

Projet Territorial de **SANTÉ MENTALE** *des Pyrénées-Orientales*

Diagnostic partagé

Plan d'actions territorial

Document soumis à approbation

23 Mai 2018

Table des matières

I. Introduction	5
II. Définition du territoire	6
A. Définition juridique	6
B. Définition géographique.....	6
III. Modalités d'élaboration du PTSM.....	7
A. Méthodologie d'élaboration	7
B. Acteurs et participants au PTSM	7
C. Calendrier d'élaboration	8
IV. Indicateurs du territoire.....	11
A. Géographie et démographie.....	11
B. Contexte socio-économique	14
C. Contexte sanitaire.....	15
D. Equipements sanitaires	17
E. Ressources sanitaires	18
F. Activités sanitaires.....	20
G. Equipement médico-social	25
V. Diagnostic Territorial	28
A. Repérage précoce des troubles psychiques, accès aux soins et aux accompagnements.....	28
B. Parcours de santé et sans rupture.....	31
C. Accès à des soins somatiques adaptés aux besoins des personnes présentant des troubles psychiques.....	33
D. Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence.....	35
E. Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques	38
F. Actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux du mal-être	40

VI. Projet Territorial de Santé Mentale	42
A. Développer un dispositif de formation territorial	42
B. Adapter l'offre de soins et l'offre de service sur le territoire	44
1. Déployer un dispositif territorial de télémédecine en psychiatrie.....	44
2. Développer un réseau de réhabilitation psycho-sociale sur le territoire	45
3. Intervenir précocement en prévention des situations de crise ou dans les situations complexes	47
4. Promouvoir les programmes d'éducation thérapeutique	48
5. Généraliser une prise en charge psychiatrique dans l'ensemble des établissements MCO	49
6. Elargir le dispositif d'accueil non programmé des patients connus aux structures de soins privées	50
7. Proposer un égal accès aux consultations en santé mentale à destination de populations spécifiques	51
8. Renforcer la prise en charge des adolescents	52
9. Refonder le dispositif territorial de prise en charge des addictions	53
10. Accroître le nombre de places en logements adaptés réservés aux personnes en situation de handicap psychique	54
C. Promouvoir l'accessibilité aux soins	55
1. Réaffirmer l'importance et la place des professionnels du premier recours dans le repérage précoce	55
2. Adapter l'offre de soins ambulatoire aux besoins de la population.....	56
3. Développer des dispositifs d'accompagnement aux soins	58
4. Finaliser le maillage territorial des CLSM	59
5. Inciter et accompagner l'implantation des GEM	60
6. Promouvoir un plan de communication et d'information territorial	61
7. Inciter au développement de l'aide aux aidants	62
D. Coordonner les parcours de soin et de vie entre les structures et les acteurs .	
.....	63
1. Renforcer le rôle central de la MDPH dans la coordination	63
2. Créer un outil dématérialisé d'information et d'orientation.....	64
3. Développer la culture des Retours d'Expérience territoriaux.....	65
4. Disposer d'outils communs d'évaluation	66
5. Etendre le case management aux parcours de vie	67
6. Favoriser les échanges d'informations entre les structures et les professionnels	68
7. Définir des chemins cliniques de prise en charge	69
8. Favoriser l'accès et le maintien dans le logement.....	70

VII. Annexes	71
A. Glossaire	71
B. Références bibliographiques	73
C. Programme de la journée de lancement du PTSM.....	78
D. Programme de la matinée de restitution du PTSM.....	79
E. Groupe I – Repérage précoce Repérage précoce des troubles psychiques, accès aux soins et aux accompagnements.....	80
F. Groupe II - Parcours de santé et sans rupture	88
G. Groupe III - Accès à des soins somatiques adaptés aux besoins des personnes présentant des troubles psychiques	101
H. Groupe IV - Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence	111
I. Groupe V - Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques	119
J. Groupe VI - Actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux du mal-être	129
K. Contributions des établissements et structures du territoire	138

I. Introduction

Le cadre réglementaire

La **politique de santé mentale**¹ a été consolidée et élargie dans la Loi Santé du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Elle comprend désormais 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 l'insertion.

Le **Projet Territorial de Santé Mentale**² (PTSM) a pour objet d'améliorer l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. A ce titre, et comme le précise le décret³, il doit :

- favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;
- permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;
- déterminer le cadre de la coordination de second niveau et la décliner dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

Le cadre fixé par le projet territorial de santé mentale vise à faciliter la conclusion du contrat territorial de santé mentale entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire pour mettre en œuvre les actions visées dans le projet.

Le projet territorial de santé mentale est élaboré à l'initiative des professionnels et des établissements et services des champs sanitaire, social et médico-social, en collaboration avec les représentants des patients et des familles.

La **Directrice de l'Agence Régionale de Santé**, après avis des conseils locaux de santé mentale et du Conseil Territorial de Santé **arrêtera le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale.**

Les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale font l'objet d'un **contrat territorial de santé mentale** conclu entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions. Le contrat territorial de santé mentale définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. Selon leur territoire d'application, ces actions peuvent être déclinées au sein de conseils locaux de santé mentale.

¹ Article L3221-1 du Code de la Santé Publique

² Article L3221-2 du Code de la Santé Publique

³ Décret N°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale

Le contexte régional

L'ARS Occitanie élabore depuis le mois de février 2017 le Projet Régional de Santé.

Le PRS a été soumis à la consultation réglementaire à compter du 20 février 2018 pour une durée de 3 mois. Ce dernier a trois composantes :

- Le cadre d'orientation stratégique (COS) qui détermine les objectifs stratégiques de l'ARS et les résultats attendus à 10 ans, en lien avec la stratégie nationale de santé, pour améliorer l'état de santé de la population et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans la région.
- Le schéma régional de santé (SRS) qui est établi pour 5 ans, sur la base d'une évaluation des besoins et de l'offre de santé.
- Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) a pour objet de faciliter l'accès et l'égalité au système de santé dans sa globalité et d'améliorer le parcours des personnes les plus démunies.

II. Définition du territoire

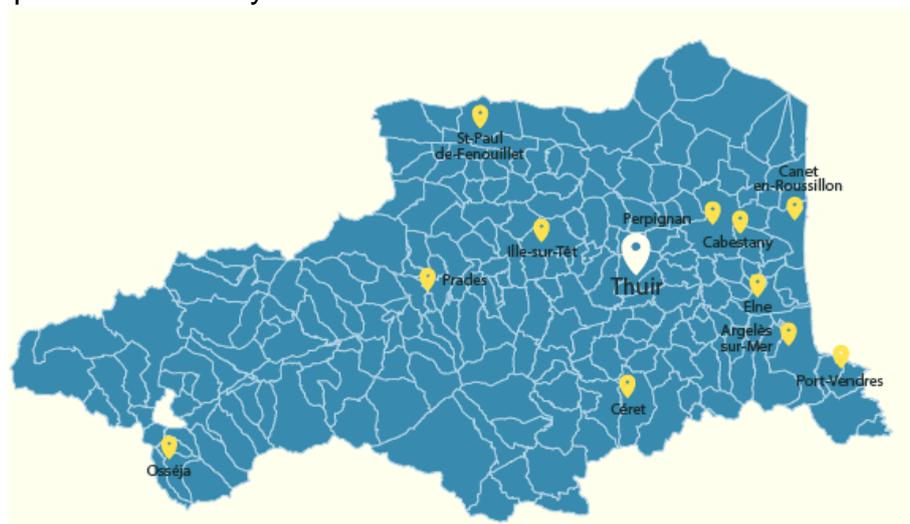
A. Définition juridique

Le territoire de santé mentale est défini à l'article L.3221-2 du Code de la Santé Publique comme un niveau suffisant pour permettre :

- l'association de l'ensemble des acteurs (les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion)
- l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.

B. Définition géographique

En Occitanie, les territoires de démocratie sanitaire correspondent aux départements. Ainsi, la déclinaison de la politique régionale est organisée au niveau départemental. En outre, l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ du soin ont une sectorisation départementale. C'est donc naturellement que le territoire du PTSM est celui du département des Pyrénées Orientales.



III. Modalités d'élaboration du PTSM

A. Méthodologie d'élaboration

Le Projet Territorial de Santé Mentale est élaboré pour le département des Pyrénées Orientales. Il associe les acteurs du territoire à l'élaboration du diagnostic partagé des principales difficultés rencontrées par les personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques dans leur parcours de santé et de vie et des principales causes de rupture de parcours.

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

L'implication effective des acteurs concernés dans un travail collectif et décloisonné avec l'appui de l'ARS est une condition incontournable de réussite de la démarche. Les acteurs incluent les professionnels du soin et de l'action sociale et médico-sociale, les représentants des usagers et de leurs familles ainsi que les acteurs institutionnels (ARS, Conseil départemental, Maison départementale des personnes handicapées, Education Nationale,...).

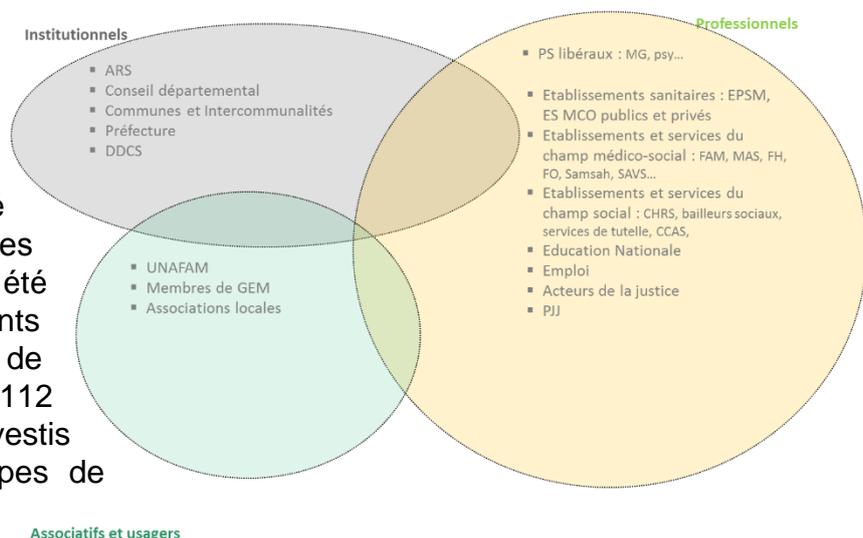
B. Acteurs et participants au PTSM

1. Comité de pilotage

Le comité de pilotage est l'instance qui valide les grandes étapes d'élaboration du diagnostic territorial et du plan d'action du Projet Territorial de Santé Mentale. Il est composé des pilotes, animateurs et rédacteurs qui six groupes de travail du PTSM. Il a été réuni avant chaque réunion des groupes de travail pour coordonner le travail de chaque acteur.

2. Acteurs ayant participé aux groupes de travail

Pour le lancement du Projet Territorial de Santé Mentale, l'ensemble des acteurs du territoire ont été invités et ont été présents lors de la réunion de lancement. 112 professionnels se sont investis dans les différents groupes de travail.



C. Calendrier d'élaboration

Le PTSM a été élaboré sur une année du 12 Mai 2017 au 23 Mai 2018, date à laquelle il fait l'objet d'une remise officielle à la directrice de l'Agence Régionale de Santé.

1. Journée de lancement 12 Mai 2017

Synthèse de la séance plénière (matinée)

L'objectif de la matinée était de présenter les enjeux de la mise en œuvre du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM).

- Le PTSM a un objet large : la prise en compte de l'individu dans sa globalité et non plus uniquement sa prise en charge sanitaire. Le PTSM devra donc travailler sur l'ensemble des éléments du parcours : la prévention, les soins, les modalités d'accompagnement et d'insertion.
- Le PTSM doit permettre l'association de tous les acteurs d'un territoire, sanitaire, médico-sociaux, sociaux, professionnels de santé libéraux de premier recours, éducation nationale, usagers dans le cadre d'une démarche ascendante et non plus descendante.
- La psychiatrie doit faire évoluer ses pratiques, innover pour mieux répondre aux besoins de la population, le PTSM est une chance de co-construire avec les acteurs de proximité, les acteurs du territoire pour agir au bénéfice des personnes souffrant de handicap psychique.

Groupes de travail (Après-Midi)

Six Groupes de travail ont été constitués avec un total de 112 participants. Ils sont composés des représentants des principales structures sanitaires, médico-sociales, sociales et institutions du département.

L'objectif de cette première réunion de travail était d'élaborer un diagnostic territorial afin d'identifier les problématiques, d'en déduire les causes qui peuvent être validées par des indicateurs et de relever des actions qui ont déjà été mises en œuvre et qui fonctionnent ou qu'il faudra améliorer. Les questionnements suivants ont été abordés dans les différents groupes :

- L'organisation du dispositif est-elle performante (niveau des indicateurs d'appel complétés par les indicateurs d'analyse) : en termes d'accessibilité, de couverture, d'adéquation, de réactivité. Tous les segments du parcours sont-ils également concernés ? quelles réponses existent déjà ? des actions innovantes ont-elles été mises en œuvre et ont-elles prouvé leur efficacité ?
- quelles problématiques rencontrées par les acteurs ? qu'est-ce qui dysfonctionne sur le territoire ? Quels dispositifs manque-t-il ? Comment les améliorer ?

2. Les différentes réunions de travail

Du 15 juillet au 30 août 2017 : Diffusion du diagnostic aux participants et aux responsables des structures partenaires pour remontées de leurs commentaires.

13 Septembre 2017 – 2^{ème} réunion de travail : Les groupes de travail se sont réunis pour valider définitivement le diagnostic de la thématique permettant de fixer les objectifs stratégiques et opérationnels à atteindre dans le cadre du PTSM. Les objectifs stratégiques ont été diffusés aux participants et aux responsables des structures partenaires pour remontées de leurs commentaires.

13 Novembre 2017 - 3^{ème} réunion de travail : Une dernière réunion de travail s'est tenue pour définir un plan d'action spécifique à la thématique. Chaque action a fait l'objet d'une analyse de contexte et d'une déclinaison des étapes du projet à mettre en œuvre.

Du 13 novembre au 23 Mai 2018 :

- Rédaction du document final en lien avec le comité de pilotage. 4 axes stratégiques ont été définis regroupant l'ensemble des actions définies par les Groupes de travail.
- Discussion du diagnostic partagé et du plan d'action du PTSM avec l'Agence Régionale de Santé.

3. Matinée de restitution 23 Mai 2017

L'objectif de cette matinée de restitution est de synthétiser auprès de tous les acteurs du territoire l'ensemble du diagnostic territorial et du Projet Territorial de Santé Mentale. Un état des lieux des PTSM en France sera réalisé par Christian Muller.

A l'issue de la matinée, le diagnostic et le PTSM seront officiellement remis à la Directrice de l'Agence Régionale de Santé Occitanie pour qu'il puisse être arrêté.

4. Approbation du PTSM

Les Conseils Locaux de Santé Mentale d'Argelès-Sur-Mer, de Canet-en-Roussillon et de Prades se sont prononcés au cours du premier semestre 2018 sur le diagnostic partagé et le plan d'actions territorial. Le CLSM de Perpignan donnera un avis le 14 juin 2018.

La commission Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé sera consultée et le CTS émettra un avis sur le PTSM.

Une fois l'ensemble de ces avis obtenus, le diagnostic partagé et le projet territorial de santé mentale seront arrêtés par la DGARS.

5. Contrat territorial de santé mentale

Le contrat territorial de santé est défini à l'article L.3221-2 du Code de la Santé Publique. Il est conclu entre l'Agence Régionale de Santé et l'ensemble des acteurs participant à la mise en œuvre du Projet Territorial de Santé Mentale.

Il détaille l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

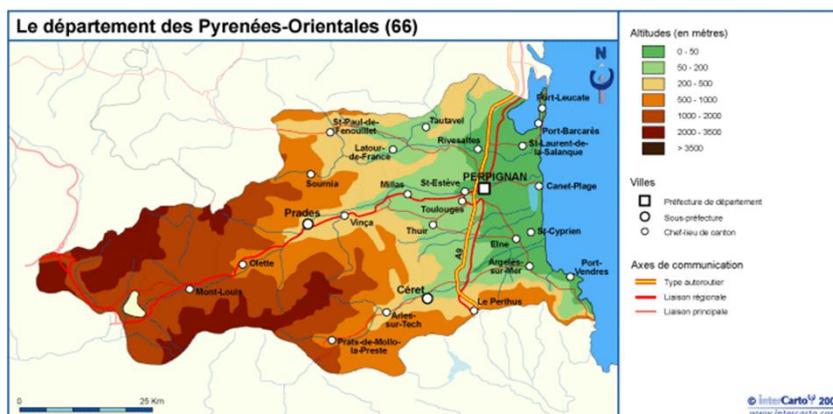
Les établissements de service public hospitalier signataires d'un tel contrat peuvent se regrouper en communautés psychiatriques de territoire.

IV. Indicateurs du territoire

A. Géographie et démographie

Un territoire très contrasté

Le département des Pyrénées Orientales a une superficie de 4 116 km², ce qui le classe en 83^{ième} position en France métropolitaine. De forme allongée, long de 120 km d'est en ouest et large de seulement 56 km du nord au sud, le département a une large façade maritime sur la mer Méditerranée, il dispose également d'une plaine alluviale, la plaine du Roussillon et un massif montagneux des Pyrénées. Le département est découpé en 3 arrondissements et 17 cantons. Il compte 226 communes.



Au 1^{er} janvier 2014, les Pyrénées-Orientales comptent 466 327 habitants soit 8,15% de la population de la nouvelle région et 0,7% de la population Française. La densité est de 112 habitants au km² contre 78 hab/km² en Occitanie et 103,6 hab/km² France

Une forte croissance démographique

Entre 2009 et 2014, la population y augmente de 0,9 % par an, un rythme presque deux fois supérieur à celui de métropole et équivalent à celui de l'Occitanie dont 1% est lié au solde migratoire. En 5 ans, le département a gagné en moyenne 4 090 habitants chaque année.

Population du département - évolution annuelle moyenne

Principales communes	Population en 2014	Population en 2009	Évolution annuelle moyenne 2009-2014 (%)
Pyrénées-Orientales	466 327	445 890	+ 0,9
Occitanie	5 730 753	5 473 597	+ 0,9
France métropolitaine	64 027 784	62 465 709	+ 0,5

Source : Insee, recensements de la population, exploitation principale

Des projections de populations en forte progression

L'insee au travers de l'outil OMPHALE, la population du département ne va cesser de progresser avec une moyenne de 7,8% en 10 ans. Cet accroissement serait plus élevé pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

Population du département par âge - évolution entre 2017 et 2027

Age des populations	Population en 2017	Population en 2027	Évolution 2017-2027
Moins de 20 ans	104 910	108 460	+ 3,4%
20 – 59 ans	223 090	227 390	+1,9%
60 ans et plus	150 980	180 330	+ 19,4%
Tous les ages	478 980	516 180	+7,8%

Source : Insee, recensements de la population, exploitation principale

Une population concentrée dans les zones urbaines

La croissance se concentre dans l'aire urbaine de Perpignan qui s'étend sur toute la plaine du Roussillon et dans laquelle réside les deux tiers de la population du département. Quatre des 226 communes ont plus de 10 000 habitants (Perpignan, Canet, Saint-Estève, Saint-Cyprien).

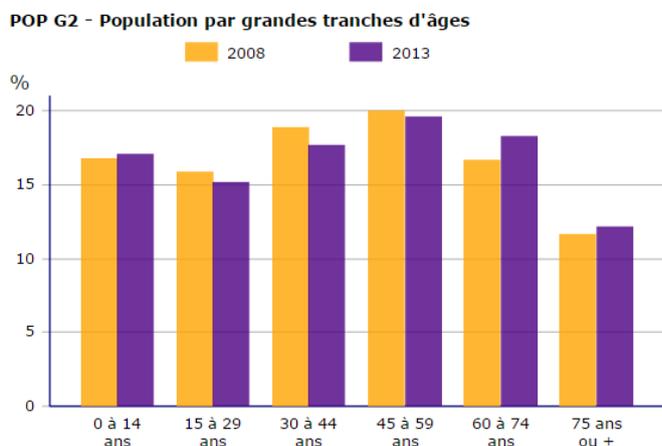
Tableau 2 - Populations légales des cantons et métropoles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018 - date de référence statistique : 1^{er} janvier 2015

CODE	CANTONS ET METROPOLES	Nombre de communes	Population municipale	Population totale (avec doubles comptes)
			f	e
01	Les Aspres	22	30 050	30 566
02	Le Canigou	41	20 811	21 233
03	La Côte Sableuse	4	30 043	30 604
04	La Côte Salanquaise	6	35 080	35 477
05	La Côte Vermeille	7	30 082	30 516
06	Perpignan-1	1	28 852	29 185
07	Perpignan-2	4	30 123	30 668
08	Perpignan-3	2	25 936	26 419
09	Perpignan-4	1	24 073	24 464
10	Perpignan-5	2	25 915	26 238
11	Perpignan-6	2	24 204	24 560
12	La Plaine d'Illobéris	9	29 795	30 295
13	Les Pyrénées catalanes	62	27 009	28 155
14	Le Ribéral	7	23 824	24 242
15	La Vallée de l'Agly	38	28 806	29 311
16	La Vallée de la Têt	10	26 375	26 816
17	Vallespir-Albères	13	30 060	30 672
	TOTAL DU DEPARTEMENT	226	471 038	479 421

Source : Insee, recensements de la population, exploitation principale

Une population plus âgée que la moyenne nationale

Les – de 30 ans représentent 33% de la population contre 37% en moyenne en France
Les + de 60 ans représentent plus de 26% de la population contre 21% en moyenne en France.



Sources : Insee, RP2008 et RP2013 exploitations principales.

Un taux de familles monoparentales élevé

Un taux de familles monoparentales notamment des femmes seules plus élevé que la moyenne nationale (15,1% en 2013 dont 12,5% de femmes)

FAM T3 - Composition des familles

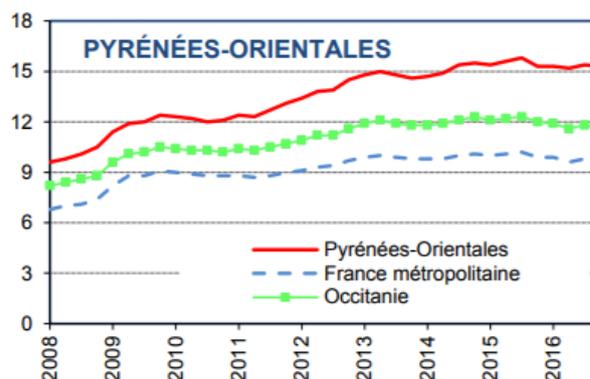
	2013	%	2008	%
Ensemble	131 025	100,0	126 033	100,0
Couples avec enfant(s)	46 984	35,9	46 641	37,0
Familles monoparentales	23 911	18,2	20 672	16,4
<i>hommes seuls avec enfant(s)</i>	3 620	2,8	3 009	2,4
<i>femmes seules avec enfant(s)</i>	20 291	15,5	17 663	14,0
Couples sans enfant	60 131	45,9	58 720	46,6

Sources : Insee, RP2008 et RP2013 exploitations complémentaires.

B. Contexte socio-économique

Le taux de chômage le plus important en France

En 2016, 15,3 % des actifs des PO sont au chômage, contre 11,6 % en Occitanie et 9,7 % en France métropolitaine. Le département est devenu le plus exposé au chômage de la région. Ce taux est particulièrement élevé chez les jeunes de 15-24 ans où il est supérieur à 40%.



Source : INSEE

Une population pauvre

La pauvreté se caractérise par un pourcentage des ménages imposés plus faible que la moyenne régionale et nationale, un revenu médian très faible et un taux de pauvreté les plus importants de France. 11,5 % de la population du département bénéficie de la CMU Complémentaire, et se situe au 94^{ième} rang. 10,3 % de la population du département entre 15 à 64 ans est allocataire du RSA en 2015 contre 5,7% en France en moyenne. Les bénéficiaires de l'AAH représentent 1,03 % des bénéficiaires français alors que le département représente 0,7% de la population nationale. 2,3% de la population des PO bénéficie de l'AAH en 2015, soit 4,2% des personnes de 20 à 64 ans.

Revenus, Allocations, Bénéficiaires	Pyrénées-Orientales (66)	Occitanie	France
Nombre de ménages fiscaux en 2013	208 655	2 457 989	
Part des ménages fiscaux imposés en 2013, en %	48,2	52,6	
Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2013, en euros	17 906,7	19 276,7	
Taux de pauvreté en 2013, en %	21,0	17,0	
Allocataires du revenu de Solidarité Active au 31.12.2015	28 371	256 104	2 328 708
Bénéficiaires de la CMU Complémentaire	53 783	487 189	4 415 411
Bénéficiaires de la CMU Complémentaire en % de la population totale	11,5	8,5	6,9
Nombre d'Allocataires AAH au 31.12.2015	10 617	113 943	1 027 127
Allocataires de l'AAH / 100 personnes de 20 à 64 ans (1)	4,2	3,5	2,8

Sources : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2014 DREES, ISD ; CNAF, fichier DREES ; MSA, fichier DREES ; ISD ; Pôle Emploi, Fichier national des assedic, Fonds CMU ; CNAMTS ; MSA ; RSI / STATISS

Un taux de résidences secondaires supérieur à la moyenne nationale

Moins des 2/3 des logements sont des résidences principales dans le département alors que cette proportion atteinte $\frac{3}{4}$ en Occitanie et $\frac{4}{5}$ en métropole. 8% sont des logements vacants. L'accès au logement est un enjeu majeur dans le département notamment dans des zones touristiques où

Logement	Pyrénées-Orientales (66)	Occitanie (76)	France (1)
Nombre total de logements en 2013	333 363	3 375 529	34 415 364
Part des résidences principales en 2013, en %	63,4	76,0	82,9
Part des logements vacants en 2013, en %	8,0	8,3	7,8
Part des ménages propriétaires de leur résidence principale en 2013, en %	60,3	59,7	57,7

Source : Insee, RP2013 exploitation principale en géographie au 01/01/2015

C. Contexte sanitaire

Un taux de mortalité élevé dans le département

Le taux de mortalité en 2014 est de 10,9 décès pour 1 000 habitants contre 9,4 en Occitanie et 8,5 en France. Le taux de mortalité prématurée est très important dans le département. Le taux de mortalité prématurée varie de 1 à 3,5 entre les bassins de vie de la région Occitanie. Il est particulièrement corrélé aux indicateurs de défavorisation. Après les tumeurs, les causes de décès que sont l'alcoolisme et le suicide sont supérieures à la moyenne nationale tant pour les femmes que pour les hommes.

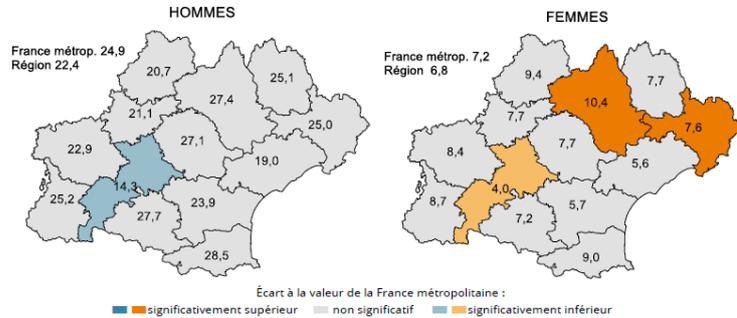
Taux de mortalité prématurée (avant 65 ans)	Pyrénées-Orientales (66)	Occitanie	France
Hommes			
Toutes causes dont :	284,5	243,1	257,7
dont suicides	20,0	18,4	20,1
Alcoolisme	30,6	26,1	28,2
Femmes			
Toutes causes dont :	129,0	116,8	119,9
dont suicides	7,6	6,3	6,2

Sources : INSERM, CépiDc

Un taux de mortalité par suicide élevé

Les taux de mortalité par suicide standardisés de la région Languedoc-Roussillon sont très proches du taux national chez les hommes et ils sont de 10 % supérieurs au taux national chez les femmes.

Carte 45. Taux standardisés de mortalité* par suicide dans les départements d'Occitanie en 2011-2013



* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, pour 100 000 hab.
Sources : Inserm CépidC, Insee - Exploitation CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, ORS Midi-Pyrénées

Une consommation importante de tabac, d'alcool et de cannabis

Tabac, alcool, cannabis

► La région Occitanie présente des indicateurs en moyenne plus défavorables que la moyenne française

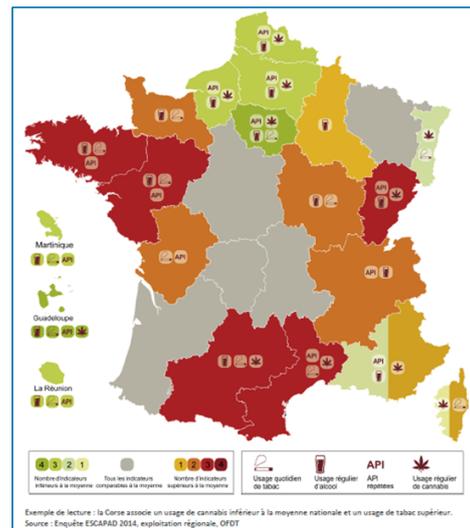
À 17 ans, en 2014, en Occitanie :

- 14 % des jeunes consomment régulièrement de l'alcool et 26 % déclarent des alcoolisations ponctuelles importantes (API) « répétées »
- plus de 1 jeune sur 3 fume quotidiennement
- plus de 10 % ont un usage régulier du cannabis

Définitions :

- Usage régulier d'alcool ou de cannabis : au moins 10 usages au cours des trente derniers jours précédant l'enquête
- Usage quotidien de tabac : au moins une cigarette par jour au cours des trente derniers jours précédant l'enquête
- Alcoolisation ponctuelle importante (API) répétée : au moins 3 API dans le mois

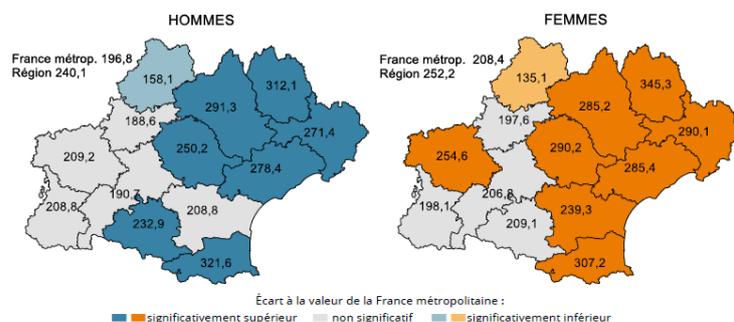
Lecture de la carte : la présence d'une couleur rouge ou verte indique que l'écart avec le reste de la France est statistiquement significatif.



Une incidence des ALD pour affection psychiatriques bien supérieures à la moyenne nationale

En 2016, 12 730 personnes ont une ALD 23 dans le département des Pyrénées Orientales. Soit un taux largement supérieur à la moyenne nationale tant pour les hommes que pour les femmes.

Carte 46. Taux standardisés d'incidence* des ALD pour affection psychiatrique (1) par département selon le sexe, en 2011-2013



(1) ALD n°23

* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, pour 100 000 hab.
Les taux soulignés diffèrent significativement du taux de la France métropolitaine
Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - Exploitation CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, ORS Midi-Pyrénées

D. Equipements sanitaires

Une part du public plus importante que dans la région Occitanie

En psychiatrie adulte, 45% des lits sont dans le secteur public contre 38% en occitanie et 63% en France. Les lits du secteur public des Pyrénées Orientales représentent près de 10% des lits d'Occitanie.

Nombre de lits en hospitalisation complète par secteur

	LANGUEDOC- ROUSSILLON-MIDI- PYRÉNÉES	Pyrénées-Orientales	FRANCE métropolitaine
Hospitalisation complète (lits)			
Secteur public			
Psychiatrie infanto-juvénile	116	8	1 616
Psychiatrie générale	2 297	209	34 285
Pénitentiaire	53	13	394
Secteur privé			
Psychiatrie infanto-juvénile	53	0	610
Psychiatrie générale	3 720	250	19 845

Source : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

Une implantation territoriale des CMP dans la moyenne nationale

Le nombre de CMP tant en psychiatrie générale qu'en pédo-psychiatrie reste dans la valeur médiane des départements français.

Offre de soins sanitaire en ambulatoire - source SAE

			Indicateurs de comparaison : 2015			
Département : 66 - Pyrénées-Orientales			valeur médiane des Départements		France entière	
Type de structure	Psy. Générale	Psy. Infanto-juvénile	Psy. Générale	Psy. Infanto-juvénile	Psy. Générale	Psy. Infanto-juvénile
en ambulatoire	 Nb structures	 Nb structures	Nb structures	Nb structures	Nb structures	Nb structures
TOTAL	26	25	26	16	3 298	2 124
Nb CMP ou unités de consultations	15	17	17	10	2 068	1 458
- Dont CMP ouverts ≥ 5j / semaine	12	10	13	8	1 679	1 170
Nb CATT	11	8	10	6	1 230	666

source SAE

Toutes les structures ambulatoires sont dans le secteur public et ne sont ouvertes que du lundi au vendredi de 9h à 16h en général.

Quatre offreurs de soins dans le département

Le département des Pyrénées Orientales dispose de quatre offreurs de soins, un établissement public de santé et trois établissements privés financés sous OQN.

FINESS	Raison Sociale	Région	Statut Juridique	Financement
660780198	CHS DE THUIR	OCCITANIE	CH	DAF
660780214	MAISON DE REPOS SENSEVIA	OCCITANIE	Privé	OQN
660780248	CLINIQUE DU PRE	OCCITANIE	Privé	OQN
660780735	CLINIQUE DU ROUSSILLON	OCCITANIE	Privé	OQN

E. Ressources sanitaires

Une densité des praticiens et des IDE supérieure à la moyenne française.

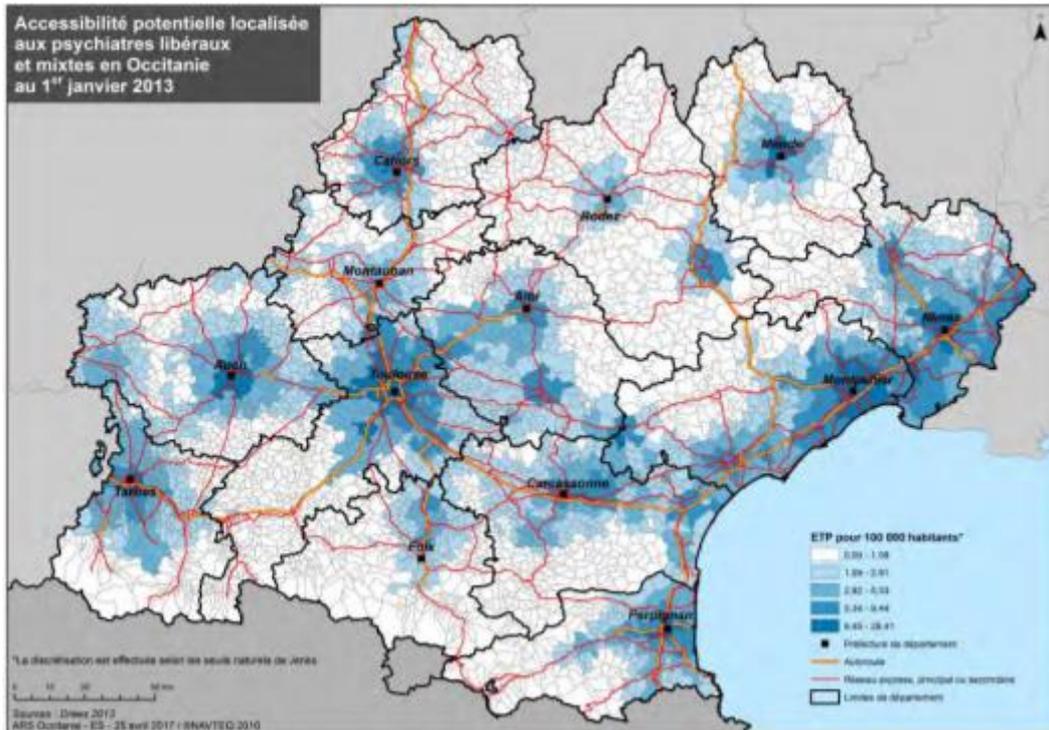
La densité des praticiens et psychologues est supérieure à la médiane nationale notamment pour les médecins généralistes. Mais leur implantation territoriale est inégalement répartie.

Offre de soins Libérale

		Indicateurs de comparaison : 2015	
		valeur médiane des Départements	France entière
Nb professionnels de santé et psychologues	Département : 66 - Pyrénées-Orientales Libéraux ou activité mixte	Libéraux ou activité mixte	Libéraux ou activité mixte
Médecins généralistes	657	486	68 503
Psychiatres	30	25	6 068
Pédo-psychiatres	1	1	323
Psychologues	102	93	17 985

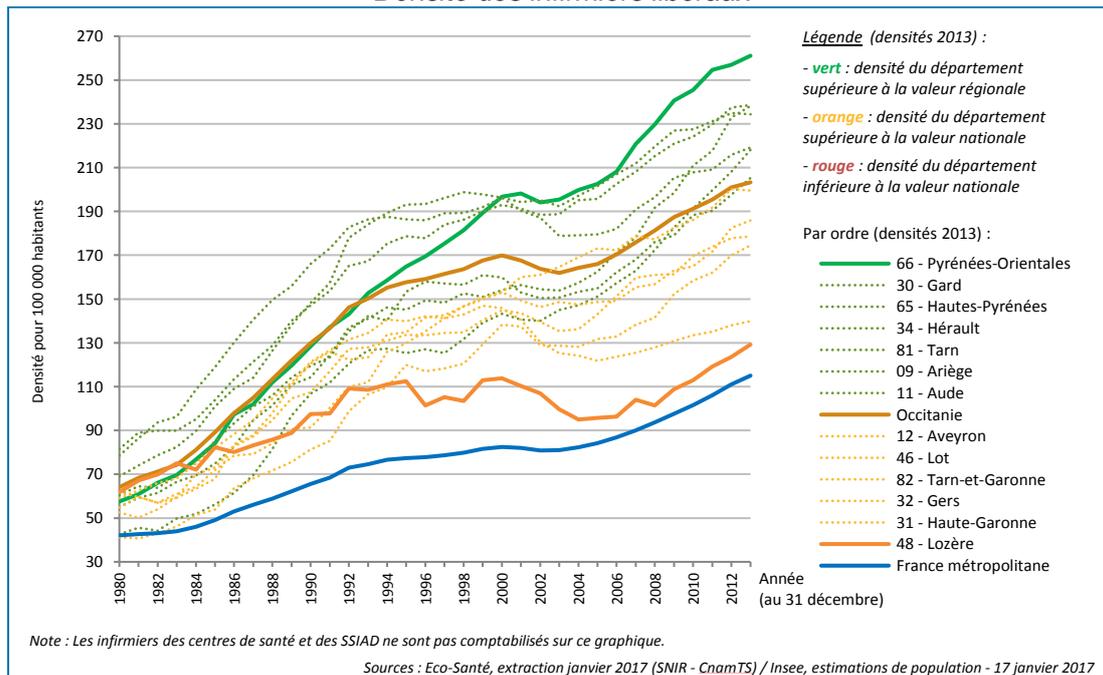
Source DREES - ADELI/RPPS

Densité des infirmiers libéraux



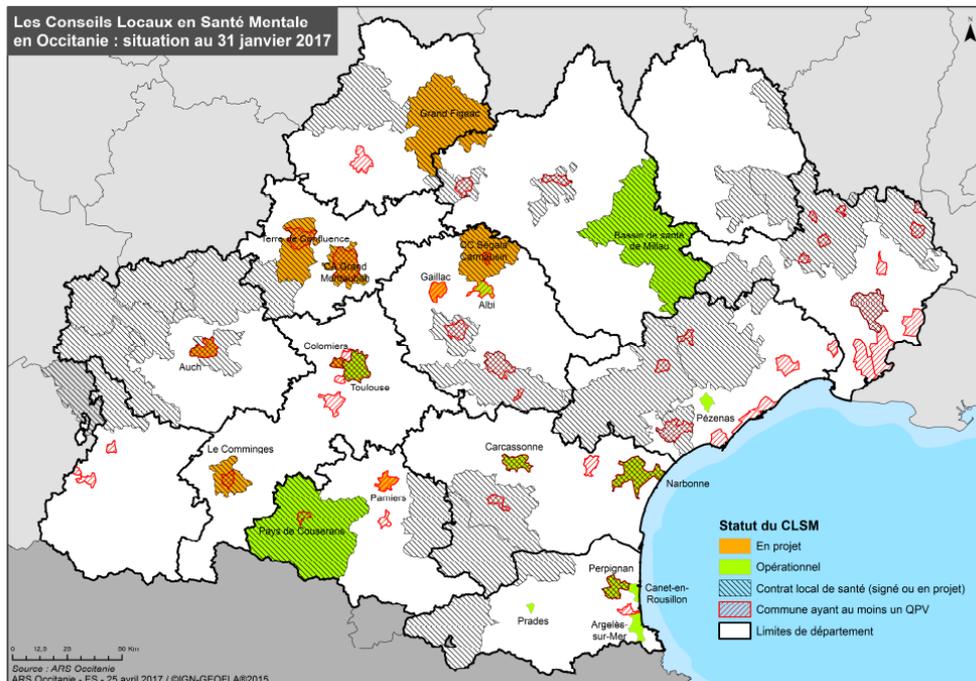
La densité des infirmiers libéraux pour 1000 habitants est la plus importante d'Occitanie avec près de 260 IDE contre 205 pour la Région Occitanie et 112 en France.

Densité des infirmiers libéraux



Un important maillage territorial des CLSM et des CLS sur le département

Quatre CLSM ont été créés sur le territoire des Pyrénées Orientales : Argelès-sur-mer, Canet-en-Roussillon, Perpignan et Prades. En parallèle, trois Contrats Locaux de Santé sont mis en œuvre, en Cerdagne-Capcir, en Fenouillèdes et sur Perpignan.



F. Activités sanitaires

File active des établissements de santé spécialisés en psychiatrie du territoire des Pyrénées Orientales

La file active du département correspond au nombre total de patients pris en charge en psychiatrie à temps complet ou à temps partiel ou en ambulatoire (exclusion des patients pris en charge exclusivement sous forme d'acte(s) ambulatoire(s)) pour une année donnée. Cette file active est réalisée dans les 4 établissements du département des Pyrénées Orientales autorisés en santé mentale. La file active est relativement stable depuis 2013 avec 4 400 patients pris en charge en hospitalisation à temps complet ou à temps partiel. 80% de ces patients ont entre 18 et 65 ans. 10% des patients n'habitent pas le département.

Indicateur	2013	2014	2015	2016
Nb total patients (<u>hors ambulatoires exclusifs</u>)	4 378	4 474	4 496	4 448
Nb patients en soins sans consentement*	801	810	861	813
% patients <u>non</u> originaires de la zone géographique d'implantation sélectionnée	8,1 %	10,1 %	9,7 %	10,0 %

Source : scope santé

Centre Hospitalier de Thuir

La file active totale du Centre Hospitalier de Thuir comprend la prise en charge en hospitalisation complète, à temps partiel et en ambulatoire. La prise active à temps complet représente près de 50% de la file active du département. Il est le seul établissement de santé du département à prendre en charge les soins sans consentement. 4,7% des patients qu'il prend en charge ne résident pas dans le département.

Centre Hospitalier de Thuir

Indicateur	2013	2014	2015	2016
Nb total patients	13 850	14 445	15 473	15 960
Nb patients pris en charge à temps complet	2262	2243	2312	2132
Nb patients en soins sans consentement	886	913	985	935
% patients <u>non</u> originaires du département de l'étab	5,0 %	5,2 %	4,8 %	4,7 %

Source : scope santé

Clinique du Pré à Théza

Le nombre de patients en hospitalisation à temps complet et partiel est de 1357 en 2016, soit 30,5% des séjours du département. 3,4% des patients ne résident pas dans le département.

Clinique Du Pré

Indicateur	2013	2014	2015	2016
Nb total patients	1 414	1 442	1 403	1 357
% patients <u>non</u> originaires du département de l'étab	4,3 %	5,1 %	3,5 %	3,4 %

Source : scope santé

Clinique du Roussillon à Perpignan

La clinique du Roussillon réalise 862 séjours en 2016 soit 20% du nombre de la file active du département. 11,5% des patients ne résident pas dans le département.

Clinique Du Roussillon

Indicateur	2013	2014	2015	2016
Nb total patients	753	755	746	862
% patients <u>non</u> originaires du département de l'étab	2,7 %	7,9 %	11,3 %	11,5 %

Source : scope santé

Maison de repos Sensevia à Osséja

La maison de repos Sensevia réalise 253 séjours soit 5,7% de la file active du département. 62,6% des patients ne résident pas dans les Pyrénées Orientales.

Clinique Du Roussillon

Indicateur	2013	2014	2015	2016
Nb total patients	268	247	242	253
% patients <u>non</u> originaires du département de l'étab	62,2 %	67,9 %	62,2 %	62,6 %

Source : scope santé

Caractéristiques des journées d'hospitalisation temps plein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie du territoire des Pyrénées Orientales

Le nombre de journées en hospitalisation à temps plein varie entre 140 000 et 150 000 sur 4 ans. Il faut noter plusieurs écarts d'indicateurs avec les moyennes régionales et nationales en 2016 :

- Durée Moyenne d'Hospitalisation (DMH) est de 47,1 jours pour le département contre 56 ;3 jours pour la région Occitanie et 56,4 jours en France
- Le % de journées en soins sans consentement est de 24% pour le département, 17,5% en Occitanie et 21,3% en France

Tous établissements confondus du département

Indicateur	2013	2014	2015	2016
Nb journées de présence en hospitalisation <u>à temps plein</u>	151 712	137 270	141 036	143 279
Nb patients hospitalisés <u>à temps plein</u>	3 246	3 141	3 143	3 043
DMH <u>à temps plein</u>	46,7	43,7	44,9	47,1
% journées à temps plein en soins sans consentement	18,5 %	20,5 %	20,9 %	24,0 %
% journées à temps plein en isolement thérapeutique	2,9 %	3,6 %	2,6 %	2,3 %

Source : scope santé

Pathologies des patients hospitalisés à temps complet et à temps partiel

Les trois principaux diagnostics des patients pris en charge dans le département à temps complet et partiel sont les troubles de l'humeur à hauteur de 38,4% (contre 13% en Occitanie et en France), les schizophrénies pour 23,8% (contre 6,6% en Occitanie et 7,4% en France) et les troubles névrotiques pour 15,8% (contre 15,9% Occitanie et 16,8% en France).

Tous établissements confondus du département

Indicateur : année 2016	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
Nb patients (<u>hors ambu exclusifs</u>) par catégorie	187	580	1 048	1 691	698	22	215	106	232	210

de pathologie mentale (en DP)										
% patients (<u>hors ambu exclusifs</u>) par catégorie de pathologie mentale (en DP)	4,2 %	13,2 %	23,8 %	38,4 %	15,8 %	0,5 %	4,9 %	2,4 %	5,3 %	4,8 %

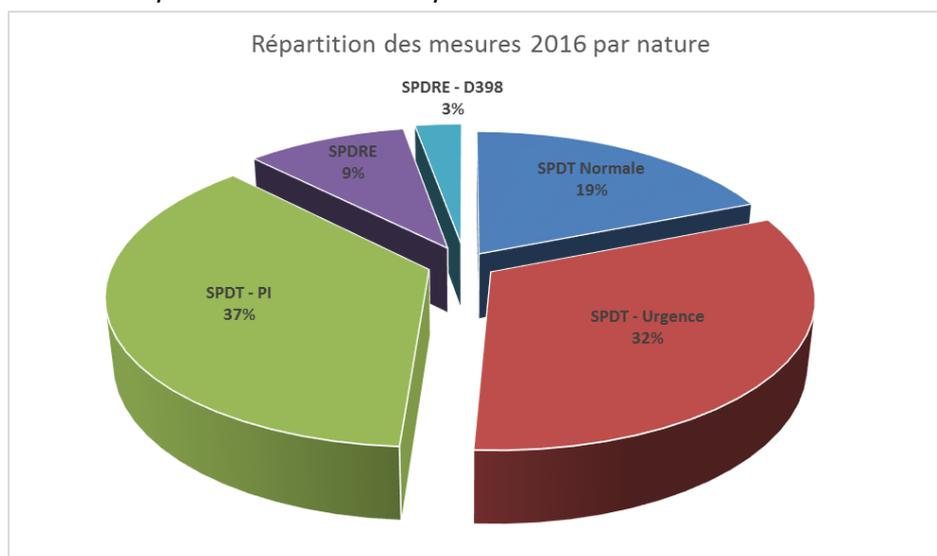
Source : scope santé

F00-F09	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques								
F10-F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives								
F20-F29	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants								
F30-F39	Troubles de l'humeur [affectifs]								
F40-F48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes								
F50-F59	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques								
F60-F69	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte								
F70-F79	Retard mental								
F80-F89	Troubles du développement psychologique								
F90-F98	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence								

Une importance des mesures en soins sans consentement sur le département

Les soins sans consentement sont exclusivement réalisés par le Centre Hospitalier qui dispose d'une autorisation. 88% des mesures sont des Soins à la Demande d'un Tiers. Le nombre de journées réalisées dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement est supérieur à la moyenne régionale et nationale.

Répartition des mesures par nature de la mesure en 2016



Source : Centre Hospitalier de Thuir

Les mesures font l'objet d'un contrôle par le Juge des Libertés et de la Détention. 803 saisines ont été réalisées en 2016. 4,48% des mesures ont fait l'objet d'une levée principalement avec la mise en œuvre d'un programme de soins dans les 24 heures.

Répartition des saisines en 2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de saisines réalisées	259	589	737	744	806	803
Saisines SPDRE	55	91	84	91	95	80
Saisines SPDT	204	498	653	653	711	723
Caducité	7	2	2	1	5	1
Levées sèches par JLD	9	10	13	14	17	8
Levées avec programme de soins par JLD	6	6	8	14	31	27
TOTAL levées par JLD	22	18	23	29	53	36
Taux de levées par la JLD	8,49%	3,06%	3,12%	3,90%	6,58%	4,48%
Nombre de requêtes en main levée	38	61	58	48	62	50
Dont nombre de requêtes auprès de la Cour d'appel Montpellier	0	7	9	13	21	17

Source : Centre Hospitalier de Thuir

G. Équipement médico-social

Taux d'équipement global en hébergement (en places d'hébergement) pour personnes handicapées adultes

Ce taux représente le nombre de places en maisons d'accueil spécialisées (MAS); en foyers d'accueil médicalisés, en foyers d'hébergement, en foyers de vie, en foyers d'accueil polyvalent pour 1000 personnes de 20 à 59 ans, hors accueil de jour. Le taux global montre que le département a un taux légèrement supérieur à la moyenne nationale. L'analyse par structure montre une importance du taux d'équipement en MAS et en foyer de vie, une faiblesse du taux d'équipement en FAM, en SAVS et en SAMSAH.

Département	Taux d'équipement global en places d'hébergement (*)		Dont :								Taux d'équipement en places en établissements et services d'Aide par le Travail (ESAT : ex-C.A.T.)		Taux d'équipement en places en services (SAVS, SAMSAH)	
			Taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisée (places d'hébergement)		Taux d'équipement en foyer d'accueil médicalisé (places d'hébergement)		Taux d'équipement en foyer de vie (places d'hébergement)							
	Pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	Rang	Pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	Rang	Pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	Rang	Pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	Rang	Pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	Rang	Pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	Rang		
09 Ariège	6,2	85	1,2	80	1,8	92	0,6	20	4,7	84	1,4	57		
11 Aude	5,2	70	1,2	79	0,8	60	0,9	35	5,5	95	1,6	61		
12 Aveyron	7,0	92	1,8	94	0,5	26	2,1	84	4,4	75	1,1	32		
30 Gard	3,1	21	0,6	28	0,6	38	0,8	31	3,3	28	1,4	50		
31 Haute-Garonne	3,5	25	0,8	53	0,7	47	1,1	45	2,5	9	0,9	21		
32 Gers	8,6	97	1,9	96	2,1	97	2,0	78	4,3	68	1,4	48		
34 Hérault	3,3	24	0,7	40	0,8	55	0,8	26	2,7	16	1,3	40		
46 Lot	7,6	94	1,4	86	1,9	95	2,1	86	4,4	73	1,4	47		
48 Lozère	42,2	101	10,9	101	3,1	101	14,8	101	14,5	101	0,0	1		
65 Hautes-Pyrénées	7,7	95	2,6	98	2,3	99	0,6	21	6,2	98	2,3	63		
66 Pyrénées-Orientales	4,0	45	1,4	85	0,4	19	1,4	59	3,4	31	1,2	35		
81 Tam	6,1	84	1,0	63	0,6	40	3,0	97	4,3	70	2,0	73		
82 Tam-et-Garonne	6,2	86	0,9	62	1,1	77	2,9	96	3,8	45	1,0	24		
F France	3,8		0,8		0,7		1,1		3,5		1,4			
M France métropolitaine	3,9		0,8		0,7		1,1		3,5		1,4			
PRO France métropolitaine, hors Ile-de-France	4,3		0,8		0,8		1,3		3,8		1,6			

Sources : DREES - DRJSCS, Panorama Statistique Jeunesse Sports Cohésion Sociale pour les places d'hébergement et Insee, (janvier 2016)

Taux d'équipement en établissements et services pour enfants et jeunes en situation de handicap, au 01/01/2015

Le taux global d'équipement montre un taux inférieur à la moyenne Française et parmi les plus bas d'Occitanie. En revanche, le taux d'équipement en SESSAD reste dans la moyenne française.

Département	Taux d'équipement global en établissements d'hébergement (places) (*)		Taux d'équipement en places en Service d'éducation spécialisé et de soins à domicile (SESSAD)	
	pour 1000 personnes âgées de moins de 20 ans	Rang	pour 1000 personnes âgées de moins de 20 ans	Rang
09 Ariège	8,2	80	3,7	70
11 Aude	6,0	39	1,9	2
12 Aveyron	9,5	89	2,9	34
30 Gard	5,4	25	3,1	43
31 Haute-Garonne	7,3	60	3,0	40
32 Gers	12,8	99	3,1	42
34 Hérault	5,0	15	2,9	36
46 Lot	8,1	77	3,7	72
48 Lozère	19,8	101	2,8	25
65 Hautes-Pyrénées	12,4	97	4,3	89
66 Pyrénées-Orientales	5,9	37	3,4	62
81 Tam	8,4	84	2,9	32
82 Tam-et-Garonne	5,3	21	2,2	12
F France	6,4		3,0	
M France métropolitaine	6,5		3,0	
PRO France métropolitaine, hors Ile-de-France	7,4		3,4	

Sources : DREES - DRJSCS, Panorama Statistique Jeunesse Sports Cohésion Sociale pour les places d'hébergement et Insee, (janvier 2016)

L'offre médico-sociale en structure et en nombre de places reste inférieure à la médiane des établissements français. Il faut noter l'absence de places dédiées au handicap psychique pour les adultes dans les structures médico-sociales du département alors que la médiane des départements montre 157 places dédiées.

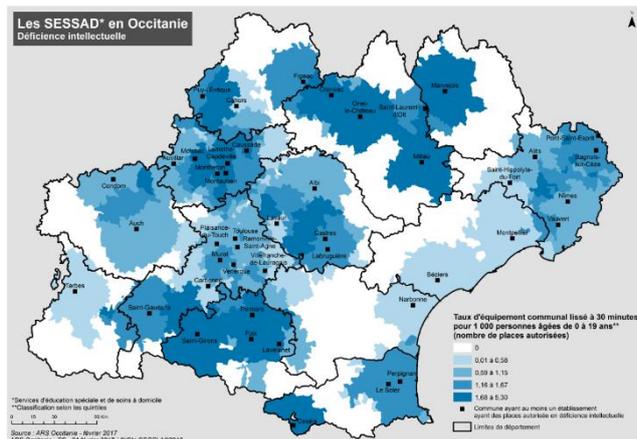
Offre de soins médico-sociale - source DREES - Enquête ES & STATISS

Type de structure		Département : 66 - Pyrénées-Orientales			Indicateurs de comparaison : 2015					
		Nb etab	Nb places	Nb places dédiées au handicap psychique	valeur médiane des Départements			France entière		
		Nb etab	Nb places	Nb places dédiées au handicap psychique	Nb etab	Nb places	Nb places dédiées au handicap psychique	Nb etab	Nb places	Nb places dédiées au handicap psychique
ENFANTS	Total toutes structures MS confondues	21	882	100	29	1 102	106	3 043	128 130	38 440
	Dont Institut Médico-Educatif (I.M.E.)	6	413	.	10	556	.	1 211	69 590	13 420
	Dont Institut Thérapeutiques Educatif et Pédagogique (I.T.E.P.)	2	100	.	3	100	.	381	14 980	14 400
	Dont Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)	13	369	.	14	410	.	1 451	43 560	10 620
ADULTES	Total toutes structures MS confondues	32	1 420	0	38	1 861	157	3 846	206 890	75 300
	Dont Maison accueil spécialisée (M.A.S.)	8	321	.	6	227	.	579	23 970	4 620
	Dont Foyer d'accueil médicalisé (F.A.M.)	4	97	.	8	213	.	701	20 450	7 230
	Dont Etablissement et services d'aide par le travail (E.S.A.T.)	9	739	.	14	985	.	1 444	116 020	45 200
	Dont Services d'accompagnement à la vie sociale pour adultes handicapés (SAVS et SAMSAH)	11	263	.	12	396	.	1 122	45 450	18 250
PERSONNES AGÉES	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	49	3 880	.	65	5 131

Source : DREES - STATISS

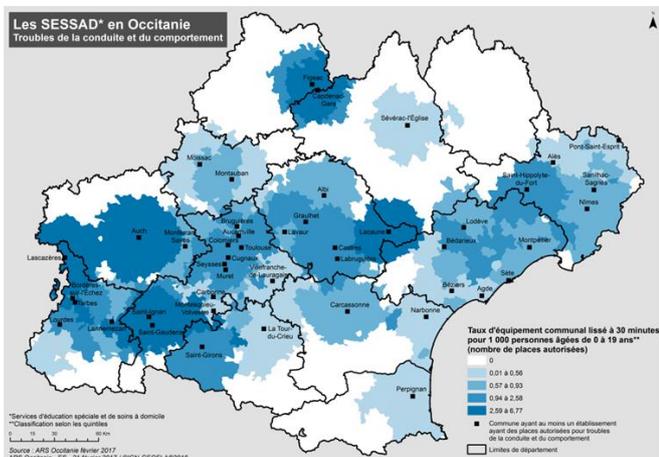
Accessibilité aux différents services médico-sociaux pour les personnes en situation de handicap

- Accessibilité aux services pour personnes en situation de handicap
Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : déficiences intellectuelles



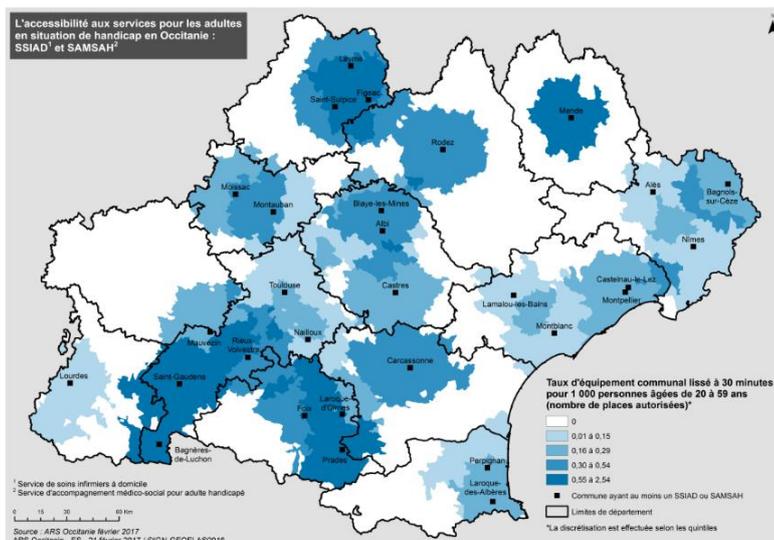
	Population âgée de 20 à 59 ans non couvertes à 30 minutes	Part de la population âgée de 20 à 59 ans non couvertes à 30 minutes (%)
Ariège	11 433	16
Aude	71 718	41
Aveyron	55 450	43
Gard	26 590	7
Haute-Garonne	8 142	1
Gers	72 263	81
Hérault	23 013	4
Lot	45 780	57
Lozère	19 199	51
Hautes-Pyrénées	25 768	24
Pyrénées-Orientales	20 873	10
Tarn	15 637	9
Tarn-et-Garonne	7 595	6
Occitanie	403 462	14

- Accessibilité aux services pour personnes en situation de handicap
Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : troubles de la conduite et du comportement



	Population âgée de moins de 20 ans non couvertes à 30 minutes	Part de la population âgée de moins de 20 ans non couvertes à 30 minutes (%)
Ariège	2 698	8
Aude	6 225	8
Aveyron	28 144	49
Gard	11 803	7
Haute-Garonne	1 238	0
Gers	8 876	22
Hérault	2 304	1
Lot	26 578	76
Lozère	15 291	93
Hautes-Pyrénées	1 098	2
Pyrénées-Orientales	9 374	9
Tarn	1 553	2
Tarn-et-Garonne	3 584	6
Occitanie	118 767	9

- Accessibilité aux services pour personnes en situation de handicap
Adultes : SSIAD et SAMSAH



V. Diagnostic Territorial

A. *Repérage précoce des troubles psychiques, accès aux soins et aux accompagnements*

Ce groupe de travail est animé par **Jacques Many**, Président du Conseil Territorial de Santé.

1. Exposé de la priorité

Le projet territorial de santé mentale⁴ a pour priorité l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

A ce titre, il prévoit l'organisation de :

1. **L'accès à un avis spécialisé** pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes ;
2. **L'accès aux soins et aux accompagnements** dans des délais répondant à la nature des situations ;
3. **L'accès aux dispositifs spécifiques** existant au niveau régional ou interrégional.

Pour permettre d'atteindre ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur :

1. La mobilisation et la sensibilisation des acteurs au repérage précoce des troubles, notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse ;
2. Les professionnels de la psychiatrie, en particulier au titre de la mission de psychiatrie de secteur, et le soutien de ces professionnels aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques ;
3. Les acteurs sociaux et médico-sociaux et le soutien de ces acteurs aux professionnels de la psychiatrie, par la mise en œuvre la plus précoce possible de réponses d'accompagnement adaptées, en particulier pour les situations complexes ;
4. Les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux apportant eux-mêmes leur appui aux proches et aux familles dans leur rôle d'aidants de proximité.

Le projet territorial de santé mentale prend en compte cette priorité en apportant des réponses aux problématiques des populations à risques spécifiques telles que les enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes placées sous-main de justice, personnes en situation de précarité,

⁴ Article R3224-5 du Code de la Santé Publique

personnes ayant des conduites addictives, victimes de psycho-traumatisme, familles nécessitant un accompagnement à la parentalité, et personnes isolées.

2. Etat des lieux

Le repérage précoce des troubles psychiatriques, de l'enfant à la personne âgée constitue un enjeu de santé publique, pour empêcher ou retarder la survenue de la maladie, pour améliorer le pronostic fonctionnel et pour faciliter l'accès aux soins.

Points forts

- Coordination dans le repérage des situations à risque en ante-natal et dans la périnatalité : PMI / Psychiatrie / réseau des sages-femmes
- Sensibilisation des professionnels de la petite enfance au repérage précoce des pédiatres et des autres intervenants (Centre de Ressources Autisme)
- Coordination entre les services de pédiatrie et la pédopsychiatrie publique
- Prise en charge des situations complexes des adolescents facilitée par le réseau Ado66
- Maillage territorial des CMP avec en appui les Conseils Locaux de Santé Mentale permettant le repérage des situations complexes en lien avec les équipes mobiles
- Organisation graduée des soins pour la prise en charge des adolescents (consultations, hôpitaux de jour, hospitalisation à temps complet)

Points faibles

- Lien avec les médecins généralistes
- Engorgement des structures sanitaires ou médicosociales dans le champ de la petite enfance et de l'enfance (avec de forts délais d'attente) lié à la diminution de l'offre libérale dans la prise en charge pour l'accès aux soins et à une forte augmentation des besoins
- Insuffisance du repérage précoce pour les adolescents du fait de situations polymorphes
- Saturation (délais d'attente) des professionnels paramédicaux
- Inadaptation du dispositif de l'Education Nationale pour le repérage précoce des troubles psychiatriques, de l'école primaire au lycée
- Importance des addictions des populations du département dès l'adolescence
- Absence de repérage précoce pour les populations adultes (recours excessif aux urgences démontré)
- Coordination insuffisante entre établissements sanitaires et médico-sociaux
- Déconnexion de la psychiatrie et de l'addiction

Points à améliorer

- Réaffirmation et valorisation de la place et du rôle du médecin traitant dans le repérage précoce et l'accompagnement aux soins
- Développement du dispositif d'accompagnement des situations à risques dans le champ de la périnatalité
- Sensibilisation et de formation au repérage des pathologies psychiatriques et addictions des professionnels de santé dont notamment ceux du premier recours
- Soutien des établissements médico-sociaux des équipes et d'accompagnement pour la prise en charge des adolescents
- Valorisation des missions de repérage précoce de l'Education Nationale
- Renfort du maillage territorial des CMP dans certains lieux de vie (en cohérence avec les réseaux de transport) et à consolider sur des présences adaptées aux besoins des populations (horaires d'ouverture et modes d'interventions)
- Accessibilité financière de certains soins réalisés en secteur libéral
- Développement des programmes d'éducation thérapeutiques spécifiques
- Formations permettant l'intensification des missions de repérage précoce de l'éducation nationale via les comités d'éducation à la Santé et à la Citoyenneté

Ce qu'il faut retenir

- L'importance de la place et du rôle du médecin généraliste dans le repérage précoce.
- La nécessité d'articuler et de coordonner les interventions de premier recours avec la psychiatrie.
- Un repérage assez opérant pour la périnatalité (PMI/ Psychiatrie / Sages-femmes) pour la petite enfance grâce à la formation, l'information des acteurs et aux dispositifs existants (CAMPS, Education Nationale...).
- Un repérage déficient pour les adolescents et pour les adultes du fait de la méconnaissance par la population, par les professionnels libéraux ou d'institutions (de l'éducation nationale,...) des premiers symptômes de la maladie et du fait de l'absence de coordination entre médecins libéraux (premier recours) et médecins hospitaliers.
- Le dispositif de soins public spécialisé en psychiatrie saturé qui ne permet plus d'avoir un accès rapide aux prises en charge.
- La prise en charge des addictions insuffisamment coordonnée et lisible pour une prise en charge de qualité des adolescents et des adultes.

B. Parcours de santé et sans rupture

Ce groupe de travail est animé par **Jérémy Le Fouiller**, Directeur Général des Services du Conseil Départemental des Pyrénées Orientales

1. Exposé de la problématique

Cette priorité recouvre :

- **les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap psychique**, par l'accès le plus précoce possible aux soins, notamment de **réhabilitation**, et aux **accompagnements**, ainsi que par le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire.
- **la coordination des suivis réalisés par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité**, impliqués dans des interventions communes.

2. Etat des lieux

Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale.

Pour le Conseil de la CNSA⁵, les politiques publiques dans le champ de la santé doivent donc favoriser la continuité des parcours de vie des personnes de façon à éviter, ou à défaut accompagner, les ruptures brutales non anticipées, prendre en compte l'ensemble des besoins et y apporter des réponses adéquates, dans le respect de leur projet de vie, de leurs aspirations ou préférences personnelles et de leur dignité humaine.

De façon générale, le groupe de travail a identifié que les ruptures de parcours sont fréquentes :

- en lien avec des catégories d'âge et donc des catégories de réponse : passage de l'adolescence à l'âge adulte et de l'âge adulte vers le troisième âge.
- en lien avec le lieu de prise en charge : passage du sanitaire au médico-social, du médico-social au social, du social au sanitaire,...
- en lien avec des réévaluations de l'état de santé et du niveau de handicap qui sont nécessaires.

⁵ Promouvoir la continuité des parcours de vie – Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie - 2012

Points forts

- Double orientation de la MDPH opérationnelle et dispositif pilote Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) dans le département
- Taux d'équipement de structures médico-sociales départemental considéré comme correct
- Existence d'équipes et dispositifs mobiles sur le territoire (EMPG, MAIA, ELIOS, MAO, EMAP, SAMSAH)
- Travail en réseau des acteurs du territoire (Réseau Ado 66, réseau MAS)
- Structures de réhabilitation psycho-sociale

Points faibles

- Insuffisances dans la communication des informations utiles à la fluidité des parcours
- Absence de grille commune d'évaluation du handicap psychique
- Cloisonnement des prises en charge qui deviennent inadéquates aux besoins des personnes du fait du régime des autorisations et des financements
- Insuffisances des informations au grand public sur le handicap psychique
- Saturation des structures de recours de soins hospitaliers
- Hospitalisations inadéquates
- Inadaptation des modalités de financement des accueils temporaires aux besoins des personnes et charges réelles des structures

Dispositifs à optimiser

- Harmonisation des annuaires des professionnels sur le territoire
- Elargissement du rayon d'action des équipes mobiles sur le territoire et sur les différentes prises en charge (précarité, géronto-psychiatrie, de liaison, d'intervention précoce, d'adolescents...)
- Développement des gestionnaires de cas ou case manager pour le handicap psychique à l'instar de ce qui a été mis en œuvre dans le cadre des MAIA
- Renforcement des activités de réhabilitation psycho-sociale
- Poursuite de l'association plus étroite dans la continuité du parcours de santé de l'Education Nationale pour les enfants et des familles d'accueil pour les adultes
- Rôle central de la MDPH : Saturation liée au nombre de demandes, traitement individualisé, Souplesse dans l'orientation et l'adaptation des parcours
 - Réévaluations nécessaires dans les parcours de vie en dehors des réévaluations administratives obligatoires
 - Possibilités de réorientation en cas d'échec
- Renforcement de l'aide aux aidants

Ce qu'il faut retenir

- Le rôle pivot que joue la MDPH dans la continuité des parcours
- L'existence de dispositifs mobiles de soins mais qui ne peuvent répondre à tous les besoins

C. Accès à des soins somatiques adaptés aux besoins des personnes présentant des troubles psychiques

Ce groupe de travail est animé par **Yves Garcia**, Président de la CME du Centre Hospitalier de Perpignan

1. Exposé de la problématique

Cette priorité recouvre :

1. **le suivi somatique de ces personnes par les médecins généralistes**, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé.
2. Dans le cadre de l'hospitalisation, elle implique **l'organisation des établissements ayant une activité en psychiatrie pour assurer à leurs patients un accès aux soins somatiques**, y compris spécialisés.
3. **l'organisation par les établissements de santé autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique d'un accueil spécifique de ces personnes**, incluant l'accès aux investigations et aux soins spécialisés nécessaires, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.

2. Etat des lieux

La surmortalité des personnes ayant des troubles psychiques sévères est démontrée dans les différentes études et s'aggrave de manière continue, alors que l'espérance de vie de la population générale augmente. En effet, la nature même de la pathologie psychiatrique éloigne les personnes des soins somatiques : difficulté, voire incapacité à engager une démarche de soins, intolérance des circuits de soins « ordinaires » à l'égard des malades mentaux, inadaptation des soins à ces patients, co morbidité..... En outre, les traitements médicamenteux qui sont prescrits pour les soins psychiatriques peuvent entraîner des effets secondaires bien repérés (surcharge pondérale, libido, dyskinésie, problèmes cardiaques, douleurs...), dégrader leur qualité de vie et peuvent interagir avec d'autres médicaments ou avoir une incidence sur d'autres affections somatiques.

Points forts

- Réalisation de bilans somatiques à l'entrée des établissements spécialisés en psychiatrie dont le délai et le contenu peuvent être variables.
- Opérationnalité du dossier patient informatisé de l'établissement public spécialisé en santé mentale.
- Fonctionnement d'outils de recherche des structures de soins (annuaire médical, application mobile). Existence d'une équipe psychiatrique de liaison améliorant la prise en charge des patients psychiatriques souffrant de problèmes somatiques et inversement.
- Existence d'une équipe d'accompagnement aux examens spécialisés pour les patients hospitalisés en psychiatrie publique. Possibilité pour les équipes d'extra hospitalier psychiatrique d'accompagner un patient si besoin lors d'une consultation ou d'un examen.

- Accès facilité à des consultations somatiques avancées spécialisées et à des examens complémentaires pour les patients hospitalisés et suivi en psychiatrie publique.

Points faibles

- Manque d'interface entre l'établissement public de santé mentale et les autres secteurs d'hospitalisation et/ou les soins de ville.
- Difficulté pour le MCO à démultiplier les circuits spécifiques (handicapés, personnes âgées, patients psychiatriques, gardés à vue, etc.).
- Manque de concertation et de coordination entre les différents acteurs du soin et du médico-social
- Difficulté de la prise en charge des situations complexes qui est aggravée lorsque plusieurs professionnels de différents secteurs interviennent dans la prise en charge.
- Méconnaissance de la part des professionnels du somatique des troubles, des traitements et de la prise en charge psychiatrique.
- Difficultés d'accès aux soins somatiques liés à la crainte :
 - Des professionnels d'être connus comme ceux acceptant des patients psychiatriques
 - Des patients psychiatriques d'être stigmatisés par les professionnels
- Difficultés d'accès aux examens complémentaires du fait de la méconnaissance des troubles psychiatriques et du fait de circuits inadaptés.
- Faible nombre de patients ayant un médecin traitant déclaré et effectif.
- Absence de consultations d'endocrinologie, compte tenu des troubles métaboliques générés par les traitements.
- Hétérogénéité de l'organisation du secteur ambulatoire selon les lieux de vie.

Points à améliorer

- Mise en place du DPU sur le département
- Modalités d'utilisation et de diffusion du répertoire opérationnel des ressources (outil en ligne permettant une recherche des structures et de la disponibilité de leurs ressources), le médico-social est en train d'intégrer ce dispositif.
- Développement de l'accompagnement pour les patients psychiatriques à toutes les étapes de la prise en charge.
- Développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).
- Généralisation d'une équipe mobile de psychiatrie de liaison au sein de l'ensemble des établissements de santé MCO.
- Accessibilité financière de certains soins dont la prise en charge des transports par l'Assurance Maladie.
- Accès aux données de santé par les professionnels participant à la prise en charge.
- Développer les échanges entre professionnels concernés.

Ce qu'il faut retenir

- La coordination entre médecine de ville, médecins généralistes, spécialistes, autres professionnels de santé libéraux d'une part et les professionnels des structures sanitaires d'autre part, est perfectible.
- Les patients souffrant de troubles psychiques et/ou marginalisés n'ont pas toujours de médecin traitant.
- Les difficultés d'accès aux médecins spécialistes et aux examens complémentaires (rendez-vous spécifiques si possible regroupés, personnel non formé spécifiquement) sont importantes. A cet élément se surajoutent l'absence d'accompagnement et de facilité de transport lors de ces actes.
- Une absence de psychiatrie de liaison dans les établissements MCO privés ou à but non lucratif.

D. Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence

Ce groupe de travail est animé par **Guillaume Dubois**, Délégué départemental des Pyrénées Orientales

1. Exposé de la problématique

Cette priorité recouvre :

1. l'organisation de **l'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes**, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales, en prévention de la crise et en cas de crise, et la promotion des partenariats nécessaires entre les professionnels de santé et ces structures, incluant des interventions concertées et coordonnées.
2. l'organisation par l'agence régionale de santé, en lien avec les établissements autorisés en psychiatrie, d'un dispositif de réponse **aux urgences psychiatriques sur leur territoire**, conformément aux dispositions de l'article L.3221-5-1 du code de la santé publique.
3. **la participation des professionnels de la psychiatrie** aux prises en charge réalisées au sein des structures d'urgences des établissements de santé, conformément aux dispositions prévues par l'article R6123-32-9 du code de la santé publique, dans un cadre organisant les responsabilités des acteurs dans les parcours de soins des personnes présentant des troubles psychiques, afin d'en favoriser la fluidité. Une attention particulière est portée à la prévention et au suivi du risque suicidaire.
4. **l'organisation du suivi des personnes lors de leur sortie d'hospitalisation**, afin d'éviter les ruptures dans les parcours de soins et de mettre en place, en cas de besoin, l'accompagnement social et/ou médico-social nécessaire.

2. Etat des lieux

Le groupe s'est attaché à préciser les différences entre les notions de crise et d'urgence. La crise en psychiatrie est un processus et l'urgence est un état aigu.

L'urgence en psychiatrie est une demande dont la réponse ne peut être différée : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique. L'urgence en psychiatrie doit être déconnectée du lieu de prise en charge ou du mode de traitement (pas nécessairement dans un service des urgences).

L'urgence psychiatrique recouvre en réalité trois grandes catégories d'états pathologiques :

- l'urgence psychiatrique pure par décompensation d'une affection psychiatrique lourde (mélancolie, grand état d'angoisse, agitation), qui à l'évidence nécessite une prise en charge en milieu psychiatrique après élimination par le diagnostic d'une affection organique ;
- les urgences psychiatriques mixtes regroupent les malades qui présentent des manifestations organiques et psychiatriques simultanées : tentatives de suicide, délirium tremens, etc. ;
- les états aigus transitoires c'est-à-dire les réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain psychologique vulnérable à la suite d'événements, conflits et détresse.

La crise est un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, se résout exceptionnellement de manière positive et évolue au contraire vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte.

Points forts

- Existence d'un service d'hospitalisation en psychiatrie au sein du Centre Hospitalier de Perpignan pour prendre en charge les situations de crise
- Existence d'un service de consultations psychiatriques disponible H24 susceptible d'intervenir immédiatement dans le service des urgences du Centre Hospitalier de Perpignan
- Astreinte en pédo-psychiatrie intervenant sur la pédiatrie du CH de Perpignan
- Fonctionnement d'un service de psychiatrie de liaison au sein du Centre Hospitalier de Perpignan
- Dispositifs de prévention des situations de crise mis en œuvre dans le cadre des CLSM : Cellules de gestion des cas complexes (Prades, Perpignan, Canet-en-Roussillon) et équipes mobiles d'intervention précoce (Perpignan et Argelès-sur-mer)
- Intervention d'une Equipe Mobile de Psycho-Gérontologie en prévention des situations de crise sur certaines structures médico-sociales du département.
- Existence d'une équipe mobile psychiatrie précarité
- Programme santé-ville sur Perpignan
- Dispositif de formation et de soutien à l'intention des personnels médico-sociaux pour les conduites à tenir
- Dispositif Vigilans pour la prise en charge et de suivi du risque suicidaire

Points faibles

- Manque d'homogénéité dans le déploiement des équipes mobiles sur le territoire des PO.
- Disparités des modalités d'organisation des Centres Médico-Psychologiques : accueil, horaires d'ouverture, pas ou peu d'intervention sur l'accueil des urgences et de la crise (n'apporte pas tout le temps une réponse adaptée).
- Importance du nombre de mesures en soins sans consentement
- Articulation insuffisante entre les dispositifs pour prévenir la crise : rôle du médecin traitant et des professionnels paramédicaux à renforcer avec les structures de soins.
- Difficultés d'harmonisation entre structures médico-sociales, sociales et sanitaires : quels outils ? quels moyens ?
- Absence de lisibilité du rôle de chaque professionnel de santé sur un territoire : Qui fait quoi selon les bassins de vie ?
- Ruptures fréquentes de prise en charge psychiatrique lors d'une admission dans une structure médico-sociale : changements de secteurs psychiatriques par déménagements !
- Insuffisance de la prévention primaire du risque suicidaire
- Absence de dispositifs spécifiques sur les « perdus de vue » dans le secteur publics

Points à améliorer

- Harmonisation des fonctionnements des CMP
- Poursuite du déploiement des cellules de gestion des cas complexes et des équipes mobiles
- Développement nécessaire d'un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire.
- Développement de l'interconnaissance des dispositifs existants.
- Développement des outils favorisant la capacité des patients et de leurs proches à prendre en charge leur maladie : information des familles.

Ce qu'il faut retenir

- Une organisation d'une permanence H24 d'une équipe du CH de Thuir (psychiatre et IDE) au sein des urgences du CH de Perpignan fonctionnelle et efficiente.
- Quatre CLSM existent et fonctionnent sur le territoire dont 3 disposent d'une cellule de gestion des cas complexes existant sur le territoire.
- Disparités des modalités de réponse à la crise et à l'urgence sur le territoire selon les CMP et les moyens alloués (existence ou absence d'équipe mobile généraliste ou EMPG)
- Ruptures dans les parcours de prise en charge provoquant des crises

E. Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques

Ce groupe de travail est co-animé par **Annie Guerrier** et **Marie Maffrand**, Représentantes des usagers

1. Exposé de la problématique

Cette priorité recouvre

1. la **promotion de l'implication de ces personnes et de leurs proches et familles** dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement, notamment à travers **l'éducation thérapeutique, le soutien aux aidants et les modalités d'entraide par les pairs, tels que les groupes d'entraide mutuelle** visés aux articles L.114-1-1 et L.114-3 du code de l'action sociale et des familles.
2. le développement des **espaces de concertation et de coordination locales**, notamment les conseils locaux de santé et de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale.
3. **l'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits afin d'en favoriser l'accès**. Une attention particulière est portée aux personnes en situation de soins sans consentement selon les articles L. 3211 et suivants.
4. **La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques** et l'amélioration de l'information du grand public sur la santé mentale.

2. Etat des lieux

Points forts

- Existence de deux Groupes d'Entraide Mutuelle sur le département
- Programmes d'Education Thérapeutique sur les addictions, les médicaments et la diététique
- Maillage du département par 4 CLSM
- Existence du Comité Départemental d'Ethique des établissements psychiatriques pouvant être saisi sur les questions du respect de la liberté des usagers
- Existence d'un faible taux de levée par le Juge des Libertés et de la Détention dans le cadre du contrôle des procédures en soins sans consentement synonyme de respect de la légalité, de l'information et des droits du patient
- Réalisation d'actions de communication et d'information diversifiées sur la déstigmatisation

Points faibles

- Manque de visibilité des associations (usagers, famille) pouvant jouer un rôle de pairs aidants sur le département.

- Complexité des formalités administratives parfois inaccessibles, inadaptées et de plus en plus dématérialisées pour l'accès et le maintien aux droits (méconnaissance de certains dispositifs existants)
- Stigmatisation de la maladie mentale et mauvaise représentation du handicap psychique de la part de tous les acteurs (professionnels, grand public, usagers,...)
- Importance du nombre des mesures en soins sans consentement malgré la mise en œuvre d'actions d'interventions précoces et de communication
- Difficultés de concilier le respect du secret médical et l'information des familles et des partenaires.
- Accessibilité insuffisante des programmes d'Education Thérapeutique
- Cloisonnement entre les secteurs social, médico-social et sanitaire

Points à améliorer

- Favoriser l'implantation de GEM sur le territoire dans le cadre d'un réseau coordonné et développer les échanges avec les établissements de santé mentale sans dénaturer les missions des GEM
- Meilleur maillage territorial des CLSM sur Cerdagne/Capcir et le Vallespir.
- Promotion du rôle et du domaine de compétence de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques auprès des professionnels hospitaliers et des patients hospitalisés
- Accès à l'information et à la formation des professionnels sociaux et médicaux, des usagers et leur famille pour l'accès aux droits en lien avec la MDPH
- Favoriser les actions d'information (médias, communication,...) qui restent aujourd'hui insuffisantes visant à déstigmatiser la santé mentale
- Améliorer la visibilité des associations.

Ce qu'il faut retenir

- Un maillage du territoire par les CLSM à l'exception du Vallespir, de Céret, de la Cerdagne et du Capcir
- Un développement insuffisant des GEM
- Un manque de visibilité des associations d'usagers de la part du grand public
- Une insuffisance de communication entre les acteurs (communication horizontale) et avec les tutelles (communication verticale)
- Peu de programmes d'éducation thérapeutique sur le handicap psychique sur le territoire
- Nombre élevé des mesures en soins sans consentement sur le territoire

F. Actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux du mal-être

Ce groupe est animé par **Eric Doat**, Directeur Départemental de la Cohésion Sociale des Pyrénées-Orientales.

1. Exposé de la problématique

Cette priorité recouvre notamment les **interventions visant le renforcement des compétences psychosociales de la population**, en particulier dans le champ de l'éducation, de la parentalité, de l'hygiène de vie et du travail, afin de promouvoir la santé mentale et de prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques.

Les territoires prioritaires de la politique de la ville font l'objet d'une attention particulière dans ce cadre.

2. Etat des lieux

Le groupe de travail a décidé de limiter la réflexion aux thèmes de l'accès et le maintien au logement et à l'emploi tout en abordant les questions relatives au renforcement des compétences psycho-sociales.

Points forts

- Une offre en logement autonome qui maille le territoire départemental en développement constant qui a vocation à se développer sur le territoire dans des unités plus petites et plus adaptées aux besoins des populations.
- Une offre de logements adaptés diversifiée (résidence accueil, maisons relais, ...) dont le développement est prévu dans le PDLHPD.
- Existence d'équipes mobiles de psychiatrie qui ont vocation à intervenir au domicile dans le cadre de suivi ou
- Existence de dispositifs de réhabilitation psychosociale

Points faibles

- Des articulations entre les bailleurs sociaux et les soins pour l'accès au logement social et pour le maintien en logement social à développer
- Difficultés d'accès au logement autonome, public ou privé et à l'emploi
- Dispositif sanitaire peu lisible et peu repéré
- Méconnaissance réciproques des différents dispositifs existants
- Manque de formation / sensibilisation des personnels de proximité (intervenants dans le champ du logement et de l'emploi tels que travailleurs sociaux, concierges, police, éducateurs, ...) vis-à-vis des patients de la santé mentale
- Adressages non pertinents au SIAO pour l'hébergement d'insertion ou le logement adapté

- Importance des troubles addictifs dans les logements adaptés et dans le secteur de la veille sociale et de l'hébergement, première marche vers le logement

Points à améliorer

- Accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques dans le maintien au logement et à l'emploi
- Développement du partage d'informations
- Travail sur l'évolution des représentations de la maladie mentale
- Développement du logement adapté par la mise en lien du PDLHPD et du PTSM
- Les dispositifs de réhabilitation psychosociale qui doivent être développés et renforcés.

Ce qu'il faut retenir

- Une offre en logement autonome qui maille le territoire départemental en développement constant qui a vocation à se développer sur le territoire dans des unités plus petites et plus adaptées aux besoins des populations.
- Des dispositifs d'accès au logement adapté comme le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) recevant une part non négligeable de demandes inadéquates au regard de la situation de la personne (AAH, ...)
- Une offre de logements adaptés à renforcer au regard des besoins de la population
- Une absence de coordination et de communication entre les acteurs du secteur libéral, du secteur social, les intervenants de proximité (gardien d'immeuble) et le secteur sanitaire

VI. Projet Territorial de Santé Mentale

L'ensemble des six groupes de travail ont élaboré un plan d'action. Certaines actions étant communes elles ont été mutualisées autour de quatre axes stratégiques :

- Développer un dispositif de formation territorial
- Adapter l'offre de soins et l'offre de services sur le territoire
- Promouvoir l'accessibilité aux soins
- Coordonner les parcours de soin et de vie entre les structures et les acteurs

A. *Développer un dispositif de formation territorial*

Contexte

L'ensemble des groupes de travail ont placé la formation continue des professionnels du territoire comme un enjeu du Projet Territorial de Santé Mentale. En effet, la formation est un levier permettant de renforcer les compétences des professionnels pour la détection des troubles, la prévention des situations de crise, l'amélioration de la prise en charge dans un projet de soins et dans un parcours de vie.

Objectif

- Permettre aux professionnels de chaque secteur d'avoir accès à une formation adaptée à son métier qui lui permette de détecter, d'agir et de prévenir les problématiques de santé mentale de la personne
- Faciliter l'accès au dispositif de soins adapté à l'état de santé de la personne.

Objectifs secondaires :

- Promouvoir la santé mentale et œuvrer pour la destigmatisation
- Savoir détecter les signaux liés aux problématiques d'addiction et de santé mentale
- Décloisonner les pratiques pour fluidifier les parcours de prises en charge
- Renforcer la diffusion des bonnes pratiques professionnelles

Les besoins en formation relevés dans le PTSM

- Sensibilisation à la santé mentale
- Détection des problématiques de santé mentale (adultes, enfants, adolescents, personnes âgées)
- Connaissance des pathologies psychiatriques et leurs traitements
- Les effets secondaires des traitements psychiatriques sur les patients
- Repérage des situations de crise
- Connaître et prendre en charge le handicap psychique
- Les outils d'évaluation et d'analyse des situations clinique (sanitaire et médico-social)
- Les soins sans consentement
- Les actions de prévention du suicide
- L'addictologie

- La réhabilitation psycho-sociale
- Le case management et le travail en réseau
- Méthodologie des REX et patients traceurs

Le public cible

- Infirmiers et médecins libéraux, intervenants dans les maisons de santé
- Equipes des structures médico-sociales et sociales
- Equipe soignante des établissements de santé
- Gardiens d'immeuble et opérateurs du logement
- Les forces de police et de gendarmerie
- Les services publics accueillant du public (services d'insertion, Préfecture, CAF, justice, Protection Judiciaire de la Jeunesse ...)
- Les services sociaux des MSP
- L'Education Nationale
- Les aidants et les proches (parents, fratrie ...)
- Les familles d'accueil
- Les intervenants au domicile, non professionnels de santé (auxiliaire de vie, aide-ménagère ...)
- Les élus

Les outils de formation

- Soirées d'information pour les actions de sensibilisations
- DPC
- Journées de formation
- E-learning
- MOOC
- Conférences
- Nouvelles formes d'apprentissage virtuelles

Pilote du projet

- Dispositif de formation territorial

Acteurs du projet

- Professionnels de la santé mentale

Financement du projet

Financement via les OPCA et l'ANFH

Indicateurs

- Mise en œuvre d'un plan de formation territorial
- Nombre de formations réalisées
- Nombre de professionnels formés dans les différentes structures de prise en charge

B. Adapter l'offre de soins et l'offre de service sur le territoire

1. Déployer un dispositif territorial de télémédecine en psychiatrie

Contexte

Sur le territoire des Pyrénées Orientales, comme dans les autres départements, l'effectif de psychiatre est en forte diminution et les établissements doivent faire face à une pénurie de psychiatres. En outre, compte tenu de la géographie du territoire, le développement de la télémédecine peut permettre de limiter les déplacements en transports sanitaires pour des résidents de structures médico-sociales. Les enjeux⁶ de la télémédecine sont multiples et notamment de proposer une réponse spécialisée dans un objectif de réduire les inégalités d'accès aux soins.

Objectif

- Limiter la mobilisation des ressources spécialisées en santé mentale en améliorant la réactivité de la réponse

Objectifs secondaires :

- Eviter les ruptures de parcours
- Proposer un avis spécialisé aux professionnels de santé intervenant en secteur ambulatoire

Etapes du projet

- Réaliser un diagnostic des équipements nécessaires dans le territoire
- Proposer une priorisation en direction de structures médico-sociales pour les personnes âgées

Pilote du projet

- E-santé Occitanie / Délégation Territoriale des Pyrénées Orientales

Acteurs du projet

- Etablissements de santé publics et privés spécialisés en santé mentale
- Etablissements médico-sociaux personnes âgées et handicapées
- Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- Médecins généralistes

Financement du projet

Article 54 – « Prise en charge de la télémédecine » de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale. Rémunération spécifique des actes y compris à titre dérogatoire sur la DAF Psychiatrie.

Indicateurs

- Nombre d'actes réalisés dans le cadre de la télémédecine
- Analyse qualitative des actes réalisés et des pathologies des patients

⁶ Définis par le Décret N°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

2. Développer un réseau de réhabilitation psycho-sociale sur le territoire

Contexte

Plusieurs éléments du diagnostic territorial (difficultés d'accès au logement autonome ; adresses non pertinents au SIAO) ont démontré la nécessité de développer sur le territoire un dispositif de réhabilitation psycho-sociale.

« La réhabilitation psychosociale s'adresse aux patients souffrant de troubles psychiques sévères, en particulier les troubles psychotiques (schizophrénie), les troubles délirants schizo-affectifs et bipolaires »⁷. La réhabilitation psycho-sociale est un moyen d'accompagnement de la maladie et vise des objectifs selon deux axes :

- Agir sur la personne :
 - réduire les symptômes de la maladie et les effets contraires des traitements,
 - améliorer leurs compétences sociales (capacité à interagir avec autrui de manière adéquate),
 - favoriser l'inclusion socio-professionnelle
 - améliorer la qualité de vie
- Agir sur l'environnement :
 - soutenir leurs familles,
 - réduire la stigmatisation et la discrimination,
 - utiliser les ressources de l'environnement.

Objectif

- Fluidifier le parcours de vie des personnes et faciliter l'accès au logement des sortants d'hospitalisation.

Etapes du dispositif

- Créer un centre référent de réhabilitation et de remédiation cognitive : le centre est un « plateau technique » ayant pour vocation d'améliorer le pronostic fonctionnel et la prévention des rechutes, et mettre en place des soins de réhabilitation psychosociale sur le modèle de la rééducation fonctionnelle.
- Mettre en œuvre un réseau relatif à la réhabilitation psychosociale intégrant un versant communautaire : participation active des usagers, inclusion sociale

Pilote du projet

- Centre Hospitalier de Thuir

Acteurs du projet

- Etablissements de santé public et privés
- Etablissements médico-sociaux proposant un accès au logement (appartements de coordination thérapeutique,...)

⁷ OMS et AMRP, 1996

- Structures et établissement sociaux (Croix Rouge, ACAL,...)
- Bailleurs sociaux et bailleurs privés
- Associations (cohérence réseau,...)

Financement du projet

DAF Psy et/ou FIR pour le réseau

Indicateurs

- File active des patients pris en charge par le dispositif
- Diagnostics des patients pris en charge
- Recueil de l'activité par type de prise en charge
- Taux de réhospitalisation
- Nombre d'actions de concertations auprès de situations complexes

3. Intervenir précocement en prévention des situations de crise ou dans les situations complexes

Contexte

Depuis quelques années sur le territoire des Pyrénées Orientales se sont développés des dispositifs permettant d'« aller vers » ceux qui ne sollicitent pas le dispositif de soins (déni de la maladie, grande précarité) car l'accès aux soins peut-être difficile en raison des délais de prise en charge, des horaires ou lieux où les soins sont disponibles, notamment en urgence. Ces dispositifs ont montré leur efficacité et sont un point fort relevé dans le diagnostic territorial.

Objectif

- Créer des équipes mobiles d'intervention précoces en lien avec les cellules de gestion des cas complexes et les actions organisées dans le cadre des Conseils Locaux de Santé Mentale

Objectifs secondaires :

- Proposer un suivi ambulatoire sur le temps de crise et favoriser l'accès aux soins
- Proposer une alternative à l'hospitalisation (hors des situations d'urgence)
- Soutenir l'entourage et les familles d'accueil

Etapas du projet

- Identifier quantitativement les besoins par Conseil Local de Santé Mentale (nombre de situations complexes,...)
- Calibrer la composition de l'équipe mobile
- Communiquer auprès des partenaires sur les missions et l'organisation de l'équipe

Pilote du projet

- Les conseils locaux de santé mentale et l'ensemble des acteurs y intervenant

Acteurs du projet

- Etablissements de santé
- Acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires du territoire.
- Plateforme Territoriale d'Appui

Financement du projet

Financement sur l'enveloppe sanitaire de la psychiatrie

Indicateurs

- File active et nombre d'actes réalisés par les équipes mobiles
- Questionnaires satisfactions des modalités d'intervention des équipes.

4. Promouvoir les programmes d'éducation thérapeutique

Contexte

Dans le champ de la santé mentale, plusieurs programmes d'éducation thérapeutique sont labellisés par l'Agence Régionale de Santé. Ces programmes développés par le Centre Hospitalier de Thuir et la clinique Du Pré à Théza restent encore confidentiels. L'éducation thérapeutique des patients vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique et à être acteur de leur santé. Elle permet une meilleure adhésion au traitement et au suivi de la maladie par le patient dans le cadre d'une alliance thérapeutique avec les soignants.

Objectif

- Etendre le nombre de patients pouvant bénéficier d'un programme d'éducation thérapeutique labellisé du territoire pour les rendre acteur de leur santé.

Objectifs secondaires :

- Améliorer l'observance des traitements médicamenteux
- Limiter les conduites addictives chez les patients souffrant de maladies psychiatriques.

Etapes du projet

- Structurer un groupe d'éducation thérapeutique territorial qui aura pour mission de coordonner les programmes.
- Former les professionnels de santé pour animer les programmes d'ETP
- Définir un calendrier de déploiement des programmes labellisés avec fixation d'objectifs quantitatifs
- Promouvoir de nouveaux programmes en lien avec les objectifs régionaux

Pilote du projet

- A définir

Acteurs du projet

- Etablissements de santé publics et privés spécialisés en santé mentale
- Etablissements médico-sociaux dans le champ des addictions
- Médecins généralistes

Financement du projet

FIR

Indicateurs

- Nombre de patients ayant bénéficié de programme d'éducation thérapeutique
- Evaluation annuelle des différents programmes d'éducation thérapeutiques déployés sur le territoire.

5. Généraliser une prise en charge psychiatrique dans l'ensemble des établissements MCO

Contexte

Sur le territoire, le diagnostic a relevé un manque d'homogénéité de l'intervention des structures de soins psychiatriques publiques ou privées dans les établissements MCO. Cet état de fait amène les structures privées MCO à transférer les patients au Centre Hospitalier de Perpignan qui bénéficie d'une équipe de liaison psychiatrique.

Objectif

- Améliorer la prise en charge des pathologies multiples et complexes pour les patients souffrant de troubles psychiatriques

Objectifs secondaires :

- Eviter les ruptures de parcours
- Eviter la discrimination des patients souffrant de troubles psychiatriques en les adressant systématiquement dans le secteur public hospitalier pour les pathologies MCO
- Eviter les examens cliniques complémentaires et/ou redondants.

Etapas du projet

- Evaluer les besoins en avis psychiatriques expert dans les différentes structures MCO
- Définir une organisation des soins dans chacun des établissements MCO en fonction des besoins identifiés

Pilote du projet

A définir

Acteurs du projet

Etablissements de santé publics et privés intervenant dans les champs MCO et psychiatriques

Financement du projet

Pour les praticiens libéraux, facturation des actes à l'Assurance Maladie

Indicateurs

- File active des patients pris en charge par l'équipe de liaison départementale
- Nombre d'actes réalisés par l'équipe par structure de soins MCO.

6. Elargir le dispositif d'accueil non programmé des patients connus aux structures de soins privées

Contexte

L'offre publique d'hospitalisation à temps complet en santé mentale est actuellement saturée. L'offre de soins privée ne permet de réaliser des admissions de patients qui sont pris en charge par les psychiatres libéraux et antérieurement ces structures de soins compte tenu de leur organisation.

Objectif

- Eviter les ruptures de parcours et favoriser la continuité de la prise en charge

Etapas du projet

- En amont de l'urgence, il est possible de détecter les prémices de décompensations cliniques lorsque le patient vient en consultation libérale ou dans les structures d'hôpital de jour.
- Réflexion autour d'une organisation des admissions en hospitalisation à temps complet la nuit et les week-ends
- Etude de la possibilité de mettre en œuvre une permanence des soins mutualisée territoriale

Pilote du projet

- Les établissements de santé spécialisés dans la prise en charge en santé mentale.

Acteurs du projet

- Etablissements de santé publics et privés MCO
- Urgences du Centre Hospitalier de Perpignan

Financement du projet

A définir

Définir les modalités de rémunération de la permanence des soins pour les praticiens libéraux

Indicateurs

- Organisation du dispositif
- Nombre d'admissions en accueil non programmé dans les structures de soins privées.
- Taux moyen d'occupation des différentes structures de soins en santé mentale.

7. Proposer un égal accès aux consultations en santé mentale à destination de populations spécifiques

Contexte

Certains dispositifs prenant en charge des populations spécifiques ont été développés dans le département des Pyrénées Orientales. Ainsi, l'Equipe Mobile de Géro-nto-Psychiatrie et l'Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité sont devenus des maillons essentiels dans la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de précarité. Elles répondent de façon très satisfaisante aux besoins des structures médico-sociales et sociales et à la population. Or, les moyens limités ne leur permettent pas d'intervenir de façon uniforme sur le territoire.

Objectif

- Proposer la même offre de soins spécialisée sur le territoire et aux acteurs médico-sociaux et sociaux pour une égalité d'accès aux soins.

Etapes du projet

- Evaluer les moyens complémentaires en ressources humaines et matérielles pour déployer l'EMPP et l'EMPG sur l'ensemble du département.
- Conventionner avec l'ensemble des structures sociales et médico-sociales pouvant bénéficier du dispositif.

Pilote du projet

- Le Centre Hospitalier de Thuir

Acteurs du projet

- Acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires du territoire.

Financement du projet

DAF Psy

Facturation des prestations de soins aux établissements médico-sociaux qui sont financés via leurs dotations soins.

Indicateurs

- File active et nombre d'actes réalisés par les équipes mobiles
- Questionnaires satisfactions des modalités d'intervention des équipes.

8. Renforcer la prise en charge des adolescents

Contexte

Un projet de création de Maison des Adolescents est en cours dans le département des Pyrénées Orientales grâce à un co-pilotage du Conseil Départemental et de l'Agence Régionale de Santé. Le réseau ADO66 contribue actuellement à la résolution et à la coordination des situations complexes en lien avec les acteurs du territoire. Toutefois, les problématiques des adolescents complexes sont de plus en plus nombreuses et nécessitent des soins adaptés et des interventions sanitaires précoces.

Objectif

- Intervenir auprès des jeunes de 11 à 17 ans, scolarisés au collège ou lycée, public et privé et présentant une souffrance psychologique et pour lesquels aucune démarche de soin n'est engagée.
- Pouvoir répondre à des situations qui préoccupent les professionnels de l'Education Nationale.

Etapes du projet

- Evaluer les moyens complémentaires en ressources humaines et matérielles pour déployer une équipe mobile de Soins pour Adolescents
- Conventionner avec l'ensemble des structures sociales et médico-sociales et l'Education Nationale pouvant bénéficier du dispositif.

Pilote du projet

- Centre Hospitalier de Thuir

Acteurs du projet

- Agence Régionale de Santé
- Conseil Départemental
- Etablissements de santé
- Maison des adolescents
- Réseau Ado66

Financement du projet

DAF Psy

Indicateurs

- File active et nombre d'actes réalisés par l'équipe mobile
- Questionnaires satisfactions des modalités d'intervention de l'équipe mobile.

9. Refonder le dispositif territorial de prise en charge des addictions

Contexte

Le diagnostic territorial a relevé que les problématiques d'addictions étaient prépondérantes dans le département et que le dispositif territorial ne semblait pas être suffisamment coordonné pour répondre aux besoins des élus, des professionnels et des patients souffrant d'addictions. .

Plusieurs schémas dont le PLHPD ont relevé la nécessité de mieux prendre en charge les problématiques psychiatriques et d'addictions notamment dans les dispositifs de veille sociale et d'hébergement.

Objectif

- Coordonner les acteurs des addictions

Objectifs secondaires :

- Fluidifier les parcours de soin des patients
- Eviter les ruptures de parcours

Etapas du projet

- Définir un tiers en charge de l'évaluation du diagnostic partagé
- Mettre en place un plan d'actions
- Proposer une communication à destination des acteurs sur l'organisation mise en oeuvre

Pilote(s) du projet

- Agence Régionale de Santé

Acteurs du projet

- Etablissements de santé
- Etablissements et structures sanitaires et médico-sociales
- Professionnels intervenant dans le parcours de soin ou de vie des personnels

Financement du projet

A définir

Indicateurs

- Réalisation du diagnostic territorial.

10. Accroître le nombre de places en logements adaptés réservés aux personnes en situation de handicap psychique

Contexte

Les patients qui souffrent de pathologies psychiatriques ont des difficultés d'accès au logement et notamment au logement adapté. Les pensions de famille sont une résidence sociale dont les habitats communautaires de petite taille associent la jouissance de logements privatifs à la présence de lieux collectifs. Ces structures sont destinées à fournir un logement, sans limitation de durée, à des personnes, qui ne peuvent trouver un équilibre de vie dans un logement individuel autonome, en leur permettant de :

- lutter contre la solitude, en offrant une resocialisation par la fréquentation de lieux collectifs (salle de réunion, cuisine, ...) ainsi que par des activités collectives (réunions, repas, ...)
- favoriser le lien social
- constituer, pour ceux qui le peuvent, une étape vers l'accès à un logement individuel autonome

Ces résidences sont destinées à accueillir des personnes souffrant de troubles psychiatriques à faible niveau de ressources dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde.

Objectif

- développer une offre de logements adaptés en direction des personnes souffrant de déficit psycho-social et de handicap psychique.

Etapes du projet

- Définir un projet d'établissement en lien avec les établissements de santé spécialisés en santé mentale.
- Construire une structure adaptée
- Mettre en œuvre une procédure d'admission et de suivi en lien avec l'établissement de santé en charge du suivi du patient.

Pilote du projet

- Structure à vocation sociale

Acteurs du projet

- Direction Départementale de la Cohésion Sociale
- Etablissements de santé

Financement du projet

Prévu au PLHPD

Indicateurs

- Fonctionnement de la structure

C. Promouvoir l'accessibilité aux soins

1. Réaffirmer l'importance et la place des professionnels du premier recours dans le repérage précoce

Contexte

Le repérage précoce des troubles psychiatriques, de l'enfance à l'âge adulte est un enjeu de santé publique. Ainsi, les professionnels du secteur ambulatoire, du premier recours, sont des acteurs incontournables dans le repérage précoce des troubles

Objectif

- Renforcer les compétences des acteurs dans le repérage précoce des troubles psychiques pour favoriser l'entrée précoce dans le parcours de soins.

Objectifs secondaires :

- Développer la réalisation d'évaluations en santé mentale des professionnels de recours
- Rendre plus lisible l'offre de soins en santé mentale
- Développer la coordination des psychiatres avec les acteurs du premier recours dans le cadre des CPTS (Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) notamment.

Etapas du projet

- Réaliser des actions d'information entre les CPTS et les psychiatres du territoire
- Rédiger et diffuser un guide sur le repérage des pathologies psychiatriques et de l'autisme en lien avec la Haute Autorité en Santé.
- Proposer des formations dans le cadre du plan de formation territorial aux acteurs de terrain

Pilote du projet

- A définir dans le cadre de la communauté psychiatrique de territoire

Acteurs du projet

- Professionnels du secteur ambulatoire : médecins généralistes, IDE, kiné,...
- Professionnels de santé de l'Education Nationale

Financement du projet

Actions de formations à financer par les organismes spécifiques

Guide sur le repérage à financer par l'ARS

Indicateurs

- Nombre de rencontres entre les professionnels
- Nombre de formation
- Existence du guide

2. Adapter l'offre de soins ambulatoire aux besoins de la population

Contexte

Les horaires d'ouverture des centres Médico-Psychologiques ou des hôpitaux de jour ne sont pas aujourd'hui compatibles avec les patients qui travaillent ou qui font des études. Certains praticiens spécialistes ou Centres Médico-Psychologiques sont éloignés des lieux de vie des patients et ne sont pas en cohérence avec les réseaux de transport existant sur le territoire.

En outre, depuis plusieurs années, les maisons de santé ont été créés pour attirer et maintenir des médecins en zones sous-dotées ou fragiles en offre de soins. Elles contribuent ainsi à répondre à l'enclavement ou l'éloignement de certains territoires.

Objectifs

- Développer un dispositif de soins adaptés aux besoins des populations
- Proposer des consultations spécialisées en santé mentale dans les maisons de santé pluri-professionnelles et pluridisciplinaires

Objectifs secondaires :

- Adapter les horaires de consultations ou de prises en charges aux populations actives et étudiantes
- Eviter les ruptures de parcours
- Coordonner les parcours de soins des personnes souffrants de pathologies psychiatriques
- Favoriser les relations ville-hôpital et la concertation des différents professionnels de santé
- Proposer des avis spécialisés via la mise en œuvre de la télémédecine

Etapas du projet

- Evaluer les besoins spécifiques de la population par secteur et en lien avec les médecins généralistes.
- Définir les priorités territoriales d'intervention
- Proposer une offre adaptée par territoire et par secteur et par type de public pris en charge (public et privé)
- Rencontrer les élus et les responsables des maisons de santé
- Conventionner pour proposer des consultations dans les territoires

Pilote du projet

- A définir dans le cadre de la communauté psychiatrique de territoire

Acteurs du projet

- Etablissements de santé public et privés
- Psychiatres libéraux
- Elus de proximité

Financement du projet

Réorganisation des structures de soins

Indicateurs

- Fonctionnement des structures de soins ambulatoires en santé mentale du territoire
- Nombre d'actes réalisés
- File active de patients suivis et nombre d'actes réalisés

3. Développer des dispositifs d'accompagnement aux soins

Contexte

Les patients qui souffrent de pathologies psychiatriques ont des difficultés d'accès aux soins somatiques, d'avoir accès à des consultations ou à des examens spécialisés. Des patients peuvent également renoncer à des consultations ou à un suivi par manque d'accès à un dispositif de transport pris en charge ou par défaut d'accompagnement physique.

Objectif

- Assurer la continuité des soins pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques

Objectifs secondaires :

- Développer l'accès aux soins somatiques pour des patients atteints de pathologies psychiatriques
- Structurer des parcours de soins
- Définir un interlocuteur privilégié

Etapas du projet

- Ouvrir un dispositif de consultations dédiées pour les personnes en situation de handicap psychique
- Organiser une filière spécifique pour l'accès aux examens d'investigation (imagerie médicale, biologie,...) pour les personnes en situation de handicap psychique
- Mettre en œuvre un dispositif territorial d'accompagnement aux soins

Pilote du projet

- A définir

Acteurs du projet

- Etablissements sanitaires

Financement du projet

Facturation des actes et consultations externes

Financement dérogatoire des transports sanitaires ou financement des accompagnements par structure sanitaire ou médico-sociale.

Indicateurs

- Nombre d'accompagnements réalisés.

4. Finaliser le maillage territorial des CLSM

Contexte

Un CLSM est un espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées.

4 CLSM ont été créés dans le département mais quelques secteurs restent non couverts par des CLSM.

Objectif

- Promouvoir les instances de concertation sur les territoires de Céret, de Thuir, d'Elne, des Fenouillèdes et de Cerdagne/Capcir

Etapas du projet

- Rencontre des élus pour présentation des enjeux liés à la mise en œuvre des CLSM
- Signature des conventions de constitution des CLSM
- Définition des programmes d'action par CLSM en lien avec les équipes de soins

Pilote du projet

- Collectivités concernées

Acteurs du projet

- élus,
- équipe(s) de psychiatrie pluridisciplinaire,
- représentants des usagers
- tout professionnel concerné par la santé mentale de la population.

Financement du projet

Pas de financement spécifique à la création des CLSM mais nécessitera un accompagnement avec la mise en œuvre des équipes mobiles d'intervention précoce.

Indicateurs

- Nombre de CLSM créés
- Modalités de fonctionnement des CLSM
- Plans d'actions mis en œuvre

5. Inciter et accompagner l'implantation des GEM

Contexte

Les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des dispositifs essentiels dans le paysage de la compensation du handicap et de la restriction de la participation à la vie sociale. Il est organisé sous forme associative et constitué entre personnes ayant des troubles de santé similaires les mettant en situation de vulnérabilité et de fragilité. Il existe deux GEM dans le département des Pyrénées Orientales.

Objectif

- Développer l'insertion dans la cité, la lutte contre l'isolement et prévenir l'exclusion sociale des personnes en situation de fragilité.

Etapas du projet

- Favoriser les "vocations" chez les patients notamment par des sessions d'information au niveau des structures extra-hospitalières des établissements de santé spécialisés en santé mentale en particulier sur les CMP.
- Organiser des présentations de ce type de dispositif
- Soutenir les échanges et les relations entre les différents GEM (anciens et nouveaux) sans pour autant parler de coordination verticale afin de ne pas dénaturer le dispositif.

Pilote du projet

- Délégation Territoriale ARS

Acteurs du projet

- représentants des usagers
- usagers
- établissements de santé

Financement du projet

Financement spécifique des associations

Indicateurs

- Nombre de GEM sur le territoire
- Nombre de personnes adhérentes aux GEM
- Actions culturelles et sportives réalisées

6. Promouvoir un plan de communication et d'information territorial

Contexte

Changer l'image de la santé mentale est un enjeu de santé publique contribuant à la destigmatisation. Des informations doivent être faites auprès du grand public et des personnels. Malgré toutes les actions entreprises dans le cadre des SISM, il existe actuellement une mauvaise représentation du handicap psychique. Les patients et leur famille se sentent très souvent exclus des prises en charge ce qui peut provoquer une frustration voire un rejet de l'institution et donc des soins. Ils sont très souvent en demande d'information sur le traitement et sur la maladie.

Objectif

- Faire évoluer positivement l'image de la maladie mentale auprès des différentes populations (élus, patients, familles, professionnels de santé, grand public).

Objectifs secondaires :

- Rendre lisible l'organisation des soins
- Connaître le rôle de chacun des acteurs de l'organisation des soins (dont la CDSP)
- Faciliter l'accès aux prestations ainsi qu'aux voies de recours

Etapes du projet

- Définir les cibles de communication et les messages de communication
- Définir les supports de communication ainsi que les dates adaptées de communication

Pilote du projet

- Délégation Territoriale ARS

Acteurs du projet

- établissements de santé
- représentants des usagers et usagers
- conseil départemental pour la MDPH
- élus

Financement du projet

A définir

Indicateurs

- Existence du plan de communication
- Nombre d'actions de communication annuelles

7. Inciter au développement de l'aide aux aidants

Contexte

Les aidants sont ceux qui viennent en aide, non professionnellement, à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de leur entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Plusieurs constats ont été partagés dans le diagnostic du PTSM :

- les aléas de la vie peuvent à tout moment transformer une personne en « aidant » qu'il convient de ne pas réduire ce seul statut ;
- les personnes assurant l'accompagnement d'un proche aussi bien au niveau matériel que socio- affectif sont nombreuses et diverses ;
- dans les situations auxquelles sont confrontées les structures d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile, les personnes aidantes sont aussi des acteurs de l'aide dispensée mais bien souvent également les interprètes privilégiés de la fragilité des personnes ;
- le repérage des attentes et l'identification des besoins spécifiques des aidants sont primordiaux pour apporter des réponses dédiées et adaptées.

Ces constats mettent en exergue les enjeux vis-à-vis des aidants, en matière de :

- prévention ;
- articulation entre intervenants professionnels et aidants familiaux ;
- exercice de la citoyenneté.

Objectif

- Repérer, informer et conseiller les aidants
- Former et soutenir les aidants

Etapes du projet

- Réaliser un diagnostic des problématiques spécifiques des aidants dans le département en lien avec les représentants des usagers
- Définir un programme d'actions territorial : information, formation, sensibilisation, modalités d'appui

Pilote du projet

- Délégation Territoriale ARS

Acteurs du projet

- établissements de santé
- représentants des usagers et usagers
- conseil départemental pour la MDPH

Financement du projet

A définir

Indicateurs

- Déploiement du programme d'actions territorial

D. Coordonner les parcours de soin et de vie entre les structures et les acteurs

1. Renforcer le rôle central de la MDPH dans la coordination

Contexte

Créées par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005, les maisons départementales des personnes handicapées sont chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches. Mises en place et animées par le Conseil Général, elles associent : le Conseil Général, les services de l'État, les organismes de protection sociale (CAF, Caisse d'Allocations Maladie), des représentants des associations représentatives des personnes en situation de handicap. Les MDPH s'appuient sur les compétences d'une équipe de professionnels médico-sociaux (médecins, infirmiers, assistantes sociales, ergothérapeutes, psychologues, etc.) pour évaluer les besoins de la personne sur la base du projet de vie et proposer un plan personnalisé de compensation du handicap intégrant des dimensions telles que le parcours professionnel et l'accessibilité.

Les MDPH organisent enfin des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux.

Objectif

- Favoriser la reconnaissance du rôle central de la MDPH dans les parcours de vie (point de jonction des orientations des schémas de référence : PTSM, schéma des solidarités, PRS).

Etapas du projet

- En lien avec le schéma des solidarités, proposer un plan d'action spécifiques pour renforcer le rôle central de la MDPH.

Pilote du projet

- MDPH

Acteurs du projet

- Institutions dont le Conseil Départemental
- Etablissements de santé
- Etablissements et structures sanitaires et médico-sociales
- Professionnels intervenant dans le parcours de soin ou de vie des personnels

Financement du projet

Financement MDPH

Indicateurs

Impact des actions mises en œuvre sur les parcours

2. Créer un outil dématérialisé d'information et d'orientation

Contexte

De nombreux dispositifs d'information et d'orientation existent sur le territoire mais les acteurs les méconnaissent ou sont en difficulté de trouver le bon interlocuteur et/ou la bonne réponse. Aujourd'hui, la réponse ou l'orientation d'un patient dépendent souvent des relations interpersonnelles ou interinstitutionnelles. Ces situations entraînent parfois un manque de coordination entre les différents professionnels, libéraux et d'établissements.

Objectif

- Permettre aux professionnels de savoir à qui s'adresser, où trouver les compétences adaptées aux besoins de prise en charge.
- Permettre aux usagers de savoir à qui s'adresser, où trouver les compétences adaptées aux besoins de prise en charge.

Objectifs secondaires :

- Coordonner les parcours de soins des personnes souffrants de pathologies psychiatriques
- Favoriser les relations ville-hôpital et la concertation des différents professionnels de santé
- Proposer des avis spécialisés via la mise en œuvre de la télémédecine

Etapes du projet

- Faire un inventaire des dispositifs et acteurs
- Rédiger un cahier des charges pour définir un prestataire
- Définir un établissement ou une structure support
- Mettre en œuvre le dispositif avec un plan de communication auprès des professionnels

Pilote du projet

- A définir

Acteurs du projet

- Plateforme Territoriale d'Appui
- Etablissements de santé
- Etablissements et structures sanitaires et médico-sociales

Financement du projet

A définir. Voir si possibilité de financement CNSA.

Indicateurs

- Existence du dispositif d'information

3. Développer la culture des Retours d'Expérience territoriaux

Contexte

Toutes les industries complexes et à risques ont, à un moment ou un autre, développé un dispositif de retour d'expérience (REX) afin d'apprendre à partir de leurs activités passées pour mieux maîtriser l'avenir. Le secteur de la santé n'y échappe pas. Dans le cadre du PTSM, les acteurs ont jugé nécessaire de pouvoir développer cette culture commune pour mieux coordonner les parcours de soin et de vie des personnes souffrant de pathologies psychiatriques.

Objectif

- Permettre aux acteurs d'identifier des dysfonctionnements dans les parcours de soins et de vie puis mettre en œuvre les actions correctives

Etapas du projet

- Connaître les éléments qui impactent des ruptures de parcours en organisant un système de signalement.
- Comprendre l'évènement à partir d'outils d'analyse systémique (RMM, REX, patient traçeur)
- Agir en définissant un plan d'action afin d'améliorer la qualité de soins et la sécurité du patient sur le risque considéré ou la continuité du parcours de vie
- Communiquer en échangeant les enseignements retirés de l'analyse est indispensable pour permettre la progression des professionnels et de l'organisation territoriale.

Pilote du projet

- A définir

Acteurs du projet

- Etablissements de santé
- Etablissements et structures sanitaires et médico-sociales
- Professionnels intervenant dans le parcours de soin ou de vie des personnels
- Institutions

Financement du projet

Temps de réunion lié à la mise en œuvre de la REX et du plan d'actions.

Indicateurs

- Nombre de REX organisées
- Plan d'actions territorial mis en œuvre élaborés

4. Disposer d'outils communs d'évaluation

Contexte

L'évaluation du handicap psychique permet aux professionnels et à l'entourage d'une personne souffrant d'une pathologie psychiatrique d'en mesurer les conséquences dans l'autonomie et la vie sociale. L'enjeu est doublement important, car l'évaluation permet d'objectiver des répercussions du handicap psychique dans la vie quotidienne mais elle amène aussi à une meilleure compensation de ce handicap.

De nombreux outils existent actuellement sur notre territoire et sont utilisés diversement par les acteurs : GEVA, Seraphin,...

Objectif

- favoriser une bonne orientation et une bonne coordination

Objectifs secondaires :

- Eviter les ruptures de parcours
- Eviter les mauvaises orientations

Etapas du projet

Constitution d'un groupe de travail :

- Analyse des outils d'évaluation utilisés sur le territoire
- Questionnements de l'ensemble des professionnels
- Définition d'une grille commune
- Formations des acteurs et utilisation de cette grille
- Evaluations de la pertinence de l'évaluation

Pilote du projet

- MDPH / ARS

Acteurs du projet

- Etablissements de santé spécialisés en santé mentale
- Etablissements médico-sociaux
- Etablissements sociaux

Financement du projet

A évaluer

Indicateurs

- Existence d'une grille commune
- Evaluation de son utilisation par l'ensemble des acteurs

5. Etendre le case management aux parcours de vie

Contexte

Axé sur le rétablissement, le case management est un modèle d'intervention basé dans la communauté, qui vise à offrir, dans un environnement devenu complexe, des soins accessibles, coordonnés et efficaces à des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Il nécessite donc de sortir d'un modèle hospitalo-centré, ce qui donne l'opportunité aux soignants d'élargir leur rôle, à condition que leurs compétences nouvelles soient reconnues. Il existe deux niveaux de case management : gestion de cas complexes et coordination de parcours. Les institutions et certains dispositifs comme les MAIA ou la MDPH pratiquent de la gestion des cas complexes dans le cadre de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT).

Objectif

- Améliorer la gestion des parcours complexes par une meilleure coordination des acteurs

Etapas du projet

- Repérer les acteurs du case management
- Former des professionnels des établissements de santé
- Elaborer un dispositif coordonné de case management

Pilote(s) du projet

- A définir

Acteurs du projet

- Etablissements de santé
- Etablissements et structures sanitaires et médico-sociales
- Professionnels intervenant dans le parcours de soin ou de vie des personnels
- Institutions dont le Conseil Départemental

Financement du projet

DAF Psy ou financement expérimental CNSA

Indicateurs

- Nombre de gestion de cas complexes gérés.

6. Favoriser les échanges d'informations entre les structures et les professionnels

Contexte

Les ruptures de parcours sont souvent liées à des échanges d'information insuffisants entre les acteurs et les structures de soin.

Objectif

- Permettre le partage d'informations entre les acteurs hospitaliers et les acteurs du secteur ambulatoire via un Dossier Patient Unique

Objectifs secondaires :

- Limiter les informations redondantes données par le patient à des acteurs devant se coordonner
- Fluidifier les parcours de soin des patients

Étapes du projet

- Définir des interlocuteurs spécifiques dans les structures de soins
- Définir les informations à transmettre
- Définir les conditions de transmissions
- Etudier un système d'information compatible, interfaçable et sécurisé pour l'échange de données.

Pilote(s) du projet

- A définir

Acteurs du projet

- Etablissements de santé
- Etablissements et structures sanitaires et médico-sociales
- Professionnels intervenant dans le parcours de soin ou de vie des personnels
- Institutions dont le Conseil Départemental

Financement du projet

A définir

Indicateurs

- Nombre d'échanges réalisés

7. Définir des chemins cliniques de prise en charge

Contexte

Le chemin clinique (CC) décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge constituant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou pluri-professionnelle de patients présentant un problème de santé comparable afin de réaliser une prise en charge optimale et efficiente respectant les règles de bonnes pratiques.

Objectif

- Définir les conditions d'organisation de la réponse sous la forme de chemin clinique pour des populations spécifiques : Personnes âgées, adolescents, personnes détenues, suicidant, publics précaires ou exclus, personnes souffrant d'addictions, personnes souffrant d'autisme.

Objectifs secondaires :

- Fluidifier les parcours de soin des patients
- Eviter les ruptures de parcours

Etapes du projet

Pour chacun des chemins cliniques, constituer un groupe de travail qui devra suivre la méthodologie définie par la Haute Autorité en Santé :

- Décrire le processus de prise en charge
- Rechercher et analyser la littérature pour chacune des étapes du processus
- Élaborer le chemin clinique
- Mettre en œuvre le chemin clinique
- Mettre en œuvre les actions correctives
- Actualiser le chemin clinique

Pilote(s) du projet

- A définir par chemin clinique

Acteurs du projet

- Etablissements de santé
- Etablissements et structures sanitaires et médico-sociales
- Professionnels intervenant dans le parcours de soin ou de vie

Financement du projet

A définir

Indicateurs

- Nombre de chemins cliniques définis au niveau territorial

8. Favoriser l'accès et le maintien dans le logement

Contexte

Les patients qui souffrent de pathologies psychiatriques ont des difficultés d'accès au logement et notamment au logement autonome. En effet, les troubles psychiques conduisent fréquemment les personnes à la solitude, l'exclusion sociale, la perte d'autonomie dans la vie quotidienne, des difficultés pour accéder à un logement et l'habiter, l'errance. L'accès au logement autonome est donc un enjeu majeur dans le parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Objectif

- Permettre et faciliter l'accès à une offre de logements autonome en direction des personnes souffrant de déficit psycho-social et de handicap psychique.

Etapes du projet

- Etablir un conventionnement entre les bailleurs sociaux et les établissements de santé mentale

Pilote du projet

- Bailleurs sociaux

Acteurs du projet

- Etablissements de santé
- Bailleurs sociaux
- Conseil Départemental
- Perpignan Méditerranée Métropole

Financement du projet

A évaluer

Indicateurs

- Opérationnalité du conventionnement
- Nombre de personnes logées dans le cadre du conventionnement

VII. Annexes

A. Glossaire

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ALD	Affection Longue Durée
ANFH	Association Nationale de Formation des Hospitaliers
ARS	Agence Régionale de Santé
CAC	Centre d'Accueil et de Crise
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMPS	Centres d'Action Médico-Sociale Précoce
CD	Conseil Départemental
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDSP	Commission Départementale des Soins Psychiatriques
CH	Centre Hospitalier
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLIS	Classe pour L'Inclusion Scolaire
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COS	Cadre d'OrientatIon Stratégique
CPT	Communauté Psychiatrique de Territoire
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CRA	Centre de Ressources Autisme
CSP	Code de la Santé Publique
CTS	Conseil Territorial de Santé
DAF	DotatIon Annuelle de Financement
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DPC	Développement Professionnel Continu
DIHAL	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ELIOS	Equipe de Liaison et d'OrientatIon en Santé Mentale de Perpignan
EMAP	Equipe Mobile Argelès Psychiatrie
EMPG	Equipe Mobile de Géronto-Psychiatrie
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FH	Foyer d'Hébergement
GEM	Groupe d'entraide Mutuelle
GEVA	Guide d'EVAluation Multidimensionnelle
HLM	Habitation à Loyer Modéré

IDE	Infirmier.e Diplômé.e d'Etat
IMED	Institut Médico-Educatif Départemental
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
JLD	Juge des Libertés et de la Détention
LAM	Lits d'Accueil Médicalisés
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MAO	Module d'Accueil et d'Orientation
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDA	Maison des Adolescents
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MOOC	Massive Open Online Course
MSP	Maisons Sociales de Proximité
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPCA	Organismes Paritaires Collecteurs Agrées
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PCPE	Pôles de compétences et de prestations externalisés
PDALHPD	Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées
PHV	Personnes Handicapées Vieillissantes
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PO	Pyrénées Orientales
PRAPS	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
PRS	Projet Régional de Santé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
RAPT	Réponse Accompagnée Pour Tous
RCCP	Réunions Communes Pluri professionnelles
REX	Retours d'EXpériences
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements
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 A Domicile
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SISM	Semaines d'Information en Santé Mentale
SMPA	Service Médico-Psychologique pour Adolescents
SPDT	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
SPDRE	Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat
SRS	Schéma Régional de Santé

B. Références bibliographiques

1. Cadre réglementaire

Lois

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Décrets

Décret N°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

Circulaires

Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques

2. Rapports et documents

Le schéma des Solidarités 2011-2016 du département des Pyrénées Orientales - 2011
<http://www.ledepartement66.fr/298-le-schema-des-solidarites-2008-2013.htm#par3916>

Promouvoir la continuité des parcours de vie – Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie - 2012

http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf

Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 – Organisation Mondiale de la Santé - 2013

http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/

Rapport « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches - Denis Piveteau – 10 Juin 2014

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution_.pdf

Portrait social des Pyrénées Orientales – CAF des Pyrénées Orientales - 2015
<https://www.caf.fr/sites/default/files/caf/661/Documents/Portrait%20social/Portrait%20social-66.pdf>

Recueil des bonnes pratiques de prise en charge psychiatrique – UNAFAM – Avril 2015
https://www.unafam.org/IMG/pdf/Recueil_bonnes_pratiques_prise_en_charge_psychiatrique.pdf

Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours – Haute Autorité en Santé – Juin 2015
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1747465/fr/patient-avec-un-trouble-bipolaire-reperage-et-prise-en-charge-initiale-en-premier-recours

Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique Argumentaire - Fédération Française de Psychiatrie - Juin 2015
http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Argu_Soins_Soma_Psy.pdf

Évaluation du handicap psychique - Les outils de mesure à disposition – CREHPSY – Septembre 2015
http://crehpsy-documentation.fr/doc_num.php?explnum_id=256

Les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui rapport de synthèse établi à la demande de la Dihal, de la DGCS et de la DHUP – Novembre 2015
<http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2015/12/pensions-de-famille-ecran.pdf>

Agir sur les déterminants de la santé – Réseau français des Villes-Santé de l'OMS Presses EHESP – 2015
http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/ouvrage_25ans.pdf

Rapport relatif à la Santé Mentale – Michel Laforcade – Octobre 2016
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

Tableau de bord sur la Santé - Région Occitanie - CREA-ORS LR, ORSMIP, Agence Régionale de Santé Occitanie – Janvier 2016
<http://www.creaiorslr.fr/Documentation/Etudes-et-publications/2016-Tableau-de-bord-sur-la-Sante-Region-Occitanie>

Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Kit d'outils – ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) – Décembre 2016

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-kit-doutils/>

Stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap – Janvier 2017

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_de_soutien_aux_aidants_vf.pdf

Accès aux aides techniques: élément 2 de la prestation de compensation du handicap Guide d'appui aux pratiques des maisons départementales des personnes handicapées – CNSA – Mars 2017

http://www.cnsa.fr/documentation/guide_pch_at_2017_a4-v8_hd-ss-deb.pdf

Dossier bibliographique : santé mentale et organisation des soins – CREA I ORS LR - Avril 2017

<http://www.creaiorslr.fr/Documentation/Dossier-bibliographique-sante-mentale-et-organisation-des-soins>

Éléments de contexte pour un diagnostic régional – ARS Occitanie – Avril 2017

https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/DIAGNOSTIC_REGIONAL_PRS_20170427.pdf

Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques – CNSA – Avril 2017

http://www.cnsa.fr/documentation/web_cnsa-dt-troubles_psy-2016.pdf

Les chiffres clés de l'Occitanie, édition 2017 – DIRECCTE – Mai 2017

<http://occitanie.direccte.gouv.fr/sites/occitanie.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/chiffres-cles2017v2.pdf>

Bilan d'activité des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) – Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie – Juin 2017

http://www.cnsa.fr/sites/default/files/gem_bilan_2016.zip

Les établissements de santé - Édition 2017 – Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques – 29 Juin 2017

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2017>

Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées des Pyrénées Orientales - PDALHPD 66 - 2017-2023

<http://www.pyrenees-orientales.gouv.fr/Politiques-publiques/Solidarite-hebergement-logement-et-populations-vulnerables/Politique-sociale-du-logement-et-de-l->

[hebergement/Le-plan-departemental-d-actions-pour-le-logement-des-personnes-defavorisees-P.D.A.L.P.D./Le-Plan-departemental-d-action-pour-le-logement-des-personnes-defavorisees-PDALPD-66-2011-2015](#)

Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France – Avril 2017

http://www.senat.fr/commission/missions/psychiatrie_des_mineurs/

Développement Professionnel Continu – Chemin Clinique – Haute Autorité en Santé – Juin 2017

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/chemin_clinique_fiche_technique_2013_01_31.pdf

Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 – Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales – Novembre 2017

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_I_rapport.pdf

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_II_annexes.pdf

Programme régional de santé 2018 - 2022

<https://prs.occitanie-sante.fr/>

3. Sites internet

Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)	http://www.anap.fr/accueil/
Agence Technique pour l'Information Hospitalière (ATIH)	http://www.atih.sante.fr/
Agence Régionale de Santé Occitanie	https://www.occitanie.ars.sante.fr/
Ascodocpsy	http://www.ascodocpsy.org/
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie	http://www.cnsa.fr/
Centre Régional d'Etudes d'Actions et d'Informations - Observatoire Régional de la Santé – Ex-Languedoc-Roussillon	http://www.creaiorslr.fr/
Centre National de Ressources et d'Appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale	http://clsm-ccoms.org/
Direction Régionale des Entreprises de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi d'Occitanie	http://occitanie.directe.gouv.fr/
Dispositif VIGILANS	http://dispositifvigilans.org/
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques	http://www.insee.fr/
Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)	http://www.irdes.fr/
Plateforme ScanSanté	http://www.scansante.fr/
Plateforme ScopeSanté	https://www.scopesante.fr/
Plateforme STATISS	http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.htm
Portail des MDPH	http://www.mdph.fr/
Projet Régional de Santé d'Occitanie	https://prs.occitanie-sante.fr/
Statistique annuelle des établissements de santé	https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr
Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques	http://www.unafam.org/

C. Programme de la journée de lancement du PTSM

1^{ère} JOURNÉE DE TRAVAIL **VENDREDI**
12 MAI 2017

Projet Territorial de SANTÉ MENTALE des Pyrénées-Orientales



Amphithéâtre
Centre Hospitalier de Thuir
- Article 69 de la Loi de Modernisation
du système de santé du 26 janvier 2016



PROGRAMME DE LA JOURNÉE MATINÉE

- 09h00 Accueil**
- Philippe Banyols, Directeur du Centre Hospitalier de Thuir
 - Dr Philippe Raynaud, Président de la Commission Médicale d'Établissement du Centre Hospitalier de Thuir
 - Damienne Boffara, Présidente du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de Thuir
- 09h15 Où en est-on de l'état du droit ?**
- Maître Laurent Houdart, Avocat spécialiste en santé, Cabinet Houdart et associés
- 09h30 Point de vue des représentants de l'Etat**
- Jean-Jacques Morfisse, Directeur Général Adjoint de l'Agence Régionale de Santé Occitanie
 - Hélène Girardot, Directrice de Cabinet du Préfet des Pyrénées-Orientales
- 10h00 Qu'est-ce qu'un Projet Territorial de Santé Mentale ?**
- David Gruson, Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France
 - Dr Christian Muller, Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME des CHS
 - Claude Finkelstein, Présidente de la FNAPSY
 - Corinne Martinez, Manager, Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
- 11h15 Quel ancrage territorial pour les parcours des patients en santé mentale ?**
- Pr Philippe Courtet, Psychiatre, Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier
 - Thomas Leludec, Directeur Général, Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier
 - Dr Jacques Many, Président du Conseil Territorial de Santé
 - Guillaume Dubois, Délégué Départemental des Pyrénées Orientales de l'Agence Régionale de Santé Occitanie
- 12h15 Conclusion de la matinée**
- Maître Laurent Houdart

PROGRAMME DE LA JOURNÉE APRÈS-MIDI

- 13h30 Méthodologie d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale**
- Dr Riadh Karmous, Vice-Président de la Commission Médicale d'Établissement du Centre Hospitalier de Thuir en charge du pilotage du PTSM
 - Carole Gleyzes, Directrice Adjointe chargée de l'action territoriale du Centre Hospitalier de Thuir en charge du pilotage du PTSM

14h00 Groupes de travail

- I. **Repérage précoce des troubles psychiques, accès aux soins et aux accompagnements**
Animateur : Dr Jacques Many, Président du Conseil Territorial de Santé
- II. **Parcours de santé et sans rupture**
Animateur : Jérémie Le Fouiller, Directeur général des services du Conseil Départemental 66
- III. **Accès à des soins somatiques adaptés aux besoins des personnes présentant des troubles psychiques**
Animateur : Dr Yves Garcia, Président de la Commission Médicale d'Établissement, Centre Hospitalier de Perpignan
- IV. **Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence**
Animateur : Guillaume Dubois, Délégué Départemental des Pyrénées-Orientales de l'Agence Régionale de Santé Occitanie
- V. **Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques**
Co-Animateurs : Annie Guerrier, UNAFAM et Marie Maffrand, Sesame Autisme
- VI. **Actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux du mal-être**
Animateur : Eric Doat, Directeur Départemental de la Cohésion Sociale des Pyrénées-Orientales

16h00 Synthèse des travaux

- Philippe Banyols
- Dr Philippe Raynaud
- Maître Laurent Houdart

Sous réserve de modifications

Le **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)**, défini par la Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, a pour objectif d'améliorer l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.

Le **Projet Territorial de Santé Mentale** doit favoriser la prise en charge et l'accompagnement de la personne dans son milieu de vie ordinaire, par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social.

Il doit permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge et d'accompagnement en direction des personnes présentant des troubles ou en situation de handicap psychique. Il doit déterminer le cadre de la coordination de second niveau et des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur. Il doit associer l'ensemble des acteurs du territoire et détailler l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.

Le cadre fixé par le projet territorial de santé mentale vise à faciliter la conclusion du contrat territorial de santé mentale entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire pour mettre en œuvre les actions visées dans le projet.

Le **projet territorial de santé mentale** est élaboré à l'initiative des établissements publics de santé en collaboration avec les services des champs sanitaire, social et médico-social et les représentants des patients et des familles. C'est dans ce contexte que le **Centre Hospitalier de Thuir a souhaité organiser cette journée de travail pour le lancement du Projet Territorial de Santé Mentale des Pyrénées-Orientales en présence de tous les acteurs de la médecine de ville, des secteurs sanitaire, médico-social et social.**



CENTRE HOSPITALIER DE THUIR
Avenue du Roussillon • BP 22 - 66300 THUIR
Tel. 04 68 84 67 00 • Fax 04 68 84 66 01
service.communication@ch-thuir.fr
www.ch-thuir.fr



© 2017 CH THUIR

D. Programme de la matinée de restitution du PTSM

Le 12 Mai 2017, le Centre Hospitalier de Thuir a organisé une première journée de travail pour le lancement du Projet Territorial de Santé Mentale des Pyrénées Orientales en présence de tous les acteurs de la médecine de ville, des secteurs sanitaire, médico-social et social. L'objectif était l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) des Pyrénées Orientales.

Six Groupes de travail correspondant aux thématiques définies par le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 ont été constitués avec un total de 112 participants issus des principales structures sanitaires, médico-sociales, sociales, institutions et associations du département. Ces groupes avaient objectifs d'élaborer un diagnostic partagé et de proposer un plan d'action à mettre en œuvre au niveau territorial.

LES 6 THÉMATIQUES :

- L'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, et l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médicosociaux ;
- L'organisation d'un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, en vue du rétablissement et de l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques graves ;
- L'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ;
- L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence, en prévoyant notamment le suivi en fin d'hospitalisation, « au besoin par un accompagnement social ou médico-social » ;
- L'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles ;
- L'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

LES 4 AXES DU PROJET :

- ADAPTER l'offre de soins et l'offre de service sur le territoire
- PROMOUVOIR l'accessibilité aux soins
- COORDONNER les parcours de soin et de vie entre les structures et les acteurs
- DÉVELOPPER un dispositif de formation territorial

CENTRE HOSPITALIER DE THUIR

Avenue du Roussillon • BP 22 - 66300 THUIR
Tél. 04 68 84 67 00 • Fax 04 68 84 66 01
service.communication@ch-thuir.fr

www.ch-thuir.fr



#PTSMPO

MERCREDI
23 MAI 2018

Projet Territorial de SANTÉ MENTALE des Pyrénées-Orientales



Amphithéâtre
Centre Hospitalier de Thuir



PROGRAMME DE LA MATINÉE de 8h30 à 13h

8h30 Accueil

8h45 Discours d'ouverture

- **Philippe Banyols**, Directeur du Centre Hospitalier de Thuir
- **Dr Philippe Raynaud**, Président de la Commission Médicale d'Établissement du Centre Hospitalier de Thuir
- **Damienne Boffara**, Présidente du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de Thuir

9h15 Etat des lieux des Projets Territoriaux de Santé Mentale en France

- **Dr Christian Muller**, Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME des CHS

9h30 La procédure d'approbation des Projets Territoriaux de Santé Mentale

- **Maître Laurent Houdart**, Avocat spécialiste en santé, Cabinet Houdart et associés

9h45 Table ronde - Le diagnostic partagé des Pyrénées-Orientales

Animation par

- **Maître Laurent Houdart**, Avocat spécialiste en santé, Cabinet Houdart et associés
- **Dr Riadh Karmous**, Vice-Président de la Commission Médicale d'Établissement du Centre Hospitalier de Thuir
- **Jean-Marc Batailler**, Directeur des Ressources Humaines du Centre Hospitalier de Thuir

Participants à la table ronde

- **Guillaume Dubois**, Délégué Départemental des Pyrénées Orientales, Agence Régionale de Santé Occitanie
- **Anne Levasseur**, Directrice Adjointe Départementale de la Cohésion Sociale des Pyrénées Orientales
- **Bernard Le Floc'h**, Directeur des solidarités, Conseil Départemental des Pyrénées-Orientales
- **Dr Yves Garcia**, Président de la Commission Médicale d'Établissement, Centre Hospitalier de Perpignan
- **Marie Maffrand**, Présidente de l'association Sesame Autisme Languedoc-Roussillon
- **Dr Jacques Many**, Président du Conseil Territorial de Santé

10h45 Pause

11h00 Table ronde - Le plan d'action territorial

Animation par

- **Maître Laurent Houdart**, Avocat spécialiste en santé, Cabinet Houdart et associés
- **Dr Philippe Raynaud**, Président de la Commission Médicale d'Établissement du Centre Hospitalier de Thuir
- **Carole Gleyzes**, Directrice Adjointe chargée de l'action territoriale du Centre Hospitalier de Thuir

Participants à la table ronde

- **Muriel Corréard**, Directrice des solidarités, Perpignan Méditerranée Métropole
- **Laure Forcade**, Directrice de l'Ehpad d'Elne
- **Annie Guerrier**, Présidente de l'UNAFAM des Pyrénées-Orientales
- **David Rogala**, Directeur de la Croix Rouge Française des Pyrénées-Orientales
- **Benjamin Strouck**, Directeur de la clinique psychiatrique du Roussillon
- **Dr Jean-Baptiste Thibert**, Coordinateur médical des CPTS, Secrétaire Général de l'association Libaglyr

12h00 Remise du Projet Territorial de Santé Mentale à l'ARS Occitanie

- **Olivia Lévrier**, Directrice de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, Agence Régionale de Santé d'Occitanie
- **Philippe Banyols**, Directeur du Centre Hospitalier de Thuir

12h20 La mise en œuvre Projet Territorial de Santé Mentale à l'ARS Occitanie

- **Olivia Lévrier**, Directrice de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, Agence Régionale de Santé d'Occitanie
- **Maître Laurent Houdart**, Avocat spécialiste en santé, Cabinet Houdart et associés

12h45 Conclusion de la matinée, quelles perspectives ?

- **Gérard Vincent**, Président du GRAPH, Association de directeurs d'hôpital qui réunit médecins, philosophes, industriels, économistes... pour faire avancer la réflexion sur les grands sujets de santé.

13h00 Buffet déjeunatoire

Vous pourrez télécharger le ptsm en cliquant sur
<http://www.ch-thuir.fr/l'établissement/projet-territorial-de-santé-mentale>



Ou en scannant ce QR code



E. Groupe I – Repérage précoce Repérage précoce des troubles psychiques, accès aux soins et aux accompagnements

1. Participants au groupe de travail

Nom	Fonction	Etablissement/ Institution
Dr Jacques Manya	Président	Conseil Territorial de Santé
Jean Marc Batailler	Directeur Adjoint	CH Thuir
Dr Abdelkrim Zekhnini	Pédo-psychiatrie, chef du pôle de pédopsychiatrie	CH Thuir
Virginie Lafage	Inspectrice	Délégation territoriale des Pyrénées Orientales
Dr Denis Rambour	Psychiatre Addictologue Chef de service du CSAPA	CH Thuir
Dr Isabelle Lemoine	Directrice Enfance / Famille	CD 66
Nicolas Baron	Directeur ASE	CD 66
Dr Véronique Dorion	Médecin	Université de Perpignan
Dr Anne Mauras	Direction des Services départementaux de l'éducation nationale des Pyrénées-Orientales	Education Nationale
Josette Cusi	Conseillère de Santé	Protection Judiciaire de la Jeunesse
Max Conesa	Directeur	Ehpad
Dr Ponticacia	Médecin coordonnateur	Orpéa
Dr Francis Coll	Chef du C15	CH Perpignan
Sylvie Gipulo	Directrice	CAARUD
Stéphanie Dura	Cadre de santé	CH Thuir
Nathalie Lescure	Psychologue	CH Thuir
Frédéric Carrère	Responsable	Présence Infirmière 66
Nathalie Bely	Directrice Adjointe	Clinique Val Pyrène
Jacques Asencio	Directeur Pôle Enfance	UNAPEI
Dr Nicole De Jong	médecin des personnels	Education Nationale
Monique Villard	Directrice Pôle médico-social	ADPEP66
Cindy Raynaud	IDEC	Ehpad Pierre Laroque (ADPEP 66)
Céline Pouget	Directrice de la réhabilitation	Val Pyrène

2. Fiche élaborée pour l'aide au diagnostic territorial

1. organisation de l'accès à un avis spécialisé pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours

Offre de soins spécialisée sur le territoire :

- organisation des CMP sur le territoire, lisibilité et accessibilité des CMP

Offre de soins sanitaire - source SAE

			Indicateurs de comparaison : 2015			
Département : 66 - Pyrénées-Orientales			valeur médiane des Départements		France entière	
Type de structure	Psy. Générale	Psy. Infanto-juvénile	Psy. Générale	Psy. Infanto-juvénile	Psy. Générale	Psy. Infanto-juvénile
en ambulatoire	 Nb structures	 Nb structures	Nb structures	Nb structures	Nb structures	Nb structures
TOTAL	26	25	26	16	3 298	2 124
Nb CMP ou unités de consultations	15	17	17	10	2 068	1 458
- Dont CMP ouverts ≥ 5j / semaine	12	10	13	8	1 679	1 170
Nb CATT	11	8	10	6	1 230	666

Toutes les structures ambulatoires sont dans le secteur public et ne sont ouvertes que du lundi au vendredi de 9h à 16h en général. En dehors des heures d'ouverture, une organisation téléphonique est mise en œuvre avec un accès direct au secteur d'hospitalisation (cf. Annuaire médical et application smartphone du CH de Thuir).

- Temps d'attente avant RDV CMP / Temps d'attente avant RDV médecin psychiatre libéral

Les temps d'attente varient en fonction des secteurs et des populations accueillies (adultes/enfants) → peut aller de

Aucune information sur les délais

- Nombre et implantation des psychiatres libéraux : un nombre de professionnels de santé supérieur à la moyenne des départements

Offre de soins Libérale - source DREES - ADELI/RPPS

		Indicateurs de comparaison : 2015	
Département : 66 - Pyrénées-Orientales		valeur médiane des Départements	France entière
Nb professionnels de santé et psychologues	① Libéraux ou activité mixte	Libéraux ou activité mixte	Libéraux ou activité mixte
Médecins généralistes	657	486	68 503
Psychiatres	30	25	6 068
Pédo-psychiatres	1	1	323
Psychologues	102	93	17 985

- Liens entre généralistes et libéraux : le taux d'adressage des médecins généralistes vers les psychiatres est l'un des plus faibles d'Europe

2. Mobilisation et la sensibilisation des acteurs du repérage précoce des troubles

- Formations des crèches, des assistantes maternelles, des instituteurs et des professeurs au repérage précoce des troubles ?
- Liens de l'éducation nationale avec la pédo-psychiatrie, les CAMPS, PMI et Aide Sociale à l'Enfance.
- Repérage précoce des troubles chez les adultes et les personnes âgées ? Comment est-il organisé en lien avec les médecins libéraux ? → pas d'indicateurs sur le thème.

3. Appui des professionnels de la psychiatrie

- 4 CLSM sur le territoire : Canet-en-Roussillon, Argelès-Sur-Mer, Prades, Perpignan
- Contrat local de santé en Cerdagne et en Fenouillèdes
- Existence de 2 équipes mobiles sur le territoire intervenant en lien avec les CLSM : Perpignan / Argelès

4. Appui des acteurs sociaux et médico-sociaux aux professionnels de la psychiatrie

- Existence de cellules de coordination qui sont plutôt spécialisées : Réseau Ado, MAIA.
- Quelles réponses pour les pathologies duelles ? coordination addicto avec pathologies duelles
- Groupes Opérationnels de Synthèse pour la prise en charge des situations complexes gérées par la MDPH

5. Diagnostic et avis spécialisés des prises en charge spécifiques

Enfants

- Existence d'une antenne interdépartementale du CRA
- Activités des CAMPS en matière de repérage précoce ?
- De nombreuses demandes parfois moins justifiées liés à la prise en charge en pédo-psychiatrie → diminution du nombre de pédo-psy et absence de tarification des psychologues reconnus par l'Assurance Maladie.
- Offre de soins : disparition de l'HAD en psychiatrie
- Evolution des besoins ? Augmentation du nombre de cas ?

Hospitalisation à temps complet "ENFANTS" (âge < 18 ans)

Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015
Hospit temps plein	2 822	2 471	2 967	3 263	3 304
Séj thérap	0	0	0	0	0
HAD psy	167	803	6	0	0
AFT	554	453	362	345	439
Appart thérap	0	0	0	0	28
Ctre postcure psy	0	0	0	0	0
Ctre crise	155	87	194	169	150

Actes réalisés en ambulatoire "ENFANTS" (âge < 18 ans)

Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015
Entretien	19 078	18 539	18 199	19 899	20 994
Démarche	3 148	3 193	3 395	3 105	3 722
Groupe	3 740	3 856	5 319	4 932	4 811
Accompagnement	21	24	24	16	4

Délai entre demande et 1^{er} RDV et délai entre 1^{er} RDV et prise en charge réelle
Nombre d'uniques RDV.

• Adolescents

Diagnostic MDA à prendre en compte :

- Pour les jeunes, manque de lisibilité des lieux ressources
- Pour les intervenants, notamment la justice, difficultés à orienter les cas les plus complexes
- Rupture de la prise en charge des jeunes adultes 16-18 ans

➔ Objectif de la MDA : structurer les intervenants auprès des populations 12-25 ans en mettant en œuvre une prise en charge graduée

- **personnes en situation de handicap**

Mise en place du plan départemental validé en avril 2016 en faveur des personnes handicapées et personnes âgées (copie du document)

- **personnes placées sous main de justice**

Existence d'un SMPR / DSAVS sur le département. Existence d'un CMP du SMPR extra-pénitentiaire. Coordination avec les acteurs de la justice, de la PJJ,...

- **personnes en situation de précarité**

Existence du MAO / Partenariat avec le CD66 pour repérage des situations difficiles.

- **personnes ayant des conduites addictives**

- ✓ Une filière addictologie niveau 1 éclatée (CSAPA Thuir, CSAPA ANPA, ELSA Perpignan, CAARUD, Parenthèse...)
- ✓ Une « coordination intersectorielle » limitée.
- ✓ Une couverture territoriale départementale incomplète
- ✓ zones géographiques non couvertes
- ✓ manque de lits d'hospitalisation
- ✓ Une incidence élevée aux urgences, des situations addictologiques décompensées.

- **victimes de psycho-traumatisme**

Création en cours d'une unité de psycho-traumatisme avec une activité à structurer

- **familles nécessitant un accompagnement à la parentalité**

- **personnes âgées**

- ✓ Mise en place du plan départemental validé en avril 2016 en faveur des personnes handicapées et personnes âgées
- ✓ Structure d'hospitalisation spécialisée sur la clinique du Roussillon
- ✓ Equipe mobile de géro-psycho-psychiatrie qui intervient sur une partie du territoire
- ✓ Maillage territorial des deux MAIA
- ✓ Mise en place du PAERPA

3. Compte-rendu de la réunion du 12 Mai 2017

En début de séance, rappel du champ de cette thématique selon le projet de décret sur le PTSM.

Au regard de l'ampleur du thème, il est **retenu de traiter le sujet du repérage précoce et de l'accès aux soins sous l'angle des âges de la vie, de la conception jusqu'à l'âge adulte** ; par convention, il est retenu de ne pas traiter la question de la personne âgée qui sera traitée de manière approfondie par un autre atelier.

Périnatalité :

De façon générale,

- les acteurs sont assez bien sensibilisés même s'il faut conforter la formation des professionnels.
- Il est nécessaire de mieux repérer et accompagner les situations à risque (populations spécifiques et femmes enceintes souffrant de handicap psychique) ;
- les liens avec les services du CH de PERPIGNAN sont un point fort à maintenir.

1. *Petite enfance* :

Le constat est identique : les professionnels de la petite enfance sont assez bien sensibilisés au repérage même s'il reste perfectible et l'existence de CAMPS sur le département est un facteur fort. La question de l'accès aux soins se pose cependant en termes de délai et de gradation. En effet, en l'absence de réponse libérale soit existante soit accessible financièrement, les indications quelles que soient leur pertinence, gravité ou niveau d'urgence sont orientées vers les structures publiques qui sont de ce fait engorgées. Le rôle du médecin traitant et des pédiatres est à ce niveau souligné car il semble qu'il y ait un manque d'information et de formation. L'absence de pédopsychiatres libéraux et la question du non remboursement des consultations des psychologues libéraux sont pointées comme étant comme un point de faiblesse du dispositif.

2. *Enfance* :

En ce qui concerne du repérage, il est noté une moindre sensibilisation des acteurs. Le rôle de l'éducation nationale est hautement affirmé mais son manque de moyens est unanimement constaté. L'articulation avec les services de pédiatrie ainsi que l'astreinte de pédopsychiatrie sont repérées comme des points forts, de même que l'existence d'une antenne Centre Ressource Autisme sur le département et d'un travail sur les fratries. La limitation à 3 ans des prises en charge du CAMPS est cependant ressentie comme un obstacle. La nécessité de repérer les enfants les enfants de patients ayant des problèmes psychiques est affirmée. Au niveau de la prise en charge, le même constat est fait de dispositifs publics/ privés saturés (notamment en ambulatoire), de manque de CLIS... Il en est de même pour l'antenne CRA qui pose des diagnostics et des projets de prise en charge sans que ces projets puissent être mis en œuvre rapidement ensuite.

Adolescence :

Le repérage est faible sauf en milieu protégé. Quasi inexistant au niveau familial, il est nécessaire de fortement l'améliorer au niveau collège et lycée, et l'absence de Maison des adolescents est pointée. Au niveau de la prise en charge, l'existence d'un service psychiatrique avec une unité d'hospitalisation est un point fort ; il n'assure pas cependant en ambulatoire tout le département et sur CERET, PRADES et la CERDAGNE, les secteurs de pédopsychiatrie doivent assumer les prises en charge. Le réseau ados 66 contribue à la coordination des cas complexes mais il y a une réelle difficulté aux niveaux des établissements médicosociaux qui ont de grands besoins de soutien des équipes et d'accompagnement dans les prises en charge. Par ailleurs, sentiment de l'équipe du SMPA d'être sollicitée de manière infondée ou lorsque la situation est totalement détériorée et ingérable. Se greffe aux problèmes psychiques traditionnels, la problématique des addictions avec des consommations par des populations de plus en plus jeunes. La situation est considérée comme grave par l'ensemble des partenaires.

Jeunes adultes :

Le repérage est quasi inexistant ; cette population échappe aux dispositifs classiques et accède aux soins le plus souvent au moment de la crise. La prise en charge des jeunes jusqu'à 18 ans au niveau des services de pédiatrie est notée en point fort alors que le passage des plus de 16 ans en secteur de psychiatrie générale adulte est pointé comme une grave difficulté avec risques de mise en danger des mineurs. La qualité de la coordination entre secteur adolescents et secteurs adultes est à améliorer et la nécessité d'avoir un dispositif spécifique pour les grands ados et jeunes mineurs est soulignée. La question des addictions est aussi abordée avec un besoin de renforcer les dispositifs de prise en charge. Même si le nombre de jeunes adultes ayant recours aux soins augmente du fait d'une survenue des troubles plus précoces en raison d'addictions associées, cette population a statistiquement un faible accès aux soins.

Adultes :

En dépit d'un maillage territorial par les CMP est considéré comme assez bon (sauf Fenouillèdes), le dispositif est méconnu. Peu de repérage précoce et les patients sont vus pour la première fois très souvent en crise et aux urgences. La politique de communication de l'établissement en vue de destigmatiser la maladie mentale est notée comme un point fort mais les représentations très négatives de la maladie sont importantes. La mise en œuvre des CLSM (4 sur le département) est saluée comme pouvant contribuer fortement au repérage précoce et faciliter l'accès aux soins. La question de la continuité des soins (samedi, dimanche, fériés) en ambulatoire (CMP, hôpitaux de jour) est abordée et le travail des GEM est salué. Les horaires restreints des CMP (9h/16h 30) sont aussi évoqués. La place du médecin traitant est considérée comme essentielle et il est indispensable de conforter les liens entre médecine de ville et secteur de psychiatrie. Il est relevé le peu de communication des secteurs vis-à-vis des médecins adresseurs, à l'admission pendant le séjour et à la sortie. Il est rappelé l'obligation légale d'adresser une information médicale dans les 24h de la sortie aux médecins traitants. L'installation de CMP dans des maisons pluridisciplinaires (Saint

Paul, les Angles) est saluée comme élément porteur de la collaboration médecine de ville et secteur psychiatrique. La faiblesse du dispositif libéral (psychiatres, psychologues, personnels de rééducation) est aussi soulignée. La place des familles est réaffirmée avec la nécessité de l'associer pour pouvoir s'appuyer sur elles. Sont abordées diverses notions comme l'éducation thérapeutique qui doit être renforcée, la saturation de l'hospitalisation temps plein avec comme corollaire le peu de fluidité vers les structures médicosociales et le rôle de la MDPH dans les orientations, la question des addictions qui est une question prégnante pour les médecins libéraux.

En synthèse il ressort que :

En matière de repérage précoce, le diagnostic montre que le repérage est plutôt bien fait (bien que perfectible) au niveau de la petite enfance avec des acteurs assez sensibilisés et formés. Ce repérage diminue au fur et à mesure de l'avancée en âge pour être assez faible au niveau des adolescents et des jeunes adultes en milieu ordinaire du fait de la méconnaissance par la population et des professionnels de l'éducation nationale ou de la santé, des premiers symptômes de la maladie. Au niveau de la population adulte, le constat est fait que massivement les premiers contacts avec des nouveaux patients s'effectuent à travers les urgences dans un instant de crise. En effet, les liens entre médecine de ville et psychiatrie sont insuffisamment étroits, du fait sans doute de salles d'attentes bondées des médecins généralistes, d'organisation des CMP peu adaptée...

L'accès aux soins reste de manière générale problématique car si le plus souvent le diagnostic peut être posé, la possibilité d'intégrer un dispositif de prise en charge plus avancé reste un enjeu au regard de la saturation des dispositifs de soins, publics comme privés et libéraux.

Une des grandes problématiques reste l'addiction, qu'il s'agisse d'adolescents ou d'adultes, et la nécessité de structurer les filières et l'organisation des soins. Pour l'ensemble de la problématique du repérage précoce et de l'adressage, la position centrale du médecin généraliste est réaffirmée ainsi que le principe de la coordination des différents acteurs avec ces médecins généralistes. Les CLSM semblent un outil essentiel pour faciliter les relations et les connaissances réciproques des acteurs territoriaux et faciliter le repérage et l'accès aux soins.

4. Compte-rendu de la réunion du 13 Septembre 2017

5. Compte-rendu de la réunion du 13 Novembre 2017

F. Groupe II - Parcours de santé et sans rupture

1. Participants au groupe de travail

Nom	Fonction	Etablissement/ Institution
Jérémie Le Fouiller	Directeur Général des Services	CD 66
Sophie Barre	Directrice Adjointe	CH Thuir
Dr Christine Palix	Psychiatrie, chef du pôle Sud	CH Thuir
Jean-Louis Bénavail	Directeur	Mas des Sources
Dr Viviane Renoir	Psychiatre Service de Réhabilitation Psycho-sociale	CH Thuir
Gil Chiris	Directeur	Association Joseph Sauvy
Sandrine Bayar	Pilote	MAIA et PAERPA
Pierre Blanc	Directeur	Association Val de Sournia
Michel Enjalbert	Médecin rééducateur	Cerbère
Laure Barberis	Directrice	Ehpad
Sébastien Rodor	Psycho	CH Thuir
Véronique Da Silva	Cadre supérieur	CH Thuir
Elise Estela	Assistante Sociale	CH Thuir
Dr Philippe Coffinet	Président CME	Clinique du Roussillon
Dr Marianne Dufour	Médecin directeur CMPP	ADPEP 66
Dr Bernard Joulia	Médecin coordonnateur	PHV-EHPAD Haut Vallespir
Francoise Bernal	Maison Sociale de Proximité	CD66
Bernard Le Floch	DGS Solidarités	CD66

2. Fiche élaborée pour l'aide au diagnostic territorial

Remarque méthodologique

L'objectif de ce groupe est de fixer les objectifs pour mettre en œuvre un parcours de santé sans rupture. Dans ce cadre, les indicateurs et les actions à mettre en œuvre seront limitées aux jeunes adultes et aux handicapés psychiques. **Les personnes âgées** doivent être traitées sur ce groupe : lien des personnes ayant les maladies Alzheimer ou troubles apparentés en Ehpad.
Handicap psychique → troubles psychiques.

Eléments et questionnements pour l'élaboration du diagnostic territorial

- L'accueil et l'accompagnement par des établissements et services sociaux et médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique

- File active des établissements de santé spécialisés en psychiatrie du territoire des Pyrénées Orientales

	Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015
	Nb total patients (<u>hors ambulatoires exclusifs</u>)	4 570	4 803	4 378	4 474	4 496
	Nb patients en soins sans consentement*	670	725	801	810	861
	% patients <u>non</u> originaires de la zone géographique d'implantation sélectionnée	8,6 %	8,3 %	8,1 %	10,1 %	9,7 %

- Patients ayant eu recours à une prise en charge psychiatrique en HOSPITALISATION à TEMPS COMPLET ou PARTIEL - source : RIM-P – Tous les établissements du département

Indicateurs	Département : 66 - Pyrénées-Orientales					Indicateurs de comparaison : 2015		
	2011	2012	2013	2014	2015	valeur médiane des départements	Région : Occitanie	France entière
Nb total patients*	4 242	4 444	4 109	4 099	4 115	3 114	42 656	419 482
% des patients fréquentant les étab psy de la zone (hors patients ambu exclusifs)	95,9 %	96,0 %	95,7 %	96,2 %	96,3 %	87,9 %	98,0 %	.
% des patients fréquentant des étab psy hors de la zone (hors patients ambu exclusifs)	4,1 %	4,0 %	4,3 %	3,8 %	3,7 %	12,1 %	2,0 %	.

- Nombre de journées d'hospitalisation temps plein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie du territoire des Pyrénées Orientales

	Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015
	Nb journées de présence en hospitalisation <u>à temps plein</u>	152 062	154 855	151 712	137 270	141 036
	Nb patients hospitalisés <u>à temps plein</u>	2 987	3 184	3 246	3 141	3 143
	DMH <u>à temps plein</u>	50,9	48,6	46,7	43,7	44,9
	% journées à temps plein en soins sans consentement	19,6 %	15,2 %	18,5 %	20,5 %	20,9 %
	% journées à temps plein en isolement thérapeutique	2,6 %	2,5 %	2,9 %	3,6 %	2,6 %

- Nombre de places handicap psychique : équipement satisfaisant ? bonne graduation ?

Taux d'équipement global en hébergement (en places d'hébergement) pour personnes handicapées adultes : places en maisons d'accueil spécialisées (MAS); en foyers d'accueil médicalisés, en foyers d'hébergement, en foyers de vie, en foyers d'accueil polyvalent pour 1000 personnes de 20 à 59 ans, hors accueil de jour

Département	Dont :											
	Taux d'équipement global en places d'hébergement (*)		Taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisée (places d'hébergement)		Taux d'équipement en foyer d'accueil médicalisé (places d'hébergement)		Taux d'équipement en foyer de vie (places d'hébergement)		Taux d'équipement en places en établissements et services d'Alde par le Travail (ESAT : ex-C.A.T.)		Taux d'équipement en places en services (SAVS, SAMSAH)	
	Pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	Rang	Pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	Rang	Pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	Rang	Pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	Rang	Pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	Rang	Pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	Rang
09 Ariège	6,2	85	1,2	80	1,8	92	0,6	20	4,7	84	1,4	57
11 Aude	5,2	70	1,2	79	0,8	60	0,9	35	5,5	95	1,6	61
12 Aveyron	7,0	92	1,8	94	0,5	26	2,1	84	4,4	75	1,1	32
30 Gard	3,1	21	0,6	28	0,6	38	0,8	31	3,3	28	1,4	50
31 Haute-Garonne	3,5	25	0,8	53	0,7	47	1,1	45	2,5	9	0,9	21
32 Gers	8,6	97	1,9	96	2,1	97	2,0	78	4,3	68	1,4	48
34 Hérault	3,3	24	0,7	40	0,8	55	0,8	26	2,7	16	1,3	40
46 Lot	7,6	94	1,4	86	1,9	95	2,1	86	4,4	73	1,4	47
48 Lozère	42,2	101	10,9	101	3,1	101	14,8	101	14,5	101	0,0	1
65 Hautes-Pyrénées	7,7	95	2,6	98	2,3	99	0,6	21	6,2	98	2,3	83
66 Pyrénées-Orientales	4,0	45	1,4	85	0,4	19	1,4	59	3,4	31	1,2	35
81 Tam	6,1	84	1,0	63	0,6	40	3,0	97	4,3	70	2,0	73
82 Tam-et-Garonne	6,2	86	0,9	62	1,1	77	2,9	96	3,8	45	1,0	24
F France	3,8		0,8		0,7		1,1		3,5		1,4	
M France métropolitaine	3,9		0,8		0,7		1,1		3,5		1,4	
PRO France métropolitaine, hors Ile-de-France	4,3		0,8		0,8		1,3		3,8		1,6	

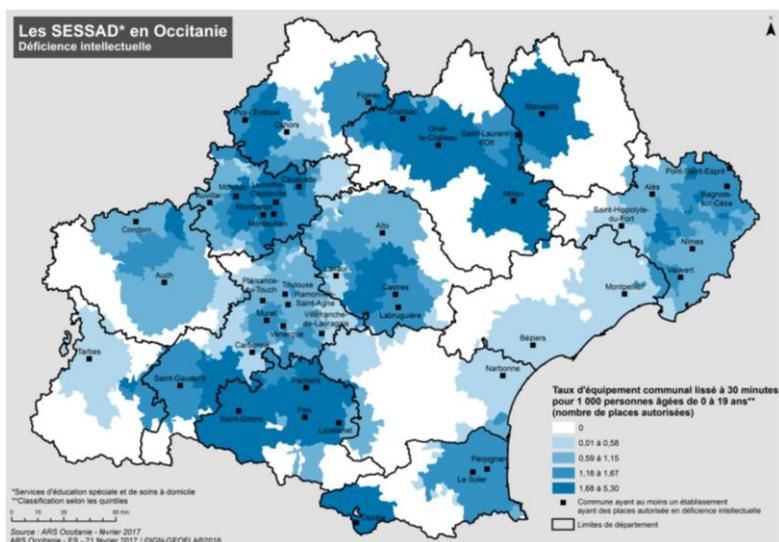
Taux d'équipement en établissements et services pour enfants et jeunes en situation de handicap, au 01/01/2015

Département	Taux d'équipement global en établissements d'hébergement (places) (*)		Taux d'équipement en places en Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)	
	pour 1000 personnes âgées de moins de 20 ans	Rang	pour 1000 personnes âgées de moins de 20 ans	Rang
09 Ariège	8,2	80	3,7	70
11 Aude	6,0	39	1,9	2
12 Aveyron	9,5	89	2,9	34
30 Gard	5,4	25	3,1	43
31 Haute-Garonne	7,3	60	3,0	40
32 Gers	12,8	99	3,1	42
34 Hérault	5,0	15	2,9	36
46 Lot	8,1	77	3,7	72
48 Lozère	19,8	101	2,8	25
65 Hautes-Pyrénées	12,4	97	4,3	89
66 Pyrénées-Orientales	5,9	37	3,4	62
81 Tam	8,4	84	2,9	32
82 Tam-et-Garonne	5,3	21	2,2	12
F France	6,4		3,0	
M France métropolitaine	6,5		3,0	
PRO France métropolitaine, hors Ile-de-France	7,4		3,4	

Offre de soins médico-sociale - source DREES - Enquête ES & STATISS

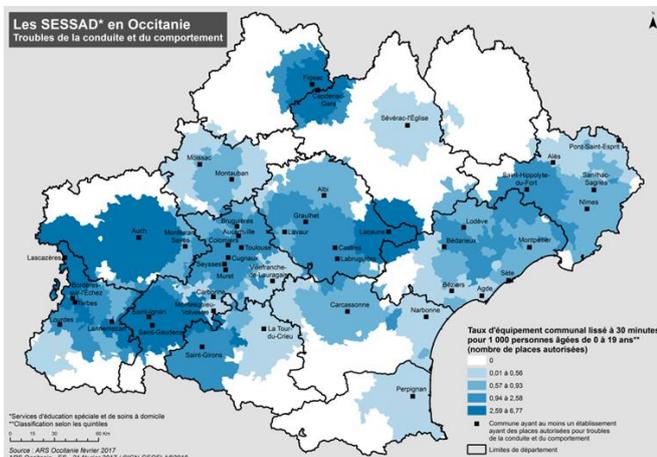
Type de structure		Département : 66 - Pyrénées-Orientales			Indicateurs de comparaison : 2015					
		Nb etab	Nb places	Nb places dédiées au handicap psychique	valeur médiane des Départements			France entière		
		Nb etab	Nb places	Nb places dédiées au handicap psychique	Nb etab	Nb places	Nb places dédiées au handicap psychique	Nb etab	Nb places	Nb places dédiées au handicap psychique
ENFANTS	Total toutes structures MS confondues	21	882	100	29	1 102	106	3 043	128 130	38 440
	Dont Institut Médico-Educatif (I.M.E.)	6	413	.	10	556	.	1 211	69 590	13 420
	Dont Institut Thérapeutiques Educatif et Pédagogique (I.T.E.P.)	2	100	.	3	100	.	381	14 980	14 400
	Dont Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)	13	369	.	14	410	.	1 451	43 560	10 620
ADULTES	Total toutes structures MS confondues	32	1 420	0	38	1 861	157	3 846	205 890	75 300
	Dont Maison accueil spécialisée (M.A.S.)	8	321	.	6	227	.	579	23 970	4 620
	Dont Foyer d'accueil médicalisé (F.A.M.)	4	97	.	8	213	.	701	20 450	7 230
	Dont Etablissement et services d'aide par le travail (ESAT)	9	739	.	14	985	.	1 444	116 020	45 200
	Dont Services d'accompagnement à la vie sociale pour adultes handicapés (SAVS et SAMSAH)	11	263	.	12	396	.	1 122	45 450	18 250
PERSONNES AGÉES	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	49	3 880	.	65	5 131

- Accessibilité aux services pour personnes en situation de handicap
Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : déficiences intellectuelles



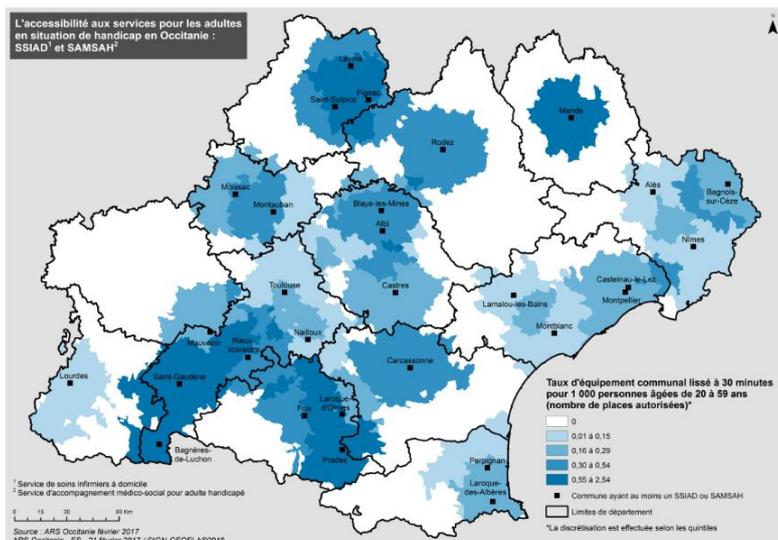
	Population âgée de 20 à 59 ans non couvertes à 30 minutes	Part de la population âgée de 20 à 59 ans non couvertes à 30 minutes (%)
Ariège	11 433	16
Aude	71 718	41
Aveyron	55 450	43
Gard	26 590	7
Haute-Garonne	8 142	1
Gers	72 263	81
Hérault	23 013	4
Lot	45 780	57
Lozère	19 199	51
Hautes-Pyrénées	25 768	24
Pyrénées-Orientales	20 873	10
Tarn	15 637	9
Tarn-et-Garonne	7 595	6
Occitanie	403 462	14

- Accessibilité aux services pour personnes en situation de handicap
Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : troubles de la conduite et du comportement



	Population âgée de moins de 20 ans non couvertes à 30 minutes	Part de la population âgée de moins de 20 ans non couvertes à 30 minutes (%)
Ariège	2 698	8
Aude	6 225	8
Aveyron	28 144	49
Gard	11 803	7
Haute-Garonne	1 238	0
Gers	8 876	22
Hérault	2 304	1
Lot	26 578	76
Lozère	15 291	93
Hautes-Pyrénées	1 098	2
Pyrénées-Orientales	9 374	9
Tarn	1 553	2
Tarn-et-Garonne	3 584	6
Occitanie	118 767	9

- Accessibilité aux services pour personnes en situation de handicap
Adultes : SSIAD et SAMSAH



	Population âgée de 20 à 59 ans non couvertes à 30 minutes	Part de la population âgée de 20 à 59 ans non couvertes à 30 minutes (%)
Ariège	11 433	16
Aude	71 718	41
Aveyron	55 450	43
Gard	26 590	7
Haute-Garonne	8 142	1
Gers	72 263	81
Hérault	23 013	4
Lot	45 780	57
Lozère	19 199	51
Hautes-Pyrénées	25 768	24
Pyrénées-Orientales	20 873	10
Tarn	15 637	9
Tarn-et-Garonne	7 595	6
Occitanie	403 462	14

- Connaissance des besoins de la personne ? La réponse aux besoins de la population est-elle organisée avec les services de psychiatrie, le médico-social ?

- Les situations de défaut ou d'insuffisance de réponse et les prises en charge inadéquates

- Séjours au long cours dans les établissements sanitaires
CH Thuir

	Nombre de séjours	Nombre de journées dans la période	Nombre de patients	% de patients présents depuis plus d'un an	Age moyen	% hommes
2016	393	40 039,00	385	67,94	40,5	66,16
2015	354	33 989,00	350	68,36	40,29	65,82
2014	355	36 353,00	351	70,42	40,28	69,3

- Nombre de réadmissions

CH THUIR

	2013	2014	2015	2016
Nb réadmissions en prise en charge à temps complet dans un délai < 15j	498	409	371	323
Délai médian de réadmission en prise en charge à temps complet (en jours)	16	26	24	28

- Hospitalisations par défaut de prises en charge dans le médico-social ?

- La continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements, notamment lors du passage à l'âge adulte

- Perdus de vue ?

- Revue de cas complexes réalisée par le Centre Hospitalier de Thuir en avril 2017.
Synthèse des constats :

Lenteur des démarches administratives :

- *Délai de traitement des dossiers par la MDPH : la notification d'une orientation n'intervient qu'après 6 à 12 mois après le dépôt du dossier. Ces délais sont raccourcis si*
 - *la personne est déjà connue de la MDPH (nouvelle orientation par exemple)*
 - *l'assistant de service social fait intervenir quelqu'un qu'il connaît sur la MDPH*

Parfois les patients arrivent avec des projets déjà initiés auprès de la MDPH mais ne sont pas aboutis, dans ce cas il est nécessaire de reprendre toute la procédure. Le fait d'être à l'hôpital est une difficulté supplémentaire.

- *SIAO : parfois long pour avoir orientation vers une place. Une fois la demande déposée, les ASS n'ont aucune maîtrise du dossier. Avant le SIAO des contacts directs avec les structures permettaient d'avoir un meilleur suivi et un partage des connaissances*

- *Délai de traitement des dossiers par la CPAM*
- *Pas d'interlocuteur identifié (CPAM, CAF, MDPH...)*
- *Accès au logement*

Représentations de la psychiatrie par les interlocuteurs : structures médico-sociales, MDPH...

Les difficultés de l'unité C sont surtout dues à des situations de précarité, à l'isolement et à l'insalubrité des logements des patients.

Les médecins demandent parfois des sorties rapides mais les ASS n'ont alors pas le temps de bien connaître les dossiers et de trouver une sortie adaptée de ce fait les patients sont plus « rapidement » ré-hospitalisés ensuite.

- **personnes en situation de handicap**

Mise en place du plan départemental validé en avril 2016 en faveur des personnes handicapées et personnes âgées

- **personnes âgées**

- ✓ Mise en place du plan départemental validé en avril 2016 en faveur des personnes handicapées et personnes âgées
- ✓ Structure d'hospitalisation spécialisée sur la clinique du Roussillon
- ✓ Equipe mobile de géronto-psychiatrie qui intervient sur une partie du territoire
- ✓ Maillage territorial des deux MAIA
- ✓ Mise en place du PAERPA

3. Compte-rendu de la réunion du 12 Mai 2017

En début de séance, Tour de table et présentation des participants et rappel du champ de cette thématique selon le projet de décret sur le PTSM.

Le groupe a défini la problématique et du handicap psychique.

SYNERGIE versus SOLITUDE

ou quand on manque de temps pour tout connaître et parler à tout le monde.

Deux moments clés où se jouent les ruptures de parcours : passage de l'adolescence à l'âge adulte et de l'âge adulte vers le troisième âge.

Comment construire un parcours :

- En prenant en compte la demande
- En prenant en compte les besoins des usagers
- En prenant en compte l'offre de services.

L'évaluation initiale est indispensable pour la définition d'un parcours de santé et de vie de qualité sans rupture. Mais la qualité et l'adaptation du parcours qui a été conçu, suppose des réévaluations à l'initiative des acteurs de terrain, et sans forcément tenir compte des délais administratifs prévus.

L'évaluation au sein d'une institution est un des éléments mais doit être complétée.

Diagnostic

Ce qui fonctionne sur le territoire

- Evolution remarquable depuis la loi de 2005 et la création des MDPH
- Existence de la commission de cas complexes à la MDPH : cela a permis des avancées, et une sensibilisation des acteurs. Réponses adaptées pour tous (RAPT)
- Taux d'équipement départemental considéré comme correct
- Les équipes et dispositifs mobiles (EMPG, MAIA, ELIOS, MAO, EMAP, SAMSAH)
- Le travail en réseau (Réseau Ado 66, réseau MAS)
- La double orientation MDPH
- La réhabilitation psycho-sociale

Ce qui existe et qui peut être amélioré et/ou renforcé

- Evaluation du handicap psychique : Partage de l'évaluation avec la même grille d'évaluation
- Défaut de transparence et incomplétude des dossiers (évaluation partielle pour favoriser une admission) → La construction des parcours c'est aller à « la pêche à l'information » pour (re)construire les histoires de vie et parcours de soins des personnes.

- Les éléments administratifs (autorisation, financements) sont percutés par la transversalité des besoins des personnes en situation de handicap psychique
- Les professionnels voudraient être plus écoutés dans les orientations des personnes du handicap psychique. Avoir le droit de se tromper dans les orientations
- Annuaire des professionnels (qui fait quoi ?)
- Des forums d'information pour les usagers et les professionnels : nécessité de donner plus d'informations aux usagers, familles, partenaires ... infos au grand public sur le handicap psychique.
- Financement des accueils temporaires ne permet pas de répondre correctement à l'objectif (financement avec un taux d'occupation à environ 90 %).
- Notion de structure de recours : hospitalisation et séjour de répit devraient être les recours sans délais.
- Difficile parfois de faire coïncider l'offre et la demande : une fois que la personne est dans une orientation (MAS, FAM, PHV ...), si l'orientation ne s'avère pas être la bonne, comment faire ? Comment fait un directeur d'établissement ? Notion de risque maîtrisé et partagé.
- Comment pour une MDPH gérer 35000 demandes individuelles selon des process type et des dossiers de cas complexes pour lesquelles il faut envisager des solutions sur mesure.
- Développer les équipes mobiles. Les équipes mobiles hospitalières sont un atout pour les accueils et prises en charge. Elles permettent de la réassurance des équipes et offrent des garanties de sécurité de leur espace de vie aux résidents.
- Les modes de financements sont parfois insuffisants, les ressources incomplètes, les aides méconnues.
- Associer plus étroitement l'éducation nationale
- Impliquer les familles d'accueil
- Favoriser le développement des dispositifs expérimentaux

Ce qui fait défaut / manque

- Les hospitalisations inadaptées
- Offre non homogène sur le département
- Une maison des adolescents
- L'aide aux aidants ; la prise en compte des fratries
- Les gestionnaires de cas ou case manager pour le handicap psychique
- La fluidité des informations
- Faire face à la complexité, avoir plus de souplesse ; ne plus avoir de solutions définitives mais des solutions itératives et parfois innovantes. Les directeurs d'établissement souhaiteraient avoir « de l'air », plus de souplesse.

Sujets abordés à traiter ultérieurement :

- Soutien aux aidants : souvent il faut aider à recréer un lien entre la personne malade et la famille. La maladie psychique bouleverse et fait souvent exploser les liens et la solidarité familiale.
- Le secret médical et le partage d'informations

En conclusion, la question du repérage et des liens entre le repérage des troubles psychiques et l'évaluation en vue de la définition d'un parcours de santé sont étroitement liés.

Les questions d'évaluation et de partage d'informations entre professionnels sont un élément essentiel de la fluidité des parcours de vie.

Les enjeux institutionnels aussi bien en termes d'autorisations, d'organisation, de responsabilité et de financement constituent des éléments à prendre en compte pour favoriser la pertinence des réponses à apporter aux personnes en situation de handicap psychique et aux personnes âgées.

4. Compte-rendu de la réunion du 13 Septembre 2017

1/ La consolidation du diagnostic

MDPH : la question de la double orientation reste délicate car toute décision administrative est créatrice de droits. Le risque de contentieux n'est pas à négliger dans les orientations faites.

Sera diffusé avec le compte rendu le rapport d'activité de la MDPH.

La réhabilitation psycho-sociale : projet de créer à l'hôpital un service d'évaluation psycho-sociale. Avec un module d'évaluation neuro-cognitive, en ambulatoire et disponible pour tout le territoire.

Projet aussi d'une équipe mobile de réhabilitation à disposition de l'ensemble des personnes souffrant de handicap psychique sur le territoire. Une expérience d'équipe mobile existe au bénéfice de la résidence accueil située à Perpignan.

Grille d'évaluation : expérience dans les EHPAD du Vallespir d'une grille d'évaluation commune. Le logiciel SERAPHIN a démontré son utilité pour évaluer les besoins fondamentaux de la personne.

Hébergement temporaire : état des lieux en cours par le CD car fonctionnement très divers des HT.

Par ailleurs, pour les familles il peut y avoir des freins psychologiques car l'HT est situé au cœur de l'EHPAD.

Il peut aussi y avoir des territoires où les demandes sont disparates (tensions ou absences de demande). Les périodes de vacances de fin d'année et d'été sont des moments où les demandes affluent.

Un HT peut se transformer en hébergement permanent mais ce n'est pas possible de mettre fin au séjour d'une personne qui souhaite un HP.

La MAS des sources souhaiterait également installer ses 5 places autorisées mais non encore financées pour faire de l'hébergement temporaire.

Hospitalisations inadaptées :

Appréciation différente des critères d'inadaptation selon que l'on travaille en hôpital ou dans des structures médico-sociales.

Il manque une volonté politique commune (médecins et directions) de définir ensemble les critères et modalités d'hospitalisation, de retour en médico-social ...

Pour cette question là les réponses doivent être différenciées selon les populations dont on parle :

- Adolescents
- Adultes
- Personnes âgées

Un critère d'appréciation de cette inadaptation pourrait être les durées d'hospitalisation : dans une clinique un médecin questionne toujours l'hospitalisation quand les DMS sont inférieures à 3 jours ou supérieures à 30 jours.

Le sanitaire s'inscrit dans une chaîne de prise en charge dont la place doit être clairement définie.

Formation : le CD tire un grand bénéfice des formations dispensées par le centre de formation du CH de Thuir notamment pour l'appréhension des manifestations psychiatriques des publics accueillis et suivis par les services sociaux.

Case management

Existence de l'UDPI (Unité Départementale de Prévention pour l'Insertion) au conseil départemental. Il s'agit d'une petite unité de travail rattachée à la Direction de l'accompagnement social et de l'accès aux droits (DASAD) qui comprend AS, IDE, psychologue et médecin qui peuvent à la demande d'un bénéficiaire du RSA et/ou d'un TMS, aider l'usager à lever les freins à l'insertion de type psy (dépression, déni de maladie psy, etc)

Les SAMSAH surtout ceux qui travaillent en milieu rural ont des missions proches de celles d'un case manager.

Fluidité de l'information : au-delà des questions abordées à la réunion précédente, il est nécessaire de rappeler la nécessité à la sortie d'une hospitalisation d'éléments médicaux pour ne pas refaire des examens médicaux par exemple.

Proposer des REX quand il y a des difficultés entre sanitaire et médico-social

PTA : plateforme territoriale d'appui

Innover : on arrive à mieux coordonner les actions si on prend le temps en amont de se connaître en tant qu'institutions avec des modes de fonctionnement, des métiers, des enjeux différents.

Notion de patients experts évoquée

Eparpillement de dispositifs et de moyens : quelle stratégie l'ARS va-t-elle mettre en place pour créer les conditions de la faisabilité de construire des parcours de santé et de vie de qualité ?

Guichet intégré : interrogation sur la possibilité d'étendre les guichets intégrés pour l'ensemble du secteur médico-social. Sur le principe bien sur, sur la mise en œuvre cela paraît complexe car nécessité de formation du personnel, nécessité de prioriser les actions à mettre en œuvre.

2/ Les objectifs stratégiques

1/ Disposer d'outils communs pour favoriser une bonne orientation et une bonne coordination :

- Grille d'évaluation commune : GEVA, Seraphin ... pour éviter les ruptures de parcours, les mauvaises orientations ...
-

2/ Création de plateforme gérontologique infra territoriale pour identifier les ressources et les coordonner : projet du CD

3/ Pour les AVS : étude sur la possibilité de fidéliser la même AVS pour un enfant afin de sécuriser le parcours de l'enfant et de pérenniser les liens et la qualité de l'accompagnement.

4/ La maison des adolescents

Un comité technique doit se réunir sous l'égide du CD et de la DD ARS pour la mise en place d'une MDA.

5/ L'aide aux aidants

La clinique du Roussillon aborde la question du handicap psychique avec la famille du patient. Le médecin rencontre les familles systématiquement à l'entrée et à la sortie du patient.

Le service de réhabilitation psycho-sociale peut constituer une aide pour la famille et l'entourage du patient.

6/ Création d'un diplôme de case management à l'université de Tours, en association avec l'université de Lausanne.

7/ Information coordination : possibilité de créer un ROR numérique sous la forme d'un logiciel tel que travaillé par la MAIA mais non finalisé à ce jour.

Budget plus ou moins 60 000 €, des financements pourraient être éventuellement sollicités auprès de la CNSA.

Nécessité d'élargir ce ROR à tous les intervenants d'un parcours de santé et de vie de qualité.

8/ Le gérontopôle du CHU de Toulouse : le maillage local en a été renforcé, au niveau du domicile comme des établissements. Exemplarité de cette structure fédératrice.

9/ Adapter pour des parcours de santé et de qualité sans rupture

Pour les ados et les enfants : problème de communication entre acteurs malgré les moyens.

Nécessité de construire des partenariats et des modalités de concertation pérennes et structurés. Exemples des structures de coopération initiées avec le CH de Thuir : GCS Pharamcoopé, GCSMS MAIA, GCSMS Vall Ventosa, GCSMS Samsah qui permettent de structurer les coopérations et fédèrent les moyens mis en œuvre.

Déployer des dispositifs identiques sur tous les territoires pour une équité de traitement (Fenouillèdes évoqué par exemple).

Adaptation de l'offre de soins sans solliciter des moyens : perspectives envisagées par la clinique du Roussillon :

- Créer des centres ressources
- Evaluations neuro cognitives
- Créer des capacités d'hospitalisation de jour pour les étudiants ou jeunes adultes qui travaillent (de 18h à 22h) par exemple.

En conclusion, il faudra veiller dans ce qui va être fait de ne pas créer une strate supplémentaire sinon on augmente la complexité des dispositifs (et on coordonne les coordonateurs ...).

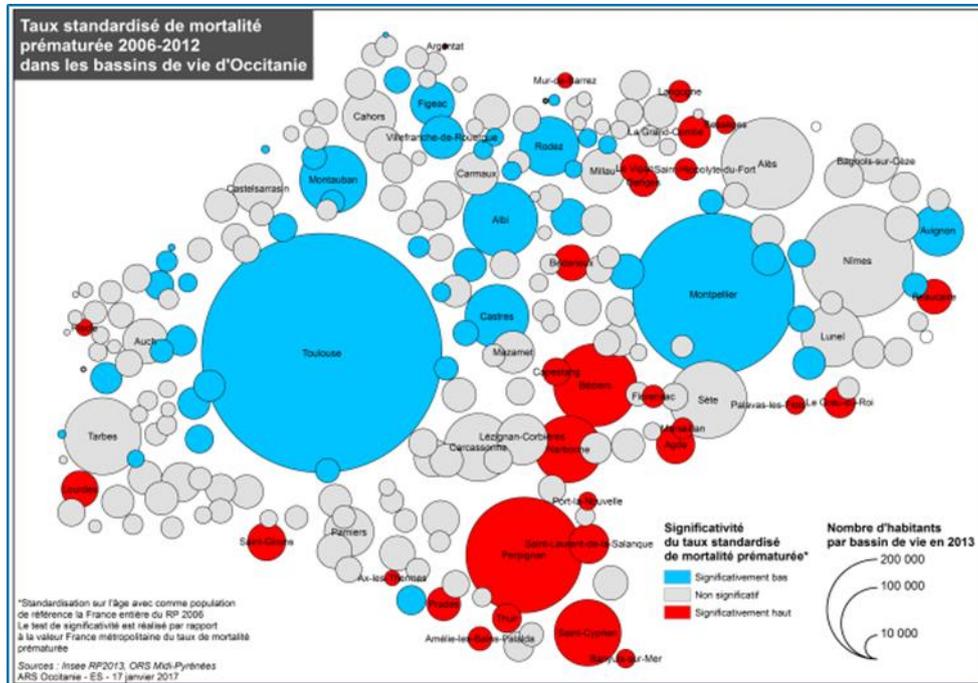
G. Groupe III - Accès à des soins somatiques adaptés aux besoins des personnes présentant des troubles psychiques

1. Participants au groupe de travail

Nom	Fonction	Etablissement/ Institution
Dr Yves Garcia	Président de la CME	CH Perpignan
Christine Bardez	Directrice des Soins	CH Thuir
Dr Sylvie Colomes	Chef de Service GCS Pharmacopé	CH Thuir
Pascal Delubac	Délégué	FHP
Dr Vedrenne Christian		
Roland Monier	PCPE	Sauvy
Dr Régis Bouquié	Biologiste	CH Thuir
Hélène Conte	Représentante	Conseil de l'Ordre IDE
Dr Jean-Baptiste Thibert	Médecin Généraliste	Secrétaire Général Libaglyr
Stéphanie Carrasco	Directrice Adjointe	Mutualité Française
Frédéric Bouard	Président	AT66
Dr Philippe Bourge	Chef du pôle SMPR/Toxico	CH Thuir
Aline Duhamel	Cadre supérieur du pôle Ado / Urgences	CH Thuir
Patrice Marchesan	Médecin Anesthésiste	Clinique Saint-Pierre
Bernard Stephan	Directeur	Sensevia
Dr André-Jean Rémy	Responsable Hépatite 66	CH Perpignan
Jérémy Hervé	IDE EMM	CH Perpignan
Angelo Castelletta	Directeur	CPAM
Noelie Branchini	Infirmière SAMSAH	UNAPEI
Amira Kouaouci	Médecin Généraliste	CH Thuir
Jean-Louis Ghirello	Directeur Adjoint ITEP	ADPEP 66
Françoise Prosdocimo	Chef de service	UNAPEI

2. Fiche élaborée pour l'aide au diagnostic territorial

- **Taux de mortalité prématurée dans les villes (toutes causes de décès confondues)**



Le taux de mortalité prématurée varie de 1 à 3,5 entre les bassins de vie de la région Occitanie. Il est particulièrement corrélé aux indicateurs de défavorisation.

- **Surmortalité des personnes ayant des troubles psychiques**

La surmortalité des personnes ayant des troubles psychiques sévères est connue depuis les années 1930. Cette surmortalité s'aggrave de manière continue, alors que l'espérance de vie de la population générale augmente. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il y aurait 8 millions de morts prématurées dans le monde liées aux troubles psychiatriques. Des études ont montré que la première cause de mort des personnes vivant avec des troubles psychiques est naturelle, loin devant les suicides, les accidents et les homicides. Ainsi, par rapport à la population générale, l'espérance de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans et leur taux de mortalité (4) est trois à cinq fois supérieur (3) (OMS, 2015).

→ Etude sur la mortalité de personnes souffrant de maladie mentale a été réalisée par la F2RSM en collaboration avec l'EPSM de la métropole lilloise. Etude rédigé en 2013. L'Indice Comparatif de Mortalité global s'élève à 397 (IC à 95% 368-428) ; on peut donc affirmer qu'il y a près de 4 fois plus de décès dans la population d'étude que si elle avait connu les mêmes taux de mortalité que la population générale. L'ICM est plus élevé chez les hommes (425 - IC à 95% : 387-466) que chez les femmes (335 - IC à 95% : 293-382). La surmortalité

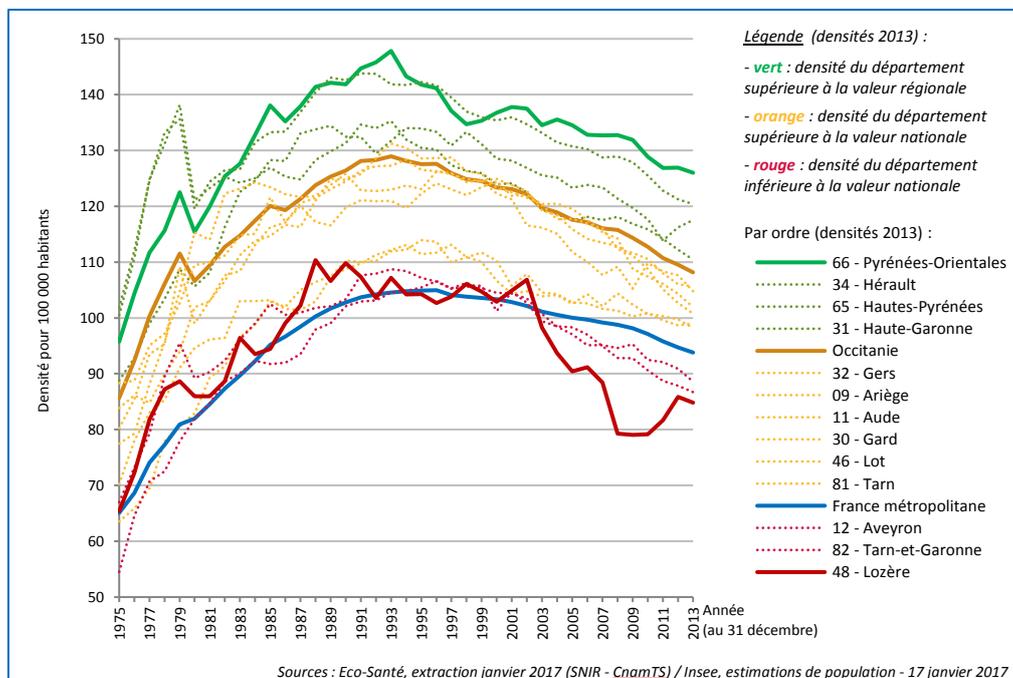
est très importante quelle que soit la classe d'âge, mais l'ICM est d'autant plus élevé que les sujets sont jeunes lors de leur inclusion : les 18-34 ans présentent l'ICM le plus fort (1416 - IC à 95% : 1141-1758).

1. Suivi somatique de ces personnes par les médecins généralistes

Offre de soins Libérale - source DREES - ADELI/RPPS

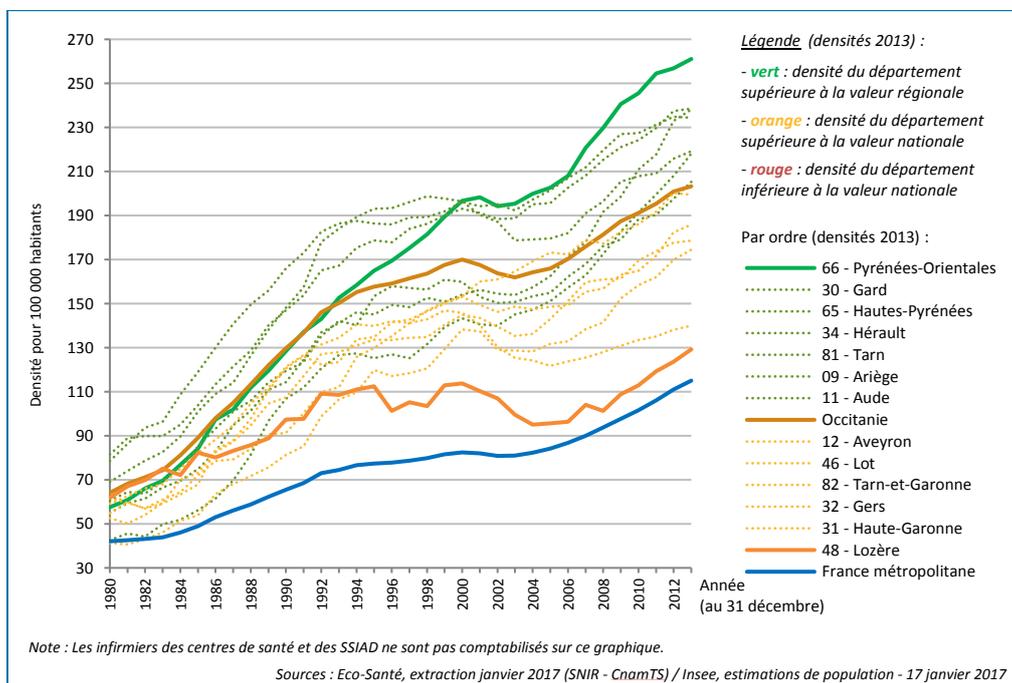
		Indicateurs de comparaison : 2015	
		valeur médiane des Départements	France entière
Nb professionnels de santé et psychologues	Département : 66 - Pyrénées-Orientales Libéraux ou activité mixte	Libéraux ou activité mixte	Libéraux ou activité mixte
Médecins généralistes	657	486	68 503
Psychiatres	30	25	6 068
Pédo-psychiatres	1	1	323
Psychologues	102	93	17 985

➔ Densité des omnipraticiens libéraux (médecins généralistes et médecins ayant un mode d'exercice particulier - MEP)



Une densité supérieure à la moyenne française.

➔ Densité des infirmiers libéraux



- File active des établissements de santé spécialisés en psychiatrie du territoire des Pyrénées Orientales ayant eu une prise en charge psychiatrique en hospitalisation à temps complet ou partiel

Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015
Nb total patients (<u>hors ambulatoires exclusifs</u>)	4 570	4 803	4 378	4 474	4 496
Nb patients en soins sans consentement*	670	725	801	810	861
% patients <u>non</u> originaires de la zone géographique d'implantation sélectionnée	8,6 %	8,3 %	8,1 %	10,1 %	9,7 %

- Patients ayant eu recours à une prise en charge psychiatrique en HOSPITALISATION à TEMPS COMPLET ou PARTIEL - source : RIM-P – Tous les établissements du département

Indicateurs	Département : 66 - Pyrénées-Orientales					Indicateurs de comparaison : 2015		
	2011	2012	2013	2014	2015	valeur médiane des départements	Région : Occitanie	France entière
Nb total patients*	4 242	4 444	4 109	4 099	4 115	3 114	42 656	419 482

		Département : 66 - Pyrénées-Orientales					Indicateurs de comparaison : 2015		
Indicateurs		2011	2012	2013	2014	2015	valeur médiane des départements	Région : Occitanie	France entière
% des patients fréquentant les étab psy de la zone (hors patients ambu exclusifs)		95,9 %	96,0 %	95,7 %	96,2 %	96,3 %	87,9 %	98,0 %	.
% des patients fréquentant des étab psy hors de la zone (hors patients ambu exclusifs)		4,1 %	4,0 %	4,3 %	3,8 %	3,7 %	12,1 %	2,0 %	.

- Nombre de journées d'hospitalisation temps plein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie du territoire des Pyrénées Orientales

Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015
Nb journées de présence en hospitalisation <u>à temps plein</u>	152 062	154 855	151 712	137 270	141 036
Nb patients hospitalisés <u>à temps plein</u>	2 987	3 184	3 246	3 141	3 143
DMH <u>à temps plein</u>	50,9	48,6	46,7	43,7	44,9
% journées à temps plein en soins sans consentement	19,6 %	15,2 %	18,5 %	20,5 %	20,9 %
% journées à temps plein en isolement thérapeutique	2,6 %	2,5 %	2,9 %	3,6 %	2,6 %

- Diagnostic par patient ayant eu recours à une prise en charge psychiatrique en HOSPITALISATION à TEMPS COMPLET ou PARTIEL dans les établissements de santé spécialisés en psychiatrie du territoire des Pyrénées Orientales

Indicateur : année 2015	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	R4	Autres codes	Manquants
Nb patients	191	543	1 009	1 693	739	23	212	97	210	200	2	68	82
% patients	4,3 %	12,3 %	22,8 %	38,3 %	16,7 %	0,5 %	4,8 %	2,2 %	4,8 %	4,5 %	0,0 %	1,5 %	.

F00-F09	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
F10-F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
F20-F29	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
F30-F39	Troubles de l'humeur [affectifs]
F40-F48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
F50-F59	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
F60-F69	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
F70-F79	Retard mental
F80-F89	Troubles du développement psychologique
F90-F98	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

- File active des établissements de santé spécialisés en psychiatrie du territoire des Pyrénées Orientales ayant eu une prise en charge psychiatrique exclusivement en ambulatoire

Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015
Nb total patients pris en charge <u>exclusivement</u> en ambulatoire	10 346	10 888	11 271	11 838	12 784

- Diagnostic par patient ayant eu recours à une prise en charge psychiatrique exclusivement en ambulatoire dans les établissements de santé spécialisés en psychiatrie du territoire des Pyrénées Orientales

Indicateur	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	R4	Autres codes	Manquants
Nb patients	485	805	1 239	1 792	2 368	105	556	256	942	1 400	25	2 009	1 633
% patients - <u>ambu</u> <u>exclusifs</u>	3,0 %	5,0 %	7,7 %	11,1 %	14,6 %	0,6 %	3,4 %	1,6 %	5,8 %	8,6 %	0,2 %	12,4 %	.

2. Coordination des parcours

- Quand les patients sont en ambulatoire, comment le suivi somatique se coordonne avec les soins psychiatriques ? Le suivi d'un patient en ambulatoire ? comment est-il réalisé ? comment le lien est-il réalisé ?
- Quand un patient rentre en psychiatrie, quel bilan somatique ? est-il systématique ? pour tous les établissements ?
- Quand une personne souffrant de troubles psychiatriques réside en médico-social, comment est assuré son suivi somatique ? comment va intervenir le nouveau dispositif PCPE ? et la médecine générale
- Quel est le rôle du médecin traitant et des infirmiers libéraux et leur implication ? quelles informations adressent-ils aux psychiatres ?
- Comment informe-t-on les professionnels de ville de la prise en charge psychiatrique ?

Les statistiques sur les courriers de sortie sont issues des Indicateurs IPAQSS 2016 sur le site scope santé

CLINIQUE DU ROUSSILLON
289 AVENUE DU MARECHAL JOFFRE
66200 FERRIGNAN

AJOUTER CET ÉTABLISSEMENT À
MA SÉLECTION
LANCER LA COMPARAISON

B LISTE DES RÉSULTATS
FICHE IDENTITÉ **QUALITÉ** ACTIVITÉS & SPÉCIALITÉS FICHE DÉTAILLÉE

QUALITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT
Synthèse des résultats globaux sur la qualité des soins de cet établissement. Cliquez sur le bandeau coloré pour obtenir plus de résultats

CERTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT **B** >>

LUTTE CONTRE LES INFECTIONS LIÉES AUX SOINS >>

DOSSIER DU PATIENT >>

LIEN HÔPITAL/VILLE >>

Courrier de fin d'hospitalisation **C** 57%

CLINIQUE DU PRE
ANNEE DE L'ORT
66200 THEZA

AJOUTER CET ÉTABLISSEMENT À
MA SÉLECTION
LANCER LA COMPARAISON

B LISTE DES RÉSULTATS
FICHE IDENTITÉ **QUALITÉ** ACTIVITÉS & SPÉCIALITÉS FICHE DÉTAILLÉE

QUALITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT
Synthèse des résultats globaux sur la qualité des soins de cet établissement. Cliquez sur le bandeau coloré pour obtenir plus de résultats

CERTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT **B** >>

LUTTE CONTRE LES INFECTIONS LIÉES AUX SOINS >>

DOSSIER DU PATIENT >>

LIEN HÔPITAL/VILLE >>

Courrier de fin d'hospitalisation **C** 64%

CHS LEON JEAN GREGORY
AVENUE DU ROUSSILLON
66301 THUIR

AJOUTER CET ÉTABLISSEMENT À
MA SÉLECTION
LANCER LA COMPARAISON

A LISTE DES RÉSULTATS
FICHE IDENTITÉ **QUALITÉ** ACTIVITÉS & SPÉCIALITÉS FICHE DÉTAILLÉE

QUALITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT
Synthèse des résultats globaux sur la qualité des soins de cet établissement. Cliquez sur le bandeau coloré pour obtenir plus de résultats

CERTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT **A** >>

LUTTE CONTRE LES INFECTIONS LIÉES AUX SOINS >>

DOSSIER DU PATIENT >>

LIEN HÔPITAL/VILLE >>

Courrier de fin d'hospitalisation **C** 61%

- L'hospitalisation de patients «psychiatriques» en MCO : Intervention limitée du Centre Hospitalier de Thuir à la psychiatrie de liaison au CH de Perpignan. Pas d'intervention dans les autres établissements MCO. Dans ces cas comment sont gérées les problématiques psychiatriques ?

Activité ambulatoire mensuelle 2016 En nombre total d'actes (Source CORTEXTE)		Actes 2016	File Active 2016	2016 Actes / Ptnt
		Cumul 12	Cumul 12	
8311	PSYCHIATRIE DE LIAISON	712	480	1,48

- L'information des malades sur leur état somatique et leurs besoins de soins : patients traçeurs des établissements de santé ?

3. Compte-rendu des réunions du 12 Mai 2017 et du 28 Juin 2017

1. Accès en ville à des soins somatiques

- **Où est l'information et comment est-elle accessible ?** Malgré quelques outils existants, la **concertation, coordination entre équipes** de psychiatrie, médecins généralistes, spécialistes et autres professionnels de santé libéraux est insuffisante. De même avec les équipes éducatives du médico-social. Chaque professionnel devrait pouvoir savoir quelle autre information détient un autre professionnel de santé.
Proposition : organiser des Réunions Communes Pluri professionnelles (RCPP). Dématérialisation de l'information.
- **Stigmatisation** : Certains professionnels craignent d'être « repérés » comme ceux qui prennent en charge les patients ayant des troubles psychiques.
- **Les professionnels libéraux méconnaissent les troubles et la prise en charge psychiatrique.** Nécessité de formation des professionnels.
- **Les patients** souffrant de troubles psychiques et/ou marginalisés **n'ont pas toujours de médecin traitant.**
- **La question de l'accompagnement est essentielle afin de favoriser l'accès aux soins.**
- **Il existe peu de facilité d'accès aux examens complémentaires, rendez-vous spécifiques si possible regroupés, personnel formé et suffisant, matériel adapté.**

2. Accès à des soins somatiques durant un suivi en psychiatrie

- Les patients ont un bilan somatique à l'entrée, il est adapté aux éléments cliniques et antécédents de la personne. Les bilans ne sont pas identiques dans tous les établissements. D'autres établissements sollicitent un bilan avant l'entrée.
- Il existe des recommandations de sociétés savantes, sont-elles connues et appliquées.
- **L'accès aux spécialistes connaît les mêmes problématiques et difficultés que celui aux examens complémentaires.**
- De même, la coordination entre les équipes de soins lors d'une hospitalisation en soins somatiques au cours d'une prise en charge psychiatrique pourrait être améliorée. L'accès à l'équipe de psychiatrie de liaison n'est possible que pour le Centre Hospitalier de Perpignan.

3. Coordination des parcours

Etat des lieux

- Exercice en équipe souhaité, même en libéral : Communauté Professionnelle Territoriale Santé (CTPS)
- Outils existants : exemple de Libaglyr, continuité des soins par l'organisation d'une centrale d'appel tenue par des secrétaires formées (dès lors qu'un secrétariat est over booké les appels sont basculés sur le secrétariat d'une autre ville, avec toujours l'identification du lieu de l'appel de la personne, dans le cas d'un patient psychiatrique c'est un contexte favorable de dépistage, cette

organisation permet de donner des réponses immédiates, si la secrétaire est en difficulté elle transfère l'appel à un médecin).

- La permanence est assurée de 8h à 20h30 en semaine et de 8h à midi le samedi
- Les professionnels partagent l'information par plusieurs outils, application labélisée niveau 2.
- Maintien et développement de l'utilisation de la télé-expertise.
- Accessibilité des informations du CH Thuir : Annuaire médical, application...
- Les patients sont suivis par leur médecin traitant ou le médecin de l'institution. Il importe d'améliorer l'accompagnement afin de faire le lien entre les différents professionnels participant à la prise en charge. Il semblerait pertinent de prévoir des accès privilégiés aux consultations et examens pour les patients relevant de la psychiatrie. Ainsi que d'écourter les circuits entre secteur somatique et secteur psychiatrique.
- La problématique de la coordination des différentes équipes reste identique.
- Il existe des difficultés à avoir des informations des équipes psychiatriques, la question des échanges, de la coordination et du délai d'envoi des courriers reste prévalente. L'accès aux spécialistes connaît les mêmes problématiques et difficultés que celui aux examens complémentaires. De même, la coordination entre les équipes de soins lors d'une hospitalisation en soins somatiques au cours d'une prise en charge psychiatrique pourrait être améliorée.
- Les problèmes psychiatriques rencontrés dans les autres établissements de court séjour du département sont traités soit avec des psychiatres du secteur privé, lors d'une découverte du problème psychiatrique, soit, pour les patients connus du secteur psychiatrique, par un transfert au CH de Perpignan qui dispose d'une psychiatrie de liaison. Il existe une insatisfaction potentielle de toutes les équipes. L'équipe de psychiatrie, car souvent afin d'affiner le diagnostic somatique, le traitement de la pathologie psychiatrique est arrêté, avec des risques de décompensation de la maladie et de difficulté de ré-équilibre du traitement par la suite. Le problème peut parfois être créé par des difficultés d'accès à certains traitements psychiatriques en court séjour. L'équipe somatique est souvent insatisfaite, par la difficulté à avoir des informations sur la pathologie et le traitement psychiatrique et/ou simplement un avis spécialisé. Ces dysfonctionnements sont renforcés par la difficulté d'accès à la psychiatrie de liaison. **Une des pistes proposées serait l'existence d'une équipe mobile de psychiatrie de liaison. De plus, proposer une formation concernant la spécificité et l'impact des traitements psychiatriques semblerait pertinente pour les professionnels présents.** Les difficultés générées par les sorties d'hospitalisation non suffisamment préparées sont aussi évoquées par tous les professionnels présents, tant du secteur somatique que psychiatriques et médico-social.
- Un certain nombre de consultations avancées sont organisées, cardiologie, gastro-entérologie, odontologie, ophtalmologie.... Les points de faiblesses sont l'absence de consultation d'endocrinologie, vu les troubles métaboliques générés par les traitements, et les consultations qui sont « personnes dépendantes ».

Ce qui ne fonctionne pas :

- Manque d'information des équipes libérales sur les éléments nécessaires à la prise en charge. Modalités d'adaptation des soins à la pathologie des patients.
- Les professionnels libéraux méconnaissent les troubles et la prise en charge psychiatrique. Nécessité de formation des professionnels.
- Stigmatisation : Certains professionnels craignent d'être « repérés » comme ceux qui prennent en charge les patients ayant des troubles psychiques.
- Développement du travail en équipe de professionnels de santé en libéral. Selon les endroits du territoire l'accès aux soins est une vraie difficulté.
- L'accès aux soins non programmés ne fonctionne pas bien car le secrétariat est dépersonnalisé et le patient psychiatrique est incapable d'exposer la situation, le problème
- Les patients souffrant de troubles psychiques et/ou marginalisés n'ont pas toujours de médecin traitant.
- Délais d'envoi des courriers
- Les salles d'attente ouvertes sont problématiques pour ce type patient. Ils ont besoin d'un aidant pour accéder aux soins
- Malgré quelques outils existants, la concertation, coordination entre équipes de psychiatrie, médecins généralistes, spécialistes et autres professionnels de santé libéraux est insuffisante. De même avec les équipes éducatives du médico-social. Chaque professionnel devrait pouvoir savoir quelle autre information détient un autre professionnel de santé.
- Le transport des patients ayant besoin de consultations est une difficulté, posture de la CPAM.
- **La question de l'accompagnement est essentielle afin de favoriser l'accès aux soins.**

Ce qui manque :

- Problématique de l'accès aux soins des situations complexes.
- Besoin en information, formation.
- Réunion de concertation pluri professionnelle RCP (à des horaires en journée, rémunérés, mensuelle et avec possibilité d'inviter d'autres professionnels ayant des liens avec le patient).
- Dématérialisation de l'information.
- Manque une communication entre professionnels, entre professionnels et structures entre professionnels et patients.
- Il existe peu de facilité d'accès aux examens complémentaires, rendez-vous spécifiques si possible regroupés, personnel formé et suffisant, matériel adapté.

H. Groupe IV - Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence

1. Participants au groupe de travail

Nom	Fonction	Etablissement/ Institution
Guillaume Dubois	Délégué territorial	Délégation départementale des PO
Lucile Sabrazat	Directrice Adjointe	CH Thuir
Dr Jean-Yves Galan	Psychiatre Chef de pôle Adolescents / Urgences	CH Thuir
Dr Jean-Marie Bonnec	Chef de service des Urgences	CH Perpignan
Myriam Ferlin	Directrice	CH Prades
Mme Simone Casanovas	Directrice	Clinique Théza
Mounia Vergnet	Directrice	Ehpad
Geneviève Pouget	CCAS	Mairie de Prades
Pierre Perucho	Président	FNEHAD
Gérard Fossey	Directeur	ALEFPA
Jean Brigot	Cadre de santé	CH Thuir
Yacine Abdat	Directeur Territorial Adjoint de la Protection Judiciaire de la Jeunesse des Pyrénées-Orientales et de l'Aude	PJJ
Lionel Gachon	Directeur	Etablissement Public Médico-éducatif du Roussillon
Jean-Christophe Barbant	Directeur ITEP	ADPEP 66
Sabine Dargelas	Référent Soins Sans consentement	Préfecture des Po
Nasser Meniai	Médecin responsable du CAC et des Urgences	CH Thuir
Nathalie Yanez	Chef d'atelier	UNAPEI
Jérôme Bartrina	Directeur Foyer de Vie Les Mouettes	Val de Sournia
Pascal Teulet	Directeur Adjoint	PHV - Ehpad Haut Vallespir
Dr Far Ferrer	Médecin psychiatre	CH THUIR
B. Strouck	Directeur	Clinique Saint-Joseph
Dr Marie-Christine Raverat	Médecin gériatre	CH Prades
Dorothee Gesbert	Chargée de mission santé publique	Mission Santé Ville Perpignan

2. Fiche élaborée pour l'aide au diagnostic territorial

1. l'organisation de l'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes

- Existence de deux équipes mobiles d'intervention précoce sur Perpignan (ELIOS) et sur Argelès (EMAP) en lien avec les Conseils Locaux de Santé Mentale.

Activité ambulatoire mensuelle 2016 En nombre total d'actes (Source CORTEXTE)		Actes 2016	File Active 2016	2016 Actes /
3018	EQUIPE MOBILE PERPIGNAN (ELIOS)	1 090	120	9,08
4610	EQUIPE MOBILE ARGELES (EMAP)	763	95	8,03

- Equipes mobiles spécialisées : Equipe Mobile de Gériatrie et Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité (MAO)

L'EMPG dispose de convention avec des structures Ehpad du département, publiques, privées ou associatives à but lucratives et non lucratives.

Activité ambulatoire mensuelle 2016 En nombre total d'actes (Source CORTEXTE)		Actes 2016	File Active 2016	2016 Actes /
3560	EQUIPE MOBILE DE GERONTO-PSYCHIATRIE	9 270	1 060	8,75
8710	MODULE D'ACTION ET D'ORIENTATION (MAO)	2 729	381	7,16

Le rôle du MAO est de favoriser ou d'organiser des parcours permettant aux personnes en situation de précarité d'accéder aux soins et de bénéficier de prises en charge globales. Celles ci permettent d'éviter autant que possible les ruptures préjudiciables à la qualité de leur projet de vie et de réinsertion. Le MAO intervient et propose des actions de soutien aux équipes socio-éducatives qui travaillent avec ce public sous forme de réunions de régulation, réunions mensuelles dans les structures, synthèses autour de situations spécifiques. Le MAO est chargé d'aller au-devant des publics précarisés où il se trouve afin de faciliter la prévention, le repérage et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire. (Circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.)

- Suppression depuis 2012 de la modalité d'hospitalisation à domicile pour la santé mentale.

2. l'organisation d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques sur leur territoire

Il existe une permanence H24 d'une équipe spécialisée en psychiatrie (1 psychiatre + 1 IDE) au sein des urgences du Centre Hospitalier de Perpignan. En outre, il existe un service d'hospitalisation de 10 lits actuellement (8 adultes + 2 adolescents) qui va être reconstruit sur le site du Centre Hospitalier de Perpignan

- Activité des urgences psychiatriques en nombre d'actes et en file active : 2 900 patients de file active pour 8 902 actes en 2016 soit une moyenne de 3 actes par patient par an.

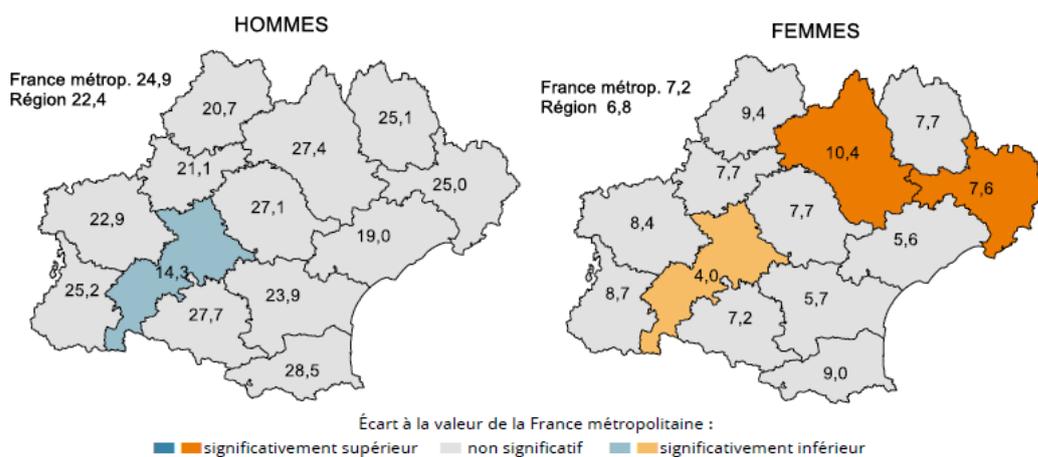
Activité ambulatoire mensuelle 2016 En nombre total d'actes (Source CORTEXTE)		Actes 2012	Actes 2013	Actes 2014	Actes 2015	Actes 2016
						Cumul 12
8310	URGENCES PSYCHIATRIQUES	6 210	6 012	6 104	9 343	8 902

- La régulation par le SAMU → protocole SPDRE
- Le transport des personnes « en crise »

3. Prévention et prise en charge des suicides sur leur territoire

- Nombre de tentatives de suicides sur le territoire

Carte 45. Taux standardisés de mortalité* par suicide dans les départements d'Occitanie en 2011-2013



* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, pour 100 000 hab.
Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation CREA-ORS Languedoc-Roussillon, ORS Midi-Pyrénées

- Fonctionnement du dispositif VIGILANS

<http://dispositifvigilans.org/>

4. Prises en charge spécifiques

- Nombre de perdus de vue dans les différents établissements : comment les mesurer ?
- L'hospitalisation des personnes âgées dans les services de psychiatrie ? Evolution de l'activité de la clinique du Roussillon sur l'unité d'hospitalisation en géro-psycho-geriatrie ?
- Les patients agitateurs et perturbateurs qui arrivent aux urgences ?
- L'hospitalisation des mineurs ? de 12 à 16 ans, elle est organisée en lien avec l'astreinte de pédo-psycho-geriatrie soit au sein du CAC 48 où deux lits leurs sont réservés soit au sein de l'unité d'hospitalisation des adolescents.

5. Organisation du dispositif de crise

- Existence d'une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique activée par le C15 : 4 interventions en 2016.
- Mise en œuvre d'une unité fonctionnelle de prise en charge des psycho-traumatismes au sein du CH de Thuir.

3. Compte-rendu de la réunion du 12 Mai 2017

Selon les médecins présents la crise se situe en amont de l'urgence.

La définition de l'urgence est difficile car aujourd'hui sur les services d'urgences arrivent tout type de situations qui ne sont pas forcément urgentes.

Notion de crise ou d'urgence est différente selon la structure ou le prisme que l'on a, ainsi que les outils qui existent ou pas

Le niveau de réponse est différent selon les interlocuteurs ou les situations, les établissements médico-sociaux n'ont pas les mêmes ressources

En médico-social : les établissements voient arriver la crise, elle commence souvent le matin et si le personnel est formé, elle peut être prise en charge : « *on ne fait appel aux urgences qui si on n'a pas pu prendre en charge la crise, on ne s'autorise pas à appeler les services si la crise est gérable par notre établissement* ».

Crise en psychiatrie :

Toutes les maladies psychiatriques sont susceptibles de connaître des phases critiques qui peuvent amener à l'urgence.

La souffrance psychique aigue est à différencier d'un moment de crise au décours d'une maladie psychiatrique chronique.

Existant qui fonctionne :

- Existence d'un service de psychiatrie thuirinois au sein du Centre hospitalier de Perpignan : Consultation H24, infirmiers et psychiatres de liaison aux urgences et intervention dans les autres services.
- Existence du CAC 48/72H. Les admissions s'y font toujours après orientation par le médecin psychiatre consultant.
- Bonne articulation entre le service d'urgence somatique et le dispositif de liaison de la psychiatrie.

Difficultés :

Mme Vergnet (directrice EHPAD Millas) : « Les urgences renvoient certains patients sans réponse psychiatrique. Prise en compte partielle du courrier du médecin de l'EHPAD par les urgences somatiques du CH de Perpignan. »

Difficultés générales :

Il n'y a pas les mêmes dispositifs sur l'ensemble du territoire : exp de l'EMPG et autres équipes mobiles de psychiatrie adulte (Argelès, Perpignan...).

Il semble nécessaire de préciser qui fait quoi selon les territoires, comment caractériser les troubles et trouver la bonne solution.

La connaissance réciproque des systèmes médico-social et sanitaire, au-delà de la coordination, est essentielle.

Manques identifiés :

- Diffuser une cartographie précise des services et structures vers qui se tourner en cas de début crise ou d'urgence sur le territoire.

- Besoin d'outils partagés pour savoir ce qui est une crise et caractériser les éléments de la crise ou du processus qui amène à la crise.
- Besoin de définir ensemble ce qui est réellement une hospitalisation et à quoi elle sert ?
- Télémédecine pour la psychiatrie ?
- Un service propre aux urgences psychiatriques ?
- Les médecins des urgences n'ont pas toujours connaissance de l'ensemble de la situation en amont, n'ont pas toutes les informations pour orienter vers le psychiatre. (cf remarque de Mme Vergnet)
- Peu d'intervention dans le secteur de l'enfance (éducation nationale) ou pas d'intervention de manière égale sur le territoire, par exemple : établissements scolaires, équipes mobiles.
- Articulation des dispositifs de prévention (exp : SESSAD et CMP) (Mr Barbant, ITEP)
- Disparités des modalités de réponse (réponse aux demandes non programmées...) selon les CMP, les moyens alloués...
- Réponse à l'urgence ou à la crise devrait pouvoir se faire sur le CMP ?.
- Un guichet unique pour réponse à l'urgence.
- Méconnaissance par les partenaires institutionnels de l'existence des astreintes psychiatriques et pédo psychiatriques.
- Difficulté un seul accès pour le traitement de l'urgence quand appel au 15 par exemple. le 15 ne « connaît » pas d'autre possibilité : Pas d'autre maillage identifié que le CH de Thuir (via les urgences de Perpignan notamment) pour traiter une urgence. Besoin d'une meilleure gradation du soin.

II - Prévention de la crise

Discussions :

Ce qui peut être intéressant est de pouvoir détecter la crise afin de pouvoir anticiper l'urgence et l'arrivée aux urgences.

Dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, il est primordial que les personnes soient formées pour cette détection.

Des conventions de partenariats (apports réciproques, moyens...) permettraient l'élaboration de collaborations.

Les personnes (secteur médico-social / psychiatrie) n'ont pas les mêmes mots pour décrire et/ou comprendre la situation ; les participants s'accordent sur le fait qu'il paraît nécessaire d'avoir :

- Des outils partagés pour savoir qu'est ce qui est une crise et caractériser les éléments de la crise ou du processus qui amènent à la crise
- La définition des conditions d'une hospitalisation et de ce à quoi elle sert
- Des outils partagés et communs pour savoir qui fait quoi en cas de crise
- Des visites préventives d'équipes (sur le modèle de l'EMPG) qui permettent d'éviter l'envoi aux urgences

L'intérêt est de pouvoir avoir une intervention du CMP ou des équipes du CH pour mettre en œuvre les conduites à tenir.

Mais attention à bien garder en mémoire que le PTSM concernera l'ensemble des populations et pas seulement les établissements médico-sociaux.

Existant qui fonctionne

- Travail de collaboration entre le CH et les établissements notamment par la formation permet au personnel de mieux agir dans le cas où des signes de « début de crise » apparaissent.
- Équipe Mobiles (MOA, EMAP, ...)
- Programmes mis en œuvre suite aux ateliers santé ville (Module d'appui sur Perpignan équipe va à la rencontre des enfants, des habitants, contacts privilégiés en cas de crise) et cellule opérationnelle du CLSM
- Hôpitaux de jour de la clinique psychothérapeutique du Roussillon peuvent détecter les signes d'une crise (Mr Strouk, clinique du Roussillon)
- Astreintes infirmières de nuit dans les EHPAD permet une première ligne de réponse mais limité géographiquement (Secteur du CH de Prades et secteur du CH de Perpignan)
- Centre Médico psychologique fonctionne bien dans le diagnostic, le suivi mais et détecte parfois les situations de crise.
- Cellule de cas complexes existe sur la ville de Perpignan
- CLS

Difficultés relevées :

- en SESSAD quand un enfant est suivi par un CMP lorsqu'il est admis sur le sessad, il n'est a priori plus suivi par le CMP
- Les établissements médico-sociaux n'ont pas tous des psychiatres dans leurs effectifs et cela n'aide pas à prévenir la crise.
- Les équipes mobiles n'ont pas d'intervention sur l'ensemble du département
- Dans les missions des CMP, l'accueil des personnes à l'improviste n'est pas possible partout.

Manques identifiés :

- Éducation thérapeutique des patients
- Égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du département

III - La prévention et au suivi du risque suicidaire.

Existant qui fonctionne

- Dispositif Vigilans mis en place depuis Novembre 2016. Une évaluation sera faite au mois de juin.
- Existence d'un groupe de parole
- Partenariats efficaces

Difficultés et manques relevés :

- Pour les 6/18 ans, le directeur de l'ITEP relève une césure dans la prise en soin.
- Manque de formation des personnels sur le risque suicidaire
- Besoin d'améliorer l'information sur la prévention et le risque suicidaire en général.

III - Organisation du suivi des personnes lors de leur sortie d'hospitalisation

Difficultés et manques relevés :

- Continuité du soin à améliorer notamment par un parcours explicite à exposer au patient et son entourage
- Partenariat à améliorer quand prise en charge conjointe entre différents acteurs
- Parcours de soin à travailler
- Travail à mettre en œuvre sur les perdus de vue

I. Groupe V - Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques

1. Participants au groupe de travail

Nom	Fonction	Etablissement/ Institution
Annie Guerrier	Responsable	UNAFAM
Marie Mafrand	Présidente	Sesame Autisme
David Martinez	Attachés d'Administration Hospitalière	CH Thuir
Malou Marty		
Dr Riadh Karmous	Psychiatre Addictologue Chef du pôle Perpignan	CH Thuir
Dominique Laurent	Présidente	Gem La Maison Bleue
Jacqueline Prat	Directrice Adjointe	CH Perpignan
Fanny Rouquette	Responsable association Chemin Faisant	Chemin Faisant
Dr Philippe Mazerat	Président CDSP	
Guy Le Rochais	Président	Le Grand Platane
Marie Richard	Présidente MDPH	CD 66
Laurence Bailly	Responsable de pôle	UDAF
Daniel Chavanette	Cadre de santé - CDU	CH Thuir
Carlos Castillo	Médecin Psychiatre	Sensevia - Membre du Comité d'Ethique
Stephane Morettin	Infirmier	CH Thuir - Membre du Comité d'Ethique
Sonia Bedjidian	Pharmacienne - Responsable Groupe Education	CH Thuir
Sylvie Tubau-Terradas	Assistante Sociale EMPP	CH Thuir
Yannick Robert	Pairs aidant	Argos 2001
Anne-Laure Deville	Animatrice	GEM L'escale
Frédéric Vandamme	Directeur	Association Joseph Sauvy
Marie-Laure De Guardia	Directrice	IDEA

2. Fiches élaborées pour l'aide au diagnostic territorial

1. La promotion et l'implication des personnes souffrant de troubles psychiques

- **GEM sur le territoire :**

Il existe deux Groupes d'Entraide Mutuelle sur le département des Pyrénées Orientales et un en projet sur le territoire Conflent / Cerdagne / Capcir :

Le GEM La Maison Bleue : <http://www.alamaisonbleue.org/>

Le GEM L'escale 66

- **Associations d'usagers**

Unafam : Union nationale de familles et amis de personnes malades et /ou handicapées psychiques <http://www.unafam66.org/>

Sesame Autisme 66 : <http://www.sesameautisme66.com/>

Unapei : <http://www.adapei66.org/>

- **Nombre de programmes d'éducation thérapeutique et thèmes**

Le CH de Thuir a mis en place un Groupe d'Education Thérapeutique qui dispose de deux programmes labellisés.

La Clinique Dupré à Théza a également un programme labellisé sur la prise en charge

- **Organisation du soutien aux aidants**

Comment est-il organisé ? Dans les établissements sanitaires ? dans les établissements médico-sociaux ?

2. Espaces de concertation

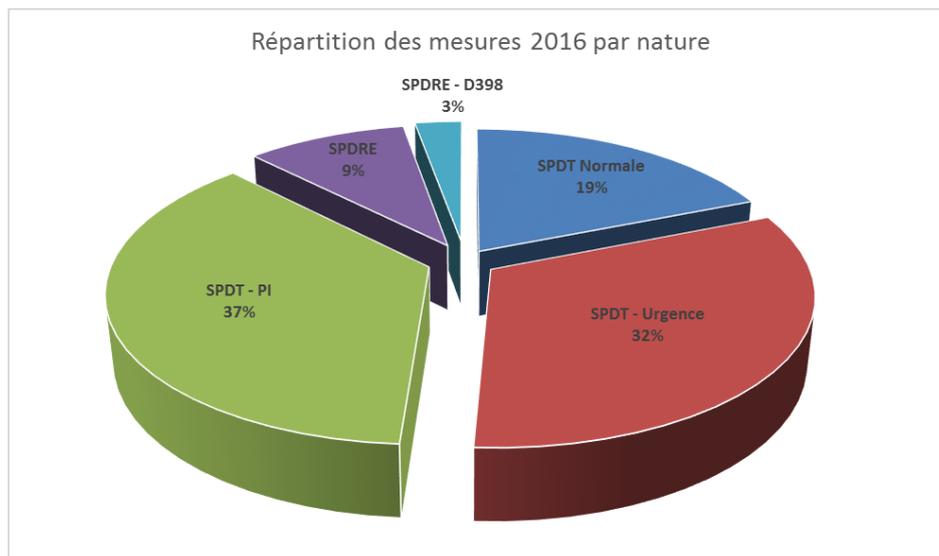
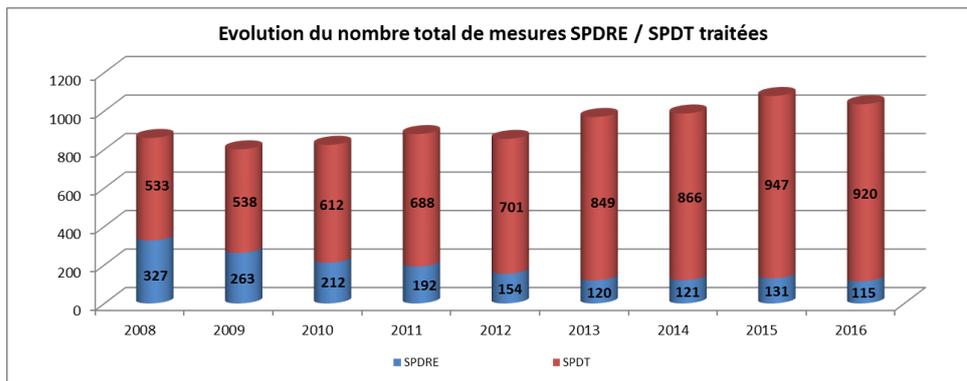
Il existe 4 Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) dont 3 sont formalisés par des conventions (annexe) : Perpignan, Prades, Canet-en-Roussillon et Argelès-sur-Mer.

Le CLSM est conçu comme un espace non hiérarchique de codécision participative. Certains CLSM ont mis en œuvre des cellules opérationnelles de gestion des cas complexes et des groupes de travail sur la destigmatisation. Une commission logement est en cours de création sur le CLSM de Perpignan

- Comité d'éthique des établissements psychiatriques du département

3. Information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits afin d'en favoriser l'accès

- Accès aux droits des personnes en soins sans consentement



	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de saisines réalisées	259	589	737	744	806	803
Saisines SPDRE	55	91	84	91	95	80
Saisines SPDT	204	498	653	653	711	723
Caducité	7	2	2	1	5	1
Levées sèches par JLD	9	10	13	14	17	8
Levées avec programme de soins par JLD	6	6	8	14	31	27
TOTAL levées par JLD	22	18	23	29	53	36
Taux de levées par la JLD	8,49%	3,06%	3,12%	3,90%	6,58%	4,48%
Nombre de requêtes en main levée	38	61	58	48	62	50
Dont nombre de requêtes auprès de la Cour d'appel Montpellier	0	7	9	13	21	17

- Evaluation par la Haute Autorité en Santé des établissements de santé sur l'item « Droits des patients ». L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la

personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

4. La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

- Actions d'information du grand public sur la santé mentale : des actions territoriales existent déjà :
 - Participation des établissements aux Semaines d'Information en Santé Mentale
 - Exemples d'activités de la commission culture du Centre Hospitalier de Thuir. Chaque année, l'établissement organise des projets culturels dans l'objectif de travailler sur la destigmatisation FOLIRE, VISA pour l'image, Jazzèbre, + toutes les autres activités visant à changer l'image du public pour la santé mentale
 - Qu'est-ce qui est organisé par les autres structures du département ?
- CDU des établissements de santé : thuir, Perpignan Théza ? Roussillon ?
- Conseils de Vie Sociale des Ehpad, Mas, Fam ? quels liens entre les structures ?

3. Compte-rendu des réunions du 12 Mai 2017 et du 29 juin 2017

La cartographie des initiatives mises en place par les différents acteurs relève une véritable dynamique de renforcement et de promotion des droits. Qu'il s'agisse des CLSM (Conseils Locaux de Santé Mentale), des GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle), des associations d'usagers, des actions d'aides aux aidants, des programmes d'Education Thérapeutique, des actions visant l'accès aux pratiques artistiques et culturelles ; toutes visent à placer les usagers et les aidants au cœur de la dynamique. Le dispositif reste malgré tout perfectible dans sa dimension collective. Le groupe de travail va s'efforcer d'identifier les principales difficultés par l'élaboration d'un diagnostic départemental objectif.

1. La promotion de l'implication de ces personnes et de leurs proches et familles dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement, notamment à travers l'éducation thérapeutique, le soutien aux aidants et les modalités d'entraide par les pairs, tels que les groupes d'entraide mutuelle visés aux articles L.114-1-1 et L.114-3 du code de l'action sociale et des familles.

Les premiers types de structures qui sont abordés par le groupe sont les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM). Il est précisé qu'il existe actuellement deux GEM sur le département des Pyrénées Orientales : Le GEM La Maison Bleue et le GEM l'Escale 66. Un troisième GEM est en projet sur le territoire Conflent / Cerdagne/ Capcir. Les avantages des GEM sont très nombreux : la liberté est totale pour l'adhérent. La structure n'est pas médicalisée ce qui favorise la parole et les échanges. Beaucoup d'adhérents se confient plus facilement à une animatrice de GEM qu'à un praticien ou à un soignant d'une structure sanitaire ou médico-sociale. Il s'agit de rompre avec l'isolement et les familles sont contactées uniquement sur demande. Ce type de structure fonctionne très bien (« lieu de sans jugement ») avec une bonne fidélisation et un bon taux de compliance.

Cependant, il existe un « vide » entre le GEM et le CH THUIR : il s'agit des « perdus de vie » face auxquels « une veille de l'humeur » chez certains adhérents peut faciliter ce lien avec le centre hospitalier. D'autre part, la problématique des transports reste très présente. A titre d'exemple lors de la grève des conducteurs de bus sur Perpignan au printemps 2017, une forte baisse d'affluence a été identifiée sur la période. Les besoins sont de plus en plus importants et les horaires d'ouverture sont parfois trop restreints. Certains GEM sont d'ailleurs en train d'élargir ces horaires d'ouverture au samedi voire même le dimanche mais cela nécessite des moyens et a un coût ou, cela se fait au détriment d'autres choses.

L'organisation, la liaison et la coordination de ce type de structures sont très complexes à appréhender, à assurer et à garantir. Il s'agit avant tout de veiller à éviter la rupture d'information entre les différents acteurs et instances. Une intégration dans un réseau plus officiel pourrait peut-être améliorer le maillage de ces GEM, en particulier sur Perpignan dans un premier temps.

En ce qui concerne les associations d'usagers, il convient de préciser qu'une antenne de l'association « nous aussi » a été créée dont une délégation est présente sur Perpignan. L'un des objectifs est de créer les conditions d'une continuité notamment pour les perdus de vue par rapport au sanitaire. Il s'agit bien évidemment de placer la personne au centre du dispositif. Malheureusement, le manque de lisibilité sur ces associations d'usagers tend à les desservir voire à les méconnaître.

L'association Sésame Autisme a beaucoup œuvré pour le développement de l'aide aux aidants en particulier dans le champ de l'autisme.

L'organisation du soutien aux aidants est au cœur de la problématique liée à la promotion et à l'implication des personnes présentant des troubles psychiques et de leurs proches et familles. Par exemple, l'association ARGOS 2001 vient en aide aux personnes et familles atteintes de troubles bipolaires. La légitimité de ce type d'association est fondamentale puisqu'elle émane d'un créateur lui-même atteint de ce type de troubles. La reconnaissance de ces associations est le maillon central d'une certaine efficacité puisqu'il s'agit d'acteurs de terrain, c'est-à-dire au plus proche des besoins et des difficultés des personnes.

Un autre dispositif qui doit être abordé dans le cadre de ce diagnostic territorial est le programme d'éducation thérapeutique. En effet, le CH THUIR a mis en place un Groupe d'Education Thérapeutique qui dispose de deux programmes labellisés. De par son rayonnement actuel trop limité, il est actuellement très ciblé sur l'intra hospitalier mais l'objectif est de le déployer sur les structures extra hospitalières voire même en dehors du champ purement sanitaire. Concernant les groupes d'éducation thérapeutique, il est nécessaire de travailler sur les relations horizontales. Ce genre de travail contribue à la destigmatisation.

2. Le développement des espaces de concertation et de coordination locales, notamment les conseils locaux de santé et de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale

Il existe aujourd'hui 4 Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) dont 3 sont formalisés par des conventions : Perpignan, Prades, Canet en Roussillon et Argelès-sur-mer.

Le CLSM est conçu comme un espace non hiérarchique de codécision participative. Certains CLSM ont mis en œuvre des cellules opérationnelles de gestion des cas complexes et des groupes de travail sur la destigmatisation. Une commission logement est en cours de création sur le CLSM de Perpignan. L'intérêt est d'avoir un maximum de partenaires qui participent aux CLSM pour être plus efficaces.

Malheureusement, l'implantation de ces CLSM est disparate sur le territoire départemental, laissant de côté de très nombreuses « zones blanches » comme par exemple sur Céret. Le développement du nombre de CLSM et surtout une

homogénéisation de ces espaces de concertation devraient être privilégiés. Une vigilance toute particulière doit être portée sur le respect du secret médical dans ce type d'espace d'échanges d'informations et de concertation. Mais pour développer un CLSM, il faut au préalable qu'il y ait une volonté des élus.

Il faut noter sur l'association Chemin Faisant coordonne la mise en place d'un CLS sur la Cerdagne / Capcir. L'identification d'un CLSM a été abordée mais pour l'instant le projet n'est pas finalisé.

Le Comité d'éthique des établissements psychiatriques du département se mobilise quant à lui pour faire face aux difficultés liées aux problématiques d'éthique et au respect de la liberté des usagers. Il assure une mobilisation pérenne des partenaires et maintient une dynamique de réflexion absolument nécessaire dès lors que l'on parle d'espace de concertation.

3. L'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits afin d'en favoriser l'accès. Une attention particulière est portée aux personnes en situation de soins sans consentement selon les articles L. 3211 et suivants

Le besoin d'information et le respect des droits des usagers est mis en évidence par tous les acteurs de terrain mais également les instances qui les chapotent ainsi que leur nécessaire coordination.

L'optimisation insuffisante de l'information des familles et la difficile conciliation avec le respect du secret médical rendent souvent difficile un total accès à ces informations, qu'elles soient d'ordre juridique (soins sans consentement,...), personnelles (accompagnement,...), sociales (soutien,...). L'UNAFAM est très souvent sollicitée par hasard suite à une recherche sur internet par exemple et tente de soutenir et d'informer les familles au mieux pour les aider à prendre du recul.

Le département des Pyrénées Orientales ne dispose pas malheureusement d'une formalisation suffisante du soutien à l'entourage par des pairs et / ou des professionnels. Il ne s'agit pas de diluer la nature même de chaque structure ou association mais bien d'essayer de mieux coordonner l'accès aux informations par une meilleure lisibilité, bien évidemment dans l'intérêt des usagers et des familles.

Au niveau de l'UNAFAM, il y a eu un guide élaboré par la CNSA pour l'accès à la MDPH. Ce document sera envoyé lors de la prochaine réunion. C'est un document qui a été élaboré à destination principale des médecins pour les aider à rédiger les dossiers MDPH et de renouvellement.

Ce qui est constaté actuellement c'est que dans les dossiers que font les assistantes sociales, dans les renouvellements de l'AAH, il y a actuellement des pertes de taux qui sont de plus en plus fréquentes. Les taux ont été baissés parce que les barèmes des PO ne respectaient pas les taux nationaux.

Le rôle des MDPH est rappelé et il est précisé qu'il n'a pas vocation à intervenir sur les aides sociales en lien avec la précarité (du rôle de la CAF) mais en lien avec le handicap. Sur les attributions du taux de handicap, il est nécessaire de travailler à la formation des prescripteurs pour permettre à la commission MDPH d'avoir une décision éclairée.

Les problèmes relevés par les équipes pour la MDPH sont que les délais sont très longs. Il serait nécessaire de réfléchir à remettre en œuvre un groupe CDAPH sur la question du pluri handicap. Les usagers ne font pas assez appel au fonds social lorsqu'ils ont la PCH (Prestation de Compensation du Handicap). Les usagers peuvent demander à être reçus par la CDAPH.

- Réfléchir aux problématiques d'accès des dossiers sur les situations longues et urgentes et à certaines dérogations.
- Proposer que les référents des dossiers soient informés

Pour le Centre Hospitalier de Thuir, il sera nécessaire de construire des espaces de concertation avec des partenaires constructifs.

Il existe aujourd'hui un problème dans l'accès aux informations et de formation des professionnels (assistants sociaux, ...) pour l'accès aux droits des patients sur le territoire. Le constat est fait que tous les professionnels ne connaissent pas toutes les possibilités d'aide et il est nécessaire de former les médecins aux modalités de rédaction des dossiers MDPH.

- Peut-être travailler sur de la formation continue sur les différentes aides ?
- Le système est complexe et doit être expliqué aux partenaires, aux usagers et aux familles.
- Comment on écrit en projet de vie ? Comment informer les personnes ou aidantes sans passer par des associations ou par des professionnels sociaux ?

Il devient de plus en plus difficile de favoriser un égal accès aux dispositifs des prestations sociales et des prestations pour personnes handicapées.

- Complexités liées à la dématérialisation aux boîtes vocales,...

Soins sans consentement.

La Commission Départementale des Soins Psychiatriques exerce le contrôle des dossiers SPDT, SPDRE régulièrement. Les personnes peuvent écrire à la commission. Les patients ne connaissent pas bien le rôle de la CDSP et son champ de compétences.

- Le rôle de la CDSP devra être précisé au sein des services.

Le problème est l'augmentation des mesures en soins sans consentement des SPDT en périls imminents sur le département. La prévention et le dépistage précoce est un enjeu pour le territoire.

4. La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et l'amélioration de l'information du grand public sur la santé mentale

Plusieurs actions d'information du grand public sur la santé mentale sur le département existent : la participation des établissements aux Semaines d'Information en Santé

Mentale (SISM), une commission culture au sein du centre hospitalier de Thuir (FOLIRE, VISA pour l'image,...),...

Au niveau national, il existe des actions portées par l'UNAFAM ou la FNAPSY : Actions Psycyclette, et Mad Prade.

La déstigmatisation est un enjeu auprès des médecins traitants et des patients. Le rapport à la citoyenneté est nécessaire.

Le CMP a un rôle dans la prévention primaire et il pourrait avoir un rôle complémentaire auprès des différents professionnels : mairie, gendarmes, pompiers, professionnels de santé.... Actuellement il n'y a que très peu de prévention primaire afin d'éviter la stigmatisation.

Certains patients ne souhaitent pas avoir accès à certaines aides car elles peuvent être stigmatisantes. Il est nécessaire aussi d'intervenir dans les établissements scolaires.

L'information aujourd'hui n'est pas assez importante sur le territoire. Des informations doivent être faites auprès du grand public et des personnels. Il est fondamental de travailler sur la citoyenneté des personnes souffrant de handicap. Il faut aussi travailler sur l'autostigmatisation, changer la représentation que l'on a de soi quand on a une maladie psychiatrique. Le problème est aussi de travailler sur la représentation des élus. Le regard social influe l'évolution de la personne, c'est la raison pour laquelle il est nécessaire de travailler sur les représentations sociales au niveau du territoire.

→ Malgré toutes les actions entreprises dans le cadre des SISM, des actions de communication, il existe actuellement une mauvaise représentation du handicap psychique. Il y a un travail de communication et d'information à réaliser

- auprès des élus
- auprès des patients eux-mêmes et de leurs familles
- auprès des professionnels de santé, les professionnels de premier recours,...
- Au sein de chacune des actions réalisées (groupes d'éducation thérapeutique,...)
- Auprès du grand public.

qui doit faire ce travail ? Les CMP, les associations d'utilisateurs,... ? Travail sur la prévention primaire.

4. Compte-rendu de la réunion du 13 Septembre 2017

Concernant les GEM, il est nécessaire d'avoir une impulsion, un soutien pour réussir un bon démarrage. Le CMP peut éventuellement être un point de départ et d'information auprès des usagers du fait de leur présence et de leur regroupement sur place. Une présentation du dispositif pourrait être effectuée à l'extérieur du CMP car les soignants ne sont qu'un relai.

Il convient de signaler que le statut juridique du CLSM d'Argeles nécessite d'être clarifié par la mise en place d'une convention actuellement inexistante.

La déstigmatisation pourrait passer par une ouverture plus importante des unités d'hospitalisation et d'un rôle plus important du CMP en particulier sur la formation et l'information.

J. Groupe VI - Actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux du mal-être

1. Participants au groupe de travail

Nom	Fonction	Etablissement/ Institution
Eric Doat	Directeur	DDCS
Carole Gleyzes	Directrice Adjointe	CH Thuir
Dr Carlos Cruz	Psychiatre Chef du pôle CET / Géro- Psychiatrie	CH Thuir
Brigitte Graëll	Chargée de mission santé ville	Ville de Perpignan
Natacha Vert	Directrice	CCAS Canet-En- Roussillon
Claudine Mazziota	Directrice	Pôle Santé Au Travail
Brigitte Baranoff	Médecin responsable	PMI
Muriel Corréard	Direction Prospective, AT, Mobilités et Solidarités	Communauté d'agglomération Perpignan Méditerranée
Lucile Raulin	Directrice Adjointe	OPH 66
Michel Casteran	Chargé de Mission Ville-Habitat Indigne	Préfecture 66
Delphine Porreye	Directrice Précarité	CD 66
Dorothee Guedon	Directrice	ACAL
Marie-Christine Kaie	Directrice	Cohérence Réseau
Béatrice Thibaut	Assistante Sociale	CH Thuir
Philippe Marechaux	Directeur	OPH Perpignan Méditerranée
Dominique Béraud	Directrice Adjointe	OPH Perpignan Méditerranée
David Rogala	Directeur	Croix Rouge Française
Jean-Marie Gorieu	Directeur Samsah l'Escale	UNAPEI
Donation Dilius	Délégué adjoint départemental	ARS DD66

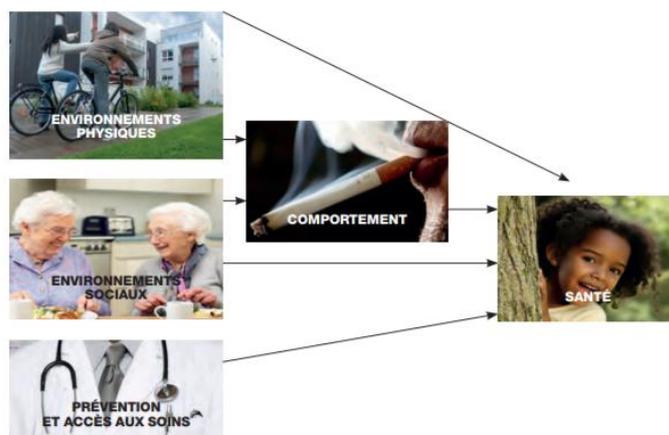
2. Fiches élaborées pour l'aide au diagnostic territorial

Définitions

Pour promouvoir la santé, il faut donc agir sur les déterminants de la santé, qui sont « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (OMS, 1999).



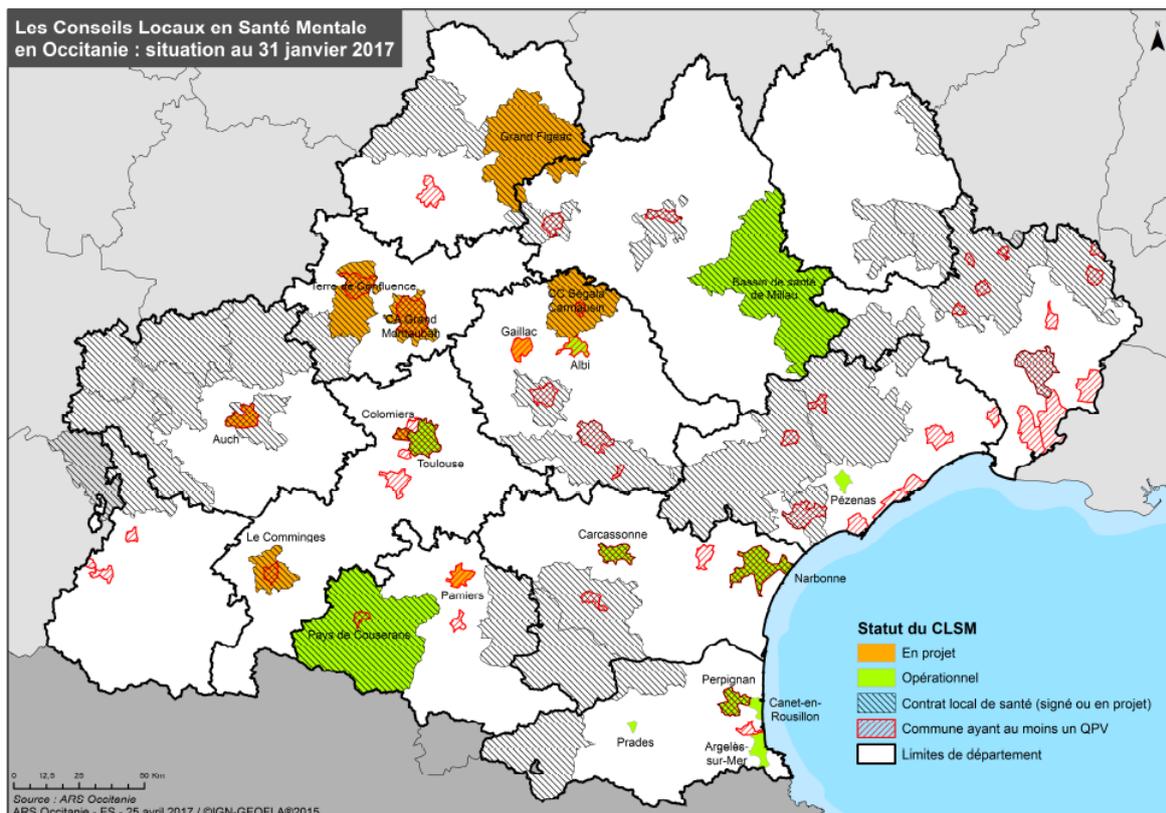
Figure 2. Déterminants de la santé



Eléments et questionnements pour l'élaboration du diagnostic territorial

- **Contrat Local de Santé**

« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ». Art. L. 1434-17 du Code de santé publique



- **Développer l'accès et maintien au logement**

Pouvoir s'approprier un espace à soi constitue un symbole essentiel de sa place dans la société. En cela, de façon générale, le logement est un des enjeux majeurs de l'insertion. Toute personne a besoin de s'installer, de s'établir dans son propre logement, c'est-à-dire un **logement autonome**, un minimum choisi, pour lequel elle signe un contrat en son nom sans limitation de durée. Pour une personne en situation de handicap psychique, l'accès et le maintien dans un logement ne va pas toujours de soi. Du fait de la nature de ses troubles, susceptibles de limiter la réalisation de certains gestes de la vie quotidienne liés au logement, une personne en situation de handicap psychique peut rencontrer un certain nombre de difficultés, variables et différentes d'une personne à l'autre, non seulement pour accéder à un logement, mais aussi pour s'y établir et s'y maintenir. Elle peut ne pas habiter son logement comme un individu ordinaire. Les problèmes d'adaptation dans le logement peuvent se manifester au travers de comportements inadaptés (comme l'agressivité verbale, les cris nocturnes/diurnes...) susceptibles de conduire aux conséquences suivantes : isolement ou errance à l'extérieur du logement, problèmes de cohabitation (relations difficiles avec les voisins, harcèlement possible de la part du voisinage), insalubrité du logement (manque d'hygiène, odeurs, accumulation de déchets, dégradations...), endettement... Ces conséquences peuvent conduire à un isolement croissant de la personne, dont les formes les plus graves vont jusqu'à la mort en l'absence de l'intervention d'un tiers. Les personnes peuvent également présenter des difficultés

pour accomplir les actes de la vie quotidienne : cuisiner, faire les courses, se déplacer ou se repérer dans le quartier. À cela s'ajoutent éventuellement les problèmes de suroccupation du logement, de squattage par des personnes malveillantes qui profitent de la vulnérabilité des usagers. Enfin, le non-investissement du logement est une autre caractéristique pouvant découler des troubles psychiques et avoir un impact sur la qualité de vie, voire sur l'hygiène de vie et sur l'insertion de façon générale. Les capacités à « habiter » son lieu de vie varient selon les personnes, mais il n'est pas rare de trouver des logements vides de meuble, de décoration, de matériel de confort.

Etat des lieux sur le territoire

- les résidences accueil (ou maisons relais spécialisées) ;
- les maisons relais ;
- les habitats partagés ;
- les familles gouvernantes ;
- les appartements accompagnés ;
- les formules de logements expérimentales (de types habitats inclusifs, partagés, regroupés...).

- ***Le maintien et l'accès à l'emploi***

En plus d'être un moyen de disposer d'un revenu, l'activité professionnelle participe à la reconnaissance sociale d'une personne en situation de handicap psychique et peut lui permettre de mettre à distance sa différence/son handicap. L'activité peut aussi contribuer à augmenter l'estime de soi, à ne pas se focaliser sur les symptômes de la maladie, à se dégager de l'image stigmatisante du handicap, à développer des contacts sociaux, à structurer le temps et les journées

Etat des lieux sur le territoire

- soutien du réseau de placement spécialisé Cap Emploi ou du service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) ;
- contrats de travail « aidés » ;
- accès à un emploi dans une entreprise adaptée en milieu ordinaire ;
- accès à des stages de formation professionnelle ou de rééducation professionnelle ;
- aides de l'AGEFIPH ou du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) ;
- accès à la fonction publique par recrutement contractuel spécifique ou par concours.

• **Indicateurs Insee**

Logement	Pyrénées-Orientales (66)	Occitanie (76)	France (1)
Nombre total de logements en 2013	333 363	3 375 529	34 415 364
Part des résidences principales en 2013, en %	63,4	76,0	82,9
Part des résidences secondaires (y compris les logements occasionnels) en 2013, en %	28,5	15,7	9,4
Part des logements vacants en 2013, en %	8,0	8,3	7,8
Part des ménages propriétaires de leur résidence principale en 2013, en %	60,3	59,7	57,7

Source : Insee, RP2013 exploitation principale en géographie au 01/01/2015

Revenus	Pyrénées-Orientales (66)	Occitanie (76)	France (1)
Nombre de ménages fiscaux en 2013	208 655	2 457 989	
Part des ménages fiscaux imposés en 2013, en %	48,2	52,6	
Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2013, en euros	17 906,7	19 276,7	
Taux de pauvreté en 2013, en %	21,0	17,0	

Avertissement : Pour des raisons de secret statistique, certains indicateurs peuvent ne pas être renseignés.

Sources : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2014

Emploi - Chômage	Pyrénées-Orientales (66)	Occitanie (76)	France (1)
Emploi total (salarié et non salarié) au lieu de travail en 2013	153 581	2 167 099	26 345 233
dont part de l'emploi salarié au lieu de travail en 2013, en %	81,4	83,0	87,0
Variation de l'emploi total au lieu de travail : taux annuel moyen entre 2008 et 2013, en %	0,3	0,7	0,1
Taux d'activité des 15 à 64 ans en 2013	68,7	71,9	73,2
Taux de chômage des 15 à 64 ans en 2013	18,8	14,8	13,6

- **Renforcement des compétences psycho-sociales**

En 1993, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) introduit le concept et fait référence, en premier lieu, à une compétence psychosociale globale : « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social ».

- **Questionnements**

- Problèmes de réhospitalisations liées à l'environnement extérieur

	2013	2014	2015	2016
Nb réadmissions en prise en charge à temps complet dans un délai < 15j	498	409	371	323
Délai médian de réadmission en prise en charge à temps complet (en jours)	16	26	24	28

- Hospitalisations inadéquates : retard de sorties d'hospit.
- Existence du module d'appui
- Accessibilité financière aux soins en lien avec la précarité
- Nombre orientations SIAO
- Accompagner la parentalité
- Fonctionnement avec les CCAS
- Problématique des personnes âgées qui ne peuvent pas rester à domicile
- Problématique des accueils familiaux

3. Compte-rendu de la réunion du 12 Mai 2017

Le groupe de travail a décidé de limiter la réflexion aux thèmes de l'accès et le maintien au logement et à l'emploi. Il est nécessaire d'aborder la question du renforcement des compétences psycho-sociales.

Questionnements du groupe :

Comment les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent accéder au logement, tenir un logement ? comment les maintenir dans un logement ? Comment les maintenir dans un logement quand ils ne demandent ou ne vont pas vers les soins ?

Comment prendre en charge les personnes diogènes, personnes vivant dans des logements insalubres ?

Comment faire le lien entre le diagnostic social et le diagnostic médical notamment quand on détecte une problématique sociale ?

Logement

Le logement est la propriété privée des personnes, on ne peut pas y rentrer.

La difficulté est de repérer les personnes en difficulté et le problème c'est de savoir auprès de qui agir pour éviter les expulsions.

1. Comment on alerte ? Quand on alerte ? Quelle pourrait être la personne ressource pour prendre en charge le problème pour rester dans son logement ?
2. Comment on diminue l'angoisse des personnels de proximité vis-à-vis des patients de la santé mentale ?

Présentation de dispositifs sur le territoire

- Dispositif de l'unité départementale prévention insertion (UDPI) du CD66 composée d'infirmiers et de psychologues dont l'objectif est d'améliorer les coordinations. L'UDPI oriente également vers différentes structures dont cohérence réseau par exemple. Dans un parcours de vie de la personne, il est intéressant de voir si on peut apporter de
- L'OPHLM66 dispose des agents de proximité.
- Parc de logement très important et logement adapté en fonction des populations
- Association cohérence réseau qui travaille autour du projet de vie de la personne. Expérience au logement autonome de 55 personnes dans une démarche d'insertion sociale et professionnelle.
- Logement adapté : offre d'hébergement relativement étoffée, intermédiation locative existante (maisons relais, résidence accueil,..)
- SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) fonctionne bien sur le département.
- Commission départementale de prévention des expulsions → exemple d'impayés de loyers.

Difficultés rencontrées

- Absence de familles d'accueil dans le département.
- Problématiques des troubles de voisinage.
- Situations d'expulsions locatives
- Les acteurs du logement n'ont pas accès à tout l'accompagnement du médico-social.
- Absence de maillage sur les CLSM qui ne disposent d'aucune cellule de coordination de tous les acteurs.
- Problème sur l'accès aux dispositifs d'accompagnement tels que les SAMSAH du fait des places limitées.
- difficultés d'accès aux grandes villes car le maillage des transports est insuffisant
- La concentration de certains patients dans certaines villes peut être pathogène pour eux (ex : addictions).
- Stigmatisation de la maladie mentale entraînant des difficultés d'accès au logement.
- L'hébergement d'urgence est soumis à un accueil inconditionnel. Pas de tri dans les personnes qui arrivent (pbs psychiques et addictions) qui nuisent à la sécurité des personnes.
- SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) : problème d'absence de signalement des éléments sur la personne (tutelle, pas de connaissance de troubles psychiques). 22% des personnes ont eu l'AAH. On demande à un dispositif social d'accueillir des personnes qui ont un handicap mental jusqu'à la déficience intellectuelle. Est-ce le problème d'orientation ?
- Le dispositif sanitaire n'est pas repérant et n'est pas bien connu. Nécessité d'avoir des interlocuteurs identifiés de part et d'autre des partenaires, du secteur sanitaire et des bailleurs sociaux.

A développer

- Créer un lien entre le social et le sanitaire
- développer les partenariats avec les acteurs de santé et ce dès la demande de logement car cela permet d'adapter le type de logement à la demande et aux besoins de la personne.
- Avoir des référents pour les gardiens d'immeubles
- mise en place de réunions de synthèse
- Travailler sur la mixité inversée.
- simplifier les démarches administratives et mettre en place un dossier unique
- Formation des personnels de proximité aux problématiques de santé mentale
- Faire évoluer les représentations de la maladie mentale
- Poursuivre le développement du logement adapté → Lien à réaliser entre le PDLHPD et le PTSM.
- l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques dans le maintien au logement.

L'emploi

Le logement et l'emploi doivent être couplés. Le réseau d'AS fonctionne bien en lien avec les MSP. Décret sur l'emploi accompagné vient de sortir. Ce dispositif sera intéressant parce qu'il prévoit un accompagnant dans l'emploi

4. Compte-rendu de la réunion du 13 Septembre 2017

Cohérence Réseau remarque que les délais d'accès au logement social sont très longs.

Mme Thibaut indique qu'un travail a été fait avec le groupe des assistants sociaux et souhaite s'inscrire dans une démarche de conventionnement.

Selon Mme Béraud, dans le cadre d'une convention, il serait possible d'imaginer, sous réserve de ressources, de demander relevant du contingent préfectoral pour permettre un accès facilité aux ressources.

M. le Dr Cruz indique qu'il est important de préserver la notion du secret médical. Mme Béraud indique qu'il est nécessaire d'avoir une personne ressource.

Cohérence réseau indique qu'ils rencontrent beaucoup de difficultés pour placer les personnes notamment vis-à-vis des employeurs.

M. le Dr Cruz présente le dispositif de réhabilitation psycho-sociale. Il présente les parcours des personnes et les personnes ressources.

Cohérence Réseau présente son activité : fait l'accompagnement des personnes pour l'accès à l'emploi pour uniquement les personnes qui ont un statut travailleur handicapé.

Suivi des personnes qui sont hospitalisées sur de longue durée et qui parfois perdent leur logement ou leur emploi → voir comment on peut gérer ces dossiers pour éviter la perte du logement et de l'emploi.

Le Conseil Départemental dispose d'une unité départementale prévention insertion qui travaille sur saisine des travailleurs sociaux pour les accompagner les publics RSA dans l'accès aux soins → voir si on formalise les liens. Ce dispositif est subventionné par le FSE.

K. Contributions des établissements et structures du territoire

1. Contribution de l'Association Cohérence Réseau



Cohérence Réseau pour l'emploi et la vie sociale

Association déclarée loi 1901. APE : 8899B, SIRET : 492 084 918 00019

52 rue du Maréchal Foch, 66000 Perpignan, Tél. : 04 68 66 82 12 /Fax : 04 68 57 53 76

contact@coherencereseau.fr / www.coherencereseau.fr

Dans le cadre de l'amélioration continue de l'accès aux soins des personnes concernées, à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture et en tant que professionnels travaillant dans le champ de la santé mentale nous vous faisons part de notre initiative qui rend en compte une notion de parcours et de projet et s'engage à répondre aux besoins des personnes.

Notre projet associatif s'appuie sur l'approche du Rétablissement, notion que nous considérons essentielle en santé mentale aujourd'hui. Plusieurs études et recherches existent au niveau international et aujourd'hui en France (Passerieux, Pachoud...). Nous travaillons avec les outils de la réhabilitation psychiatrique, le développement des habiletés psychosociales qui dotent les personnes de stratégies personnelles en développant leur autonomie.

Cohérence Réseau pour l'emploi et la vie sociale a été fondée en mai 2006 sur le constat d'absence de structure d'accompagnement l'inclusion sociale et professionnelle de personne en situation de handicap psychique tant au niveau national que départemental.

Dans l'esprit de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, l'association a initié des actions afin de répondre aux besoins d'inclusion des personnes en situation de handicap psychique, avec la reconnaissance travailleur handicapé ou non.

En 2007, 13 personnes ont pu intégrer ce dispositif expérimental financé par l'UE pour une première année. Par la suite, un long travail de réseau a permis de faire connaître l'association auprès des partenaires acteurs dans l'Insertion professionnelle du handicap et des services public de l'emploi (AGEFIPH, Pôle - Emploi, Cap-Emploi, Sameth Mlj..) , en articulation avec les institutions et les structures sanitaires (Convention MDPH pour participation à l'équipe pluridisciplinaire d'orientation professionnelle, convention de coopération avec le CH Thuir, la clinique Sensevia...) et associatives (unafam66, Santé mentale France Commission française de l'Emploi Accompagné, La Fondation Agir Contre l'exclusion...).

En 2011, nous avons développé un Accompagnement Social lié au Logement (ASLL) expérimental avec le soutien du Conseil Départemental et le Fond Social au Logement

qui a permis d'accompagner dans le logement autonome 5 personnes au départ et 50 à ce jour.

Nos missions :

- Diagnostic en réhabilitation de la situation psychosociale et professionnelle
L'accompagnement global en Réhabilitation Psychiatrique (soin, logement, travail) centré sur l'autodétermination et le développement de l'empowerment.
- Accompagnement Projet de vie et coordination avec les autres partenaires du réseau.

Nous proposons à toute personne adulte en souffrance psychique un lieu d'accueil d'écoute et d'échange et d'information en tenant compte de ses pathologies ses aptitudes ses désirs

Organisme de formation pour les structures médico-sociale et les entreprises, nous pensons que les professionnels ont eu aussi besoin d'être accompagnés...

Une réponse à des besoins

Depuis 2006 nous développons des dispositifs répondant aux besoins des personnes orientées vers nos services dans les départements des Pyrénées Orientales et, depuis 2017, en Haute Garonne dans le cadre d'un partenariat médico-social au sein de notre Fédération Nationale Santé Mentale France.

Cohérence Réseau a pu se développer grâce à l'investissement d'une équipe composée en 2007 de travailleurs à temps partiel (psychologue et secrétaire) et de bénévoles.

10 ans après ce dispositif comprend une équipe pluridisciplinaire qualifiée formée en réhabilitation psychiatrique (directrice, psychologue, travailleur social, conseiller d'insertion, secrétaire) , des bénévoles (psychiatrie, pharmacien, psychologue..).

Dans l'esprit de la loi 2005 nous intégrons des pairs aidants dans notre équipe. Ils participent activement au développement de l'association. En 2016 nous avons accueilli et accompagné 238 personnes

Notre travail d'accompagnement global dans le parcours de vie prend en compte les ruptures fréquentes dans le parcours de soins des personnes, ce qui leur permet d'être orientées ou réorientées vers les soins. Ces personnes n'ont pas accès, dans la majorité des cas, aux consultations psychologiques en raison de l'absence de la prise en charge de ces soins, l'absence de mutuelle, pour ce public précarisé. Actuellement nous mettons gratuitement ce service à leur disposition.

Il y a 10 ans, nous avons initié et mis en place ce travail en réseau, essentiel pour repérer et coordonner les orientations, afin d'appréhender dans sa globalité la prise en compte de la santé mentale sur notre territoire.

Nous souhaitons que le Projet Territorial en Santé Mentale soit une opportunité pour appuyer et développer des initiatives innovantes, et un travail en réseau pour répondre de manière adaptée et cohérente aux besoins des personnes concernées.