

# Projet territorial de Santé Mentale de Haute-Saône

Diagnostic territorial partagé

Orientations territoriales

Contrat territorial de santé mentale



## Table des matières

GLOSSAIRE .....	3
1. Préambule .....	5
1.1. Cadre règlementaire.....	5
1.2. La notion de territoire.....	6
1.3. Le portage du Projet Territorial de Santé Mentale.....	6
1.3.1. Le territoire.....	6
1.3.2. La gouvernance et le pilotage .....	6
2. Modalités d'élaboration du PTSM.....	7
2.1. Méthodologie d'élaboration.....	7
2.2. Les participants.....	7
2.3. Le calendrier .....	7
2.4. Approbation du PTSM.....	8
2.5. Contrat territorial de santé mentale .....	8
2.6. CPTS et GHT.....	8
3. Données de cadrage.....	9
3.1. Contexte géographique, démographique et socio-économique du territoire.....	9
3.2. Taux d'équipement et démographie médicale .....	15
4. Diagnostic partagé.....	16
4.1. Etat des ressources : offre sanitaire, médico-sociale, sociale & prévention en santé mentale sur le territoire du Conseil Territorial de Santé (CTS).....	16
4.1.1. Offre sanitaire.....	16
4.1.2. Offre médico-sociale .....	27
4.1.3. Offre sociale.....	31
4.1.4. Institutions.....	32
4.2. Constats par entrée "Parcours" et par filière .....	34
4.2.1. Constats par filière et par "porte d'entrée" parcours .....	35
4.2.2. Synthèse par filière.....	53
4.3. Axes de travail ciblés par le diagnostic issu des travaux de la PCPSM.....	59
4.3.1. Renforcer la connaissance territoriale et les pratiques professionnelles .....	59
4.3.2. Renforcer les collaborations sur les parcours .....	59
4.4. Thématiques prioritaires s'inscrivant dans les orientations de la feuille de route gouvernementale 2019 – parcours Santé Mentale/Psychiatrie.....	65
4.4.1. Le renforcement du dispositif de prévention à la crise suicidaire .....	65
4.4.2. La formation des professionnels autour de la prise en charge du psychotraumatisme .....	66

4.4.3.	La structuration du dispositif de réhabilitation psychosociale .....	67
5.	Projet Territorial de Santé Mentale .....	68
5.1.	<i>Actions en lien avec les constats/porte d'entrée ANAP</i> .....	69
5.1.1.	Filière enfant .....	69
5.1.2.	Filière adulte .....	69
5.1.3.	Filière personne âgée .....	71
5.1.4.	Filières enfant/ adulte et adulte / personnes âgées .....	71
5.1.5.	Multi-filières .....	71
5.2.	<i>Thématiques transversales</i> .....	72
5.3.	<i>Présentation des fiches actions</i> .....	73
6.	Annexes .....	134

## GLOSSAIRE

**ADAPEI** : Association Départementale des parents et amis des personnes handicapées mentales

**ADDSEA** : Association Départementale du Doubs de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte

**AED** : Action Educative à domicile

**AEMO** : Action Educative en Milieu Ouvert

**AFSAME** : Association Franco-Suisse d'Action Médico-Educative

**AFTC** : Association des Familles de Traumatisés Crâniens

**AGE** : Association des Groupements Educatifs

**AHBFC** : Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté

**AHS-FC** : Association d'Hygiène Sociale de Franche-Comté

**AHSSEA** : Association Haut-Saônoise pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte

**ALD** : Affectation de Longue Durée

**ALEFPA** : Association Laïque pour l'Education, la Formation, la Prévention et l'Autonomie

**ANPAA** : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

**ARESPA** : Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**ASEF** : Aide Sociale à l'Enfance et à la Famille

**AT** : Atelier Thérapeutique

**CAMSP** : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

**CATTP** : Centre d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel

**CD 70** : Conseil Départemental de la Haute-Saône

**CEP** : Centre Educatif et Professionnel

**CESPPA** : Centre d'Evaluation et de Soins Psychiques pour Personnes Agées

**CHVS** : Centre Hospitalier du Val de Saône

**CMP** : Centre Médico Psychologique

**CMPP** : Centre Médico Psycho Pédagogique

**CMS** : Centre Médico-Social

**COFIL** : Comité de Pilotage

**CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

**CSP** : Code de la Santé Publique

**CTS** : Conseil Territorial de Santé

**DITEP** : Dispositif Intégré Thérapeutique Educatif et Pédagogique

**DSDEN** : Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale

**EHPAD** : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**ELSA** : Equipe de Liaison et Soins en Addictologie

**EME** : Etablissement Médico-Educatif

**EMG** : Equipe Mobile de Gériatrie

**GH 70** : Groupement Hospitalier de la Haute-Saône

**HAD** : Hospitalisation à Domicile

**HDJ** : Hôpital de Jour

**IME** : Institut Médico-Educatif

**IMP** : Institut Médico-Pédagogique

**ITEP** : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

**LEADEC** : Lieu d'Ecoute et d'Accompagnement des Etats de Crise

**MAIA** : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie

**MARPA** : Maison d'Accueil Rural pour les Personnes Agées

**MDA** : Maison de l'Adolescence

**MECS** : Maison d'Enfants à Caractère Social

**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

**PASA** : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

**PCPSM** : Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale

**PJJ** : Protection Judiciaire de la Jeunesse

**PMI** : Protection Maternelle Infantile

**REAAP** : Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents

**SESSAD** : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

**STEMO** : Service Territorial Educatif de Milieu Ouvert

**SSP** : Service Social Prévention

**TGI** : Tribunal de Grande Instance

**UCC** : Unité Cognitivo-Comportementale

**UDAF** : Union Départementale des Associations Familiales

**UEMO** : Unité Educative de Milieu Ouvert

**UGECAM BFC** : Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses de l'Assurance Maladie Bourgogne Franche-Comté

**UHR** : Unité d'Hébergement Renforcé

## 1. Préambule

### 1.1. Cadre réglementaire

**L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé fait évoluer la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie** en reconnaissant le caractère transversal de la santé mentale qui comprend désormais "*des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion*" (article L.3221-1).

Il prévoit également la **mise en œuvre sur les territoires de projets territoriaux de santé mentale** élaborés par l'ensemble des acteurs concourant à cette politique, avec pour objet "*l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture*" (article L.3221-2).

**Le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 précise que le projet territorial de santé mentale vise à :**

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

Il fixe les **six priorités** que doit prendre en compte chaque projet territorial de santé mentale, la **méthodologie** et les **délais maximum d'élaboration** du projet territorial, et décrit le rôle des Agences Régionales de Santé et le contenu du diagnostic territorial partagé.

Enfin, une **instruction du ministère des solidarités et de la santé du 05 juin 2018** dont l'objectif est d'accompagner les acteurs de santé mentale dans l'élaboration et la mise en œuvre des PTSM sur les territoires :

- précise la déclinaison des priorités en actions de prévention et de promotion de la santé mentale, en soins, accompagnements et services attendus
- explicite les modalités de définition du territoire, de mobilisation et d'association des acteurs, ainsi que le rôle des ARS
- fixe le calendrier et les modalités de contractualisation, de suivi et d'évaluation du projet.

## 1.2. La notion de territoire

Défini à l'article **L.3221-2 du Code de la Santé Publique**, le territoire de santé mentale doit correspondre à "*un niveau territorial suffisant*" pour permettre :

- l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L.3221-1 (les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion)
- l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.

Le territoire pertinent retenu doit être avant tout un territoire de projet et d'engagement des acteurs.

Le niveau départemental peut constituer ce niveau territorial pour l'ensemble des acteurs (sanitaires, sociaux, médico-sociaux) en tant que lieu de définition de plusieurs politiques contribuant à la santé mentale.

## 1.3. Le portage du Projet Territorial de Santé Mentale

### 1.3.1. Le territoire

Le décret fait référence à la nécessaire association de l'ensemble des acteurs du territoire pour la définition du projet territorial de santé mentale.

La logique du parcours patient doit prévaloir pour la définition du territoire pertinent au regard de l'articulation des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux concernés.

C'est l'échelle du **département de la Haute-Saône (hors Héricourt)** qui a été retenue pour l'élaboration du PTSM puisque ce territoire s'inscrit en cohérence avec le périmètre du Conseil Territorial de santé de Haute-Saône.

### 1.3.2. La gouvernance et le pilotage

Les modalités de gouvernance et de pilotage du projet permettent une représentation du secteur sanitaire et du secteur social et médico-social, afin de garantir la prise en compte des besoins de santé et d'accompagnement.

La gouvernance intègre des représentants des usagers et des familles et des représentants des collectivités territoriales.

**La gouvernance et le pilotage du PTSM de Haute-Saône est assurée par la commission santé mentale. Elle est une émanation du Conseil Territorial de Santé de Haute-Saône. L'animation et le suivi du projet territorial sont mis en œuvre par la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé mentale de Haute-Saône**, portée par l'Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté et en lien avec la délégation départementale de l'ARS.

## 2. Modalités d'élaboration du PTSM

### 2.1. Méthodologie d'élaboration

Le projet territorial de santé mentale est élaboré pour le département de la Haute-Saône. Il associe les acteurs du département, des champs sanitaire, médico-social, social, institutionnel, positionnés autour du parcours global de la personne : prévention/ soin/ accompagnement.

### 2.2. Les participants

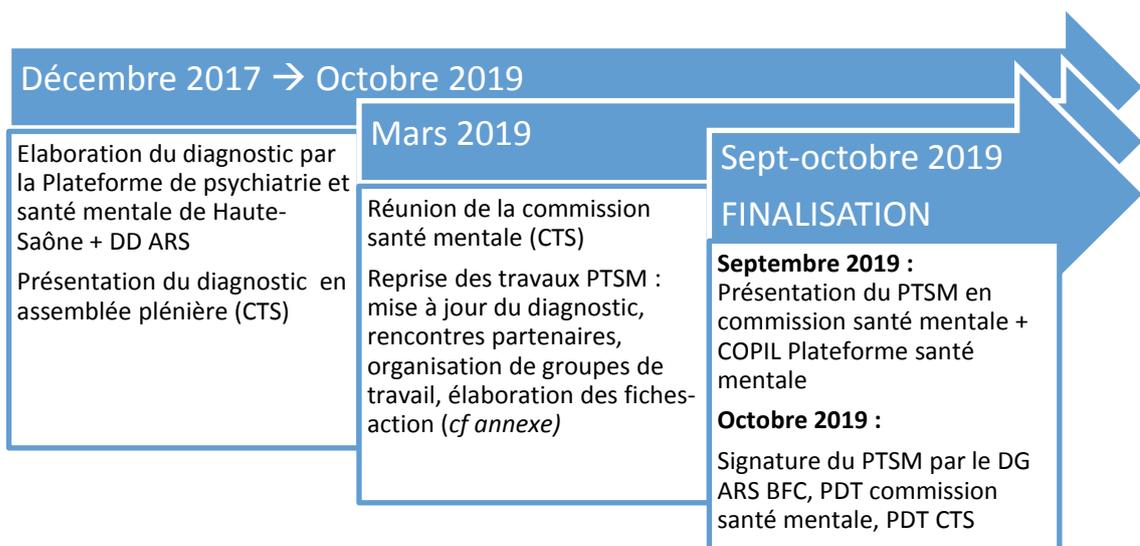
Du fait de la mise en place du dispositif de **Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale en Haute-Saône** depuis 2014, les travaux antérieurs conduits avec les partenaires locaux, contribuent à l'élaboration du PTSM.

La commission santé mentale du Conseil Territorial de Santé (CTS) de Haute-Saône constitue l'instance qui valide le processus d'élaboration du diagnostic partagé et des orientations territoriales. Elle peut être mobilisée pour préciser les actions envisagées dans le cadre de la déclinaison territoriale du parcours santé mentale.

### 2.3. Le calendrier

Le diagnostic territorial partagé a été présenté en assemblée plénière du Conseil Territorial de Santé de Haute-Saône le 06 décembre 2017 après validation par le Comité de pilotage de la Plateforme de psychiatrie et de santé mentale de Haute-Saône et la commission santé mentale du CTS.

La commission santé mentale réunie le 08 mars 2019 a validé la reprise des travaux PTSM, une mise à jour du diagnostic a ainsi été réalisée afin de tenir compte notamment de l'évolution de l'offre en Santé et des constats sur le territoire.



## 2.4. Approbation du PTSM

La commission Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé sera consultée et émettra un avis, ainsi que le bureau du CTS. Le PTSM est présenté à l'assemblée plénière du CTS.

Après l'obtention de cet avis, le diagnostic partagé et le projet territorial de santé mentale seront arrêtés par la DGARS de Bourgogne Franche-Comté.

## 2.5. Contrat territorial de santé mentale

L'article L.3221-2 du Code de la Santé Publique stipule que "*le contrat territorial de santé mentale est conclu entre l'Agence Régionale de Santé et l'ensemble des acteurs participant à la mise en œuvre du Projet Territorial de Santé Mentale. Il définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation*".

Il est convenu avec les partenaires et l'ARS que le PTSM avec ses fiches-actions constituent le contrat territorial de santé mentale. Les fiches-actions seront mises en œuvre par les partenaires et déclinées sur le territoire. Par ailleurs, un bilan permettant de réaliser la mise en œuvre chaque année (avant le 31/12) sera présenté à la commission santé mentale et au bureau du CTS. Ce dernier sera transmis également au Directeur Général de l'ARS.

## 2.6. CPTS et GHT

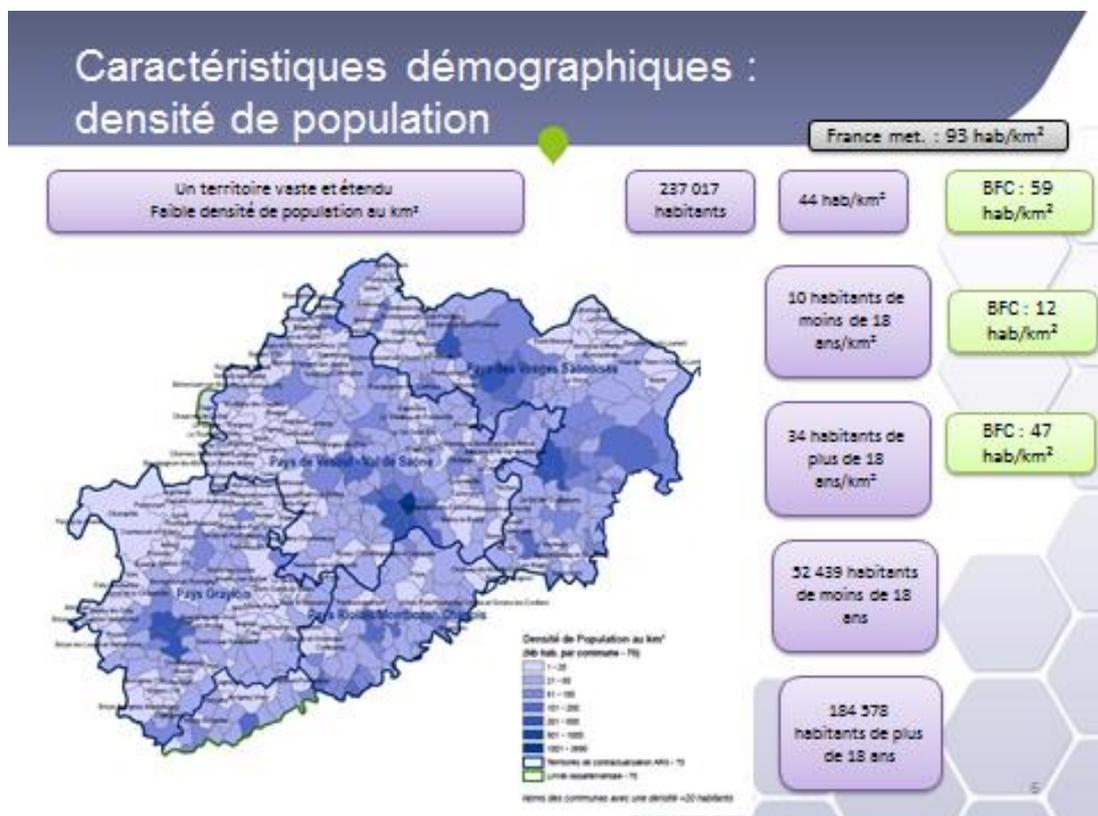
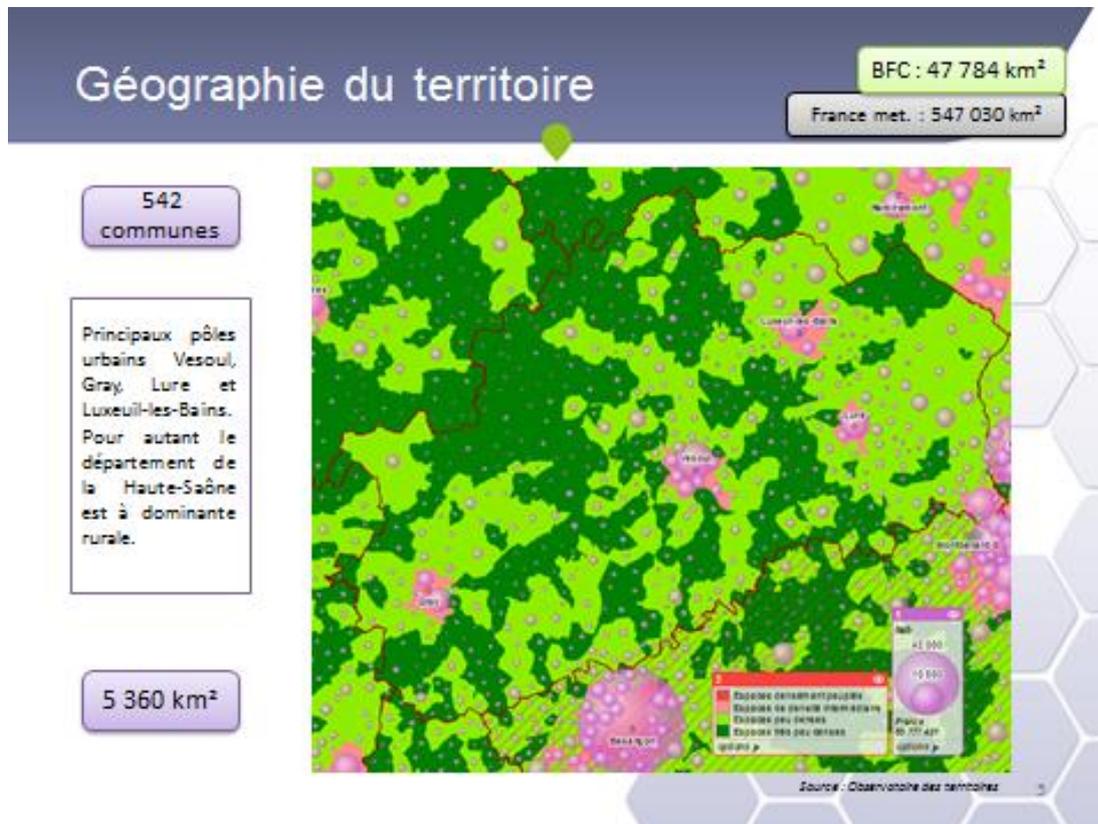
Le projet territorial de santé mentale a vocation à être décliné sur le territoire, et à ce titre, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) définies à *l'article L.1434-12 de la Loi de Modernisation du Système de Santé du 26 janvier 2016* ont une place prépondérante dans sa déclinaison et l'accompagnement dans une logique de parcours et de proximité avec les acteurs locaux.

Sur le territoire du CTS, 4 CPTS sont constituées à l'échelle des bassins de population : Vesoul, Gray, Lure, Luxeuil (*cf. annexe*).

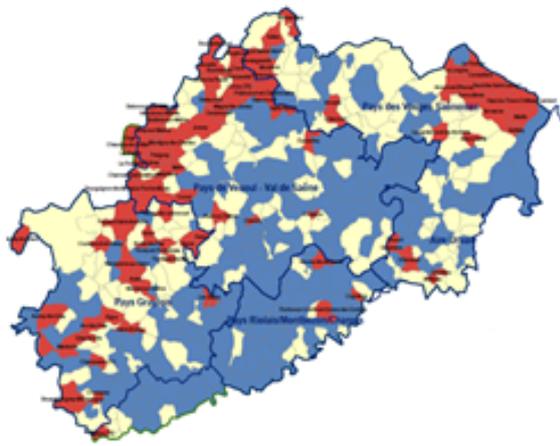
Par ailleurs, le GHT, dans le cadre de ses travaux, participera également à la mise en œuvre du PTSM.

### 3. Données de cadrage

#### 3.1. Contexte géographique, démographique et socio-économique du territoire



## Score de fragilité économique des 60 ans et +



Indice de Fragilité Économique 70  
 Niveau d'indicateurs  
 0-10  
 11-20  
 21-30  
 31-40  
 41-50  
 51-60  
 61-70  
 71-80  
 81-90  
 91-100

Le score de fragilité économique est le rapport de la population de 60 ans et plus sur le total de la population de 60 ans et plus de la Haute-Saône. Ce score est calculé en fonction du ratio de la population de 60 ans et plus sur le total de la population de 60 ans et plus de la Haute-Saône. Plus ce ratio est élevé, plus le score de fragilité économique est élevé.



Pour 100 jeunes de moins de 20 ans le département de la Haute-Saône recense 81 personnes de 65 ans et plus (0,814)

BFC : 0,865

France met. : 0,802

10,1 % de 75 ans et plus

BFC : 10,7 %

France met. : 9,9 %

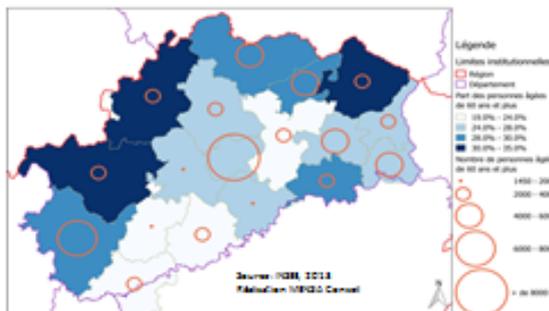
39,4 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules

BFC : 39,2 %

France met. : 38,5 %

## Caractéristiques démographiques : vieillissement

Part des personnes âgées de 60 ans et plus (par EPCI)



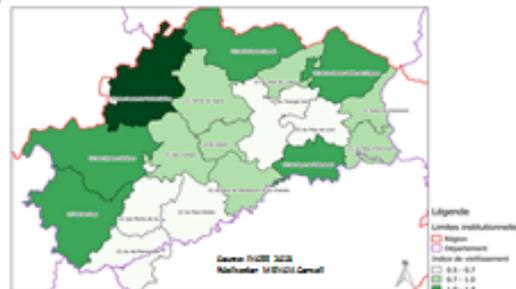
Légende  
 Limites institutionnelles  
 Région  
 Département  
 Part des personnes âgées de 60 ans et plus  
 10,0 % - 14,0 %  
 14,0 % - 18,0 %  
 18,0 % - 22,0 %  
 22,0 % - 26,0 %  
 26,0 % - 30,0 %  
 30,0 % - 34,0 %  
 Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus  
 0 - 1000  
 1000 - 2000  
 2000 - 3000  
 3000 - 4000  
 4000 - 5000  
 5000 - 6000  
 6000 - 7000  
 7000 - 8000

Source : INSEE 2013  
 Fédération 178223 Cercast

Une population plus nombreuse sur les unités urbaines et leurs couronnes, coïncidant avec la concentration des hauts revenus.

Les personnes âgées de 60 ans et plus sont situées sur des territoires ruraux où l'isolement, la fragilité socioéconomique, la vulnérabilité et la précarité énergétique sont le plus élevés.

Indice de vieillissement (par EPCI)

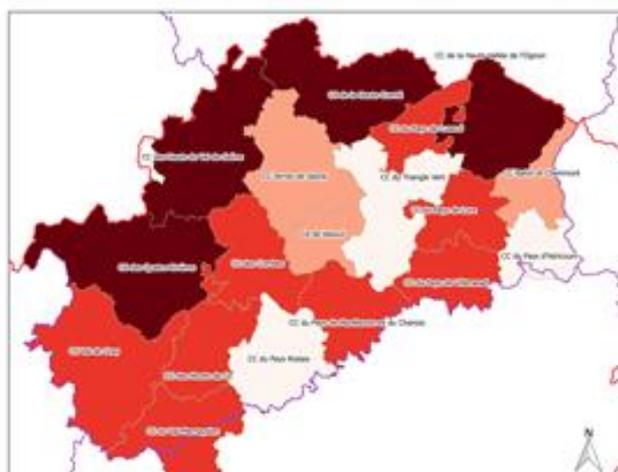


Légende  
 Limites institutionnelles  
 Région  
 Département  
 Indice de vieillissement  
 0,0 - 0,5  
 0,5 - 1,0  
 1,0 - 1,5  
 1,5 - 2,0

Source : INSEE 2013  
 Fédération 178223 Cercast

## Score de fragilité socioéconomique des 60 ans et plus

La carte ci-contre montre que les secteurs ruraux fragiles et les communes isolées hors influence des pôles, territoires où les personnes âgées sont surreprésentées, situés au nord du département, présentent le score de fragilité socioéconomique des 60 ans et plus.



L'indicateur de fragilité socioéconomique prend en compte :

- l'âge des retraités
- Le bénéfice ou non d'une pension de réversion
- L'exonération ou non de la Contribution Sociale Généralisée

Légende

Limites institutionnelles

- Région
- Département

Score de fragilité socioéconomique :

- 2,89 - 3,02
- 3,02 - 3,30
- 3,30 - 3,50
- 3,50 - 3,62

## Contexte socio-économique : Revenus

52 % des ménages fiscaux sont imposés

BFC : 57,3 %

France met. : 58,2 %

Taux de pauvreté = 14,1 %

BFC : 12,8 %

France met. : 14,3 %

Revenu médian = 16 867 €

BFC : 19 411 €

France met. : 19 786 €

Taux de chômage = 9,9 %

BFC : 9,3 %

France met. : 10 %

## Contexte socio-économique : Revenus

META-BASSIN	Population 2013	Revenu médian
<b>Haute-Saône</b>	<b>208 990</b>	<b>16 867,00</b>
<i>Lure</i>	<i>42 382</i>	<i>16 536,00</i>
<i>Luxeuil-les-Bains</i>	<i>36 506</i>	<i>15 701,00</i>
<i>Gray</i>	<i>46 087</i>	<i>16 813,00</i>
<i>Jussey</i>	<i>20 789</i>	<i>15 614,00</i>
<i>Rioz</i>	<i>15 267</i>	<i>17 730,00</i>
<i>Vesoul</i>	<i>47 959</i>	<i>17 542,00</i>
<b>BOURGOGNE FRANCHE-COMTE</b>	<b>2 815 034</b>	<b>17 926,00</b>
<b>FRANCE</b>	<b>63 070 089</b>	<b>18 796,00</b>

11

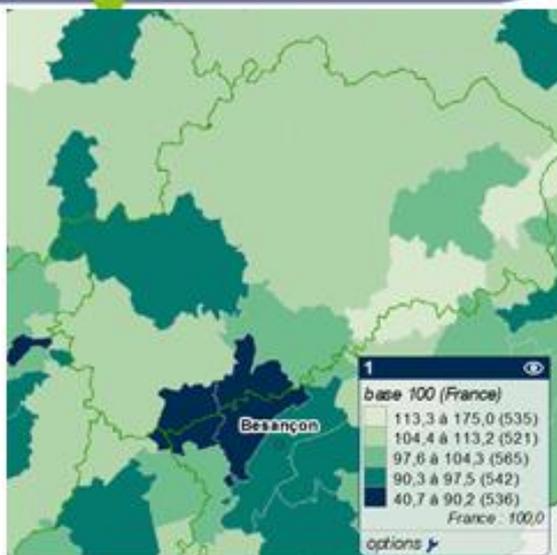
## Etat de santé de la population

France met. :  
Hommes = 79,3 ans  
Femmes = 85,4 ans

Les espérances de vie à la naissance des habitants de la Haute-Saône sont plus faibles qu'au niveau national.

L'indice comparatif de mortalité expose des situations contrastées d'un territoire infra-départemental à un autre. Si la zone proche du Doubs apparaît plus favorisée, une large majorité du nord-est du département a un indice supérieur à un.

Globalement, les Bourguignons-Franco-Comtois ont des espérances de vie proches des habitants de la Haute-Saône : 78,7 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes.



Indice comparatif de mortalité globale  
source : Observatoire des territoires, CGST

Espérance de vie à la naissance : 78,6 ans pour les hommes et 84,6 ans pour les femmes

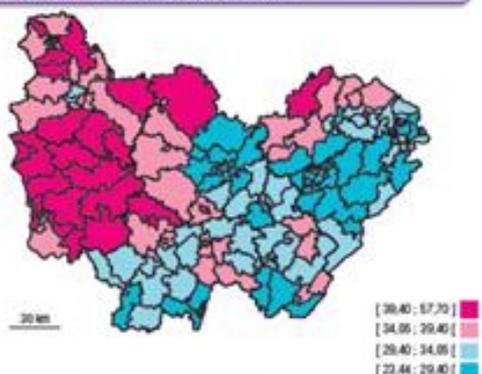
12

# Etat de santé de la population

## TAUX STANDARDISES \* DE MORTALITE 2006-2013 PAR CANTONS

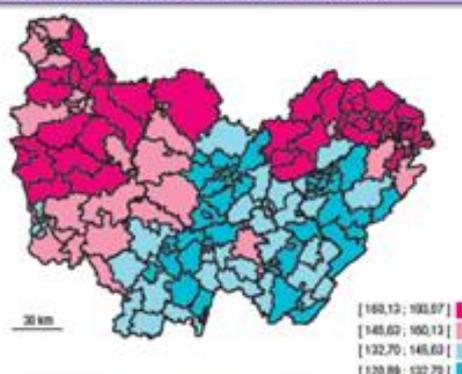
### Alcool :

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VAOS), cirrhose du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



### Tabac :

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO))



\* Taux standardisé sur l'âge pour 100000 habitants, selon la population de référence européenne (Révision of the European Standard Population, Eurostat 2013). Source Certificats de décès : RP 2006 à 2012 (INSEE); exploitation PNOIS.

13

# Nombre de décès par an de patients atteints de troubles mentaux (Source Score santé)

Part des décès de patients atteints de troubles mentaux parmi l'ensemble des décès :

2008 = 3,4 %  
2013 = 4,2 %

BFC :

2008 = 3,6 %  
2013 = 4,3 %

France met.

2008 = 3,2 %  
2013 = 3,9 %

La situation de la Haute-Saône est proche de celle de la région.

14

## Admission ALD (*Score santé*)

La déclaration d'une maladie de longue durée est à l'initiative du médecin traitant  
De facto, des disparités territoriales peuvent apparaître

Territoires	Taux standardisé
Côte-d'Or	195 (-)
Doubs	148 (-)
Jura	196 (-)
Nièvre	241 (+)
<b>Haute-Saône</b>	<b>174 (-)</b>
Saône-et-Loire	197 (-)
Yonne	296 (+)
Territoire de Belfort	122 (-)
BFC	195 (-)
France hexagonale (taux de référence)	215

Source : Score santé, année 2015

Les données sont issues des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes), **ALD troubles psychiatriques**. (taux standardisé pour 10 000 habitants)

## Synthèse du contexte socio-démographique

- Une population peu dense bénéficiant de la présence de plusieurs pôles urbains. La population tout comme les revenus les plus importants sont concentrés sur les aires urbaines et leurs couronnes.
- Des secteurs ruraux fragiles au nord du département subissent une croissance démographique négative, une population vieillissante.
- Une situation départementale face à l'emploi et au chômage de longue durée proche du niveau national.
- Des revenus plus faibles que les moyennes régionales et nationales.
- La fragilité socio-économique impacte l'état de santé de la population (taux de mortalité alcool, tabac....).

## 3.2. Taux d'équipement et démographie médicale

### Psychiatrie

Lits et places publics et privés installés au 01.01.2018

Source : DREES, ARS-SAE

Disciplines de psychiatrie	Côte d'Or	Doubs	Jura	Nièvre	Haute Saône	Saône et Loire	Yonne	T. de Belfort	BFC	% BFC / F. métro	France métro.
<b>Hospitalisation complète (lits) (1)</b>											
Secteur public: Psy infanto-juvénile	10	22	11	0	0	10	10	0	63	4,0	1 563
Psy générale	331	321	215	165	0	347	217	0	1 596	5,0	32 194
Pénitenciaire	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0,6	362
Secteur privé : Psy infanto-juvénile	0	7	0	14	10	0	0	0	31	5,1	609
Psy générale	0	75	0	89	344	127	268	91	994	4,9	20 167
<b>Hospitalisation de jour (places)</b>											
Secteur public: Psy infanto-juvénile	105	28	62	12	0	78	73	0	358	4,8	7 389
Psy générale	145	60	101	75	0	54	49	0	484	3,6	13 277
Pénitenciaire	20	0	0	0	0	0	0	0	20	6,2	322
Secteur privé : Psy infanto-juvénile	23	10	0	0	34	0	0	21	88	4,7	1 856
Psy générale	0	37	0	0	60	20	47	30	194	4,0	4 855
Pénitenciaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	12
<b>Hospitalisation de nuit (places)</b>											
Secteur public: Psy infanto-juvénile	4	0	0	0	0	0	0	0	4	5,7	70
Psy générale	0	8	0	0	0	7	1	0	16	2,1	771
Secteur privé : Psy infanto-juvénile	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	45
Psy générale	0	0	0	0	3	0	5	0	8	2,1	376
<b>Accueil familial thérapeutique (places)</b>											
Psy infanto-juvénile	0	0	0	0	0	0	8	0	8	1,1	727
Psy générale	0	1	0	2	16	0	6	7	32	1,3	2 452

Nota Bene : le rapport des données régionales à celles de la France métropolitaine (% BFC / F. metro) est donné pour information. La valeur est à interpréter

### Psychiatrie

Ensemble lits et places publics et privés installés au 01.01.2018 - taux d'équipement en ARS - SAE, Insee - population au 01.01.2017

Disciplines de psychiatrie	Côte d'Or	Doubs	Jura	Nièvre	Haute Saône	Saône et Loire	Yonne	T. de Belfort	BFC	% BFC / F. métro	France métro.
<b>Psychiatrie infanto-juvénile</b>											
Hospitalisation complète (lits) (1)	10	29	11	14	10	10	10	0	94	4,3	2 172
Hospitalisation de jour (places)	128	38	62	12	34	78	73	21	446	4,8	9 245
Hospitalisation de nuit (places)	4	0	0	0	0	0	0	0	4	3,5	115
Placement familial thérapeutique (places)	0	0	0	0	0	0	8	0	8	1,1	727
<b>Total psychiatrie infanto-juvénile</b>	<b>142</b>	<b>67</b>	<b>73</b>	<b>26</b>	<b>44</b>	<b>88</b>	<b>91</b>	<b>21</b>	<b>552</b>	<b>4,5</b>	<b>12 259</b>
<b>Psychiatrie générale</b>											
Hospitalisation complète (lits) (1)	331	396	215	254	344	474	485	91	2 590	4,9	52 361
Hospitalisation partielle (places)	145	97	101	75	60	74	96	30	678	3,7	18 132
Hospitalisation de nuit (places)	0	8	0	0	3	7	6	0	24	2,1	1 147
Placement familial thérapeutique (places)	0	1	0	2	16	0	6	7	32	1,3	2 452
<b>Total psychiatrie générale</b>	<b>476</b>	<b>502</b>	<b>316</b>	<b>331</b>	<b>423</b>	<b>555</b>	<b>593</b>	<b>128</b>	<b>3 324</b>	<b>4,5</b>	<b>74 092</b>
<b>Taux d'équipement en Psychiatrie infanto-juvénile pour 1000 enfants de 0 à 16 ans</b>											
Lits d'hospitalisation complète	0,1	0,3	0,2	0,4	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	-	0,2
Équipement global (lits et places)	1,4	0,6	1,4	0,8	0,9	0,9	1,4	0,7	1,0	-	0,9
<b>Taux d'équipement en Psychiatrie générale pour 1000 habitants de plus de 16 ans</b>											
Lits d'hospitalisation complète	0,8	0,9	1,0	1,5	1,8	1,1	1,8	0,8	1,1	-	1,0
Équipement global (lits et places)	1,1	1,2	1,5	1,9	2,2	1,2	2,2	1,1	1,5	-	1,4

Nota Bene : le rapport des données régionales à celles de la France métropolitaine (% BFC / F. metro) est donné pour information. La valeur est à interpréter

(1) Hospitalisation temps plein.

## 4. Diagnostic partagé

L'élaboration du diagnostic relève d'une **démarche participative et qualitative** permettant une vision partagée des acteurs sur l'état des ressources disponibles.

Il a pour objet **d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et de préconiser des actions pour y remédier** (article L.3221-2 CSP).

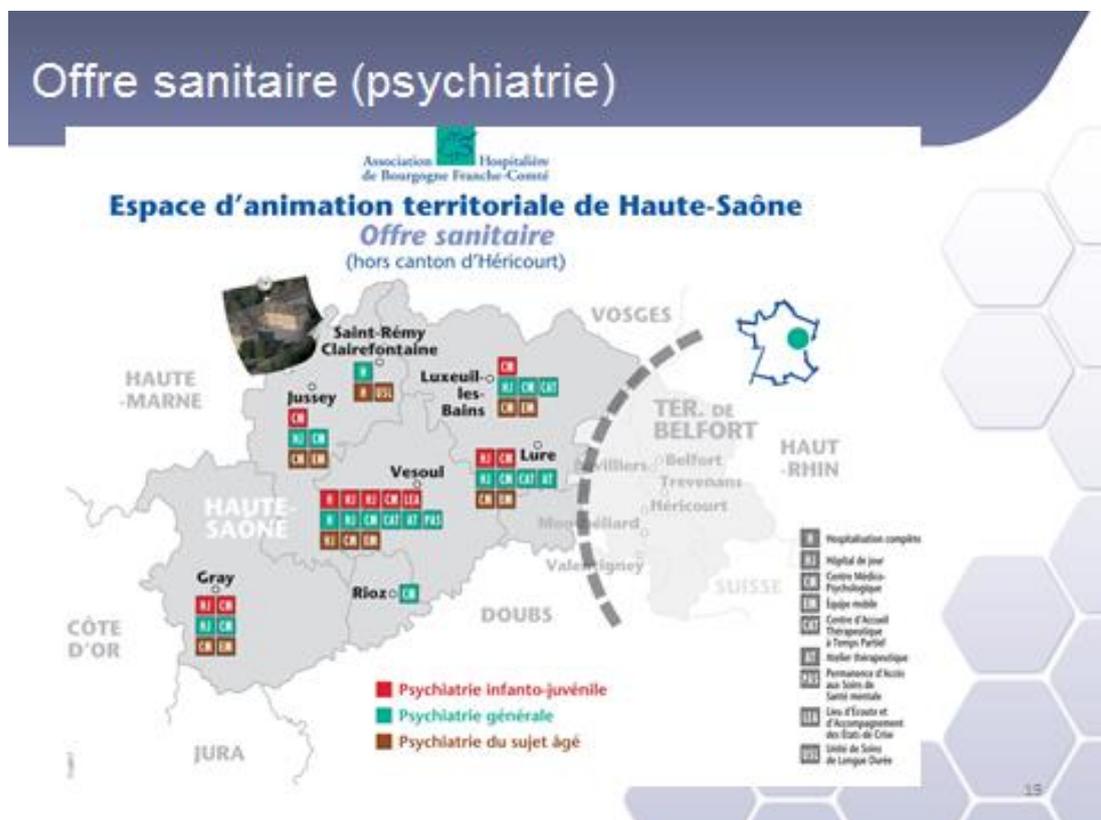
Il consiste en un inventaire des points d'appui, des ressources et des leviers de mobilisation.

Le diagnostic ci-dessous présente :

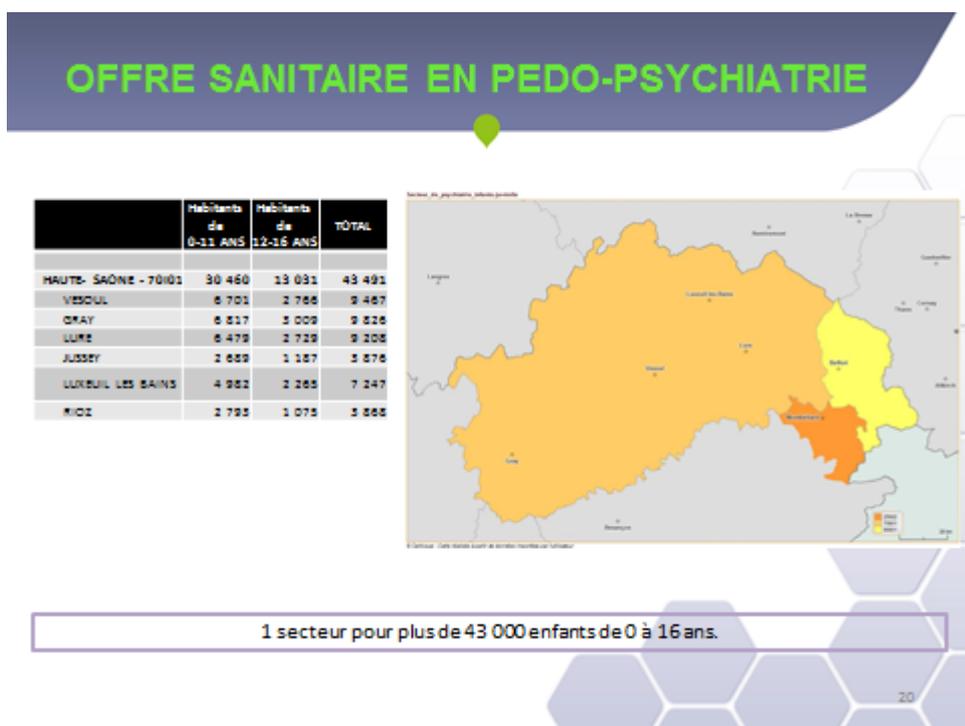
- En premier lieu, un état des ressources disponibles sur le territoire du Conseil Territorial de Santé,
- Puis il met en exergue les constats issus des travaux avec les partenaires locaux en termes d'approche "parcours" et par filière,

### 4.1. Etat des ressources : offre sanitaire, médico-sociale, sociale & prévention en santé mentale sur le territoire du Conseil Territorial de Santé (CTS)

#### 4.1.1. Offre sanitaire



#### 4.1.1.1. Offre sanitaire en pédo-psychiatrie



L'Intersecteur de pédopsychiatrie de Haute-Saône est porté par l'AHBFC et couvre le département de la Haute-Saône (hors territoire d'Héricourt et de Champagny rattaché au service de pédopsychiatrie du nord FC). Il est composé de :

- **2 unités d'hospitalisation complète** (Vesoul) + places de jour (4 sur chacune)
  - ✓ Topaze : pathologie de la personnalité nécessitant des soins sur le moyen et long terme (psychoses) – 4 places en hospitalisation complète
  - ✓ Horizon : prise en charge de manifestations et des pathologies aiguës (épisode dépressif sévère, troubles des conduites alimentaires, troubles sévères de l'attachement, troubles du comportement en lien avec des troubles de la personnalité (état limite)) – 6 places en hospitalisation complète
- **3 hôpitaux de jour** (Gray 8 places, Lure 8 places, Vesoul Les Hêtres 10 places) : pathologie de la personnalité nécessitant des soins sur le moyen et long terme - prise en charge à temps partiel, à la journée
- **5 CMP** : Lure, Luxeuil, Gray, Jussey, Vesoul (équipe pluridisciplinaire)
- **LEADEC** (Lieu d'écoute et d'accompagnement des états de crise) : troubles psychiques variés survenant dans un état de crise. Les soins ont lieu sur site, à l'exception de l'hôpital de jour de Vesoul où les infirmie(è)rs interviennent dans le cadre du suivi en lien avec le projet thérapeutique.

*L'offre sanitaire est par ailleurs constituée par d'autres services/dispositifs :*

- **Service de pédiatrie (GH 70) avec pour missions de :**

Dispenser des soins pédiatriques

Repérer les pathologies de lien parents-enfant, mal être, négligence, maltraitance et handicap

- **La Protection maternelle et infantile (PMI) (CD70)**

Actions de prévention médico-sociales pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 6 ans, accompagnement à la parentalité (ETAP)

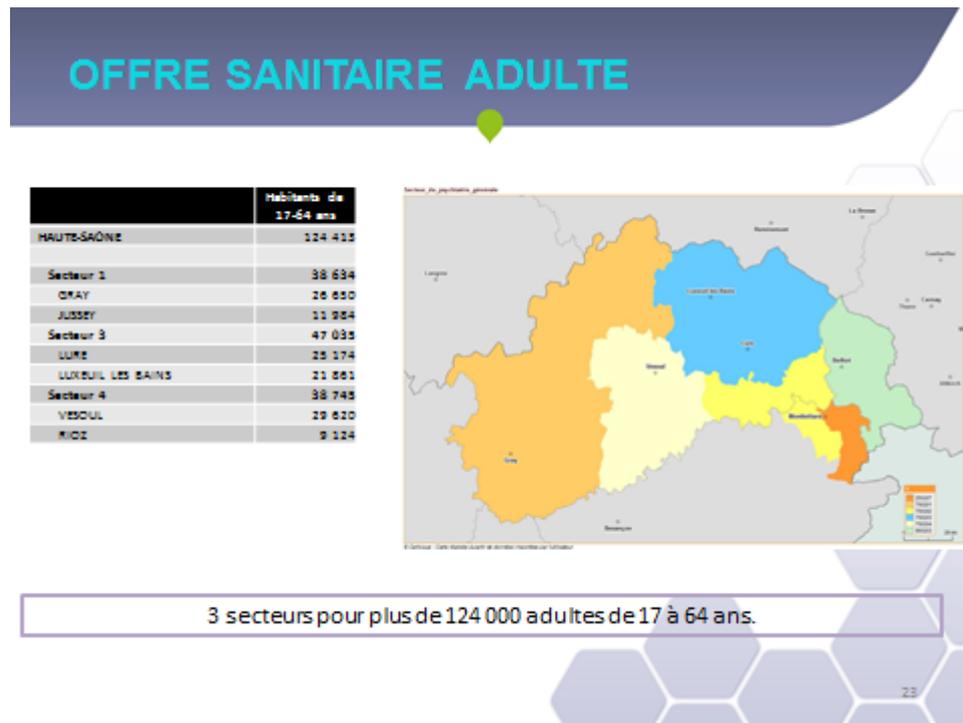
- **La direction des services départementaux de l'éducation nationale de la Haute-Saône**

- Services de santé et d'action sociale auprès des élèves : éléments importants du système éducatif visant à favoriser la réussite scolaire de tous les élèves, concourant ainsi aux missions de service public de l'Éducation nationale

Missions :

- ✓ Promouvoir le bien-être physique, mental et social des élèves
  - ✓ Détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité
  - ✓ Proposer un accompagnement individuel et une orientation spécifique
  - ✓ Contribuer à la protection de l'enfance en danger
  - ✓ Réaliser des actions collectives de prévention et d'éducation à la santé
  - ✓ Assurer un conseil technique à l'institution, aux familles, aux partenaires extérieurs
- Services santé social auprès des élèves DSDEN 70 - 3 conseillers techniques - 5 médecins, 11 assistants sociaux, et 35 infirmiers (1er et 2nd degrés)

#### 4.1.1.2. Offre sanitaire adulte



*L'offre sanitaire en psychiatrie générale (adulte) est portée par l'AHBFC sur le département de Haute-Saône et se présente comme telle :*

#### **Des unités d'hospitalisation :**

- 2 unités intersectorielles d'admission (UIA Vesoul au GH70, Matisse à St Rémy)
- Unité intersectorielle de soins sans consentement (Renoir – St Rémy)
- Unité intersectorielle de soins en addictologie (Matisse addictologie – St Rémy)
- Unité de "réhabilitation psychosociale" (Courbet à St Rémy) – Pavillons « séjours longs» (Verlaine et Pinel – Clairefontaine)
- Unités Villon / Ronsard (Clairefontaine) (déficitaires évolutifs – patients handicapés lourds)
- Unité Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) (Rodin à St Rémy)

#### **Des services en ambulatoire :**

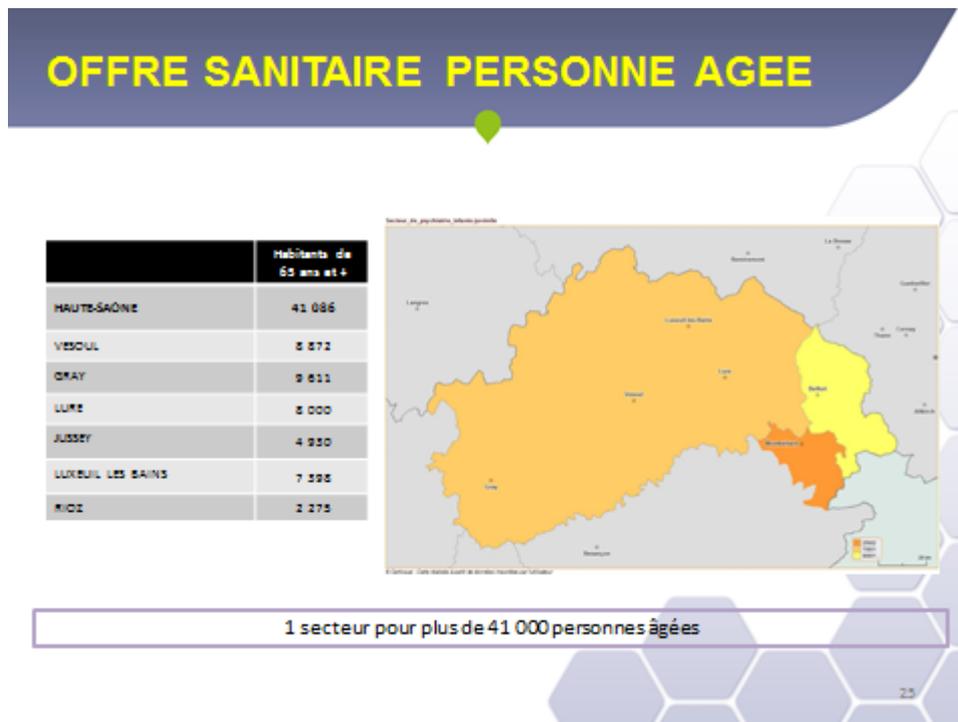
CMP, CATTP, HDJ (Vesoul, Lure, Luxeuil, Gray, Jussey, Rioz) + Ateliers Thérapeutiques (AT) (Lure/Vesoul)

#### **D'autres dispositifs :**

- Les urgences (H 24 niveau 3 à Vesoul présence psychiatres/ infirmières + temps médical/IDE aux urgences du CHVS à Gray)
- La psychiatrie de liaison (GH 70, CHVS)
- Prison de Vesoul : psychologue, psychiatre, infirmière

*L'offre sanitaire dispose également dans le champ de l'addictologie d'une ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie) rattachée au GH70, de lits d'hospitalisations/de consultations dédiés et d'un Hôpital de Jour d'addictologie (Lure).*

#### 4.1.1.3. Offre sanitaire personne âgée



*En psychiatrie du sujet âgé, il existe un Intersecteur en Haute-Saône (hors Champagny et Héricourt) portée par l'AHBFC, composé de différentes offres :*

#### **Des unités d'hospitalisation complète :**

- Esquirol à Clairefontaine : troubles psycho-comportementaux liés à la démence, en court séjour
- Largillière à St Rémy : psychiatrie générale du sujet âgé, en court séjour

#### **Une offre en ambulatoire :**

- Dans chaque CMP : psychiatre, psychologue, équipe mobile infirmière, consultation mémoire ( à Gray, Jussey, Lure, Luxeuil)
- Vesoul : CESPPA (centre d'évaluation et de soins psychiques pour personnes âgées): CMP, HDJ, équipe mobile infirmière, consultation mémoire
- Hôpital de jour à l'unité Esquirol : patients souffrant de maladies neuro-cognitives à un stade modérément sévère à sévère, ne nécessitant pas d'hospitalisation complète

**Des avis spécialisés (EHPAD) :** consultations psychiatriques sur sites (avis et suivis), et visites des équipes mobiles infirmières.

**Des consultations de télémédecine (EHPAD) :** avis ponctuels et suivis, associées aux visites de l'équipe mobile infirmière.

*La filière gériatrique, quant à elle, est portée par le Groupement Hospitalier de Haute-Saône qui propose différents dispositifs :*

- **Un service de court séjour gériatrique de 35 lits** : il prend en charge les patients âgés de 75 ans et plus, polyopathologiques, dépendants ou à fort risque de dépendance en lien avec une fragilité multidimensionnelle médicale, psychologique et sociale.

Hospitalisation directes dans le service sur appel du médecin traitant ou via les urgences.

- **Consultations externes:**

Cette consultation s'adresse aux personnes âgées présentant des situations complexes au cours desquelles s'intriquent des problèmes médicaux, psychologiques et sociaux.

Les patients sont soit adressés directement par leur médecin traitant, soit convoqués pour une réévaluation à distance d'une hospitalisation dans le service de court séjour gériatrique ou après évaluation par l'équipe mobile de gériatrie dans un autre service du GH 70.

- **Un hôpital de jour (HDJ):**

L'HDJ s'adresse aux patient âgés de 75 ans et plus, adressés soit par le médecin traitant, soit par le biais de l'EMG ou des médecins des autres services du GH 70.

Les bilans réalisés dans l'HDJ diagnostique regroupent : les bilans de chute, les bilans de troubles cognitifs, les évaluations oncogériatriques, les bilans de perte d'autonomie ou d'altération de l'état général, l'évaluation gériatrique dans le cadre de l'HDJ cardiologique ou des réévaluations après hospitalisation.

- **Une équipe mobile de gériatrie (EMG):**

L'équipe mobile de gériatrie est en place depuis septembre 2016 et est actuellement composée d'un médecin et d'une infirmière à temps plein.

Passage systématique aux urgences (UHCD) tous les matins, 2 fois par semaine en orthopédie, et à la demande dans tous les autres services.

Déploiement extrahospitalier à partir du mois de septembre 2019 dans les EHPAD de Haute-Saône + domicile.

Pour répondre de façon satisfaisante et dans un délai convenable à une demande extrahospitalière, pouvant émaner des médecins coordonnateurs en EHPAD et des médecins généralistes, une zone géographique a été délimitée: cantons de Vesoul 1 et 2, Port-sur-Saône, Jussey, Scey-sur-Saône, le nord du canton de Rioz, et l'ouest du canton de Villersexel.

- **Une unité cognitivo-comportementale (UCC) - Luxeuil** : elle a pour mission d'accueillir des patients présentant des troubles productifs du comportement dans le cadre de maladies neurodégénératives (maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées).

Les patients proviennent du domicile (adressés par le médecin traitant), des EHPAD ou des autres services hospitaliers.

Le but du séjour est (au travers de la prise en charge non médicamenteuse et l'adaptation du traitement médicamenteux) de faire diminuer les troubles psychocomportementaux, de donner des pistes de prise en soins aux équipes qui prendront le relais, de réaliser des bilans étiologiques sur les troubles cognitivo-comportementaux, de proposer des hospitalisations de répit aux aidants.

Les patients bénéficient également de toutes les ressources du GH70 : permanence médicale des soins, avis spécialisés, imagerie, biologie, etc.

- **Une unité d'hébergement renforcée (UHR) – Lure** : il s'agit d'une unité accueillant des personnes âgées ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée entraînant des troubles du comportement importants.

*Par ailleurs, il existe également une offre d'hospitalisation à domicile (HAD) proposée par la Mutualité Française Comtoise (non spécifique à la filière personne âgée) :*

**L'hospitalisation à domicile** permet d'assurer, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés qui se différencient des autres soins à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

Elle concerne des malades de tous âges – enfants, adolescents, adultes – (Moyenne d'âge en FC : 58 ans) atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et/ou instables qui, en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile ou en ESMS, seraient hospitalisés en établissement de santé traditionnel.

Concernant la Haute-Saône, l'antenne est située à Vesoul mais l'ensemble du département est couvert. Les prises en charge sont faites soit directement par les soignants salariés de l'HAD, soit en collaboration avec des professionnels libéraux notamment lorsque le patient habite loin de Vesoul.

Pour ce secteur, il existe un agrément de l'ARS pour 30 à 40 patients, or la moyenne à l'heure actuelle est de 20 patients. Le service est ainsi en capacité d'accueillir des personnes qui souhaitent une hospitalisation à domicile sur le département haut-saônois (sous réserve du respect des critères de l'HAD). Un outil permet d'ailleurs d'orienter le médecin pour savoir si son patient est éligible à l'HAD : adophad.fr. En quelques questions, cette application (gratuite) oriente ou non sur une hospitalisation à domicile.

L'HAD est un **établissement de santé**, avec des obligations statutaires. Le service intervient dans le cadre de soins médicaux et paramédicaux **complexes et / ou fréquents en collaboration** étroite avec les professionnels libéraux **et permet d'éviter ou de raccourcir** une hospitalisation avec hébergement.

#### 4.1.1.4. Données complémentaires

### 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
700004096	Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté	10	4	-	1	136	37
	Région BFC	58	37	-	7	794	265

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

Le personnel concourant à l'activité psychiatrique de l'Association hospitalière de Bourgogne Franche-Comté représente 16 % de l'ensemble des professionnels de la région.

A noter que l'Association hospitalière de Bourgogne Franche-Comté ne couvre pas uniquement les besoins de la Haute-Saône

27

### 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
700004096	Association hospitalière de Bourgogne Franche-Comté	25	9	12	12	565	129
	Région BFC	172	98	28	26	3 604	734

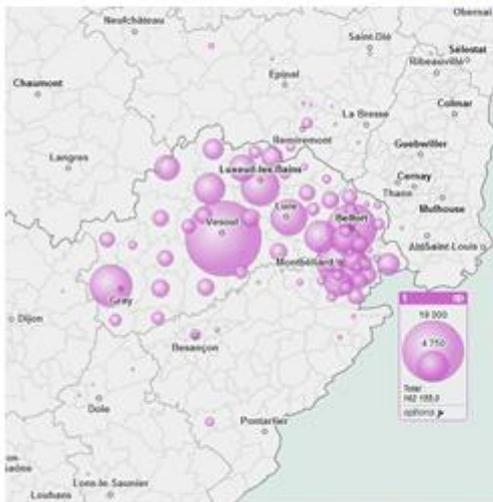
Source : SAE 2015 - traitements DASA ARS BFC - juillet 2017

Le personnel concourant à l'activité psychiatrique générale représentent près de 23 % des personnels de la région. La zone de recrutement de l'Association hospitalière de Franche-Comté s'étend sur le Doubs et le Territoire de Belfort.

Déficit de psychiatres libéraux en Haute-Saône

28

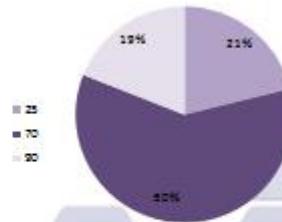
## Zones d'attractivité de l'AHBFC pour les hospitalisations à temps plein (Source Scan Santé)



Source : Scan Santé - provenance des patients hospitalisés à temps plein en 2016 (en nombre de journées)

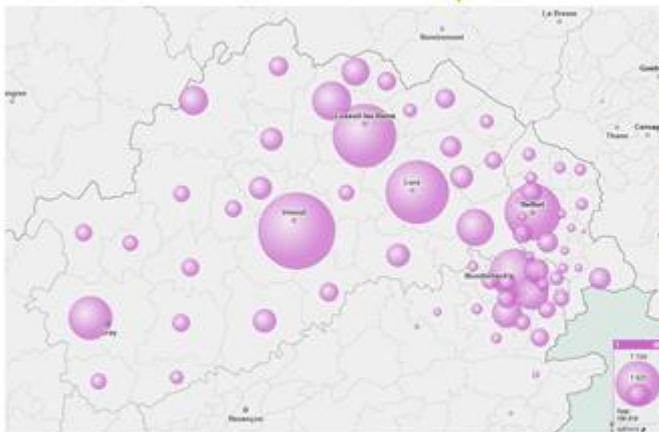
La zone d'attractivité de l'AHBFC s'étend sur la Haute-Saône et le Nord Franche-Comté. 97 % des journées concernent des patients de la région, mais parmi eux 60 % concernent des patients du département.

Les patients provenant du Doubs représentent 21 % des journées réalisées en 2016 et les patients du Territoire de Belfort 19 %



Source : Scan Santé - Provenance des patients de la région hospitalisés à temps plein en 2016

## Zones d'attractivité de l'AHBFC pour les actes ambulatoires (Source Scan Santé)

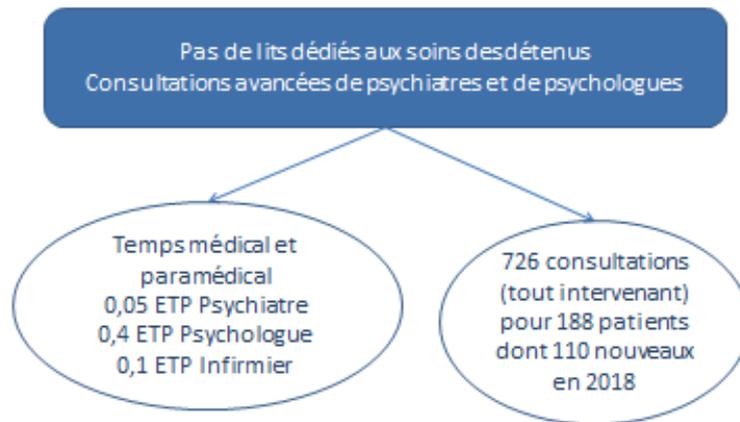


Source : Scan Santé - provenance des patients bénéficiant d'actes ambulatoires en 2016 (en nombre d'actes)

99,95 % des actes concernent des patients de la région, mais parmi eux 66 % concernent des patients du département.

Les patients provenant du Doubs représentent 18 % des actes réalisés en 2016 et les patients du Territoire de Belfort 15 %

## Offre et activité de psychiatrie en milieu pénitentiaire



3

## Spécificités existantes

### Interventions au sein du GH 70 :

Présence médicale au urgences H24  
Unité Intersectorielle d'Admission dans les murs du GH70 – (8 lits)

### Psychiatrie du sujet âgé :

Equipes mobiles du sujet âgé (département)  
Consultation mémoire multi-sites (étendue à l'adulte jeune)  
CESSPA Vesoul (Centre d'évaluation et de soins psychiques pour personne âgée) : CMP, EM, HDJ, cs mémoire  
HDJ unité Esquirol (troubles démentiels au stade modéré à sévère)  
Avis spécialisés en EHPAD et consultations en télé médecine (EHPAD)  
Consultation d'évaluation et d'orientation (trouble du comportement à composante psychiatrique et neurologique (tout patient adulte)

### Psychiatrie de l'adulte :

Pôle Troubles du spectre autistique  
Unité d'addictologie Matisse  
Unité de réhabilitation psychosociale Courbet

### Pédopsychiatrie :

LEADEC (site)

### Lieu spécialisé dans la prise en charge des patients sous contrainte de soins :

Unité dédiée à ce type de prise en charge (Renoir)

4

Aujourd'hui, **7 psychiatres exercent à titre libéral en Haute-Saône** dont 2 sur Héricourt.

Comme pour les autres spécialités, **plus de moitié d'entre eux ont plus de 55 ans et exercent à temps partiel.**

## Consommation de soins de ville (Source SNIIRAM 2015)

Les données de consommation de ville sont composées des soins de psychiatrie générale et en psychiatrie infantile. Il s'agit des prestations remboursées par l'Assurance Maladie. Consultations des psychiatres libéraux et remboursement des prescriptions émises soit par des professionnels de santé libéraux ou des hospitaliers.

Actes 2015	Hommes	Femmes	Ensemble
Moins de 20 ans	956	600	1 556
20-59 ans	9 699	10 547	20 242
60 ans et +	910	2 104	3 014
Total	7 541	13 051	20 592

2 382 personnes âgées entre 20 et 60 ans ont eu recours aux psychiatres en 2015, soit 20,3 individus pour mille habitants de ces âges (30,6 % en BFC). Cette tranche de population représente 72 % de l'ensemble des bénéficiaires de soins psychiatriques.

La même année, 66 % des bénéficiaires étaient des femmes.

248,98 € par  
bénéficiaire

BFC : 307,84 €

Bénéficiaires 2015	Hommes	Femmes	Ensemble
Moins de 20 ans	252	180	432
20-59 ans	804	1 576	2 382
60 ans et +	161	370	531
Total	1 197	2 126	3 325

## Consommation de soins de ville (Source Ameli)

- Très faible représentation de la psychiatrie libérale. Au regard de ce constat, l'AHBFC pallie en l'absence de ces derniers de par sa présence large sur le territoire (CMP, consultation mémoire, partenariat avec les établissements médico-sociaux),
- Les séances auprès d'un **psychologue** sont prises en charge lorsque les services sont proposés dans un établissement ou un CMP.
- Les **orthophonistes** sont des professionnels de santé conventionnés dont les séances sont en partie remboursées par la Sécurité Sociale.

#### 4.1.2. Offre médico-sociale

✓ Ressources issues de l'Association Hospitalière Bourgogne Franche-Comté :



##### 4.1.2.1. Offre médico-sociale infanto-juvénile

Elle est portée par différentes structures/établissements:

✓ **CAMSP** (GH70 site de Vesoul)

✓ **GROUPE ASSOCIATIF HANDY'UP :**

**ADAPEI EVEIL 70 :**

- 3 pôles enfance Luxeuil, Gray, Héricourt (Nord Franche-Comté) → IME - SESSAD (Public DI/TSA/Polyhandicap)
- 3 Dispositifs de répit

✓ **CMPP** à Gray, géré par l'association Charles Bried (siège à Besançon)

✓ **AHBFC** : MDA 70 (Vesoul, Gray, Luxeuil-les-Bains, Rioz)

✓ **AHSSEA**

- IME Dr Jean-Louis BAUDOIN (Vesoul)
- 3 SESSAD (2 à Vesoul et 1 à Frotey-les-Vesoul)
- EME - Chemin Vert (Vesoul)

■

✓ **AFSAME**

- IME (Choye)
- IME professionnel (Membrey)
- SESSAD (Vesoul)

✓ **UGECAM BFC** : IME et SESSAD (Noidans-les-Vesoul)

✓ **ALEFPA** : DITEP (Leconte de Lisle : groupes d'accueil à Vesoul, Quincey, Luxeuil-les-Bains (site administratif), Lure)

#### **4.1.2.2. Offre médico-sociale Adulte**

✓ *Offre spécialisée "handicap psychique"*

**AHS-FC** : 1 ESAT (*Etablissement et Service d'Aide par le Travail*) - Villersexel

**AHBFC** :

- ✓ 3 MAS (*Maison d'Accueil Spécialisée*) : Village Vert du Breuil et Amboise à St Rémy (1 Héricourt)
- ✓ 1 FAM (*Foyer d'Accueil médicalisé*) : Village des Hauts Prés à Gray

✓ *Structures non spécialisées dans le handicap psychique mais dont les personnes accueillies peuvent présenter des troubles associés, type troubles psychiques :*

- **GRUPE ASSOCIATIF HANDY' UP :**

**ADAPEI RESIDENCE 70**

- ✓ 2 Foyers d'hébergement (1 à Vesoul et 1 à Gevigney)
- ✓ 2 Foyers de vie ( Vesoul/Lure)

- ✓ 1 Accueils de jour (Vesoul/Lure)
- ✓ 3 places d'Accueil temporaire (Vesoul et Lure)
- ✓ 2 SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) – 1 HAA (Habitat Autonome avec Accompagnement) Vesoul/Gevigney – 1 SAE (Service Accompagnement en EHPAD)
- ✓ 1 MAS (Lure) (accueil permanent et AJ avec public DI et TSA)
- ✓ 2 places de répit MAS TSA

#### **ADAPEI PRO 70**

- ✓ 5 ESAT (avec Héricourt)
- ✓ 1 SATP (Service d'Activités en Temps Partagé) - (Vesoul/ Héricourt/ St Sauveur)

- **Association A.M.I.S** : la Maison bleue (foyer de vie) – Valay
- **AHBFC** :
  - ✓ MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) – Haute-Saône hors Héricourt/Villersexel
- **FONDATION ARC EN CIEL** : MAS (Lure)
- **AFTC** : SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Personnes Handicapées) – (Vesoul)
- **AHS-FC** : MAS (Villersexel)
- **ANPAA** (CSAPA/CAARUD) – Vesoul + antennes
- **MANDATAIRES JUDICIAIRES** : UDAF/ AT 70

#### **4.1.2.3. Offre médico-sociale personnes âgées**

- **EHPAD** (*Etablissement d'Hébergement pour PA dépendantes*)
- **MARPA** (*Maison d'Accueil Rural pour les PA*) – Marnay/Combeaufontaine
- **RESIDENCES AUTONOMIE** : Vesoul – Lavoncourt- Lure – Polaincourt- Luxeuil – Scey sur Saône
- **2 UHR** (*Unité d'Hébergement Renforcé*) - Lure (GH70), Villersexel (Fondation Grammont)
- **1 UCC** (*Unité cognitivo comportementale*) - Luxeuil
- **GROUPE ASSOCIATIF HANDY'UP** :
  - ADAPEI RESIDENCE 70** :  
dispositif SAE (*Service d'Accompagnement en Ehpad*)
- **Accueil de jour**
  - **ADMR** – site itinérant
    - Rioz/Noidans le Ferroux
    - Corbenay/Jussey
    - Vesoul
  - **ELIAD** – accueil de jour autonomes
    - Arc les Gray
    - Marnay
    - Roye

- **Hébergement temporaire – 18 places**
  - EHPAD Neurey les la Demie : 4
  - EHPAD A. Dornier à Dampierre sur Salon : 2
  - EHPAD J. Michel à Saulx : 2
  - EHAPD Le Combattant à Vesoul : 1
  - EHAPD Cournot Changey à Gray : 1
  - EHPAD Chantefontaine à Jussey : 2
  - EHPAD Le Pré aux Moines à Cirey : 5
  - EHPAD Les Lavières à Champlitte : 1
  
- **SSIAD (sectorisation ADMR/ELIAD)**
  
- **Dispositif MAIA (AHBFC) (territoire : Haute-Saône hors Héricourt/Villersexel)**
  
- **EMG (GH70 –sites de Vesoul/ Gray)**
  
- **PASA (*Pôle d'Activités et de Soins Adaptés*)** : certains établissements disposent d'un PASA : EHPAD de Vesoul, Villersexel, Saulx, Scey, St Loup-sur-Semouse, Luxeuil Les Bains, Gray (2) et Héricourt (Nord Franche-Comté)
  
- **Dispositif Plateforme de Répit (CD70/ADMR)**
  
- **ESA Equipe Spécialisée Alzheimer – (ELIAD) et équipe stimulation mémoire (ADMR)**
  
- **MANDATAIRES JUDICIAIRES : UDAF/ AT 70**

### 4.1.3. Offre sociale

#### 4.1.3.1. Offre sociale infanto-juvénile

- ✓ **AGE** : CEP Les Chennevières (Vereux)
- ✓ **AHS-FC** : CEP St Joseph (Frasne-le-Château)
- ✓ **AHSSEA**
  - Service AEMO : Vesoul (+ Gray, Lure)
  - Service Social Prévention (AED) : Vesoul (+ Gray, Lure)
  - DAED-R (AEMO + AED renforcées) : Frotey-les-Vesoul
  - Club et Équipe de Prévention Spécialisée : Vesoul (Montmarin et Rêpes), Lure (Mortard), Gray (Capucins), Héricourt (Chennevières)
  - Médiation familiale : Vesoul (+ Gray, Lure, Jussey)
  - Espace rencontre « Le Poêle » : Vesoul et Gray
  - Centres éducatifs : Marcel Rozard à Frotey-les-Vesoul, Foyer du chemin neuf à Gray
- ✓ **ASEF - CD 70**
- ✓ **Dispositif "Espaces familles"** (Lure Luxeuil/ AHS FC – Vesoul /Enfance Bourdault – Gray/AHSSEA)
- ✓ **Les amis de Bourdault** - Enfance Bourdault (Vesoul, Luxeuil-Les-Bains)
- ✓ **Pas à Pas** = AHS FC
- ✓ **ADDSEA** : Le Foyer Comtois (Autet)
- ✓ **PJJ** : 1 UEMO (Vesoul)
- ✓ **Association Equispérance** (Neuve Les La Charité)
- ✓ **UDAF - REAAP**

#### 4.1.3.2. Offre sociale adulte

##### **AHBFC : SOCIAL CLUB**

- ✓ CHRS (*Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale*)
- ✓ SAVS (*Service d'Accompagnement à la Vie Sociale*)
- ✓ GEM

##### **AHSSEA : PHAJ, SAMN**

- ✓ Secteur handicap : SAVS = SAMN
- ✓ Secteur social insertion : Cap emploi, SAMETH

- ✓ Secteur hébergement : SAFED, PHAJ, hébergement d'urgence, centre maternel et familial (CMF)
- ✓ Secteur demandeur d'asile (CADA, CPH)

#### **UDAF**

- ✓ 4 Maisons relais (Luxeuil, Vesoul, Gray, Echenoz-La-Méline)

#### **ASHRA** (*Association Haut-Saônoise de Réinsertion et d'Accompagnement*)

- ✓ CHRS
- ✓ SIAO
- ✓ Hébergement d'urgence
- ✓ 115

#### **AFTC** : GEM (*Groupe d'Entraide Mutuelle*) (Vesoul, Gray)

#### **AUTRES DISPOSITIFS :**

RAPT (MDPH)

Le dispositif Mission locale

ADAPEI 25 : Insertion +

Chantiers d'insertion

Bailleurs sociaux (Habitat 70, Neolia)

DEA – dispositif d'emploi accompagné (AFTC)

#### **4.1.3.3. Offre sociale personnes âgées**

#### **CONSEIL DEPARTEMENTAL 70 /DSSP**

- ✓ AASA
- ✓ CMS

#### **CCAS** (Centre Communal d'Action Sociale)

#### **4.1.4. Institutions**

##### **4.1.4.1. Institutions/filière enfant**

- **Conseil Départemental 70 (ASEF et CMS)**
- **MDPH** (*Maison Départementale des Personnes Handicapées*)
- **JUSTICE** : Juge des enfants, Parquet des mineurs, Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)
- **Education nationale**
- **GENDARMERIE**
- **POLICE NATIONALE**
- **SDIS**
- **UMJ (GH70) – unité médico-judiciaire**

#### **4.1.4.2. Institutions/filière adulte**

- JUSTICE / PARQUET
- PREFECTURE
- CD 70
- MDPH
- DDCSPP
- CCAS (Centre Communal d'Action Sociale)
- GENDARMERIE
- POLICE NATIONALE
- SDIS
- Association UNAFAM
- UMJ (GH70) – unité médico-judiciaire

#### **4.1.4.3. Institutions/filière personne âgée**

- CONSEIL DEPARTEMENTAL 70
- JUSTICE

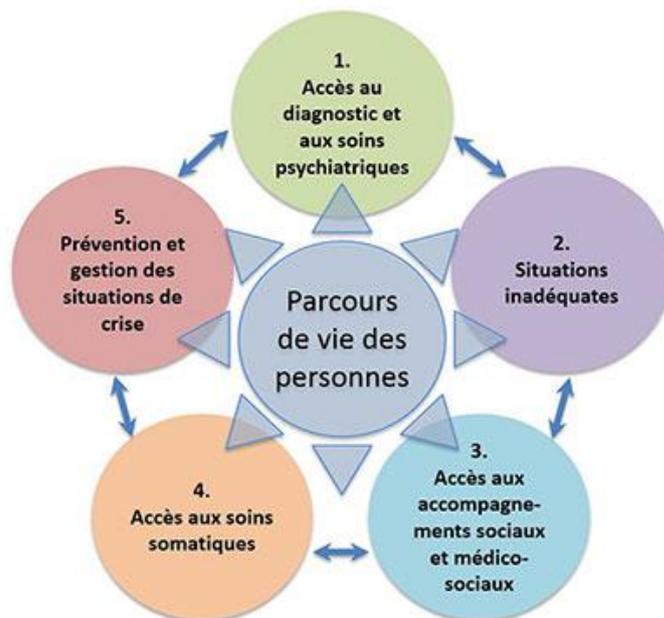
## 4.2. Constats par entrée "Parcours" et par filière

Le diagnostic s'appuie, conformément aux directives de *l'instruction du 05 juin 2018 sur les projets territoriaux de santé mentale* sur les outils construits par l'ANAP (Agence Nationale à la performance des établissements de santé et médico-sociaux).

L'organisation des parcours en psychiatrie et santé mentale est un **enjeu primordial et complexe** au regard de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes concernées par ces situations. Ces dernières requièrent en effet la coordination de multiples acteurs issus de champs professionnels différents afin de **construire une réponse adaptée et graduée aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques et de leurs aidants, au plus près de leur milieu de vie ordinaire.**

Aussi la notion de parcours ne se réduit pas uniquement à l'analyse des situations singulières mais fait référence à l'intégration des organisations (structures/dispositifs) dans le système de santé et à leur articulation.

L'ANAP identifie cinq portes d'entrée dans le parcours, c'est cette approche qui est retenue pour structurer les éléments validés du diagnostic.



Modèle de la "rosace" - ANAP

Chaque dimension est envisagée par filière d'âge : enfant, adulte, personne âgée. Les constats s'appuient notamment sur les travaux issus :

- du diagnostic des articulations entre acteurs et des pratiques professionnelles pour les trois filières d'intervention de la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale (PCPSM)
- des actions (groupes de travail notamment) mises en place par la PCPSM

## 4.2.1. Constats par filière et par "porte d'entrée" parcours

### 4.2.1.1. Filière Enfant Adolescent

#### 4.2.1.1.1. Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

L'offre sanitaire sur le département de la Haute-Saône propose des modalités de prises en charge variées allant du soin ambulatoire au soin hospitalier. La couverture du territoire de Haute-Saône est assurée par l'AHBFC en dehors de la zone Rioz-Montbozon-Villersexel, pour laquelle un projet de CMP est encore en cours de constitution.

**L'activité pédopsychiatrique est assurée essentiellement par l'AHBFC et permet donc une bonne visibilité de l'offre.**

Malgré cette visibilité, l'offre est marquée par un important **déficit médical impactant les délais de prises en charge et le développement des projets pourtant fondamentaux à la réalisation de ses missions**. La géo-démographie en Haute-Saône (espace très rural et clairsemé) impacte directement l'offre sanitaire, en mettant le réseau partenarial en difficulté (social, judiciaire, ...) devant le manque de réponses sanitaires autres qu'hospitalières.

En effet, en dehors de la réponse hospitalière offerte par l'AHBFC, l'offre libérale en pédopsychiatrie est extrêmement limitée, **seuls sept psychiatres libéraux étant installés en Haute-Saône, dont 2 à Héricourt et trois proches d'une fin de carrière. Par ailleurs, ils n'exercent pas à temps complet.**

L'absence de pédopsychiatres et psychiatres dans le réseau libéral est identifiée comme problématique tout comme le déficit de médecin en intra-hospitalier : 1 ETP de médecin n'est aujourd'hui pas pourvu au sein de la filière pédopsychiatrie de l'AHBFC. Le secteur hospitalier reste en difficultés quant à l'attractivité donc au recrutement.

**Ce déficit impacte nécessairement les délais d'attente pour des prises en charge.** En hospitalisation, accueil de jour et accueil ambulatoire, les listes d'attente sont importantes (moyenne de 6 mois d'attente – variabilité en fonction des secteurs). Un renforcement actuel des moyens au niveau des CMP est réalisé à travers la mise en place récente de la présence d'une infirmière d'évaluation au niveau du bassin de Jussey et Luxeuil (mars 2019). Le temps d'attente est plus faible lorsque deux praticiens exercent sur le même CMP, soit lorsque 1 ETP est présent sur ce site.

Une réflexion est engagée entre le secteur pédopsychiatrie, le service de pédiatrie et les urgences concernant la prise en charge des mineurs accueillis au sein du service des urgences.

Pour l'heure, seuls les plus de 16 ans passant par les urgences, rencontrent un psychiatre. Par ailleurs, en pédiatrie il est regretté l'absence d'un pédopsychiatre senior telle que la convention le prévoit (absence liée au manque d'effectif pédopsychiatrique). Actuellement, seul un interne en psychiatrie intervient 2 matinées par semaine dans le cadre du DESC de pédopsychiatrie avec toutefois l'appui régulier d'un senior de l'intersecteur et des contacts directs pédiatres-pédopsychiatres.

**Les professionnels tiennent à rappeler que la pédopsychiatrie en tant que discipline médicale peut s'inscrire en complémentarité mais ne doit pas être considérée comme s'inscrivant en substitut des manques structurels d'autres champs.** De plus, il est important de redéfinir les missions et domaine d'intervention de chaque professionnel.

**La bonne connaissance du réseau et sa mobilisation opportune constituent donc un enjeu essentiel, gage de qualité dans la prise en soins de l'enfant.**

#### **Instances de réflexion sur les pratiques professionnelles**

- **Groupe de travail régional autour du « Repérage précoce des souffrances psychiques et des troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent »** (Education nationale, PMI, pédopsychiatrie). Le groupe mène des actions d'information à destination des professionnels. Il a notamment co-organisé avec la PCPSM de Haute-Saône un colloque sur le repérage des troubles psychiques de l'enfant en novembre 2018 au pôle universitaire de Vesoul.
- **Rencontre régionale des pédopsychiatres** regroupant les différents professionnels du territoire souhaitant échanger sur leur pratique, les perspectives et partenariat avec l'ARS. Les différents pédopsychiatres du territoire se rencontrent sur une base semestrielle.

En-dehors du champ sanitaire, si les partenaires ne relèvent pas de difficultés particulières relatives au repérage ou au diagnostic pour des enfants 0-6 ans, il apparaît en revanche nécessaire **d'étayer les équipes du champ médico-social (AFSAME) sur le repérage et d'obtenir des avis psychiatriques extérieurs sur certaines situations** (temps de psychiatres et de psychologues insuffisant). Ainsi, les professionnels du champ médico-social s'interrogent sur la pertinence d'avoir des avis complémentaires par le biais du lien avec l'intersecteur pédopsychiatrique (ou en libéral) afin d'être un levier permettant d'éviter l'embolisation des CMP pour des situations qui ne le justifieraient pas (*fiche-action 2*).

**Il n'est pas toujours évident pour les intervenants des ESMS de différencier ce qui relève des troubles psychiatriques avérés et ce qui est à attribuer aux carences éducatives et sociales.** La formation des professionnels pour une montée en charge des compétences est un atout important à mobiliser et à développer parallèlement à l'organisation de temps de rencontres interprofessionnelles (*fiche-action 3*).

#### 4.2.1.1.2. Situations inadéquates

La **pénurie de psychiatres et de professionnels de la petite enfance intervenant en établissements** conduit au constat d'un certain nombre d'enfants restant en psychiatrie par défaut de structures d'accueil adaptées.

Par ailleurs, bien que peu fréquentes, les **hospitalisations contraignantes** pour des adolescents en crise nécessitent une interaction rapprochée entre acteurs de l'accompagnement, pédopsychiatrie

et les équipes d'hospitalisation (Unité Renoir). Ces situations sont toujours l'occasion d'un lien solide avec le secteur adulte et d'un partenariat actif pour faciliter le passage des unités d'hospitalisation contraignante vers le secteur pédopsychiatrique tenant compte de la situation clinique de l'enfant. Au moment de l'hospitalisation, un travail préalable avec les partenaires extérieurs est indispensable.

**Les hospitalisations inadéquates sont également en lien avec le nombre réduit d'accueil d'urgence au sein des structures d'hospitalisation actuellement saturées.**

L'analyse des situations complexes met aussi en avant que pour certains adolescents (14-18 ans), leur parcours de soin peut s'inscrire dans la rupture lorsqu'ils sont confrontés à des **changements du mode de placement** compte tenu de la dynamique de sectorisation et du caractère rural du département (transport, inégalité de l'offre,...).

Enfin, **un travail est mené pour les enfants en situation de crise nécessitant une prise en charge urgente avec les acteurs des champs** : urgences somatiques, pédiatrie, intersecteur de pédopsychiatrie (seuls 6 lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie existent sur le département pour la prise en charge de manifestation et des pathologies aiguës).

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

**Le territoire est marqué par un faible nombre d'organismes gestionnaires portant différents établissements (GROUPE ASSOCIATIF HANDY'UP, AHSSEA, AFSAME, UGECAM, AHS- FC).**

Les réponses sont variées en termes d'accueil et d'autorisations (SESSAD, IME, CMPP, etc.), mais on note toutefois une **carence de l'offre**, et notamment :

- Un manque de relais sur la tranche d'âge 3-6ans
- Un sentiment d'inadéquation de l'offre ESMS et davantage de complexité sur les profils d'enfants accueillis (troubles associés – comorbidités)
- Un équipement insuffisant du CMPP lui-même, qui a pour effet de différer le premier accueil de nombreux mois, d'une année quelquefois, en raison leur impossibilité à répondre à la demande suffisamment rapidement.
- L'existence d'un seul CMPP, en effet, pour le département de 70, ne couvrant qu'une petite partie ouest.
- Des pathologies de plus en plus lourdes, souvent associées à des situations de précarité importante, qui conduisent le CMPP à proposer des soins plus intensifs à un même patient (jusqu'à 3 séances par semaine, parfois), ce qui a pour effet de diminuer la file active et d'augmenter les délais d'accueil.
- Un CMP Enfants à Gray qui connaît les mêmes difficultés et avec lequel les relations professionnelles sont régulières
- Un nombre de lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie insuffisant ne permettant pas de répondre aux demandes des structures médico-sociales
- Une difficulté récurrente pour le CMPP à recruter des orthophonistes et médecin pédopsychiatre
- L'absence de ressources ITEP de proximité

Par ailleurs, **les acteurs du territoire soulignent l'importance d'apporter davantage de lisibilité pour les ESMS sur l'autorisation de prise en charge pour des enfants "tout âge"**. Certains SESSAD ont en effet des agréments pour des publics 0-20 ans, d'autres pour des publics 6-20 ans.

Ainsi, le DITEP peut accueillir des enfants de moins de 6 ans, il est à ce titre de plus en plus sollicité par l'institution scolaire en direct.

Les liens de partenariat (AHSSEA, AFSAME, ...) sont effectifs entre la pédopsychiatrie et les acteurs du champ médico-social. Ils aboutissent à des prises en charge complémentaires entre les deux champs avec une confiance réciproque et un travail dans l'anticipation. Ces liens ne sont toutefois pas conventionnés et reposent énormément sur la volonté des professionnels en place qui entretiennent ce travail collaboratif.

Les professionnels toutefois pointent la largeur et la complexité du champ de la santé mentale. Il importe alors **d'apporter des précisions quant aux compétences des uns et des autres et aux complémentarités existantes afin d'éviter les confusions de fonctions et de rôles**. Par ailleurs, la complexité de la saisine et des modalités de prise en charge en pédopsychiatrie peut également être opposée par certains partenaires médico-sociaux, qui ne connaissent pas toujours le circuit à emprunter pour une prise en soins (*fiche-action 1*).

➤ **En Haute-Saône, l'offre sociale s'organise autour :**

- des différents services du Conseil Départemental de Haute-Saône (ASE, PMI),
- de la protection judiciaire de la jeunesse (direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse de la Franche-Comté dont le siège est à Besançon)
- des associations gestionnaires regroupant les MECS, centres éducatifs/foyers et structures en milieu ouvert

A l'instar du partenariat entre l'intersecteur de pédopsychiatrie et les structures médico-sociales, la coopération avec les acteurs du champ social se construit par **l'expérience et au gré des relations interpersonnelles**, avec une volonté forte de la pédopsychiatrie.

➤ **Etat des articulations entre les professionnels de l'enfant et de l'adolescent sur la prise en charge et l'accompagnement:**

Des instances de coordination sont d'ores et déjà en place sur le territoire de la plateforme de Haute-Saône pour contribuer à la fluidité des parcours des jeunes d'une part, et à la connaissance entre acteurs et réflexion commune par ailleurs.

**Instance de concertation sur les cas individuels :**

- **Commission des cas critiques de la MDPH** de Haute Saône : examen des situations dites complexes sur sollicitation de la directrice. La pédopsychiatrie devrait y être représentée (manque de moyens humains actuels)
- **Commission d'harmonisation de la MDPH**
- **Participation à nouveau envisagée de l'intersecteur de psychiatrie à l'Equipe Pluridisciplinaire de la MDPH**
- **Réponse accompagnée pour tous (RAPT/MDPH)**
- **Réunion ESS** (intégration scolaire) : les équipes de suivi de la scolarisation exercent une fonction de veille sur le déroulement du parcours scolaire de l'élève handicapé et ont pour mission d'assurer la bonne mise en œuvre des décisions prises par la CDAPH. Les médecins pédopsychiatres ou un professionnel des services de pédopsychiatrie y participent sur sollicitation des équipes de l'éducation nationale.
- **Réunion de synthèse** (à la demande des ESMS) : des temps de synthèse sont organisés à l'initiative des établissements, des structures médicales, de l'éducation nationale en présence des médecins psychiatres ou d'un personnel de l'équipe soignante. Ceux-ci se rendent au sein des établissements pour apporter leur expertise sur la situation et co-laborer le projet du jeune avec les équipes éducatives.
- **Rencontres trimestrielles appelées réunions de régulation entre le Directeur de service du STEMO SFC, le Responsable de l'UEMO du Jura, les deux Juges des enfants, le substitut mineur lors desquelles peuvent être évoquées des situations de mineurs problématiques (cf instances de réflexion).**

#### Instances de réflexion sur les pratiques professionnelles :

- **Réunion institutionnelle depuis le printemps 2014 entre le CD (Directeur Enfance Famille et son chef de service), les magistrats du TGI (les 2 Juges des Enfants et le Substitut mineur) et la PJJ (représentée par son Directeur Territorial, le Directeur du STEMO SFC et le Responsable de l'UEMO). Il est convenu que la rencontre puisse s'organiser deux fois par an. L'objet de ces réunions relève du domaine de l'institutionnel exclusivement. Aucune situation de mineur n'est abordée.**

**Des temps de rencontres thématiques associant les partenaires des différents champs (sanitaire, médico-sociaux, sociaux) ne sont pas suffisamment institutionnalisés à l'échelle du département,** les pratiques tendant davantage vers l'échange bilatéral au détour d'une situation précise.

Une réflexion est engagée concernant des temps de concertation non plus centrés sur l'enfant mais sur les pratiques professionnelles, leur coordination et la mise en commun des ressources dans les situations de partenariat. La porte d'entrée de chaque dispositif doit être mieux identifiée (définir clairement le public cible). **La construction d'un maillage secteur par secteur (entendu en termes de bassins) sur le territoire grâce à des rencontres interprofessionnelles semble essentielle.**

#### 4.2.1.1.4. Accès aux soins somatiques

Les modes d'accès aux soins somatiques sont divers : médecine libérale, services des urgences, familles, pédopsychiatres, psychologues, ... après avis du pédiatre.

Les enfants présentant de graves troubles du comportement, non en lien avec une pathologie somatique, ne peuvent être hospitalisés en pédiatrie, qui est un secteur ouvert. Un lien se fait avec les urgences et l'intersecteur de pédopsychiatrie.

**Un travail de partenariat actif est engagé et à renforcer pour les situations complexes (ex : pathologies chroniques, troubles du comportement alimentaire) pour lesquelles une double prise en charge est nécessaire.** Dans certains cas, pourrait être sollicité un avis pédiatrique pour une consultation au sein des unités d'hospitalisations pédopsychiatriques.

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

L'intervention d'un médecin généraliste de l'intersecteur de pédopsychiatrie au sein des CMP est en place pour les situations où les médecins traitants ne sont pas sollicitables (examen clinique) et avant introduction de tout traitement psychotrope. De plus, un travail de partenariat est mis en place à Luxeuil avec les services d'accueil non programmés pour la réalisation d'un bilan avant la mise en route d'un bilan psychotrope (urgentiste, cardiologue, CMP).

**La notion de "crise" dans les situations complexes est à distinguer de la "crise institutionnelle"** qui fait référence aux difficultés des professionnels à mobiliser l'expertise des ressources existantes. Il s'agit notamment des situations de jeunes à problématiques multiples qui nécessitent **l'intégration de dispositifs spécifiques (séquentiel) avec un accompagnement pluri-professionnel (médical, éducatif, social...)**. **Il n'existe pas à ce jour ce type d'offre sur le département de la Haute-Saône (fiches-actions 5 et 5 bis).** **3**

**Dans certaines situations, la crise apparaît au décours d'une hospitalisation, notamment en pédiatrie.** Les manifestations comportementales sont alors au premier plan avec agitation, instabilité psychomotrice, angoisse, automutilation. Se pose alors la question de comment y faire face dans un service ouvert, et quels recours tiers possible (urgences psychiatriques, Secteur pédopsychiatrique de liaison).

Enfin, en-dehors des instances institutionnelles citées ci-dessus, aucun organe de coordination local des parcours n'avait été identifié sur le territoire. C'est ainsi qu'une **expérimentation reposant sur la dynamique des partenaires de la plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale** pour travailler ensemble sur les parcours à travers l'analyse de situations jugées complexes, est en cours depuis janvier 2018 avec les partenaires locaux de la PCPSM. Il n'existe pas à ce jour de moyens humains dédiés à cette instance.

Les situations soumises à l'instance opérationnelle concernent les mineurs présentant des difficultés avérées dans le champ de la santé mentale.

La mise en place de l'instance opérationnelle vise à répondre à la demande initiale des acteurs du territoire souhaitant travailler en " interdisciplinarité" \* sur la **continuité des parcours des enfants/adolescents en l'absence de réponse ou pour lesquels les solutions proposées ne semblent pas adaptées**. Dans certaines situations stabilisées mais à risque évolutif, cette instance peut avoir pour objet de maintenir la réflexion et le partenariat actif afin d'assurer un suivi et d'anticiper sur une complexité à venir.

Les situations concernées présentent les critères cumulatifs suivants :

➤ **la pluri-intervention** : les pistes de réflexion/d'action entre les partenaires n'ont pas permis d'apporter de réponses satisfaisantes ou adaptées. Tous les dispositifs internes propres à chaque instance/structure devront avoir été mobilisés.

➤ **la rupture du parcours** avec mise en échec de ce qui a pu être posé jusqu'à présent. Une présentation du parcours du mineur devra être formalisée lors de la réunion de l'instance opérationnelle.

➤ **le risque d'aggravation/de danger de la situation** par l'absence de réponses appropriées et l'absence de perspectives

Si aucun consensus et/ou perspective ne se dégage des réflexions, les positions divergentes sont toutefois formalisées, permettant de constituer d'autres pistes de travail dans le cadre du suivi de la situation ou de faire appel aux instances institutionnelles.

Une démarche évaluative après la tenue de 3 instances a permis de dresser des premiers constats impliquant un réajustement des modalités de fonctionnement pour une opérationnalité du dispositif. Toutefois, **cette instance ne dispose pas de ressources supplémentaires dédiées à l'animation, elle ne repose donc que sur la volonté des acteurs et leur implication.**

#### 4.2.1.2. Filière Adulte

##### 4.2.1.2.1. Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

➤ **Au niveau de l'offre sanitaire adulte sur le département**, si l'organisation en filières est efficiente, il est à noter toutefois un certain nombre de difficultés liées davantage à une méconnaissance des circuits et des modalités de prise en charge des structures notamment ambulatoires, pouvant être à l'origine de mauvaises orientations.

Ainsi, des orientations non pertinentes en ambulatoire sont parfois constatées, entraînant inévitablement un engorgement des services. **Ce phénomène est notamment lié à la pénurie de psychiatres en libéral.**

Une réflexion permanente quant à l'organisation des structures et quant au délai d'attente est menée, particulièrement en CMP et en hôpital de jour alors même que ces services seraient amenés à assurer des missions qui ne leur incombent pas. En ce sens, et afin de répondre à l'augmentation des demandes impactant la réactivité des CMP, certains CMP ont augmenté leur amplitude horaire (Vesoul).

Par ailleurs, dans un contexte de démographie médicale défavorable, les médecins psychiatres de l'AHBFC font face à une forte sollicitation de la part des partenaires dans les CMP du fait de déficit de médecins généralistes libéraux et de libéraux psychiatres (secteur très déficitaire sur Luxeuil, Lure, Vesoul).

L'offre de soin a été renforcée par :

- La création d'une structure plus adaptée dans la prise en charge du soin sans consentement (unité RENOIR)
- Un dispositif adapté aux patients chroniques avec troubles du spectre autistique (Rodin)

Par ailleurs, un projet de structure dédiée spécifiquement aux déficitaires lourds est en cours.

➤ **Concernant plus spécifiquement les personnes en difficultés d'insertion sociale et/ou professionnelle présentant des troubles psychiatriques et/ou de santé mentale (groupe de travail de la Plateforme santé mentale), les constats émanant des partenaires locaux sont les suivants :**

- La problématique de l'accès aux soins liée d'une part à l'engorgement des dispositifs en ambulatoire (CMP) et d'autre part à un refus de soins dans certaines situations,
- La démographie médicale en baisse (psychiatres en libéral) ne permettant pas de pallier l'attente au niveau des CMP,
- Un repérage et une orientation des personnes vers les soins réalisés tardivement (parfois inexistantes) par les ESMS du fait de la transformation de l'offre,
- Une transmission d'information à renforcer de façon réciproque entre la psychiatrie et les ESMS dans le cadre de la continuité des soins (ex : personne accompagnée en ESAT) (*fiche-action 20*)

- Des difficultés pour les familles à aider à l'adhésion aux soins et à l'accès aux soins des personnes. L'orientation par les médecins traitants notamment, vers les associations de patients, type UNAFAM doit être renforcée.
- Un défaut d'information des médecins traitants sur les structures de psychiatrie et de formation impactant le repérage des personnes en souffrance psychique

➤ **Concernant les personnes présentant à la fois une addiction et une pathologie psychiatrique et/ou de santé mentale (groupe de travail PCPSM) :**

- Dans le champ de l'addiction, le dispositif actuel apparaît complet avec une offre sanitaire représentée par le GH 70 (unité d'addictologie avec HDJ à Lure) et l'AHBFC (unité dédiée de 12 lits – Matisse), en lien avec les différents partenaires (ANPAA, ELSA, la psychiatrie ambulatoire,...).
- **L'ANPAA est le seul acteur en addictologie sur le département de Haute-Saône** disposant de :
  - un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en Addictologie (CSAPA généraliste) prenant en compte les addictions dans leur ensemble (alcool, drogues, ...) et positionné dans tout le territoire de la Haute-Saône (antennes, consultations) - prise en charge de l'aspect prévention – consultations jeunes consommateurs – interventions en maison d'arrêt -
  - un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD) – interventions en lieu fixe et lieux festifs

**L'ANPAA a un rôle important en termes de repérage**, et son orientation "généraliste" (toute addiction) permet de faciliter l'accès à la structure. L'articulation entre le GH70 (urgences -ELSA) et l'ANPAA permet également une orientation pour la réalisation d'une évaluation fine.

**Parfois, l'accès aux soins est difficile car liée à la pathologie (déni des troubles) et/ou à une comorbidité (pathologie associée aux troubles mentaux).** Une porte d'entrée par le "social" dans les CMP pourrait constituer un levier favorisant l'accès à l'offre de soins (parcours)

#### 4.2.1.2.2. Situations inadéquates

➤ **La psychiatrie générale met en évidence des situations d'hospitalisation inadéquates :**

- Un maintien des hospitalisations, faute de places en aval (orientation MAS, EHPAD)
- Un maintien en hospitalisation dans les unités de réhabilitation et d'admission pour des patients présentant des problèmes sociaux (allongement de la durée d'hospitalisation et embolisation des services)
- Un dispositif d'hospitalisation en soin sans consentement non adapté pour l'accueil des enfants/adolescents (réflexion en cours au niveau de la filière infanto-juvénile)

➤ **Concernant plus spécifiquement les personnes en difficultés d'insertion sociale et/ou professionnelle présentant des troubles psychiatriques et/ou de santé mentale, les partenaires font particulièrement état des risques de ruptures pendant la période charnière (filiale enfant/adulte) avec la question de la continuité du parcours.**

**Différents points sont évoqués et leur cumul complexifie les situations :**

- La différence entre l'âge de la majorité et l'âge adulte : l'accueil en ESMS est réalisé la plupart du temps à partir de 20 ans (ESAT)
- Le changement de statut social (MDPH : changement secteur enfant/adulte, ESMS : IME/ESAT)
- La question de la maturation du projet par le jeune (complexe pour un jeune accueilli en IME orienté en ITEP)

Des personnels de l'insertion professionnelle et sociale sont amenés à accompagner des jeunes en situation de handicap. Or ces situations ne sont pas toujours d'emblée repérées et lorsqu'elles apparaissent, elles engendrent des freins périphériques qui sont longs à lever. De plus, les professionnels sont parfois démunis pour apporter une solution d'insertion et un accompagnement pluri professionnels est parfois nécessaire (*fiche-action*).

➤ **Concernant les personnes présentant à la fois une addiction et une pathologie psychiatrique et/ou de santé mentale, il est noté :**

- Des sollicitations de plus en plus fréquentes du SDIS et de la gendarmerie pour des situations de misère sociale (paupérisation) associant des pathologies addictives et psychiatriques (exclusion, violence, polyaddictions, ...) = mobilisation importante d'un personnel insuffisamment formé
- La problématique d'accès aux soins ajouté au déni d'autant plus significative lorsque la personne n'a pas de domicile fixe (marginalité) – amont de l'hospitalisation
- Le risque de rupture du parcours à la sortie des unités d'addictologie du fait de l'attente de places en post-cure – aval de l'hospitalisation.
- La création d'un SSR addictologie favoriserait la prise en soins continue de ces patients souffrant de pathologies addictives (réflexion toujours menée par l'AHBFC)

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

➤ **L'offre médico-sociale** en Haute-Saône est très diversifiée : CSAPA, foyer d'hébergement, foyer de vie, accueil de jour, SATP, FAM, MAS, SAMSAH et portée par des organismes gestionnaires bien identifiés sur le territoire de manière historique.

Toutefois, **il est constaté un effet d'engorgement du fait d'un déficit de places en ESMS, notamment en FAM et en ESAT, d'une part, et une carence au niveau de l'offre à destination de**

**certaines publics spécifiques d'autre part.** Ainsi les patients jeunes présentant une démence sont aujourd'hui très difficilement pris en charge, et ce manque de solution d'accompagnement adapté peut conduire à des hospitalisations récurrentes. Par ailleurs, des difficultés liées au handicap psychique vieillissant sont à noter avec un manque de solutions d'aval.

➤ **Au niveau de l'offre sociale adulte sur le département, un manque de structures de relais** est constaté, notamment sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes emboisant des places non-adaptées.

Les structures de l'accompagnement social font par ailleurs part d'un manque de moyens pouvant être à l'origine d'une rupture dans le parcours de vie de la personne via par exemple des hospitalisations par défaut, notamment au niveau du public jeune en situation précaire qui présente des problématiques psychiatriques (ITEP/AHSRA).

La réduction des moyens se répercute également dans la diminution du nombre de places en structure d'accueil et de la diversité des accompagnements permettant le repérage et la prévention (ex : disparition des places sur le PHAJ de Frotey, arrêt de financement pour une équipe mobile départementale AHSRA, etc.).

#### **Des projets ont toutefois vu le jour ou vont se mettre en œuvre :**

- Création de services et de place à destination des personnes handicapées vieillissantes, le tout porté par le Groupe Associatif Handy'Up, en réponse à des appels à projet du CD 70 :
  - Un Habitat Autonome avec Accompagnement (réglementairement un SAVS) pour personnes handicapées vieillissantes, sur un principe d'habitat regroupé, avec une antenne sur Vesoul et une sur Gevigney.  
Capacité : 16 places
  - Un Service d'Accompagnement en Ehpad (réglementairement un SAVS) à destination des personnes handicapées qui entrent dans un dispositif PA et qui a pour mission de favoriser les passerelles entre domicile/ESMS et les établissements pour personnes âgées avec un suivi assuré par un psychologue durant une année.  
Capacité : 5 places
  - Création de place en AJ avec possibilité d'être accompagné soit sur Vesoul, soit sur Lure  
Capacité : 5 places
  - Création d'une unité pour personnes handicapées vieillissantes en Foyer de vie sur Lure  
Capacité : 8 places.
- Dispositif expérimental, le DHI, pour l'inclusion des personnes handicapées à domicile avec un financement ARS sur un principe d'ENR mais avec une perspective de pérennisation.
- Mise en place du Conseil Local de Santé mentale (CCAS de Vesoul)
- Couverture du territoire avec notamment l'intervention du SAVS sur l'ensemble du département, reste toutefois un point fort avec l'appui du CHRS (Social club)
- Mise en œuvre d'une résidence accueil à Vesoul par l'AHBFC pour une ouverture début 2021
- Création d'un FAM handicap psychique en Haute-Saône

➤ **Articulation entre professionnels de la filière Adulte sur la prise en charge :**

- Conseil Local de Santé mentale de Vesoul,
- Groupes de travail PCPSM pour contribuer à la fluidité des parcours et à la connaissance entre acteurs et réflexion commune
- Expérimentation de l'instance territoriale opérationnelle autour de situations complexes liées à des problématiques d'insertion sociale (santé mentale)

➤ **Concernant plus spécifiquement les personnes en difficultés d'insertion sociale et/ou professionnelle présentant des troubles psychiatriques et/ou de santé mentale, il est à noter :**

- **Un manque de places dans les structures sociales/médico-sociales** (ESAT, foyers de vie,...) occasionnant des listes d'attente importantes et le risque de rupture dans l'accompagnement de personnes qui nécessiteraient de bénéficier de dispositifs adaptés
- **Un manque de lisibilité sur les ressources existantes** pour les professionnels, notamment les médecins traitant et les personnes (*fiche-action 18*)
- **Un manque de formation des professionnels** sur la sensibilisation aux pathologies mentales, sur les conduites à tenir (ex : mission locale = sur des situations "complexes", CMS), et la nécessité de travailler autour des pratiques professionnelles pour améliorer le lien avec les partenaires (*fiches-actions 11-19*)
- **Le risque de créer des ruptures au niveau des prises en charge si la coordination entre les acteurs est insuffisamment mobilisée** : nécessité de fluidifier les parcours en favorisant les transitions, les relais entre les dispositifs par une meilleure transmission d'informations (*fiche-action 20*)  
(ex : dispositif de soin ↔ ESAT)
- Des situations complexes pour des **profils de personnes se situant en –dehors des champs d'intervention des dispositifs** (cadre restrictif des dispositifs) et pour lesquelles des accompagnements modulaires sont à envisager
- **L'importance d'informer les partenaires institutionnels** (pôle emploi), d'une part pour déstigmatiser ce public auprès des professionnels, d'autre part pour rappeler les droits des personnes en recherche d'emploi afin de coordonner les actions avec les ESMS (ex : les personnes accompagnées en ESAT souhaitant revenir en milieu ordinaire) (*fiche-action 21*)
- **Des questionnements sur la notion d'inclusion** de personnes dans la société si un accompagnement adapté n'est pas mis en place et sur celle du libre-choix de la personne
- **La nécessité d'améliorer les circuits d'orientation**, notamment le lien entre la MDPH, le SIAO, les structures médico-sociales/sociales (mission locale, cap emploi, ESAT...) et en tenant compte des publics en marge (inadéquation des orientations faute de places ou places inadaptées) et **d'adapter les accompagnements**.

➤ **Concernant les personnes présentant à la fois une addiction et une pathologie psychiatrique et/ou de santé mentale (groupe de travail PCPSM) :**

- **Un partenariat étroit est mis en place entre le CSAPA et les différents acteurs impliqués dans l'accompagnement des personnes souffrant de pathologies addictives** : GH70, AHBFC (unité d'hospitalisation, ambulatoire, CHRS/SAVS "Social Club"), AHSRA, ACT, les forces de l'ordre, le SDIS, la préfecture, la justice, la maison d'arrêt.
- Sur le département de Haute-Saône, un travail de coopération est déjà effectif entre ces acteurs ; il tend à se renforcer notamment entre l'ANPAA et l'ASHRA/CHRS/SAVS par le biais d'interventions/ d'informations...
- Le projet de CAARUD mobile (accueil itinérant pour assurer les mêmes missions que le CAARUD) à destination des usagers les plus précarisés sur l'ensemble du territoire du CTS est acté.
- Des liens effectifs existent entre l'ANPAA et la justice pour accompagner les personnes délinquantes (consommation de stupéfiants) et leur proposer une alternative à la sanction judiciaire (alternative à la peine) -
- La déclinaison d'un dispositif transversal de télémédecine permettrait de répondre à des besoins dans le champ de l'addictologie : réalisation de consultations psychiatriques en appui à l'unité d'addictologie de LURE (GH70/AHBFC/ANPAA) -
- Des actions de formation sont mises en place pour les professionnels des ESMS via l'AHBFC (thématique addictologie), l'ANPAA – formations des professionnels pour leur donner des connaissances en addictologie puis le développement d'ateliers aux usagers – formation aux forces de l'ordre
- Le développement de l'expérimentation de "addiction en milieu sportif" (charte : création d'évènements en fonction du niveau d'engagement/formations-action des éducateurs/ compétences psycho-sociales) : le comité départemental olympique et sportif /Direction de la jeunesse /IREPS/ANPAA

#### 4.2.1.2.4. Accès aux soins somatiques/ relations ville-hôpital

Les points suivants sont soulignés :

- **La présence de médecins généralistes dans les unités au niveau de l'AHBFC**
- **Concernant plus spécifiquement les soins sans consentement**, la réalisation d'une évaluation médicale somatique pour tous les patients admis dans l'unité RENOIR (urgences du GH70 ou médecin généraliste de l'AHBFC)
- **Des temps de vacation de médecins spécialistes à l'AHBFC**
- **Un lien étroit avec le service des urgences et l'UIA** : présence psychiatrique 24h/24 avec garde et des IDE spécialisées permet de répondre à l'ensemble des demandes avec évaluation de chaque situation et orientation à l'UIA ou dans les unités de soins de l'AHBFC ou extrahospitalières. Concernant particulièrement les problématiques d'addiction, une évaluation par l'ELSA est réalisée dans les meilleurs délais avec une orientation spécifique (CSAPA, unités d'addictologie GH70/AHBFC)
- **Un partenariat entre l'AHBFC et le GH70** (consultation, hospitalisations)

- **L'absence de médecins traitants référents pour certains patients** (conciliateur de la CPAM est en charge de favoriser l'accès aux médecins traitants): choix des personnes ou meilleure répartition des médecins en fonction des flux

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

- **Les situations de crise en psychiatrie sont prises en charge au niveau de l'UIA (Vesoul) et du service de soins sans consentement** (gestion de la crise suicidaire)
- **Le rôle des CMP est à rappeler de façon permanente** : possibilité pour les partenaires de solliciter les structures ambulatoires avec une évaluation en premier recours par des IDE avec évolution possible vers des professionnels IPA (Infirmière de pratiques avancées)
- **Les difficultés à anticiper les situations de crise sont présentes lorsque la population n'est pas connue des services de psychiatrie** (lien psychiatrie/ acteurs de terrain et associations de patients/familles, actions de prévention, information)
- **La répercussion des moyens** : diminution de nombre de places en structure d'accueil (ESMS) et de la diversité des accompagnements limitant le repérage et la prévention
- **Les actions de formation** ont un rôle important dans la gestion de la crise par les professionnels du champ médico-social/social
- **La prévention de la crise suicidaire** est à renforcer au regard des données statistiques concernant le taux de suicide en Haute-Saône (*cf partie 4.4.1*)

#### **4.2.1.3. Filière Personne Agée**

##### **4.2.1.3.1. Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques**

**L'offre sanitaire est portée par l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé de l'AHBFC disposant d'une filière complète de prise en charge. Le CESPPA et l'HDJ d'Esquirol sont venus compléter cette filière sur le versant ambulatoire.**

Concernant le périmètre d'intervention de l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé, les cantons de Champagne et Villersexel ont été interchangés avec l'intersecteur de l'Aire Urbaine. Le canton de Villersexel est donc inclus dans le territoire de la Haute-Saône pour l'intervention de l'équipe mobile, y compris les EHPAD (2 à Villersexel). Le canton de Champagne est quant à lui pris en charge par l'intersecteur 90Z01 de l'Aire Urbaine.

**5,4 ETP de psychiatres composent actuellement la filière personne âgée. Ils interviennent en intra dans les deux unités d'hospitalisation, dans les CMP, dans les EHPAD.**

Les **services de médecine polyvalente gériatriques et SSR de Lure et Luxeuil**, peuvent solliciter des consultations aux CMP de proximité pendant la durée d'hospitalisation du patient avec une réponse apportée dans la semaine, que ce soit dans le cadre d'un avis diagnostique ou thérapeutique ou pour une demande de transfert en service de psychiatrie nécessitant un avis au préalable. Par ailleurs, régulièrement, des avis téléphoniques sont donnés aux médecins de ces services.

Il existe par ailleurs **une ligne de garde de psychiatrie** au niveau du GH70 de Vesoul (sur l'ensemble des filières) à laquelle participent les psychiatres de l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé.

**Différents projets ont vu le jour dans une logique de structuration de l'offre de soin à destination des personnes âgées :**

- **Création d'un « hôpital de jour Personnes Agées » polyvalent** (CESPPA : centre d'évaluation et de soins psychiques pour personnes âgées) (évaluation, consultation,...) à partir de 2015 à Vesoul : évaluation pluriprofessionnelle en ambulatoire (neuropsychologue, psychiatre, assistante sociale, ...) et prise en charge thérapeutique. Cette structure permet de proposer tout un panel de prise en charge des PA présentant des troubles psychiques généraux et éventuellement des troubles cognitifs au stade léger à modéré. Cette structure offre une alternative à l'hospitalisation complète en termes de soins, pour une meilleure intégration des personnes âgées dans leur environnement habituel.

- **Mise en place d'un hôpital de jour au sein de l'unité Esquirol** : accueil en journée de patients souffrant de troubles démentiels au stade modéré à sévère ne nécessitant pas d'hospitalisation complète.

**Le dispositif de l'intersecteur permet d'avoir une filière de soins complète pour les patients souffrant de troubles psychiatriques liés à l'âge** (CMP, équipes mobiles, unité d'HC et HDJ) **et ceux souffrant de troubles démentiels** (prévention, dépistage et diagnostic avec la consultation mémoire avancée, bilan, prise en charge ambulatoire au CMP ou en HDJ, projet de soutien des aidants avec l'HDJ Esquirol, prise en charge des décompensations aiguës et hospitalisation de rupture en HC).

- **Renforcer la télémédecine** : L'intersecteur a développé un projet de télépsychiatrie au service des résidents d'EHPAD (Cournot Changey), afin de pouvoir évaluer et suivre régulièrement des résidents souffrants de troubles psychiques, dans l'impossibilité de se déplacer au CMP de proximité. Ceci permet un « rapprochement » de l'intersecteur et de ces établissements, et de développer les collaborations avec la médecine libérale.

Le lien avec le médecin traitant dans le cadre d'une orientation vers les structures en psychiatrie est essentiel pour favoriser l'accès aux soins.

Certains patients en perte de mobilité peuvent être en difficulté pour bénéficier d'une évaluation ou d'un suivi en CMP, ce qui nous incite à mener une réflexion sur une médicalisation partielle de notre équipe mobile infirmière.

Par ailleurs, la difficulté des médecins libéraux d'envisager et de proposer les CMP comme un dispositif de consultation mémoire persiste, sans doute en raison de la stigmatisation des dispositifs psychiatriques.

#### 4.2.1.3.2. Situations/hospitalisations inadéquates

Le recours ponctuel aux hospitalisations sans consentement s'est amélioré pour les personnes âgées souffrant de démence très certainement du fait de l'ouverture d'une UCC et d'aménagements permettant la sécurisation des locaux en unité de court séjour gériatrique. Le recours au service de court séjour gériatrique qui est fermé et expliquent cette évolution. Il persiste quelques orientations contestables sur le plan médical et éthique dans le cadre des soins sans consentement.

Afin d'être présent dès le début lors de telles orientations et de pouvoir échanger avec les partenaires et offrir une prise en soin spécialisée aux patients, un projet d'accueil direct dans le service de psychiatrie du sujet âgé des soins sans consentement des patients à partir de 65 ans est en cours de formalisation.

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

Il est constaté un **manque de places au niveau des SSIAD** dans le cadre du maintien à domicile.

**L'offre d'hébergement pour les personnes âgées est ainsi diversifiée sur le territoire ;** toutefois il semble que les EHPAD nécessiteraient de s'adapter au vieillissement croissant des résidents accueillis, et aux troubles cognitifs dont la prévalence tend à augmenter. Ainsi la sécurisation des locaux, face au danger de l'errance, doit progresser pour éviter des hospitalisations délétères à l'adaptation des résidents, pour des motifs qui tiennent davantage aux structures qu'à l'état clinique des résidents.

**Une tendance à la « psychiatisation » de certains établissements** serait par ailleurs pointée tandis qu'une répartition plus homogène de ce public serait possible et pertinente, pour l'organisation des EHPAD et le confort des résidents. L'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé contribue à rendre ceci possible en réalisation des suivis de résidents au sein des établissements par les équipes mobiles infirmières et parfois les psychiatres.

Enfin, il est intéressant d'indiquer l'existence :

- **d'un GCSMS** (le PNL) entre l'AHBFC et un groupe d'EHPAD associatif (600 lits)
- **de l'Association GERONTO 70 (Espace de concertation et d'actions collectives)**, fédérant de nombreux acteurs sanitaire, médico-social et social du département et qui a pour objet de réfléchir autour de thèmes tels que l'échange d'expérience, la diffusion d'information, la promotion du parcours de soins et de mettre en œuvre des actions à l'échelle départementale.

C'est ainsi que le déploiement de places d'Accueil temporaire partagé d'urgence et de répit a pu être organisé sur le département de Haute-Saône.

**Globalement, sur le département, la filière de soins dédiée aux personnes âgées jouit d'une organisation rendue lisible par une bonne interconnaissance des différents acteurs (travaux de groupes de travail de la Plateforme de psychiatrie & santé mentale).**

➤ **L'offre sociale** se structure quant à elle essentiellement autour des services sociaux des établissements hospitaliers, du Conseil Départemental de Haute-Saône (AASA/ CMS), ainsi que des CCAS/CIAS.

#### 4.2.1.3.4. Accès aux soins somatiques

Le suivi somatique des patients hospitalisés en psychiatrie est assuré par des médecins généralistes et des gériatres de l'AHBFC.

Sur le versant ambulatoire, l'articulation avec les médecins traitants est correcte (échanges téléphoniques, courriers) mais perfectible.

**Un outil patient commun transversal pour favoriser la transmission d'informations entre la psychiatrie et l'hôpital général semble pertinent.** Cet aspect est également à explorer sur le plan des EHPAD.

#### 4.2.1.3.5. Prévention et gestion des situations de crises

S'agissant des troubles psychiatriques généraux, les équipes mobiles infirmières réparties sur les CMP de l'intersecteur permettent un suivi longitudinal supervisé par un psychiatre, **de nature à prévenir et repérer précocement des signes avant-coureurs de crise** (*fiche-action 14*). Un enjeu majeur constitue le renforcement de ces équipes mobiles infirmières tant à domicile qu'en EHPAD de par leur rôle en termes de repérage des troubles psychiatrique, de suivi et de prévention des situations de crise.

**Pour les troubles liés aux démences**, cette organisation a permis de réduire considérablement les hospitalisations en urgence, et la mise en place de l'HDJ dédié aux troubles démentiels à Esquirol vise à améliorer encore cette prévention, tout en soulageant les aidants par un accueil à la journée individualisé (*fiche-action 15*).

**Pour les patients jeunes souffrant de troubles démentiels**, l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé propose désormais une consultation d'évaluation et d'orientation devant tout trouble du comportement à composantes psychiatrique et neurologique, pour tout patient adulte sans limite d'âge, pour tout l'intersecteur, organisée au plus près du patient (*fiche-action 16*).

**Cette démarche de parcours (porte d'entrée parcours = étape) est d'ores et déjà bien appréhendée par les différents acteurs, sensibilisés à l'importance de l'approche globale du parcours :** repérage (domicile), prévention, suivi, accompagnement,... et à sa déclinaison et à son continuité. Ainsi, différents dispositifs ont permis d'initier et de renforcer ces pratiques sur le département: PCPSM, MAIA, contrats locaux de santé (CLS), association GERONTO 70, GCSMS PNL

Des liens seront à initier avec les CPTS et la prochaine organisation territoriale.

## 4.2.2. Synthèse par filière

### 4.2.2.1. Filière infanto-juvénile

#### Offre de service

##### Points forts :

- ✓ Bonne couverture territoriale, lisibilité de l'offre sanitaire (ambulatoire, accueil de jour et hospitalisation complète) et dispositifs variés
- ✓ Mise en place récente de nouveaux dispositifs sur le territoire : Maison de l'Adolescence (MDA), Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT/MDPH), EDAP 70

##### Points d'attention :

- ✓ Déficit médical dans certains services (pédiatrie, PMI, santé scolaire, pédopsychiatrie, établissements sociaux et médico-sociaux) impactant les délais de prise en charge (CMPP/CMP de l'ordre de plus de 9 mois)
- ✓ Ajustement du service rendu par carence de structures adaptées (glissement vers les structures de soin ou MS par défaut : 60% des jeunes accueillis en ESMS ont des troubles psychiatriques/troubles du comportement)
- ✓ Secteur libéral peu développé autour de l'enfance (pédiatres et psychiatres)

#### Interconnaissance des acteurs

##### Bonnes pratiques :

- ✓ Réseau structuré et conventionné autour des services de pédopsychiatrie (PMI, pédiatrie du GH 70, CAMSP, EDAP, Education Nationale, ESMS – convention de travail avec l'ADAPEI de juillet 2001)
- ✓ Réunions partenariales à l'échelle régionale (groupe de repérage/ pédopsychiatrie, PMI, Education nationale)
- ✓ Instances de réflexion sur les pratiques professionnelles (cf -)

##### Points d'attention :

- ✓ Lien existant mais à pérenniser avec : la psychiatrie adulte, la médecine générale, les libéraux
- ✓ Respect des rôles/missions des uns et des autres (ex : pédopsychiatrie / défaut de propositions sociales)

#### Construction des parcours de vie

##### Bonnes pratiques :

- ✓ Bon réseau partenarial permettant une réflexion collective sur la fluidité des parcours
- ✓ Expérimentation de l'instance opérationnelle avec les partenaires de la PCPSM

**Points d'attention :**

- ✓ Nécessité d'anticiper les situations de crise
- ✓ Réponses de premier niveau à optimiser (Education nationale, PMI, réseau libéral) = repérage, prévention, mobilisation des ressources internes
- ✓ Transmission des informations vers une réponse spécialisée de deuxième niveau = orientation spécialisée (pédopsychiatrie, libéral,...)
- ✓ Questionnements sur la continuité des soins concernant les adolescents en fin de suivi sur le secteur pédopsychiatrique (nécessité d'anticipation mais aussi préparation au relais)
- ✓ Définition des modalités de lien avec les structures du médico-social à renforcer

#### 4.2.2.2. *Filière adulte*

##### Offre de service

###### **Bonnes pratiques :**

- ✓ Organisation en filières de soins efficaces
- ✓ Réseau bien structuré en addictologie
- ✓ Fluidité du parcours prenant en compte l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale (en lien avec les structures extérieures : SOCIAL CLUB, GEM, projet de résidence accueil)
- ✓ Expérimentation d'une instance territoriale opérationnelle pour des personnes en difficultés d'insertion sociale et/ou professionnelle et présentant des troubles psychiatriques ou de santé mentale
- ✓ Développement des programmes d'éducation thérapeutique
- ✓ Dispositif « Profamille » (animation IDE spécialisée en psychiatrie)
- ✓ Structuration des soins de réhabilitation psychosociale

###### **Points d'attention :**

- ✓ Difficultés d'orientation pour les tranches d'âge entre deux filières (déficit de structures d'aval) : 16-18 ans, 50-60 ans (« démences jeunes »), 60-65 ans
- ✓ Liste d'attente importante pour l'offre ambulatoire et les places en MAS/ foyer de vie/ ESAT (troubles psychiques)
- ✓ Liste d'attente en unités d'admission

##### Interconnaissance des acteurs

###### **Bonnes pratiques :**

- ✓ Existence d'un travail en réseau et de travaux de réflexion multipartenariale
- ✓ Bonne coopération avec le GH 70 (UIA, urgences) permettant une continuité des soins
- ✓ Lien étroit avec le milieu carcéral (Vesoul) et la justice
- ✓ Convention de l'AHBFC avec des ESMS : ESAT, FJT de Lure, etc....
- ✓ Travaux en lien avec le CLSM (*Conseil Local de Santé Mentale*) de Vesoul
- ✓ Participation de l'AHBFC aux diverses instances territoriales

###### **Points d'attention :**

- ✓ Nécessité de travailler sur l'activation permanente du réseau
- ✓ Renforcer la transmission d'information en sortie d'hospitalisation pour garantir une continuité dans l'accompagnement
- ✓ Développer le travail de liaison entre les structures MS (notamment aux périodes charnières) et le travail de prévention/situations de crise

## Construction des parcours de vie

### **Bonnes pratiques :**

- ✓ Travaux communs : réflexion collective, dynamique partenariale, volonté d'améliorer la continuité des parcours de soins/ de vie des patients

### **Points d'attention :**

- ✓ Renforcer l'accompagnement autour de la gestion de la crise avec les acteurs : effort de prévention en partenariat avec les différents acteurs (séjours de répit, hospitalisation séquentielle, travail avec les MT, IDE libérales et familles,..)
- ✓ Mieux travailler la sortie d'hospitalisation psychiatrique en lien avec l'ensemble des intervenants de proximité (information patient, préparation sortie avec solution d'aval)

#### 4.2.2.3. Filière Personne âgée

##### Offre de soin

###### **Bonnes pratiques :**

- ✓ Bonne structuration de la psychiatrie du sujet âgé sur le département : répartition homogène sur le département des consultations CMP, équipes mobiles infirmières spécialisées
- ✓ Positionnement du Centre d'Evaluation et de Soins Psychiques pour Personnes Agées (CESPPA) à Vesoul : Centre médico-psychologique, Hôpital de Jour, Equipe Mobile, consultation mémoire
- ✓ Création d'un hôpital de jour d'Esquirol destiné aux patients avancés dans les maladies neuro-cognitives pour lesquels existent peu de dispositifs (projet de soutien aux aidants en collaboration avec France Alzheimer adossé à cet HDJ)
- ✓ Consultations mémoires avancées (GH70 Lure-Luxeuil-Vesoul/ AHBFC Gray-Vesoul-Lure-Luxeuil-Jussey-Saint Rémy/Clairefontaine)
- ✓ Avis spécialisés/suivis dans plusieurs EHPAD conventionnés
- ✓ Télémédecine : consultations psychiatriques au bénéfice des résidents d'EHPAD (Cournot et prochainement pour la fondation Grammont de Villersexel disposant d'une UHR) adossées à des visites sur site par des infirmiers (Equipes mobiles)
- ✓ Ouverture récente de places en hébergement temporaire, soit 18 au total sur le département

###### **Points d'attention :**

- ✓ Insuffisante hétérogénéité dans l'accueil des personnes présentant des troubles psychiques dans les EHPAD de Haute-Saône
- ✓ Nombre insuffisant d'EHPAD structurellement équipés pour l'accueil de résidents « déments et déambulants » et des personnes « handicapées vieillissantes »

#### 4.2.2.3.1. Interconnaissance des acteurs

###### **Bonnes pratiques :**

- ✓ Existence d'un travail en réseau : bonne connaissance et bonne dynamique entre partenaires, favorisées par le nombre relativement réduit d'acteurs et l'ensemble des démarches de réflexions communes qui ont été menées au niveau de la plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale

**Points d'attention :**

- ✓ Diminution du nombre de médecins généralistes sur certains secteurs
- ✓ Manque de médecins coordonnateurs dans les EHPAD
- ✓ Formation des soignants en EHPAD aux troubles psychiques liés au vieillissement
- ✓ Problématique du secret professionnel pouvant limiter l'échange d'information entre professionnels et intervenants à domicile
- ✓ Entretien des liens de bonne qualité établis ces dernières années entre professionnels

4.2.2.3.2. Construction des parcours de vie

**Bonnes pratiques :**

- ✓ Mobilisation/réflexion des acteurs, à toutes les étapes du parcours, par exemple afin limiter le nombre de passages aux urgences inadéquats de personnes âgées
- ✓ Externalisation des soins en psychiatrie en développant l'ambulatoire (CMP, VAD IDE, liens EHPAD, collaboration avec les prestataires à domicile)
- ✓ Répartition géographique et accessibilité des consultations mémoires devant permettre une réduction du nombre de situations domiciliaires préoccupantes
- ✓ Bonne répartition des structures d'accueil de jours sur le territoire

**Points d'attention :**

- ✓ Problème de la non orientation des patients avec troubles cognitifs débutants vers les consultations mémoires et manque de repérage et d'orientation précoce des patients (Alzheimer, maladie apparentée). Ou à défaut, à un stade ultérieur, anticipation perfectible des maintiens à domicile
- ✓ Problème de passage aux urgences des personnes âgées présentant des troubles cognitifs et/ou une perte d'autonomie
- ✓ Délai de mise en place des mesures de protection juridique
- ✓ Réticence des familles au coût financier de l'institutionnalisation

### 4.3. Axes de travail ciblés par le diagnostic issu des travaux de la PCPSM

La Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale déployée en Haute-Saône depuis 2015 (plan d'actions) répond à deux enjeux qui sont mis en évidence dans le PTSM :

#### 4.3.1. Renforcer la connaissance territoriale et les pratiques professionnelles

- ✓ Améliorer la lisibilité de l'offre existante sur le territoire couvert par le PTSM
- ✓ Gagner en lisibilité sur les compétences et les limites de chaque structure/service/acteur intervenant dans le champ de la santé mentale
- ✓ Constituer des espaces d'échange et de réflexion entre les partenaires
- ✓ Sensibiliser et informer le grand public aux questions de santé mentale

#### 4.3.2. Renforcer les collaborations sur les parcours

La Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de Haute-Saône travaille avec les acteurs du territoire sur un certain nombre de thématiques à l'échelle des filières enfant, adulte, personne âgée.

Les constats qui en résultent contribuent à l'élaboration du diagnostic du PTSM, toutefois **seules certaines thématiques jugées prioritaires sont intégrées au plan d'actions du PTSM** (cf partie 5).

##### 4.3.2.1. Améliorer l'orientation et l'accès à des soins psychiatriques adaptés pour les adultes et les PA dans la globalité du champ de la santé mentale

**1<sup>ère</sup> thématique : Améliorer l'orientation et l'accès à des soins psychiatriques adaptés pour les adultes et les PA dans la globalité du champ de la santé mentale**

#### Travaux réalisés au niveau de la filière Adulte

- Groupe de travail « Addictions & santé mentale » (15-20 prof.)
- Groupe de travail « Patients jeunes » (15-20 prof.)

#### Travaux réalisés au niveau de la filière Personne âgée

- Groupes PA sur la thématique « L'intégration des dimensions sanitaire, MS, social, institutionnelle dans l'accompagnement des PA souffrant de détérioration cognitive » (+ 50 prof.)

**1<sup>ère</sup> thématique : Améliorer l'orientation et l'accès à des soins psychiatriques adaptés pour les adultes - FILIERE ADULTE**

**Travaux du groupe de travail « Addiction & santé mentale »**

- **Objectifs :**  
Repérer les difficultés et les points bloquants dans le parcours de ces personnes présentant à la fois une addiction et une pathologie psychiatrique et/ou de santé mentale
- **Constats:**
  - Bonne structuration de l'offre en addictologie en Haute-Saône : dispositif de niveau II (lits dédiés, HDJ, ELSA)
  - Problème d'adhésion aux soins des personnes présentant des troubles psychiatriques avec conduites addictives
  - Manque d'articulation entre les dispositifs en sortie d'hospitalisation (délai entre post-cure et cure = problème pour personnes en situation précaire)
- **Pistes:**
  - Mise en place d'une consultation ANPAA à l'AHSRA et CAARUD mobile
  - Travailler à la réorganisation des circuits aux urgences (circuits courts) et renforcer le lien entre l'IAO et l'IDE de psychiatrie (priorisation pour patients déjà connus)
  - Renforcer la connaissance autour des missions CMP/CSAPA
  - Information préventive/ communication locale auprès de la police/gendarmerie
  - Création d'un Service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en addictologie en Haute-Saône

**1<sup>ère</sup> thématique : Améliorer l'orientation et l'accès à des soins psychiatriques adaptés pour les adultes dans la globalité du champ de la santé mentale - FILIERE ADULTE**

**Travaux du groupe « Patients jeunes »**

- **Objectif:**  
Améliorer l'accompagnement des patients jeunes (< 60 ans souffrant de détérioration cognitive d'origine neurologique -MA, MP, AVC, TC, SEP, ... et/ou avec troubles du compt- confrontés à des parcours atypiques/complexes
- **Constats (état des lieux collectif et local en lien avec le PMND en BFC (programme malades jeunes)**
  - Méconnaissance : cadre législatif d'intervention MDPH/modalités de remplissage des CM
  - Structures inadaptées à vocation gériatrique ou structures plus axées sur le handicap  
= absence de PEC spécifique pour les personnes jeunes
- **Axes de travail: REPERAGE (situations à risque de rupture)/ INFORMATION/ FORMATION**
  - Plan de communication ciblée : flyers en cours de finalisation (population/professionnels)
  - Information des MT par une information locale lors des FMC /modification des CM des MDPH
  - Sensibilisation des professionnels (IDE, cadres de santé, internes) à la problématique des malades jeunes (ex : intervention IFSI, journées d'info...)
  - Organisation d'un forum/conférence (professionnels)
  - Interventions lors du cursus universitaire (handicap, ...)

**1<sup>ère</sup> thématique : Améliorer l'orientation et l'accès à des soins psychiatriques adaptés pour les PA dans la globalité du champ de la santé mentale - FILIERE PERSONNE AGEE**

**Thématique :** « *L'intégration des dimensions sanitaires, MS, social, institutionnelle dans l'accompagnement des PA souffrant de détérioration cognitive* »

- **5 groupes de travail** (étapes du parcours de la PA) :

G.1. Faciliter l'entrée dans les soins des personnes débutant une détérioration cognitive/repérage précoce

G.2. Faciliter le lien entre le médical et le social dès le repérage, en intégrant l'environnement

G.3. Anticiper l'indication d'hospitalisation afin de l'organiser et d'éviter le passage aux urgences, et éviter les erreurs d'orientation (neurologie/gériatrie/psychiatrie)

G.4. Faciliter au mieux le retour à domicile (anticipation des aides, concertation avec les familles)

G.5. Anticiper et accompagner l'institutionnalisation lorsqu'elle est nécessaire et prévenir d'éventuelles ruptures

- **Travaux :** élaboration d'une convention partenariale

**1<sup>ère</sup> thématique : Améliorer l'orientation et l'accès à des soins psychiatriques adaptés pour les PA dans la globalité du champ de la santé mentale - FILIERE PERSONNE AGEE**

• **Axes de travail :**

- Repérage et orientation
- Transmission et transversalité
- Prévention

• **Priorisation des thématiques :**

- Le repérage des personnes âgées fragiles
- La qualité de la sortie d'hospitalisation
- La connaissance des dispositifs locaux par le biais de journées d'information et d'échanges réalisées auprès des internes/cadres de santé (favoriser les orientations adaptées des situations)
- La réflexion autour du partage d'informations sécurisées et dématérialisées entre professionnels dans l'attente du dispositif ETICSS porté par l'ARS

**FOCUS SUR LA SORTIE D'HOSPITALISATION :**

Réalisation d'un état des lieux collectif et de propositions présentées à l'ARS en sept. 2017 sous l'égide de l'association GERONTO 70

#### 4.3.2.2. *Améliorer le parcours des personnes hospitalisées en soins sans consentement*

### **2<sup>ème</sup> thématique** : Améliorer le parcours des personnes hospitalisées en SSC- **FILIERE ADULTE** -

Travaux du groupe de travail : **« Urgences & soins sans consentement »** (25-45 prof.)

- **Constats/points de vigilance :**
  - la validité des modalités administratives
  - les transports (délai)
  - la qualité et la traçabilité de l'information délivrée au patient
  - le délai de « réactivité » des mandataires judiciaires pendant l'hospitalisation
  - l'information entre les partenaires à toutes les étapes du parcours
  - le défaut d'anticipation des sorties d'hospitalisation
  - le relais entre les unités d'hospitalisation libre et l'ambulatoire
- **Résultats :**
  - Forte implication des acteurs concernés sur le département pour améliorer les pratiques existantes, la prise en soins, l'accompagnement (représentativité des partenaires)
  - Compréhension des difficultés respectives situées aux différentes étapes du parcours
  - Co-construction d'outils : logigramme (acteurs/missions, outils), processus interventionnel, référentiel, fiche « amélioration parcours patient »
  - Au niveau des pratiques professionnelles : outil de liaison GH70-Pinel, convention AT 70, mise en ligne des documents administratifs (site PCPSM), temps AS dédié aux sorties d'hospitalisation (expérimentation)
    - = élaboration collective d'une convention

#### 4.3.2.3. *Améliorer l'orientation et apporter des réponses adaptées au niveau de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur le territoire dans la globalité du champ de la santé mentale*

### **3<sup>ème</sup> thématique** : Améliorer l'orientation et apporter des réponses adaptées au niveau de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur le territoire dans la globalité du champ de la santé mentale

**Filière ENFANT & INFANTO-JUVENILE** - Travaux du groupe de travail (15-20 prof.)

- **Améliorer l'orientation et l'accès à des soins adaptés en pédopsychiatrie/parcours global**
  - Réfléchir collectivement à l'amélioration du parcours de soins/de vie des enfants et faciliter les prises en charge
  - Mettre en place une organisation coordonnée, complémentaire dans l'accompagnement des enfants suivis
- **Développer le repérage et la PEC précoce des troubles psychiatriques :**
  - Projet conférence en lien avec le groupe régional de repérage prévue en 2018
- **Réflexion à des réponses adaptées au niveau des parcours en psychiatrie de l'enfant et l'adolescent et dans le champ de la santé mentale**
  - Circuit d'intervention (sanitaire/MS/soc) : favoriser les articulations entre les dispositifs de prise en charge sanitaire, médico-sociale, sociale (présentation des dispositifs : compétences/limites)
  - Meilleur accompagnement des familles dans l'information et l'orientation, dès la détection du trouble jusqu'à sa PEC (en lien avec la MDA)
  - Réfléchir à des réponses sociales plus adaptées aux besoins (situation sans réponse sociale)
- **Anticiper les situations de crise** : création d'une instance de concertation pluridisciplinaire (élaboration d'une charte de fonctionnement)

4.3.2.4. *Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de maladie ou handicap psychique/concourir à la déstigmatisation de la maladie psychiatrique*

**4 ème thématique :** Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de maladie ou handicap psychique/concourir à la déstigmatisation de la maladie psychiatrique - **FILIERE ADULTE**

• **Constats/problématiques:**

- Ruptures pendant la période charnière entre l'enfant et l'adulte (repérage et orientation)
- Représentations sociétales (stigmatisation)
- Pb des personnes se situant en dehors des champs? (cadre restrictif des dispositifs)
- Manque de places en ESAT troubles psychiques (90 pers. pour Villersexel) et sur les chantiers d'insertion (Doubs)

• **Pistes:**

- Renforcer l'interconnaissance mutuelle et la transmission d'informations pour une coordination plus efficiente
- Formations des professionnels
- Analyse de situations à partir de la démarche parcours (personne sortant d'hospitalisation en démarche d'insertion par le logement/ personne souffrant de troubles psy. en situation d'insertion)
- Réflexion autour de la pertinence de la création d'une instance de concertation autour des situations complexes (en complément du CLSM pour un aiguillage hors Vesoul)
- Construction d'un projet collectif autour de l'art, la culture et l'insertion dans le cadre de la société civile (association itinéraires singuliers)
- Installation d'un GEM handicap psychique et projet de SAMSAH handicap psychique et de résidences accueil (prise en charge globale du parcours / réinsertion)

72

**4 ème thématique :** Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de maladie ou handicap psychique/concourir à la déstigmatisation de la maladie psychiatrique - **FILIERE ADULTE**

**Travaux du groupe « *Insertion & santé mentale* »**

co-animation avec le CLSM Vesoul (complémentarité)

• **Objectif:**

Optimiser la prise en charge des partenaires sur les parcours d'insertion de personnes présentant des troubles psychiatriques ou de santé mentale

- Renforcer les coopérations et l'accompagnement des personnes (lisibilité de la trajectoire de soin et articulations des actions respectives)
- Elaborer collectivement des réponses à apporter face aux besoins repérés

71

#### *4.3.2.5. Adapter et optimiser les ressources humaines*

La réponse aux problématiques de psychiatrie et santé mentale ne se trouve pas, principalement, dans des recompositions techniques mais dans la présence de personnes qualifiées ou en capacité de diagnostiquer et de réaliser un accompagnement adapté aux besoins de prise en charge de la personne.

Aussi répondre aux actions du PTSM, c'est la faculté d'installer sur le territoire des compétences en nombre, au sein des différentes institutions et structures.

Or, l'attractivité n'est pas forcément au rendez-vous. Il faudra donc optimiser les moyens humains présents, dans la mesure du possible.

Ainsi, la définition réglementaire des pratiques infirmières en psychiatrie / santé mentale pourrait permettre, dans une certaine mesure, de fluidifier et coordonner certains parcours, dans le but d'optimiser le temps médical.

Les adaptations des moyens aux différents projets sont nécessaires, l'optimisation des ressources humaines est un outil mais la réalité de la psychiatrie et de la santé mentale repose sur une prestation intellectuelle et un accompagnement humain.

- Il s'agit d'un véritable enjeu pour la pleine réussite du Projet Territorial de Santé Mentale.

#### 4.4. Thématiques prioritaires s'inscrivant dans les orientations de la feuille de route gouvernementale 2019 – parcours Santé Mentale/Psychiatrie

Les axes de travail retenus dans le cadre du PTSM de Haute-Saône s'inscrivent dans les **orientations gouvernementales** :

- Repérage et prise en charge précoces des troubles psychiques / prévention du suicide ;
- Amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique /amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements

Au-delà des différents points en lien avec les orientations abordées ci-dessus, le **PTSM de Haute-Saône met l'accent sur** :

- Le repérage de la crise suicidaire et l'organisation d'une veille autour des suicidants
- La structuration du dispositif de prise en charge du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adulte
- La promotion des soins de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive pour diminuer la chronicisation et de faciliter l'insertion sociale

##### 4.4.1. Le renforcement du dispositif de prévention à la crise suicidaire

**Il s'agit de prévenir et de réduire les situations de décompensation et de crise et les risques de rupture dans le parcours de soins et de vie.**

**Un dispositif via un protocole dit de "Gestion d'un entretien infirmier par téléphone" pour des personnes signalant des idées suicidaires et/ou en situation aigue en lien avec des troubles psychiques (état d'agitation, délirant, auto-hétéro agressivité) est en place au sein de l'AHBFC.** L'objectif de ce protocole vise à répondre de façon efficiente à une demande de soins, d'écoute, d'orientation, d'information dans le cadre d'une continuité du soin, que l'appel téléphonique concerne une unité intra et/ou extrahospitalière.

L'infirmier saisit les informations dans le logiciel Cariatides si la personne est connue ou sur une fiche de traçabilité dans le cas contraire, et réalise les démarches nécessaires à l'issue de l'entretien (contact avec le CMP, le psychiatre référent, l'infirmière d'accueil des urgences,...).

**Afin de renforcer ce protocole en lien avec les appels émanant de l'extérieur, un dispositif de veille post-hospitalière des suicidants** sur une période de 6 mois sera déployé afin de contribuer à une baisse de la mortalité et la morbidité par suicide, dans une population de sujets suicidants. Il visera à constituer des procédures d'alerte efficaces, en cas d'identification de sujets en crise suicidaire ainsi que de contribuer à la mise en place de stratégies innovantes et répliquables dans la prise en charge des conduites suicidaires à l'instar de l'expérimentation VIGILAN S (*cf fiche-action 24 – thématiques transversales*).

**Par ailleurs, des travaux pilotés par la PCPSM de Haute-Saône intégrant l'AHBFC, le SDIS et les forces de l'ordre sont en cours afin d'établir, à partir de données statistiques concernant les suicidants et les suicidés en Haute-Saône, un état des lieux sur le suicide en Haute-Saône** pour mettre en place des actions de prévention visant à limiter le risque suicidaire ; une journée organisée à échéance 2020-2021 sur le repérage du risque suicidaire (à destination des professionnels) est prévue en collaboration avec la PCPSM de l'Aire Urbaine.

#### **4.4.2. La formation des professionnels autour de la prise en charge du psychotraumatisme**

Le contexte national est marquant (nombreuses victimes de violences physiques/sexuelles), et le contexte sociétal est en pleine évolution (minorités "ciblées", violences conjugales, détérioration des relations au travail...). L'impact sur les personnes n'est pas négligeable : comportements à risques, pathologies mentales, suicides, échec scolaire,... . **L'identification de dispositifs spécialisés dans la prise en charge du psychotraumatisme s'avère nécessaire.**

L'appel à projets national lancé par la Direction Générale de l'Offre de Soins cible "*toutes les personnes (adultes et enfants) exposées à des violences ayant entraîné ou étant susceptibles d'entraîner un psycho traumatisme (physiques, sexuelles, psychologiques, conjugales, suite à un attentat, accident,...)*". Il s'agit d'appréhender la problématique par une **approche globale, psychique et somatique** (CS, psychothérapies individuelles et collectives, actions d'ETP) et ceci par un travail de réseau avec les acteurs de la prise en charge sur un territoire.

Le projet du CHU de Dijon (Bourgogne) a été retenu pour être l'un des dix centres de référence de psychotraumatisme. Le dispositif est construit autour du patient (parcours médico-psychologique, social, judiciaire) et concerne le volet Adulte (population générale, publics vulnérables, femmes) et Enfant. L'entrée dans le dispositif s'appuie sur une démarche volontaire du requérant ou peut être réalisée par le médecin traitant, la police/gendarmie, les associations d'aide aux victimes, le 119.

Le centre réunit l'ensemble des compétences des CHU et au-delà (psychologues, tissu associatif, ...) et comporte également un axe recherche.

Sa mise en place implique au préalable un état des lieux/une cartographie de l'existant sur chacun des territoires dans le champ du psychotraumatisme (prise en charge, formation des professionnels), dont la Haute-Saône. Le Centre de Référence a ainsi comme interlocuteur la Plateforme de coordination en Santé mentale de Haute-Saône en tant qu'appui au recensement du fait de la dynamique partenariale.

**Le lien entre le Centre de Référence régional et le territoire se fait par la coordination mise en place dans le cadre du PTSM.** L'axe prioritaire retenu concerne particulièrement la formation des professionnels intervenant dans les parcours de personnes victimes de psychotraumatisme (*cf fiche-action 25 – thématiques transversales*).

#### 4.4.3. La structuration du dispositif de réhabilitation psychosociale

Le **développement renforcé de la réhabilitation psychosociale est un des objectifs inscrit dans la feuille de route Santé mentale et psychiatrie**. Figurant dans le décret du 27 juillet 2017 relatif au PTSM, les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux doivent ainsi être envisagées sur les territoires.

Ces nouveaux outils thérapeutiques visent à compléter l'offre de soins déjà présente dans les établissements sanitaires.

**La réhabilitation psychosociale des patients est inscrite de longue date dans le projet institutionnel de l'AHBFC et reste une préoccupation importante**. Il s'agit d'appréhender de manière plus globale les personnes dans leur contexte et en fonction de l'adéquation de leurs desseins à leurs aptitudes afin de développer un mieux-être dont les déterminants sont propres à chaque patient.

La réhabilitation est mise en place à la suite d'une évaluation approfondie transversale et multidisciplinaire et requiert le déploiement d'outils spécifiques. Elle vient compléter les soins "classiques". Ainsi, **différentes actions ont été mises en place au sein de l'unité Courbet de l'AHBFC depuis 2011** : EPP sur "l'évaluation des 4 étapes de la démarche éducative personnalisée", actions de formation du personnel (éducation thérapeutique du patient), soutien aux familles.

Toutefois les propositions visent :

- à élargir les formations à l'ensemble des partenaires sanitaires et médico-sociaux
- à réajuster l'organisation du travail afin d'adapter et positionner les ateliers ETP
- à poursuivre le travail de lien avec les partenaires pour mieux préparer la sortie
- à individualiser l'unité de réhabilitation Courbet avec une équipe identifiée, formée et experte

**L'instruction du 16 janvier 2019 relative au "développement des soins de Réhabilitation Psycho-Sociale sur les territoires" est dans la droite ligne menée par l'unité Courbet depuis son ouverture**, en tenant compte des ajustements nécessaires au fil du temps et de l'évolution des prises en soins avec comme perspective une plus grande ouverture sur l'extérieur avec un travail en réseau renforcé et davantage formalisé.

**L'existant est ainsi en conformité avec l'instruction toutefois, au regard des différentes attentes, une structuration du dispositif s'avère nécessaire** pour une meilleure lisibilité de l'organisation, une continuité des soins et une articulation entre l'amont et l'aval de l'hospitalisation. Des ressources humaines doivent être déployées en corrélation (*cf fiche-action 9 – filière Adulte*).

## 5. Projet Territorial de Santé Mentale

Le projet territorial de santé mentale est élaboré sur la base des **constats et leviers d'action identifiés dans le diagnostic**, en tenant compte des priorités énoncées aux *articles R. 3224-5 à R. 3224-10 du code de la santé publique* et de leur déclinaison en actions de prévention et de promotion de la santé, en soins et en accompagnements à l'autonomie et à l'inclusion sociale et citoyenne.

Le projet territorial de santé mentale est concrétisé par un document opérationnel décrivant les projets et les actions retenus par les acteurs afin de **prendre en compte les six priorités fixées** par le *décret du 27 juillet 2017* pour la durée du projet territorial.

*✓ le repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic, l'amélioration de l'accès aux soins et de l'accompagnement social ou médico-social*

*✓ l'organisation – sans rupture – du parcours des personnes, en particulier celles présentant des troubles graves, à risque ou en situation de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale*

*✓ l'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques*

*✓ la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence*

*✓ le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décision et d'action ainsi que la lutte contre la stigmatisation de ces troubles*

*✓ l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.*

A travers ces priorités, la **dimension globale du suivi** – sanitaire, social et médico-social – de la personne dans son milieu de vie ordinaire est envisagée.

Le PTSM prévoit la priorisation des actions dans le temps, les modalités opérationnelles de leur mise en œuvre et les acteurs concernés. Il prévoit en outre les modalités et les indicateurs d'évaluation de la mise en œuvre du projet.

L'instance de pilotage demeure la commission Santé Mentale du CTS qui impulse la dynamique du PTSM, assure son suivi et son évaluation en lien avec la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale (PCPSM) et l'ARS.

Le PTSM a une durée de 5 ans à compter de la date à laquelle il est arrêté par le Directeur Général de l'ARS.

**Au regard du diagnostic mené, issu des travaux de la Plateforme de coordination de psychiatrie et de santé mentale (PCPSM) de Haute-Saône, le Projet Territorial de Santé Mentale définit des actions prioritaires à mettre en œuvre dans les cinq prochaines années.**

Parallèlement, les travaux de la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale se poursuivent et s'inscrivent dans les grands axes du PTSM.

## 5.1. Actions en lien avec les constats/porte d'entrée ANAP

### 5.1.1. Filière enfant

#### ➤ FICHE ACTION 1

**Renforcer l'identification des structures pédopsychiatriques, leur champs d'action, leurs modalités de fonctionnement pour une meilleure lisibilité des prises en soin dans l'intersecteur et une amélioration du réseau partenarial**

*Pilotes AHBFC / PCPSM*

#### ➤ FICHE ACTION 2

**Renforcer l'appui clinique et diagnostique à l'égard des enfants suivis dans les structures médico-sociales par le biais d'un lien avec le secteur pédopsychiatrique (libéral ou hospitalier)**

*Pilotes AHBFC / AFSAME*

#### ➤ FICHE ACTION 3

**Former les professionnels des ESMS confrontés aux troubles psychiques et comportementaux des enfants accueillis**

*Pilote AHBFC*

#### ➤ FICHE ACTION 4

**Assurer un appui aux structures PMI-CAMSP-néonatalogie-pédiatrie à travers un regard pédopsychiatrique pour prévenir les situations à risque, pour ajuster et faciliter la globalité du parcours**

*Pilotes AHBFC/ GH70/ CD 70*

#### ➤ FICHE ACTION 5

**Expérimentation d'une unité médico-éducative à destination des jeunes à problématiques multiples nécessitant un accompagnement pluriprofessionnel**

*Pilotes AHBFC/ASEF/ ENFANCE BOURDAULT*

#### ➤ FICHE ACTION 5 BIS

**Expérimentation d'une équipe mobile ressource multipartenariale**

*Pilotes AHBFC/ASEF / ENFANCE BOURDAULT*

### 5.1.2. Filière adulte

Les actions prioritaires retenues au niveau de la filière adulte dans le cadre du PTSM concernent plus **spécifiquement les personnes en difficultés d'insertion sociale et/ou professionnelle** présentant

**des troubles psychiatriques et/ou de santé mentale et les personnes souffrant d'addiction et de pathologies psychiatriques et/ou de santé mentale :**

➤ **FICHE ACTION 6**

**Renforcer l'appui aux familles/aidants dans l'adhésion aux soins des personnes présentant des troubles de santé mentale**

*Pilotes UNAFAM/AHBFC*

➤ **FICHE ACTION 7**

**Mettre en place et déployer des équipes mobiles sur le département de Haute-Saône pour permettre un accompagnement global adapté des personnes en situation de handicap psychique ou présentant des troubles du spectre autistique**

*Pilotes AHBFC*

➤ **FICHE ACTION 8**

**Renforcer le dispositif existant dans le champ de l'addictologie**

*Pilotes ANPAA*

➤ **FICHE ACTION 9**

**Structurer le dispositif de réhabilitation psycho-sociale sur le territoire**

*Pilote AHBFC*

➤ **FICHE ACTION 10**

**Expérimenter une instance opérationnelle territoriale**

*Pilote AHBFC*

➤ **FICHE ACTION 11**

**Former des professionnels des structures partenaires confrontés à des personnes présentant des troubles de santé mentale**

*Pilotes AHBFC/mission locale*

➤ **FICHE ACTION 12**

**Développer les actions de formation à l'égard des professionnels confrontés à des personnes présentant des conduites addictives**

*Pilote ANPAA*

➤ **FICHE ACTION 13**

**Développer des actions de prévention dans le champ de l'addiction**

*Pilotes ANPAA/gendarmerie/SDIS*

### 5.1.3. Filière personne âgée

#### ➤ FICHE ACTION 14

**Favoriser le repérage des troubles psychiques et l'accès aux soins psychiatriques par un renforcement de l'équipe mobile infirmière de l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé**

*Pilotes AHBFC/ GERONTO 70*

#### ➤ FICHE ACTION 15

**Compléter l'offre par le déploiement d'un dispositif adapté d'hôpital de jour pour des patients âgés présentant des troubles cognitifs et des troubles du comportement et y adjoindre un dispositif dédié aux aidants**

*Pilotes AHBFC/GERONTO 70*

### 5.1.4. Filières enfant/ adulte et adulte / personnes âgées

#### ➤ FICHE ACTION 16

**Faciliter la continuité des parcours de vie durant la période charnière (16-25 ans) des jeunes en difficultés d'insertion sociale et présentant également un handicap psychique**

*Pilote Mission locale Vesoul*

#### ➤ FICHE ACTION 17

**Proposer une consultation multisites pour tout patient adulte quel que soit l'âge, présentant des troubles du comportement avec intrication neuropsychiatrique**

*Pilotes AHBFC*

#### ➤ FICHE ACTION 18

**Accompagner les personnes handicapées vieillissantes**

*Pilotes GROUPE ASSOCIATIF HANDY'UP*

### 5.1.5. Multi-filières

#### ➤ FICHE ACTION 19

**Tendre vers une interconnaissance mutuelle opérationnelle entre les acteurs du territoire**

*Pilotes AHBFC/PCPSM*

➤ FICHE ACTION 20

**Accroître la montée en compétences des professionnels des ESMS sur les pathologies mentales et la prévention de la crise suicidaire**

*Pilotes AHBFC/PCPSM*

➤ FICHE ACTION 21

**Renforcer les liens entre les acteurs de la santé mentale afin de garantir une continuité du parcours et de limiter les situations de crise**

*Pilotes AHBFC/PCPSM*

➤ FICHE ACTION 22

**Poursuivre les coopérations entre les services des urgences et le dispositif de santé mentale**

*Pilotes GH70/AHBFC*

## 5.2. Thématiques transversales

➤ FICHE ACTION 23

**Contribuer à la déstigmatisation des personnes présentant des pathologies mentales**

*Pilotes AHBFC/PCPSM/médecine libérale*

➤ FICHE ACTION 24

**Développer l'outil numérique dans la santé mentale**

*Pilote ARS*

➤ FICHE ACTION 25

**Promouvoir l'attractivité du territoire**

*Pilote ARS*

➤ FICHE ACTION 26

**Renforcer le dispositif de prévention à la crise suicidaire**

*Pilote AHBFC*

➤ FICHE ACTION 27

**Développer la formation des professionnels à la problématique du psychotraumatisme**

*Pilotes AHBFC/PCPSM/Centre de référence BFC*

### 5.3. Présentation des fiches actions

<b>FILIERE ENFANT</b>	
<b>Fiche action n° 1</b> <b><i>Renforcer l'identification des structures pédopsychiatriques, leur champ d'action, leurs modalités de fonctionnement</i></b>	
<b>Motivation de l'action, contexte</b>	Les professionnels des structures de soins (type CMP) perçoivent combien il est difficile pour les intervenants du champ sanitaire et social, d'avoir une représentation des missions, des modalités d'accès et des pré-requis nécessaires avant toute prise en charge
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> Améliorer le parcours de l'enfant par une plus grande connaissance des missions des structures pédopsychiatriques</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orienter l'enfant vers la structure de soins la plus adaptée au regard de sa problématique de santé (CMP, LEADEC, urgences, hospitalisation)</li> <li>- Améliorer le lien partenarial avec l'ensemble des acteurs impliqués dans les prises en charge de l'enfant (médecin traitant, PMI, pédiatrie,...)</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b> une meilleure connaissance du champ d'intervention du secteur pédopsychiatrique est un atout essentiel pour renforcer le travail de réseau, pour anticiper les situations de crise et améliorer le parcours de soins de l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Lien avec FA 18-20 du PTSM</b></li> </ul> <p><b>Description des actions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information grand public</li> <li>- Réactualisation périodique des outils de communication</li> <li>- Information des médecins par le biais des FMC/maisons de santé</li> <li>- Organisation de rencontres pluriprofessionnelles sur les bassins de proximité</li> </ul> <p><b>Porteur de l'action :</b> AHBFC</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> le réseau partenarial</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> les intervenants du champ sanitaire et social</p> <p><b>Territoire concerné :</b> le département de Haute-Saône hors Héricourt</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendre vers un parcours de soins et d'orientation plus ajusté aux besoins de l'enfant</li> <li>- Contribuer à l'amélioration des représentations du soin psychique à l'égard des enfants et de leur famille</li> </ul>

<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	<b>Mobilisation de la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale</b>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Indicateurs quantitatifs</b> : nombre de rencontres organisées avec le réseau partenarial de chaque bassin de proximité, nombre de courriers adressés par les médecins traitants, nombre de communications annuelles sur ce thème</li> <li>- <b>Indicateurs qualitatifs</b> : satisfaction des professionnels</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure : annuelle</b></p> <p><b>Source : Intersecteur de pédopsychiatrie/ PCPSM</b></p> <p><b>Responsable du suivi : AHBFC</b></p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Lien étroit avec les missions de la PCPSM (améliorer la lisibilité des dispositifs)

# FILIERE ENFANT

## Fiche action 2

### ***Renforcer l'appui clinique et diagnostique à l'égard des enfants suivis dans les ESMS par le biais d'un lien avec le secteur pédopsychiatrique (libéral/hospitalier)***

<p><b>Motivation de l'action, contexte</b></p>	<p>On observe une évolution des besoins de santé (comorbidités) des publics accueillis au niveau des ESMS impactant les pratiques professionnelles et nécessitant une adaptation des nouvelles modalités d'accompagnement des intervenants.</p>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général :</b> Assurer une coordination de parcours tenant compte des ressources internes et de ses limites. Identifier les situations frontières nécessitant le recours à l'expertise externe</p> <p><b>Sous- objectif :</b> Prévenir les situations de rupture avec les structures médico-sociales en privilégiant la coconstruction (renforcer la transversalité entre les structures)</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Travailler sur la diversification des qualifications et des compétences des intervenants dans l'accompagnement de jeunes présentant des troubles psychiques</li> <li>- Réorienter les pratiques dans un objectif d'approche plurielle (modalités d'accompagnement diversifiées)</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé :</b> L'analyse effectuée au sein des ESMS met l'accent sur l'importance dans certaines situations d'avoir recours à des tiers pour définir quel type d'accompagnement est le plus adapté au regard des besoins de santé de l'enfant accueilli</p> <p><b>Description des actions :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Renforcement des ressources internes (au sein des ESMS) =</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation du temps alloué aux moyens humains (psychiatre, psychologue)</li> <li>- Accentuation de la politique de formation vis à vis des troubles psychiques</li> <li>- Développer les temps réflexifs (analyse de la pratique, posture professionnelle, étayage aux équipes)</li> </ul> </li> <li><b>2. Renforcer la présence pédopsychiatrique au sein des structures de proximité (CMP)</b></li> <li><b>3. Faciliter l'expertise externe et l'accès aux soins en ayant recours aux structures de soins de proximité (présentation de situations complexes, accès aux consultations, lien avec les référents institutionnels de l'enfant)</b></li> </ol> <p><b>Pilotage de l'action :</b> ESMS/AHBFC</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> les ESMS/AHBFC/libéral</p>

	<p><b>Population bénéficiaire :</b> le public accueilli au sein de chaque ESMS présentant une majoration de leur situation de handicap en lien avec les troubles psychiques</p> <p><b>Territoire concerné :</b> le département de la Haute-Saône hors Héricourt</p>
<b>Résultats attendus</b>	<p>Eviter les situations de rupture, c'est-à-dire de départ brutal de l'institution d'origine et les orientations par défaut</p> <p>Eviter des hospitalisations par défaut et/ou contraignantes</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Durée du PTSM
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- temps psychiatre : 145000€</li> <li>- temps psychologue : 45000 €</li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicateurs quantitatifs : nombre de situations complexes analysées, nombre de double prise en charge (ex : HDJ/établissement, établissement/CMP...), nombre d'hospitalisations/orientations inadaptées</li> <li>- Indicateurs qualitatifs : diversification des pratiques professionnelles =nombre de professionnels formés, choix des thématiques, évolution de la gestion des emplois et des compétences, évaluer la qualité du réseau par les professionnels concernés (questionnaires)</li> <li>- Nombre d'ETP médical dans les structures</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure : annuelle</b></p> <p><b>Source : les ESMS/AHBFC</b></p> <p><b>Responsables du suivi : les ESMS/AHBFC</b></p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Politique de l'inclusion

# FILIERE ENFANT

## Fiche action 3

### *Former les professionnels des ESMS confrontés aux troubles psychiques et comportementaux des enfants accueillis*

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Les difficultés rapportées des professionnels vis-à-vis des enfants présentant des troubles comportementaux et leur besoin de mieux discerner ce qui relève du domaine éducatif ou sanitaire, amènent à envisager la mise en place de formations spécifiques consacrées aux troubles psychiques de l'enfant.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> Améliorer les connaissances des professionnels pour ajuster leur accompagnement au sein des structures d'accueil</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aider les professionnels à mettre en place des réponses adaptées face aux troubles comportementaux</li> <li>- Eviter les hospitalisations en mobilisant les ressources internes</li> <li>- Leur permettre de percevoir à quel moment le recours à des structures pédopsychiatriques externes est nécessaire</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b> Le retour des professionnels sur leurs besoins d'avoir une formation spécifique et pragmatique est très souvent évoqué.</p> <p>Les intervenants du champ médico-social mettent souvent l'accent sur leur état d'impuissance face à des situations vécues comme intenses émotionnellement et pour lesquelles ils pensent être démunis. L'augmentation du niveau de connaissances théoriques et pratiques pourrait permettre d'assurer un apaisement en inscrivant les professionnels dans une dynamique de comportement adapté/ajusté.</p> <p>Parallèlement, cela permettrait d'avoir des informations concernant les conduites à tenir dans certaines situations de crise et de les anticiper mais aussi de renforcer la dynamique coopérative au sein des structures</p> <p><b>Porteur de l'action :</b> AHBFC</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> AHBFC (organismes de formation)</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> professionnels des ESMS</p> <p><b>Territoire concerné :</b> département de la Haute-Saône hors Héricourt</p>
<b>Résultats attendus</b>	<p>Anticipation des situations de crise</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p>Durée du PTSM</p>

<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> Une formation 1 jour par semestre réalisée par un pédopsychiatre (groupe multipartenaire) : 1500€/journée
<b>Indicateurs</b>	<b>Description :</b> <b>Indicateurs quantitatifs :</b> nombre de professionnels formés, nombre d'ESMS inscrivant cette dynamique de formation dans ce domaine <b>Indicateurs qualitatifs :</b> questionnaires de satisfaction sur l'impact à distance de la formation engagée sur le plan individuel (vécu) et la dynamique du groupe (institutionnel) <b>Fréquence de mesure : annuelle</b> <b>Source : service de formation AHBFC/PCPSM</b> <b>Responsable du suivi : AHBFC</b>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Lien avec la PCPSM sur la montée en charge des compétences (cf FA 19)

# FILIERE ENFANT

## Fiche action 4

***Assurer un appui aux structures PMI-CAMSP-néonatalogie-pédiatrie à travers un regard pédopsychiatrique pour prévenir les situations à risque, pour ajuster et faciliter la globalité du parcours***

<p><b>Motivation de l'action, contexte</b></p>	<p>Les professionnels de la petite enfance soulignent leurs besoins d'avoir accès à un regard externe pédopsychiatrique dans les situations complexes auxquelles ils sont parfois confrontés.</p> <p>A travers une présentation clinique somatique, ils s'interrogent souvent sur la place de la souffrance chez l'enfant et aimeraient parfois solliciter l'intervention d'un pédopsychiatre pour apporter un éclairage complémentaire orientant le parcours de soins.</p> <p>Cette sollicitation s'inscrit dans les suites d'une évaluation psychologique réalisée au sein de leur structure.</p>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général : Assurer une fluidité des parcours de soins de l'enfant pour une prise en charge adaptée.</b></p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer une expertise dans les situations complexes en tant que consultant (ne pas se substituer aux médecins référents des structures)</li> <li>- Emettre un avis sur le plan clinique et des préconisations en termes de soins</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé :</b> Dans les situations cliniques complexes, le recours aux dispositifs de soins pédopsychiatriques est souvent envisagé. Force est de constater que face à une demande très importante de soins sur le département, les structures ambulatoires ne sont pas accessibles immédiatement, avec de ce fait, une liste d'attente en lien avec le faible nombre de praticiens en libéral et en hospitalier.</p> <p>L'expertise peut déjà permettre d'apporter des propositions en termes de prise en charge en assurant un appui clinique et des préconisations.</p> <p>La concrétisation d'un tel projet est conditionnée impérativement à l'obtention de postes supplémentaires de pédopsychiatres, avec intervention d'un temps plein sur chaque CMP.</p> <p><b>Porteur de l'action :</b> CD 70/GH 70/AHBFC</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> CD 70/GH 70/ AHBFC</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> enfant 0-6 ans</p> <p><b>Territoire concerné :</b> département de Haute-Saône hors Héricourt</p>
<p><b>Résultats attendus</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un dépistage plus précoce des troubles psychiatriques pour les 3-6 ans (pour le service de pédiatrie)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une orientation mieux adaptée au niveau de la scolarisation</li> <li>- Un accès vers l'EDAP plus précoce</li> <li>- Conforter les équipes dans leurs pratiques et dans ce qui est mis en place (appui au CAMSP que la conduite tenue est ajustée à la situation)</li> <li>- Un repérage des situations à risque au niveau du CAMSP depuis la période périnatale (lien avec la maternité, la PMI)</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Durée PTSM
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> financement de 1 ETP pédopsychiatre intégrant la mission EDAP
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Indicateurs :</b>  <b>Nombre de situations évaluées (avis)</b>  <b>Qualité du réseau (satisfaction des partenaires)</b></li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure : annuelle</b></p> <p><b>Source : CAMSP/PEDIATRIE/ DIM AHBFC</b></p> <p><b>Responsable du suivi : CAMSP/PEDIATRIE</b></p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	

# FILIERE ENFANT

## Fiche action 5

### ***Expérimentation d'une unité médico-éducative à destination des jeunes à problématiques multiples nécessitant un accompagnement pluriprofessionnel***

<p><b>Motivation de l'action, contexte</b></p>	<p>Les jeunes identifiés en grande difficulté, outre la souffrance psychique parfois intolérable dont leur comportement et leurs passages à l'acte témoignent, laissent les institutions, qu'elles soient socio-éducatives ou thérapeutiques, démunies.</p> <p>Leurs parcours de vie sont généralement chaotiques, faits de ruptures successives (échec scolaire, désinscription sociale, exclusion des institutions, familles dépassées, actes délictuels).</p> <p>Aujourd'hui, seul le recours à des dispositifs fermés au sein des structures de psychiatrie générale, est possible. Cela n'est pas acceptable sur un plan éthique et reste très restrictif en termes de perspectives à moyen et long terme.</p>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général :</b> La structure éducative et thérapeutique est un lieu de prise en charge spécialisé où le soin et la spécificité de l'abord éducatif et pédagogique ont des effets bénéfiques pour des enfants qui présentent des troubles du comportement qui ne peuvent être assumés ni par les institutions ni par les familles, et nécessitent un cadre structurant spécifique.</p> <p>Cette unité ne se résume pas à une hospitalisation classique ou à un internat éducatif mais tend à inscrire l'enfant dans une réinsertion sociale satisfaisante à travers un projet sanitaire, éducatif et pédagogique structuré.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eviter des hospitalisations d'urgence en milieu fermé dans un contexte de troubles comportementaux majeurs, avec notamment mise en danger de l'adolescent et/ou de l'environnement.</li> <li>- Eviter la désinsertion sociale et scolaire et l'aggravation des troubles par défaut de mise en place d'un cadre étayant et secure dans la durée.</li> <li>- Eviter l'épuisement des personnels travaillant au sein des structures médico-sociales, source de souffrance au travail et de comportements non ajustés à la situation.</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé :</b> l'unité se démarque clairement des structures socio-éducatives et d'une unité de soins classique.</p> <p>L'admission (organisation d'un comité de pilotage associant Justice, Parquet, DSSP, PJJ, Intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, MDPH) s'effectue dans le cadre d'une décision concertée (notamment judiciaire) afin d'offrir une double prise en charge socio-éducative et thérapeutique.</p> <p>L'objectif est de permettre une réinsertion ou un maintien dans le tissu social et notamment scolaire.</p>

	<p>La structure pourrait accueillir 6 adolescents de Haute-Saône à temps plein, de 12 à 17 ans, pour une durée de 6 mois renouvelable, ainsi que 2 adolescents à temps partiel (hôpital de jour).</p> <p>Une équipe mobile serait des plus judicieuses pour faciliter cette dynamique de retour vers les structures d'accueil initiales ou alternatives.</p> <p>L'équipe pluridisciplinaire constituée, issue du monde éducatif, judiciaire, scolaire et sanitaire, avec une approche spécifique et complémentaire, en lien avec le partenaire "fil rouge" ayant sollicité l'admission et les familles concernées, assurerait une prise en charge ajustée aux besoins de l'adolescent.</p> <p><b>Pilotage de l'action :</b> AHBFC</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> Pédopsychiatrie, établissements médico-sociaux, PJJ, éducation nationale, MDPH, services et établissements habilités ASEF</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> Jeunes (12-17 ans) présentant des troubles des conduites sociales marqués par des passages à l'acte associés à des troubles psychiques, en lien avec des troubles de l'attachement.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Haute-Saône</p>
<b>Résultats attendus</b>	<p>Diminuer les hospitalisations dans les structures fermées adultes de soins sans consentement</p> <p>Limiter les ruptures de parcours et favoriser l'inscription scolaire et socio-professionnelle</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p>1<sup>er</sup> semestre 2020 : élaboration des modalités de mise en œuvre opérationnelle pour un déploiement à compter du 1<sup>er</sup> semestre 2021</p>
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> Cofinancements : ARS/Département/PJJ</p> <p>Le Département de Haute-Saône participera au financement du coût des journées pour les adolescents relevant de la protection de l'enfance</p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <p><b>Indicateurs quantitatifs :</b> nombre d'enfants accueillis</p> <p><b>Indicateurs qualitatifs :</b> suivi du parcours des enfants accueillis, évaluation de la qualité du réseau partenarial</p> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle</p> <p><b>Source :</b> AHBFC, réseau partenarial</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> AHBFC</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	<p>Projet institutionnel AHBFC</p>

# FILIERE ENFANT

## Fiche action 5 bis

### *Expérimentation d'une équipe mobile ressource multipartenariale*

<p><b>Motivation de l'action, contexte</b></p>	<p>Dans un contexte d'adolescents présentant des troubles majeurs du comportement, en lien avec des difficultés d'ordre psychique, mais aussi des ruptures de parcours socio-éducatifs, la mise en place d'une équipe mobile ressource multipartenariale semble judicieuse au regard des retours des professionnels.</p> <p>En étayant les structures d'accueil et les familles de ces adolescents pour lesquels un projet d'hospitalisation en unité médico-éducative est envisagé, l'intervention de l'équipe mobile permettrait d'apporter une réponse rapide sous couvert d'un cadre bien défini.</p>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général :</b> L'équipe mobile ressource multipartenariale évaluerait au sein des structures/familles d'accueil la situation d'un point de vue clinique, éducatif, judiciaire, scolaire et sociale.</p> <p>Par sa pluridisciplinarité, elle étayerait les équipes des structures d'accueil avant projet d'hospitalisation au sein de l'unité médico-éducative mais aussi à l'issue, quelle que soit la forme de relais envisagée.</p> <p>Le projet d'hospitalisation est l'élément de référence, cependant sa concrétisation pourrait ne pas être systématique en fonction de l'évaluation et de l'évolution de la situation.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eviter des hospitalisations d'urgence en milieu fermé dans un contexte de troubles comportementaux majeurs, avec notamment mise en danger de l'adolescent et/ou de l'environnement.</li> <li>- Eviter la désinsertion sociale et scolaire et l'aggravation des troubles par défaut de mise en place d'un cadre étayant et sécurisant dans la durée.</li> <li>- Eviter l'épuisement des personnels travaillant au sein des structures médico-sociales, source de souffrance au travail et de comportements non ajustés à la situation.</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé :</b> certains adolescents présentent des troubles du comportement, avec ruptures de parcours, passages à l'acte itératifs et problématiques délictuelles, qui conduisent à des ruptures de parcours.</p> <p>Ces situations à la croisée de l'éducatif, du social et du médical, mettent à mal les équipes et les services d'accueil qui se sentent extrêmement démunis. Des hospitalisations sont les seuls moyens de recours envisagés, y compris dans les structures de soins sans consentement adultes.</p> <p>L'équipe mobile rattachée à l'unité médico-éducative, pourrait être sollicitée avant admission en hospitalisation dans cette unité pour évaluation et étayage des équipes de structures d'accueil, mais aussi en aval pour faciliter l'insertion ou la réinsertion sociale, et la dynamique de soins et d'accompagnement.</p>

	<p>L'équipe multipartenariale serait composée d'acteurs issus du monde éducatif, judiciaire, et sanitaire sous la responsabilité d'un médecin psychiatre référent (saisine par ce biais).</p> <p>Cette équipe mobile, le cas échéant, peut aussi faire lien avec les acteurs du champ de psychiatrie adulte pour les adolescents proches de la majorité pour lesquels la continuité des soins est nécessaire.</p> <p><b>Pilotage de l'action :</b> AHBFC</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> Pédopsychiatrie, établissements médico-sociaux, PJJ, éducation nationale, MDPH, services et établissements habilités ASEF</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> Jeunes (12-17 ans) présentant des ruptures de parcours, des troubles des conduites sociales marqués par des passages à l'acte associés à des troubles psychiques, en lien notamment avec des troubles de l'attachement.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Haute-Saône</p>
<b>Résultats attendus</b>	<p>Diminuer les hospitalisations dans les structures fermées adultes de soins sans consentement</p> <p>Limiter les ruptures de parcours et favoriser l'inscription scolaire et socio-professionnelle</p> <p>Assurer une prise en charge coordonnée et cohérente entre les différents acteurs impliqués dans la situation</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p>1<sup>er</sup> semestre 2020 : élaboration des modalités de mise en œuvre opérationnelle pour un déploiement à compter du 1<sup>er</sup> semestre 2021</p>
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> ARS</p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <p><b>Indicateurs quantitatifs :</b> nombre d'enfants évalués/accompagnés</p> <p><b>Indicateurs qualitatifs :</b> nombre d'enfants mineurs hospitalisés dans des services de soins sans consentement, suivi du parcours des enfants accueillis, évaluation de la qualité du réseau partenarial</p> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle</p> <p><b>Source :</b> AHBFC, réseau partenarial</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> AHBFC</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	<p>Projet institutionnel AHBFC</p>

## FILIERE ADULTE

### Fiche action 6

#### ***Renforcer l'appui aux familles et aux aidants dans l'adhésion aux soins des personnes présentant des troubles de santé mentale***

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>La maladie psychique a des impacts majeurs sur les personnes qui en souffrent mais aussi sur leur entourage qui joue un rôle de premier plan dans l'accompagnement dans la durée de ces personnes.</p> <p>Il est nécessaire d'assurer un soutien aux familles afin qu'elles puissent exercer leur rôle d'accompagnant de proximité tout en préservant leur santé</p> <p>Le programme d'éducation thérapeutique Profamille est un programme psychoéducatif structuré d'origine québécoise <u>destiné aux proches d'un malade souffrant de troubles schizophréniques et apparentés</u>, le seul à bénéficier d'une validation scientifique internationale. En outre sa mise en œuvre fait l'objet d'une démarche qualité au niveau des équipes du réseau francophone.</p> <p>Sur le territoire de la Haute-Saône, l'AHBFC a mis en place depuis quelques années des modules d'éducation thérapeutique avec création d'une UTEP (Unité Transversale d'Education et de Prévention) et développement d'actions sur l'ensemble des structures.</p> <p>Par ailleurs, le soutien aux familles/aidants développé par l'AHBFC depuis 2016 s'intègre pleinement dans le projet institutionnel et vise à être renforcé avec adhésion au dispositif national "Profamille".</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général : Développer les formations auprès du personnel pour mettre en place les programmes de formation en direction des familles.</b></p> <p>Les Programmes de formation des familles viennent apporter une aide plus précise et plus ajustée à la maladie de leur proche, apprendre à réduire les conséquences du stress sur elles-mêmes et sur leur propres santé, et à mieux utiliser les possibilités d'aide et de recours plus efficace aux services médicaux et sociaux.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information concernant les troubles, les symptômes et leur prise en charge</li> <li>- Apprentissage de techniques pour mieux faire face aux situations difficiles par la gestion du stress</li> <li>- Renfort des habiletés et compétences sociales</li> <li>- Entraînement à la résolution de problèmes ou des situations rencontrées concrètement et au jour le jour</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé : poursuivre le développement du programme psychoéducatif de 14 séances de 4h la première année et 6 séances l'année suivante animées par 2 infirmiers pour un groupe de 12 personnes.</b></p> <p><b>Pilotage de l'action : AHBFC/UNAFAM</b></p>

	<p><b>Porteur de l'action :</b> AHBFC</p> <p><b>Partenaires, UNAFAM, acteurs à mobiliser :</b> psychiatres et médecins généralistes pour l'orientation des familles vers ce programme.</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> Familles ayant un proche souffrant de troubles schizophréniques et apparentés.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Haute Saône</p>
<b>Résultats attendus</b>	<b>Indicateurs du programme pro-famille</b>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Renforcement du programme dans les 5 ans
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> Environ 18 000 Euros
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <p><b><u>Indicateurs quantitatifs :</u></b></p> <p><b>Nombre de professionnels formés</b></p> <p><b>Nombre de sessions mises en place</b></p> <p><b>Nombre de familles ayant bénéficié du programme</b></p> <p><b><u>Indicateurs qualitatifs :</u> questionnaires de satisfaction</b></p> <p><b><u>Indicateurs spécifiques :</u></b></p> <p><b>Nombre de réhospitalisations des patients</b></p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	CIH du 2/12/2016 : stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap

## FILIERE ADULTE

### Fiche action 7

#### ***Mise en place et déploiement d'équipes mobiles sur le département de la Haute-Saône pour permettre un accompagnement global adapté des personnes en situation de handicap psychique ou présentant des troubles du spectre autistique***

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>L'AHBFC offre une réponse large et développée en Haute-Saône avec des structures d'hospitalisation complètes et extrahospitalières (ambulatoire : CMP, HDJ,...), médico-sociales (MAS, FAM, ...) et sociales (CHRS-SAVS...).</p> <p>Le projet s'inscrit dans le cadre du parcours handicap à orientation psychique et vient en complément des dispositifs existants pour les adultes présentant des TSA.</p> <p>L'équipe mobile sera une réponse coordonnée avec les acteurs concernés pour éviter les ruptures de parcours.</p> <p>Ce nouveau dispositif s'intègre dans une logique de parcours favorisant le "aller-vers" et la vie hors institution pour que la personne bénéficie de l'orientation la plus adaptée à ses besoins et ses demandes.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b><u>Objectif général</u></b> : Fluidifier la coordination des prises en charge et accompagnement, repérer, diagnostiquer et orienter pour un accompagnement adapté tout au long de la vie</p> <p><b><u>Objectifs spécifiques</u></b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientation adaptée et accompagnement</li> <li>- Favoriser le maintien à domicile</li> <li>- Soutenir les familles et aidants (répit, sensibilisation, outils)</li> <li>- Pair –aidance (groupes de parole, actions)</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé</b> : L'Equipe d'Accompagnement de Proximité et de Parcours s'adresse aux individus concernés, à leur famille et aidants familiaux. Elle visera le maintien à domicile en articulant les réponses sanitaires, médico-sociales, sociales et en soutenant et en sensibilisant les proches.</p> <p><b>Porteur de l'action</b> : AHBFC</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser</b> : MDPH, CRA, l'exercice libéral</p> <p><b>Population bénéficiaire</b> : personne relevant du handicap psychique et/ou TSA (adulte)</p> <p><b>Territoire concerné</b> : Vesoul et rayon d'intervention à 30 minutes de voiture</p>
<b>Résultats attendus</b>	Favoriser une orientation et un accompagnement adapté dans le cadre du maintien à domicile
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Démarrage septembre 2019 (déploiement) pour 3 années 2020-2021-2022
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet</b> : Financement ARS 360.000 € (pour 3 ans)

<b>Indicateurs</b>	<b>Description : nombre de situations accompagnées</b>  <b>Fréquence de mesure : annuelle</b>  <b>Source : AHBFC</b>  <b>Responsable du suivi : AHBFC</b>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Autisme Handicap psychique

# FILIERE ADULTE

## Fiche action 8

### *Renforcer le dispositif existant dans le champ de l'addictologie*

<p><b>Motivation de l'action, contexte</b></p>	<p>Le dispositif actuel est complet sur le plan de l'offre et du maillage territorial ; toutefois il peut être perfectible sur la dimension d'appui aux différentes structures et de proximité à l'égard des usagers.</p> <p>Cette perspective vise à toucher le quotidien des personnes afin de prévenir des conduites addictives et d'anticiper les décompensations dans la dynamique de "l'aller vers".</p>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général : Améliorer le parcours de la personne souffrant de troubles addictifs en développant le dispositif existant.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il s'agit d'aller au plus près de la personne dans sa structure d'accueil et des professionnels.</li> <li>- Rompre l'isolement de certains usagers de par leur ruralité.</li> <li>- Faciliter l'accès aux soins</li> </ul> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mettre en place des interventions adaptées répondant aux besoins des structures concernées (professionnels/usagers)</b></li> <li>- <b>Répondre en proximité aux attentes des usagers en termes d'informations</b></li> <li>- <b>Renforcer le partenariat avec l'ensemble des acteurs autour des pratiques professionnelles (connaissances des structures, modalités de fonctionnement...)</b></li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé : Mise en place d'un CAARUD mobile</b> = l'accroissement du nombre de passages qui est passé de 747 à 1183 entre 2016 et 2017 démontre le besoin des usagers pour l'accès à ce type d'offre de services. Pour autant, la Haute-Saône qui au-delà de son aspect rural, se caractérise par son étendue et un difficile accès aux transports collectifs, connaît un besoin complémentaire « d'aller vers » les usagers dans les zones les plus rurales, vers un public parfois en grande précarité. Ainsi, ENEIS dans son diagnostic sur l'offre en addictologie a souligné la nécessaire mobilité du CAARUD de l'ANPAA 70.</p> <p><b>Actions :</b> Mettre en place un circuit de déplacement sur les différentes zones du département avec un camping-car, avec des stationnements pour lesquels les usagers seront informés au préalable par SMS + information sur Facebook</p> <p>Le camping-car stationnera pendant un moment sur des places identifiées, ce qui permet aux usagers qui se trouvent dans la proximité de s'y rendre et au-delà de la mise à disposition de matériel RDR, permettre un échange. Le camping-car est envisagé comme une unité mobile d'accueil où les usagers pourront trouver l'ensemble des services d'un CAARUD, y compris l'aide à l'hygiène grâce aux sanitaires disponibles.</p> <p><b>Porteur de l'action :</b> ANPAA 70</p>

	<p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> Structures d'accueil et d'insertion Mairies</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> Usagers consommateurs de drogues licites ou illicites Le public du CAARUD se caractérise par l'absence de moyen de locomotion et/ou de permis de conduire</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Département, hors aire urbaine, déjà couverte par un autre CAARUD mobile</p> <p>Les zones géographiques concernées par le CAARUD mobile : La Haute-Saône comprend 3 secteurs géographiques différents qui correspondent aux Contrats Locaux de santé, auxquelles s'ajoutent les secteurs de Gy et de Rioz.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Le pays des Vosges Saônoises</b> qui occupe le tiers Nord Est du département : des communes se situent à 60 kilomètres de Vesoul, pour un trajet en voiture de plus d'une heure. Ce secteur n'a pas d'accès sur place aux prestations que peut offrir un CAARUD, ni par l'ANPAA, ni par un autre opérateur.</li> </ul> <p>Il n'existe pas non plus de lignes de transport en commun directe vers Vesoul.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Le pays de Vesoul Val de Saône</b> qui comprend outre Vesoul, Jussey (trajet de 55 minutes en transport commun), et la zone jusqu'à la limite de la Haute-Marne.</li> <li>- <b>Le pays graylois</b> qui entoure Gray, à une heure de transport de Vesoul, 45 minutes de Besançon, et trop éloigné de Dijon pour bénéficier des prestations offertes en Côte d'Or.</li> <li>- Enfin, <b>le secteur de Gy</b> et les villages environnants, trop éloignés de Vesoul pour un accès facile aux prestations offertes, et de Besançon pour se rendre auprès d'autres opérateurs.</li> </ul> <p>Le secteur d'Héricourt se rattache à l'aire urbaine Belfort-Montbéliard, et est couvert par le CAARUD mobile d'ALTAU. Il n'apparaît donc pas opportun de se déplacer sur cette zone.</p> <p>Le pays Riollais/Montbozon n'est pas envisagé dans un premier temps, du fait de sa proximité avec le Doubs.</p>
<b>Résultats attendus</b>	<p>Limiter les risques liés à la consommation de substances psychoactives, par la distribution de matériel stérile, des messages de prévention, le développement des dépistages VIH VHC, faciliter l'accès aux soins.</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p>Automne 2019</p>
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> financement ARS</p> <p>Achat/aménagement du véhicule : 50 000 € Embauche d'un travailleur social dès 2019 : 39 333€ (financement assuré par l'ARS à hauteur de 29 000 € en année pleine) Embauche d'un infirmier à partir de 2020 : 20 100 € Matériel : 4500/5000 € par an Charges de fonctionnement : 8 500 € Campagne de communication pour le lancement : 1 000 €</p>

<p><b>Indicateurs</b></p>	<p><b>Description :</b>  File active : nombre d'usagers qui viennent au moins une fois  Quantité de matériel distribué  Quantité de matériel récupéré</p> <p><b>Fréquence de mesure :</b>  Mensuel</p> <p><b>Source :</b>  Tableaux de bord renseignés par les professionnels</p> <p><b>Responsable du suivi :</b>  Directeur d'établissement ANPAA 70 <b>Fréquence de mesure :</b></p>
<p><b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b></p>	<p>L'unité mobile s'inscrit dans le cadre du décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues</p>

## FILIERE ADULTE

### Fiche action 9

#### *Structurer le dispositif de réhabilitation psychosociale sur le territoire*

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>L'unité Courbet de l'Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté, ouverte en octobre 2011, a pour mission principale la réinsertion des patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques, psychotiques en majorité. Dès lors, la pratique de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) par l'élaboration de modules spécifiques destinés aux patients en cours de réhabilitation, avec le soutien de l'UTEP, était apparue comme nécessaire.</p> <p>L'idée de mettre en place une structure dédiée (envisagée dans les différents projets institutionnels depuis 2011), à proximité des unités d'admission, de l'unité de soins sans consentement et des unités destinées aux patients dits "chroniques", répond à l'objectif de tendre vers une meilleure qualité de vie et d'autonomie en s'appuyant sur les ressources du patient. Cette approche permet en effet de définir un projet de réinsertion adapté à ses besoins tout en développant ses possibilités repérées.</p> <p>Ce projet d'unité de réhabilitation psychosociale s'inscrit ainsi dans la continuité des actions déjà engagées et vient, conformément à l'instruction relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires du 16/01/2019, renforcer l'offre de proximité déjà formalisée sur le territoire et se rapprocher des centres supports identifiés sur le plan régional avec participation conjointe aux travaux de recherche et de formation.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> Le concept de réhabilitation psychosociale est destiné à accompagner les personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques vers un rétablissement qui permet une insertion sociale et/ou professionnelle. Il s'agit de surmonter les barrières interpersonnelles et environnementales, associées à la présence du handicap et de la maladie psychique en restaurant les capacités restantes pour une vie autonome.</p> <p>La réhabilitation englobe :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- un ensemble d'actions mises en œuvre en faveur de la personne souffrant de troubles psychiques, au sein d'un processus, qui vise à favoriser son autonomie et son indépendance dans la communauté</li><li>- un ensemble d'actions en direction de la société afin qu'elle soit plus porteuse et plus apte à l'accueillir (prévention, formation)</li></ul> <p>Il s'agit d'appréhender de manière plus globale les personnes dans leur contexte et en fonction de l'adéquation de leurs desseins à leurs aptitudes. La finalité principale de la réhabilitation est de développer un mieux-être dont les déterminants sont spécifiques à chaque patient.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Réduction des symptômes de la maladie mentale et des éventuels effets secondaires des traitements médicamenteux</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement des compétences sociales</li> <li>- Travail d'information et de lutte contre la discrimination dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux</li> <li>- Organisation d'actions autour de la place centrale de l'utilisateur</li> <li>- Accompagnement des familles et des proches</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé :</b> L'unité Courbet dispose d'une capacité d'accueil de 36 lits d'hospitalisation complète <b>dont 21 lits, dévolus à la réhabilitation psycho-sociale</b> et 15 aux séjours prolongés, en attente d'orientation ou de solution d'accueil. Il s'agit d'une unité mixte, intersectorielle, où sont admis des patients âgés de 18 à 65 ans, souffrant de pathologies psychiatriques chroniques, stabilisés. Sa mission est d'accompagner le patient à acquérir ou à retrouver une autonomie suffisante pour mettre en place et/ou finaliser un projet de sortie adapté et personnalisé.</p> <p>La réhabilitation est mise en place à la suite d'une évaluation approfondie, transversale et multidisciplinaire. Elle requiert le déploiement d'outils spécifiques mis en œuvre dans le contexte des valeurs de la réhabilitation. Elle vient compléter les soins classiques (psychothérapies et médicaments), sans s'y substituer. Le patient est accompagné dans le développement d'aptitudes pratiques (gestion du budget,...) , dans l'amélioration de ses compétences et savoirs nécessaires à la réalisation d'activités en société (ponctualité, relation à l'autre, prise en compte des consignes,...) dans la réduction de l'impact des déficits cognitifs (remédiation cognitive) et dans l'amélioration de la connaissance de la maladie et de ses traitements (psychoéducation).</p> <p>De nombreuses actions ont été mises en œuvre depuis la création de cette unité (Evaluation des pratiques professionnelles, sessions de sensibilisation, formation ETP, ...). <b>Toutefois, ce projet de structuration du dispositif de réhabilitation implique nécessairement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'élargir les formations à l'ensemble des partenaires sanitaires et MS</li> <li>- De porter à la connaissance des acteurs du soin les modules d'ETP, en collaboration avec les acteurs de l'UTEP</li> <li>- De réajuster l'organisation du travail afin d'adapter et de positionner les ateliers d'ETP</li> <li>- D'élaborer le projet thérapeutique au regard du projet de vie de la personne</li> <li>- D'"individualiser" l'unité de réhabilitation Courbet avec une équipe identifiée, formée et experte</li> <li>- De poursuivre le travail de lien avec les différents partenaires pour mieux préparer la sortie</li> </ul> <p><b>Ce projet demande une stabilité des équipes (formées), une organisation lisible et structurée, une continuité des soins adaptés en termes de parcours, et une articulation entre l'amont et l'aval de l'hospitalisation.</b></p> <p>Les recrutements d'un neuropsychologue (formé à la remédiation cognitive) et d'un éducateur (lien médico-social/social) sont nécessaires. La sollicitation d'un ergothérapeute permettrait par ailleurs de répondre aux demandes d'évaluation du domicile notamment.</p> <p><b>Porteur de l'action :</b> AHBFC</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> partenaires ms/social</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> les patients souffrant de pathologies psychiatriques, essentiellement psychotiques, sur un mode chronique, insuffisamment stabilisés et pour lesquels un projet de réhabilitation psychosociale doit être mené pour un retour à l'autonomie</p>

	<b>Territoire concerné : Département de Haute-Saône</b>
<b>Résultats attendus</b>	Eviter les réhospitalisations et les ruptures de parcours
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Durée du PTSM
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet : 240 000 Euros</b>
<b>Indicateurs</b>	<b>Description :</b> -indicateurs de soins -relevé quantitatif des actions éducatives
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Instruction n°DGOS/RA/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en particulier son article 69 Décret CE n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale "Ma Santé 2022" Feuille de route santé mentale et psychiatrie présentée au Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie du 28 juin 2018

# FILIERE ADULTE

## Fiche action 10

### *Expérimentation de l'instance opérationnelle territoriale*

<p><b>Motivation de l'action, contexte</b></p>	<p>Le diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire met en évidence sur la filière Adulte (-65 ans), l'absence d'instance de coordination à visée opérationnelle, traitant de façon collégiale de situations individuelles complexes.</p> <p>Aussi et au regard du caractère rural du département de la Haute-Saône, impactant la qualité des accompagnements des personnes souffrant de troubles psychiatriques ou de santé mentale et d'une "sectorisation" spécifique à chaque institution (Conseil départemental, Psychiatrie...) complexifiant les prises en charge, l'expérimentation d'une instance territoriale de concertation opérationnelle, venant en complémentarité des dispositifs existants et notamment du Conseil Local de Santé Mentale de la ville de Vesoul, paraît pertinente.</p>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général :</b> La mise en place de l'instance opérationnelle vise à favoriser le travail complémentaire et collaboratif des partenaires sur la <b>continuité et la fluidité des parcours d'insertion sociale et professionnelle pour des situations complexes et dont les réponses sont multipartenariales</b></p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'appuyer sur des dispositifs locaux pour une coordination efficiente des parcours et une équité d'accès à l'offre sur le territoire.</li> <li>- Partager une vision commune et complémentaire de la réalité des situations =&gt; Comprendre les logiques d'intervention respectives.</li> <li>- Apporter des pistes d'action pour des personnes en-dehors du cadre d'intervention des dispositifs existants.</li> <li>- Renforcer la continuité des parcours en favorisant le lien avec les acteurs du territoire</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé :</b> l'instance de concertation opérationnelle est composée de membres permanents du comité technique -référént santé mentale ou son représentant - et de membres occasionnels invités en fonction des situations rencontrées.</p> <p>Tout autre partenaire, par le biais du "référént santé mentale", peut solliciter l'instance au regard des critères définis et/ou y participer en tant que structure/service positionné (e) sur la situation.</p> <p>Les situations présentées requièrent plusieurs critères cumulatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>la pluri-intervention :</b> les pistes de réflexion/d'action entre les partenaires n'ont pas permis d'apporter jusque- là des réponses satisfaisantes ou adaptées. Tous les dispositifs internes propres à chaque instance/structure devront avoir été mobilisés en amont.</li> <li>➤ <b>la rupture du parcours d'insertion (santé, logement, emploi, gestion du budget)</b> avec mise en échec ou questionnement de ce qui a pu être posé jusqu'à présent.</li> <li>➤ <b>le risque d'aggravation de la situation</b> par l'absence de réponses appropriées et l'absence de perspectives .</li> </ul> <p><b>Porteur de l'action :</b> AHBFC/PCPSM</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> partenaires de la PCPSM</p>

	<p><b>Population bénéficiaire :</b> Les situations soumises à l'instance opérationnelle concernent <b>tout majeur (18-64 ans) en difficultés d'insertion sociale et/ou professionnelle présentant des troubles psychiatriques et/ou de santé mentale.</b></p> <p><b>Territoire concerné :</b> Les territoires d'expérimentation de l'instance seront les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La communauté de communes du pays de Lure</li> <li>- La communauté de communes des Hauts du Val de Saône (CCHVS)</li> </ul>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limiter les ruptures de parcours</li> <li>- Apporter des réponses adaptées au parcours singulier de la personne</li> <li>- Renforcer le lien entre les acteurs pour faciliter les interactions et les réflexions collectives</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Septembre 2019</li> </ul>
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> financement ARS
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>d'indicateurs quantitatifs</b> (nombre de situations orientées)</li> <li>✓ <b>qualitatifs</b> (satisfaction des pistes d'action proposées, fluidité du parcours, plus-value dans l'accompagnement proposé par les partenaires)</li> <li>✓ <b>de mise en œuvre</b> (aspect organisationnel).</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure :</b></p> <p><b>Source :</b></p> <p><b>Responsable du suivi : PCPSM</b></p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Charte de fonctionnement de l'instance

## FILIERE ADULTE

### Fiche action 11

#### ***Former des professionnels des structures partenaires confrontés à des personnes présentant des troubles de santé mentale***

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des professionnels de structures médico-sociales et sociales sont amenés à accompagner des publics présentant des troubles psychiatriques/troubles du comportement alors même qu'ils n'ont pas suivi de formation spécifique tant sur le repérage des pathologies mentales que sur les conduites à tenir</li> <li>- Cela engendre des difficultés d'accompagnement pouvant conduire à des ruptures</li> </ul>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général : Aider les professionnels des structures médico-sociales et sociales et d'insertion à mieux appréhender les situations de personnes présentant des troubles psychiatriques/troubles du comportement</b></p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leur donner des conduites à tenir/ des pistes d'intervention via des modules de formation adaptés à leurs besoins</li> <li>- Mieux orienter leur public auprès des dispositifs adaptés</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé : dispenser des modules de formation pour les professionnels intervenant auprès du public cible</b></p> <p><b>Pilotage : AHBFC/Mission locale</b></p> <p><b>Porteur de l'action : AHBFC</b></p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser : les partenaires des champs médico-sociaux, sociaux et d'insertion (Cap emploi, Pole emploi, chantiers d'insertion...)</b></p> <p><b>Population bénéficiaire : professionnels de structures médico-sociales ou sociales</b></p> <p><b>Territoire concerné : département de la Haute-Saône</b></p>
<b>Résultats attendus</b>	Validation d'un module spécifique
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2021-2022
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b></p> <p>1 formation (1 journée) par trimestre pour un groupe de 10 personnes : 8000€</p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnaire de satisfaction</li> <li>- Nombre de professionnels formés</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure : annuelle</b></p>

	<b>Source :</b> <b>Responsable du suivi : AHBFC/service formation</b>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Repérage des invisibles dans le cadre de l'insertion sociale et professionnelle

# FILIERE ADULTE

## Fiche action 12

### ***Développer les actions de formation à l'égard des professionnels confrontés à des personnes présentant des conduites addictives***

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Cette fiche-action s'adresse aux professionnels des ESMS et des services d'intervention confrontés à des situations de personnes avec conduites addictives.</p> <p>Il s'agit d'accompagner les professionnels face aux difficultés rencontrées dans l'accompagnement des personnes présentant des problématiques d'addiction.</p> <p>Les problématiques addictives chez les personnes en situation de précarité peuvent freiner voire empêcher un projet de réinsertion. Proposer un accompagnement aux situations individuelles est donc essentiel.</p> <p>Cette action permettra d'améliorer l'accompagnement social des personnes en situation de précarité. Il permet également de répondre aux questionnements des structures d'insertion par le travail quant à leurs obligations de santé et de sécurité.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>1. Pour les professionnels des ESMS</b></p> <p><b>Objectif général :</b> Former les professionnels au repérage pour :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Réduire les risques professionnels liés aux consommations de substances psychoactives</li><li>- Faciliter l'orientation des personnes en difficulté</li></ul> <p><b>Objectifs spécifiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Permettre aux professionnels des structures d'insertion d'appréhender les conduites addictives et les risques en milieu de travail</li><li>- Proposer aux professionnels des pistes de travail permettant d'accompagner des usagers présentant des conduites addictives</li></ul> <p>Aider les professionnels à repérer et orienter les usagers vers des structures de soins.</p> <p><b>2. Pour les professionnels des services d'intervention</b></p> <p><b>Objectif général :</b> Développer les connaissances en addictologie afin d'améliorer le repérage, l'accompagnement et l'orientation des personnes qui présentent des risques liés aux conduites addictives.</p> <p><b>Objectifs spécifiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Acquérir des connaissances de base en addictologie</li><li>- Comprendre la dynamique et les mécanismes de l'addiction</li><li>- Prendre conscience et identifier l'ensemble des risques liés aux conduites addictives pour soi-même et pour les autres</li><li>- Faciliter le repérage et l'orientation des personnes présentant un</li></ul>

	<p>comportement problématique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesurer l'importance et la complexité à nommer les problèmes de consommation et/ou de comportements</li> <li>- Connaître les structures et les dispositifs d'accompagnement et de soins en addictologie</li> <li>- Définir les enjeux de la prévention, ses fondements et ses principes d'intervention</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b> Formation de 3 jours (2 jours + 1 journée avec retour sur expérience) alternant des apports théoriques et échanges sur les pratiques professionnelles, en utilisant des méthodes interactives permettant aux participants d'évoluer dans leurs représentations, leurs savoirs et savoir être. Formation au sein du CSAPA à Vesoul, avec visite de celui-ci et rencontre avec les professionnels. Le contenu de la formation sera adapté en fonction des besoins évalués.</p> <p><b>Porteur de l'action :</b> ANPAA 70</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> Tout établissement social ou médico-social confronté à un public présentant des problèmes d'addiction, notamment liées à la consommation de produits psychoactifs</p> <p>Toute structure confrontée à un public présentant des problèmes d'addiction, notamment liées à la consommation de produits psychoactifs</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> ESMS Professionnels d'intervention, pompiers, gendarmes,...</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Haute-Saône</p>
<b>Résultats attendus</b>	<p>Aider les professionnels ESMS dans l'accompagnement des personnes qui présentent des conduites addictives.</p> <p>Aider les professionnels des services d'intervention dans leur pratique face à des personnes sous l'emprise de produits psycho actifs.</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> 1350 € * 3 jours de formation = 4 050 € par session</p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <p>Nombre de sessions</p> <p>Nombre de structures</p> <p>Nombre de stagiaires</p> <p>Evaluation à l'issue de la formation par les stagiaires. Evaluation à froid à 6 mois pour mesurer l'impact sur les pratiques professionnelles.</p> <p><b>Fréquence de mesure :</b></p>

	<p>Par session</p> <p><b>Source :</b></p> <p>Recensement par l'ANPAA des évaluations des stagiaires, quantitatives et qualitatives.</p> <p><b>Responsable du suivi :</b></p> <p>Directeur ANPAA 70</p>
<p><b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b></p>	<p>Amélioration de l'organisation du parcours des personnes, en vue de leur insertion sociale.</p> <p>Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence</p> <p>Améliorer la prise en charge des personnes souffrant d'addictions et faciliter leur orientation auprès des structures d'accompagnement et de soins adaptés.</p>

## FILIERE ADULTE

### Fiche action 13

#### *Développer des actions de prévention dans le champ de l'addictologie*

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Agir le plus tôt possible dans la vie des jeunes, en amont des consommations ou comportements addictifs, permet d'éviter l'entrée en consommation.</p> <p>Parallèlement, les compétences psychosociales sont reconnues comme le meilleur moyen de prévenir les conduites à risque.</p> <p>Des actions, s'inscrivant dans le cadre du référentiel de prévention en addictologie, sont mises en œuvre par l'ANPAA 70 sur l'ensemble du territoire haute-saônois. Ainsi, en 2018, 4 727 jeunes ont pu bénéficier d'actions de prévention ou de sensibilisation.</p> <p>Le référentiel s'appuyant sur des actions continues ou multiples, cette fiche action propose des interventions, notamment en lien avec les services de la gendarmerie, afin d'enrichir celles-ci de l'expertise de chacun.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> Prévenir les conduites addictives chez les jeunes, notamment en milieu scolaire, par des interventions communes avec les services de gendarmerie (concomitantes).</p> <p><b>Objectifs spécifiques</b> Aborder la question des addictions, des représentations, autour d'ateliers et de jeux, co-construits par les partenaires qui interviennent.</p>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b> Proposer des actions de prévention, en lien avec les services de la gendarmerie.</p> <p><b>Porteur de l'action :</b> ANPAA 70</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> Gendarmerie</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> Jeunes des écoles, collèges et lycées.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> 70</p>
<b>Résultats attendus</b>	Retarder, voire éviter l'entrée en consommation chez les jeunes.
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> Les actions à destination des écoles font l'objet d'un financement ARS via le CPOM.</p> <p>Actions à destination des lycées ou autres structures non visées par le CPOM de l'ANPAA et accueillant des jeunes: 37.93 €/heure</p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <p>Nombre d'actions menées</p> <p>Nombre de personnes sensibilisées</p>

	<p><b>Fréquence de mesure :</b> Semestrielle</p> <p><b>Source :</b> Logiciel de suivi interne à l'ANPAA</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> Directeur ANPAA 70</p>
<p><b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b></p>	<p>La prévention des addictions constitue une priorité du plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022.</p>

## FILIERE PERSONNE AGEE

### Fiche action 14

***Favoriser le repérage des troubles psychiques et l'accès aux soins psychiatriques par un renforcement de l'équipe mobile infirmière de l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé***

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>La file active augmente progressivement dans les Centres Médico-Psychologiques (CMP) et le positionnement des équipes mobiles est primordial pour évaluer et assurer la continuité des suivis, ainsi que repérer les situations en voie d'acutisation.</p> <p>Contribuer à améliorer le repérage et l'accès aux soins des troubles psychiatriques s'inscrit en complémentarité des autres dispositifs : SSIAD, HAD, EMG, ...et à toutes les étapes du parcours de la personne âgée : domicile, hôpital, institutions (EHPAD).</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général : Permettre davantage de suivis pour plus de patients en lien avec les autres dispositifs concernés</b></p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérer la crise suicidaire</li> <li>- Renforcer les liens avec le médecin traitant, les intervenants du domicile</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Porteur de l'action :</b> AHBFC/ GERONTO 70</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> les acteurs du parcours de la PA</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> personnes de + 65 ans présentant des troubles psychiatriques</p> <p><b>Territoire concerné :</b> secteur de l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé (hors Héricourt, Champagny)</p>
<b>Résultats attendus</b>	Un parcours de soins optimisé par une meilleure réponse aux besoins des patients repérés
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Dès que possible sur le secteur de Luxeuil +/- en association sur Lure
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> 1 ETP infirmier</p> <p>Financement ARS 45.000€</p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b> Mesurer la file active</p> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle</p> <p><b>Source :</b> DIM</p>

	<b>Responsable du suivi : Dr Talon, médecin chef de service de l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé</b>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Poursuite du déplacement des soins au plus près du domicile des patients

## FILIERE PERSONNE AGEE

### Fiche action 15

***Compléter l'offre par le déploiement d'un dispositif adapté d'hôpital de jour pour des patients âgés présentant des troubles cognitifs et des troubles du comportement et y adjoindre un dispositif dédié aux aidants***

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Patients souffrant de pathologies neuro-cognitives à un stade avancé, pour lesquels peu de dispositifs existent hors hospitalisation complète en cas de troubles comportementaux ou accueil de jour lorsqu'il n'y a pas de troubles du comportement productifs. Un hôpital de jour peut contribuer à un maintien à domicile plus long et de meilleure qualité.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> accueillir des patients souffrant de troubles neuro-cognitifs à un stade modérément sévère à sévère, y compris avec des troubles psycho-comportementaux, mais ne relevant pas de l'hospitalisation complète.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b> <b>préserver les capacités qui peuvent l'être chez ces patients, maintenir des liens sociaux et offrir du répit et du soutien aux aidants</b></p>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b> Les durées de séjour ne sont pas soumises à une limite, la pertinence de la prise en soin guidera sa durée de "séjour".</p> <p>Ils bénéficieront d'activités thérapeutiques diverses, basées sur la sensorialité, la cognition pour les patients moins sévères, et toutes les approches existant déjà sur l'hospitalisation complète. Certaines activités pourront être menées en présence de patients hospitalisés à temps complet, d'autres non, d'autres en individuel.</p> <p>Les patients sont accueillis en groupe « homogène », cliniquement sur les mêmes temps, de manière à rendre possibles et pertinentes ces prises en soin</p> <p>L'accueil est réalisé en journée (arrivée 9h30, départ 15h30/16h)</p> <p>La sollicitation se fait via une fiche de demande,</p> <p><b>Porteur de l'action :</b> AHBFC (intersecteur de psychiatrie du sujet âgé)/GERONTO 70</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> MAIA (AHBFC), France Alzheimer = le projet vise à faciliter l'organisation de leurs sessions de formation aux aidants en accueillant les patients de manière coordonnée au sein de l'hôpital de jour</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> des patients souffrant de troubles neuro-cognitifs à un stade modérément sévère à sévère, y compris avec des troubles psycho-comportementaux, mais ne relevant pas de l'hospitalisation complète</p> <p><b>Territoire concerné :</b> <b>territoire d'intervention de l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé (hors Héricourt et Champagny)</b></p>

<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration de la qualité de vie du patient et de l'aidant</li> <li>- Prolongation du maintien à domicile (institutionnalisation plus tardive)</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Ouverture 2019 sur une capacité d'accueil limitée à 5 patients. Un accroissement de cette capacité nécessitera un renforcement de l'équipe soignante.
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> Financement Equipe soignante actuelle : 1 ETP IDE, 1 ETP AMP Nécessité de recruter 2 ETP supplémentaires pour doubler la capacité 45.000 € + 35.000 €
<b>Indicateurs</b>	<b>Description :</b> <b>Indicateurs quantitatifs : nombre de patients accueillis (file active)</b> <b>Indicateurs qualitatifs : questionnaires de satisfaction (professionnels/ patients/aidants)</b>  <b>Fréquence de mesure : annuelle</b> <b>Source : interne (AHBFC)</b> <b>Responsable du suivi : Dr Talon</b>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	PMND Projet médical (projet institutionnel AHBFC)

## FILIERE ENFANT/FILIERE ADULTE

### Fiche action 16

***Faciliter la continuité des parcours de vie durant la période charnière (16-25 ans) des jeunes en difficultés d'insertion sociale et présentant également un handicap psychique***

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	Des personnels de l'insertion professionnelle et sociale sont amenés à accompagner des jeunes en situation de handicap psychique. Or ces situations ne sont pas toujours d'emblée repérées et lorsqu'elles apparaissent, elles engendrent des freins périphériques qui sont longs à lever. De plus, les professionnels sont parfois démunis pour apporter une solution d'insertion et un accompagnement pluri professionnels est parfois nécessaire.
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> Assurer la transversalité des parcours des personnes en situation de handicap psychique en favorisant les passerelles inter filière par un accompagnement professionnel et social de proximité en lien avec les établissements sociaux et médico sociaux du département de Haute-Saône</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b> Fluidifier les parcours d'accompagnement et d'insertion des jeunes de 16 à 25 ans.</p>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b> Contribuer au repérage des jeunes en situations de handicap, avéré ou supposé, par un accompagnement d'un travailleur social du service public de l'emploi (mission locale de Vesoul), renforcé par le partenariat avec le secteur médico- social.</p> <p><b>Ce travail de partenariat débouchera sur l'embauche d'un éducateur spécialisé chargé de faire le lien entre les différentes structures.</b></p> <p><b>Porteur de l'action :</b> Mission Locale de Vesoul</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> ARS, Etablissements médico sociaux, CMP, DIRECCTE, MECS, Foyers de l'enfances, IME, IMPro, DSLC, MDPH...</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> Jeunes de 16 à 25 ans</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Le bassin d'emploi de Vesoul en première intention, étendu ensuite au département de la Haute-Saône</p>
<b>Résultats attendus</b>	Amélioration du repérage des jeunes de 16 à 25 ans en situation de handicap psychique et de leur accès à l'emploi
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p>Démarrage de l'action en novembre 2019 par le recrutement d'un travailleur social</p> <p>2020 : repérage de besoins</p> <p>2021 2022 : situations d'accompagnement</p>
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> 95 300 € sur 3 ans

<b>Indicateurs</b>	<b>Description : Nb de jeunes accompagnés</b> <b>Fréquence de mesure : trimestrielle</b> <b>Source : suivi I Milo (logiciel de suivi des jeunes mission locale) + Via Trajectoire MDPH</b> <b>Responsable du suivi : Mission Locale de Vesoul</b>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	A construire en fonction des besoins repérés au fil des accompagnements

## FILIERE ADULTE/FILIERE PA

### Fiche action 17

***Proposer une consultation multisites pour tout patient adulte quel que soit l'âge, présentant des troubles du comportement avec intrication neuropsychiatrique***

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Des patients ayant fait l'objet d'un diagnostic de maladie neurocognitive peuvent présenter au cours de l'évolution des troubles psychocomportementaux ne relevant pas d'une prise en charge neurologique.</p> <p>Par ailleurs, des pathologies psychiatriques chroniques peuvent évoluer sur un versant neurodégénératif.</p> <p>Ces situations nécessitent une approche clinique spécialisée propre au service de psychiatrie du sujet âgé.</p> <p>Nous proposons donc aux médecins et psychiatres confrontés à ce type de situations, une consultation dédiée.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général : Aider les praticiens à discriminer les dimensions neurologiques et psychiatriques devant des troubles psychocomportementaux afin d'y apporter la meilleure approche thérapeutique.</b></p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier des complications neurologiques au cours de l'évolution d'une pathologie psychiatrique chronique</li> <li>- Identifier une cause psychiatrique à l'émergence de troubles psychocomportementaux au cours d'une maladie neuroévolutive</li> <li>- Proposer l'orientation la plus pertinente selon le profil clinique</li> <li>- Proposer l'approche thérapeutique la plus individualisée possible</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b> Proposer une à quatre consultations d'évaluation et d'orientation devant de possibles intrications neuropsychiatriques. Cette consultation peut être organisée sur chaque site existant de l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé (ambulatoire et intrahospitalier)</p> <p>L'orientation se fait via une fiche à transmettre au secrétariat de l'unité Esquirol à Clairefontaine.</p> <p><b>Pilotage de l'action : intersecteur de psychiatrie du sujet âgé</b></p> <p><b>Porteur de l'action :</b> AHBFC</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> médecine libérale, neurologie hospitalière et libérale, psychiatrie hospitalière et libérale</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> personne adulte/personne âgée dans l'une des situations cliniques sus- citées, hospitalisée, en ambulatoire, ou encore résidente d'un établissement médico-social.</p>

	<b>Territoire concerné</b> : territoire de l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé de Haute-Saône
<b>Résultats attendus</b>	Une meilleure utilisation des dispositifs existants en termes d'orientation Une diminution des prescriptions de psychotropes inadéquates Une amélioration de la qualité de vie des patients et des aidants
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Septembre 2019
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet</b> : Financement du temps équipe : 35000 €
<b>Indicateurs</b>	<b>Description</b> : <b>Indicateurs quantitatifs</b> : nombre de patients accueillis (file active) <b>Indicateurs qualitatifs</b> : questionnaires de satisfaction (professionnels/patients/aidants)  <b>Fréquence de mesure</b> : annuelle  <b>Source</b> : DIM  <b>Responsable du suivi</b> : Dr Talon
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	

## FILIERES ADULTE/PA

### Fiche action 18

#### **Accompagner les personnes handicapées vieillissantes**

*Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap (quelle qu'en soit la nature ou la cause) avant de connaître les effets d'un vieillissement. La situation de handicap a donc précédé le vieillissement.*

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Le vieillissement de la population est en mode croissant ce qui de fait, impacte également le public handicapé qu'il soit à domicile ou en institution, sans pour autant que l'offre spécifique soit suffisante.</p> <p>Il est donc indéniable d'imaginer, de se projeter vers un modèle qui permette d'ajuster la réponse aux besoins, de prendre en compte les spécificités du vieillissement sur le public en situation de handicap, afin de garantir un accompagnement et un suivi de qualité.</p> <p>L'idée est alors d'accompagner le vieillissement pour garantir un bien-être et éviter alors, autant que faire se peut, que cela s'inscrive systématiquement dans un circuit de soin avec des pathologies qui pourraient être ralenties, au moins pour certaines d'entre elles.</p> <p>En effet, même si nous superposons certaines caractéristiques du vieillissement de la population générale aux personnes handicapées, il y a tout de même des spécificités à ne pas négliger.</p> <p>Parmi ces spécificités, 2 nécessitent un regard particulier</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Précocité des troubles par rapport à la population générale</li><li>- Les difficultés, incapacités et/ou déficiences liées au vieillissement, viennent se surajouter à des déficiences préexistantes, ce qui de fait, alourdit le profil avec un effet multiplicateur qui doit être pris en compte.</li></ul>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> identifier les compétences, les collaborations et les modes d'accompagnement qui favoriseront une prise en charge/prise en soin au plus juste des besoins des personnes handicapées vieillissantes à domicile, en mettant en œuvre un suivi de proximité par un accompagnant social, dans une volonté de garantir le 'bien-vivre' chez soi, tout en permettant le maintien de la vie relationnelle via des accompagnements et des rencontres avec l'extérieur.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b> accompagner la personne handicapée vieillissante à domicile, en lui assurant une continuité dans son parcours social et/ou de santé, à la fois par des démarches individualisées mais également par des démarches collectives, en organisant des rencontres et des activités avec le secteur PA et PH.</p>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b> 1 accompagnateur social à temps plein, pour l'accès aux activités et aux consultations extérieures sera mis à disposition de 15 personnes handicapées vieillissantes, dans une démarche expérimentale sur l'agglomération Vésulienne. Il sera étayé par un 0.12 ETP de chef de service.</p> <p>Les personnes ne bénéficieront en amont d'aucun suivi par un ESMS afin de cibler les personnes les plus vulnérables, avec souvent le maintien à domicile qui se fait grâce aux pairs aidants, parfois également en difficulté. Une requête sera faite à la</p>

	<p>MDPH en ce sens afin d'avoir un repérage officiel des personnes citées ci-dessus.</p> <p>Les admissions au sein du dispositif seront soumises à évaluation, pour que le public cible soit bien en adéquation avec le cadrage et une fois admise, la sortie ne se fera qu'à condition que les besoins repérés soient couverts de manière pérenne ou encore si la personne modifie son parcours en intégrant un établissement ou un service.</p> <p>Un suivi avec une réunion mensuelle avec la direction de rattachement permettra de garder une dynamique et de croiser les observations de l'accompagnant social avec un tiers. Cette réunion aura un temps dédié pour prendre en compte les fiches de saisine et mettre alors en œuvre la rencontre avec la PH et la période d'observation. En fonction des évaluations, une admission sera alors actée.</p> <p>Comme il s'agit d'un dispositif, aucune notification sur un principe d'orientation de la MDPH ne sera nécessaire. La personne devra juste avoir une reconnaissance handicapée, sachant que les handicaps sensoriels, moteurs et le polyhandicap sont exclus de l'expérimentation.</p> <p>Le handicap mental et/ou psychique (quel que soit le handicap principal) sont les 2 retenus.</p> <p>L'accompagnement comportera 2 volets : un qui est individualisé et à la hauteur des besoins repérés, avec a minima un contact/rencontre hebdomadaire et un second qui est collectif avec une activité mensuelle organisée avec le secteur PA/PH pour favoriser la relation, la rencontre, et maintenir une vie à l'extérieur.</p> <p><b>Porteur de l'action :</b> GROUPE ASSOCIATIF HANDY UP</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> établissements PA (EHPAD/MARPA/Résidences autonomie), ESMS Groupe Associatif Handy'up, AHSSEA, AHBFC, services d'aide à domicile.</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> personnes handicapées vieillissantes, que le handicap principal soit psychique ou mental, âgées de 45 ans a minima (tendance retenue dans l'offre actuelle PH sur le département) et montrant de nouveaux besoins, isolés ou cumulatifs en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Santé</li> <li>- Relations affectives et sociales</li> <li>- Modes de vie (logement, alimentation, rythme...)</li> <li>- Activités (professionnelles ou non)</li> <li>- Capacités fonctionnelles</li> </ul> <p>L'évaluation des besoins se fera à l'aide d'une grille socio-éducative, qui comporte en outre un volet santé. Seules les personnes ayant des signes supplémentaires liés au vieillissement seront accompagnées et non celles ayant des incapacités inhérentes au handicap de départ.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Agglomération vésulienne</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'accompagnement social et sanitaire auprès d'un public souvent en rupture, et en difficulté pour assumer l'ensemble des démarches de soins et de relation.</li> <li>• Réduire l'expression des troubles liés au vieillissement</li> <li>• Permettre le maintien à domicile</li> <li>• Favoriser les échanges entre les acteurs PA et PH</li> <li>• Faciliter les passerelles entre domicile/ESMS et Etablissements PA</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	1 <sup>er</sup> semestre 2020.

<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> Financement ARS Appel à projet 66 000€ pour 15 bénéficiaires G1 : 6 500€ (Comptes 606/611/626/628800) G2 : 53 000€ (Comptes 621/641/645/647) G3 : 6500€ (Comptes 6132, 6135 et 655)
<b>Indicateurs</b>	<b>Description :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de demandes</li> <li>• Nombre de suivis</li> <li>• Données socio-démographiques</li> <li>• Typologie des domaines d'accompagnement avec suivi des actions</li> <li>• Fréquence des suivis</li> <li>• Listing des conventions partenariales</li> <li>• Nombre d'actions collectives</li> <li>• Typologie des actions collectives</li> </ul> <b>Fréquence de mesure :</b> suivi mensuel des indicateurs, bilan intermédiaire à 6 mois d'expérimentation et rapport d'activité annuel à l'ARS <b>Source :</b> fiche d'indicateurs et tableaux de suivis <b>Responsable du suivi :</b> Direction ESMS de rattachement
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	PRS PTSM Schéma départemental de l'autonomie ANESM : RBPP - L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes Loi ASV Guide de l'habitat inclusif

# MULTI FILIERES

## Fiche action 19

### *Tendre vers une interconnaissance mutuelle opérationnelle entre les acteurs du territoire*

<p><b>Motivation de l'action, contexte</b></p>	<p>Si globalement sur le territoire, les professionnels interagissent entre eux, la frontière entre cultures médico-sociale et sanitaire reste très marquée, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'absence de vocabulaire commun entre les différents secteurs sanitaire, social et médico-social conduisant à des incompréhensions.</li> <li>- un manque de connaissance des particularités d'intervention/compétences/limites de chacun des acteurs : au sein même d'un même secteur.</li> <li>- un manque de connaissance des procédures administratives propres à une entité (ex : accès aux soins sans consentement, adressage pédopsychiatrie par la médecine scolaire, information préoccupante, procédure de mise sous protection,...).</li> </ul>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général :</b> Optimiser les coopérations et développer un socle de culture commune.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la compréhension mutuelle et l'échange de pratiques.</li> <li>- Améliorer la lisibilité des dispositifs en place pour les professionnels et les personnes avec troubles de la santé mentale.</li> <li>- Travailler sur la formalisation des coopérations.</li> <li>- Œuvrer pour une déstigmatisation du public (handicap psychique)</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé : deux axes sont identifiés dans le cadre de cette action</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Organisation de stages d'observation</b> de quelques jours au sein d'un service/établissement -pour vivre de l'intérieur les pratiques professionnelles- <b>par le biais d'une convention générale entre l'AHBFC et une structure partenaire (signataire de la charte constitutive)</b> : la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de la Haute-Saône assure la centralisation des demandes de stage en lien avec les secteurs et intersecteurs de psychiatrie concernés et les structures partenaires. Une fois les dates de stage validées, la Plateforme de coordination les communique au service Formation de l'AHBFC. Par ailleurs, des stages d'immersion entre partenaires sont possibles (hors AHBFC), pour cela, chaque année (civile), les Directions adressent à la Plateforme de coordination le nombre de stages effectués.</li> <li>2. <b>Désignation de "réfèrent santé mentale" au sein des structures partenaires de la Plateforme afin de favoriser le lien entre les acteurs du territoire et d'améliorer l'accompagnement des personnes accueillies/suivies.</b> Le réfèrent peut être une porte d'entrée auprès des structures afin d'assurer une remontée des problématiques et des enjeux identifiés.</li> </ol> <p><b>Porteur de l'action :</b> Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de la Haute-Saône (Association Hospitalière Bourgogne Franche-Comté).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> établissements et services médico-sociaux, établissements sanitaires, Conseil Départemental, CCAS, services mandataires,</p>

	<p>baillieurs sociaux,...</p> <p><b>Population bénéficiaire</b> : tous professionnels des différents secteurs : sanitaire, social et médico-social.</p> <p><b>Territoire concerné</b> : département de Haute-Saône</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meilleure compréhension du fonctionnement des entités</li> <li>- Création de liens interpersonnels</li> <li>- Décloisonnement des secteurs</li> <li>- Le référent peut être force de propositions/d'initiatives à partir des problématiques identifiées dans les structures</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Renforcement des actions menées 2 <sup>ème</sup> semestre 2019
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet</b> : investissement des professionnels dans le cadre de leurs missions.
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de stages organisés</li> <li>- Typologie des établissements / services concernés</li> <li>- Typologie de professionnels concernés</li> <li>- Mesurer l'impact de l'amélioration des pratiques / les points d'amélioration généraux (questionnaires de satisfaction en direction des stagiaires)</li> <li>- Mesurer l'évolution des liens entre les référents/PCPSM</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure</b> : annuelle. Présentation des résultats lors du Comité de pilotage de la Plateforme.</p> <p><b>Source</b> : questionnaire de satisfaction (version éditable) adressé aux stagiaires, avec en copie les Directions lors de l'organisation du stage par la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale. Le questionnaire est à renvoyer par mail à la Plateforme dans les 15 jours qui suivent la fin du stage d'immersion.</p> <p><b>Responsable du suivi</b> : Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de Haute-Saône</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enjeu des Plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale, diagnostiqué en 2014 et mis en œuvre dès janvier 2015 (plan d'actions des plateformes)</li> <li>- Projet institutionnel 2017 – 2021 de l'AHBFC</li> </ul>

## MULTI FILIERES

### Fiche action 20

#### ***Accroître la montée en compétences des professionnels des ESMS par des actions de formation sur les pathologies mentales et la prévention de la crise suicidaire***

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	Un grand nombre d'acteurs des champs : sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont amenés à accompagner des personnes présentant des troubles en santé mentale / psychiatriques. Toutefois, il est constaté le besoin de renforcer les connaissances de ces professionnels insuffisamment formés pour leur permettre de monter en compétences.
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> Accompagner les professionnels confrontés à des situations de souffrance psychique pour leur permettre d'adapter leur posture professionnelle.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquérir des connaissances sur les pathologies mentales afin de mieux comprendre les comportements des personnes accueillies en psychiatrie.</li> <li>- Améliorer le repérage et le diagnostic précoce des signes de crise suicidaire :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Identifier les patients à risque.</li> <li>o Reconnaître les signes avant-coureurs d'un passage à l'acte suicidaire.</li> <li>o Désamorcer la crise suicidaire.</li> </ul> </li> <li>- Développer une attitude professionnelle adaptée aux situations rencontrées.</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recueillir les besoins en formation des structures partenaires des Plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine et de Haute-Saône.</li> <li>- Diffusion du catalogue de formation AHBFC aux acteurs du territoire par les Plateformes de coordination.</li> <li>- Organisation par les Plateformes de coordination de l'AHBFC de groupes de formation pluri-professionnels (issus des différentes structures) sur ces deux thématiques, en lien avec le service formation AHBFC. Permettre aux professionnels de bénéficier de formations graduées en fonction des connaissances initiales (sensibilisation, consolidation).</li> <li>- Organisation par les Plateformes de coordination de l'AHBFC d'une journée dédiée à la thématique : prévention de la crise suicidaire (échéance 2021), en direction des professionnels des territoires.</li> </ul> <p><b>Porteur de l'action :</b> Plateformes de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine et de la Haute-Saône (AHBFC).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> les structures partenaires des Plateformes de coordination, service formation AHBFC.</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> tous professionnels des différents secteurs : sanitaire, social et médico-social.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Haute-Saône et Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement des connaissances et compétences.</li> <li>- Ajustement des pratiques professionnelles.</li> <li>- Renforcement de la continuité du parcours (gestion des situations de crise).</li> </ul>

<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020 (hors plan de formation). 2021 : journée d'étude sur la thématique de la prévention du suicide.
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> financement ARS 15 000€ par an : organisation de trois groupes de formation par an et d'une journée dédiée à la prévention du suicide.
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>d'indicateurs quantitatifs</b> (nombre de groupes de travail, de participants,...).</li> <li>✓ <b>qualitatifs</b> (questionnaire en lien avec l'amélioration des pratiques professionnelles).</li> <li>✓ <b>de mise en œuvre</b> (questionnaire sur l'aspect organisationnel).</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle. Présentation des résultats lors du Comité de pilotage des Plateformes.</p> <p><b>Source :</b> questionnaires de satisfaction (<i>un en lien avec l'amélioration des pratiques professionnelles et un sur l'aspect organisationnel</i>) adressés aux professionnels par les Plateformes de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine et de la Haute-Saône, ainsi qu'un recueil (tableau excel) du service formation AHBFC.</p> <p><b>Responsables du suivi :</b> Plateformes de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine et de la Haute-Saône.</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan d'actions des Plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale, initiés en novembre 2014.</li> <li>- Projet institutionnel 2017-2021 de l'Association Hospitalière Bourgogne Franche-Comté.</li> </ul>

## MULTI FILIERES

### Fiche action 21

#### ***Renforcer les liens entre les acteurs de la santé mentale afin de garantir une continuité du parcours et de limiter les situations de crise***

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>L'amélioration des parcours des personnes présentant des troubles psychiatriques et/ou de santé mentale passe inévitablement par une meilleure coopération entre les acteurs concernés et une meilleure connaissance des missions respectives (cf FA 1).</p> <p>L'organisation des parcours (soin, accompagnement social,...) et des services requiert à tout moment dans le parcours des personnes une cohérence entre les interventions respectives. Les interactions entre les partenaires étant structurées par leurs relations de travail, une action spécifique de formation/rencontre en lien avec la notion de représentations professionnelles semble essentielle afin de surmonter les possibles difficultés à communiquer (références éloignées).</p> <p>Il est en effet nécessaire de mettre en œuvre des processus de coopération volontaire et des pratiques de collaboration entre les différents professionnels basées pour l'essentiel sur une communication efficace.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général : Renforcer l'articulation entre les acteurs de la santé mentale de façon adaptée sur le territoire pour assurer une continuité du parcours et prévenir les ruptures (lien avec la FA 1)</b></p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire évoluer les pratiques professionnelles</li> <li>- Sensibiliser les professionnels à l'importance de la transmission d'information (continuité) à toutes les étapes du parcours/périodes (notamment périodes charnières enfant/adulte)</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé : améliorer le lien entre les acteurs par différentes actions concrètes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des rencontres entre les professionnels des différents champs (sanitaire, médico-social, social, insertion) pour favoriser l'interconnaissance mutuelle et renforcer le lien</li> <li>- Mettre en place des temps de rencontre (formations) sur les représentations professionnelles et la transmission d'information pour les professionnels des différents champs intervenant dans la santé mentale (constitution de groupes associant les différents champs : sanitaire, médico-social, social, insertion)</li> </ul> <p><b>Porteur de l'action :</b> AHBFC/PCPSM</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> les acteurs intervenant dans la santé mentale</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> les professionnels des structures (sanitaire, médico-social, social) du territoire</p>

	<b>Territoire concerné : département de la Haute-Saône (hors Héricourt)</b>
<b>Résultats attendus</b>	Eviter les ruptures dans les parcours de soin/de vie des personnes
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Durée du PTSM
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> 1 formation par semestre 1500€ soit 3000€/an Financement formations sur les représentations professionnelles/ le secret professionnel
<b>Indicateurs</b>	<b>Description :</b> <b>Indicateurs quantitatifs : nombre de formations, nombre de professionnels formés</b> <b>Indicateurs qualitatifs : questionnaires de satisfaction à l'issue des rencontres</b> <b>Fréquence de mesure : annuelle</b> <b>Source : PCPSM</b> <b>Responsable du suivi : PCPSM</b>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	

## MULTI FILIERES

### Fiche action 22

#### *Poursuivre les coopérations entre les services des urgences et le dispositif de santé mentale*

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Le parcours de santé mentale implique une coopération entre la psychiatrie (AHBFC) et l'hôpital général (GH70). Par nature, l'hôpital général porte une activité d'urgences nécessitant concertation, coordination, transversalité avec la sphère de la santé mentale.</p> <p>A ce titre, l'AHBFC assure au GH70 une consultation de psychiatrie 24h/24 avec possibilité de prise en charge adaptée au sein de l'Unité Intersectorielle d'Admission (UIA) et/ou orientation vers un dispositif ambulatoire (CMP, HDJ, médecine libérale,...) ou hospitalier.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général : poursuivre les coopérations et améliorer le cas échéant les risques de ruptures de parcours par la tenue d'un comité d'évaluation (GH70/AHBFC) permettant d'optimiser la réponse au regard des ressources disponibles et des conventions existantes ou à établir</b></p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer le maintien de la prise en charge des urgences psychiatriques au sein des hôpitaux généraux</li> <li>- Réduire les délais d'attente et participer au désencombrement des services des urgences par une réponse adaptée</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé : la création d'une instance d'évaluation réunissant les acteurs (directions, professionnels de santé,...) qui contribuent à la prise en soins des patients en vue d'adapter la réponse et d'orienter le patient au sein de la bonne filière</b></p> <p><b>Porteur de l'action : AHBFC/ GH70</b></p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser : AHBFC/ GH70</b></p> <p><b>Population bénéficiaire : population sur le territoire de santé</b></p> <p><b>Territoire concerné : Haute-Saône hors Héricourt</b></p>
<b>Résultats attendus</b>	Fluidification des parcours et des problématiques rencontrées aux urgences psychiatriques et somatiques
<b>Calendrier prévisionnel</b>	A compter de 2020
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet : sans</b>
<b>Indicateurs</b>	<b>Description : Nbre de comité d'évaluation</b>

	<b>Fréquence de mesure : quadrimestriel</b> <b>Source : AHBFC/ GH70</b> <b>Responsable du suivi : AHBFC/ GH70</b>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Projet institutionnel AHBFC 2017-2021

# THEMATIQUES TRANSVERSALES

## Fiche action 23

### *Contribuer à la destigmatisation des personnes présentant des pathologies mentales*

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>La stigmatisation des troubles psychiatriques et de la maladie mentale est encore très présente de nos jours, ce qui contribue à renforcer l'isolement des personnes qui en sont atteintes et à accentuer les comportements de déni.</p> <p>Le déploiement d'une communication plus positive et en lien avec les enjeux concrets sur le territoire semble nécessaire pour changer le regard sur la santé mentale et permettre ainsi d'améliorer l'accès aux soins.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général : mettre en place un plan de communication ciblé pour porter une vision positive de la santé mentale et ainsi améliorer les conditions de vie, l'accès aux soins et aux accompagnements, l'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes présentant un trouble psychique</b></p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser la connaissance autour des pathologies mentales (via des communications type soirées SISM,...) à destination des professionnels et du grand public</li> <li>- Favoriser l'accès aux soins (médecins traitants) des patients souffrant de troubles psychiques</li> <li>- Développer les partenariats favorisant l'inclusion des personnes dans la cité</li> <li>- Développer les compétences psycho-sociales</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé : développer les actions de communication pour une approche plus positive de la santé mentale et pour favoriser l'accès aux soins des personnes concernées</b></p> <p><b>Porteur de l'action : AHBFC/PCPSM</b></p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser : acteurs en santé mentale du territoire</b></p> <p><b>Population bénéficiaire : les personnes atteintes de troubles psychiques</b></p> <p><b>Territoire concerné : Département de Haute-Saône</b></p>
<b>Résultats attendus</b>	Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Durée PTSM
<b>Financement</b>	Estimation du montant prévisionnel global du projet :

<p><b>Indicateurs</b></p>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nombre d'actions de communication réalisées</b></li> <li>- <b>Nombre de professionnels participant, notamment médecins traitants</b></li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure : annuelle</b></p> <p><b>Source : PCPSM/AHBFC</b></p> <p><b>Responsable du suivi : PCPSM/AHBFC</b></p>
<p><b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b></p>	<p>Stratégie nationale de Santé Projet institutionnel AHBFC</p>

# THEMATIQUES TRANSVERSALES

## Fiche action 24

### *Développer l'outil numérique dans la santé mentale*

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Cette fiche-action vise à répondre à <u>deux enjeux</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circulation de l'information et sa mise à disposition de l'information</li> <li>- L'optimisation des temps médicaux en évitant les déplacements (usagers/professionnels)</li> </ul> <p>Enjeu 1 = Outil : Système d'information: Eticss – déploiement sur la santé mentale / nécessité de l'interopérabilité</p> <p>Enjeu 2 = Téléconsultation en psychiatrie (personnes âgées, personnes présentant des conduites addictives) = Télémédecine (gériatrie, cardiologie, dermatologie)</p> <p>Enjeu 3 = Recours systématique à Via trajectoire à développer</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général : circulation de l'information et coordination renforcée</b></p> <p><b>Objectifs spécifiques : Optimisation des prises en charge et de la qualité des soins</b></p>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé : déployer les différentes actions</b></p> <p><b>Porteur de l'action : ARS</b></p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser : les acteurs du territoire</b></p> <p><b>Population bénéficiaire : la population de Haute-Saône</b></p> <p><b>Territoire concerné : Haute-Saône</b></p>
<b>Résultats attendus</b>	<b>Amélioration du parcours patient</b>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet : financement ARS</b>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b> <b>Mesurer le déploiement des dispositifs</b></p> <p><b>Fréquence de mesure : annuelle</b></p> <p><b>Source : les acteurs</b></p>

	<b>Responsable du suivi : Délégué départemental ARS</b>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	

# THEMATIQUES TRANSVERSALES

## Fiche action 25

### *Promouvoir l'attractivité du territoire*

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>L'attractivité des professionnels dans les champs médical, social et médico-social est conditionnée par l'attractivité du territoire. La création de conditions favorables, de synergies et de complémentarités entre les acteurs du territoire (élus, collectivités, professionnels de santé, assurance maladie, ESMS...) est un facteur déterminant.</p> <p>La question de la démographie médicale en Haute-Saône est aujourd'hui prégnante compte tenu d'une densité en médecins généralistes et spécialistes inférieure à la moyenne régionale.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général : mettre en avant les atouts du territoire pour favoriser l'installation de professionnels en Haute-Saône</b></p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer au territoire des postes médicaux et paramédicaux (IDE, masseur kinésithérapeute, orthophoniste, aide-soignante) qualifiés pour l'ensemble des acteurs du territoire (ESMS, AHBFC...)</li> <li>- Mettre en évidence la diversité des possibilités d'exercice (CMP, unités,...) et le partenariat existant</li> <li>- Favoriser la délégation de tâches (IPA)</li> <li>- Valoriser les projets institutionnels (projets d'établissement/projets de service)</li> <li>- Développer l'innovation/recherche</li> <li>- Axer la promotion de l'attractivité du territoire par des actions de communication ciblées</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Porteur de l'action :</b> ARS</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> médecine générale, psychiatrie libérale, psychiatrie hospitalière, facultés de médecine, ARS</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> médecins généralistes/ médecins psychiatres</p> <p><b>Territoire concerné :</b> département de Haute-Saône</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le maintien de l'offre médicale en psychiatrie</li> <li>- Le développement de temps médicaux dans les ESMS enfant-adulte</li> <li>- Le nombre de psychiatres doit permettre d'assurer les missions actuelles et répondre aux enjeux du PTSM</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b>

<b>Indicateurs</b>	<b>Description : suivi de l'évolution des données statistiques</b> <b>Fréquence de mesure :</b> <b>Source :</b> <b>Responsable du suivi : Délégué départemental ARS</b>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	

# THEMATIQUES TRANSVERSALES

## Fiche action 26

### *Renforcer le dispositif de prévention à la crise suicidaire*

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Le département de Haute-Saône est particulièrement impacté par un taux de suicide important (26/100 000 habts). Aussi, a-t-il été mis en place un dispositif spécifique au sein de l'AHBFC relatif au risque suicidaire via des entretiens téléphoniques.</p> <p>Ce mode de réponse est à renforcer par une veille posthospitalière en direction des suicidants à l'instar du dispositif Vigilans.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> Repérage par les services psychiatriques des personnes à risque suicidaire et mise en place d'un suivi protocolisé pour cette population spécifique pour diminuer le taux de suicide :</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Répondre de façon efficiente à une demande de soins, d'écoute, d'orientation, d'information dans le cadre d'une continuité du soin.</li> <li>- Sécuriser et structurer l'acte de soins en définissant             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓les professionnels concernés : IDE</li> <li>✓le contenu et le circuit du document de traçabilité de l'entretien téléphonique</li> <li>✓l'organisation de la continuité des soins</li> </ul> </li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion d'un entretien infirmier par téléphone (écoute suite à un appel extérieur provenant d'une unité intra et/ou extrahospitalière)</li> <li>- Mise en place d'une veille posthospitalière type Vigilans S</li> </ul> <p><b>Pilotage/ Portage de l'action :</b> AHBFC</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> Médecine libérale et psychiatrie</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> personne "suicidante "</p> <p><b>Territoire concerné :</b> département de Haute-Saône</p>
<b>Résultats attendus</b>	<p>Gestion de la crise suicidaire Prise en soin du suicidant Suivi et accompagnement de cette population cible</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p>Durée PTSM</p>
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> 2,5 ETP IDE 135.000€</p>

<p><b>Indicateurs</b></p>	<p><b>Description :</b>  <b>Comparatif des données statistiques issues des forces de l'ordre et du SDIS</b></p> <p><b>Fréquence de mesure : annuelle</b></p> <p><b>Source : gendarmerie, police, SDIS</b></p>
<p><b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b></p>	<p>Projet institutionnel 2017-2021, fiche-action "prévention du suicide"  ... </p>

## THEMATIQUES TRANSVERSALES

### Fiche action n° 27

#### ***Développer la formation des professionnels à la problématique du psychotraumatisme***

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Le contexte national fait état d'un nombre important de personnes victimes de violences conjugales (psychiques et/ou sexuelles), de mineurs victimes de violences sexuelles, ou encore de victimes d'attentats, ainsi que de personnes concernées par un parcours de migration traumatique.</p> <p>Ces situations peuvent conduire à : des comportements à risque ; des pathologies somatiques ; de l'échec scolaire,...Qui nécessitent une prise en charge globale du psychotraumatisme, auprès des personnes (adultes et enfants) exposés à ces violences.</p> <p>Dans le cadre de l'appel à projet national lié à la prise en charge du psychotraumatisme, le projet de Centre de référence de psychotraumatisme Bourgogne Franche-Comté (CPT) a été retenu. Les missions de ce centre sont de coordonner les compétences régionales en psychotraumatisme pour les adultes et les enfants ; définir les parcours individualisés de prise en charge ; uniformiser la formation et développer la recherche en psychotraumatisme.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> venir en appui au Centre de référence du psychotraumatisme BFC, dans la coordination du dispositif construit autour des parcours (médico-psychologique, social, judiciaire,...) des personnes victimes. Contribuer à l'amélioration du parcours des personnes victimes de violences.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablir des liens entre les partenaires territoriaux et le centre de ressources du psychotraumatisme.</li> <li>- Travailler l'accès aux professionnels (médecins, psychologues, infirmiers,...) à la formation spécifique du psychotraumatisme.</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer à la structuration du dispositif de prise en charge du psychotraumatisme, en mobilisant les acteurs du territoire autour notamment des besoins des formations auprès des professionnels.</li> </ul> <p><b>Porteur de l'action :</b> Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC)</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> les structures sanitaires, médico-sociales du territoire (filiales adultes et enfants).</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> professionnels du territoire amenés à prendre en charge les situations de psychotraumatisme.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté</p>

<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Montée en compétences des professionnels concernées par la prise en charge du psychotraumatisme.</li> <li>- Contribuer à une offre de soins spécialisée sur le territoire.</li> <li>- Tendre à une culture commune sur la thématique.</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> enveloppe allouée aux territoires (en lien avec le Centre de référence de psychotraumatisme de Bourgogne Franche-Comté)
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Recueil d'indicateurs quantitatifs auprès du CPT</b> (nombre de formations, de professionnels participants ...)</li> <li>✓ <b>de mise en œuvre</b> (aspect organisationnel).</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle</p> <p><b>Source :</b> Centre de référence de psychotraumatisme Bourgogne Franche-Comté (CPT)</p> <p><b>Responsables du suivi :</b> Centre de référence de psychotraumatisme Bourgogne Franche-Comté (CPT)</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruction du Ministre de la Santé relative au projet national pour l'identification de dispositifs des prises en charge globale du psychotraumatisme (19/06/2018).</li> <li>- PRS BFC 2018-2022.</li> </ul>

Il est convenu avec les partenaires et l'ARS que le PTSM avec ses fiches-actions constituent le contrat territorial de santé mentale. Les fiches-actions seront mises en œuvre par les partenaires et déclinées sur le territoire. Par ailleurs, un bilan permettant de réaliser la mise en œuvre chaque année (avant le 31/12) sera présenté à la commission santé mentale et au bureau du CTS. Ce dernier sera transmis également au Directeur Général de l'ARS.

*Fait à Vesoul le 16 octobre 2019*

**Président**  
**Conseil Territorial de santé**

**Président**  
**Commission Santé Mentale**

**Directeur Général**  
**ARS BFC**

**M. Pascal MATHIS**

**M. Luc BÉNET**

**M. Pierre PRIBILE**

## 6. Annexes

- Annexe 1 : Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale
- Annexe 2 : Instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale
- Annexe 3 : Composition commission spécialisée en santé mentale
- Annexe 4 : Calendrier des travaux du PTSM
- Annexe 5 : Tableau des actions
- Annexe 6 : Carte CPTS Haute-Saône

# Annexe 1

## Décrets, arrêtés, circulaires

### TEXTES GÉNÉRAUX

#### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

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

NOR : SSAH1710848D

**Publics concernés :** établissements de santé autorisés en psychiatrie ; professionnels de santé ; établissements et services sociaux et médico-sociaux ; représentants des usagers et des familles ; psychologues ; agences régionales de santé ; collectivités territoriales.

**Objet :** modalités d'élaboration et priorités du projet territorial de santé mentale.

**Entrée en vigueur :** le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

**Notice :** le décret fixe les priorités du projet territorial de santé mentale. Il précise également la méthodologie et les délais maximum de son élaboration, en définissant notamment le rôle des agences régionales de santé et le contenu du diagnostic territorial partagé.

**Références :** le décret est pris pour l'application de l'article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 114-1-1 et L. 114-3 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3221-2, L. 3221-5-1 et L. 3221-6 ;

Vu la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, notamment son article 5 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le titre II du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre IV devient le chapitre V et l'article R. 3224-1 devient l'article R. 3225-1 ;

2° Il est rétabli un chapitre IV comprenant les articles R. 3224-1 à R. 3224-10 ainsi rédigé :

« CHAPITRE IV

« *Projet territorial de santé mentale*

« Art. R. 3224-1. – I. – Le projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2 :

« 1° Favorise 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 ;

« 2° Permet la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;

« 3° Détermine le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

« II. – La coordination de second niveau permet de garantir l'accès des personnes atteintes de troubles psychiques à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées mentionnées au I de l'article L. 3221-2 lorsqu'elles ne sont pas présentes en proximité, notamment au sein des territoires de proximité que constituent les secteurs de psychiatrie.

« III. – Les modalités et techniques de prises en charge diversifiées visent la promotion de la santé mentale, l'amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, la promotion des capacités des personnes et leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne active.

« IV. – Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après les consultations prévues au IV de l'article L. 3221-2. Le projet territorial de santé mentale est arrêté pour une durée de cinq ans. Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont publiés par l'agence. Ils peuvent être révisés selon la même procédure que celle prévue pour leur élaboration et après les mêmes consultations.

« Art. R. 3224-2. – I. – Lorsque des acteurs de santé mentale mentionnés à l'article L. 3221-2 travaillant dans le champ de la santé mentale sur un territoire prennent l'initiative de l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale, ils adressent au directeur général de l'agence régionale de santé un document précisant la délimitation du territoire de santé mentale proposée, la liste des acteurs associés et le ou les acteurs désignés comme correspondants de l'agence.

« II. – Pour l'élaboration du projet territorial de santé mentale, les professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale sur ce territoire :

« 1° S'assurent de la participation des communautés psychiatriques de territoire mentionnées au VI de l'article L. 3221-2, lorsqu'elles existent ;

« 2° Veillent à la cohérence entre le projet médical partagé du ou des groupements hospitaliers de territoire présents sur le territoire de santé mentale et le projet territorial de santé mentale ;

« 3° Tiennent compte des projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé et des plates-formes territoriales d'appui.

« III. – L'agence régionale de santé anime la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale initiée par les acteurs. Elle veille au respect des dispositions législatives et réglementaires, à l'association de tous les acteurs concernés, à la pertinence du choix du territoire retenu ainsi qu'au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant.

« IV. – Le défaut d'élaboration d'un projet territorial de santé mentale par les acteurs est constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard dans un délai de dix-huit mois à compter de la date d'échéance du délai de cinq ans suivant la décision du directeur général de l'agence régionale de santé ayant arrêté le précédent projet territorial de santé mentale.

« Art. R. 3224-3. – Pour établir l'état des ressources disponibles, identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et préconiser des actions pour y remédier, le diagnostic partagé prévu au II de l'article L. 3221-2 prend en compte les éléments suivants :

« 1° L'accès de la population au diagnostic et aux soins psychiatriques ;

« 2° L'accueil et l'accompagnement par des établissements et services sociaux et médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique ;

« 3° Les situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes ;

« 4° La continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements, prenant en compte les réponses à apporter lors du passage à l'âge adulte et celles liées au vieillissement ;

« 5° Les délais d'attente et les problèmes d'accessibilité géographique ou financière aux solutions adaptées, notamment de logement et d'hébergement ;

« 6° L'accès aux droits ;

« 7° L'accès aux soins somatiques et le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques ;

« 8° La prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique ainsi que l'organisation de la réponse à ces situations ;

« 9° L'organisation de la permanence des soins ;

« 10° L'éducation à la santé et les actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique.

« Le diagnostic partagé porte une attention particulière à la situation des quartiers prioritaires de la politique de la ville mentionnés à l'article 5 de la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine.

« Art. R. 3224-4. – Le projet territorial de santé mentale organise l'accès de la population à des dispositifs et services répondant aux priorités définies aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10.

« Art. R. 3224-5. – I. – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

« A ce titre, il prévoit l'organisation de :

« 1° L'accès à un avis spécialisé pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes ;

« 2° L'accès aux soins et aux accompagnements dans des délais répondant à la nature des situations ;

« 3° L'accès aux dispositifs spécifiques existant au niveau régional ou interrégional.

« II. – Pour permettre d’atteindre ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s’appuie sur :

« 1° La mobilisation et la sensibilisation des acteurs au repérage précoce des troubles, notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l’Education nationale, de l’enseignement supérieur, de l’aide sociale à l’enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse ;

« 2° Les professionnels de la psychiatrie, en particulier au titre de la mission de psychiatrie de secteur prévue à l’article L. 3221-3, et le soutien de ces professionnels aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques ;

« 3° Les acteurs sociaux et médico-sociaux et le soutien de ces acteurs aux professionnels de la psychiatrie, par la mise en œuvre la plus précoce possible de réponses d’accompagnement adaptées, en particulier pour les situations complexes ;

« 4° Les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux apportant eux-mêmes leur appui aux proches et aux familles dans leur rôle d’aidants de proximité.

« III. – Le projet territorial de santé mentale prend en compte cette priorité en apportant des réponses aux problématiques des populations à risques spécifiques telles que les enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes placées sous main de justice, personnes en situation de précarité, personnes ayant des conduites addictives, victimes de psycho-traumatisme, familles nécessitant un accompagnement à la parentalité, et personnes isolées.

« Art. R. 3224-6. – I. – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l’organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s’inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.

« A ce titre, il prévoit :

« 1° Les actions destinées à prévenir la survenue ou l’aggravation du handicap, par l’accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ;

« 2° Le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l’accès des personnes au logement, à l’emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l’insertion et le maintien en milieu ordinaire.

« II. – Pour permettre l’atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s’appuie sur la mise en place d’un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité.

« Art. R. 3224-7. – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l’organisation des conditions de l’accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

« A ce titre, il veille à ce que soient prévus :

« 1° L’accès au suivi somatique de ces personnes par les médecins généralistes, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé ;

« 2° En cas d’hospitalisation, l’organisation des établissements ayant une activité en psychiatrie pour assurer à leurs patients un accès aux soins somatiques, y compris spécialisés ;

« 3° L’organisation, par les établissements de santé autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique, d’un accueil spécifique des personnes présentant des troubles psychiques, incluant l’accès aux investigations et aux soins spécialisés nécessaires, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.

« Art. R. 3224-8. – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l’organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d’urgence.

« A ce titre, il prévoit :

« 1° L’organisation de l’intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d’hébergement sociales et médico-sociales en prévention de l’urgence psychiatrique et en cas d’urgence psychiatrique, en promouvant l’intervention coordonnée des professionnels de santé et de ces structures ;

« 2° L’organisation de la permanence des soins et d’un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, conformément aux dispositions de l’article L. 3221-5-1.

« 3° La participation des professionnels de la psychiatrie aux prises en charge réalisées au sein des structures d’urgence des établissements de santé conformément aux dispositions prévues par l’article R. 6123-32-9, dans un cadre organisant les responsabilités des acteurs dans les parcours de soins des personnes présentant des troubles psychiques, afin d’en favoriser la fluidité et de prévenir le risque suicidaire ;

« 4° L’organisation d’un suivi en sortie d’hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins, et, en fonction des ressources mobilisables sur le territoire, d’un suivi en sortie d’hospitalisation à la suite d’une tentative de suicide.

« Art. R. 3224-9. – I. – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité 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.

« A cette fin, il veille à promouvoir l’implication de ces personnes, de leurs proches et leurs familles dans l’élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d’accompagnement social ou médico-social, notamment en ce qui concerne l’éducation thérapeutique, le soutien aux aidants et les modalités d’entraide par les pairs, tels que les groupes d’entraide mutuelle mentionnés à l’article L. 1114-1 du code de l’action sociale et des familles.

« II. – Pour permettre l’atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale vise à développer :

« 1° Des espaces de concertation et de coordination locales, notamment les conseils locaux de santé mentale ou toute commission créée par les collectivités territoriales ayant pour objet la santé mentale ;

« 2° L’information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits afin d’en favoriser l’accès ;

« 3° Les réponses aux personnes en situation de soins sans consentement mentionnées aux articles L. 3211-2-1 ;

« 4° La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et à améliorer l’information du grand public sur la santé mentale.

« *Art. R. 3224-10.* – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l’organisation des conditions d’action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

« A ce titre, il vise à :

« 1° Renforcer les compétences des personnes en matière psycho-sociale, notamment dans les champs de l’éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental ;

« 2° Prévenir l’apparition ou l’aggravation des troubles psychiques. »

**Art. 2.** – Le défaut d’élaboration d’un premier projet territorial de santé mentale par les acteurs mentionnés au I de l’article R. 3224-2 du code de la santé publique est constaté par le directeur général de l’agence régionale de santé au plus tard dans un délai de trente-six mois après la publication du présent décret.

**Art. 3.** – La ministre des solidarités et de la santé et la secrétaire d’Etat auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées, sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l’exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 juillet 2017.

EDOUARD PHILIPPE

Par le Premier ministre :

*La ministre des solidarités  
et de la santé,*

AGNÈS BUZYN

*La secrétaire d’Etat  
auprès du Premier ministre,  
chargée des personnes handicapées,*  
SOPHIE CLUZEL

## Annexe 2



### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

#### **Direction générale de l'offre de soins**

Sous-direction Régulation de l'offre de soins  
Bureau prises en charge post-aiguës, pathologies chroniques  
et santé mentale (R4)  
Personne chargée du dossier : Céline DESCAMPS  
Tél. : 01 40 56 54 30  
Mél. : [celine.descamps@sante.gouv.fr](mailto:celine.descamps@sante.gouv.fr)

#### **Direction générale de la cohésion sociale**

Sous-direction autonomie, personnes handicapées et âgées  
Bureau insertion, citoyenneté et parcours de vie  
des personnes handicapées (3B)  
Personne chargée du dossier : Dr Sylvia GUYOT  
Tél : 01 40 56 82 46  
Mél : [sylvia.guyot@social.gouv.fr](mailto:sylvia.guyot@social.gouv.fr)

#### **Direction générale de la santé**

Sous-direction de la santé des populations et  
de la prévention des maladies chroniques  
Bureau de la santé mentale (SP4)  
Personne chargée du dossier : Marie-Hélène DECHAUX  
Tél. :01 40 56 45 48  
Mél. : [marie-helene.dechaux@sante.gouv.fr](mailto:marie-helene.dechaux@sante.gouv.fr)

La directrice générale de l'offre de soins  
Le directeur général de la cohésion sociale  
Le directeur général de la santé

à

Madame et Messieurs les préfets de région  
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des  
agences régionales de santé  
Mesdames et Messieurs les préfets de département

*Copie :*

- Mesdames les directrices et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Mesdames et Messieurs les directeurs des Directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement
- Monsieur le directeur de la DRIHL [pour les politiques le concernant]
- Mesdames et messieurs les directeurs des directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale et de la protection des populations
- Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale

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

Date d'application : IMMEDIATE

NOR : SSAH1815648J

Classement thématique :

Validée par le CNP le 25 mai 2018 - Visa CNP 2018-41

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site [circulaire.legifrance.gouv.fr](http://circulaire.legifrance.gouv.fr) : oui

<b>Catégorie</b> : Directives adressées par les directeurs d'administration centrale aux services chargés de leur application
<b>Résumé</b> : La présente instruction vise à accompagner les acteurs et les ARS dans l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale. En application du décret relatif au projet territorial de santé mentale, elle précise les modalités d'association des acteurs, le rôle des ARS, les modalités de mise en œuvre, de contractualisation, de suivi et d'évaluation des projets. Elle renvoie par ailleurs à une « boîte à outils » en ligne sur le site internet du Ministère des solidarités et de la santé pour décliner et illustrer les priorités du décret.
<b>Mots-clés</b> : parcours de santé et de vie, besoins des personnes, prévention et promotion de la santé, soins, accompagnements médico-sociaux et sociaux, services, co-construction, diagnostic territorial partagé, contrat territorial de santé mentale
<b>Textes de référence</b> : Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en particulier son article 69 Décret CE n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire Circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 Instruction N°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville Circulaire N° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville
<b>Annexes</b> : Annexe 1 : Les acteurs partie prenante du projet territorial de santé mentale Annexe 2 : Le recueil de données dans le cadre du diagnostic territorial partagé : exemples de données à mobiliser
<b>Diffusion</b> : ARS, établissements et professionnels de santé, URPS, établissements et services sociaux et médico-sociaux, collectivités territoriales, conseils départementaux, services de l'Etat en région et dans les départements (DDCS-PP, DDT, Délégués du Préfet), MDPH, recteurs d'académie.

**Site Internet du Ministère :**

« Boîte à outils » : Les actions de prévention et de promotion de la santé mentale, les soins, accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale - Exemples de mise en œuvre : <http://solidarites-sante.gouv.fr/projet-territorial-sante-mentale>

## Introduction

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé fait évoluer la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie en reconnaissant le caractère transversal de la santé mentale et en prévoyant la mise en œuvre sur les territoires de projets territoriaux de santé mentale élaborés par l'ensemble des acteurs concourant à cette politique.

En application de la loi, le décret 2017-1200 du 27 juillet 2017 a fixé les six priorités que doit prendre en compte chaque projet territorial de santé mentale ; il a précisé la méthodologie et les délais maximum d'élaboration du projet territorial, le rôle des Agences régionales de santé et le contenu du diagnostic territorial partagé.

En prolongement du décret, la présente instruction a pour objectif d'accompagner les acteurs de santé mentale dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale sur les territoires, en précisant la déclinaison des priorités en actions de prévention et de promotion de la santé mentale, en soins, accompagnements et services attendus (I) ; en explicitant les modalités de définition du territoire, de mobilisation et d'association des acteurs, ainsi que le rôle des ARS (II) ; et en fixant le calendrier et les modalités de contractualisation, de suivi et d'évaluation du projet (III).

Déclinée sur le site Internet du ministère, cette instruction vise à proposer aux acteurs les outils de co-construction des projets territoriaux de santé mentale et à favoriser l'émergence de réponses centrées sur les besoins et aspirations des personnes, intégrant les objectifs de prévention, notamment du suicide, et de promotion de la santé, de maintien dans le milieu de vie ordinaire, de prise en compte des bonnes pratiques et de progrès des connaissances.

Elle doit aider les acteurs à élaborer des projets partagés, réalistes et progressifs en réponse aux enjeux de santé mentale identifiés sur les territoires, afin de permettre à ces projets d'améliorer concrètement les parcours des personnes concernées.

### **1. Les actions de prévention et de promotion de la santé, les soins, accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale**

L'article L3221-2 du Code de la santé publique dispose que le projet territorial de santé mentale « *organise les conditions d'accès de la population :*

*1° A la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles ;*

*2° A l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques ;*

*3° Aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale ».*

Pour organiser cet accès, le projet territorial de santé mentale tient compte des six priorités fixées par le décret du 29 juillet 2017. Ces priorités sont déclinées selon une logique qui part, non des acteurs et des structures, mais des besoins et aspirations des personnes dans le cadre de leur parcours.

Elles ont vocation à être mises en œuvre selon des modalités diversifiées déterminées par les acteurs, en lien avec les ARS, pour tenir compte des caractéristiques du territoire, des besoins et des attentes des personnes concernées et de leurs familles, de l'offre existante et de la dynamique des acteurs.

Elles répondent aux orientations du décret relatif au projet territorial de santé mentale, favorisant « *la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire* » et visant « *la promotion de la santé mentale, l'amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, la promotion de leurs capacités et leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne active* ».

Elles s'adressent à la fois :

- à la population générale, pour ce qui concerne la promotion de la santé mentale et l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale ;
- aux personnes présentant une souffrance et/ou des troubles psychiques - incluant les personnes à risque ou en situation de handicap psychique, car présentant des troubles sévères et persistants, ainsi que les personnes les plus vulnérables cumulant les problématiques de santé ;
- et à leurs proches et aidants, pour l'ensemble des priorités

Elles contribuent aux réponses apportées aux personnes présentant certains troubles neuro-développementaux, dont les troubles du spectre de l'autisme (TSA).

Une « boîte à outils », conçue pour aider les acteurs dans la mise en œuvre des priorités, est disponible sur le site du Ministère :

Les six priorités fixées par le décret du 29 juillet 2017 sont déclinées en actions de prévention et de promotion de la santé, en soins, accompagnements sociaux et médico-sociaux et services attendus, et sont illustrées par des exemples de réponses construites et proposées par des professionnels de terrain, dans une logique de boîte à outils. Ces exemples ont vocation à faire partager des dynamiques de réponses déjà à l'œuvre sur les territoires à l'initiative des acteurs locaux ; ils ne constituent pas une recommandation formelle d'organisation.

Ces exemples seront progressivement enrichis.

<http://solidarites-sante.gouv.fr/projet-territorial-sante-mentale>

## **2. Les modalités de définition des territoires, de mobilisation et d'association des acteurs et le rôle des Agences régionales de santé**

### 2.1 Le territoire du projet

Le territoire de santé mentale, tel que défini à l'article L.3221-2, correspond à la notion de **territoire suffisant** pour permettre :

- l'association de l'ensemble des acteurs de la santé mentale (représentants des personnes concernées et des familles, établissements de santé autorisés en psychiatrie, établissements et services sociaux et médico-sociaux, médecins de ville et professionnels d'exercice libéral, psychologues, conseils locaux de santé mentale, groupes d'entraide mutuelle, acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, acteurs du logement et de l'hébergement, de l'emploi, de l'inclusion sociale et citoyenne).
- l'accès à des modalités et techniques de prises en charge diversifiées.

Le territoire de santé mentale est ainsi à la fois un territoire de coordination des acteurs au niveau institutionnel et un territoire d'organisation pour l'accès à une offre non disponible en proximité. A l'inverse, 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). Il est important de noter qu'il s'agit avant tout d'un territoire de projet et d'engagement des acteurs, même si ses contours doivent pouvoir être définis.

A titre indicatif, le niveau départemental peut constituer un niveau territorial pertinent, à la fois pour les acteurs sanitaires (présence de la délégation territoriale de l'ARS et de un à plusieurs groupements hospitaliers de territoire), et pour les acteurs sociaux et médico-sociaux, en tant que lieu de définition de plusieurs politiques contribuant à la santé mentale (politiques départementales relatives à la cohésion sociale : enfance et jeunesse, aide sociale, emploi, handicap, grand âge, précarité et exclusion...).

Le territoire de démocratie sanitaire, s'il est différent du niveau départemental, peut également être retenu, en cohérence avec celui du Conseil territorial de santé et de sa commission spécialisée en santé mentale. Le niveau de l'agglomération ou de la métropole, quand il existe, pourra également être adapté dans les territoires caractérisés par une forte densité populationnelle.

Le territoire est défini de manière consensuelle entre les différentes catégories d'acteurs impliqués dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale.

## 2.2 Les acteurs à mobiliser pour participer à la démarche de diagnostic territorial partagé et de projet territorial de santé mentale

L'élaboration du diagnostic territorial partagé et du projet territorial de santé mentale constitue une démarche partenariale rassemblant l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale. Elle doit permettre d'établir des constats partagés entre ces acteurs et **de co-construire un projet territorial centré sur la réponse aux besoins et aspirations** des personnes. Les acteurs parties prenantes du projet territorial de santé mentale sont :

- Les représentants des personnes et des familles ;
- Les acteurs sanitaires, dont les acteurs de la psychiatrie et les professionnels de santé libéraux ;
- Les acteurs sociaux et médico-sociaux ;
- Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ;
- Les collectivités territoriales ;
- Les services préfectoraux, dont la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et les Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) ;
- Les acteurs de la promotion de la santé mentale et de la prévention, notamment ceux travaillant dans la prévention du suicide
- Les acteurs de la lutte contre les addictions ;
- Les acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion, dont les acteurs des PRAPS ;
- Les acteurs impliqués dans la démarche « réponse accompagnée pour tous »<sup>1</sup> ;
- Les autres acteurs concourant à la politique de santé mentale, notamment pour une continuité scolaire, d'apprentissage, d'études adaptées et choisies
- Le Conseil territorial de santé et sa commission spécialisée en santé mentale
- Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale ;
- Les Centres de ressources pour le handicap psychique (CRéHPsy) et autres dispositifs ayant une fonction d'appui aux acteurs du parcours de santé des personnes présentant des troubles psychiques

L'annexe 1 décline plus précisément ces catégories.

---

<sup>1</sup> Cf. Page sur le site du Ministère :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-santé-mentale>

### 2.3 La matérialisation de l'initiative

L'initiative de l'élaboration du projet territorial de santé mentale est prise par des acteurs de santé mentale. Elle peut en particulier émaner du Conseil territorial de santé et de sa Commission spécialisée en santé mentale ou, à défaut, de toute autre forme d'instance de concertation en santé mentale présente sur un territoire.

La démarche associe d'emblée des représentants de l'ensemble des acteurs concernés, *a minima* des acteurs de la psychiatrie et des acteurs du champ social et médico-social et des représentants des personnes concernées et des familles. Les représentants des élus sont particulièrement invités à participer à cette initiative.

Les porteurs de l'initiative ainsi réunis se concertent pour délimiter le territoire, identifier les autres acteurs de ce territoire à associer et proposer un mode de gouvernance du projet.

Avant l'engagement de la démarche de diagnostic territorial, ils adressent au Directeur général de l'Agence régionale de santé un document précisant :

- La délimitation du territoire proposé
- La liste des acteurs du territoire identifiés pour participer à l'élaboration du projet territorial de santé mentale conformément au paragraphe 2.2 de la présente instruction

Si cette initiative n'est pas conforme aux dispositions prévues par les textes, le directeur de l'Agence régionale de santé sollicite auprès des acteurs une modification du territoire envisagé ou de la liste des acteurs identifiés.

Avec le soutien de l'Agence régionale de santé, les porteurs de l'initiative sollicitent la participation des autres acteurs du territoire identifiés pour participer à l'élaboration du projet. Les catégories d'acteurs se caractérisant par un nombre important de membres pourront être invitées à organiser les modalités de leur représentation collective.

### 2.4 La gouvernance du projet

Les modalités de gouvernance et de pilotage du projet permettent une représentation du secteur sanitaire et du secteur social et médico-social, afin de garantir la prise en compte des besoins de santé et d'accompagnement. La gouvernance intègre des représentants des usagers et des familles et des représentants des collectivités territoriales.

Elle permet la circulation de l'information nécessaire entre les pilotes du projet et l'ensemble des acteurs associés. La mise en place d'un comité de pilotage territorial peut être recommandée à cette fin.

Elle peut s'intégrer dans un cadre juridique, par exemple un GCS ou un GCSMS<sup>2</sup> déjà existants, une communauté psychiatrique de territoire élargie aux autres acteurs, une association...

### 2.5 La première étape : le diagnostic territorial partagé

L'élaboration du diagnostic territorial partagé constitue **une démarche participative et qualitative** qui permet aux acteurs d'élaborer une vision partagée de ce qui fonctionne sur le territoire en réponse aux besoins et aspirations des personnes, de ce qui fait défaut ou fonctionne moins bien, et d'identifier les leviers d'amélioration et de changement à mobiliser au sein du projet territorial de santé mentale.

---

<sup>2</sup> Groupement de coopération sanitaire (GCS), groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)

L'élaboration du diagnostic territorial tient compte des axes d'analyse cités à l'article R 3224-3 du Code de la santé publique.

Le diagnostic territorial s'appuie sur un recueil de données et d'indicateurs de besoins, de ressources et d'offre, qui pourra notamment se nourrir des informations produites par l'ATIH<sup>3</sup>, la DREES<sup>4</sup> et les observatoires régionaux de santé. L'annexe 2 propose une liste indicative de ces données et indicateurs. Il s'appuie également sur les documents et schémas existants<sup>5</sup>.

Dès la finalisation du document, les pilotes du projet transmettent le diagnostic territorial partagé au Directeur général de l'Agence régionale de santé par tout moyen permettant d'en attester la réalité.

## 2.6 La deuxième étape : le projet territorial de santé mentale

Le projet territorial de santé mentale est élaboré sur la base des constats et leviers d'action identifiés dans le diagnostic, en tenant compte des priorités énoncées aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10 du code de la santé publique et de leur déclinaison en actions de prévention et de promotion de la santé, en soins et en accompagnements à l'autonomie et à l'inclusion sociale et citoyenne.

Le projet territorial de santé mentale est concrétisé par un document opérationnel décrivant les projets et les actions retenus par les acteurs afin de prendre en compte les six priorités fixées par le décret pour la durée du projet territorial. Il prévoit la priorisation des actions dans le temps, les modalités opérationnelles de leur mise en œuvre et les acteurs concernés. Il prévoit en outre les modalités et les indicateurs d'évaluation de la mise en œuvre du projet, ainsi qu'une mesure T0 de ces indicateurs.

Les pilotes du projet transmettent le projet territorial de santé mentale au directeur général de l'Agence régionale de santé par tout moyen permettant d'en attester la réalité, avant l'expiration de la période mentionnée au 3.1 de la présente instruction.

Pour l'ensemble de ces étapes et en particulier pour la réalisation du diagnostic territorial partagé, les outils construits par l'ANAP<sup>6</sup> dans le cadre du projet « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Méthodes et outils pour les territoires » (publication en décembre 2016) pourront utilement être mobilisés par les acteurs, ainsi que le Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé (CNSA-ANCREAI<sup>7</sup>, avril 2016).

---

<sup>3</sup> Agence technique de l'information hospitalière

<sup>4</sup> Atlas de la santé mentale en France (DREES-IRDES), enquêtes SAE, ES-Handicap et enquête ES-Difficulté sociale

<sup>5</sup> Projet régional de santé, programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, schémas départementaux en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées et de la protection de l'enfance, projets des conseils locaux de santé mentale, des contrats locaux de santé, des équipes de soins primaires, des communautés territoriales professionnelles de santé, des plates-formes territoriales d'appui, plans départementaux de lutte contre la pauvreté et pour l'insertion sociale, plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées, plans locaux d'habitat, contrats de ville...

<sup>6</sup> Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

<sup>7</sup> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie- Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée

## 2.7 Le rôle des agences régionales de santé dans l'animation, le suivi et la validation de la démarche

Conformément à l'article R. 3224-2 du code de la santé publique, l'agence régionale de santé anime la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale initiée par les acteurs. Elle veille au respect des dispositions législatives et réglementaires et au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant. A ce titre, le directeur général de l'agence :

- S'assure que la définition du territoire proposée par les acteurs contribue à la couverture globale du territoire régional par des projets territoriaux de santé mentale
- S'assure que l'ensemble des catégories d'acteurs concernés sont parties prenantes de la démarche et sollicite, si nécessaire, les acteurs manquants
- S'assure d'une gouvernance équilibrée du diagnostic et du projet territorial de santé mentale
- Mobilise les délégations départementales et/ou les référents thématiques (santé mentale, handicap, précarité, prévention/promotion de la santé, addictions, santé des détenus, personnes âgées, politique de la ville...), qui contribuent notamment à mettre à disposition les données nécessaires à la réalisation du diagnostic territorial, participent aux instances de gouvernance et, le cas échéant, aux travaux
- S'assure de la prise en compte des priorités fixées aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10 du code de la santé publique et de la conformité du projet avec le projet régional de santé et la stratégie nationale de santé.

Le directeur général de l'Agence régionale de santé arrête le diagnostic, puis le projet territorial de santé mentale après avoir sollicité pour chaque document l'avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé, conformément à l'article L. 3221-2 du code de la santé publique.

### **3. Calendrier, modalités de contractualisation, suivi et évaluation**

#### 3.1 Calendrier

Le projet territorial de santé mentale a une durée de 5 ans à compter de la date à laquelle il est arrêté par le Directeur général de l'Agence régionale de santé.

La date limite de transmission au directeur général de l'ARS du premier projet territorial de santé mentale est le 28 juillet 2020<sup>8</sup>. A cette date, si aucun projet ne lui a été adressé, le directeur général de l'Agence régionale de santé constate le défaut de transmission par les pilotes et prend l'initiative d'élaborer et d'arrêter le projet territorial de santé mentale.

Pour les suivants, à compter de la date d'échéance de chaque projet territorial de santé mentale, le délai maximum d'élaboration d'un nouveau projet territorial est de 18 mois. Passé ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé constate le défaut de transmission par les pilotes et prend l'initiative d'élaborer et d'arrêter le nouveau projet territorial de santé mentale.

Les projets territoriaux de santé mentale d'une même région peuvent être arrêtés à des temps différents.

---

<sup>8</sup> Soit 3 ans à compter de la parution au JO du décret relatif au projet territorial de santé mentale.

### 3.2 Modalités de déclinaison et de contractualisation de la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale

Les agences régionales de santé utiliseront les outils à leur disposition afin de faciliter la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale.

#### *3.2.1 Le contrat territorial de santé mentale*

Conformément aux dispositions de l'article L3221-2 du Code de la santé publique, le contrat territorial de santé mentale est conclu entre l'Agence régionale de santé et les acteurs participant à la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale.

Il est recommandé que la signature du contrat intervienne dans un délai de 6 mois suivant l'arrêt du projet territorial de santé mentale.

Le contrat territorial de santé mentale précise pour chacune des actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial :

- Les acteurs responsables
- Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre
- Les moyens consacrés par les acteurs
- Les modalités de financement, de suivi et d'évaluation

#### *3.2.2 La déclinaison des actions du projet territorial de santé mentale au sein des projets d'établissement ou de service et des projets médicaux partagés des GHT*

Le directeur général de l'ARS s'assure que les établissements de santé, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, et les groupements hospitaliers de territoire déclinent au sein de leur projet stratégique (projet d'établissement ou de service, projet médical partagé) les actions du projet territorial de santé mentale qui les concernent. Il sollicite le cas échéant leur actualisation par voie d'avenant.

Conformément aux dispositions du décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016, les communautés psychiatriques de territoire dont l'un des membres est partie à un GHT s'assurent de la prise en compte des orientations du projet territorial de santé mentale au sein du projet médical partagé du GHT.

#### *3.2.3 Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens*

Autant que de besoin, les actions permettant la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale peuvent être déclinées au sein des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre le directeur général de l'ARS et chaque établissement sanitaire, et établissement et service médico-social, ainsi qu'au sein des contrats liés à la mise en œuvre d'actions financées par le Fonds d'intervention régional.

#### *3.2.4 Les autres outils de déclinaison et de contractualisation*

Le projet territorial de santé mentale est décliné autant que de besoin au sein :

- Des contrats de ville ;
- Des contrats locaux de santé ;

- Des projets des conseils locaux de santé, des conseils locaux de santé mentale et de toute commission créée par les collectivités territoriales pour traiter de santé mentale ;
- Des projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé et des plates-formes territoriales d'appui.

### 3.3 Suivi et évaluation

Le suivi de l'état d'avancement de la démarche d'élaboration de la première génération des PTSM au sein des régions sera réalisé par les services des ministres chargés des solidarités, de la santé et des personnes handicapées, en lien avec les ARS.

Par ailleurs, les acteurs inscrivent au sein du projet territorial de santé mentale des indicateurs d'évaluation correspondant aux six priorités fixées par le décret et visant prioritairement à mesurer l'amélioration du parcours des personnes au sein de chaque territoire .

Ces indicateurs font l'objet d'un suivi régulier, par les pilotes du projet, sur sa durée de mise en œuvre. Leur évolution est communiquée à l'ensemble des acteurs parties prenantes du projet territorial de santé mentale. Représentant la responsabilité partagée des acteurs du projet territorial de santé mentale dans le parcours, ils ont vocation à être interprétés et interrogés collectivement.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette instruction aux acteurs de santé mentale. Nos services se tiennent à votre service en cas de difficulté rencontrée dans l'application de la présente instruction.

Pour la ministre et par délégation

**signé**

Cécile COURREGES  
Directrice générale de l'offre de soins

Pour la ministre et par délégation

**signé**

J-Ph. VINQUANT  
Directeur général de la cohésion sociale

Pour la ministre et par délégation

**signé**

Jérôme SALOMON  
Directeur général de la santé

Pour la ministre et par délégation

**signé**

Sabine FOURCADE  
Secrétaire générale  
des ministères chargés des affaires sociales

### Annexe 3

Collège	COMPOSITION COMMISSION SPECIALISEE EN SANTE MENTALE		
1a et g	Représentant établissements de santé	Min 1 Max 2	Monsieur Luc BÉNET Docteur Jean-Marc TALON
1b	Représentant établissements sociaux et médico-sociaux	Min 1 Max 2	Docteur Bruno RICHELET Monsieur Sébastien DUMOND
1c	Représentant promotion de la santé et de la prévention ou de la lutte contre la précarité	1	<i>En attente de la désignation d'un(e) représentant(e)</i>
1d	Représentant des professionnels de santé URPS	Min 1 Max 2	Docteur Corinne LOUIS-MARTINET Docteur Dominique ROSSI
1e	Représentant des internes en médecine - <i>en cours de désignation-</i>		
1f	Représentant les différents modes d'exercice coordonné		
1h	Représentant de l'Ordre des Médecins		
2a	Représentant associations agréées d'usagers	Min 1	Monsieur René HEYMES
2b	Représentant de PH, retraités et PA	Max 4	Madame Michèle LAUT Monsieur Richard MARTINEZ Monsieur Jean-Louis POINSEL
<b>Collectivités territoriales du territoire de démocratie sanitaire</b>			
3a	Conseiller régional	Min 1	Docteur Marie-Eve NOIROT
3b	Conseil départemental	Max 2	
3c	PMI		
3d	Communauté de communes		
3e	Communes		
<b>Etat et organismes de sécurité sociale</b>			
4a	Représentant de l'Etat	1	Robert DAGUENET
4b	Représentant des organismes de sécurité sociale		

## Annexe 4

CALENDRIER DES TRAVAUX PTSM				
REUNIONS ARS/COMITE PTSM	FILIERE ENFANT	FILIERE ADULTE	FILIERE PA	THEMATIQUES TRANSVERSALES
<p>01/03 - définition du programme d'actions</p> <p>08/03 - Commission Santé Mentale CTS - lancement des travaux</p> <p>20/03 - point intermédiaire "comité PTSM"</p> <p>23/04 - point intermédiaire "comité PTSM"</p> <p>24/05 - point intermédiaire ARS/PCPSM</p> <p>07/06 - point intermédiaire "comité PTSM"</p> <p>12/06 - point intermédiaire ARS/PCPSM</p> <p>16/07 - point intermédiaire ARS/PCPSM</p> <p>18/07 - point intermédiaire ARS/PCPSM</p> <p>24/08 - point intermédiaire ARS/PCPSM</p> <p>04/09 - COPIL PCPSM et commission santé mentale</p>	<p>07/03 - réunion pédopsychiatrie /PCPSM</p> <p>12/03 - groupe de travail/PCPSM - présentation des travaux PTSM</p> <p><b>25/03 - sous-groupe /PTSM</b> (ARS/PCPSM-ASE-PMI- DITEP - AFSAME)</p> <p>03/05 - réunion pédopsychiatrie/PCPSM</p> <p>03/05 - réunion AFSAME/ PCPSM pédopsychiatrie/</p> <p>09/05 - réunion pédopsychiatrie-pédiatrie-CAMSP-PCPSM</p> <p><b>10/05 - sous-groupe /PTSM</b> (ARS/PCPSM- PMI- DITEP- AFSAME- PEDOPSYCHIATRIE AHBFC)</p> <p>14/05 - groupe de travail/PCPSM - présentation axes PTSM + fiches-action</p> <p>17/05 - réunion pédopsychiatrie- PCPSM</p> <p>21/05 - réunion psychiatrie G./PCPSM</p> <p><b>11/06 - sous-groupe / PTSM</b> (ASE, PJJ, ENFANCE Bourdault/AHBFC/ARS)</p> <p>23/07 - réunion psychiatrie/PCPSM</p> <p><b>24/07 - sous-groupe /PTSM</b> (CD, ENFANCE Bourdault, AHBFC, ARS, MDPH)</p> <p>17/09 - groupe de travail /PCPSM - présentation PTSM</p>	<p>14/03 - groupe de travail Insertion &amp; santé mentale/PCPSM</p> <p>19/03 - réunion IREPS/PCPSM</p> <p>22/03 - groupe de travail Addiction &amp; santé mentale/PCPSM</p> <p>28/03 - réunion ESAT AHS-FC-PCPSM</p> <p><b>01/04 - sous-groupe Insertion/PTSM</b> (ARS/PCPSM-Mission locale-CLSM-ESAT AHS FC-AT70)</p> <p>30/04 - réunion Social Club/PCPSM</p> <p><b>17/05 - sous-groupe Addiction/PTSM</b></p> <p>21/05 - réunion groupe association HANDY'UP-PCPSM</p> <p>23/05 - réunion MDPH-PCPSM</p> <p>06/06 - réunion psychiatrie/PCPSM</p> <p>25/06 - réunion PCPSM/Mission locale</p>	<p>15/03 - réunion psychiatrie - PCPSM</p> <p>10/05 - réunion psychiatrie-PCPSM</p> <p><b>10/05 - sous-groupe PTSM</b> (ARS/PCPSM -GH70 - psychiatrie-CD 70)</p> <p>07/06 - réunion psychiatrie/PCPSM</p> <p>21/06 - réunion psychiatrie/PCPSM</p> <p>23/07 - réunion psychiatrie/PCPSM</p>	<p><b>24/05 - réunion PTSM - Personnes handicapées vieillissantes</b> (ARS/HANDY'UP/CD 70/PCPSM)</p> <p><b>05/07 - réunion prévention du suicide PCSM/PTSM -</b> SDIS/AHBFC</p> <p><b>11/10 - réunion prévention du suicide PCPSM/PTSM</b> AHBFC, SDIS, forces de l'ordre, GH70</p>

## Annexe 5

Objectifs - Porte d'entrée	FILIÈRES	FILIÈRE ENFANT / ADO	FILIÈRE ADULTE	FILIÈRE PA	MULTI-FILIÈRES
<b>Améliorer le repérage, l'accès au diagnostique et aux soins</b>		<p style="text-align: center;"><b>FICHE ACTION 1</b></p> <p>Renforcer l'identification des structures pédopsychiatriques, leur champs d'action, leurs modalités de fonctionnement pour une meilleure lisibilité des prises en soin dans l'intersecteur et une amélioration du réseau partenarial <i>(Pilotes : AHBFC / PCPSM)</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>FICHE ACTION 6</b></p> <p>Renforcer l'appui aux familles/aux aidants dans l'adhésion aux soins des personnes présentant des troubles de santé mentale <i>(Pilotes : AHBFC/Unafam)</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>FICHE ACTION 14</b></p> <p>Favoriser le repérage des troubles psychiques et l'accès aux soins psychiatriques par un renforcement de l'équipe mobile infirmière de l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé <i>(Pilotes : AHBFC/GERONTO 70)</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>FICHE ACTION 19</b></p> <p>Tendre vers une interconnaissance mutuelle opérationnelle entre les acteurs du territoire <i>(Pilotes : AHBFC / PCPSM)</i></p>
<b>Limiter les situations / hospitalisation inadéquates</b>					

<p><b>Améliorer l'accompagnement médico-social / social</b></p>	<p><b>FICHE ACTION 2</b>  Renforcer l'appui clinique et diagnostique à l'égard des enfants suivis dans les structures médico-sociales par le biais d'un lien avec le secteur pédopsychiatrique (libéral ou hospitalier)  <i>(Pilotes : AHBFC / AFSAME)</i></p>	<p><b>FICHE ACTION 7</b>  Mise en place et déploiement d'équipes mobiles sur le département de la Haute Saone pour permettre un accompagnement global adapté des personnes en situation de handicap psychique ou présentant des troubles du spectre autistique  <i>(Pilotes : AHBFC)</i></p> <p><b>FICHE ACTION 8</b>  Renforcer le dispositif existant dans le champ de l'addictologie  <i>(Pilote : ANPAA)</i></p> <p><b>FICHE ACTION 9</b>  Structurer le dispositif de réhabilitation psycho-sociale  <i>(Pilote : AHBFC)</i></p> <p><b>FICHE ACTION 10</b>  Expérimentation d'une instance opérationnelle territoriale  <i>(Pilote : PCPSM)</i></p>	<p><b>FICHE ACTION 20</b>  Accroître la montée en compétences des professionnels des ESMS sur les pathologies mentales et la prévention de la crise suicidaire  <i>(Pilotes : AHBFC / PCPSM)</i></p> <p><b>FICHE ACTION 21</b>  Renforcer les liens entre les acteurs de la santé mentale afin de garantir une continuité du parcours et de limiter les situations de crise  <i>(Pilotes : AHBFC/PCPSM)</i></p> <p><b>FICHE ACTION 22</b>  Poursuivre les coopérations entre les services des urgences et le dispositif de santé mentale  <i>(Pilotes : GH70/AHBFC)</i></p>
<p><b>Favoriser l'accès aux soins somatiques</b></p>	<p><b>cf Thématiques transversales FICHE ACTION 21</b>  Contribuer à la destigmatisation des personnes présentant des pathologies mentales</p>		

**Favoriser la prévention  
/ Eviter les situations  
de crise**

**FICHE ACTION 3**

Former les professionnels des ESMS  
confrontés aux troubles psychiques et  
comportementaux des enfants accueillis  
*(Pilote : AHBFC)*

**FICHE ACTION 4**

Assurer un appui aux structures  
maternité- néonatalogie- PMI-CAMSP-  
pédiatrie à travers un regard  
pédopsychiatrique pour prévenir les  
situations à risque, pour ajuster et  
faciliter la globalité du parcours  
*(Pilotes : AHBFC/ GH70/ CD 70)*

**FICHE ACTION 5**

Expérimentation d'une unité médico-  
éducative à destination des jeunes à  
problématiques multiples nécessitant  
un accompagnement pluriprofessionnel  
*(Pilotes : AHBFC/ASEF / Enfance  
Bourdault)*

**FICHE ACTION 5 BIS**

Expérimentation d'une équipe mobile  
ressource multipartenaire  
*(Pilotes : AHBFC/ASEF / Enfance  
Bourdault)*

**FICHE ACTION 11**

Former des professionnels des  
structures partenaires  
confrontés à des personnes  
présentant des troubles de  
santé mentale  
*(Pilotes : AHBFC / Mission  
locale)*

**FICHE ACTION 12**

Développer les actions de  
formation à l'égard des  
professionnels confrontés à  
des personnes présentant des  
conduites addictives  
*(Pilotes : ANPAA)*

**FICHE ACTION 13**

Développer les actions de  
prévention dans le champ de  
l'addiction  
*(Pilotes : ANPAA / SDIS/Forces  
de l'ordre)*

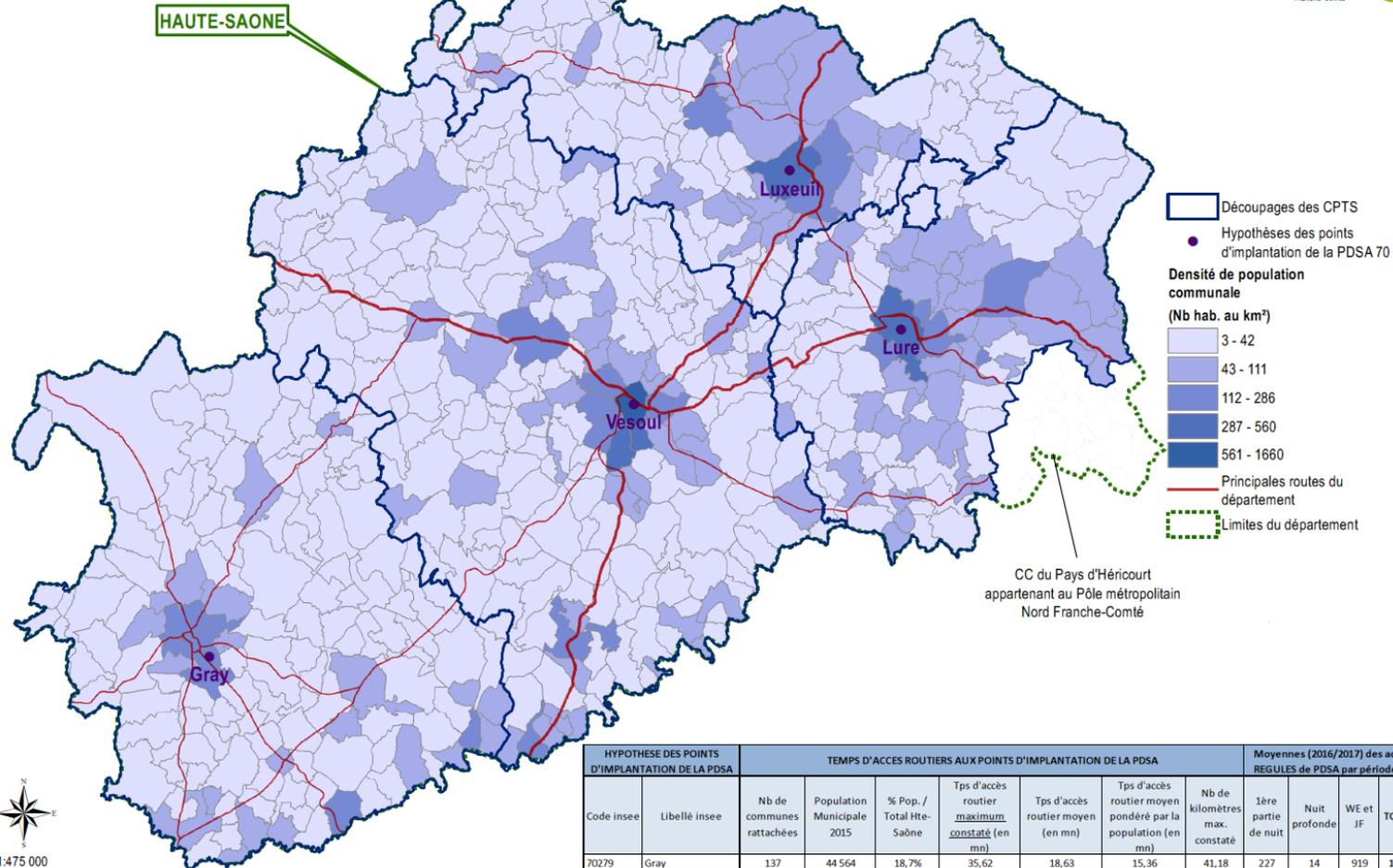
**FICHE ACTION 15**

*Compléter l'offre par le  
déploiement d'un  
dispositif adapté  
d'hôpital de jour pour  
des patients âgés  
présentant des  
troubles cognitifs et  
des troubles du  
comportement et y  
adjoindre un dispositif  
dédié aux aidants  
*(Pilotes :  
AHBFC/GERONTO 70)**

	<p style="text-align: center;"><b>FICHE ACTION 16</b></p> <p style="text-align: center;">Faciliter la continuité des parcours de vie / de soins durant la période charnière (16-25 ans) des jeunes en difficultés d'insertion sociale et présentant également un handicap psychique <i>(Pilote : Mission Locale Vesoul)</i></p>		
		<p style="text-align: center;"><b>FICHE ACTION 17</b></p> <p style="text-align: center;">Proposer une consultation multisites pour tout patient adulte quel que soit l'âge, présentant des troubles du comportement avec intrication neuropsychiatrique <i>(Pilote : AHBFC)</i></p> <p style="text-align: center;"><b>FICHE ACTION 18</b></p> <p style="text-align: center;">Accompagner les Personnes Handicapées Vieillissantes <i>(Pilote : Groupe associatif Handy'Up)</i></p>	
<b>Thématiques Transversales</b>	<p style="text-align: center;"><b>FICHE ACTION 23</b></p> <p style="text-align: center;">Contribuer à la destigmatisation des personnes présentant des pathologies mentales <i>(Pilotes : AHBFC / PCPSM/ médecine libérale)</i></p> <p style="text-align: center;"><b>FICHE ACTION 24</b></p> <p style="text-align: center;">Développer l'outil numérique dans la santé mentale <i>(Pilote : ARS)</i></p> <p style="text-align: center;"><b>FICHE ACTION 25</b></p> <p style="text-align: center;">Promouvoir l'attractivité du territoire <i>(Pilote : ARS)</i></p> <p style="text-align: center;"><b>FICHE ACTION 26</b></p> <p style="text-align: center;">Renforcer le dispositif de prévention à la crise suicidaire <i>(Pilotes : AHBFC)</i></p> <p style="text-align: center;"><b>FICHE ACTION 27</b></p> <p style="text-align: center;">Former les professionnels à la prise en charge du psychotraumatisme <i>(Pilotes : AHBFC/PCPSM/Centre de référence BFC)</i></p>		

# Annexe 6

LES COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE (CPTS) EN HAUTE-SAONE



Sources : Insee RP 2015 - Navstreets\_2016\_Q1  
Exploitation ARS BFC/DIS/DES (ArcMap - Juin 19)

HYPOTHESE DES POINTS D'IMPLANTATION DE LA PDSA		TEMPS D'ACCES ROUTIERS AUX POINTS D'IMPLANTATION DE LA PDSA						Moyennes (2016/2017) des actes REGULES de PDSA par période et				
Code insee	Libellé insee	Nb de communes rattachées	Population Municipale 2015	% Pop. / Total Hte-Saône	Tps d'accès routier maximum constaté (en mn)	Tps d'accès routier moyen (en mn)	Tps d'accès routier moyen pondéré par la population (en mn)	Nb de kilomètres max. constaté	1ère partie de nuit	Nuit profonde	WE et JF	TOTAL
70279	Gray	137	44 564	18,7%	35,62	18,63	15,36	41,18	227	14	919	1159
70310	Lure	93	49 745	20,9%	36,71	16,28	13,83	30,75	255	11	988	1253
70311	Luxeuil les Bains	85	39 860	16,8%	40,64	20,44	13,19	45,79	252	28	753	1032
70550	Vesoul	206	83 544	35,1%	43,46	21,79	14,98	47,69	500	29	2204	2733
<b>Total général</b>		<b>521</b>	<b>217 713</b>	<b>91,6%</b>	<b>43,46</b>	<b>19,75</b>	<b>14,47</b>	<b>47,69</b>	<b>1233</b>	<b>81</b>	<b>4863</b>	<b>6177</b>

