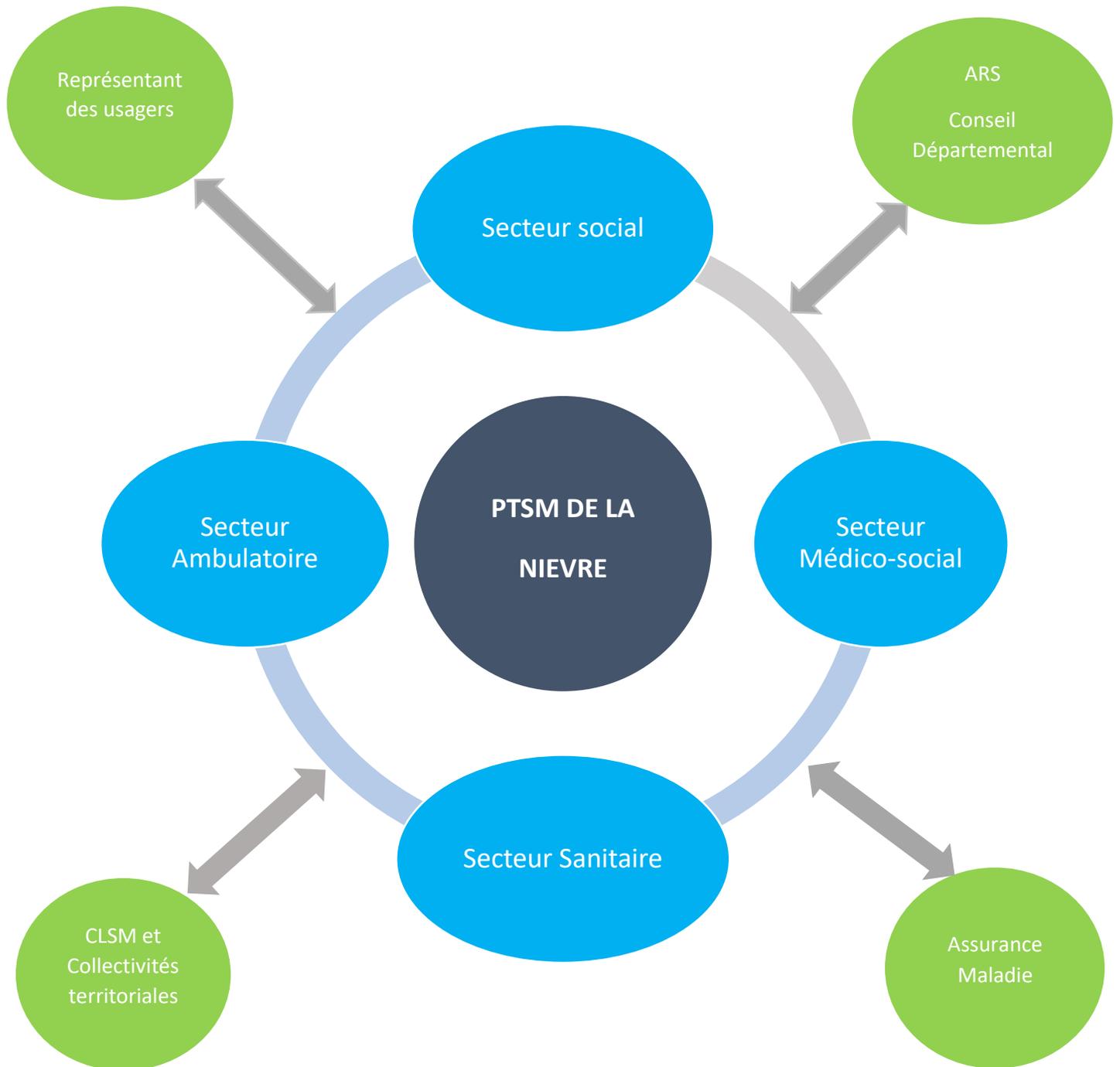


# PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE LA NIEVRE 2019-2023

## DEPARTEMENT DE LA NIEVRE



## Table des matières

Glossaire.....	4
Introduction.....	6
<b>1. Démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale. ....</b>	<b>8</b>
1.1. Cadre de référence du Projet Territorial de Santé Mentale.....	8
1.2. Les apports du décret n°2017-1200 du Projet Territorial de Santé Mentale. ....	10
1.3. Méthode d'élaboration du PTSM dans la Nièvre.....	13
<b>2. Contexte et offre de soins dans la Nièvre. ....</b>	<b>20</b>
2.1. Rappel du contexte Nivernais.....	20
2.2. Ressources et équipements dans la Nièvre .....	23
2.3. Le recours aux soins psychiatriques dans la Nièvre.....	28
<b>3. Du diagnostic territorial partagé aux axes d'amélioration.....</b>	<b>34</b>
3.1. La concertation du diagnostic territorial partagé dans la Nièvre. ....	34
3.1.1. La prise en charge de l'offre de soins psychiatrique et somatique. ....	34
✚ Chez les enfants et les adolescents.....	34
✚ Chez les adultes.....	37
✚ Chez les personnes âgées.....	39
3.1.2. La prise en charge médico-sociale et sociale.....	39
✚ Chez les enfants et les adolescents.....	39
✚ Chez les adultes.....	41
✚ Chez les personnes âgées.....	42
3.2. Les orientations à court et moyen terme. ....	43
<b>4. Le plan d'actions.....</b>	<b>45</b>
4.1. Développer les équipes mobiles sur la Nièvre.....	45
4.2. Organiser la prise en charge de jour des 8-18 ans.....	48
4.3. Renforcer la formation des professionnels, des aidants et des familles.....	49
4.4. Soutenir et accompagner les aidants.....	57
4.5. Articuler et coordonner les secteurs sanitaire, médico-social, social et ambulatoire.....	59
4.6. Accompagner les personnes présentant des troubles psychiques à l'insertion professionnelle et sociale dans une approche inclusive .....	60
<b>5. Synthèse du PTSM Nivernais.....</b>	<b>63</b>
Bibliographie.....	65
Annexes.....	67

Annexe 1 : synthèse des ressources énumérées lors du bilan partagé de la Nièvre.....	68
Annexe 2 : synthèse des dysfonctionnements énumérés lors du bilan partagé de la Nièvre.....	71
Annexe 3 : les fiches action du PTSM de la Nièvre.....	79

## GLOSSAIRE

- ADESM** : Association du service public en santé mentale.
- ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance.
- ANDAVI** : Association Nationale d'Aide aux Victimes.
- ANESM** : Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux.
- ARS** : Agence Régionale de Santé.
- AVS** : Auxiliaire de vie scolaire.
- CADA** : Centre d'accueil de demandeurs d'asile.
- CAMSP** : Centre d'Action Médico-Social Précoce.
- CESAM** : Centre de Soins Ambulatoires.
- CIDFF** : Centre d'information sur le droit des femmes et des familles.
- CHAN** : centre hospitalier de l'agglomération de Nevers.
- CHS** : Centre Hospitalier Spécialisé.
- CLS** : Contrat Local de Santé.
- CLSM** : Contrat Local de Santé Mentale.
- CMP** : Centre médico-psychologique.
- CNSM** : Conseil National de Santé Mentale
- CPTS** : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.
- CRA** : Centre de ressource sur l'autisme.
- CTSM** : Contrat territorial de santé mentale.
- CUMP** : Cellule d'urgence médico-psychologique.
- DAT** : Dispositif d'Accueil Transculturel.
- DMIC** : Dossier médical informatisé communicant.
- DPI** : Dossier Patient Informatisé.
- DTP** : Diagnostic Territorial Partagé.
- ELSA** : Equipe de liaison et de soins en addictologie.
- EPE** : Equipe pluridisciplinaire d'évaluation.
- EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles.
- EPS** : Equipe de soins primaires.
- EPSM** : établissement public de santé mentale.
- EHPAD** : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes.
- ESMS** : établissements sociaux et médico-sociaux.
- ESPT** : Etat de Stress Post Traumatique.
- GEM** : Groupe d'entraide mutuelle.
- GHT** : Groupement hospitalier de territoire.
- HAS** : Haute Autorité de Santé.
- HDJ** : Hôpital de Jour.
- IDE** : Infirmière diplômée d'Etat.
- INSERM** : Institut National de la santé et de la recherche médicale.
- LMSS** : Loi de Modernisation du Système de Santé.
- MDA** : Maison des adolescents.

**MSA** : Mutualité Sociale Agricole.  
**MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle.  
**OMS** : Organisation mondiale de la Santé.  
**PAEJ** : Point d'Accueil et d'Ecoute pour les Jeunes.  
**PAERPA** : Personne âgée en risque de perte d'autonomie.  
**PAN** : Plan d'Accompagnement Nouveau.  
**PASS** : Permanence d'accès aux soins de santé.  
**PASS MCO** : Permanence d'accès aux soins de santé en médecine chirurgie obstétrique.  
**PEC** : Prise en charge.  
**PETR** : Pôle d'équilibre territorial rural.  
**PMP** : Projet médical partagé.  
**PRI** : Pôle de Réadaptation Intersectorielle.  
**PRS** : Projet Régional de Santé.  
**PTA** : Plateforme Territoriale d'Appui.  
**PTSM** : Projet Territorial de Santé Mentale.  
**RATP** : Réponse Accompagnée Pour Tous.  
**SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés.  
**SAVS** : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale.  
**SESSAD** : Service d'éducation spécialisé et de soins à domicile.  
**SNS** : Stratégie Nationale de Santé.  
**SSIAD** : Les services de soins infirmiers à domicile.  
**UNAFAM** : Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées.  
**VSL** : véhicules sanitaires légers.

## INTRODUCTION

Soucieux de la qualité de l'offre de soins donnée et motivés pour offrir le meilleur service possible aux usagers, les acteurs de la santé mentale de la Nièvre ont eu la particularité d'investir le projet territorial de santé mentale (PTSM) avant même que le 1<sup>er</sup> COPIL stratégique soit lancé par le Directeur Général de l'ARS Bourgogne -Franche – Comté, le **13 Novembre 2017**. En effet, répondant à des besoins criant sur le territoire et permettant d'associer l'ensemble des acteurs vers des objectifs communs, ce projet territorial de santé mentale est le fruit d'un investissement collectif et interdisciplinaire qui comprend de nombreux enjeux pour les acteurs de la santé mentale de la Nièvre. De nombreux professionnels de la santé, de nombreux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les membres des administrations d'Etat, les représentants des usagers et du monde associatif ainsi que de nombreux représentants des collectivités locales ont participé à ce projet en apportant leurs connaissances, en partageant leur expérience mais aussi, et surtout, en donnant beaucoup de leur temps. L'ensemble des contributeurs au projet doit donc être salué pour ce travail coordonné qui offre aujourd'hui une vision d'ensemble de l'offre et des services de soins existants dans le champ de la santé mentale sur la Nièvre. Bien plus qu'une vision d'ensemble, ce projet territorial est un **outil politique innovant** permettant d'améliorer l'offre existante en matière de santé mentale, de lancer une dynamique professionnelle intersectorielle sur la Nièvre et l'occasion de donner une place plus grande à la psychiatrie et à la santé mentale dans la cité.

La **démarche de travail** s'est voulue **ascendante, inclusive et participative**. Les nombreux groupes de travail effectués ont permis de dresser un diagnostic territorial partagé et une feuille de route pour les cinq années futures. Cette feuille de route s'est traduite de la manière la plus opérationnelle possible afin que les actions envisagées à l'écrit puissent rapidement être mises en œuvre sur le terrain. Ce rapport a souhaité retracer l'intégralité de la démarche, de son élaboration à sa mise en œuvre afin que le lecteur puisse prendre connaissance de tout le **processus d'élaboration** du Projet Territorial de Santé Mentale Nivernais. Améliorer les parcours de santé et de vie des usagers, mieux informer les citoyens sur l'offre de soins et de services existants pour la santé mentale, réduire les inégalités territoriales, accompagner les familles et les aidants, telles sont les valeurs portées par ce projet qui n'aurait pas vu le jour sans l'investissement, le dynamisme et le travail réalisé par les acteurs de la santé mentale sur le territoire nivernais. Il revient désormais au lecteur d'apprécier la qualité et la perspicacité de ce travail qui sera, in fine, arrêté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, après avis du Conseil Territorial de Santé.

La **première partie** du document retrace le **cadre de référence** dans lequel s'inscrit le PTSM et la **méthodologie** utilisée pour l'élaboration du PTSM de la Nièvre. La **seconde partie** permet de resituer l'ensemble du travail mené dans le **contexte et l'offre de soins** caractérisant le territoire nivernais. Pour ce faire, différentes sources de documentation ont été utilisées, notamment un état des lieux effectué sur le territoire nivernais par un psychosociologue et

un bilan territorial de la Nièvre présentant l'état de santé de la population nivernaise à partir d'une approche populationnelle du territoire. La **troisième partie** présente les résultats du **diagnostic territorial partagé** mené par les acteurs de terrain et les solutions envisagées pour améliorer l'offre et les services de soin sur le département. La **quatrième partie** expose le **plan d'actions** établi par les acteurs de la santé mentale pour concrétiser de manière opérationnelle les axes d'amélioration identifiés sur le territoire nivernais. Enfin, une synthèse du projet figure à la fin du rapport pour permettre aux lecteurs, qui n'aurait que peu de temps à consacrer à la lecture de celui-ci, de prendre connaissance des grandes lignes du PTSM nivernais. Le lecteur pourra, selon son intérêt, consulter les données annexées pour obtenir plus de précisions sur l'élaboration du PTSM dans la Nièvre.

## 1. Démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale.

Le projet territorial de santé mentale est un processus d'élaboration complexe. Cette première partie propose de découvrir le cadre de référence encadrant le PTSM et la méthode d'élaboration utilisée sur le territoire Nivernais.

### 1.1. Cadre de référence du Projet Territorial de Santé Mentale.

« Classées au troisième rang des maladies après les cancers et les maladies cardiovasculaires, deuxième poste de dépenses d'Assurance maladie, les troubles psychiques touchent près d'un quart des français, directement ou via leurs proches. Classée comme l'une des cinq priorités nationales de santé réaffirmée dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, la santé mentale est donc un enjeu majeur de santé pour les prochains projets régionaux de santé<sup>1</sup> ». Ces constats qui introduisent les orientations nationales de la politique de santé mentale rappellent combien la santé mentale représente aujourd'hui un défi majeur pour notre pays. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que **25 % des Français** seront touchés par des troubles psychiques en 2020<sup>2</sup> et, bien qu'elles soient le plus souvent méconnues, les conséquences des troubles psychiques sont tout aussi considérables que dévastatrices. En effet, si les pathologies psychiques impactent en premier lieu l'individu et son entourage, elles impactent aussi très fortement notre système socio-économique dans son ensemble. Le coût économique et social des troubles mentaux est évalué à **109 milliards d'euros par an**<sup>3</sup>. Les troubles psychiques entraînent notamment des incapacités et des altérations de la qualité de vie, une augmentation du risque d'accident cardiovasculaire, la diminution des chances de guérison, l'exclusion sociale, la stigmatisation, la déscolarisation mais aussi la désinsertion sociale et professionnelle.

En 2010, la prévalence des épisodes dépressifs concernait 7.5% de la population tandis que la prévalence des troubles anxieux était estimée à 17% chez les hommes et 25% chez les femmes<sup>4</sup>. Sur l'année 2014, les données d'activités hospitalières recensaient près de 400 000 personnes ayant eu recours à une hospitalisation à temps plein en psychiatrie et près d'un million et demi de personnes ayant bénéficié d'un accueil en centre médico-psychologique (CMP)<sup>5</sup>. Le nombre de passage aux urgences pour tentative de suicide a concerné entre 176 000 et 200 000 personnes en 2014 et près de 9 000 décès par suicide ont été déclarés sur

---

<sup>1</sup> Note complémentaire à l'instruction n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application de l'article 158 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé – Fiche annexe « stratégie nationale de santé mentale ».

<sup>2</sup> Lettre de mission pour la mise en place du Conseil National de Santé Mentale, Ministère des affaires sociales et de la santé, le 3 novembre 2016.

<sup>3</sup> Feuille de route Santé mentale et psychiatrie, Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie, Jeudi 28 juin 2018, p3. Sur les 109 milliards d'euros par an, 65 milliards sont attribués à la perte de qualité de vie, 24,4 milliards pour la perte de productivité liée au handicap et aux suicides, 13,4 milliards dans le secteur médical, 6,6 milliards pour le secteur médico-social.

<sup>4</sup> La stratégie nationale de santé 2018-2022, Ministère des Solidarités et de la Santé, p49.

<sup>5</sup> ANAP, appui santé et médico-social, Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale, 1<sup>ère</sup> approche, Août 2015.

la même année<sup>6</sup>. Ces chiffres alarmants placent la France à la 10<sup>ème</sup> place des pays européens présentant les taux de suicide les plus élevés<sup>7</sup>. En 2015, selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), la schizophrénie concernait près de 600 000 personnes en France et près d'un français sur cinq était confronté au cours de sa vie à un épisode dépressif<sup>8</sup>.

Face à ces préoccupations majeures de santé publique, la Ministre des Solidarités et de la Santé, Marisol Touraine, a fait de la santé mentale l'une des **cinq priorités nationales** dès 2013 et a orienté la politique de la santé mentale vers une approche plus transversale du « prendre soin ». Toujours sous cette même volonté politique, un conseil national de santé mentale (CNSM) a été créé en 2016 afin de veiller à la cohérence et à l'articulation des prises en charge en santé mentale. Cette **politique transversale**, reprise par la suite par Agnès Buzin, est définie dans la stratégie nationale de santé (SNS) puis déclinée dans les projets régionaux de santé (PRS). Elle doit permettre d'allier la promotion de la santé mentale, la prévention des troubles mentaux, l'accès aux soins et à la prise en charge, l'éducation thérapeutique, la réhabilitation psychosociale, l'accompagnement médico-social et social du handicap psychique ainsi que le renforcement de la formation, de l'innovation et de la recherche. Cette stratégie de santé, où la politique de santé mentale est conçue comme une **action globale**, doit dorénavant être mise en œuvre par la communauté professionnelle de territoire au sein des **projets territoriaux de santé mentale** (PTSM) et des **contrats locaux de santé mentale** (CLSM).

Comme le soulignent les orientations nationales<sup>9</sup>, la notion de santé mentale recouvre un champ très large, qui inclut la prévention et la promotion de la santé mentale positive, la réponse à la détresse psychologique, la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques, l'accompagnement social et médico-social de ces personnes, la prévention et la prise en charge du handicap psychique ainsi que le regard social porté sur la maladie et les discriminations qu'il suscite. La **loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016**, qui réaffirme la SNS dans son **article 69**, stipule que la « *politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale* <sup>10</sup> » mais aussi qu'un « *projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs*<sup>11</sup> ». Ce projet territorial de santé mentale doit tenir compte des « *caractéristiques sociodémographiques de la population, des caractéristiques*

---

<sup>6</sup> Ibid, p49.

<sup>7</sup> Surveillance sanitaire en Bourgogne-Franche-Comté, prévention des conduites suicidaires, Le point épidémiologique, Santé publique France, Point n°2019/09 du 28 février 2019, p10.

<sup>8</sup> ANAP, op.cit.

<sup>9</sup> Note complémentaire à l'instruction n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application de l'article 158 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé – fiche annexe « stratégie nationale de santé mentale ».

<sup>10</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>11</sup> Ibid.

*géographiques des territoires et de l'offre de soins et des services contribuant à la réponse aux besoins des personnes souffrant des troubles psychiques<sup>12</sup> ».*

La LMSS propose ainsi que soit mis en œuvre sur chaque territoire une **organisation graduée de l'offre et des services de soins** par l'intermédiaire du PTSM. Cette organisation graduée va de la prévention au repérage à l'ensemble des modalités et techniques de soins et prises en charges spécifiques, jusqu'aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale. Par conséquent, si le PTSM ne modifie pas l'offre de soins et de services en conservant les acquis de la politique de secteur, elle implique « **une mise en synergie des projets de soin et de vie des personnes** » tout au long de leur parcours ainsi que « **le passage d'une organisation fondée sur les structures à une organisation fondée sur les pratiques** »<sup>13</sup>. En ce sens, le PTSM participe à la restructuration de l'organisation sanitaire psychiatrique qui compte quatre grands silos (la ville, l'hôpital, le social et le médico-social). En effet, bien que l'organisation sanitaire psychiatrique figure comme un précurseur au niveau de la prise en charge ambulatoire en comparaison aux autres disciplines médicales, elle reste encore trop enclavée vis-à-vis des différents silos qui composent son environnement et insuffisamment coordonnée vis-à-vis du nombre d'acteurs intervenant aux différentes étapes des parcours de santé mentale<sup>14</sup>. L'enjeu du PTSM est donc de consolider l'organisation sanitaire psychiatrique au niveau du territoire. Il est, d'une part, le « **vecteur d'un processus de coordination territoriale** » et, d'autre part, « **un outil d'évolution de la réponse sanitaire et médico-sociale** » pour faire face à la « **persistance des clivages existants entre le sanitaire et le médico-social ainsi qu'entre l'hôpital et la médecine de ville** »<sup>15</sup>.

## **1.2. Les apports du décret n°2017-1200 du Projet Territorial de Santé Mentale.**

La LMSS prévoit et encadre la mise en place des PTSM mais c'est le **décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017**, pris pour application de l'article 69 de la LMSS, qui fixe les objectifs, les modalités d'élaboration et les priorités du projet territorial de santé mentale. L'article 1<sup>er</sup> du décret décrit l'objectif principal du PTSM qui est de « *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<sup>16</sup>* ». Pour ce faire, ce décret d'application précise que le projet territorial de santé mentale (PTSM) doit associer l'ensemble des acteurs de la santé mentale dont les représentants des usagers, les professionnels et établissements de santé, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les médecins de ville et les professionnels d'exercice libéral, les groupes d'entraide mutuelle, les acteurs du logement et

---

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> PRS Bourgogne France Comté – SRS- juillet 2018 - juillet 2023, p 116.

<sup>14</sup> ANAP, op.cit.

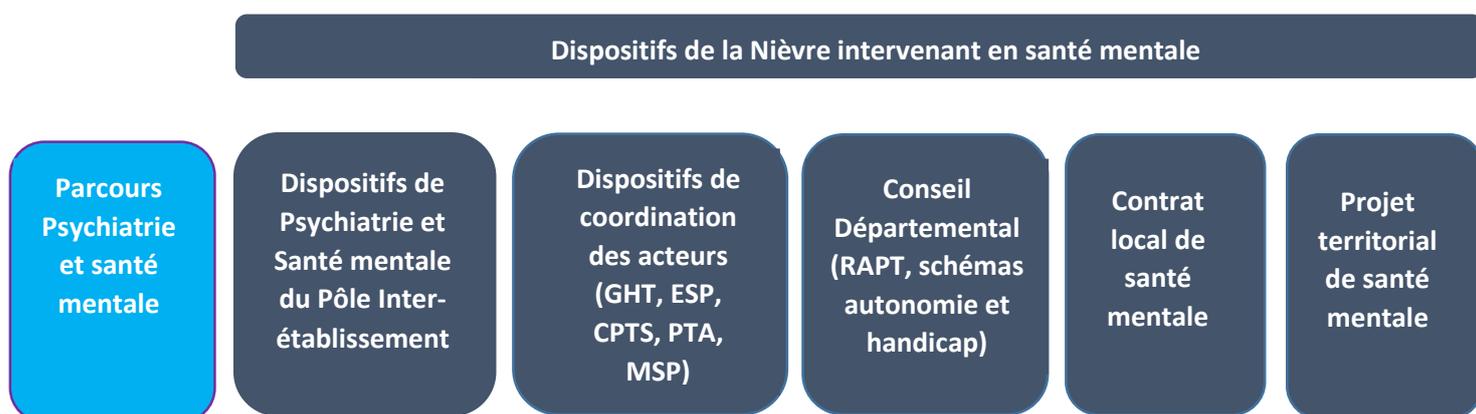
<sup>15</sup> Projet Territorial de Santé Mentale 2018-2023, Département de la Côte d'or, p7.

<sup>16</sup> Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, Ministère des solidarités et de la santé.

de l'hébergement, de l'emploi, de l'inclusion sociale et citoyenne, l'assurance maladie, les collectivités territoriales et les conseils locaux de santé mentale<sup>17</sup> (CLSM)).

L'ensemble de cette communauté professionnelle territoriale définit la délimitation territoriale du PTSM et les acteurs de la santé mentale associés au projet. Ces acteurs doivent veiller à la cohérence entre le projet régional de santé, le projet médical partagé (PMP) du groupement hospitalier de territoire (GHT) et le PTSM, tenir compte des projets des équipes de soins primaires (ESP), des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des plateformes territoriales d'appui<sup>18</sup> (PTA) et la réponse accompagnée pour tous (RATP)<sup>19</sup>. Cette **approche intégrée des dispositifs** de santé mentale existants sur le territoire permet de ne pas dédoubler les actions. **Trois objectifs principaux** orientent donc le PTSM dont **améliorer les réponses** aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques au sein d'un territoire, **rendre cohérentes les interventions des acteurs** œuvrant dans les champs du sanitaire, médico-social et social et **partager les pratiques professionnelles**.

### Schéma n°1 : Approche intégrée des dispositifs.



Si la démarche d'élaboration du PTSM est initiée par les acteurs de santé du territoire, c'est l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui doit animer la démarche tout en veillant aux dispositions législatives et réglementaires. Cette démarche d'élaboration doit, par ailleurs, se baser sur **un diagnostic territorial partagé**<sup>20</sup> (DTP) en santé mentale arrêté par le Directeur

<sup>17</sup> Le conseil local de santé mentale (CLSM) est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population. Lorsqu'un contrat local de santé existe, il représente le volet santé mentale du CLS.

<sup>18</sup> La PTA est un guichet unique permettant de simplifier les démarches, de mieux informer et de mieux orienter les professionnels de santé nivernais dans la prise en charge des patients au parcours de santé complexe.

<sup>19</sup> La RATP a pour objectif de répondre aux besoins d'orientation, d'accompagnement et de prise en charge des personnes en situation de handicap. L'ambition du dispositif RAPT est de proposer une réponse individualisée à chaque personne exposée à un risque de rupture de prise en charge, pour lui permettre de s'inscrire ainsi dans un parcours de santé conforme à son projet de vie.

<sup>20</sup> Le DTP permet d'établir l'état des ressources disponibles, d'identifier les insuffisances dans l'accessibilité, dans l'offre de prévention, de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, dans la coordination et la continuité de

Général de l'ARS. En suivant ces modalités d'élaboration, le PTSM organise les conditions d'accès à la prévention, aux soins et à l'insertion sociale. Un programme relatif au maintien dans le logement, à l'accès au logement et à l'hébergement accompagné doit également figurer au sein de celui-ci<sup>21</sup>. Le PTSM est ensuite arrêté par le Directeur Général de l'ARS, après avis du Conseil Territorial de Santé<sup>22</sup> (CTS), pour une durée de 5 ans.

Au-delà des objectifs et des modalités d'élaboration du PTSM, ce décret définit **six priorités** permettant au PTSM de déployer son organisation. A ce titre, le PTSM 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 et médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.
- l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.
- 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.
- 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 de 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.

L'instruction du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale<sup>23</sup> rappelle que ces priorités sont déclinées à partir des besoins et des aspirations des personnes dans le cadre de leur parcours et qu'elles s'adressent à la fois à la population générale, aux personnes présentant des souffrances et/ou des troubles psychiques, aux proches et aux aidants ainsi qu'aux personnes présentant certains troubles neuro-développementaux, dont les troubles du spectre de l'autisme (TSA).

---

ces services. A partir des données recueillies auprès de la communauté professionnelle territoriale, le DTP doit préconiser des actions pour y remédier tout en portant une attention particulière au quartier prioritaire de la politique de la ville.

<sup>21</sup> Loi de modernisation du système de santé –DAT-janvier 2017.

<sup>22</sup> Créés par la LMSS du 26 janvier 2016, les conseils territoriaux de santé sont de nouvelles instances territoriales de démocratie sanitaire. Ces instances réunissent l'ensemble des financeurs, des offreurs de services de santé, les collectivités territoriales et les usagers. Elles remplacent les conférences de territoires.

<sup>23</sup> Instruction N°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets de santé mentale.

Le PTSM constitue donc **un nouveau territoire de santé** faisant l'objet d'une **coordination intersectorielle et interdisciplinaire** pour la mise en œuvre d'un **plan d'actions** favorisant les partenariats. Ce plan d'actions doit être formalisé par un **contrat territorial de santé mentale**, passé entre les acteurs de santé et l'ARS, afin de définir les missions, les engagements, les moyens, les modalités de suivi et d'évaluation des acteurs portant le projet. Pour cette raison, le projet territorial d'amélioration choisi doit impérativement :

- Être organisé autour d'un plan d'actions concrètes choisies de manière raisonnée et consensuelle avec la mise en place d'indicateurs.
- Répondre aux problématiques spécifiques des personnes du territoire vivant avec des troubles psychiques sur les points les plus sensibles où les risques de rupture sont le plus souvent observés.
- Être porté par les acteurs de la santé mentale du territoire.

### **1.3. Méthode d'élaboration du PTSM dans la Nièvre.**

Le territoire retenu pour la mise en œuvre du PTSM dans la Nièvre est **le niveau départemental**. En effet, le niveau local, qui organise les parcours en proximité, et le niveau régional, qui planifie et attribue l'allocation des ressources, ne permettraient pas d'associer l'ensemble des acteurs de la santé mentale tout en offrant aux usagers l'accès à des modalités et techniques de prise en charge suffisamment diversifiées<sup>24</sup>. Les acteurs de la santé mentale ont donc opté pour un PTSM couvrant le territoire de la Nièvre. **Trois phases de travail** ont ensuite constitué **l'élaboration du PTSM** en suivant la démarche proposée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). Une première phase a permis de former l'équipe projet, de définir la méthodologie utilisée et d'élaborer en groupe les analyses du territoire afin de dresser un premier bilan du territoire. C'est la phase dite « de bilan partagé » qui aboutit à un diagnostic territorial et aux principaux axes d'amélioration territoriale de la feuille de route. Une seconde phase de travail a ensuite servi à l'élaboration de la feuille de route qui doit aboutir sur un plan d'actions concrètes, portées par les acteurs de manière collective sur le territoire, afin de remédier aux problèmes identifiés lors du diagnostic territorial. La dernière phase est la phase de mise en œuvre de la feuille de route, avec l'accompagnement des équipes sur le terrain.

Afin d'impulser la première phase du travail d'élaboration du PTSM, le DG ARS de la Nièvre a mis en place **un comité de pilotage départemental** qui s'est réuni pour la première fois le 13 novembre 2017. Ce comité de pilotage départemental a procédé à **l'identification de co-**

---

<sup>24</sup> L'instruction du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale indique que le territoire de santé mentale doit être « *un territoire de coordination des acteurs au niveau institutionnel et un territoire d'organisation pour l'accès à une offre non disponible en proximité* ». Cette instruction précise que ce n'est pas « *le territoire d'organisation des parcours en proximité (échelon local), ni le territoire de planification et d'allocation des ressources (échelon régional)* » qui peut constituer le territoire de santé mentale. Selon cette instruction il s'agit avant tout « *d'un territoire de projet et d'engagement des acteurs, même si ces contours doivent être définis* ». Le niveau départemental, qui entremêle dans un même lieu plusieurs politiques contribuant à la santé mentale, est considéré par cette instruction comme un territoire pertinent à la fois pour les acteurs sanitaires et pour les acteurs sociaux et médico-sociaux.

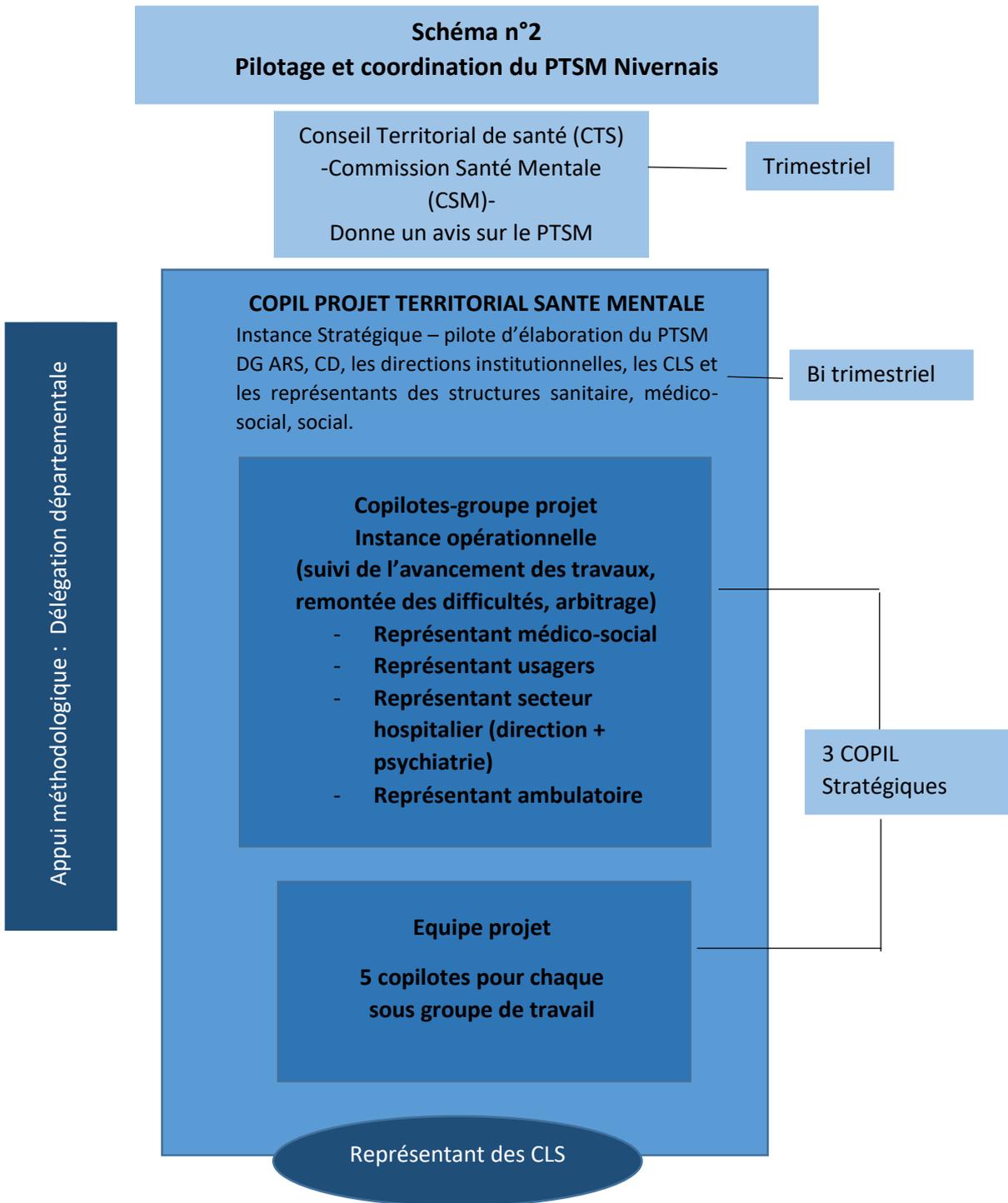
**pilotes** représentant les secteurs sanitaire, médico-social, social, ambulatoire ainsi que les représentants des usagers afin de former **une équipe projet** en charge d'élaborer le PTSM. Cinq copilotes ont ensuite procédé à des groupes de travail ayant eu pour double objectif d'identifier les problèmes existants sur le territoire de la Nièvre et de constituer une analyse causale des problèmes rencontrés [cf schéma n°2].

L'ARS de la Nièvre a encadré l'équipe projet en suivant la méthodologie suggérée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) qui propose une démarche projet de co-construction et d'élaboration du PTSM à partir d'un diagnostic territorial partagé (DTP) réalisé sur « **le modèle de la rosace**<sup>25</sup> » [cf schéma n°2]. Ce « modèle de la rosace » présentait plusieurs avantages dont :

- Un **cadre souple** permettant l'adhésion des acteurs et des institutions.
- Une **démarche partenariale** entre l'ARS et les acteurs de santé sur le territoire.
- Une **approche ascendante** invitant tous les acteurs concernés sur un territoire donné (financeurs, régulateurs, opérateurs, usagers et familles) à réfléchir et à agir ensemble.
- Une **méthode de questionnement** à partir de cinq points de rupture identifiés dans les parcours de santé mentale : l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques, les situations inadéquates, l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, l'accès aux soins somatiques ainsi que la prévention et la gestion des situations de crise. Il a été décidé qu'un seul groupe de travail (les cinq copilotes) traiterait les cinq portes d'entrée de la « Rosace » sur trois réunions plénières afin d'identifier les difficultés rencontrées et les besoins du territoire.

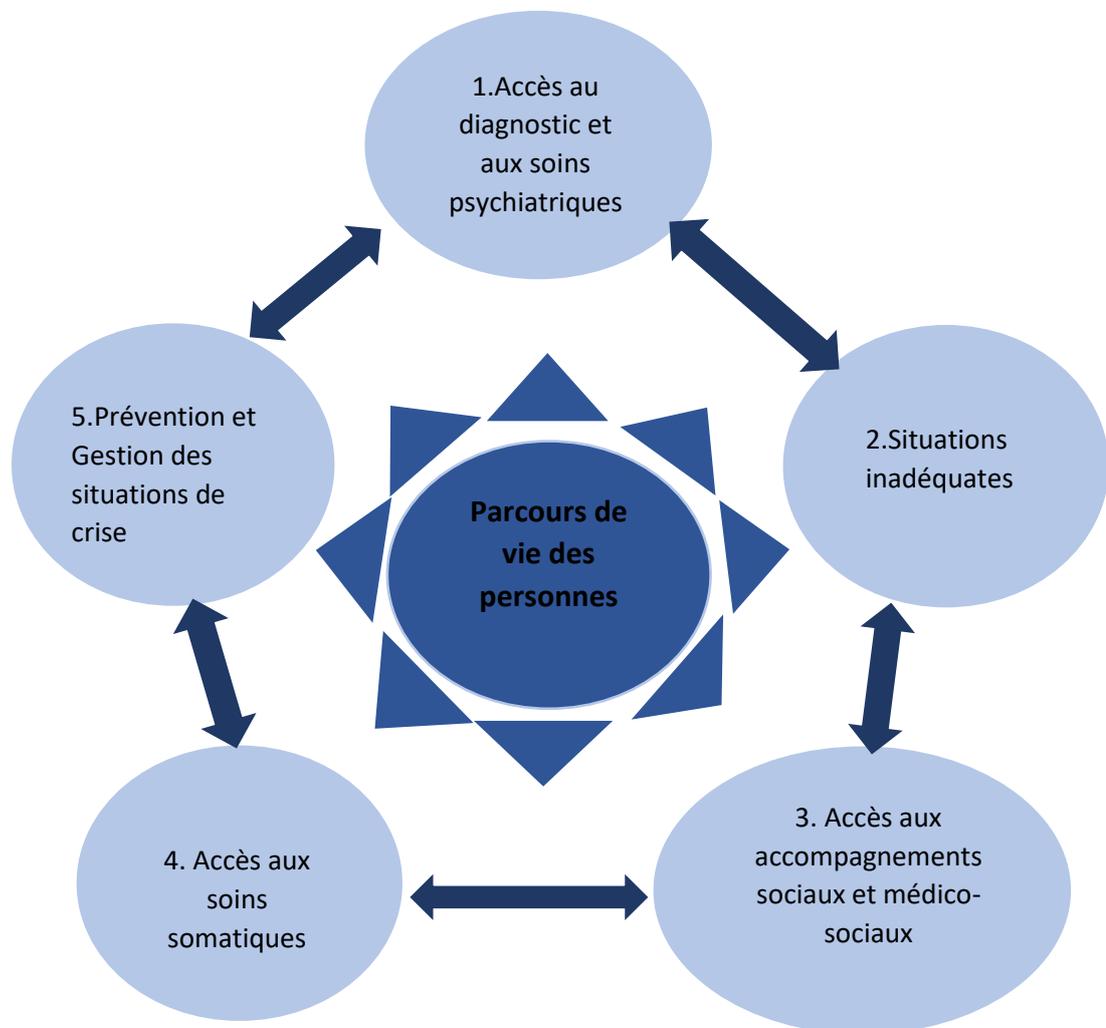
---

<sup>25</sup> ANAP, appui santé et médico-social, Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale, 1<sup>ère</sup> approche, p11.



### Schéma n°3 : Le modèle de la rosace

Le « modèle de la rosace » doit être compris comme le « *support d'une interrogation pragmatique permettant d'orienter la démarche de diagnostic territorial* ». Ce modèle a été conçu par l'ANAP afin de donner aux acteurs de la santé mentale, qui n'avaient pas de référentiel idéal, « **un outil pour penser les difficultés et les risques de rupture dans les parcours de santé des usagers** ». L'ANAP a donc consulté un grand nombre d'acteurs (associations d'usagers et d'aidants, représentants institutionnels, chercheurs, fédérations de professionnels, la HAS et l'ANESM) ce qui lui a permis d'identifier cinq problématiques majeures en termes de continuité des parcours. Ces cinq problématiques ont finalement été représentées dans un schéma en rosace. En plus d'inclure les usagers et les aidants, cet outil permet de pointer les liens entretenus entre les différents risques identifiés. Concrètement, le modèle de la rosace consiste, sur un territoire donné, à questionner les organisations à partir des cinq points de rupture identifiés.



Les groupes de travail ont ensuite procédé à l'analyse causale des problèmes identifiés sur le territoire. Ce **diagnostic territorial** s'est donc inscrit dans le cadre d'une **démarche partenariale** où tous les acteurs concernés (financeurs, régulateurs, opérateurs, usagers et familles) du territoire nivernais ont été intégrés à la démarche pour **réfléchir et agir ensemble** à partir des cinq points de ruptures identifiés dans le parcours de santé mentale. Le DTP en santé mentale a été réalisé sur deux mois (de février 2018 à mars 2018) en comprenant cinq réunions et a ensuite été soumis à une validation par l'instance stratégique du comité de pilotage [cf schéma n°4 et n°5].

Les données recueillies à l'issue de ce diagnostic territorial ont permis de décliner six axes d'amélioration à court terme :

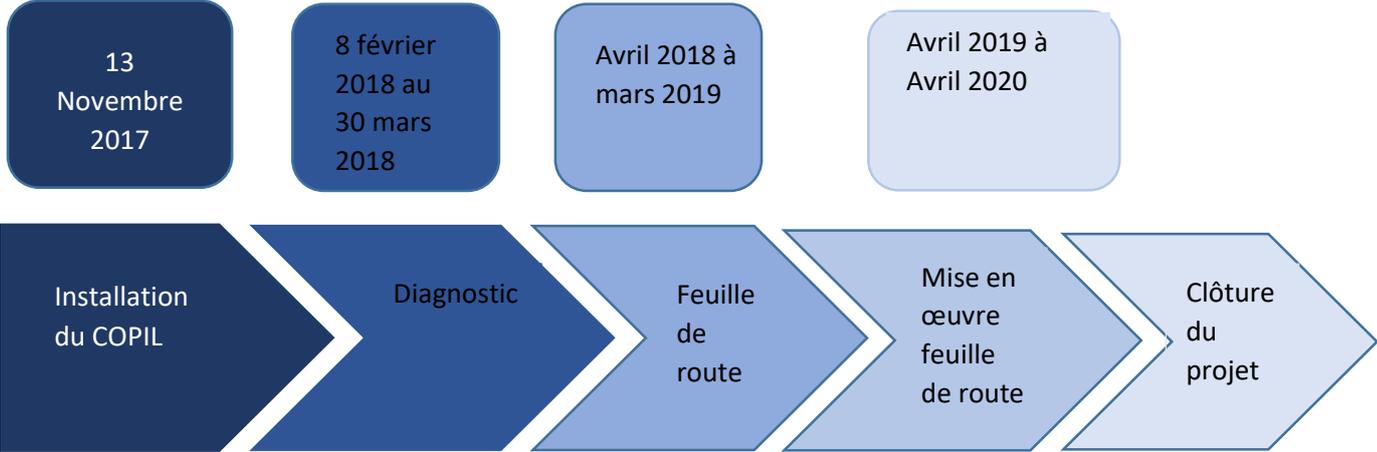
- Développer et renforcer les équipes mobiles sur la Nièvre.
- Organiser la prise en charge de jour des 8-18 ans.
- Renforcer la formation des professionnels, des aidants et des familles.
- Soutenir et accompagner les aidants.
- Articuler / coordonner les secteurs sanitaire, médico-social, social, ambulatoire.
- Accompagner les personnes en situation de handicap psychique à l'insertion professionnelle et sociale dans une approche inclusive.

#### Schéma n°4 : Les étapes d'avancement du PTSM.

Réunions	Objectifs	Dates
<b>3 COFIL Stratégiques</b>		
1er COFIL (52 acteurs)	Installation du COFIL	13 novembre 2017
2ème COFIL ( 39 acteurs)	Validation du diagnostic partagé	16 mai 2018
3ème COFIL	Validation du Plan d'actions	18 avril 2019
<b>cinq groupes de travail avec les acteurs (sanitaire, médico-social, social, ambulatoire, associations d'usagers et de patients, justice, pôle emploi).</b>		
<b>1ère phase de travail</b>		
1ère réunion (43 acteurs)	Etat des lieux et identification des problématiques	8 février 2018
2ème réunion (37 acteurs)	Identification des problématiques (suite) et analyse causale (3h)	8 mars 2018
3ème réunion (37 acteurs)	Analyse causale (suite) et proposition d'orientations et validation par le groupe de travail. Présentation du diagnostic partagé pour complétude et validation	30 mars 2018
<b>2ème phase de travail</b>		
4ème réunion (35 acteurs)	Rédaction des fiches actions (3h)	28 juin 2018
5ème réunion (37 acteurs)	finalisation des fiches action afin d'amender et valider par l'équipe projet	27 septembre 2018
<b>7 réunions avec les copilotes</b>		
1ère réunion	Méthodologie de travail	29 novembre 2018
2ème réunion	Travail préparatoire n°1	18 janvier 2018
3ème réunion	Retour réunion 1 et travail préparatoire réunion 2	16 février 2018
4ème réunion	Retour réunion 2 et travail préparatoire réunion 3	26 mars 2018
5ème réunion	Travail de synthèse étape 1	2 mai 2018
6ème réunion	Travail préparatoire étape 2	14 juin 2018
7ème réunion	Retour réunion 4 et travail préparatoire réunion 5	13 septembre 2018
8ème réunion	Présentation plan d'actions et validation	7 mars 2019

Le COPIL stratégique a validé le plan d'action du PTSM le **18 avril 2019**. La mise en œuvre du PTSM comprendra, par la suite, une évaluation annuelle du déroulement des actions sur cinq ans et un rapport de clôture sera formalisé à l'issue de ces cinq années d'engagement.

**Schéma n°5 : Calendrier de la démarche PTSM.**



## 2. Contexte et offre de soins dans la Nièvre.

L'objectif du **diagnostic territorial de santé mentale** est d'améliorer les réponses aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques au sein d'un territoire, de rendre cohérentes les interventions des acteurs œuvrant dans les champs du sanitaire, médico-social et social. La réalisation du diagnostic territorial sur le territoire nivernais est un processus qui a également permis de **créer un consensus** sur l'état des lieux de la prise en charge et d'accompagnement des personnes en situation de handicap<sup>26</sup>, de mettre en exergue les **difficultés rencontrées et les besoins**, de faire une **analyse causale** des difficultés et, in fine, de proposer des **pistes d'amélioration**. Au sens où le DTP ne peut être décontextualisé de l'offre de soins existante sur le territoire, cette seconde partie propose de rappeler le contexte nivernais et le recours aux soins psychiatriques dans la Nièvre. Ces données territoriales permettent effectivement de mieux contextualiser le diagnostic territorial partagé (bilan des ressources et des dysfonctionnements + concertation partagée) mené dans la Nièvre.

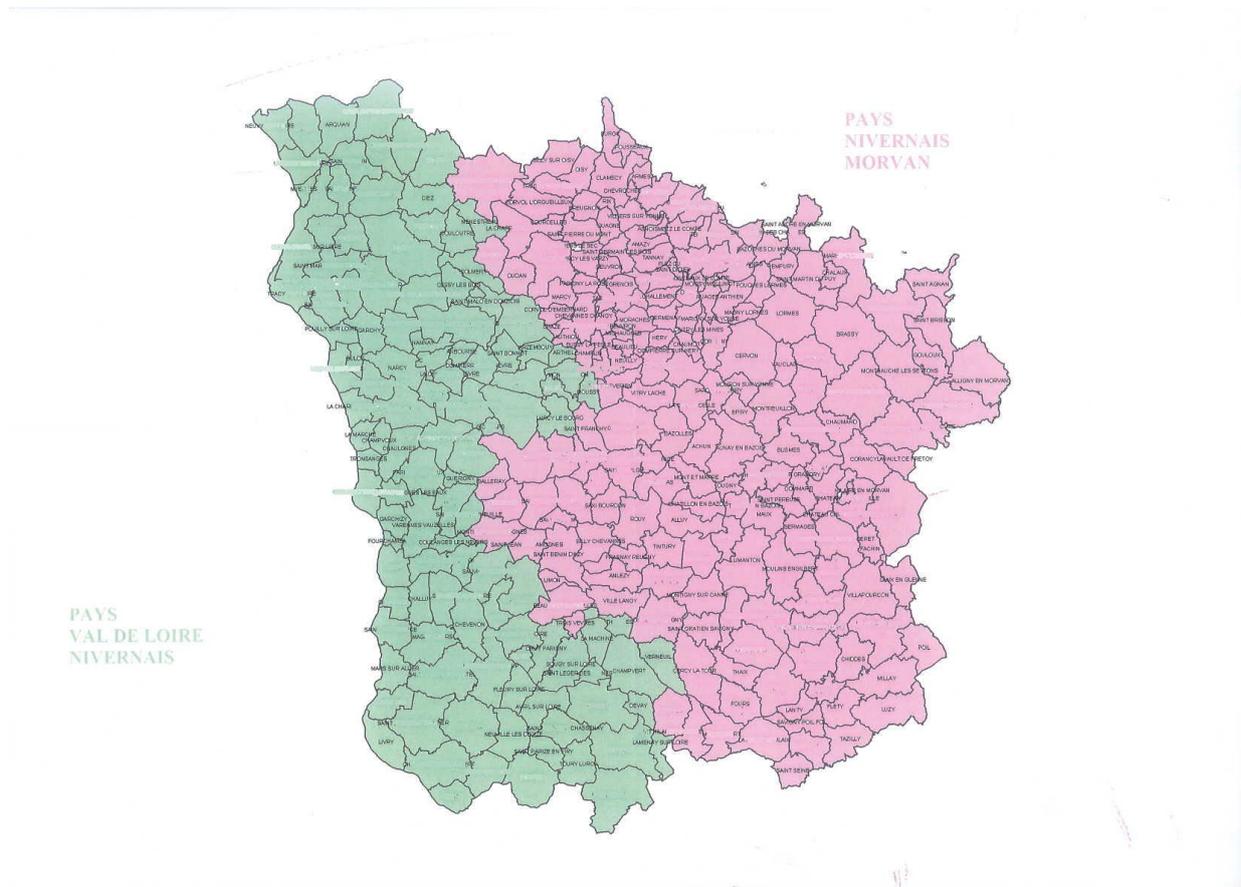
### 2.1. Rappel du contexte Nivernais.

Le territoire Nivernais, département de la région Bourgogne – Franche – Comté, compte **309 communes** dont un grand pôle urbain, Nevers, représentant 5,9 % de la population régionale et comptant 34 228 habitants<sup>27</sup> sur le département de la Nièvre. C'est un territoire rural avec une **superficie de 6 817 km<sup>2</sup>** comprenant **210 189 habitants (31 hab/km<sup>2</sup>)**. La présence du parc naturel du Morvan crée une barrière naturelle entre la capitale départementale et la capitale régionale. Le pôle urbain de Nevers est davantage tourné vers la région Centre et Auvergne Rhône-Alpes. La carte ci-dessous montre les **deux Pôle d'Equilibre Territorial Rural (PETR)** qui composent la Nièvre. En rose le pays Morvan-Nivernais, et, en vert, le pays Nivernais Val de Loire.

---

<sup>26</sup> D'après la loi n°2005-102 du 11 février 2005, constitue un handicap (...) toute limitation d'activité ou restriction de participation en raison d'une altération substantielle durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

<sup>27</sup> Recensement de 2015.



Au niveau démographique, le territoire Nivernais présente une population peu dense de **31 habitants par km<sup>2</sup>** avec une dynamique démographique fragile, un vieillissement de la population bien avancé dans l'ensemble du département, une part d'enfants en famille monoparentale<sup>28</sup> plus importante qu'aux niveaux régional et national ainsi qu'une espérance de vie hommes-femmes inférieure à la France métropolitaine. En 2018, l'espérance de vie à la naissance est de 79,5 pour les hommes et de 85,4 pour les femmes<sup>29</sup>.

D'un point de vue socio-économiques, la **situation départementale face à l'emploi est intermédiaire** entre le régional et le national<sup>30</sup> mais présente une situation particulièrement difficile face au chômage de longue durée. Un habitant du Morvan demandeur d'emploi sur deux est un chômeur de longue durée. Des écarts de revenus importants sont observés par rapport à la valeur de référence que représente le national. Le diagnostic territorial partagé réalisé pour le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire (GHT) indique que la Nièvre concentre le taux d'allocataires le plus élevé de la région pour les minimas sociaux<sup>31</sup>.

Concernant les indicateurs de santé, le territoire nivernais comprend certaines particularités dont un **nombre de décès pour troubles mentaux plus élevé** qu'en Bourgogne Franche Comté

<sup>28</sup> Une famille monoparentale désigne un parent vivant sans conjoint avec au moins un enfant mineur. 20.6 % des enfants de la Nièvre vivent dans une famille monoparentale.

<sup>29</sup> Centre d'observation de la société, le 24 janvier 2019.

<sup>30</sup> Le taux de chômage dans la Nièvre est de 9.5 % contre 9.3 % en Bourgogne Franche-Comté et 10% en France.

<sup>31</sup> Groupement Hospitalier de Territoire de la Nièvre, projet médical partagé, années 2017-2022.

et en France Métropolitaine<sup>32</sup>, un **nombre d'admission pour troubles mentaux plus important** sur le pays que sur la région, une **mortalité liée à la consommation d'alcool supérieure** au département et à la région, une **mortalité par suicide supérieure à la région** (210 décès pour 100 000 habitants contre 190 en région)<sup>33</sup> et une **mortalité prématurée évitable des moins de 65 ans** (de 251 décès pour 100 000 habitants contre 200 en région).

Le département Nivernais est l'un des moins bien lotis en termes d'effecteurs de soins médicaux et de spécialistes et doit faire face à certaines difficultés territoriales. La **baisse du nombre d'installations de médecins**, la **fermeture de services de santé** et les **départs de médecins** non remplacés contribuent à appauvrir l'offre de soins sur le département<sup>34</sup>. Un état des lieux de la santé mentale du Pays Bourgogne Nivernaise<sup>35</sup>, réalisé du 26 novembre 2014 au 6 mai 2015, relève des problématiques autour de la santé mentale dont des préoccupations chez les jeunes concernant les addictions et les prises de risque, chez les personnes isolées en territoire rural ainsi que pour les situations de précarité.

L'offre de soins ne permet pas toujours de répondre à la demande et des besoins de soutien et d'accompagnement ont été exprimés par les professionnels du champ sanitaire, social et éducatif face au sentiment d'être démunis en cas de problématiques liées à la santé mentale. Cet état des lieux fait également le constat d'une « **synergie négative** », liée à la conjugaison de plusieurs facteurs, comme frein majeur au soin. Cette synergie négative est liée à la précarité, à l'isolement culturel sous-jacent à la ruralité du territoire, au manque de mobilité ainsi qu'à l'éloignement des ressources, notamment spécialisées, situées pour la plupart sur Nevers.<sup>36</sup> Le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) fait également état d'une difficulté d'accès à l'information médicale, à la sensibilisation et aux soins de premier recours<sup>37</sup>.

---

<sup>32</sup> Le nombre de décès par an pour troubles mentaux était de 58 en 2013 contre 20 en 1980 pour les hommes et de 84 en 2013 contre 36 en 1980 pour les femmes.

<sup>33</sup> La région Bourgogne Franche-Comté comprend une surmortalité régionale et un taux d'hospitalisation élevé pour tentative de suicide aussi bien chez les hommes que chez les femmes sans pour autant être l'une des régions les plus impactées.

<sup>34</sup> Bilan de santé de la Nièvre / La Nièvre surveille sa santé, NièvreMag, Le magazine du conseil départemental de la Nièvre, Décembre 2018.

<sup>35</sup> Rapport de synthèse, « Etat des lieux de la santé mentale du Pays de Bourgogne Nivernaise », GISA PBN / Marc Vignal, réalisé du 26 novembre 2014 au 6 mai 2015. Ce travail est intégré dans le contrat local de santé (CLS) signé entre l'ARS de Bourgogne et le Pays de Bourgogne Nivernaise, Le Gisa-PBN.

<sup>36</sup> Ibid.

<sup>37</sup> Groupement Hospitalier de la Nièvre, projet médical partagé, années 2017-2022, p 22.

## 2.2. Les ressources et équipements du territoire Nivernais dans le champ de la santé mentale.

Comme l'indique le Projet Régional de Santé de Bourgogne-Franche-Comté, « *le territoire régional est actuellement découpé en secteurs de psychiatrie générale d'une part et de psychiatrie infanto-juvénile d'autre part, les secteurs étant rattachés à un établissement autorisé à exercer l'activité de psychiatrie*<sup>38</sup> ». La Nièvre n'échappe pas à cette configuration. Les établissements autorisés en psychiatrie sont le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de Pierre-Lôo, la clinique du Château du Tremblay et le Centre Hospitalier de l'agglomération de Nevers (CHAN). L'offre de soin au sein de ces trois structures s'adressent à l'ensemble de la population départementale de la Nièvre.

Situé à la Charité-sur-Loire, le CHS de Pierre-Lôo comprend 750 agents (médecins, infirmières, aides-soignants, agents de services hospitaliers, personnels techniques, administratifs et médicotechniques). 500 autres agents travaillent sur le site de la Charité sur Loire, 170 sur l'ensemble des structures ambulatoires et 90 sur le site du Pré-Poitiers situé à Nevers. Un pôle de Réadaptation Intersectorielle (PRI), situé à la Charité-sur-Loire assure des soins de longue durée. Les urgences sont assurées par le CESAM, situé au centre hospitalier de l'Agglomération de Nevers. Le CHS Pierre-Lôo accueille principalement des adultes et propose une offre de soins en santé mentale diversifiée sur l'ensemble du territoire. Pour couvrir l'ensemble du département, le CHS de Pierre-Lôo se répartit en quatre pôles [cf carte de sectorisation du Centre Hospitalier Pierre-Lôo] qui comprennent tous des unités d'hospitalisation, de Centres Médico-Psychologiques d'accueil et de consultation, des hôpitaux de jour, des centres d'activités thérapeutiques à temps partiel. Ces différentes structures sont ensuite accompagnées par différentes formes d'intervention localisées dont les visites à domicile, la psychiatrie de liaison auprès des hôpitaux et des institutions médicosociales, une équipe mobile psychiatrie/précarité pour les situations d'urgences. Un nouveau site, le site du Pré-Poitiers a ouvert ses portes en 2010 sur Nevers pour permettre des hospitalisations de courte durée des patients provenant des secteurs sud et Nevers<sup>39</sup>. Cette offre de soins diversifiée est, par ailleurs, consolidée avec une MAS pour les personnes handicapées adultes, un IME pour l'accueil et l'accompagnement d'enfants garçons et filles de 6 à 14 ans, l'IME Edouard Seguin à Mesves-sur-Loire, un SESSAD pour les activités de soins et de rééducation à domicile et en milieu scolaire pour les enfants et les adolescents.

---

<sup>38</sup> Projet Régional de Bourgogne-Franche-Comté, op.cit, p129.

<sup>39</sup> Pour plus d'information concernant le centre hospitalier Pierre-Lôo, le site web du centre hospitalier peut être consulté. Les données ici présentées viennent de leur site web [www.ch-pierre-loo.fr](http://www.ch-pierre-loo.fr)

Le service de Pédopsychiatrie du CHAN comprend un Centre Pour Adolescents (CPA) avec une équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, éducateurs, infirmiers diplômés d'Etat, un assistant social, des secrétaires) effectuant des consultations, des évaluations, une prise en charge psychologique des adolescents à partir de 11 ans jusqu'à 18 ans, une prise en charge infirmière et/ou éducative individuelle, des groupes thérapeutiques. Le CPA comprend également un centre d'accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Un Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents (CMPEA), avec une équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, psychomotriciens, Infirmières diplômées d'Etat, éducateur spécialisé, assistants sociaux et secrétaires), est associé au plateau technique du CPA afin d'assurer des consultations, des évaluations ainsi qu'une prise en charge de l'enfant et de l'adolescent de 0 à 18 ans. Une Unité de Maternologie et de Périnatalité prenant en charge les nourrissons de 0 à 12 mois comprend une équipe pluridisciplinaire assurant des consultations individuelles parents-bébés ou des groupes mères-bébés pour soutenir la parentalité. Enfin, un hôpital de jour / Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) nommé « La Passerelle » accueille de manière pluri-hebdomadaire à la journée ou à temps partiel des enfants de 0 à 8 ans présentant des troubles importants du développement et propose une scolarisation adaptée sur place ou en milieu scolaire ainsi qu'un accompagnement parental. Une équipe pluridisciplinaire composée d'Infirmiers Diplômés d'Etat, d'éducatrices, de psychologues, d'assistante sociale et de secrétaires assurent le fonctionnement de l'hôpital de jour / CATTP « La passerelle ». Pour couvrir l'ensemble du département le service de Pédopsychiatrie du CHAN comprend des antennes à Clamecy, sur Cosne sur Loire, sur Decize et sur Moulins Engilbert.

La clinique Château du Tremblay est situé à proximité de Nevers au sein d'un ancien château. Cette clinique privée, spécialisée dans la prise en charge de patients présentant des troubles psychiatriques compatible avec le mode d'hospitalisation libre, compte 4500 journées d'hospitalisation par an. Elle accueille des adultes et des adolescents. Sur la base d'une équipe pluridisciplinaires (médecins, psychologues, infirmiers diplômés d'état, aides soignants, éducateurs spécialisés, aide-soignants, éducateur sportif, art-thérapeutes) et d'un projet thérapeutique individualisé, cette clinique propose de nombreuses activités, des groupes de parole et divers ateliers (art thérapie, thérapie psychocorporelle) ainsi que des activités sportives avec une salle de sport, une piscine couverte, de l'équithérapie, du VTT afin d'assurer une prise en charge globale des patients. L'unité pour adolescents a une capacité d'accueil de 14 lits et l'offre de soins proposée est adaptée aux différentes pathologies rencontrées dans le domaine de la santé mentale (dépression, addiction, bipolarité, psychose, paranoïa, troubles de l'humeur ...). L'unité pour adultes a une capacité d'accueil de 89 lits et accueille les patients en hospitalisation libre, en milieu ouvert et à temps complet<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> <https://clinique-chateau-du-tremblay.ramsaygds.fr>.

Pôles d'Activités Médicales

Nord

P.R.I.\*

Nevers

Sud



\* Pôle de Réadaptation Intersectoriel

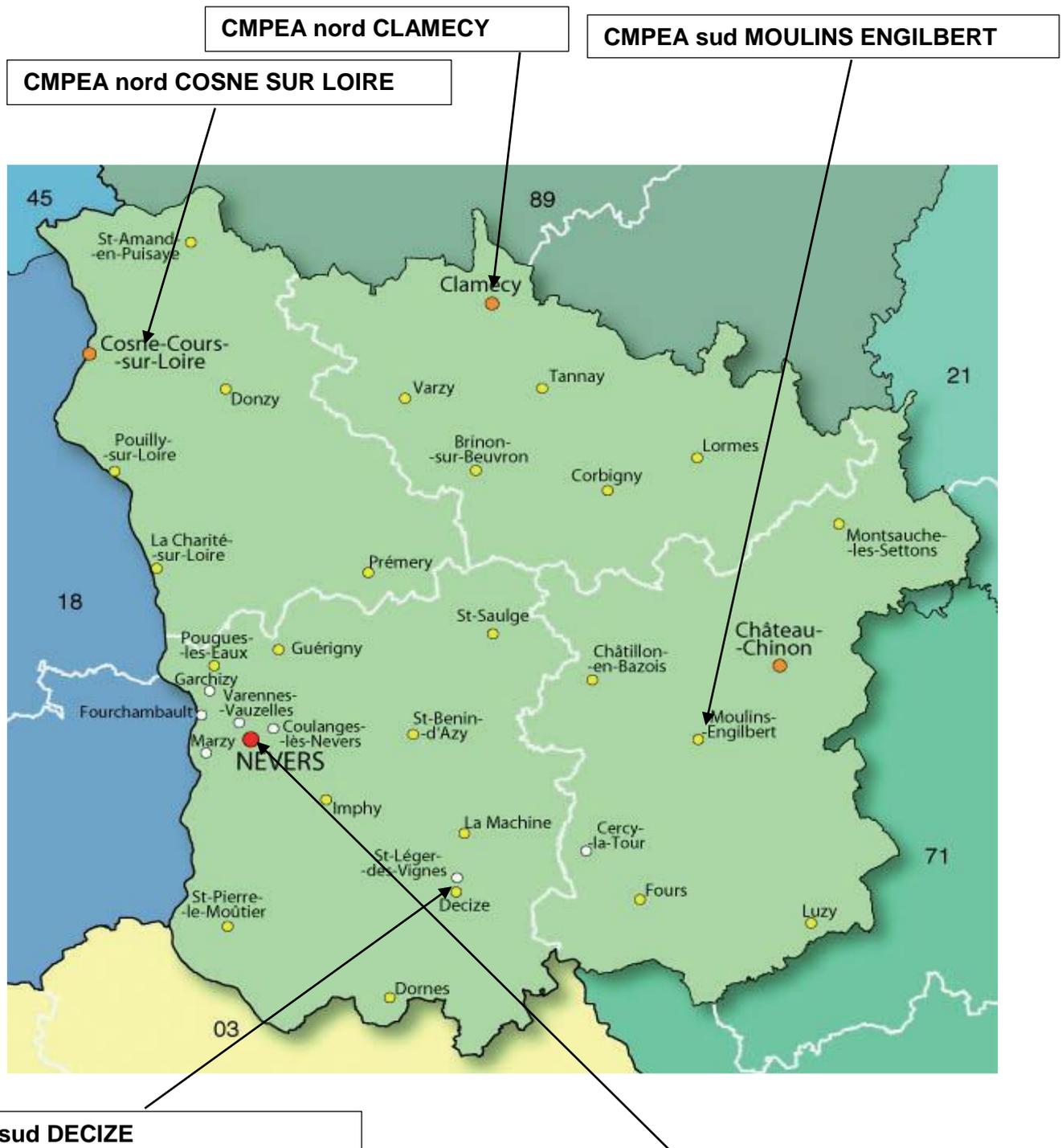
- CMP
- ◆ HDJ
- ★ CATT

- Psy de Liaison
- Lits d'hospitalisation
- Villes

**②** Nombre de sites de la ville  
**17 sites**

\* Pôle de Réadaptation Intersectoriel

## Répartition de l'offre de soins en pédopsychiatrie du CHAN



### Dispositif de soin sur Nevers

LA PASSERELLE  
 CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE DE JOUR (CATDJ)  
 CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE  
 POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS (CMPEA)

MATERNOLOGIE  
 CENTRE THERAPEUTIQUE  
 POUR ADOLESCENTS (CMP/CATTP) et  
 URICAN (urgences/liaison)

Ces différents établissements et services travaillent en relations étroites avec de nombreuses autres structures ou équipes implantées sur le territoire pour assurer l'accès aux soins de santé mentale, l'accompagnement social et médico-social, l'accès aux soins en ambulatoire, la prévention et la gestion des situations de crises [cf ressources annexe 1]. Parmi ces structures ou ces équipes, l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) de 1<sup>er</sup> niveau se consacre à l'étude et au traitement des addictions, la Maison des Adolescents (MDA) offre via une équipe pluridisciplinaire des prestations médico-sociales pour les adolescents, les jeunes adultes, les parents et les professionnels ; le Point d'Accueil et d'Ecoute pour les Jeunes (PAEJ) offre un espace de parole, d'accueil et d'écoute et de soutien pour les jeunes de 10 à 25 ans ; la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) accompagne les personnes handicapées et leur famille dans leur démarche et formule des propositions adaptées à leurs besoins ; le Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile qui accueille, accompagne et héberge les demandeurs d'Asile et peut bénéficier d'un Dispositif d'Analyse Transculturel (DAT) via la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte du territoire ; la présence sur le territoire de plus de 30 centre sociaux ; l'Association pour l'Insertion et l'Accompagnement Social (APIAS) qui assure une mission d'accueil et d'accompagnement pour toute les personnes adultes en difficulté d'insertion ; une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) apporte un soutien et une coordination aux professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des patients au parcours de santé complexe ; la présence de Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) et de médecins généralistes permettent d'assurer l'accès aux soins somatiques et le suivi ambulatoire des nivernais. Enfin, des partenariats existent entre les établissements de santé mentale du territoire et la protection maternelle infantile (PMI) et l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

### 2.3. Le recours aux soins psychiatriques dans la Nièvre<sup>41</sup>.

Le recours aux soins psychiatriques peut se faire en hôpital ou en ville et, comme toute organisation de dispositifs de soin en psychiatrie, les hospitalisations classiques à temps plein et les hospitalisations de jour sont complétées par d'autres modes de prise en charge soit en ambulatoire (visite à domicile, consultations), soit en prise en charge spécifique à temps partiel ou à temps complet (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, accueil familial, appartement thérapeutique)<sup>42</sup>. Tous les établissements de la Nièvre ne bénéficient pas de la présence de psychiatres à temps plein. La clinique du Tremblay a deux psychiatres à temps partiel pour une file active de 117 jeunes. Les personnels de la Nièvre représentent **4 % de l'ensemble des professionnels de la région** concourant à l'activité psychiatrique. **6,1 % des effectifs régionaux exercent dans la Nièvre**. Plus d'un psychiatre sur deux est âgé d'au moins 55 ans ce qui pourrait impliquer un certain nombre de départs à la retraite dans les années à venir.

#### Démographie des psychiatres (sources RPPS, 2016)

Répartition mode d'exercice (%)	Libéral	Mixte	Salarié
Côte d'Or	20,2	10,9	68,9
Doubs	28,3	10,6	61,1
Jura	18,4	23,7	57,9
Nièvre	<b>30,0</b>	<b>13,3</b>	<b>56,7</b>
Haute Saône	17,5	2,5	80,0
Saône et Loire	27,3	10,4	62,3
Yonne	34,0	10,0	56,0
Territoire de Belfort	28,6	4,8	66,7
Bourgogne Franche-Comté	25,2	10,9	63,9

<sup>41</sup> Les données présentées dans cette sous partie sont issues du diagnostic territorial de la Nièvre. Nous avons pensé qu'elles donneraient des repères aux lecteurs sur l'offre existante et les recours aux soins des Nivernais.

<sup>42</sup> De la psychiatrie vers la santé mentale, Extrait du rapport des Dr Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, ERES, vie sociale et traitement, 2001/4, n°72, pp9-32.

Répartition des psychiatres	Effectifs	Effectifs de 55 ans et plus	Effectifs de 65 ans et plus	Part des 55 ans et plus (%)	Départ d'ici 5 ans
Côte d'Or	119	61	20	51,3	10
Doubs	113	48	22	42,5	11
Jura	38	19	9	50,0	4,5
Nièvre	30	19	6	63,3	3
Haute Saône	40	18	5	45,0	2,5
Saône et Loire	77	38	11	49,4	5,5
Yonne	50	36	13	72,0	6,5
Territoire de Belfort	21	10	4	47,6	2
Bourgogne Franche-Comté	488	249	90	51,0	45

**Personnel concourant à la psychiatrie générale en établissement (source SAE 2015).**

		Psychiatres		Autre personnel médical		Personnel non médical	
		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel
580780971	EPSM de la Nièvre	12	2	1	-	330	43
580780237	Château de Tremblay	5	-	-	-	-	-
580780039	CH de l'agglomération de Nevers	-	-	-	-	-	-
<b>Département de la Nièvre</b>		<b>17</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>326</b>	<b>43</b>
<b>Région BFC</b>		<b>172</b>	<b>58</b>	<b>28</b>	<b>26</b>	<b>3 604</b>	<b>734</b>

Source : SAE 2015 - traitements DOSA ARS BFC - juillet 2017

## Offre et Recours à la Psychiatrie générale

### Ambulatoire

		CMP		CATTP		File active
		nbre de structures	nbre d'actes	nbre de structures	nbre d'actes	
580780971	EPSM de la Nièvre	7	43 844	11	27 459	6 680
580780237	Château de Tremblay	-	-	-	-	-
580780039	CH de l'agglomération de Nevers	-	-	-	-	-
<b>Département de la Nièvre</b>		<b>7</b>	<b>43 844</b>	<b>11</b>	<b>27 459</b>	<b>6 680</b>
<b>Région BFC</b>		<b>110</b>	<b>345 498</b>	<b>67</b>	<b>123 106</b>	<b>53 892</b>

Source : SAE 2015 - traitements DOSA ARS BFC - juillet 2017

### Personnel concourant à la psychiatrie infanto-juvénile en établissement (Source SAE 2015)

		Psychiatres		Autre personnel médical		Personnel non médical	
		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel
580780971	EPSM de la Nièvre	-	-	-	-	-	-
580780237	Château de Tremblay	-	2	-	-	-	-
580780039	CH de l'agglomération de Nevers	2	2	-	-	33	10
<b>Département de la Nièvre</b>		<b>2</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>33</b>	<b>10</b>
<b>Région BFC</b>		<b>58</b>	<b>37</b>	<b>-</b>	<b>7</b>	<b>794</b>	<b>265</b>

Source : SAE 2015 - traitements DOSA ARS BFC - juillet 2017

Les données de **consommation de ville** sont composées des soins de neuropsychiatres, de psychiatres en psychiatrie générale et en psychiatrie infantile. Ce sont des prestations de consultation auprès des professionnels de santé regroupant les consultations, les consultations spécialisées et les consultations neuropsychiatriques, ces dernières représentant 99 % des actes. **2 710 personnes âgées entre 20 et 60 ans ont eu recours aux psychiatres en 2015**, soit 27,4 individus pour mille habitants de ces âges (30,6 ‰ en BFC). Cette tranche de population représente 71 % de l'ensemble des bénéficiaires de soins psychiatriques. La même année, 57 % des bénéficiaires étaient des femmes.

### La consommation de soin de ville (source SNIIRAM 2015)

Actes 2015	Hommes	Femmes	Ensemble
Moins de 20 ans	583	364	947
20-59 ans	12 105	15 347	27 452
60 ans et +	4 491	7 774	12 265
<b>Total</b>	<b>17 179</b>	<b>23 485</b>	<b>40 664</b>

Bénéficiaires 2015	Hommes	Femmes	Ensemble
Moins de 20 ans	122	123	245
20-59 ans	1 169	1 541	2 710
60 ans et +	316	557	873
<b>Total</b>	<b>1 607</b>	<b>2 221</b>	<b>3 828</b>

Le département de la Nièvre accueille et accompagne **87 % des enfants atteints de troubles du psychisme**, originaires du département et pris en charge par le secteur médico-social.

### Offre pour enfants en situation de handicap (source Finess 2017)

	Nombre de structures	Dont nombre de structures avec places dédiées	Capacité installée	Dont capacité dédiée	Places occupées
C.A.M.S.P.	5	-	144	-	n.d.
C.M.P.P.	7	-	407	-	n.d.
Etab.Enf.ado.Poly.	2	-	30	-	-
I.M.E.	24	-	327	-	54
I.T.E.P.	2	-	36	-	39
S.E.S.S.A.D.	17	-	191	-	30
<b>TOTAL Enfants</b>	<b>57</b>	<b>-</b>	<b>1 135</b>	<b>-</b>	<b>123</b>

Le département de la Nièvre accueille et accompagne **82 % des adultes atteints de troubles du psychisme**, originaires du département et pris en charge par le secteur médico-social.

### Offre pour adultes en situation de handicap psychique (source Finess)

	Nombre de structures	Dont nombre de structures avec places dédiées	Capacité installée	Dont capacité dédiée	Places occupées
E.S.A.T.	7	-	458	-	47
Entreprise adaptée	2	-	128	-	
Foyer de vie A.H.	19	-	449	-	62
Foyer Héberg.A.H.	6	-	115	-	34
F.A.M.	9	-	105	-	
M.A.S.	5	-	97	-	22
S.A.M.S.A.H.	2	1	40	20	8
S.A.V.S.	8	-	269	-	33

<b>TOTAL Adultes</b>	<b>58</b>	<b>1</b>	<b>1 661</b>	<b>20</b>	<b>206</b>
----------------------	-----------	----------	--------------	-----------	------------

Chez les enfants, le diagnostic territorial de la Nièvre<sup>43</sup> réalisé en 2017 fait état de 117 patients en hospitalisation à temps plein, de 1824 patients pris en charge ambulatoire, de 123 places occupées au sein du secteur MS.

Chez les adultes, ce même diagnostic territorial de la Nièvre<sup>44</sup> fait état de 1499 patients en hospitalisation à temps plein, de 6 680 patients en ambulatoire et de 2 710 bénéficiaires de soins en ville âgés de 20 à 59 ans. Enfin, 206 places ont été occupées au sein du secteur MS.

Ce diagnostic territorial de la Nièvre fait également état d'une augmentation constante des troubles de l'humeur<sup>45</sup> sur le territoire. Si en 2005, 141 nouveaux cas pour troubles de l'humeur ont été observés, l'année 2013 en comptait 245<sup>46</sup>.

Ces premières données chiffrées, concernant le recours aux soins des nivernais, permettent d'avoir une meilleure compréhension de la diversité des pratiques et des structures de soins en psychiatrie sur le territoire de la Nièvre. Si la Nièvre apparaît comme l'un des départements les moins bien dotés en terme de lits par habitants, elle dispose d'une bonne organisation en soins externalisés et ambulatoires<sup>47</sup>.

Les différentes réunions organisées dans le cadre des groupes de travail pour l'élaboration du PTSM ont permis d'identifier et de repérer un certain nombre de ressources [annexe 1] et de dysfonctionnements [annexe 2] au sein de l'offre de soins du territoire nivernais. C'est la première phase du diagnostic territorial dite de « bilan partagé ». A partir des cinq portes d'entrée identifiées avec le modèle de la rosace, un premier bilan a donc été effectué par les acteurs de la santé mentale. Les données issues de ce premier bilan sont annexées. En effet, dans un souci de clarté et pour ne pas alourdir la lecture du projet, nous avons souhaité mettre l'accent sur le résultat du diagnostic territorial partagé et laisser le lecteur recourir librement aux dysfonctionnements qui ont été énumérés lors du premier bilan partagé. Si le diagnostic territorial partagé permet une évaluation des besoins et des ressources mobilisables sur un territoire par un premier bilan partagé, il ne s'arrête pas là. Il permet aussi « *un véritable travail de réflexion et de négociation entre les différents acteurs visant à une transformation concrète des organisations et des pratiques* <sup>48</sup> ». Les deux autres parties (partie 3 et 4) de ce rapport expliquent cette seconde phase d'élaboration de la feuille de route permettant de

<sup>43</sup> C. Lumière, Diagnostic territorial Psychiatrie Santé Mentale - C. LUMIERE, DOSA DS ARS BFC, 2017.

<sup>44</sup> Ibid.

<sup>45</sup> Les troubles de l'humeur sont définis comme des « troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur dans le sens d'une dépression ou d'une élévation : épisode maniaque ; trouble affectif bipolaire, épisodes dépressifs ; trouble dépressif récurrent ; troubles de l'humeur persistants. La plupart de ces troubles ont tendance à être récurrents et la survenue des épisodes individuels peut souvent être mise en relation avec des situations ou des événements stressants ».

<sup>46</sup> C. Lumière, Diagnostic territorial Psychiatrie Santé Mentale, op.cit.

<sup>47</sup> Le journal du centre, *La charité sur Loire : L'agence régionale de santé va-t-elle regrouper la psychiatrie à Nevers ou à la charité ?*, vendredi 22 mars 2019.

<sup>48</sup> Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé, à l'attention des agences régionales de santé et des conseils départementaux, Avril 2016.

dégager les axes d'amélioration territoriales et de co-construire des actions concrètes à mettre en œuvre sur le territoire.

### **3. Du diagnostic territorial partagé aux axes d'amélioration.**

Après le bilan partagé entre les acteurs de la santé mentale sur le territoire Nivernais, le DTP comprend une seconde phase de concertation visant à améliorer les services rendus aux personnes et à leurs familles par une meilleure coordination des ressources. Les axes d'amélioration apportés débouchent sur « *des procédures de modification des périmètres d'intervention par une refonte des autorisations, par des coopérations, des mutualisations ou par la création de services communs* »<sup>49</sup>. Ces améliorations sont ensuite traduites dans une feuille de route par des actions concrètes (partie 4). Cette troisième partie rend compte de cette phase de travail plus opérationnelle du PTSM.

#### **3.1. La concertation du diagnostic territorial partagé dans la Nièvre.**

Dans le cadre de cette concertation, l'équipe projet a choisi d'affiner le diagnostic territorial à partir de la prise en charge de l'offre de soins psychiatrique et somatique, de la prise en charge médico-sociale mais aussi à partir du cadre de vie et du logement des usagers. Les données issues de cette phase de concertation seront présentées à partir d'une analyse populationnelle (les enfants et les adolescents, les adultes et les personnes âgées). L'analyse des causes et des orientations à court ou moyen terme seront également présentées.

##### **3.1.1. La prise en charge de l'offre de soins psychiatrique et somatique.**

Les données du DTP présentées ici concerne la prise en charge de l'offre de soins psychiatrique et somatique chez les enfants, chez les adultes et chez les personnes âgées.

###### **Chez les enfants et les adolescents.**

- Les difficultés d'accès aux soins de 1er recours et de 2<sup>nd</sup> recours ainsi qu'au diagnostic spécialisé auprès des psychiatres quelque soit la personne qui demande (patient, famille, aidant).

Des difficultés de prise en charge intensive chez l'enfant au-delà de 8 ans sont constatées. Le manque de praticiens, le non remplacement des départs de médecins, la méconnaissance des circuits de soins, le manque de professionnel spécialisé en autisme sur le département et le

---

<sup>49</sup> Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé, à l'attention des agences régionales de santé et des conseils départementaux, Avril 2016.

turn-over important au CHAN sont les causes principales des difficultés d'accès aux soins rencontrés.

Les **leviers d'action** envisageables sont : expérimenter le partage de compétences (Psychiatre, Psychologue, Infirmière diplômée d'état (IDE) en psychiatrie), s'appuyer sur la future plateforme territoriale d'appui (PTA) pour les conseils et l'orientation vers les ressources, favoriser les temps d'analyse des pratiques professionnelles, renforcer les moyens de l'antenne 58 et du centre de ressource autisme (CRA).

Sensibiliser les médecins généralistes, les crèches, les centres sociaux, les enseignants, la protection maternelle infantile (PMI) au repérage des troubles psychiatriques pour favoriser les diagnostics précoces.

- L'allongement des délais d'accès aux CMP et aux structures spécialisées.

L'allongement des délais d'accès aux centres médico-psychologiques (CMP) et aux structures spécialisées est principalement occasionné par l'amplitude horaire, la mobilité et les délais de rendez-vous.

Le **levier d'action** envisageable est de renforcer les équipes mobiles en place ou en cours de mise en place (Maison des adolescents, pédopsychiatrie ...).

- Le manque de bilan somatique.

Le manque de bilan somatique lors du passage aux urgences avant une orientation en psychiatrie est surtout lié au manque de formation auprès des urgentistes / psychologues.

Le **levier d'action** est la formation auprès des urgentistes et des psychologues.

- La rupture du parcours de soins.

Pour les enfants âgés de 8 ans et plus, des difficultés de passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie générale sont constatées. La rupture du parcours de soins est généralement due au manque d'information sur les prises en charge d'amont et au manque d'anticipation du passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte.

Les **leviers d'action** envisageables sont d'améliorer la communication inter-structures et de développer la coordination entre pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte.

- L'insuffisance d'effectifs et d'équipe mobile.

Cette insuffisance renvoie au manque de moyen humain.

- La chronicisation en psychiatrie.

La chronicisation en psychiatrie est liée au manque de structures adaptées et de réponse d'aval pour les 16-18 ans. Le manque de place d'hôpital de jour en pédopsychiatrie pour les 16-25 ans, le manque de structure d'accueil pour les personnes démentes et de structures d'aval pour les plus de 15 ans (l'agrément de la famille d'accueil ne s'obtient qu'à partir de 20 ans).

Les **leviers d'action** envisageables sont : les familles thérapeutiques, l'accompagnement spécialisé, l'hôpital de jour, la dérogation pour la famille d'accueil concernant les enfants de 18-20 ans, un plan systématique de schéma de prévention de crises entre le sanitaire et le médicosocial.

- Les difficultés d'accès à l'offre paramédicale et à une prise en charge de la consultation (psychomotricien, orthophoniste, psychologue).

Ces difficultés sont liées au désert médical, à la faible attractivité du territoire, aux difficultés de prise en charge des consultations, à la mobilité et au manque d'outils.

Les **leviers d'action** envisageables sont : renforcer le contenu des formations sur la santé mentale, créer un centre de ressources et disposer d'une mutuelle départementale.

- Le problème de la mobilité.

Ce problème est principalement dû au coût important des transports, à la méconnaissance des dispositifs existants, à la disponibilité des transports en véhicule sanitaire léger (VSL).

- Le manque de formation pour les professionnels autres qu'institutionnels (aidants, familiaux, éducation nationale, travailleurs sociaux).

Il n'y a pas de culture du handicap psychique et de la santé mentale et de leur prise en charge, l'offre de formation est soit inadaptée, soit méconnue ou bien inaccessible. La formation de base des acteurs sociaux, médico-sociaux et paramédicaux n'inclut pas le repérage et la gestion des situations de crises. Il y a également un manque de communication sur les formations existantes.

Les **leviers d'action** envisageables sont : développer la formation et le soutien aux aidants, effectuer le relai des informations de l'UNAFAM, veiller à diffuser l'offre de formation de proximité, développer des actions de formation partagées, renforcer les actions de sensibilisation, la formation des professionnels soignants vers d'autres professionnels, un plan de formation des acteurs sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne (bailleurs sociaux, centres sociaux ...).

- Le manque de suivi spécialisé pour les auteurs d'agressions sexuelles.

Le **levier d'action** envisagé est de renforcer les groupes thérapeutiques à destination des auteurs d'agressions sexuelles.

#### **Chez les adultes.**

- Les difficultés d'accès aux soins de 1er et de 2<sup>nd</sup> recours ainsi qu'au diagnostic spécialisé (psychiatres).

Ces difficultés engendrent, comme pour les enfants et les adolescents, une orientation vers des psychologues de ville à défaut de praticiens spécialisés. Elles sont dues au manque de praticien, au non remplacement des départs en retraite des médecins, au turn-over important de médecins du CHAN mais aussi à la méconnaissance des circuits de soins par les partenaires.

Les **leviers d'action** proposés sont : Expérimenter le partage de compétences, s'appuyer sur la future plateforme territoriale d'appui (PTA), sur l'analyse des pratiques professionnelles, renforcer les moyens de l'antenne 58 et du centre de ressource autisme (CRA).

- Le manque de bilan somatique.

Le manque de bilan somatique lors du passage aux urgences avant une orientation en psychiatrie est lié, comme pour les enfants et les adolescents, au manque de formation auprès des urgentistes et des psychologues.

- Les difficultés d'organisation de la continuité des soins.

Les difficultés d'organisation de la continuité des soins sont liées à la chronicisation en psychiatrie, aux hospitalisations longues pour les 18-25 ans, à la difficulté de reconnaissance du handicap à 18 ans. Les principales causes sont le manque de places spécifiques d'hôpital de jour pour les 18-25 ans, l'obligation d'attendre 20 ans pour la reconnaissance du handicap et prétendre à l'aide pour adultes handicapés (AAH).

Les **leviers d'action** envisageables sont : la famille d'accueil thérapeutique, l'accompagnement spécialisé, l'hôpital de jour.

- Les difficultés d'organiser la couverture sanitaire dans certains établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

Ces difficultés sont principalement liées à la méconnaissance des droits et des mises à jour des couvertures sanitaires pour les usagers fragiles, les lourdeurs administratives, le manque de reconnaissance du « non confort » sur certains soins dits de confort.

Le **levier d'action** envisagé est de repenser l'accès au médecin traitant.

- Les difficultés de prise en charge (PEC) des personnes souffrant potentiellement du syndrome de Diogène.

La méconnaissance des procédures et les difficultés à mobiliser les acteurs concernés sont les principales causes de ces difficultés.

- Le manque d'accompagnement pour les personnes en état de stress post traumatique.

La rupture de soins est souvent non explicable pour les anciens militaires. Le manque de repérage des personnes formées et/ou des services spécifiquement dédiés ainsi que la difficile articulation entre les acteurs intervenant sur une même problématique sont souvent les causes de cette rupture de soins.

Les **leviers d'action** proposés sont : organiser des interventions régulières dans les CMP pour les personnes hébergées en centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), renforcer la coordination avec l'association nationale d'aide aux victimes (ANDAVI) et la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), organiser des campagnes de prévention.

- L'hospitalisation difficile d'un patient majeur ayant un problème psychique avéré sans son consentement.

L'hospitalisation à la demande d'un tiers, qui engage les proches, et le manque d'interfaces entre les acteurs, les familles et les professionnels de santé afin de préparer le patient à une hospitalisation ou à une solution alternative rendent plus complexe ces hospitalisations.

Le **levier d'action** proposé est de soutenir les parents d'enfant majeur handicapé psychique.

- L'absence d'unité médico-judiciaire pour les victimes d'agressions sexuelles.

La méconnaissance et l'insuffisance de l'offre de soins ainsi que l'insuffisance de prise en compte de la dimension intrafamiliale sont les deux difficultés majeures en l'absence d'unité médico-judiciaire pour les victimes d'agressions sexuelles.

Le **levier d'action** proposé est de développer une offre destinée aux victimes d'agressions sexuelles et aux victimes de la violence intrafamiliale.

- Le manque de suivi spécialisé pour les auteurs d'agressions sexuelles.

Le **levier d'action** envisagé est de renforcer les groupes thérapeutiques à destination des auteurs d'agressions sexuelles.

### **Chez les personnes âgées.**

- Le passage difficile de la psychiatrie adulte vers les EHPAD.

Le manque de formation pour le personnel d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'architecture des locaux qui n'est pas toujours adaptée, le manque de place, le manque d'interface des structures sont les principales causes qui rendent difficile le passage de la psychiatrie adulte vers les EHPAD pour les personnes âgées.

Le **levier d'action** proposé est d'améliorer la coordination et l'articulation du parcours de santé chez les personnes âgées.

### **3.1.2. La prise en charge médico-sociale et sociale.**

Les données du DTP présentées ici concernent la prise en charge médico-sociale et sociale chez les enfants, les adultes et les personnes âgées.

### **Chez les enfants et les adolescents.**

- Le maillage territoriale est insuffisant à l'est du département.

L'insuffisance de CMP, d'hôpital de jour mais aussi d'effectifs ou d'équipe mobile ne permettent pas d'avoir un maillage territorial suffisant. Le manque de moyens humains est la cause essentielle de cette insuffisance.

- Le manque de réponse pour les aidants ou les parents dans l'annonce du diagnostic et de la prise en charge.

Les **leviers d'action** proposés sont de créer un service d'accueil familial et thérapeutique adossé au GHT, de valoriser les actions de la mutuelle sociale agricole (MSA) type « relayage » et de développer les aides au répit.

- L'engorgement des structures du fait de l'accueil d'enfants non originaires du département.

La montée en charge des demandes dans le secteur de la protection sociale et le manque de famille d'accueil thérapeutique spécialisée sont les causes de cet engorgement. Le découpage territorial et le manque de places dans le Cher et la Nièvre s'ajoutent à ces deux premières causes.

Le **levier d'action** proposé est de développer des services d'éducation spécialisés et de soins à domicile (SESSAD) dans le Nord et l'Est du département.

- Les difficultés d'application de certaines décisions de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

La demande est généralement plus importante que l'offre. Par ailleurs, le manque de places et de structures spécialisées rend l'application de ces décisions d'autant plus incertaine.

Le **levier d'action** envisagé est d'articuler le projet territorial de santé mentale avec le dispositif « réponse accompagnée pour tous » (RAPT).

- Le manque de lisibilité sur les missions des structures sanitaires, médico-sociales et sociales, le manque de coordination entre les structures, le manque de partage d'information et le manque de communication entre les professionnels.

L'absence d'espace de coordination et de coopération, la méconnaissance du rôle de chacun ainsi que le manque de culture commune de travail sont les causes de ces difficultés.

Les **leviers d'action** envisagés sont : une coordination et une plateforme de soutien aux établissements et services non spécialisés en santé mentale, un plan de communication et un renforcement des conventions et des partenariats avec le centre hospitalier Pierre-Lôo, la formation autour des outils communs, des documentations réglementaires, l'échange et l'analyse des pratiques, le partage des compétences interprofessionnelles, un annuaire de ressources, des fiches de liaison entre la psychiatrie et le médico-social, le dossier médical partagé, les outils communs pour partager l'information entre les trois secteurs et renforcer le maillage entre le médico-social et l'ambulatoire.

- Le manque de structures, de SESSAD et de solutions thérapeutiques d'aval (familles d'accueil thérapeutiques, le manque d'auxiliaire de vie scolaire (AVS) et de services périnatalité au-delà du premier niveau).

Les initiatives existent mais pas les moyens ou les moyens existent mais pas les initiatives.

Le **levier d'action** proposé est de développer des places au sein des SESSAD.

- Les difficultés de mobilité.

Les **leviers d'action** proposés sont d'engager une réflexion sur la mobilité et l'accès aux soins de spécialistes, de s'appuyer auprès de la future plateforme territoriale d'appui pour conseiller et orienter vers la solution la plus pertinente, créer un service de taxi.

- Le manque de prise en charge et de suivi pertinent des personnes en situation de handicap psychique vivant en institution ou à domicile.

Le manque de formation au handicap spécifique auprès des personnels d'établissements, la baisse des moyens humains et financiers, le manque de densité du maillage territorial sont les causes de ces manquements à la prise en charge et au suivi.

Le **levier d'action** proposé est la formation.

## **Chez les adultes.**

- L'insuffisance d'équipe mobile et le manque de groupe d'entraide mutuelle (GEM).

Le **levier d'action envisagé** est de mieux communiquer sur les GEM<sup>50</sup> et de mieux les essayer.

- Le manque d'accompagnement pour les aidants.

Le levier d'action proposé est de développer des solutions de répit ainsi qu'une formation spécifique aux aidants.

- Le manque de prise en charge pertinente et de suivi des personnes en situation de handicap psychique en institution et à domicile.

Le manque de formation aux handicaps spécifiques auprès des personnels d'établissements et la baisse des moyens humains et financiers sont les principales causes de ce manque de prise en charge pertinente.

Les **leviers d'action** proposés sont : la formation, le dispositif pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie<sup>51</sup> (PAERPA), la création d'un dispositif de recueil de situations préoccupantes en santé mentale.

- Le manque de place des SSIAD.

Les agréments ne sont pas départementaux.

- L'orientation SAMSAH par défaut.

Il n'y a pas d'autres solutions. Les **leviers d'action** proposés sont de développer des places spécifiques et temporaires et d'améliorer l'articulation/coordination.

- Les difficultés de mobilité.

Ce sont les mêmes causes et les mêmes **leviers d'action** que pour les enfants et les adolescents.

- Le manque de lisibilité sur les missions des structures des trois secteurs, le manque de coordination entre les structures et les professionnels et le manque de partage d'informations.

Les **leviers d'action** envisagés sont : s'appuyer sur la plateforme territoriale d'appui, élaborer un listing de personnes et de services, désigner un coordinateur en psychiatrie et santé mentale pour répondre aux demandes d'orientation, créer un CLSM, mutualiser et renforcer les partenariats, mettre en place un plan de communication, des outils communs pour

---

<sup>50</sup> Les groupes d'entraide mutuelle sont des dispositifs visant l'insertion dans la cité, la lutte contre l'isolement et la prévention de l'exclusion sociale des personnes en grande fragilité.

<sup>51</sup> Déployée depuis 2014 sur les territoires pilotes, la démarche Paerpa a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. Son rôle est de faire en sorte que **chaque Français**, âgé de 75 ans et plus, reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût.

partager l'information, un plan d'information et de sensibilisation auprès des praticiens à la problématique en santé mentale, créer un outil d'information unique rassemblant l'offre médico-sociale sur le département.

- Le manque de communication entre les professionnels.

La cause de ce manque de communication entre les professionnels est bien souvent liée à la méconnaissance du rôle de chacun.

- Le cadre de vie et de logement.

Le manque de GEM et de places en service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), le manque de formation et de soutien aux aidants, les difficultés d'accéder aux offres de formation pour les personnes en situation de handicap psychique ou pour les personnes sortant de prison ou sous mandat judiciaire ou main de justice. Les formations sont principalement dispensées à Nevers et son agglomération, ce qui ne permet pas de résorber les inégalités territoriales en la matière.

Les **leviers d'action** envisagés sont : mieux communiquer sur les GEM et les développer sur le Nord et l'Est du département, d'augmenter les places de SAMSAH, pérenniser et essaimer l'action DAPsyVE<sup>52</sup>, renforcer l'accompagnement et l'insertion professionnelle pour les 19-25 ans.

#### **Chez les personnes âgées.**

- Les difficultés de la prise en charge somatique des personnes hébergées dans un EHPAD éloigné de leur domicile par leur médecin traitant.

C'est généralement le manque de lits en structure d'EHPAD qui provoque un éloignement des personnes âgées de leur domicile.

Le **levier d'action** proposé est de repenser l'accès au médecin traitant.

- Le manque d'accompagnement pour les aidants.

Le manque de famille d'accueil thérapeutique spécialisée pour les personnes âgées et de solutions alternatives peuvent placer les aidants en souffrance.

- Le manque de famille d'accueil en géro-psycho-geriatrie.

Les familles d'accueil thérapeutique représentent la piste de solution envisagée.

---

<sup>52</sup> DaPsyVe est un dispositif d'accompagnement psychologique vers l'emploi. Il concerne les personnes atteintes d'un handicap psychique et leur propose un parcours d'inclusion pour une réinsertion professionnelle.

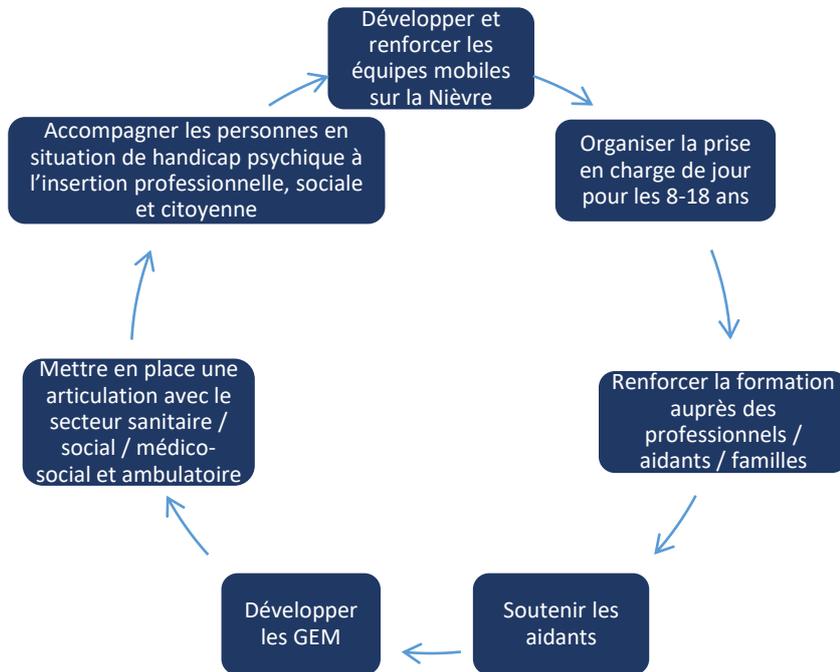
### **3.2. Les orientations à court et moyen terme.**

A l'issue de ce DTP et des pistes de solution envisagées par l'équipe projet, des orientations à court terme ont été dressées pour fixer les axes d'amélioration du PTSM [Schéma n°6] :

- Développer et renforcer les équipes mobiles sur la Nièvre.
- Organiser la prise en charge psychiatrique de jour pour les 8-18 ans.
- Renforcer la formation auprès des professionnels, des aidants, des familles par la création d'un dispositif départemental de renforcement des formations.
- Soutenir les aidants par le développement d'aides et d'accompagnement auprès des aidants.
- Mettre en place une plateforme en santé mentale (guichet unique avec des missions d'orientation, de coordination, un conseil local en santé mentale).
- Pérenniser le dispositif DAPsyVE.

Ces orientations à court terme permettront d'organiser des solutions d'aval par le développement de familles d'accueil thérapeutique, de prévenir et éduquer au plus tôt par la mise en place d'actions de prévention dès le plus jeune âge (maternelle, crèche, halte-garderie ...) et notamment sur la périnatalité, d'améliorer le repérage du public précaire au-delà de 16 ans dans leur cadre de vie (domicile), de développer les GEM et les SAMSAH, d'améliorer la communication entre les professionnels par l'organisation de séances d'informations partagées entre tous les professionnels. Ces orientations devront également être articulées au projet médical partagé du GHT, au schéma régional de santé de Bourgogne-France Comté notamment à partir des parcours de santé mentale et de psychiatrie, aux projets d'établissements publics et sociaux, au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, au schéma départemental du handicap, aux contrats locaux de santé (CLS).

## Schéma n°6 : pistes de résolution à court terme



## 4. Le plan d'actions.

Pour concrétiser le plus rapidement possible les orientations proposées à l'issue du DTP, l'équipe pilote a rédigé des fiches actions pour travailler opérationnellement les six axes d'amélioration. Chaque **fiche action** indique les constats établis lors du DTP, les objectifs généraux, les actions préconisées, les moyens nécessaires à leur réalisation et les indicateurs nécessaires à leur suivi. Une **vigilance spécifique** à la prise en charge des **addictions** et à la **prévention du suicide** a été maintenue sur toutes les fiches actions. **Un pilote** a été identifié pour porter chacune des fiches action. Cette partie décrira les actions d'amélioration territoriale prioritaires du PTSM et, chaque fiche action sera intégrée en l'état dans le corpus.

### 4.1. Développer et renforcer les équipes mobiles sur la Nièvre.

Les objectifs de ce premier axe d'amélioration sont de **repérer précocement la souffrance psychique et de prévenir le suicide, d'améliorer la prise en charge des actions de crise** sur place, de **renforcer l'intégration et l'articulation des équipes mobiles** des filières sanitaire et médico-sociale avec les acteurs des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Les actions concrètes prévues pour réaliser ce premier axe d'amélioration sont :

- La création de l'unité rapide d'intervention de crise pour les adolescents de la Nièvre (URICAN) au CHAN.

Ce dispositif innovant ne se substitue pas à une prise en charge thérapeutique mais constitue un **espace pour l'apaisement des crises** sur un délai d'un mois. Il accueille des adolescents de 11 à 18 ans. En termes d'efficacité, ce dispositif a été pensé pour **éviter la surcharge des afflux** de jeunes à l'hôpital par l'intermédiaire d'une **équipe pluridisciplinaire** qui se rend vers les situations au lieu de déclencher les dispositifs d'urgence. Les **visites à domicile** prévues par le dispositif URICAN permettent aussi **d'éviter les aller-retours** entre l'hôpital et le domicile. Enfin ce dispositif permet d'établir **un suivi** des adolescents **à la sortie** de la clinique. Le dispositif URICAN agit donc autant sur l'intra-hospitalier que sur l'extra-hospitalier.

- Mise en place de l'équipe mobile périnatalité en lien avec l'unité de maternologie du CHAN.

Sur chaque territoire de la Bourgogne Franche Comté est prévue la mise en place d'une équipe mobile périnatalité en articulation avec l'unité de Maternologie. Dans la Nièvre, cette équipe mobile périnatalité comprendra plusieurs acteurs dont le service pédopsychiatrique du CHAN, la protection maternelle infantile (PMI), le réseau de périnatalité et permettra un repérage précoce ainsi qu'une orientation plus adaptée dans le cadre des prises en charge.

- Mise en place d'une équipe VIGILANS portée par le CH Pierre-Lôo.

Dans le cadre du dispositif VIGILAN'S visant à prévenir la récurrence du suicide, une équipe socle de « vigilanceurs » sera constituée et portée par le CH Pierre-Lôo. Cette équipe comprendra

une infirmière diplômée d'état (IDE), un psychologue et un médecin et aura en charge de former l'ensemble des professionnels sur leur territoire d'intervention.

- La communication sur les dispositifs existants.

Cette communication se fera principalement via le GISA de la Nièvre, de la plateforme territoriale d'appui et la semaine d'information en santé mentale dans le but d'**informer** les citoyens, les familles, les institutions exerçant auprès des adolescents de l'existence du dispositif et des services qu'il propose.

- Poursuivre la réflexion « Réponse équipe mobile psychiatrie adulte » sur tout le territoire en vue de présenter les résultats aux partenaires concernés pour complétude et validation.

Une **équipe mobile adulte est active** via le centre hospitalier de Pierre-Lôo. Il s'agit ici de renforcer ce dispositif sur le département.

- Articuler les équipes mobiles du territoire (MDA, URICAN, Equipe mobile psychiatrie adulte).

Pour donner la meilleure coordination et fluidité possible entre les équipes mobiles de la Nièvre, un travail d'articulation entre équipe mobile sera mené en intra-hospitalier et en extra-hospitalier.



#### 4.2. Organiser la prise en charge en hôpital de jour des 8-18 ans.

Les objectifs de ce deuxième axe d'amélioration territoriale sont de **repérer** et de **diagnostiquer au plus tôt, d'améliorer l'accès aux soins, d'améliorer l'accompagnement** des jeunes pour le passage de l'adolescence à l'âge adulte et **d'évaluer les effets attendus**, mais aussi **d'agir sur l'environnement** de la personne (famille, solution de répit ...).

- Création de places en hôpital de jour pour les 11-18 ans.

Seule la clinique du Tremblay permet l'hospitalisation complète des adolescents sur le territoire de la Nièvre. Le centre thérapeutique à temps partiel qui accueille les enfants de 2 à 10 ans et les adolescents de 11 à 18 ans, le centre thérapeutique pour adolescents qui accueille les enfants de 11 à 17 ans et le centre médico-psychologique qui accueille les enfants de 0 à 18 ans assurent la prise en charge des enfants et des adolescents en ambulatoire. L'hôpital de jour « La passerelle » permet d'accueillir les enfants de 0 à 8 le jour mais au-delà de 8 ans aucun hôpital ne peut accueillir les enfants et les adolescents le jour sur la Nièvre. La création de places en **hôpital de jour** pour les **11- 18 ans** permettra d'améliorer la prise en charge de jour des adolescents sur le territoire.

- Révision du fonctionnement de l'hôpital de jour « La Passerelle » pour recevoir les enfants jusqu'à 10 ans.

Parallèlement à la création de places en hôpital de jour pour les 11-18 ans, une **révision du fonctionnement de l'hôpital de jour « La passerelle »** permettra de recevoir les enfants jusqu'à **10 ans** et ainsi de combler l'offre de soins en hôpital de jour pour les adolescents sur la Nièvre.

- Mise en place d'une convention dans le cadre des doubles prises en charge (sanitaire et médico-sociale).

Il n'y a aucune convention avec les partenaires médicaux sociaux qui permettrait de cadrer ces doubles prises en charge. La mise en place de conventions favoriserait la continuité de soins et sécuriserait les parcours de soins.

- Mettre en place une campagne de communication sur les projets.

Cette campagne de communication devra être cohérente avec le projet médical partagé du GHT.

- Mener une réflexion de création d'un d'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) au sein du GHT.

Il n'y a, pour l'instant, aucune place pour les enfants et les adolescents en accueil familial thérapeutique dans la Nièvre mais le SROS donne une autorisation pour construire une structure. Une réflexion sur la création de l'AFT est nécessaire pour étendre ce dispositif aux enfants et adolescents.

**Constats** : Chronisation en psychiatrie faute de structure adaptée, des difficultés (d'accès aux soins de 1<sup>er</sup> et 2<sup>d</sup> recours, d'accès à l'offre paramédicale, de mobilité, de repérage des personnes en situation de précarité, d'application de certaines décisions MDPH), allongement des délais d'accès au CMP, manque de formation et de soutien aux aidants, manque de communication entre professionnels, manque d'accompagnement pour les personnes en Stress Post Traumatique...

#### Objectifs

Repérer et diagnostiquer au plus tôt  
Améliorer l'accès aux soins  
Améliorer l'accompagnement des jeunes du passage de l'adolescence vers l'âge adulte et évaluer les effets attendus  
Agir sur l'environnement de la personne (famille, solution de répit,...)

#### Pilote(s) :

CHAN (pédopsychiatrie)

#### Contributeurs

Cd58, Justice,  
CHPL, ASE Val de  
Marne, CHAN,  
Clinique TREMBLAY

ACTION(S)	Situation à J 0	2019	2020	2021
1-Extension de l'HDJ (création de place HDJ adolescents et révision du fonctionnement de l'HDJ enfants).	Fenêtre d'ouverture entre le 01/10 et 30/11/18 pour une demande d'implantation	Création courant 2019 →		
2-Mise en place d'une convention dans le cadre des doubles prise en charge (sanitaire et médico-sociale)		X		
3-Mettre en place une campagne de communication sur les projets		X		
4-Mener une réflexion de création d'un d'Accueil Familial Thérapeutique au sein du GHT.	3 places d' AFT inscrites dans le PRS 2.		X	

Moyens nécessaires	Indicateurs	V. initiale	V. cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>HDJ: locaux et équipes dédiés (recrutement spécifique)</li> <li>AFT: recrutement des familles et des professionnels</li> <li>Formations initiales et complémentaires pour les différents personnels</li> <li>Réunions de concertation pour initier les changements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plannings et évaluations des réalisations</li> <li>Évolution des financements</li> <li>Nombre de recrutements</li> <li>Nombre de formation ciblées réalisées</li> <li>File active</li> </ul>		

### 4. 3. Renforcer la formation des professionnels, des aidants et des familles.

Pour cet axe d'amélioration qui vise à renforcer la formation des professionnels, des aidants, des familles au service de l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychologiques, psychiatriques ou handicap mental plusieurs actions sont entreprises :

**Constats :** Manque de formation des professionnels (manque de prise en charge pertinente et de suivi pour les personnes en situation de handicap psychique, passage difficile de psychiatrie adulte vers les EHPAD, manque de bilan somatique lors d'un passage aux urgences sur les patients orientés psychiatrie...), manque de formation et de soutien aux aidants, manque de communications entre les acteurs et structures...

#### Objectifs

Renforcer la formation des professionnels, des aidants, des familles au service de l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychologiques, psychiatriques ou handicap mental

#### Pilote(s) :

Valérie FOURCADE, CH PL

#### Contributeurs :

- Angélique ROCHU, ANPAA 58
- Elisabeth GAMONET, Association Nœuds Verts
- Renaud COUTELLE, DDCSP
- Dominique LAUPRETRE, CH Pierre Lôo

#### Etapes

Etapes	Situation à J 0	2018	2019	2020
ETAPE 1 : Établir la cartographie des besoins de formation				
ETAPE 2 : Identifier les offres de formation existantes/les offreurs de formation		Objectifs opérationnels		
ETAPE 3 : Construire un catalogue de formation santé mentale → vers la construction d'un plan de formation territorial				
ETAPE 4 : Etablir et construire un plan de communication				

#### Moyens nécessaires

Référents agréés  
Rôle de la PTA  
ARS : mission d'information centrale  
Accès à la formation

#### Indicateurs

1<sup>ère</sup> réunion groupe de travail le 14 juin 2018  
Réunion pilote : le 13 septembre 2018  
2<sup>ème</sup> réunion groupe de travail le 27 septembre 2018

#### V. initiale

#### V. cible

### ➤ Etablir la cartographie des besoins de formation.

Cette action comporte quatre axes de travail. Le premier axe de travail concerne la formation et l'information. Il s'agit, pour cet axe, de mettre en place un **système d'information partagé** regroupant les différents acteurs et les différents services et de **soutenir les échanges** entre les services. Ce premier axe vise à **décloisonner les pratiques**. Le deuxième axe de travail concerne **la sensibilisation, l'appui, le soutien** aux professionnels, aux aidants et aux familles afin de mieux comprendre les situations, faire face à des situations aiguës de violence, mieux comprendre les publics reçus, repérer des facteurs de vulnérabilité et identifier des points de vigilance. Le troisième axe de travail comprend des **formations thématiques** sur la prise en charge des addictions, sur la prise en charge du suicide, sur les violences sexuelles, les psycho-traumatismes, la santé mentale des migrants et les troubles du comportement (gestion de crise, violence). Le quatrième axe de travail pour cette action sera **d'identifier les nouveaux**

**besoins** (prospective / perspective) mais aussi les **nouvelles problématiques**, les **nouvelles orientations** (par exemple les addictions des jeunes / la comorbidité des jeunes).

3.1

PTSM de la Nièvre

RENFORCER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS / AIDANTS / FAMILLES

**Constats :** Manque de formation des professionnels (manque de prise en charge pertinente et de suivi pour les personnes en situation de handicap psychique, passage difficile de psychiatrie adulte vers les EHPAD, manque de bilan somatique lors d'un passage aux urgences sur les patients orientés psychiatrie...), manque de formation et de soutien aux aidants, manque de communications entre les acteurs et structures...

**Pilote(s) :**

Valérie FOURCADE, CH PL

**Contributeurs :**

- Angélique ROCHU, ANPAA 58
- Elisabeth GAMONET, Association Nœuds Verts
- Renaud COUTELLE, DDCSP
- Dominique LAUPRETRE, CH Pierre Léo

Objectifs

- ➔ Établir la cartographie des besoins de formation (actuels et nouveaux)
- ➔ Facteurs d'évolution : évolution des missions / des publics

Etapes	Situation à J 0	2018			2019			2020		
1. Formation / Information : * mettre en place un système d'information partagé regroupant les différents acteurs / les différents services (cf. groupe 5 Articulation entre les secteurs / acteurs) * soutenir les échanges entre les services (actions type décloisonnement)	Pluralité des besoins réponses adaptées Accès à un répertoire actualisé (PTA 58 ?)									
2. Formation de sensibilisation / appui / soutien (professionnels, aidants, famille) : mieux comprendre les situations	- Faire face à des situations aiguës de violence - Mieux comprendre les publics reçus - Repérage des facteurs de vulnérabilité - Identification des points de vigilance									

### 3.1

### PTSM de la Nièvre

## RENFORCER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS / AIDANTS / FAMILLES

**Constats :** Manque de formation des professionnels (manque de prise en charge pertinente et de suivi pour les personnes en situation de handicap psychique, passage difficile de psychiatrie adulte vers les EHPAD, manque de bilan somatique lors d'un passage aux urgences sur les patients orientés psychiatrie...), manque de formation et de soutien aux aidants, manque de communications entre les acteurs et structures...

**Pilote(s) :**

Valérie FOURCADE, CH PL

**Contributeurs :**

- Angélique ROCHU, ANPAA 58
- Elisabeth GAMONET, Association Nœuds Verts
- Renaud COUTELLE, DDCSP
- Dominique LAUPRETRE, CH Pierre Léo

#### Objectifs

- ➔ Établir la cartographie des besoins de formation (actuels et nouveaux)
- ➔ Facteurs d'évolution : évolution des missions / des publics

	Situation à J 0	2018			2019			2020		
3. Formations thématiques : *PEC des addictions *PEC du Suicide : prévention, repérage, prises en charge, suivi et relais. *Violence sexuelle / psycho-traumatisme / santé mentale des migrants/ troubles du comportement : gestion de crise, violence... .	- Veille documentaire - Alerte sur des infos stratégiques, opérantes, novatrices									
4. Identifier les nouveaux besoins / prospective / perspective Nouvelles problématiques, nouvelles orientations : par exemple les addictions des jeunes / comorbidité des jeunes	Formation à l'interprétariat									

#### Moyens nécessaires

#### Indicateurs

#### V. initiale

#### V. cible

CLSM  
↓  
CLSM  
Comité Territorial de Santé

\* formations partagées  
\* colloque / séminaire / table ronde

4

### ➤ Identifier les offres de formation existantes et les offreurs de formation.

Un **plan de formation des structures** permettant de partager les informations, de connaître les modalités d'accessibilité des formations et de solliciter les acteurs des groupes de travail pour collecter les informations sera l'opportunité de mieux identifier les offres de formation existantes. Cette action servira également à **questionner les offreurs** par rapport au portage, à l'accessibilité et au contenu des formations ainsi qu'à identifier les modes de financement des formations.

### 3.2

### PTSM de la Nièvre

## RENFORCER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS / AIDANTS / FAMILLES

**Constats :** Manque de formation des professionnels (manque de prise en charge pertinente et de suivi pour les personnes en situation de handicap psychique, passage difficile de psychiatrie adulte vers les EHPAD, manque de bilan somatique lors d'un passage aux urgences sur les patients orientés psychiatrie...), manque de formation et de soutien aux aidants, manque de communications entre les acteurs et structures...

#### Pilote(s) :

Valérie FOURCADE, CH PL

#### Contributeurs :

- Angélique ROCHU, ANPAA 58
- Elisabeth GAMONET, Association Nœuds Verts
- Renaud COUTELLE, DDCSP
- Dominique LAUPRETRE, CH Pierre Léo

#### Objectifs

Identifier les offres de formations existantes

#### Etapes

Etapes	Situation à J 0	2018	2019	2020
Constitution d'un annuaire de formation : <ul style="list-style-type: none"> <li>* un appui des référents formations des différents services</li> <li>* renseigner les offres (via lien / site)</li> <li>* recenser les offres reçues et les publier</li> </ul>	<u>Relais de diffusion</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AMPA : formation addictions</li> <li>- UNAFAM : journée parentalité</li> <li>- UDAF : tuteurs familiaux</li> <li>- Centres sociaux (ex : Moulins Engilbert)</li> <li>- Personnes ressources : ARS, Conseil Départemental, Associations, ANFH, OPCA, Centre Ressources Rhône Alpes</li> </ul>			

#### Moyens nécessaires

CLSM  
Site internet (veille juridique)

#### Indicateurs

#### V. initiale

#### V. cible

### 3.3

### PTSM de la Nièvre

## RENFORCER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS / AIDANTS / FAMILLES

**Constats :** Manque de formation des professionnels (manque de prise en charge pertinente et de suivi pour les personnes en situation de handicap psychique, passage difficile de psychiatrie adulte vers les EHPAD, manque de bilan somatique lors d'un passage aux urgences sur les patients orientés psychiatrie...), manque de formation et de soutien aux aidants, manque de communications entre les acteurs et structures...

#### Pilote(s) :

Valérie FOURCADE, CH PL

#### Contributeurs :

- Angélique ROCHU, ANPAA 58
- Elisabeth GAMONET, Association Nœuds Verts
- Renaud COUTELLE, DDCSP
- Dominique LAUPRETRE, CH Pierre Léo

#### Objectifs

Identifier les offreurs et les offres de formations (4 étapes)

Etapas	Situation à J 0	2018				2019				2020			
1. Plan de formation des structures : - partage d'information - Accessibilité - Solliciter les acteurs des groupes de travail pour collecter les informations													
2. Questionner les offreurs sur l'accessibilité : - le portage - la faisabilité d'une ouverture - le contenu													
3. Identifier les modes de financement : ouverture de place, passerelles possibles, budget commun ou partagé... .													

**Constats :** Manque de formation des professionnels (manque de prise en charge pertinente et de suivi pour les personnes en situation de handicap psychique, passage difficile de psychiatrie adulte vers les EHPAD, manque de bilan somatique lors d'un passage aux urgences sur les patients orientés psychiatrie...), manque de formation et de soutien aux aidants, manque de communications entre les acteurs et structures...

**Pilote(s) :**

Valérie FOURCADE, CH PL

**Contributeurs :**

- Angélique ROCHU, ANPAA 58
- Elisabeth GAMONET, Association Nœuds Verts
- Renaud COUTELLE, DDCSP
- Dominique LAUPRETRE, CH Pierre Léo

**Objectifs**

Identifier les offreurs de formations

**Etapes**

Etapes	Situation à J 0	2018			2019			2020		
4. Informer les offreurs et les structures des actions de formation « PTSM » (forme de « labellisation »)										

**Moyens nécessaires**

Identifier et solliciter les responsables de formation des différents services, structures = personnes ressources .

**Indicateurs****V. initiale****V. cible**

--	--	--

➤ **Construire un catalogue de formation en santé mentale.**

Ce catalogue de formation en santé mentale se réalisera via un appui des référents formations des différents services et permettra de renseigner et de publier les offres de formation. Ce catalogue permettra d'aller vers la construction d'un plan de formation territorial avec des priorisations.

**Constats :** Manque de formation des professionnels (manque de prise en charge pertinente et de suivi pour les personnes en situation de handicap psychique, passage difficile de psychiatrie adulte vers les EHPAD, manque de bilan somatique lors d'un passage aux urgences sur les patients orientés psychiatrie...), manque de formation et de soutien aux aidants, manque de communications entre les acteurs et structures...

**Pilote(s) :**

Valérie FOURCADE, CH PL

**Contributeurs :**

- Angélique ROCHU, ANPAA 58
- Elisabeth GAMONET, Association Nœuds Verts
- Renaud COUTELLE, DDCSP
- Dominique LAUPRETRE, CH Pierre Lôo

**Objectifs**

Construire un catalogue de formation en santé mentale  
Vers un plan de formation territoriale ?

**Etapes**

Etapes	Situation à J 0		2018		2019		2020	
1. Offre de formation : - nature - public - place								
2. Conditions d'accès								
3. Structuration des offres : vers l'émergence d'un plan de formation avec des priorisations (PEC du suicide / PEC des addictions)								

**Moyens nécessaires**

Identifier le porteur du plan territorial et finaliser sa mission : le coordonnateur du PTSM?

**Indicateurs**

V. initiale

V. cible

➤ **Etablir et construire un plan de communication.**

Ce plan de communication donnera une plus grande visibilité aux actions de formation mises en place sur le territoire nivernais et permettra ainsi de valoriser cet axe d'amélioration territoriale.

## 4.4 Soutenir et accompagner les aidants.

Les objectifs de cet axe d'amélioration sont **d'apporter un soutien à l'aidant familial** dans le parcours de la personne, de permettre à l'aidant de répondre de façon adaptée à ses propres besoins, de permettre le mieux-être de l'aidant et de l'aidé.

- **La première action de cet axe d'amélioration est de développer des points relais / écoute.**

Le **développement des points relais / écoute** se fera en définissant un ou plusieurs porteurs et en s'appuyant sur le réseau des centres sociaux pour communiquer sur les points écoute. Ces points relais s'articuleront avec la **plateforme de répit** prévue en 2020.

### 4.1 PTSM de la Nièvre

### SOUTENIR ET ACCOMPAGNER LES AIDANTS

**Constats:** Les aidants familiaux ou les proches des personnes en souffrance psychique, se retrouvent souvent isolés, quand la personne ne bénéficie pas d'un service type SAMSAH/SAVS ou des soins de secteurs...

#### Pilote(s) :

Mr LAPOSTOLLE

#### Contributeurs :

- ✓ Service de pédopsychiatrie et filières médico-sociales
- ✓ Services de psychiatrie adultes
- ✓ ...

#### Objectifs

- Apporter un soutien à l'aidant familial dans le parcours de la personne,
- Répondre de façon adaptée à ses propres besoins.
- Permettre le mieux-être de l'aidant et de l'aidé

ACTION (S)	Situation à J 0	2019	2020	2021
<b>A- DEVELOPPER DES POINTS RELAIS/ECOUTE</b>				
1- créer et établir les points écoute	Centres sociaux et MDS	X X		
2- Définir un ou plusieurs porteurs.	ESMS, CHS, CS	X		
3- s'appuyer sur le réseau des centres sociaux, CMP, MDS, EHPAD, EN pour communiquer sur les points écoutes.	Effort important pour développer de la communication « papier »	X X X		
<b>Moyens nécessaires</b>		<b>Indicateurs</b>		<b>V. initiale</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plan de communication important</li> <li>- Les points relais seront à articuler avec la plateforme de répit en 2020.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de points relais/écoute.</li> <li>• Nombre d'usagers.</li> <li>• Nombre de structures concernés par la communication.</li> <li>...</li> </ul>		<b>V. cible</b>

- La deuxième action prévue concerne la création de groupes d'entraide mutuelle (GEM).

Les objectifs de cet axe d'amélioration sont de **briser la solitude** et de contribuer à une perspective **d'insertion sociale et professionnelle**, de **stimuler la prise d'initiatives et d'autonomie**, de **favoriser l'entraide, la solidarité et le partage** entre les membres mais aussi de **faciliter les relations** entre les participants et la communauté environnante. Les GEM ne sont pas des structures médico-sociales mais peuvent toutefois **favoriser l'accès aux soins** et à un **accompagnement médico-social** par le biais du soutien mutuel, des réseaux et du lien social créé par le GEM.

4.2 PTSM de la Nièvre SOUTENIR ET ACCOMPAGNER LES AIDANTS

**Constats:** les différents textes législatifs prévoient un GEM pour un bassin de population de 70000 hab. Les territoires de Cosne sur Loire et le Morvan sont dépourvus de GEM. La Fil active patient du secteur sanitaire sur ce territoire est la même que le sud (pourvu d'un GEM à Decize) et que Nevers (pourvu d'un GEM à Nevers)...

**Pilote(s) :**  
Mr LAPOSTOLLE

**Contributeurs :**

- ✓ Service de pédopsychiatrie et filières médico-sociales
- ✓ Services de psychiatrie adultes
- ✓ ...

**Objectifs**

Briser la solitude et contribuer à une perspective d'insertion sociale et professionnelle  
Stimuler la prise d'initiatives et d'autonomie  
Favoriser l'entraide, la solidarité et le partage entre les membres.  
Faciliter les relations entre les participants et la communauté environnante

Etapes	Situation à J 0	2018	2019	2020
<b>DÉVELOPPER LES GEM</b>				
1- Développer un pré projet GEM sur le Morvan et sur le territoire de Cosnes sur Loire en s'appuyant sur le GEM de Decize (APIAS/UNAFAM)	Échange entre les acteurs prêt à développer cette action;  Le document est en cours de constitution, avec une enquête de terrain, soutenu par un groupe de travail.		X X	
2- En fonction des GEM développés, privilégier la création d'antenne avec 2 permanences par semaine sur le territoire de Corbigny, de Lomes et de Château Chinon.				X x
<b>Moyens nécessaires</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude des moyens budgétaires minima pour Soutenir le porteur dans la création des antennes.</li> <li>• Évaluation d'un GEM « expérimental » à Cosne sur Loire, en attendant les crédits 2022.</li> </ul>	<b>Indicateurs</b>	<b>V. initiale</b>	<b>V. cible</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'usagers venant au GEM.</li> <li>• Nombre de partenariat avec le GEM.</li> </ul>			

#### 4.5 Articuler et coordonner les secteurs sanitaire, médico-social, social et ambulatoire.

L'objectif de cet axe d'amélioration territoriale est de **garantir un parcours de soin coordonné** en renforçant la coordination entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en articulant et en coordonnant les relais entre secteurs sanitaire, médico-social, social. Les actions prévues pour cet axe sont les suivantes :

- **Identifier et recenser toutes les articulations existantes entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.**

L'objectif est ici de **renforcer la coordination territoriale** en favorisant une synergie intersectorielle.

- **Mettre en place des outils de liaison concrets pour renforcer le lien ville-hôpital.**

Les outils de liaison (annuaire, organigramme, site web, groupe de travail ...) permettront **d'assurer l'articulation et la coordination** entre tous les acteurs du territoire (PTA, structures médico-sociales, MDPH, CD, MAIA, MSP, CPTS, équipe mobile, médecine de ville, structure sanitaire).

- **Organiser une stratégie de communication interinstitutionnelle sur les actions et les évènements en santé mentale au niveau territorial.**

Cette stratégie de communication permettra de **donner de la visibilité** et de **valoriser les actions** mises en place sur le territoire.

- **Créer un conseil local de santé mentale (CLSM) sur Nevers et son agglomération.**

Le Conseil local de santé mentale est une **plateforme de concertation et de coordination** entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant **l'amélioration de la santé mentale** de la population. Le CLSM vise plusieurs objectifs ayant en commun **la prévention** en santé mentale et **le décroisement** de la psychiatrie vers la cité. Cette double volonté de prévention et de décroisement doit se traduire par des actions concrètes décidées en concertation avec les communautés professionnelles de territoire en santé mentale et les élus locaux. L'objectif est, à termes, d'aller vers une départementalisation du CLSM.

## 5 PTSM de la Nièvre **Articuler/coordonner les secteurs sanitaire, médico-social, social, ambulatoire**

**Constats:** Manque de lisibilité sur les missions des structures sanitaires/médico-sociales/sociales, manque de coordination entre les structures et les professionnels, manque de communication entre les professionnels, manque de partage d'informations, manque d'accompagnement auprès des aidants, difficultés de PEC des personnes souffrant potentiellement du syndrome de Diogène, manque d'accompagnement pour les personnes en Stress Post Traumatique, dépression simple, difficultés à passer la main

### Objectifs

#### Garantir un parcours de soins coordonné :

- Renforcer la coordination territoriale entre les secteurs sanitaire, social, médico-social, médecine de ville.
- Articuler et coordonner les relais entre secteurs sanitaire, médico-social, social, médecine de ville.

### Pilote(s) :

Ensemble des copilotes

### Contributeurs :

Médecine de ville, CHAN, GISA, MDPH, Justice, CHPL.

ACTION (S)	Situation à J 0				2018				2019				2020			
1- Recenser toutes les articulations existantes entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans l'objectif de renforcer la coordination territoriale, avec une vigilance particulière sur l'addiction et la prévention du suicide.											X					
2- Mettre en place des outils de liaison concrets pour renforcer le lien ville-hôpital (annuaire, site web, groupe de travail ...) afin d'assurer l'articulation et la coordination entre tous les acteurs (PTA, structures médico-sociales, MDPH, CD, MAIA, MSP, CPTS, équipe mobile, médecine de ville, structure sanitaire, DAT, intervenant à domicile).											X					
3- Organiser une stratégie de communication interinstitutionnelle sur les actions et les événements en santé mentale au niveau territorial avec une vigilance particulière sur l'addiction et la prévention du suicide.											X					
4- Créer un conseil local de santé mentale (CLSM) (veille sanitaire, conduite de changement...) dans l'objectif d'une départementalisation.																
<b>Moyens nécessaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- outils numériques (Dossier médical partagé, dossier personnel informatisé, déploiement des logiciels(e.Ticss, Apycript)</li> <li>- actions de proximité</li> </ul>															
	<b>Indicateurs</b>										<b>V. initiale</b>		<b>V. cible</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de réunions et CR sur chaque axe</li> <li>• Nombres d'outils partagés développés</li> <li>• Nombre de protocoles mis en place</li> <li>• Nombre de conventions signées</li> <li>• Nombre de structures équipées e.Ticss</li> <li>• Questionnaire pour la satisfaction du patient.</li> </ul>															

### 4.6. Accompagner les personnes présentant des troubles psychiques à l'insertion professionnelle et sociale dans une approche inclusive.

Les objectifs de cet axe sont **d'améliorer l'insertion sociale et professionnelle** des personnes présentant des troubles de santé mentale et de renforcer le suivi de la personne prise en charge. Deux actions (décrites en trois étapes) permettront de concrétiser cet axe d'amélioration

#### ➤ Le dispositif d'accompagnement psychologique vers l'emploi (DAPSYVE).

Le DAPSYVE est un dispositif permettant l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique vers une réinsertion professionnelle. Cet accompagnement comprend deux volets, il est à la fois individuel et collectif. C'est un parcours d'inclusion progressif

comprenant ces deux volets de l'accompagnement. Les personnes intégrant le dispositif sont accompagnées par des éducateurs et des psychologues.

## 6.1 PTSM de la Nièvre

### ACCOMPAGNER LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE A L'INSERTION PROFESSIONNELLE, SOCIALE DANS UNE APPROCHE INCLUSIVE

**Constats:** Difficultés d'accès aux offres de formation et à l'insertion professionnelle pour les personnes en situation de handicap psychique, manque de partage d'information et de coordination entre les professionnels, manque de lisibilité sur les missions de structures, difficultés de mobilité....

#### Les objectifs

Pérenniser l'action DAPsyVE expérimentée depuis 4 ans tout en :

- L'étendant à l'ensemble du département
- L'ouvrant aux jeunes pas reconnus TH
- Assurant le suivi social en tant que de besoin

#### Pilote:

Cap emploi et/ou APIAS

#### Contributeurs (partenaires /structures impliquées):

CAP EMPLOI, APIAS,  
DIRECCTE, secteur  
sanitaire spécialisé,  
UNAFAM,...

Mise en place et hiérarchisations des actions	Situation JO	2018	2019	2020
<b>ETAPE 1:</b> -Définir les volumes à prendre en charge /proposer un budget annuel.		X		
<b>ETAPE 2:</b> -Diffuser l'information aux prescripteurs potentiels (MDPH, MDA, CMP, Pôle emploi, Missions locales,...)		X		
<b>ETAPE 3:</b> -Débuter le recrutement du (des) groupe(s) DAPsyVE 5		X		
<b>ETAPE 4:</b> -Conduire l'action DAPsyVE 5 (12 à 15 mois) ; -Recruter pour le DAPsyVE n+1 en fin d'année				
Transversal : recours aux prestations PAS Agefiph, AS CHS, SAVS, SAMSAH,...				
<b>Moyens nécessaires</b>	<b>Indicateurs de suivi et d'évaluation</b>		<b>Outils d'évaluation</b>	
Equipe de professionnels dédiée ; budget en conséquences	Nb de personnes orientées Nb de personnes intégrées Types de sorties du dispositif		Réunions de bilan Bilans semestriels	

➤ **Construire les dispositifs qui permettent aux personnes d'accéder à l'insertion sociale et professionnelle.**

Cette action propose **d'identifier les points de vulnérabilité** dans les parcours de vie des personnes prise en charge sur le plan social et professionnel. Cette identification permettra de mieux orienter les personnes en fonction des critères de vulnérabilité établis.

Il s'agira dans cette action de **construire les réponses les plus adaptées** aux besoins des personnes dans les dispositifs de prise en charge. La désignation d'un référent pour chacune des structures concernées sur ce champ (1 référent spécialisé psy + 1 référent de la dimension sociale et professionnelle), la mise en place de réunions de suivi autour de la personne et la mise en place de réunions de concertation pluri-professionnelles permettront de structurer les réponses de la manière la plus adaptée.

6.2

PTSM de la Nièvre

ACCOMPAGNER LES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES DE SANTE MENTALE A L'INSERTION PROFESSIONNELLE, SOCIALE DANS UNE APPROCHE INCLUSIVE

**Constats:** Difficultés de repérage des personnes présentant des troubles de santé mentale échappant aux soins, manque de partage d'information et de coordination entre les professionnels, manque de lisibilité sur les missions de structures, difficultés de mobilité....

**Les objectifs**

- Améliorer l'insertion sociale et professionnelle des personnes présentant des troubles de santé mentale.
- Renforcer le suivi de la personne prise en charge.

**Pilote:**  
CHAN Coordination

**Contributeurs :**  
pôle emploi, mission locale, cap emploi, école seconde chance, DDCCSPP

ACTION(S)/ETAPE(S)	Situation J0	2019	2020	2021
<b>ETAPE 1 :</b> - Construire les dispositifs qui leur permettent d'accéder à l'insertion sociale et professionnelle : 1. Identifier les points de vulnérabilité dans les parcours de vie des personnes prise en charge sur le plan social et professionnel. 2. mieux orienter en fonction des critères de vulnérabilité établis.		<b>X</b>		
<b>ETAPE 2 :</b> - Mise en œuvre d'une réponse adaptée au regard des besoins des personnes présentant des troubles psychiques orientées et, dans ce cadre : - Favoriser la concertation entre les acteurs (santé, social, insertion professionnelle) pour l'accompagnement des personnes. - participer à la faisabilité du déploiement de l'Unité Medico-Judiciaire et à l'évaluation des besoins pour la prise en charge psychologique des victimes (femmes et enfants exposées) en intégrant pleinement les professionnels de la santé dans le repérage et le parcours d'accompagnement des victimes.		<b>X</b>		
<b>ETAPE 3 :</b> - Désignation d'un référent pour chacune des structures concernées sur ce champ (1 référent spécialisé psy + 1 référent de la dimension sociale et professionnelle). - Mise en place de réunions de suivi autour de la personne. - Mise en place de réunions de concertation pluri-professionnelles				

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

Nb de personnes orientées  
 Nb de personnes intégrées  
 Types de sorties du dispositif  
 Nb d'évaluations réalisées  
 Outil réalisé,  
 Nbre de réunion de RCP et de suivi interinstitutionnelle.

**Outils d'évaluation**

Réunions de bilan  
 Bilans semestriels

## 5. Synthèse du PTSM Nivernais.

Devenue l'une des cinq priorités nationales, la santé mentale a fait l'objet d'une stratégie nationale de santé où la politique de santé mentale est désormais conçue comme une action globale et transversale. Elle doit être mise en œuvre par la communauté professionnelle de territoire par l'intermédiaire des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et des contrats locaux de santé mentale (CLSM). Réaffirmée par **la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016**, la stratégie nationale de santé décline une **organisation graduée de l'offre et des services de soins** par l'intermédiaire du PTSM. Cette organisation graduée va de la prévention au repérage à l'ensemble des modalités et techniques de soins et prises en charges spécifiques, jusqu'aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale. Le PTSM ne modifie pas l'offre de soins mais permet « **une mise en synergie des projets de soin et de vie des personnes** tout au long de leur parcours » ainsi que « **le passage d'une organisation fondée sur les structures à une organisation fondée sur les pratiques** ». Son objectif est de « *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* ».

Entamée le **13 novembre 2017**, l'élaboration du projet régional de santé mentale a rassemblé l'ensemble des acteurs de la santé mentale sur le territoire Nivernais afin de concevoir des axes d'amélioration territoriale pour les cinq années futures. Pour ce faire, l'équipe projet en charge d'élaborer le PTSM s'est appuyé sur « **le modèle de la rosace** ». Cette méthodologie de travail présentait plusieurs avantages dont un **cadre souple** permettant l'adhésion des acteurs et des institutions, une **démarche partenariale** entre l'ARS et les acteurs de santé sur le territoire, une **approche ascendante** invitant tous les acteurs concernés sur un territoire donné (financeurs, régulateurs, opérateurs, usagers et familles) à réfléchir et à agir ensemble. Une **méthode de questionnement** à partir de cinq points de rupture identifiés dans les parcours de santé mentale : l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques, les situations inadéquates, l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, l'accès aux soins somatiques ainsi que la prévention et la gestion des situations de crise.

Le territoire nivernais comprend certaines particularités dont un **nombre de décès pour troubles mentaux plus élevé** qu'en Bourgogne Franche Comté et en France Métropolitaine, un **nombre d'admission pour troubles mentaux plus important** sur le pays que sur la région, une **mortalité liée à la consommation d'alcool supérieure** au département et à la région, une **mortalité par suicide supérieure à la région** (210 décès pour 100 000 habitants contre 190 en région) et une **mortalité prématurée évitable des moins de 65 ans** (de 251 décès pour 100 000 habitants contre 200 en région). Le département Nivernais est également l'un des moins bien lotis en termes d'offres de soins et doit faire face à certaines difficultés territoriales. La **baisse du nombre d'installations de médecins**, la **fermeture de services de santé** et les **départs de médecins** non remplacés contribuent à appauvrir l'offre de soins sur le département. L'offre de soins ne permet pas toujours de répondre à la demande et des besoins de soutien et d'accompagnement ont été exprimés par les professionnels du champ sanitaire, social et éducatif face au sentiment d'être démunis en cas de problématiques liées

à la santé mentale. Le département de la Nièvre accueille et accompagne **87 % des enfants et 82 % des adultes atteints de troubles du psychisme**, originaires du département et pris en charge par le secteur médico-social. Le recours aux soins psychiatriques peut se faire en hôpital ou en ville. Les établissements autorisés en psychiatrie sont l'EPSM de la Nièvre, la clinique du Château du Tremblay et le Centre Hospitalier de l'agglomération de Nevers. Tous les établissements de la Nièvre ne bénéficient pas de la présence de psychiatres à temps plein.

Les différentes réunions organisées dans le cadre des groupes de travail pour l'élaboration du PTSM ont permis d'identifier et de repérer un certain nombre de dysfonctionnements dans les parcours de soins et de vie des usagers. A partir des cinq portes d'entrée identifiées avec le modèle de la rosace, un premier bilan a été effectué par les acteurs de la santé mentale. Le diagnostic territorial partagé (DTP) a ensuite affiné la grille de lecture de ces dysfonctionnements en fonction des secteurs de prise en charge (sanitaire, sociaux et médico-sociaux) et selon une analyse populationnelle. Le DTP en santé mentale a été réalisé sur deux mois (de février 2018 à mars 2018). Les données recueillies à l'issue de ce diagnostic territorial ont permis de décliner **six axes d'amélioration à court terme** : développer et renforcer les équipes mobiles sur la Nièvre, organiser la prise en charge de jour des 8-18 ans, renforcer la formation des professionnels, des aidants et des familles, soutenir et accompagner les aidants, articuler et coordonner les secteurs sanitaire, médico-social, social et ambulatoire, accompagner les personnes en situation de handicap psychique à l'insertion professionnelle et sociale dans une approche inclusive. Un plan d'actions, déclinant ces axes d'amélioration a ensuite été formalisé par les pilotes du PTSM.

Ce plan d'actions, formalisé pour cinq ans, prévoit notamment la mise en place **d'une équipe d'urgence rapide d'intervention et de crise pour les adolescents de la Nièvre (URICAN)**, la construction **d'un hôpital de jour** pour accueillir les enfants et adolescents de 11 à 18 ans, la **révision de l'agrément de l'hôpital de jour « La passerelle »** pour recevoir les enfants jusqu'à 10 ans au lieu de 8 ans, l'établissement **d'une cartographie et d'un catalogue de formation** pour le territoire nivernais, le **développement de point relais / écoute** pour soutenir les aidants de personnes atteintes de troubles psychiques, le **développement des groupes d'entraide mutuelle**, la mise en place **d'outils de liaison** pour améliorer l'articulation et la coordination territoriale entre les secteurs sanitaire, médico-sociaux, sociaux et ambulatoire, la mise en place d'un **CLSM sur Nevers et son agglomération** pour favoriser le lien ville-hôpital et la **construction de dispositifs** permettant aux personnes atteintes de troubles psychiques de s'insérer professionnellement et socialement. Le COPIL stratégique a validé le plan d'actions du PTSM **le 18 avril 2019**. Le PTSM est un document de travail évolutif et la prise en compte de certaines données épidémiologiques se traduit par la création de nouvelles fiches actions qui seront annexées progressivement au présent document (exemple fiche action 7 sur la prévention et la prise en charge du suicide). La mise en œuvre du PTSM comprendra, par la suite, une évaluation annuelle du déroulement des actions sur cinq ans et un rapport de clôture sera formalisé à l'issue de ces cinq années d'engagement.

## Bibliographie

ANAP, appui santé et médico-social, Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale, 1<sup>ère</sup> approche, Août 2015.

Bilan d'activité des groupes d'entraide mutuelle (GEM), année 2017, juin 2018.

Bilan de santé de la Nièvre / La Nièvre surveille sa santé, Nièvremag, Le magazine du conseil départemental de la Nièvre, Décembre 2018.

C. Lumière, Diagnostic territorial Psychiatrie Santé Mentale - C. LUMIERE, DOSA DS ARS BFC, 2017.

Centre d'observation de la société, le 24 janvier 2019.

De la psychiatrie vers la santé mentale, Extrait du rapport des Dr Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, ERES, vie sociale et traitement, 2001/4, n°72, pp9-32.

Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, Ministère des solidarités et de la santé.

Diagnostic territorial de la Nièvre, approche populationnelle du territoire et état de santé de la population.

Feuille de route Santé mentale et psychiatrie, Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie, Jeudi 28 juin 2018.

Instruction N°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets de santé mentale.

Groupement Hospitalier de Territoire de la Nièvre, projet médical partagé, années 2017-2022.

Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé, à l'attention des agences régionales de santé et des conseils départementaux, Avril 2016.

La stratégie nationale de santé 2018-2022, Ministère des Solidarités et de la Santé.

Le dispositif Paerpa, ministère des Solidarités et de la santé, le 9 mai 2017 (mis à jour le 27 septembre 2018).

Le journal du centre, La charité sur Loire : L'agence régionale de santé va-t-elle regrouper la psychiatrie à Nevers ou à la Charité ?, vendredi 22 mars 2019.

Lettre de mission pour la mise en place du Conseil National de Santé Mentale, Ministère des affaires sociales et de la santé, le 3 novembre 2016.

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

Note complémentaire à l'instruction n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application de l'article 158 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé – Fiche annexe « stratégie nationale de santé mentale ».

Pauline Guézenne et Jean-Luc Roelandt, Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015, dans l'information psychiatrique 2015/7 (volume 91), p549 à 556.

Projet Territorial de Santé Mentale 2018-2023, Département de la Côte d'or.

Projet Territorial de Santé Mentale de la Sarthe 2018-2022.

PRS Bourgogne France Comté – SRS- juillet 2018 - juillet 2023.

Rapport de synthèse, « Etat des lieux de la santé mentale du Pays de Bourgogne Nivernaise », GISA PBN / Marc Vignal, réalisé du 26 novembre 2014 au 6 mai 2015. Ce travail est intégré dans le contrat local de santé (CLS) signé entre l'ARS de Bourgogne et le Pays de Bourgogne Nivernaise, Le Gisa-PBN.

Surveillance sanitaire en Bourgogne-Franche-Comté, Prévention des conduites suicidaires, Le point épidémiologique, Santé Publique France, Point n°2019/09 du 28 février 2019.

# ANNEXES

## **Annexe 1 : synthèse des ressources et des équipements énumérés lors du bilan partagé de la Nièvre.**

La première phase du diagnostic territorial partagé a permis de mettre en exergue les ressources existantes et les équipements disponibles sur le territoire de la Nièvre dans le champ de la santé mentale. Le « modèle de la rosace », avec ces cinq points de rupture dans les parcours de soins, a été utilisé par les acteurs de la santé mentale lors des groupes de travail pour lister et énumérer les points forts du territoire.

### **1. Accès aux diagnostics et aux soins psychiatriques.**

L'accès aux diagnostics et aux soins psychiatriques comprend les délais de rendez-vous, la répartition de l'offre, la démographie médicale, l'accès aux soins mais aussi le non recours aux soins.

- **En pédopsychiatrie :**
  - Une bonne réactivité en termes de réponses thérapeutiques et de capacités d'accueil d'urgence.
  - Des réunions régulières avec les partenaires PMI, MDPH, ASE, MDA, PIJ.
  - La présence sur le territoire d'un dispositif d'accueil transculturel (DAT) pour les migrants principalement.
  - Une unité de maternologie périnatalité.
  
- **En psychiatrie adulte :**
  - Une offre de soins structurée en 4 pôles développant CMP / CATTP / HDJ / Unité d'hospitalisation / Services de réadaptation assurant un maillage territorial.
  - L'existence de conventions avec les partenaires du secteur associatif, medico-social ou privé réévaluées annuellement.
  - La présence de consultations IDE pour l'accueil et l'orientation afin d'assurer une permanence d'accueil.
  - L'existence du Dossier Patient Informatisé (DPI) accessible en tout lieu.
  - Une convention entre le CADA et la psychiatrie adulte pour la prise en charge des migrants.
  
- **En secteur médico-social et social :**
  - Un maillage conséquent avec la présence d'un SAMSAH de 20 places.
  - La présence d'une Maison des Adolescents (MDA) dotée d'une équipe mobile.
  - La présence d'un Point d'Accueil et d'Ecoute pour les jeunes (PAEJ).
  
- **En ambulatoire :**
  - Une facilité pour la prise de RDV sur les heures ouvrables.
  - Une forte couverture territoriale par les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).
  - La présence d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) de 1<sup>er</sup> niveau.

## 2. Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.

L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux concerne tout aussi bien le handicap psychique, l'évaluation et les orientations de la MDPH, les patients « stabilisés », le vieillissement des personnes que l'anticipation de la sortie d'hospitalisation.

- **En pédopsychiatrie :**
  - Une bonne coordination entre la pédopsychiatrie et les institutions médico-sociales pour enfants.
  - L'organisation de rencontre dans le cadre d'évaluation.
  
- **En psychiatrie adulte :**
  - Le développement d'actions de psychiatrie de liaison dans les structures médico-sociales et sociales via des conventions réévaluées tous les trois ans.
  
- **En secteur médico-social :**
  - L'existence d'une coordination avec tous les EHPAD et les partenaires (CADA / APIAS / Centres sociaux).
  - Une maison des adolescents dotée d'une équipe mobile.
  - Une équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE).

## 3. Les situations inadéquates.

Les situations inadéquates peuvent comprendre des hospitalisations longues, des patients hospitalo-requérants, des ré-hospitalisation fréquentes, des structures d'aval, des alternatives à l'hospitalisation, des prises en charge inadéquates.

- **En pédopsychiatrie :**
  - Une bonne coordination entre les différentes structures sanitaires sur la prise en charge pédopsychiatrique avant 8 ans.
  
- **En secteur médico-social :**
  - L'existence de solution via un Plan d'Accompagnement Nouveau (PAN) et la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT).

## 4. L'accès aux soins somatiques.

L'accès aux soins somatiques peut concerner l'expression des besoins, le refus de soins, la prise en charge de la douleur et l'ouverture des droits sociaux.

- **En psychiatrie adulte :**

- La présence de médecins généralistes pour la prise en charge somatique au Centre Hospitalier Spécialisé de Pierre-Lôo.
- Un suivi ambulatoire organisé via une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).
- **En secteur médico-social :**
  - Une plateforme type infirmière-coordinatrice sur le public de plus de 45 ans avec une équipe mobile gériatrie.
- **En ambulatoire :**
  - Un accès aux soins de premier recours simple.
  - Une bonne coordination sur les suivis longitudinaux.
  - Une bonne coordination entre le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>nd</sup> recours.

## **5. Prévention et gestion des situations de crise.**

La prévention et la gestion des situations de crise comprend notamment la décompensation, la dégradation, l'hospitalisation en urgence sans indication thérapeutique, la continuité des soins, les conditions d'accueil, la réinsertion.

- **En pédopsychiatrie :**
  - Une unité de prévention précoce de maternologie et de périnatalité (0-2 ans).
  - Une unité de diagnostic avec le CAMSP.
  - Un partenariat avec les services de la PMI, de l'ASE, la MDA et l'équipe mobile de la MDA.
- **En psychiatrie adulte :**
  - Une politique de gestion des risques avec désignation d'un coordinateur médical.
  - Un dispositif de déclaration d'évènements indésirables.
  - Une charte de non punition.
  - Une prise en compte des risques sentinelles.
  - Une commission des risques trimestriels associés aux soins.
  - Une communication des résultats en commission des usagers.
- **En secteur médico-social et social :**
  - La présence de plus de 30 centres sociaux.
  - La présence de réseaux d'aide à domicile.
  - Une MDA dotée d'une équipe mobile.
  - L'expérimentation du projet de renforcement des compétences psycho-sociales des jeunes, du projet « Paroles d'Ados » pour les collégiens et les enfants de CM2.
  - L'existence de formation sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire auprès des professionnels.

## **Annexe 2 : synthèse des dysfonctionnements énumérés lors du bilan partagé de la Nièvre.**

La première phase du diagnostic territorial partagé a permis de mettre en exergue les dysfonctionnements repérés sur le territoire de la Nièvre. Le « modèle de la rosace », avec ces cinq points de rupture dans les parcours de soins, a été utilisé par les acteurs de la santé mentale lors des groupes de travail pour lister et énumérer les dysfonctionnements repérés. Il s'agit ici de l'énumération complète effectuée en groupe de travail. A ce titre, certains dysfonctionnements n'ont été listés qu'une seule fois et ne représentent pas forcément un dysfonctionnement réel sur le territoire nivernais. Les groupes de travail organisés dans le cadre de l'élaboration du PTSM ont néanmoins permis d'explorer et d'échanger autour des dysfonctionnements énumérés. Les dysfonctionnements sont ici présentés en trois points : les dysfonctionnements repérés, une analyse des causes à l'origine de ces dysfonctionnements et les pistes de solutions proposées.

### **1. Accès aux diagnostics et aux soins psychiatriques.**

L'accès aux diagnostics et aux soins psychiatriques comprend les délais de rendez-vous, la répartition inégale de l'offre, la démographie médicale, la stigmatisation en cas d'accès aux soins mais aussi le non recours aux soins.

- **Les dysfonctionnements repérés sont :**
  - Les difficultés d'accès au diagnostic spécialisé auprès des psychiatres quel que soit la personne qui le demande (patients, aidants ou parents, médecins généralistes, bailleurs sociaux ...).
  - L'absence de permanences d'accès aux soins en psychiatrie.
  - L'allongement des délais d'accès au CMP et structures spécialisées quel que soit le lieu de vie des personnes (amplitude horaire, allongement des délais de rendez-vous, la mobilité ...).
  - La rupture de parcours de soins (prise en charge spécialisée des enfants handicapés âgés de 8 ans et plus, passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie générale, prise en charge des personnes handicapées vieillissantes à domicile ou en EHPAD ...).
  - Le manque de réponses adaptées (maillage insuffisant à l'est du département, insuffisance de CMP, d'HDJ et de places SAMSAH, d'effectifs, d'équipe mobile).
  - Manque de réponse pour les aidants et les parents dans l'annonce du diagnostic (Une montée en charge des demandes dans le secteur de la protection sociale est observée).
  - Les difficultés de repérage, d'orientation et de prise en charge des parturientes qui ne suivent pas correctement leur traitement (validé par le Réseau périnatalité SB 14/03/19).
  - La distance entre l'EHPAD d'accueil et le domicile initial des personnes âgées ne permet pas toujours d'assurer la continuité des soins auprès du médecin traitant.

- **Analyse des causes :**

- Le manque de praticiens, la méconnaissance des circuits de soins, le manque de professionnel spécialisé en Autisme sur le département (difficulté de diagnostic chez l'adulte, difficulté de diagnostic au-delà de six ans quand il n'a pas été réalisé avant, difficulté de prise en charge de façon générale).
- La difficulté à travailler avec les autres structures (organisation des amplitudes horaires).
- Le manque d'anticipation du passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte.
- Le manque de moyens humains.
- Le manque de familles d'accueil thérapeutiques spécialisées. Pour les personnes âgées, des choses sont en place mais à elles sont à développer. Pour les enfants tout est à construire.
- Le retard dans la mise en place du DMIC en périnatalité (mis en place à Auxerre et au Centre Périnatal de Proximité de Clamecy). Il y a aussi la méconnaissance des actions, des services de prévention autour de la périnatalité au niveau du versant psychisme.

- **Les pistes de solutions possibles :**

- Expérimenter le partage de compétences Psychiatre / Psychologue / IDE en psychiatrie.  
Utiliser l'appui de la future PTA pour la connaissance et l'orientation sur les ressources du territoire, favoriser les temps d'analyse de pratiques interprofessionnelles, renforcer les moyens de l'antenne départementale du Centre de Ressources Autisme, sensibiliser les médecins généralistes, les crèches, les centres sociaux, les enseignants, les professionnels de la PMI au repérage des troubles psychiatriques pour favoriser les diagnostics précoces et mieux accompagner les familles.
- Renforcer les équipes mobiles en place ou en cours de mise en place (MDA, Pédopsychiatre ...).
- Améliorer la communication inter-structures pour favoriser un parcours de soins, des passages de relais d'une structure à l'autre.  
Développer la coordination entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte.  
Réflexion à la mise en place d'une unité 16-25 ans.
- Créer un service d'accueil familial et thérapeutique adossé au GHT, aide au répit à développer, valoriser les actions de la MSA « Balluchonnage » et les développer aux non agricoles.
- Développer / relancer la communication sur les actions et les services de prévention.

## **2. Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.**

L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux concerne tout aussi bien le handicap psychique, l'évaluation et les orientations de la MDPH, les patients « stabilisés », le vieillissement des personnes que l'anticipation de la sortie d'hospitalisation.

- **Les difficultés repérées sont :**

- L'engorgement des structures lié à l'accueil d'enfants originaires d'autres départements.
  - Le manque de lisibilité sur les missions des structures sanitaires, médico-sociale et sociale.
  - Les difficultés d'application de certaines décisions MDPH faute de places adaptée.
  - Le manque de coordination entre les structures.
  - Le manque de partage d'information.
  - Le manque de suivi et de prise en charge pertinents des personnes en institution et à domicile (ce point concerne notamment les personnes du secteur médico-social avec un handicap psychique).
  - L'insuffisance de couverture territoriale des SESSAD et de SAMSAH sur le Morvan.
  - Le manque de GEM.
  - Le manque de structures et de solutions thérapeutiques d'aval (famille d'accueil thérapeutique, famille d'accueil en gérontologie et gérontologie psychiatrique, d'AVS, de services périnatalité au-delà du 1<sup>er</sup> niveau, de places de SAMSAH.
- **L'analyse des causes :**
    - Les bassins de vie induisent ces phénomènes. Les typologies de handicaps concentrent les enfants sur les structures spécialisées du département – de toute évidence, il y a aussi un manque de place, dans le Cher ou dans la Nièvre.
    - L'absence d'espace de coordination et de coopération – une culture de travail commune qui reste à construire – L'outil pertinent qui permettrait de faire vivre cette communication n'a pas encore été trouvé, ni son pilote.
    - La demande est plus importante que l'offre – Le manque de place ou l'absence de structures spécialisées ne permettent pas toujours de répondre à la demande.
    - Les équipes d'établissements ne sont pas formés à des handicaps spécifiques. Deux autres éléments viennent s'ajouter à ce manque de formation. La baisse des moyens (humains et/ou financiers) et un maillage territorial pas assez dense (qui renvoie à la question des moyens).
    - Les agréments ne sont pas départementaux.
    - Les initiatives existent mais pas les moyens. Des fois, c'est l'inverse. Les moyens existent mais pas les initiatives.
  - **Les pistes de solution :**
    - Créer un outil d'information unique rassemblant l'offre médico-sociale sur le département de la Nièvre.
    - Articulation avec le dispositif « Réponse Accompagnée Pour Tous » (RAPT).
    - Formation, dispositif PAERPA (personnes âgées de 75 ans et plus, en risque de perte d'autonomie).
    - Mieux communiquer sur les GEM et voire pour les essayer.

### 3. Les situations inadéquates.

Les situations inadéquates peuvent comprendre des hospitalisations longues, des patients hospitalo-requérants, des ré-hospitalisation fréquentes, des structures d'aval, des alternatives à l'hospitalisation, des prises en charge inadéquates.

- **Les difficultés repérées sont :**

- Des difficultés d'organisation de la continuité des soins (chronicisation en psychiatrie faute de structure adaptée et de réponse sociale d'aval notamment pour les 16-18 ans et les 18-25 ans, des sorties reportées en psychiatrie adultes faute de place, orientation vers des psychologues de ville faute de psychiatre).
- Des orientations en SAMSAH par défaut (pas d'autres solutions).
- Un manque de places SSIAD et SESSAD.
- Un passage difficile de la psychiatrie adulte pour les personnes handicapées vieillissantes vers les EHPAD.

- **L'analyse des causes :**

- Le manque de places en hôpital de jour (HDJ).
- Le manque de structures d'accueil pour les personnes démentes et dont le retour à domicile est impossible.
- Les hospitalisations longues pour les 15-25 ans.
- Les difficultés de reconnaissance du handicap à partir de 18 ans et l'obligation d'attendre l'âge de 20 ans pour prétendre à l'Aide pour Adulte Handicapés (AAH).
- L'agrément pour une famille d'accueil qu'à partir de 20 ans.
- Le manque de formation pour le personnel des EHPAD, l'architecture des locaux n'est pas toujours adaptée.
- Le manque de places en général.
- Le manque d'interfaces des structures.

- **Les pistes de solution :**

- La famille thérapeutique.
- L'accompagnement spécialisé.
- Les familles d'accueil thérapeutiques.
- L'hôpital de jour.
- Les dérogations pour la famille d'accueil concernant les 18-20 ans (voir la Charte Romain Jacob).
- Améliorer la coordination et l'articulation entre les structures.

#### 4. L'accès aux soins somatiques.

La difficulté d'accès aux soins somatiques peut concerner les cas de déni, de difficulté d'expression des besoins, de refus de soins, de douleur, d'iatrogénie médicamenteuse, les effets secondaires ou l'ouverture des droits sociaux.

- **Les difficultés rencontrées sont :**

- Les difficultés d'accès à l'offre paramédicale (psychomotricien, orthophoniste ...).
- Les difficultés d'accès aux soins de premier recours faute de médecin traitant et de second recours (manque de médecins spécialisés) et aux soins somatiques du CHAN (turn-over important et nombre élevé d'intérimaires).
- Le manque de communication entre professionnels.
- La méconnaissance du rôle de chacun.
- L'orientation en psychiatrie sans la réalisation de bilan somatique après passage en service d'accueil et d'urgence.
- L'éloignement du médecin référent complique le suivi somatique des personnes hébergées en EHPAD éloignées de leur domicile.
- Les difficultés de mobilité.
- Les difficultés d'organiser la couverture sanitaire dans certains établissements sociaux et médico-sociaux qui rend l'accès aux soins d'autant plus difficile.

- **L'analyse des causes :**

- La prise en charge des consultations : la mobilité, les outils, l'attractivité du territoire peuvent rendre difficile la prise en charge des consultations.
- Le manque d'information sur l'accès aux droits.
- Le non remplacement des départs, notamment en retraite, des médecins généralistes et des médecins spécialistes (turn-over important au centre hospitalier de l'agglomération de Nevers et un nombre élevé d'intérimaires).
- Le coût important des transports. La méconnaissance des dispositifs existants sur le territoire et le manque de disponibilité des véhicules sanitaires légers (VSL) se surajoutent au coût important.

- **Les pistes de solutions :**

- Renforcer le contenu des formations sur la santé mentale.
- Disposer d'une mutuelle départementale.
- Le dossier médical partagé et, plus globalement, les outils communs pour partager des informations entre les différents secteurs (sanitaire, ambulatoire, médico-sociale, social) et pour renforcer le maillage entre le médico-social et l'ambulatoire.
- Appui sur une plateforme territoriale d'appui pour conseiller et orienter les usagers vers les professionnels ou la structure la plus adaptée.
- Mise en place d'un groupe de concertation sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

## 5. Prévention et gestion des situations de crise.

La prévention et la gestion des situations de crise comprend notamment la décompensation, la dégradation, l'hospitalisation en urgence sans indication thérapeutique, la continuité des soins, les conditions d'accueil, la réinsertion.

- **Les difficultés repérées sont :**

- Le manque de solution d'accompagnement pour les états de stress post traumatique, notamment de convention pour les anciens militaires souffrant de stress post traumatique.
- Le manque de formation pour les professionnels autres que les professionnels institutionnels pour repérer les crises et orienter (aidants familiaux, éducation nationale, professionnels libéraux, travailleurs sociaux).
- Le manque de coordination entre les professionnels.
- Le manque d'organisation et d'accompagnement sur la prise en charge en sorties « services urgences ».
- Les difficultés de repérage des personnes qui échappent aux soins et notamment les personnes en situation de vulnérabilité.
- L'insertion professionnelle compliquée pour les personnes en situation de handicap psychique / pour les personnes sortant de prison, sous mandat judiciaire / main de justice (mineurs ou majeurs).
- L'hospitalisation difficile d'un patient majeur ayant un problème psychique avéré sans son consentement.
- L'absence d'unité médico-judiciaire pour les mineurs et adultes victimes d'agressions sexuelles.
- Le manque de suivi spécialisé pour les auteurs d'agressions sexuelles.

- **L'analyse des causes :**

- La rupture de soin non explicable pour les « anciens » militaires – Manque de repérage des personnes formées et/ou des services spécifiquement dédiés à l'accompagnement des personnes souffrant de syndrome post traumatique.
- Pas de « culture » du handicap psychique et de la santé mentale qui ne permet pas aux différents acteurs (hors acteurs de soins) de répondre aux problématiques du handicap psychique et/ou de la santé mentale (troubles du comportement, gestion de crise, errance, précarité, difficulté à l'expression d'une demande par exemple).
- L'offre de formation n'est pas toujours adaptée, elle est méconnue (action de l'UNAFAM par exemple) et pas toujours accessibles en termes de coûts ou de moyens. Le besoin de formation est très large : formation des aidants, des personnels sociaux, des associations, des intervenants de proximité).
- La formation de base des acteurs sociaux, médico-sociaux ou paramédicaux n'inclue pas le repérage et la gestion des situations de crise.

- La quantité de personnes à former, le coût des formations et l'accessibilité à la formation reste un frein au déploiement des formations.
- L'offre de formation est limitée et il y a un défaut de communication sur les formations proposées.
- Le cloisonnement âge / type populationnel : culture (familiale, sociétale) vis-à-vis du handicap et de la santé mentale (peurs, fantasme, rejet).
- L'offre de formation est trop souvent circonscrite à Nevers et son agglomération. L'action expérimentale DAPsyVE est l'un des seuls points de rencontre entre les mondes du soin et de l'insertion professionnelle. De plus, elle est limitée à la zone de Nevers.
- La prise en charge sanitaire reste trop cloisonnée.
- L'hospitalisation à la demande d'un tiers engage les proches et reste une source possible de déstabilisation de l'équilibre familial.
- Le manque d'interface entre les acteurs, entre les familles et les professionnels de santé, afin de préparer le patient à l'hospitalisation ou pour trouver des alternatives à l'hospitalisation.
- Méconnaissance et insuffisance de l'offre de soin à destination des différentes populations majeure et mineure, agresseur et/ou victime.
- L'insuffisance de prise en compte de la dimension intrafamiliale dans la constitution de la réponse (= offre de soins aux enfants témoins).

- **Les pistes de solutions proposées :**

- Prendre contact via l'ARS avec le service de santé des armées pour explorer la situation des militaires.
- Poursuivre les interventions régulières des CMP auprès des personnes hébergées en CADA afin de repérer et accompagner les ESPT. Le centre hospitalier spécialisé de Pierre-Lôo réalise cette activité sur le territoire grâce à des conventionnements avec la fédération des œuvres laïques (FOL) et chaque CADA installé sur le territoire nivernais pour soins et accompagnements.
- Renforcer la coordination avec ANDAVI et la CUMP (une méconnaissance du rôle de la CUMP et de son déclenchement est constatée).
- Améliorer l'articulation entre les acteurs intervenant sur les mêmes problématiques (Ex : MDA, ANDAVI, Nœuds verts, missions locales, CIDFF ...).
- Développer la formation et le soutien en direction des aidants.  
Effectuer le relai des informations de l'UNAFAM (dont la semaine de santé mentale), auprès des acteurs, patients et familles, via les professionnels de la santé mentale ; veiller à diffuser l'offre de formation de proximité (plus « centrée » sur le département, à Cosne-sur-Loire, par exemple) ; développer des actions de sensibilisation / formation des professionnels soignants vers les autres professionnels.
- Créer et valoriser une plateforme territoriale d'appui.  
Elaborer et diffuser un listing des personnes et des services ressources ; désigner un coordinateur de psychiatrie permettant de répondre aux demandes d'orientation et d'aide ; créer une plateforme soutenant un répertoire des ressources, une orientation

de la demande ou de l'interlocuteur (type guichet unique limitant la succession d'interlocuteurs), le développement d'actions partagées de formation, de groupe de réflexion, identifier les liens entre les CLS et le PTSM : mutualisation, renforcement des partenariats.

- Créer une permanence d'accès aux soins de santé en milieu psychiatrique (PASS-PSY)<sup>53</sup>, proposer un portail d'accès de même qualité que le PASS MCO pour les soins psychiatriques, développer une équipe mobile de santé mentale opérante sur l'ensemble du territoire, soutenir les parents d'enfant majeur handicapé psychique, ouvrir les groupes thérapeutiques à destination des auteurs, aux mineurs auteurs, développer une offre destinée aux victimes d'agressions sexuelles, une offre dédiée aux victimes de la violence intrafamiliale.

---

<sup>53</sup> Les PASS-PSY ont été créées pour faire face aux inégalités de santé et favoriser l'accès au dispositif général de soins. Elles prennent en charge les personnes sans couverture maladie ou dans l'incapacité de faire valoir leurs droits, en situation de précarité, présentant des troubles somatiques et rencontrant des difficultés d'accès aux soins du fait de souffrances psychologiques ou psychiatriques. Elles proposent des consultations de médecine générale, entretiens infirmiers et sociaux.

## Annexe 3 : les fiches actions du PTSM de la Nièvre.

### 1 PTSM de la Nièvre

### DEVELOPPER ET RENFORCER LES EQUIPES MOBILES SUR LA NIEVRE

**Constats :** *Constats : Des difficultés (d'accès aux soins de 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> recours, de prise en charge intensive chez les enfants de plus de 8 ans, d'accès à l'offre paramédicale...), rupture de parcours de soins (passage difficile de la pédopsychiatrie à la psychiatrie générale...), chronicisation en psychiatrie faute de structure adaptée et de solution d'aval pour les 16-18 ans, allongement des délais d'accès au CMP, manque de SESSAD, manque d'accompagnement pour les personnes en Stress Post Traumatique...*

#### Objectifs

- Repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide
- Améliorer la prise en charge des situations de crise sur place
- Renforcer l'intégration et l'articulation des équipes mobiles (filtrer sanitaire et médico-social / acteurs et établissements des secteurs sanitaire, social et médico-social).

**Pilote(s) :**  
CHAN (pédopsychiatrie) / MDA

**Contributeurs :**  
CD58, Justice, ASE Val de marne, Dinique Tremblay, CHAN, CHPL

ACTION(S)	Situation à J 0	2018	2019	2020
<p>équipe URICAN/URCAN (Unité Rapide d'Intervention et de Crise pour les Adolescents de la Nièvre )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de l'équipe mobile périnatalité en lien avec l'unité de maternologie du CHAN.</li> <li>- Mise en place d'une équipe VIGILANS / CH Pierre-Léo.</li> </ul>	Financement DAF PSY			
2- Communication sur les dispositifs existants ( via GISA, PTA, semaine santé mentale ...)		X	X	.....
3- Apporter une meilleure lisibilité sur le mode de prise en charge en fonction du lieu sur le territoire dont une cartographie sur les modes d'intervention des équipes mobiles sur l'ensemble du territoire (MDA/CHAN/Pierre-Léo).			X	
4- Articuler les équipes mobiles du territoire (MDA, URICAN, Equipe mobile psy adultes )	Recrutements dédiés / Espace dédié, Formations complémentaires, Budget dédié, voiture, système informatique et téléphonie dédié			

#### Indicateurs

- Nombre d'appels aux urgences
- File active
- Conventions et partenariats
- Nombre de réunions avec les partenaires
- Nombre d'enfants suivis et orientés
- Nombre de sollicitations de la MDA

#### V. initiale

## 2 PTSM de la Nièvre

### ORGANISER LA PRISE EN CHARGE DE JOUR DES 8-18 ANS

**Constats :** Chronisation en psychiatrie faute de structure adaptée, des difficultés d'accès aux soins de 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> recours, d'accès à l'offre paramédicale, de mobilité, de repérage des personnes en situation de précarité, d'application de certaines décisions MDPH, allongement des délais d'accès au CMP, manque de formation et de soutien aux aidants, manque de communication entre professionnels, manque d'accompagnement pour les personnes en Stress Post Traumatique...

#### Objectifs

- Repérer et diagnostiquer au plus tôt
- Améliorer l'accès aux soins
- Améliorer l'accompagnement des jeunes du passage de l'adolescence vers l'âge adulte et évaluer les effets attendus
- Agir sur l'environnement de la personne (famille, solution de repit,...)

#### Pilote(s) :

CHAN (pédopsychiatrie)  
**Contributeurs**  
 Cd58, Justice,  
 CHPL, ASE Val de  
 Marne, CHAN,  
 Dinique TREMBLAY

#### ACTION(S)

ACTION(S)	Situation à J 0	2019		2020		2021	
1-Extension de l'HDJ (création de place HDJ adolescents et révision du fonctionnement de l'HDJ enfants).	Fenêtre d'ouverture entre le 01/10 et 30/11/18 pour une demande d'implantation	Création courant 2019 →					
2-Mise en place d'une convention dans le cadre des doubles prise en charge (sanitaire et médico-sociale)		X					
3-Mettre en place une campagne de communication sur les projets		X					
4-Mener une réflexion de création d'un d'Accueil Familial Thérapeutique au sein du GHT.	3 places d' AFT inscrites dans le PRS 2.			X			

#### Moyens nécessaires

- HDJ : locaux et équipes dédiés (recrutement spécifique)
- AFT : recrutement des familles et des professionnels
- Formations initiales et complémentaires pour les différents personnels
- Réunions de concertation pour initier les changements

#### Indicateurs

- Plannings et évaluations des réalisations
- Évolution des financements
- Nombre de recrutements
- Nombre de formation ciblées réalisées
- File active

#### V. initiale

#### V. cible



### 3.2

## PTSM de la Nièvre

### RENFORCER LA FORMATION DES PROFESSIONNELLS / AIDANTS / FAMILLES

**Constats :** *Manque de formation des professionnels (manque de prise en charge pertinente et de suivi pour les personnes en situation de handicap psychique, passage difficile de psychiatrie adulte vers les EHPAD, manque de bilan somatique lors d'un passage aux urgences sur les patients orientés psychiatrie...), manque de formation et de soutien aux aidants, manque de communications entre les acteurs et structures...*

#### Objectifs

Identifier les offres de formations existantes

**Pilote(s) :**  
Valérie FOURCADE, CH PL

**Contributeurs :**

- Angélique ROCHU, ANPAA 58
- Elisabeth GAMONET, Association Nœuds Verts
- Renaud COUTELLE, DDCSP
- Dominique LAUPRETRE, CH Pierre Léo

#### Etapes

	Situation à J 0	2018	2019	2020
<p>Constitution d'un annuaire de formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* un appui des référents formations des différents services</li> <li>* renseigner les offres (via lien / site)</li> <li>* recenser les offres reçues et les publier</li> </ul>	<p><u>Relais de diffusion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AMPA : formation addictions</li> <li>- UNAFAM : journée parentalité</li> <li>- UDAF : tuteurs familiaux</li> <li>- Centres sociaux (ex : Moulins Engilbert)</li> <li>- Personnes ressources : ARS, Conseil Départemental, Associations, ANFH, OPCA, Centre Ressources Rhône Alpes</li> </ul>			

#### Moyens nécessaires

CLSM  
Site internet (veille juridique)

#### Indicateurs

	V. initiale	V. cible

### 3.3

#### PTSM de la Nièvre

#### RENFORCER LA FORMATION DES PROFESSIONNELLS / AIDANTS / FAMILLES

**Constats :** *Manque de formation des professionnels (manque de prise en charge pertinente et de suivi pour les personnes en situation de handicap psychique, passage difficile de psychiatrie adulte vers les EHPAD, manque de bilan somatique lors d'un passage aux urgences sur les patients orientés psychiatrie...), manque de formation et de soutien aux aidants, manque de communications entre les acteurs et structures...*

##### Objectifs

Identifier les offreurs de formations

##### Etapes

4. Informer les offreurs et les structures des actions de formation « PTSM » (forme de « labellisation »)

**Pilote(s) :**  
Valérie FOURCADE, CH PL

**Contributeurs :**

- Angélique ROCHU, ANPAA 58
- Elisabeth GAMONET, Association Noeuds Verts
- Renaud COUTELLE, DDCCSP
- Dominique LAUPRETRE, CH Pierre Léo

	Situation à J 0	2018	2019	2020

##### Moyens nécessaires

Identifier et solliciter les responsables de formation des différents services, structures = personnes ressources .

##### Indicateurs

	V. initiale	V. cible

### 3.3

#### PTSM de la Nièvre

#### RENFORCER LA FORMATION DES PROFESSIONNELLS / AIDANTS / FAMILLES

*Constats : Manque de formation des professionnels (manque de prise en charge pertinente et de suivi pour les personnes en situation de handicap psychique, passage difficile de psychiatrie adulte vers les EHPAD, manque de bilan somatique lors d'un passage aux urgences sur les patients orientés psychiatrie...), manque de formation et de soutien aux aidants, manque de communications entre les acteurs et structures...*

#### Objectifs

Identifier les offreurs de formations

- Pilotel(s) :**  
Valérie FOURCADE, CH PL
- Contributeurs :**
- Angélique ROCHU, ANPAA 58
  - Elisabeth GAMONET, Association Noeuds Verts
  - Renaud COUTELLE, DDCSP
  - Dominique LAUPRETRE, CH Pierre Léo

#### Etapes

4. Informer les offreurs et les structures des actions de formation « PTSM » (forme de « labellisation »)

Situation à J 0	2018	2019	2020

#### Moyens nécessaires

Identifier et solliciter les responsables de formation des différents services, structures = personnes ressources .

#### Indicateurs

V. initiale	V. cible

**Constats :** *Manque de formation des professionnels (manque de prise en charge pertinente et de suivi pour les personnes en situation de handicap psychique, passage difficile de psychiatrie adulte vers les EHPAD, manque de bilan somatique lors d'un passage aux urgences sur les patients orientés psychiatrie...), manque de formation et de soutien aux aidants, manque de communications entre les acteurs et structures...*

**Objectifs**

Construire un catalogue de formation en santé mentale  
Vers un plan de formation territoriale ?

**Pilote(s) :**  
Valérie FOURCADE, CH PL

**Contributeurs :**

- Angélique ROCHU, ANPAA 58
- Elisabeth GAMONET, Association Nœuds Verts
- Renaud COUTELLE, DDCSP
- Dominique LAUPRETRE, CH Pierre Léo

**Etapes**

	Situation à J 0	2018	2019	2020
1. Offre de formation : - nature - public - place				
2. Conditions d'accès				
3. Structuration des offres : vers l'émergence d'un plan de formation avec des priorisations (PEC du suicide / PEC des addictions)				

**Moyens nécessaires**

Identifier le porteur du plan territorial et finaliser sa mission : le coordonnateur du PTSM?

**Indicateurs**

	V. initiale	V. cible



## 4,2 PTSM de la Nièvre

### SOUTENIR ET ACCOMPAGNER LES AIDANTS

**Constats:** les différents textes législatifs prévoient un GEM pour un bassin de population de 70000 hab. Les territoires de Cosne sur Loire et le Morvan sont dépourvus de GEM. La Fil active patient du secteur sanitaire sur ce territoire est la même que le sud (pourvu d'un GEM à Decize) et que Nevers (pourvu d'un GEM à Nevers)...

**Pilote(s):**  
Mr LAPOSTOLLE

**Contributeurs :**

- ✓ Service de pédopsychiatrie et filières médico -sociales
- ✓ Services de psychiatrie adultes
- ✓ ...

#### Objectifs

Briser la solitude et contribuer à une perspective d'insertion sociale et professionnelle  
Stimuler la prise d'initiatives et d'autonomie  
Favoriser l'entraide, la solidarité et le partage entre les membres.  
Faciliter les relations entre les participants et la communauté environnante

#### Etapes

##### DÉVELOPPER LES GEM

Situation à J 0

2018

2019

2020

1- Développer un pré projet GEM sur le Morvan et sur le territoire de Cosnes sur Loire en s'appuyant sur le GEM de Decize (APIAS/JUNAFAM)

Échange entre les acteurs prêt à développer cette action;

Le document est en cours de constitution, avec une enquête de terrain, soutenu par un groupe de travail.

X X

2- En fonction des GEM développés, privilégier la création d'antenne avec 2 permanences par semaine sur le territoire de Corbigny, de Lornes et de Château Chinon.

X X

#### Moyens nécessaires

Etude des moyens budgétaires minima pour Soutenir le porteur dans la création des antennes.

Évaluation d'un GEM « expérimental » à Cosne sur Loire, en attendant les crédits 2022.

#### Indicateurs

- Nombre d'usagers venant au GEM.
- Nombre de partenariat avec le GEM.

V. initiale

V. cible



## 5 PTSM de la Nièvre

### Articuler/coordonner les secteurs sanitaire, médico-social, social, ambulatoire

*Constats: Manque de lisibilité sur les missions des structures sanitaires/médo-sociales/sociales, manque de coordination entre les structures et les professionnels, manque de communication entre les professionnels, manque de partage d'informations, manque d'accompagnement auprès des aidants, difficultés de PEC des personnes souffrant potentiellement du syndrome de Diogène, manque d'accompagnement pour les personnes en Stress Post Traumatique, dépression simple, difficultés à passer la main*

#### Objectifs

##### Garantir un parcours de soins coordonné :

- Renforcer la coordination territoriale entre les secteurs sanitaire, social, médico-social, médecine de ville.
- Articuler et coordonner les relais entre secteurs sanitaire, médico-social, social, médecine de ville.

**Pilote(s) :**  
Ensemble des copilotes  
**Contributeurs :**  
Médecine de ville, CHAN,  
GISA, MDPH,  
Justice, CHPL.

ACTION (S)	recenser toutes les articulations existantes entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans l'objectif de renforcer la coordination territoriale, avec une vigilance particulière sur l'addiction et la prévention du suicide.	Situation à J 0			2018			2019			2020						
2- Mettre en place des outils de liaison concrets pour renforcer le lien ville-hôpital (annuaire, site web, groupe de travail ...) afin d'assurer l'articulation et la coordination entre tous les acteurs (PTA, structures médico-sociales, MDPH, CD, MAIA, MSP, CPTS, équipe mobile, médecine de ville, structure sanitaire, DAT, intervenant à domicile).										X							
3- Organiser une stratégie de communication interinstitutionnelle sur les actions et les événements en santé mentale au niveau territorial avec une vigilance particulière sur l'addiction et la prévention du suicide.															X		
4- Créer un conseil local de santé mentale (CLSM) (veille sanitaire, conduite de changement....) dans l'objectif d'une départementalisation.																	

#### Moyens nécessaires

- outils numériques (Dossier médical partagé, dossier personnel informatisé, déploiement des logiciels e-Ticss, Apvcript)

#### Indicateurs

- Nombre de réunions et CR sur chaque axe
- Nombre d'outils partagés développés
- Nombre de protocoles mis en place
- Nombre de conventions signées
- Nombre de structures équipées e-Ticss
- Questionnaire pour la satisfaction du patient.

#### V. initiale

#### V. cible

## 6.1

PTSM de la Nièvre

ACCOMPAGNER LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE  
A L'INSERTION PROFESSIONNELLE, SOCIALE DANS UNE APPROCHE INCLUSIVE

**Constats :** *Difficultés d'accès aux offres de formation et à l'insertion professionnelle pour les personnes en situation de handicap psychique, manque de partage d'information et de coordination entre les professionnels, manque de lisibilité sur les missions de structures, difficultés de mobilité....*

### Les objectifs

- Pérenniser l'action DAPsyVE expérimentée depuis 4 ans tout en :
- L'étendant à l'ensemble du département
  - L'ouvrant aux jeunes pas reconnus TH
  - Assurant le suivi social en tant que de besoin

**Pilote :**  
Cap emploi et/ou APIAS  
**Contributeurs (partenaires /structures impliquées):**  
CAP EMPLOI, APIAS,  
DIRECTE, secteur  
sanitaire spécialisé,  
UNAFAM,...

Mise en place et hiérarchisations des actions	Situation JO	2018	2019	2020
<b>ETAPE 1 :</b> -Définir les volumes à prendre en charge /proposer un budget annuel.			X	
<b>ETAPE 2 :</b> -diffuser l'information aux prescripteurs potentiels (MDPH, MDA, CMP , Pôle emploi, Missions locales,...)			X	
<b>ETAPE 3 :</b> -Débuter le recrutement du (des) groupe(s) DAPsyVE 5			X	
<b>ETAPE 4 :</b> -Conduire l'action DAPsyVE 5 (12 à 15 mois) ; -Recruter pour le DAPsyVE n+1 en fin d'année				
Transversal : recours aux prestations PAS Agefiph, AS CHS, SAVS, SAMSAH,....				

### Moyens nécessaires

**Equipe de professionnels dédiée ; budget en conséquences**

### Indicateurs de suivi et d'évaluation

Nb de personnes orientées  
Nb de personnes intégrées  
Types de sorties du dispositif

### Outils d'évaluation

Réunions de bilan  
Bilans semestriels



**Constats** : La Nièvre se démarque par une mortalité par suicide supérieure à la région de 210 décès pour 100 000 habitants contre 190 en région, une mortalité prématurée évitable des moins de 65 ans de 251 décès pour 100 000 habitants contre 200 en région. (PRRS BFC 2018)

Cette fiche est proposée en cohérence avec l'objectif de réduction de la mortalité par suicide en BFC avec deux axes: le repérage de la crise suicidaire et la prévention de la récidive (PRRS 2018-2023)

#### Objectifs

Renforcer la PEC du suicide depuis le dépistage jusqu'au suivi post crise suicidaire.  
Soutenir les parcours de santé (de soin) des personnes présentant des conduites suicidaires

**Pilote(s)** :  
Valérie FOURCADE, CH PL  
Elo die JANICAUD  
**Contributeurs** :  
PSY ADULTE et PEDO PSY  
CH PIERRE-LOO  
Clinique du Tremblay  
CHAN  
Fil d'Ariane  
SAU du GHT

#### Etapes

#### Situation à J 0

2019

2020

2021

#### Au CHPL

- Déploiement de deux Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)
  - EPP sur la gestion du « risque suicidaire »
  - EPP sur la PEC de la crise suicidaire et de son suivi
 Restitution des résultats : plan de communication interne et externe
- Formalisation d'une procédure sur le risque suicidaire
- Recours aux grilles d'évaluation RUD et BECK
- Actions de formation pluriannuelle
- Déploiement du dispositif VIGILANS sur le département (présentation et structuration du projet nivernais, déploiement du projet et mise en place d'indicateurs

Constitution des deux groupes EPP: infirmiers, médecins généralistes, psychiatres, psychologues...

#### Indicateurs

V. initiale

V. cible

#### Sur le réseau de santé

Information sur les Conduites A Tenir (présentation des travaux liés à la procédure) – groupes pluri professionnels

CEM le qualité du CHPL - sous commission GME -PTA