aux besoins des usagers sur des tranches de vie identifiées

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Opérateurs</i>	<i>Echéances</i>
10.1 Lisser la prise en charge à la rupture de la majorité	<ul style="list-style-type: none"> - Constituer une réponse sanitaire autour d'un âge charnière 16-25 ans : <ul style="list-style-type: none"> o Le projet de service abordera les questions suivantes : parentalité précoce / insertion professionnelle et sociale / situations addictives / milieux prédateurs 	CH de Lannemezan DDARS	Fin du PTSM
10.2 Améliorer les réponses en ESMS aux besoins des personnes handicapées psychiques vieillissantes	<ul style="list-style-type: none"> - Constituer un groupe de travail - Identifier les besoins et les réponses à apporter - Développer des dispositifs de lien entre le secteur médico-social et sanitaire, par exemple : équipe mobile 	CH de Lannemezan DDARS ADAPEI 65 EPAS 65 MAIA RESAPY	2022

Indicateurs :

- File active de patients suivis 16-25 ans (10.1)
- Nombre de réunions du groupe de travail (10.2)
- Nombre de PHV incluses dans le dispositif à définir (10.2)

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux :

-PRS OCCITANIE 2022 :

Parcours vieillissement PS 5.1 Améliorer les réponses en EHPAD aux besoins des personnes ayant des troubles du comportement ; PS 5.2 Adapter la prise en charge en établissements médico-sociaux aux besoins des personnes handicapées vieillissantes ;
Parcours santé des couples, des mères, des enfants et des jeunes PS 5.2 Informer et accompagner les jeunes de 16 à 25 ans en situation d'insertion