

Sommaire

INTRODUCTION

I.	RAPPEL SUR LA DEMARCHE GENERALE D'ELABORATION DU PTSM 18 :	4
II.	RAPPEL SUR LES PRINCIPALES CONCLUSIONS DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE :	11
	a) Accès au diagnostic et soins psychiatriques	13
	b) Situations inadéquates	14
	c) Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux	15
	d) Accès aux soins somatiques	16
	e) Prévention et gestion des situations de crise	17
III.	LES FICHES ACTIONS :	21

ANNEXES

GLOSSAIRE

INTRODUCTION :

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, professionnels et établissements, concourant à cette politique.

De façon générale, il s'agit de corriger les inégalités sociales et territoriales dans le champ de la santé mentale en garantissant l'accès à un diagnostic précoce, en développant la prévention et en rendant accessible, de façon coordonnée, les techniques et les modalités de prise en charge les plus innovantes (traitements médicamenteux, psychothérapies, interventions psycho-sociales)

Cela passera d'abord par la création ou plutôt l'identification d'un nouveau territoire, le territoire de santé mentale. Ensuite, il faudra s'appuyer sur la pluralité d'acteurs déjà présents (institutionnels, opérateurs, usagers et associations, organismes d'études et de recherche) avec chacun leurs compétences et connaissances spécifiques. En toute fin d'élaboration du PTSM, un contrat signé entre les acteurs et l'ARS définira objectifs et moyens, avant que la communauté psychiatrique de territoire ne soit installée afin de prendre le relais de ce travail de conception de projet de territoire.

Le projet territorial de santé mentale comporte au final six objectifs:

- 1) L'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, du diagnostic jusqu'à l'accès aux soins et l'accompagnement social ou médico-social
- 2) L'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture
- 3) L'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins
- 4) L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence
- 5) 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
- 6) L'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Comme l'indiquait Claude FINKELSTEIN, présidente de la FNAPSY, lors de la journée nationale sur les projets territoriaux de santé mentale, le 6 juin 2019 à l'hôpital Saint-Anne à Paris : « le projet territorial de santé mentale est une opportunité pour les acteurs en santé mentale d'un territoire qui ne se représentera plus ».

En toile de fond des actions concrètes qu'ont mis en évidence les acteurs, la lutte contre la stigmatisation et les préjugés dont souffrent les malades et leurs familles reste au cœur des préoccupations de tous.

I. RAPPEL SUR LA DEMARCHE GENERALE D'ELABORATION DU PTSM 18 :

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

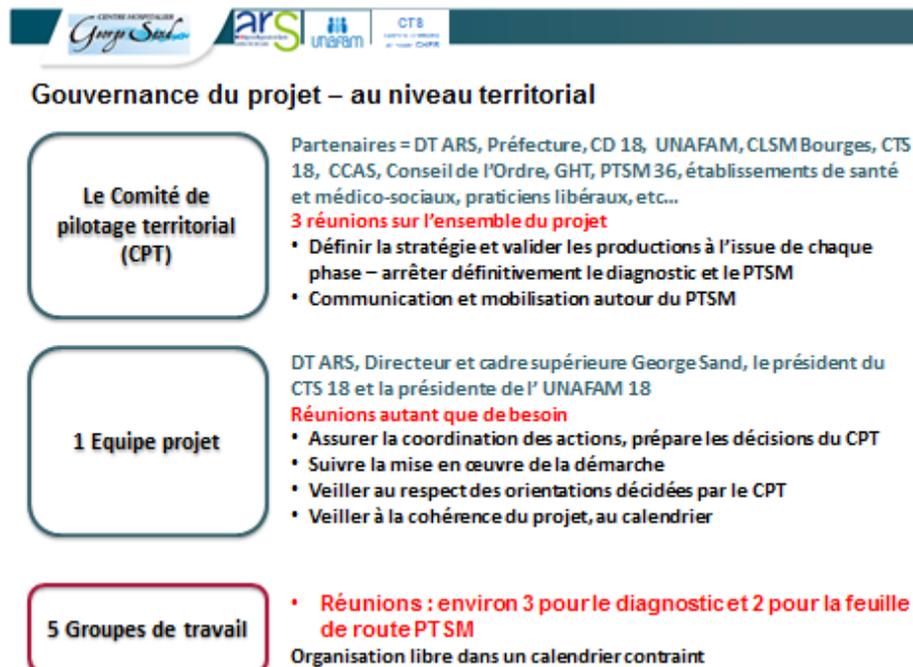
1) Une gouvernance partagée :

Le Centre Hospitalier Spécialisé George Sand et le comité territorial de santé du Cher (CTS 18) se sont réunis le 3 juin en bureau restreint du CTS dédié à la santé mentale, en présence de l'ARS, et ont pris la décision conjointe d'initier la démarche de projet territorial de santé mentale (PTSM) du Cher, en accord avec l'UNAFAM 18. C'est donc bien une démarche collective qui a été initiée.

L'ensemble des acteurs a été associé à participer aux travaux et concerté à chacun des phases d'élaboration autour :

- D'un groupe projet (coordination et cohérence du projet)
- D'un comité de pilotage stratégique (définition de la stratégie et validation des étapes)
- De 5 groupes de travail thématiques (élaboration du diagnostic et proposition d'actions par thème).

La représentativité des acteurs dans l'ensemble de ce dispositif a été totalement garantie car directement inspirée des annexes de l'instruction DGOS du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale.



18

2) Un territoire de santé mentale identifié :

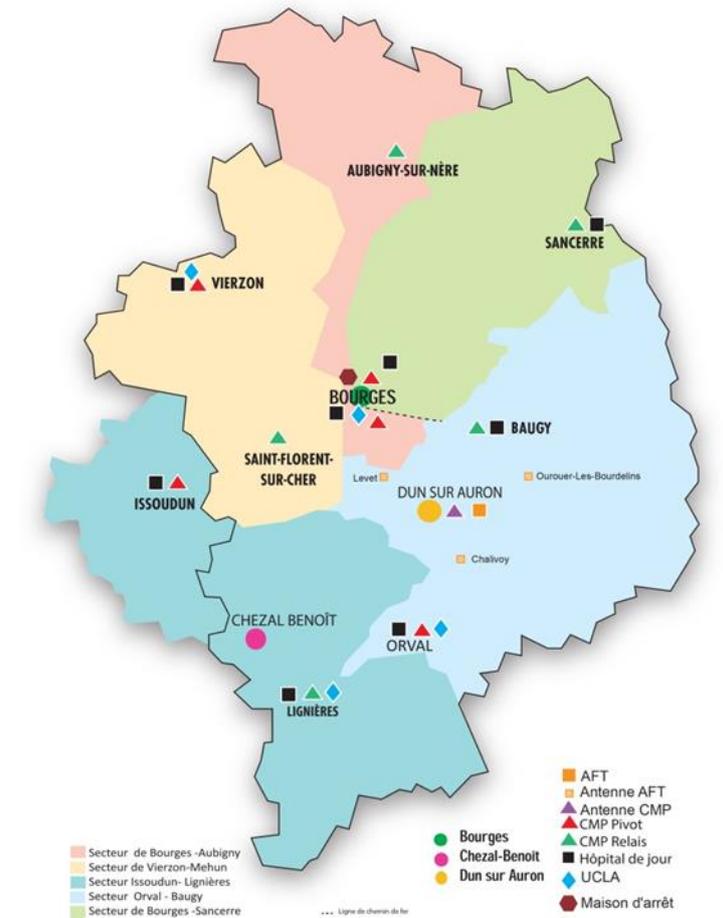
Le territoire de santé mentale correspond au département du Cher, auquel sont adjoints les deux cantons d'Issoudun (département de l'Indre) pour les secteurs adultes. Il n'est pas apparu de problématique liée à la frontière entre les deux départements comme générateur de ruptures de parcours ou de difficultés. Pour les enfants et adolescents le territoire de santé mentale correspond au département du Cher, même si une collaboration forte existe entre l'établissement et la PJJ 36, puisque deux lits de l'unité CASA pour adolescents à George Sand sont réservés aux besoins de ce service de la protection dans l'Indre.

Afin d'évoquer les difficultés de parcours entre les deux départements, le comité de pilotage a invité le président du CTS de l'Indre à participer aux travaux stratégiques du comité de pilotage du Cher.

Les difficultés qui ont pu être identifiées sur des parcours en santé mentale dans ce territoire d'Issoudun, relèvent plus d'une absence de connaissance de tous les dispositifs existants sur chaque territoire que réellement celle liée au franchissement d'une limite territoriale Cher/Indre. Par ailleurs, on note la présence forte des équipes de George Sand (CMP et HJ) sur les deux cantons Issoldunois puisque ses équipes sont implantées au sein même du centre hospitalier de la Tour Blanche à Issoudun.

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

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



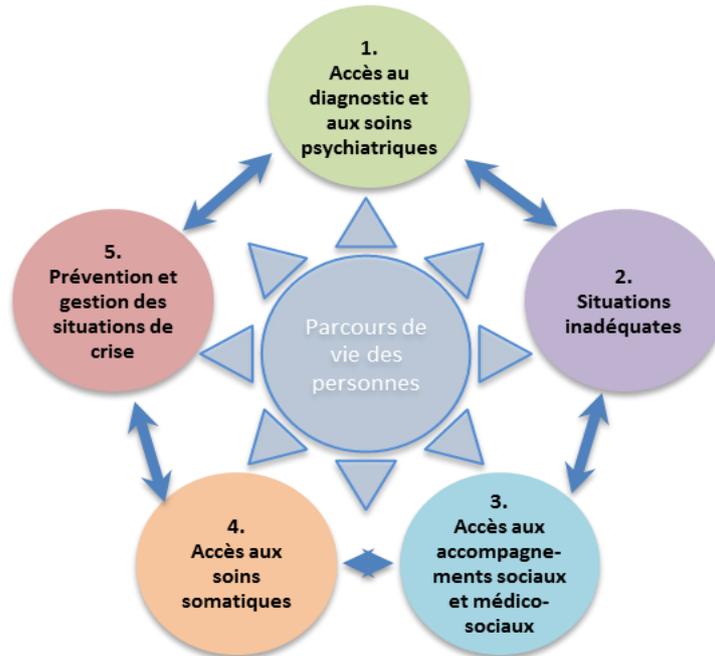
3) Une Méthodologie simplifiée et déjà éprouvée:

Tout au long de ses travaux les acteurs du PTSM 18 ont suivi la méthodologie développée et proposée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). Ils se sont donc largement inspirés du retour d'expériences des travaux conduits par l'ANAP et qui ont fait l'objet de publications :

- Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale – méthodologie et outils pour les territoires – décembre 2016
- Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale – tome 2 : retour d'expériences – mars 2019

Ainsi les cinq caractéristiques du parcours en santé mentale issus des travaux antérieurs de l'ANAP ont été explorées comme suit :

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



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

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

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

Dans un premier temps, il s'agissait d'identifier les difficultés en santé mentale liées aux déterminants de santé, sociaux et d'environnement.

Dans un second temps, les groupes de travail thématiques ont poursuivi leurs travaux à la recherche de pistes de solutions les plus pragmatiques et compréhensibles par les acteurs.

Les grandes familles de solutions identifiées auront pour thématiques :

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

- Les usagers acteurs de leur parcours.

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

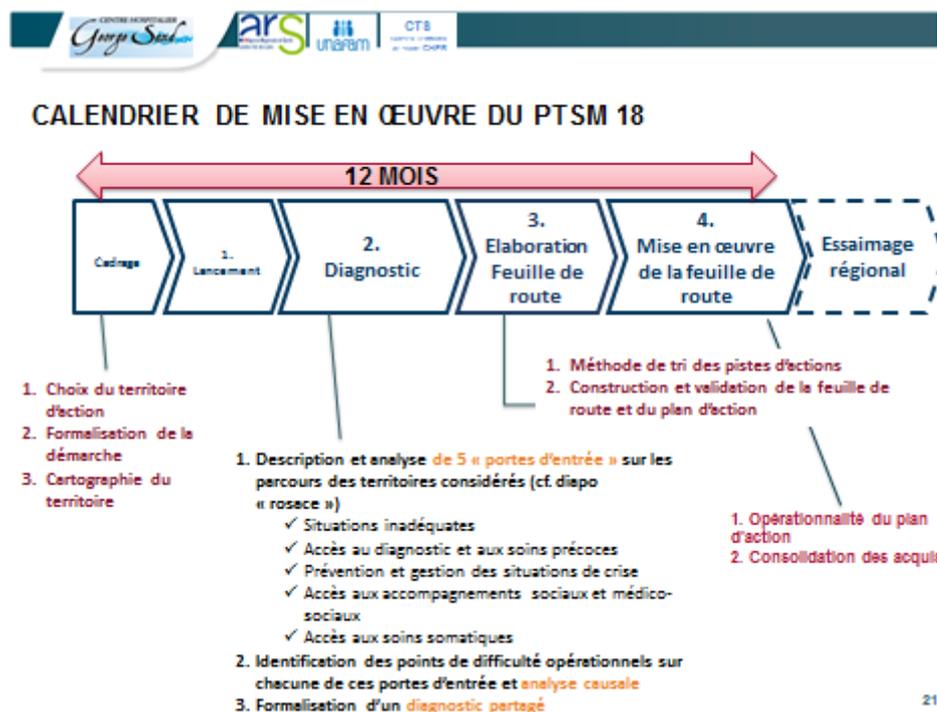
En toute fin, afin de structurer la feuille de route en santé mentale, il a été fait le choix de recourir à la fiche action type suggérée par l'ANAP.

4) Un calendrier resserré et perturbé :

Démarrant réellement ses travaux le 30 septembre 2019 lors d'une réunion publique de présentation avec un large appel à participation de l'ensemble des acteurs, et avec un objectif de remise du PTSM en juillet 2020, le rythme a été très soutenu, mais a aussi permis de maintenir une dynamique forte sur une période courte. Les deux vagues de l'épidémie de covid-19 en 2020 ont conduit, sur l'ensemble du territoire national, à un report de la date de remise des PTSM au 28 décembre 2020.

Le décret prévoyant la création des PTSM date de juillet 2017, les acteurs du Cher auront dû mener en 18 mois ce que d'autres auront préparé en 42 mois.

Dans ses priorités le futur PTSM 2021-2025 devra également approfondir au moins deux sujets qui n'ont pas pu être suffisamment analysés en raison du manque de temps (la réponse à l'urgence et les situations d'inadéquations), il s'agit en quelque sorte d'anticiper le deuxième PTSM ou bien d'amender ce PTSM par avenant, dès l'identification de pistes d'actions sérieuses.



Les étapes clés

- ❖ 3 juin 2019 : Décision de portage du PTSM 18 par le centre hospitalier George Sand en collaboration avec le conseil territorial de santé du Cher (CTS 18) et l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques du Cher.
- ❖ 30 septembre 2019 : Réunion plénière de lancement avec tous les acteurs intéressés (sous forme d'assemblée générale)
- ❖ 23 octobre 2019 : Première réunion des 5 animateurs des groupes de travail thématiques ;
- ❖ 30 octobre 2019 : Première réunion des groupes de travail ;
- ❖ 24 janvier 2020 : Première réunion du comité de pilotage territorial (CPT).
- ❖ 6 mars 2020 : remise du diagnostic territorial partagé au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé centre-Val-De-Loire
- ❖ 19 juin 2020 : Validation par l'ARS du diagnostic avec formulation d'observations, puis poursuite des travaux des groupes
- ❖ 23 septembre 2020 : présentation à l'assemblée plénière du diagnostic final et premières propositions de pistes d'actions par thématique
- ❖ 9 octobre 2020 : deuxième réunion du comité de pilotage pour validation des actions de la feuille de route
- ❖ Décembre 2020 : remise de la feuille de route à M. le Directeur Général de l'ARS.

Une forte mobilisation des acteurs

Dès le début des travaux la participation a été très forte et ce quelles que soient les modalités de réunion retenues. Ainsi on retiendra :

Pour les temps forts que constituent les assemblées plénières :

- Assemblée plénière du 30/09/2020 : 70 présents
- Assemblée plénière du 23/09/2020 : 80 présents (physiquement ou en visioconférence)

Ainsi qu'un très fort taux de participation aux groupes de travail

- GT 1 : 4 réunions 24 personnes inscrites taux maxi de participation = 67%
- GT 2 : 4 réunions 18 personnes inscrites taux maxi de participation = 56%
- GT 3 : 4 réunions 25 personnes inscrites taux maxi de participation = 64%
- GT 4 : 4 réunions 17 personnes inscrites taux maxi de participation = 70%
- GT 5 : 4 réunions 23 personnes inscrites taux maxi de participation = 78%

A noter lors des comités de pilotages territoriaux la présence de 18 et 15 personnes respectivement présentes :

- CPT du 24/1/2020 = 18 personnes présentes
- CPT du 9/10/2020 = 15 personnes présentes.

II. RAPPEL SUR LES PRINCIPALES CONCLUSIONS DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE :

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

1) La démographie :

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

2) Les données socio-économiques :

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

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

3) Les données de santé ou constats :

- Un déficit de professionnels de santé évident : psychiatres et/ou médecins généralistes, mais également des professionnels spécialisés (orthophonistes, etc.) ;
- Une part élevée de décès prématurés par alcoolisme chez les hommes. Un taux de décès par suicide plus élevé dans le Cher et l'Indre que dans la Région CVL. Des durées moyennes d'hospitalisation en psychiatrie plus élevées.
- L'absence de régulation des appels pour les besoins en santé mentale et notamment en urgence
- De nombreuses situations inadéquates ou des files d'attente avant prise en charge relevées dans les établissements ou institutions, sans qu'il soit possible à ce stade de chiffrer ces écarts.
- Une coordination des acteurs qui reste fragile et repose sur des professionnels qui se connaissent sans forcément de formalisation.

Au final, on constate des indicateurs en santé mentale globalement défavorables sur ce territoire, et ce, quelles que soient les catégories de données disponibles. On observera également un fort

paradoxe avec des personnes âgées surreprésentées, plus fortement consommatrices de soins et de bien médicaux, fait générateur de dépenses plus élevées, et un nombre de professionnels accessibles les plus faibles de France. La précarité économique est très présente et compte tenu des liens établis entre précarité et psychiatrie, un besoin et des attentes supérieurs de la part des populations.

Parmi les éléments positifs on notera également que l'engagement des professionnels dans la mise en œuvre des politiques publiques auprès des populations du territoire et leur volonté de faire aboutir un projet territorial de santé mentale est très fort.

De façon générale, les malades et leurs familles, mais aussi les acteurs restent particulièrement confrontés à la stigmatisation de la maladie mentale.

Entre constats et propositions, les groupes de travail ont fait connaître ci-après les principales problématiques et thématiques à résoudre sur le territoire :

a) Accès au diagnostic et soins psychiatriques

LES PRINCIPAUX CONSTATS

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

LES PISTES DE TRAVAIL

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

b) Situations inadéquates

LES PRINCIPAUX CONSTATS

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

LES PISTES DE TRAVAIL

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

c) Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

LES PRINCIPAUX CONSTATS

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

LES PISTES DE TRAVAIL

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

d) Accès aux soins somatiques

LES PRINCIPAUX CONSTATS

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

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

LES PISTES DE TRAVAIL

- Fluidifier et sécuriser le parcours patient entre prise en charge psychiatrique et prise en charge somatique : l'enjeu est de prévenir les ruptures de soins :
 - Faciliter les relations et la communication entre psychiatre et médecin somaticien (médecin traitant, spécialiste, ...) :
 - Prévenir les ruptures de parcours de soins :
- Développer conciliation médicamenteuse :
- Déstigmatiser la maladie mentale :
 - Création d'une unité médicale somatique au sein du CHGS dont le fonctionnement serait conventionné avec les CH généraux du GHT pour déterminer les critères d'inclusion/exclusion, consultations avancées de spécialistes, hospitalisation complète ou non ;

e) Prévention et gestion des situations de crise

LES PRINCIPAUX CONSTATS

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

LES PISTES DE TRAVAIL

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

LES FICHES ACTIONS

FEUILLE DE ROUTE VALIDEE PAR LE COMITE DE PILOTAGE DU 09 10 2020					
N° FICHE	Priorité décret	Feuille de route santé mentale 2018	Objectif global	Fiche action	Porteurs
1	P1	P8	Fluidifier les parcours et coordonner les acteurs au service du renforcement des droits des patients/résidents	Création de la PCO Plateforme de Coordination et d'Orientation pour les enfants de 0 à 7 ans atteints de troubles neuro-développementaux (ex PTND)	M. CHESNEAU PEP 18
2	P1	P37		Approfondissement du diagnostic sur les situations inadéquates avec mise en évidence des besoins du public accompagné non satisfaits (SAMSAH, SAVS...)	Association Le Relais
3	P1-P4			Approfondissement du diagnostic sur la réponse à l'urgence	Association Le Relais
4	P1-P4	P9		Création équipe mobile psychiatrie et précarité	Psychiatre et Cadre Supérieure Pôle EXTRA CH GS
5	P1-P2-P4	P9		Création équipe mobile psychiatrie et handicap psychique	JAMET-DUDEK
6	P1-P4	P9		Création d'une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé	Gérontopsychiatre et Cadre de Santé Maupassant CH GS
7	P1			Créer une PASS psychiatrie	Cadre supérieure Pôle INTRA et Cadre de Santé du CAOD - CH GS
8		P1-P6		Inscription dans le dispositif VIGILAN'S	Drs DUCHESNE-TEMBELY-ROBIN VIGNERAS
9	P1	P6-P7-P17	Harmoniser les pratiques professionnelles et les organisations	Elaboration d'un plan de formation mutualisé territorial (Psychiatrie/Handicap & Handicap/Psychiatrie) dont un volet pour les aidants	M. CHESNEAU PEP 18
10	P5	P1		Information/formation à la prévention du suicide, à la souffrance psychique liée à la Covid 19	Drs DUCHESNE-TEMBELY-ROBIN VIGNERAS
11		P8	Mise en réseau et coordination des acteurs	Création d'une Communauté Psychiatrique de Territoire	CH GEORGE SAND
12	P1-P2	P8-P16		Situations complexes et coopérations	M. CHESNEAU PEP 18
13	P1			Construction d'un réseau de repérage précoce et d'orientation	CH GEORGE SAND
14	P1	P9-P10		Définition d'une stratégie d'implantation de compétences en psychiatrie (et en addictologie) sur le territoire (dans les MSP; liens avec CPTS) dont les dispositifs de télémédecine	CTS et ARS
15		P17	Favoriser la connaissance et l'interconnaissance des acteurs	Elaboration d'une cartographie des établissements & services, d'un annuaire des acteurs intégrant les conventions formalisées	CH GEORGE SAND
16	P5	P8-P11-P12-P14-	Les usagers acteurs de leur parcours	Mise en oeuvre d'un Plan Personnalisé de Coordination en Santé (définition de la place du patient/ résident et de la famille)	CH GEORGE SAND
17	P5			Création d'une commission des usagers et proches du PTSM 18	UNAFAM-GEDHIF
18	P3	P11-P14		Formalisation de programmes d'éducation thérapeutique : Prendre soin de soi	Dr NEDELEC

III. LES FICHES ACTIONS :

(1) Les fiches actions ayant trait à la fluidité des parcours et la gradation de la réponse

- ❖ **Création de la Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) pour les enfants de 0 à 7 ans atteints de troubles neuro-développementaux (ex PTND)**
Dans le cadre du plan régional de santé et du plan d'action régional autisme au sein des troubles du neuro développement (TND), l'ARS CVL a lancé un appel à manifestation d'intérêt visant à la création d'une plateforme de coordination et d'orientation dans le Cher. Ce sont les PEP 18 qui ont remporté cet appel à projet, le déploiement est en cours. L'objectif principal consiste à structurer un accès gradué au diagnostic et aux interventions précoces pour les enfants avec troubles du neuro développement (TND) sur chaque territoire. Mais il s'agit aussi de faire évoluer l'organisation des acteurs du territoire et des pratiques des équipes pour s'inscrire dans cette offre graduée et assurer le repérage, le diagnostic adapté au degré de complexité et les interventions précoces conformément aux recommandations de bonnes pratiques.
- ❖ Chacun des acteurs éprouve le sentiment et décrit des situations précises que de nombreux patients/résidents ne sont pas pris en charge de façon optimale en étant à un moment donné dans un dispositif qui n'est pas le plus adapté à sa situation. Dès lors, il est apparu nécessaire de procéder à **un approfondissement du diagnostic sur les situations inadéquates avec mise en évidence des besoins du public accompagné non satisfaits (SAMSAH, SAVS...)**
- ❖ Chacun des acteurs ne donne pas la même définition de la notion de « réponse à l'urgence », entre délais d'intervention trop longs, gestion d'une crise aiguë, incapacité à apporter une réponse soi-même, ou encore savoir se diriger vers le bon professionnel ou le bon dispositif selon le jour et l'heure. Là aussi, **il est indispensable d'approfondir le diagnostic sur la réponse à l'urgence** avant de formuler des propositions adéquates.
- ❖ La particularité du territoire du Cher est sa forte inhomogénéité entre ses 3 grandes villes et le reste très rural, la très grande concentration des compétences de psychiatres (publics et libéraux) sur la seule ville de Bourges et une demande de soins au plus près de la communauté incite de façon assez évidente à aller-vers le patient, d'où la **proposition de création d'équipes mobiles par grandes thématiques ci-après :**
 - Création d'une équipe mobile psychiatrie et précarité (projet déjà déposé)
 - Création d'une équipe mobile psychiatre et handicap psychique (projet déjà déposé)
 - Création d'une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé.
- ❖ **La volonté de création d'une PASS (Permanence d'Accès aux Soins en Santé) en psychiatrie a pour objet de consolider la prise en charge de la précarité mise en**

évidence lors de l'élaboration du *diagnostic territorial* qui a pointé des taux de pauvreté et de précarité plus élevés dans le Cher qu'en région Centre-Val-De-Loire et en France. Des enquêtes attestent que des personnes en situation de précarité ont une sensibilité accrue aux troubles psychiatriques et à la maladie mentale. Le CAOD du site de Bourges accueille de nombreuses personnes en situation de précarité et l'équipe mobile psychiatrie et précarité n'a pas pour vocation de jouer ce rôle de guichet que l'on retrouve dans les structures d'urgences des établissements. L'établissement est amené à gérer de nombreuses situations au carrefour du sanitaire, du médico-social et du social : délivrance de traitements, défaut de transports par manque d'argent.

- ❖ Les indicateurs de santé en lien avec le suicide (taux de décès par suicide) ne sont pas bons sur le territoire du Cher, **l'inscription dans le dispositif VIGILAN'S sur le territoire apparait comme un sujet prioritaire** compte-tenu de son impact. La région Centre Val-De-Loire initie en 2020 la coordination du dispositif, le territoire du Cher témoigne de son souhait de s'inscrire rapidement dans ce dispositif.

(2) Les fiches actions ayant trait à l'harmonisation des pratiques professionnelles et des organisations

- ❖ **Elaboration d'un plan de formation mutualisé territorial (Psychiatrie/Handicap & Handicap/Psychiatrie) dont un volet pour les aidants.** Tout au long des travaux ayant conduit à l'élaboration du PTSM, les professionnels ont évoqué de façon permanente et unanime le besoin de formations et de sensibilisations aux enjeux de la psychiatrie et de la santé mentale, et ce, quels que soient leur fonction et rôle respectifs, et ceci afin d'avoir une culture commune minimale.
- ❖ **Information/formation à la prévention du suicide, à la souffrance psychique liée à la Covid 19.** Le département du cher présente un taux de décès par suicide significativement plus élevé que celui de la Région CVL et que celui de la France : 19,30 pour 100.000 habitants contre 16,80 et 13,90, ainsi que des taux de pauvreté et de précarité très importants - Le dispositif VIGILANS doit bientôt être mis en œuvre dans la région. Dans l'attente, 6 formations annuelles à la prévention du suicide dispensées par 3 formateurs régionaux (CHGS-ANPAA-IREPS/FRAPS) sont actuellement financées par l'ARS et Le CH G. SAND mène une EPP du risque suicidaire

(3) Les fiches actions ayant trait à la mise en réseau et la coordination des acteurs

- ❖ Devant la dynamique créée par la mise en mouvement des acteurs au moment de l'élaboration de ce projet territorial de santé mentale, il est apparu comme naturel et évident de structurer de façon durable cette démarche territoriale afin de suivre et poursuivre les travaux initiés, d'où **la création à venir dès début 2021 de la communauté Psychiatrique de Territoire (CPT 18)**
- ❖ La nécessité d'organiser la coopération des secteurs sanitaire, médico-social, de la MDPH, de l'aide sociale à l'enfance avec un souci de transversalité. est apparu incontournable dans la prévention dans la gestion des situations complexes en plus.
- ❖ L'insuffisance d'échanges interprofessionnels et la méconnaissance des réseaux et partenaires existants, de leurs rôles et missions conduit à un phénomène d'empilement induisant des difficultés de repérage. **d'où la construction d'un réseau de repérage précoce et d'orientation.**
- ❖ Des compétences en psychiatrie sont déjà déployées avec l'ANPAA, la MDA, les structures du médico-social ou interviennent des psychiatres et /ou des IDE (Equipes mobiles) ITEP/IME/IEM. La crise sanitaire a mis en évidence la nécessité de réinterroger la stratégie de ces implantations et coopérations territoriales afin de prendre en compte l'arrivée de nouveaux partenaires (CPTS, MSP) ou les nouvelles technologies (télémédecine). **Cette stratégie d'implantation des compétences en psychiatrie (et en addictologie) sur le territoire doit être décrite, discutée avec les partenaires en question et mise en œuvre.**

(4) Les fiches actions ayant trait à la connaissance et l'interconnaissance des professionnels :

- ❖ **Elaboration d'une cartographie des établissements & services, d'un annuaire des acteurs intégrant les conventions formalisées.** Dès le début des travaux du PTSM 18, et notamment dans la phase du diagnostic tous les acteurs sans exception ont soulevé qu'ils ne connaissaient pas tous les acteurs et dispositifs existants, qui par ailleurs sont trop peu souvent identifiées et décrites. Il convient de mettre à leur disposition un outil leur permettant de très vite saisir le bon partenaire au bon endroit, d'où la création de cet annuaire. Il reviendra ensuite à chacun de mettre en évidence les coopérations déjà formalisées et celles qui doivent désormais l'être afin de ne pas fragiliser des dispositifs reposant parfois sur un ou deux acteurs.

(5) Les fiches actions ayant trait aux usagers acteurs et de leurs parcours :

- ❖ **Mise en œuvre d'un Plan Personnalisé de Coordination en Santé (définition de la place du patient/ résident et de la famille).** Le DAC est une solution concrète soutenue par l'ARS pour fluidifier les parcours de santé complexes et organiser les prises en charge dans les territoires. Dans un contexte de vieillissement de la population, les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, en particulier les médecins traitants, font face à des situations de plus en plus complexes, souvent liées à des personnes vivant à domicile et cumulant diverses difficultés (poly pathologies, difficultés sociales, isolement...). Face à ces situations le plan personnalisé de coordination en santé permet d'apporter des réponses concrètes aux professionnels de santé et favorisent le maintien dans leur milieu de vie des patients en regroupant les expertises.
- ❖ De façon générale, on note un déficit de participation des usagers et leurs proches dans les projets de vie et parcours de soins, ils doivent trouver toute leur place à ces moments si importants de la prise en charge. Pour cela il leur faut un lieu d'expression et d'échange, se tenir informés. C'est pour cela que les acteurs ont exprimé la volonté **de créer une commission des usagers et proches du PTSM 18**, et ainsi donner corps à une meilleure adhésion à leur parcours.
- ❖ **Formalisation de programmes d'éducation thérapeutique pour prendre soin de soi :** les recommandations de bonnes pratiques démontrent que les troubles psychiatriques sont responsables d'une importante mortalité et d'une forte morbidité. Plusieurs études ont souligné la mauvaise santé physique et la diminution de l'espérance de vie (20% inférieure) chez les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères. La première cause de surmortalité est le suicide (cf. fiches actions suicide). Les accidents et les causes médicales sont également surreprésentés. *Plusieurs recommandations de bonne pratique, en partie reprises par une recommandation HAS, ainsi que des études démontrent la nécessité de consolider la prise en charge psychiatrique par la formalisation d'un ou plusieurs programmes d'éducation thérapeutique*

Constats : Les PEP 18 ont été désignés comme structure porteuse de la Plateforme de Coordination et d'Orientation TND 0-7ans. Arrêté du 22 Juillet 2020. Cette plateforme est un dispositif coopératif. L'UGECAM, l'ADAPT, le GEDHIF, la PMI, La Ligue de l'Enseignement, la CAF sont partenaires dans ce projet. Un Comité Stratégique PCO composé de ces partenaires et du CH George Sand travaille sur la mise en œuvre du projet.

Pilote(s) : M. CHESNEAU
directeur Général des PEP 18
Contributeurs :

- Pour la réalisation de cette fiche :**
- Marylène RAYMOND - ASE
 - Isabelle PLATON - MDPH
 - Anna-Laura MAHAMA - ADAPT
 - Philippe DEBROYE - UGECAM
 - Didier MONOURY - RP/CH George Sand
 - Bruno CHESNEAU - Les PEP18

Objectifs

Objectif stratégique :

- Développer une coopération territoriale conformément au cahier des charges de la PCO.

Objectifs opérationnels :

- Répondre aux attentes de l'ARS Centre Val de Loire sur la mise en œuvre de la PCO dès 2021.

Etapes

	Trim.1	Trim.2	Trim.3	Trim.4
1. Contribuer aux travaux dans le cadre du Comité Stratégique de la PCO.	X	X	X	
2. Développer une coopération effective conformément au cahier des charges de la PCO.	X	X	X	

Moyens :

Indicateurs

Indicateurs de réalisation :

- Participation aux travaux du Comité Stratégique de la PCO.

Indicateurs de résultat et impact :

- Actions coopératives dans le cadre de la PCO.

V. initiale	V. cible

Autres précisions

Points de vigilance

Respecter les attendus de l'ARS en matière de coopération.

PTSM 18

INTITULE DE L'ACTION: Approfondissement du diagnostic sur les situations inadéquates

Constats Les constats du territoire du Cher mettent en avant une liste d'attente pour l'accès à des services spécialisés (tels que les SAMSAH, SAVS...) suite à une orientation de la MDPH. Pour autant, les situations orientées ne correspondent pas toujours aux périmètres des missions proposées par les services et ne peuvent être donc accompagnées de façon adaptée, mettant de fait, le service et la personne en difficulté.

Pilote(s) :
L'Association Le Relais

Contributeurs :
Toutes institutions pouvant rencontrer des situations inadéquates lors d'orientations en institutions (SAMSAH, SAVS...), la MDPH, les centres hospitaliers. Les familles et les proches des personnes concernées seront également consultés.

Objectifs

Objectif Stratégique : Réalisation d'une étude pour identifier les situations inadéquates et la raison de leur inadéquation. Proposer des solutions innovantes pour le territoire du Cher dans le but de trouver une orientation adaptée à chaque personne dans le

Objectifs opérationnels : Recueillir un maximum de témoignages pour avoir une vision exhaustive des situations inadéquates sur le territoire, comprendre le cheminement d'orientation ayant conduit à l'inadéquation, être force de proposition pour éviter ces mêmes schémas.

Etapas
Recensement des parties prenantes
Recensement des données quantitatives
Participation à des temps de réflexion collective pour déterminer les situations qui ont pu être inadéquates
Recueil de paroles auprès de personnes majeures ou de parents dont l'orientation d'un enfant n'aurait pu aboutir favorablement ou aurait été mise à mal du fait du caractère inadéquat vis-à-vis de l'orientation
Proposition d'actions innovantes présentées à l'ARS et la MDPH
Retour de l'étude aux parties prenantes
Communication de l'étude

Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4

Moyens Nécessaires 12 000 €

Budget évalué à 12 000€ pour une année de travail, soit 46 demies journées: pour fédérer les acteurs, instaurer une dynamique, consultation des parties prenantes, mener l'étude à terme, analyser celle-ci, être force de propositions, et communiquer sur les résultats à l'aide d'un compte-rendu à diffuser.

Indicateurs

Nombre de parties prenantes concernées
 Le type de profil des parties prenantes
 Le type de situations inadéquates identifiées (proposer un classement avec des dénominateurs communs)
 Les leviers possibles identifiés
 Les leviers à mettre en place, non identifiés au départ de l'étude

Valeur Initiale

Valeur cible

PTSM 18

INTITULE DE L'ACTION: Approfondissement du diagnostic sur la réponse à l'urgence

Constats Les retours des professionnels impliqués dans le PTSM du territoire, on mis régulièrement en avant une difficulté d'orientation et d'accès aux soins lors d'une manifestation aigue de troubles psychiques d'une personne accueillie ou accompagnée. Le premier réflexe étant l'orientation vers le CAOD de G. SAND. Chacun des acteurs apporte d'ailleurs une définition différente de la notion d'urgence selon que ses équipes sont formées ou non à la gestion de la crise et insiste sur l'absence de régulation centralisée des appels

Pilote(s) :
L'Association Le Relais

Contributeurs :
Toute institution oeuvrant sur les signaux d'alertes dans le cadre d'urgence médical (hôpital G. SAND, hôpital J. CŒUR, SAMU,...) et toute institution ayant eu recours à un diagnostic en urgence dans le cadre de l'accueil d'un public (partenaire AHL, CSAPA, institutions médico-sociales...). Les familles et les proches des personnes concernées seront également consultés.

Objectifs

Objectif Stratégique : Réalisation d'une étude pour relever les freins actuels à la réponse à l'urgence et réaliser un schéma d'orientation adapté pour l'accès au diagnostic

Objectifs opérationnels : Rassembler un maximum d'acteurs autour de ce questionnement pour avoir un retour collectif et une construction collégiale, en prenant en considération les atouts et freins du territoire psychiatrique actuel

Etapas	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4
Recensement des parties prenantes				
Recensement des données quantitatives				
Participation à des temps de réflexion collective				
Recueil de paroles auprès de personnes ayant eu recours à cette nécessité de diagnostic psychiatrique				
Proposition d'actions présentées à l'ARS				
Retour de l'étude aux parties prenantes				
Communication de l'étude				

Moyens Nécessaires 12 000 €

Opérateur à déterminer

Budget évalué à 12 000€ pour une année de travail, soit 46 demies journées: pour fédérer les acteurs, instaurer une dynamique, consultation des parties prenantes, mener l'étude à terme, analyser celle-ci, être force de propositions, et communiquer sur les résultats à l'aide d'un compte-rendu à diffuser.

Indicateurs	Valeur Initiale	Valeur cible
Nombre de parties prenantes concernées		
Le type de profil des parties prenantes		
Le type de freins identifié (géographique, temporel...)		
Les leviers possibles identifiés		
Les leviers à mettre en place, non identifiés au départ de l'étude		

Constats : le diagnostic territorial a pointé des taux de pauvreté et de précarité plus élevés dans le Cher qu'en région Centre-Val-De-Loire et en France. Des enquêtes attestent que des personnes en situation de précarité ont une sensibilité accrue aux troubles psychiatriques et à la maladie mentale

Objectifs

Objectif stratégique PRS 2018-2022: Réduire les inégalités sociales, territoriales, environnementales de santé afin de renforcer l'accès aux soins

Objectif stratégique PRAPS 2018-2022: accès à la santé des personnes les plus démunies

Objectifs opérationnels : développer le « Aller-vers » des équipes de psychiatrie en créant des équipes mobiles spécialisées (sous-objectifs : repérage précoce, éviter les hospitalisations, prévenir la crise) . Promouvoir un parcours de santé faisant des lieux de vie le départ des prises en charge et des accompagnements

Pilote(s) :

✓ Centre Hospitalier George Sand

Contributeurs :

✓ Docteur JAMIL Psychiatre
✓ Mme DESSERPRIX cadre supérieur de santé

Etapes 2021

	Trim.1	Trim.2	Trim.3	Trim.4
1. Définition du projet et des missions: 2019				
2. Accord création EMPP et financement ARS : décembre 2019				
3. Recrutement des professionnels : octobre et décembre 2020				
4. Stage d'immersion auprès de l'équipe mobile précarité et psychiatrie de l'Indre: novembre 2020 et janvier 2021 (pour la psychologue)	X			
5. Communication sur la création et le fonctionnement: décembre 2020 et de manière continue	X	X	X	X
6. Lancement de la mission/constitution du réseau/création outil de saisie d'activité	X	X	X	X
7. Evaluation de la mise en œuvre des premières actions: rapport d'activité				X

Moyens : 167 K€ déjà octroyés par l'ARS CVL

- 1 équipe pluridisciplinaire composée de :
- Médecin coordonnateur : 0.10 ETP
 - Psychologue : 1 ETP
 - IDE : 1 ETP
 - Secrétaire : 0.50 ETP

Indicateurs

Indicateurs de réalisation :

Nb de situations suivies avec les acteurs de 1^{ère} ligne
Nombre de situation suivies avec contact direct avec la personne

Indicateurs de résultat et impact :

Nombre de situations orientées et coordonnées avec le dispositif de soin psychiatrique existant

V. initiale

V. cible

Autres précisions

- S'agissant de l'année de création de l'équipe mobile, il n'est pas prévu de retenir des valeurs cibles, la valeur initiale étant elle à 0.
- La mise en place de permanences, et liens auprès des acteurs de première ligne permettra de développer l'évaluation et la Prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion.
- Historiquement les interventions des équipes mobiles comparables se déroulent principalement en milieu urbain (créées sur Paris puis grandes métropoles pour un public de SDF

Points de vigilance

- *L'équipe oriente vers le bon interlocuteur mais ne joue pas le rôle de guichet*
- *L'équipe mobile ne prend pas le rôle de thérapeute au long court*
- *Reconnaissance des missions*
- *Communication adaptée*
- *Deux risques d'instrumentalisation de l'EMPP : une équipe mobile « assistante sociale » et une équipe mobile « urgentiste »*
- *Une équipe mobile doit être suffisamment dimensionnée pour répondre aux importants besoins et à leur complexité. Elle aura aussi à progressivement se déployer sur les villes de St Amand, Vierzon et sur les secteurs ruraux du département où la précarité et l'exclusion des dispositifs existent.*

PTSM 18 Intitulé de l'action : Équipe mobile psychiatrie handicap psychique

Constats : A ce jour, le dispositif RAPT a été utilisé 19 fois pour des usagers de structures médico-sociales. la désertification médicale a pour effet d'allonger les délais de traitement de la MDPH et rend difficile la prise en charge des parcours complexes au sein des structures. le déficit médical a également pour effet d'allonger les délais de prise en charge en CMP. En conséquence, le manque d'étayage en psychiatrie sur le terrain induit une méconnaissance des possibilités de prises en charges existantes et ne permet pas d'anticiper suffisamment les périodes de crise qui affectent fortement la possibilité de maintenir l'usager au sein de sa structure.

Objectif stratégique : Mise en place d'une équipe mobile chargée d'appuyer, sur le plan psychiatrique, les professionnels des structures médico-sociales du territoire.

Objectifs opérationnels : compléter l'offre médico-sociale et sociale déjà existante. Contribuer à éviter la rupture dans le parcours de vie et à décloisonner les secteurs Sanitaire et Médico-Social. Intervenir sur les situations nécessitant une approche spécifique à la psychiatrie et identifiées comme complexes auprès des équipes des établissements et structures médico-sociales. Prévenir les situations de crise. Assurer une fonction d'interface entre les établissements et services médico-sociaux adultes et les dispositifs de psychiatrie adulte.

Pilote(s) :

-Alexis Jamet - Dr Dudek (CHGS)

Contributeurs :

Kheira Bensizerara (CSS pôle Intrahospitalier CHGS)

Étapes 2021	Trim.1	Trim.2	Trim.3	Trim.4
Elaboration des profils de postes, modèles de convention, fiche de saisines et de traitement de situations	x			
Appel à candidature et recrutement des professionnels	x	x		
Création des outils de communication et présentation du dispositif aux partenaires	x	x	x	
Réunion de lancement de l'EMPHP auprès des partenaires en lien avec l'ARS			x	
Stage inter-établissements auprès de l'EMPHP de Limoges			x	
Lancement des interventions de l'EMPHP				x
Planification à définir	Trim.1	Trim.2	Trim.3	Trim.4

Moyens nécessaires

Effectif demandé dans le cadre du projet:
 - 0,10 ETP Médecin psychiatre coordonnateur
 - 1 ETP IDE
 - 0,5 ETP Psychologue
 - 0,5 ETP Educateur spécialisé
 - 0,5 ETP Assistante médico-administrative
 - 0,1 ETP cadre de santé

Cout total du projet: 173 460€ en intégrant les charges de fonctionnement

Indicateurs

Nombre de structures ayant conventionné avec l'EMPHP

Valeur initiale

Valeur cible

0

15

file active suivie par l'EMPHP

0

20

Nombre d'intervention / entretien auprès de résidents

0

100

Nombre d'intervention / accompagnements auprès des professionnels des structures

0

25

Autres précisions

Ce projet a été constitué suite à un appel à projet déposé par l'ARS pour la création d'une EMPHP sur le territoire du CHER pour lequel le Centre hospitalier George sand s'est porté candidat en décembre 2020.

Points de vigilance

L'EMPHP constitue une structure d'interface entre la MDPH (réunions RAPT), les structures sociales et médico-sociales du territoire et les unités de psychiatrie du Centre hospitalier George Sand. A ce titre, elle n'a pas pour vocation à se substituer au rôle des différents acteurs.

En conséquence, l'EMPHP n'a pas pour mission d'assurer le suivi régulier des usagers des différentes structures, ce rôle restant dévolu aux structures ambulatoires et d'hospitalisation

PTSM 18 Intitulé de l'action : Création d'une Equipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé

Constats : En 2016 24,4% de la population du CHER ont 65 ans et plus (19,2 en France) dont 12,2 % de 75 ans et plus (9,4 en France)
 A contrario en 2017 une densité de personnes en ALD pour Alzheimer et autres démences à 559/100000 habitants significativement inférieure à la densité nationale de 637/100000 habitants.

En 2019 275 personnes âgées de 60 ans et plus hospitalisées au CAOD dont 72 âgées de 75 ans et plus majoritairement en provenance de leur domicile

Objectif stratégique :

- Maintenir la personne âgée, autant que possible, dans son milieu de vie habituel, dans les meilleures conditions, en réduisant le recours par défaut aux urgences psychiatriques et en renforçant la coordination entre les acteurs

Objectifs opérationnels :

- Intervenir auprès de personnes âgées en situation de crise psychique ou psychiatrique afin d'éviter le recours aux urgences
- Assurer une évaluation clinique psychiatrique auprès du sujet âgé
- Aider au maintien dans le milieu de vie en collaborant avec le médecin traitant et les partenaires
- Favoriser la cohésion des aidants autour du sujet âgé et prévenir les situations d'épuisement
- Assurer une évaluation sociale rapide et globale si nécessaire

Pilote(s) :

- 1 Médecin de la filière gériopsychiatrique du CHGS
- Cadre de santé Maupassant

Contributeurs :

- 1 médecin Gériatre du GHT
- ARS

Etapes 2021	Trim.1	Trim.2	Trim.3	Trim.4
1. Identifier la place de cette équipe au sein de la filière gérontologique du GHT, de la filière gériopsychiatrique du CHGS et le porteur du projet	X			
2. Constituer un COPIL en intégrant des partenaires (représentants des EHPAD, Résidences Autonomie, Médecins Généralistes libéraux, Service d'Aide à domicile, etc)	X			
3. Identifier le public cible (âge)		X		
4. Préciser le périmètre d'intervention		X		
5. Identifier les modalités de coopération avec les équipes mobiles déjà existantes (EMGT 18, EMPP, etc) et les services INTRA et EXTRA du CHGS		X		
6. Formalisation du projet et des missions		X	X	X
7. Accord création EMPSA et financement ARS			X	X
8. Recrutement des professionnels				X
9. Stage d'immersion auprès d'une EMPSA déjà constituée (Maison Blanche, Quimper, Allone)				X
10. Communication sur la création et le fonctionnement			X	X
			X	X
Etapes à partir de 2022	Trim.1	Trim.2	Trim.3	Trim.4
1- Lancement de la mission/constitution du réseau/création de l'outil de saisie d'activité	X			
Etapes à partir de 2023	Trim.1	Trim.2	Trim.3	Trim.4
1- Evaluation de la mise en œuvre à partir du premier rapport d'activité	X			

Moyens nécessaires 250 000 €

- Identifier 1 Pilote et 1 Co Pilote
- Constituer le COPIL
- Réserver des salles pour les réunions et/ou organiser des visio
- Dégager du temps pour les réunions, rédaction des compte-rendus, formalisation du projet
- Mobiliser l'équipe de la DAFSI pour proposition budgétaire
- Rechercher des locaux
- Recenser le matériel et l'acheter
- Recruter les professionnels constituant l'équipe

Une enveloppe budgétaire évaluée 250000 Euros avec au minimum 2 ETP IDE, 0,5 psychologue, 0,2 ETP gériatopsychiatre

Indicateurs

	Valeur initiale	Valeur cible
1. Nombre de personnes âgées hospitalisées au CAOD	72 si cible = plus de 75 ans	
2. Nombre de situations suivies à domicile	0	
3. Nombre de situations suivies en EHPAD, Résidences Autonomie	0	
4. Nombre de situations en attente d'une place en EHPAD sur CHGS depuis plus de 30 jours	Référence 2021	
5. Nombre d'interventions auprès d'aidants	0	

Autres précisions

Les Directeurs d'EHPAD du département décrivent des situations de crise pour lesquelles ils ont été contraints d'adresser des résidents au CAOD faute de réponse à leur demande de prise en charge thérapeutique en urgence ; ces situations restent limitées mais sont souvent traumatisantes tant pour le résident que pour les autres résidents et l'équipe.

Les Infirmiers des CMP assurent très bien le suivi des résidents issus de psychiatrie voire d'autres résidents qui leur sont signalés, mais ne peuvent pas intervenir en urgence.

Les équipes d'EHPAD expliquent également être confrontées à un nombre plus important de résidents présentant des troubles du comportement (souvent liés à une démence mais qui n'est pas toujours diagnostiquée) ; la prise en charge en unité protégée ou unité d'hébergement renforcée nécessite un regard pluridisciplinaire (gériatre, neurologue, psychiatre)

Les équipes des EHPAD, Résidences Autonomie, les professionnels libéraux ou exerçant dans des services d'aide à domicile expliquent être insuffisamment formés à l'accompagnement de personnes âgées souffrant de troubles psychiques, psychiatriques ; ne savent pas toujours identifier les signes précurseurs d'une décompensation voire peuvent la provoquer par l'inadéquation de leur organisation.

Points de vigilance

La plupart des EHPAD du territoire a passé convention avec les CMP de secteur, ces interventions dans les institutions médico-sociales doivent se poursuivre. l'intervention de l'EMPSA ne doit en aucun cas se substituer à ce qui existe déjà et fonctionne, elle doit donc concentrer ses missions au domicile et lors des crises en institution sous 48h.

L'équipe mobile en psychiatrie du sujet âgée ne pourra répondre instantanément à toutes les demandes sur l'ensemble du territoire, une régulation incontournable sera à adapter au regard de l'activité,

PTSM 18 Intitulé de l'action : CREATION D'UNE PASS PSYCHIATRIE

Constats : le diagnostic territorial a pointé des taux de pauvreté et de précarité plus élevés dans le Cher qu'en région Centre-Val-De-Loire et en France. Des enquêtes attestent que de nombreuses personnes en situation de précarité ont une sensibilité accrue aux troubles psychiatriques et à la maladie mentale. le CAOD du site de Bourges accueille de nombreuses personnes en situation de précarité et l'équipe mobile psychiatrie et précarité n'a pas pour vocation de jouer ce rôle de guichet que l'on retrouve dans les structures d'urgences des établissements.

Objectifs stratégique : les PASS sont des dispositifs adaptés aux personnes en situation de précarité et qui visent à leur faciliter l'accès aux soins et les accompagner dans leurs démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits

Objectif stratégique PRS 2018-2022: Réduire les inégalités sociales, territoriales, environnementales de santé afin de renforcer l'accès aux soins

Objectifs opérationnels : permettre l'ouverture réelle de droits aux patients en situation de précarité

Pilote(s) :
- cadre sup et cadre de l'intra

Contributeurs :
- médecins du CAOD
- directions: DS, DAF, DUQC
- équipe mobile psychiatrie et précarité

Etapes 2022	Trim.1	Trim.2	Trim.3	Trim.4
Evaluer les missions de l'équipe mobile psychiatrie et précarité	x			
Solliciter l'éligibilité à l'attribution à une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 relative à la lutte contre "l'exclusion sociale" mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, adaptées aux personnes en situation de précarité et son financement en DAF			x	
Etapes 2023				
Installation de la PASS psychiatrie au CAOD	x			

Moyens nécessaires : 100 000€

1 ETP IDE : 51 000 €
1 ETP ASSISTANTE SOCIALE : 42 000 €
FRAIS DE STRUCTURE (10%)
SURCOUTS A RE EVALUER EN FONCTION DES MISSIONS REELLES (transports, médicaments et traitements) :

Indicateurs

Valeur initiale

Valeur cible

Nombre de patients pris en charge

Nombre d'actes effectués (démarches ,entretiens)

Nombre de partenariats formalisés

Installation d'un comité de pilotage

Autres précisions

- il s'agit au final de financer les activités de facilitation de l'accès aux soins, de prise en charge et d'accompagnement, des surcoûts liés, le pilotage et la coordination de cette permanence.
- le CAOD du centre hospitalier George Sand fonctionne comme un service d'urgences, à ce titre il reçoit des patients sans droits ouverts ou reconnus

Points de vigilance

- la complémentarité avec l'EMPHP est à valider ainsi qu'avec les principaux partenaires intervenant dans le domaine du social (notamment le logement d'urgence)

PTSM 18 Intitulé de l'action : information/sensibilisation à la prévention du suicide

Constats : Le département du cher présente un taux de suicide significativement plus élevé que celui de la Région CVL et qu'en France : 19,30 pour 100.000 habitants contre 16,80 et 13,90 , ainsi que des taux de pauvreté et de précarité très importants - Le dispositif VIGILANS doit être mis en œuvre dans la région mais à une date indéterminée, la plateforme régionale n'étant pas recrutée - 6 formations annuelles à la prévention du suicide dispensées par 3 formateurs régionaux (CHGS-ANPAA-IREPS/FRAPS) sont actuellement financées par l'ARS - Le CH G. SAND mène une EPP du risque suicidaire

Objectif stratégique : développer la prévention et la promotion de la santé mentale

Objectifs opérationnels :

- informer / former à la prévention du suicide, à la souffrance psychique liée à la COVID-19, dans une approche partenariale
- à terme, se préparer et s'inscrire dans le dispositif VIGILANS quand il sera opérationnel.

Pilote(s) :

- Dr TEMBELY Modi Baba - Psychiatre
- Dr DUCHESNE Estelle - addictologue
- M. Mathieu ROBIN-VIGNERAS

Contributeurs :

- CH G. SAND
- M. Mathieu ROBIN-VIGNERAS - Patient expert
- CCAS de Bourges
- CCLSPD
- UNAFAM

Etapes 2021	Trim.1			Trim.2			Trim.3			Trim.4		
1. EPP du CHGS : actualisation de la fiche de dépistage du risque suicidaire et formation des professionnels pour sa mise en place	X	X										
2. Evaluation de l'utilisation de la fiche dans les services de soins et réajustements si besoin			X	X								
3. Diffusion de la fiche de dépistage aux partenaires après consolidation ?					X	X						
4. Augmenter le nombre de formations à la prévention du suicide dans ses 3 déclinaisons : formations repérage - formations évaluation du risque - formations intervenant de crise										X	X	X
4a. demander à l'ARS la communication de la liste des personnes formées par structure									X			
4b. contacter le Dr DUBOIS du CHU pour savoir si des formations de formateurs sont envisageables									X			
4c. demander à l'ARS des financements complémentaires :									X			
4c1. augmenter les formations au repérage (sentinelle)										X	X	X
4c2. Augmenter les formations "évaluation" et "intervenant de crise"										X	X	X
4c3. formations de maintien et d'actualisation des connaissances/compétences										X	X	X
5. étude épidémiologique (patients admis pour TS dans les services d'urgences MCO et CAOD) pour évaluer la faisabilité d'un Hôpital de Jour.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
A PARTIR DE 2022	Trim.1			Trim.2			Trim.3			Trim.4		
6. Maintenir les 3 niveaux de formations au risque suicidaire et d'actualisation des connaissances (action continue)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7. Atelier prévention du suicide associant des représentants des partenaires extérieurs formés ainsi que des patients experts à proposer dans les ateliers de l'ETP "prendre soin de soi"	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8. en lien avec l'action 5, création d'un Hôpital de Jour pour les patients vus en consultation aux urgences pour tentative de suicide	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022
Planification à définir	Trim.1			Trim.2			Trim.3			Trim.4		
9. adhérer au dispositif VIGILANS à mettre en place au niveau régional	Cette étape est dépendante de la mise en œuvre au niveau régional du dispositif VIGILANS auquel le CHGS adhèrera dès que possible											

Moyens nécessaires	Indicateurs	Valeur initiale	Valeur cible
<ul style="list-style-type: none"> - augmenter et financer le nombre de formations au repérage, à l'évaluation du risque et à l'intervention de crise - augmenter le nombre de formateurs, soit au niveau régional soit en organisant des formations de formateurs - financement de l'ETP consacré à la prévention du risque suicidaire - dispositif VIGILANS à mettre en œuvre - étude épidémiologique à mettre en œuvre avec les établissements parties du GHT18 habilités en médecine d'urgence - études de Maîtrise d'Oeuvre et techniques, marchés de travaux et construction d'un Hôpital de Jour (crédits d'investissement) 	Nombre de personnes formées	Info ARS	
	Nombre de formations dispensées	6 formations / an	
	Nombre de fiches RUD / Nombre de primo-admissions	Info DIM	
	Nombre de personnes dépistées extérieures au CHGS	Recensement à faire	
	Taux de ré hospitalisation des personnes repérées suicidaires pour le même motif	Info DIM	
	Taux de personnes ré hospitalisées pour risque suicidaire / nombre de PEC en ambulatoire	Info DIM	

Autres précisions

La promotion de la formation au risque suicidaire au sein des entreprises et établissements, publics et privés, en fonction de leurs spécificités (risques professionnels) et/ou de la fragilité de la population qu'ils accueillent, est nécessaire. Ce type de formation existe déjà au sein des pompiers et il faudrait s'assurer de l'existence de formations au sein des forces de l'ordre. La formation au risque suicidaire est un objectif continu afin d'éviter l'érosion des compétences au fil du temps, pour actualiser les connaissances, favoriser les retours d'expérience et partager les informations.

Une stratégie de déploiement progressif auprès des entreprises et établissements doit être conçue en fonction de critères d'inclusion à définir en fonction des spécificités évoquées ci-dessus. Une liste communiquée par le CCAS de Bourges peut servir de base pour définir les structures à former en y ajoutant quelques partenaires tels que EHPAD, MSA, Pôle Emploi, Services de médecine du travail (Bourges Plus, Centre de Gestion...), associations de patients.

La création d'un hôpital de jour dédié à la PEC des personnes suicidaires fait partie des hypothèses d'orientations stratégiques étudiées dans le cadre du projet d'établissement 2021/2025 du CH G. SAND en cours d'élaboration.

L'action inclura, dans la mesure du possible, une étude sur les impacts psychiques générés par l'épidémie COVID-19, en distinguant les patients névrotiques et les patients psychotiques, pour analyser les angoisses ou délires que la maladie elle-même a pu générer et les effets du confinement sur les personnes : repli social, rupture de traitements, de suivi médical et toute modification dans le parcours de soin qui a pu aggraver le risque suicidaire.

Points de vigilance

Le maintien des compétences acquises en formations initiales est impératif : prévoir des formations de remises à niveau périodiques en fonction des modules : repérage - sentinelle - intervenant de crise. La pérennisation des financements est donc nécessaire.

Constats : Méconnaissance générale de ce que recouvre la psychiatrie, le social et médico-social dans leur champ et leurs limites d'interventions.-
 Problématique de représentations sur les champs de compétences des partenaires – Cela implique des biais d'interprétations et produit des écarts.
 Manque de culture commune et partagée.

Pilote(s) : M. CHESNEAU
 directeur Général des
 PEP 18
Contributeurs :

Pour la réalisation de cette fiche :

- Marylène RAYMOND - ASE
- Isabelle PLATON - MDPH
- Anna-Laura MAHAMA –ADAPT
- Philippe DEBROYE- UGECAM
- Didier MONOURY – RP/CH George Sand
- Bruno CHESNEAU - Les PEP18

Objectifs

Objectif stratégique :

- Assurer de façon permanente une connaissance et une culture partagée des acteurs : professionnels des différents secteurs et aidants
- Etablir un plan de formation à partir d'un projet coopératif qui s'inscrit en complémentarité des autres plans des plan de chacun dans son secteur.

Objectifs opérationnels :

- ✓ Conventionner pour engager et encadrer ce plan de formation mutualisé.
- ✓ Créer un COFIL pour produire le projet et plan de formation pluriannuel.

Etapes

	Trim.1	Trim.2	Trim.3	Trim.4
1. Créer un COFIL pour produire un projet				
2. Evaluer les besoins et recenser l'existant en matière de formation à partir d'un diagnostic				
3. Construire un plan de formation mutualisé.				
4. Effectuer une étude pour identifier les organisateurs de formation.				

Moyens :

1 ETP : profil ingénierie de projet (D.E.I.S) 50 000 Euros

Indicateurs

Indicateurs de réalisation :

- Diagnostic de besoin.
- Formalisation d'un projet.
- Plan de formation pluriannuel.

Indicateurs de résultat et impact :

- Rapport d'activité
- Actions de formations

V. initiale

V. cible

Autres précisions

Points de vigilance

- Engagement impératif de toutes les parties prenantes.

PTSM 18

INTITULE DE L'ACTION : CREATION DE LA COMMUNAUTE PSYCHIATRIQUE DE TERRITOIRE DU CHER (CPT 18)

Constats: la projet territorial de sante mentale du Cher (PTSM 18) va être déposé auprès de de l'agence régionale de Santé courant décembre 2020. Il a été porté à l'origine par différents acteurs en l'absence de CPT. Dès lors se pose la question de la poursuite des travaux et notamment la légitimité des porteurs d'actions et les modalités de poursuite de la dynamique engendrée autour de l'élaboration du PTSM 18. La création de la communauté psychaitrique de territoire (CPT 18) est la seule action capable de durablement répondre à ces enjeux.

Pilote(s) : réglementairement, seuls les Etabs de service public signataire d'un PTSM peuvent constituer une CPT entre eux, ainsi que les autres signataires. Le CH George Sand étant le seul établissement de service pulic hospitalier, il sera le porteur de l'action de création de la CPT 18.

Objectifs

Objectif Stratégique : fédérer les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture .

Objectifs opérationnels :

- * Mettre en œuvre les fiches actions avec le concours de tous et s'assurer de leur suivi et leur déclinaison au sein des projets d'établissements
- * Evaluer les dispositifs mis en place et proposer des avenants le cas échant
- * Préparer le 2ème PTSM

Contributeurs : lors des travaux du PTSM 18 il est apparu que la large concertation de l'ensemble des acteurs de tous horizons a constitué une opportunité majeure à poursuivre, tous les participants à l'élaboration du PTSM 18 constitueront donc demain des membres de de la CPT 18.

Etapes	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4
ELABORATION DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE DE LA CPT	X X	X		
VALIDATION DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE PAR LES INSTANCES DES		X		
REUNION DE LA PREMIERE AG DE LA CPT 18			X	
APPROBATION DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE PAR LE DG ARS DU CENTRE VAL DE LOIRE		X		

Moyens Nécessaires

Il est sollicité la création et le financement d'un poste de coordinateur de la CPT 18 pour 40 000 €,

Indicateurs

approbation de la CC de la CPT 18 par le DG ARS

Valeur Initiale

0

Valeur cible

1

Autres précisions

Points de vigilance

- *La constitution de la CPT, son installation et sa coordination doivent être effective dès le premier trimestre 2021, au risque de faire retomber la dynamique réelle au moment de l'élaboration du PTSM 18*
- *Lors de la présentation des travaux du PTSM 18, une remarque a émergé sur le fait que le projet pouvait, sous certains aspects, être perçu comme hospitalo-centré au seul motif qu'il était porté par le l'établissement public de santé mentale. Les modalités réglementaires de constitution des CPT pourraient renforcer ce point de vue*
- *La capacité des acteurs non institutionnels à porter réellement les actions. Par ailleurs, si beaucoup d'acteurs ont salué la concertation effective tout au long des travaux du PTSM 18, et se sont engagés dans son élaboration, peu ensuite ont souhaité porter des actions*
-

Constats : les situations complexes concernent l'ensemble des secteurs, sanitaire, médico-social, social sans pouvoir produire de solutions adaptées aux besoins des personnes. Les solutions construites de façon unilatérale ne produisent pas de réponses aux problématiques de parcours des personnes en situation complexe, au contraire elle contribue à des ruptures. Il y a une analyse partagée et une volonté commune de tous les acteurs. Il y a un déficit de diagnostic de besoin sur le territoire. Les situations complexes sont peu nombreuses mais mobilisent des moyens importants.

Pilote(s) : M. CHESNEAU
 Directeur Général des
 PEP 18

Contributeurs :

Pour la réalisation de cette fiche :

- Marylène RAYMOND - ASE
- Isabelle PLATON - MDPH
- Anna-Laura MAHAMA –ADAPT
- Philippe DEBROYE- UGECAM
- Didier MONDURY – RP/CH George Sand
- Bruno CHESNEAU - Les PEP18

Objectifs

Objectif stratégique :

- ✓ Instituer une gouvernance.
- ✓ Apporter une réponse adaptée aux situations complexes pour tous les âges de la vie et par la co-construction au niveau stratégique.
- ✓ Diminuer le nombre de situations complexes par des réponses coopératives.

Objectifs opérationnels :

- ✓ Conventionner pour engager et encadrer le travail de co-construction.
- ✓ Créer un comité stratégique.

Etapes

	Trim.1	Trim.2	Trim.3	Trim.4
1. Définir ce qu'est une situation complexe qui relève de cette instance.				
2. Modéliser une gouvernance.				
3. Elaborer une convention constitutive puis une déclinaison de conventions opérationnelles.				
4. Communication intersectorielle sur les étapes 1-2-3				
5. Mettre en œuvre la gouvernance.				
6. Développer une méthodologie de diagnostic de besoins, de propositions d'outils et de suivi des réponses sur le territoire.				
7. A terme créer un observatoire des situations complexes.				

Moyens :

- Mobilisation des acteurs de tous les secteurs

Indicateurs

Indicateurs de réalisation :

- Formalisation des conventions
- Formalisation de la gouvernance
- Formalisation de la méthodologie permettant un diagnostic de territoire.

Indicateurs de résultat et impact :

- Traçabilité du suivi des situations complexes
- Rapport d'activité
- Outils transversaux mis en place
- Outils de diagnostic

V. initiale

V. cible

Autres précisions

Points de vigilance

- Engagement impératif de toutes les parties prenantes.

PTSM 18

Création d'un réseau de repérage précoce et d'orientation

Constats : Tous les usagers du territoire ne bénéficient pas d'un égal accès aux soins en fonction de l'éloignement des structures spécialisées, Il convient donc de mobiliser tous les acteurs de soins primaires (médecins généralistes, psychologues, psychiatres, établissements médico-sociaux, éducation nationale, intervenants du premier secours) autour du repérage des cas précoces

Pilote(s) : CH George Sand

Objectifs

Objectif Stratégique : Pour les établissements publics de santé il s'agira principalement de développer l'accessibilité de la population aux CMP par un maillage géographique permettant de couvrir chaque infra-territoire avec un développement des amplitudes d'accueil.

Objectifs opérationnels :

- identifier les acteurs de soins de niveau I susceptibles de constituer un réseau de proximité (former, sensibiliser et orienter)
- revoir l'organisation et le maillage des CMP
- développer les pratiques avancées afin d'améliorer et d'accélérer l'orientation vers les urgences le cas

Contributeurs : les responsables et cadres des unités

Etapes	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4
identifier les intervenants du réseau de niveau I (voir fiche 14 "stratégie d'implantation, collaboration sur les territoires)				
développer les pratiques avancées (voir projet d'établissement de geirge sand)				
réfléchir au développement du maillage des CMP et leurs amplitudes horaires (axe projet d'établissement george sand)				
Réfléchir à la création d'une permanence téléphonique (sujet à approfondir dans le cadre la fiche 3 "la réponse à l'urgence")				

Moyens Nécessaires

A définir ultérieurement

Indicateurs

nombre de CMP en fonctionnement
amplitudes horaires des CMP
nombre d'IPA formées
ouverture d'une permanence téléphonique

Valeur Initiale**Valeur cible****Autres précisions**

la cartographie des acteurs fait l'objet d'une fiche spécifique

Points de vigilance

PTSM 18

INTITULE DE L'ACTION: Définition de la stratégie d'implantation de compétences en psychiatrie sur le territoire dont le dispositif de télémedecine

Constats : Des compétences en psychiatrie et en addictologie sont déjà déployées sur le territoire avec l'ANPAA, la MDA, les structures du medico-social ou interviennent des psychiatres et /ou des IDE(Eq mobiles) ITEP/IME/IEM
 D'autres compétences peuvent encore être déployées et développées après échange avec les CPTS et le secteur libéral notamment en lien avec les médecins traitants et les maisons de santé en prenant notamment en compte les nouvelles technologies (TéléMédecine).

Pilote(s) :
 ANPAA18 pour addicto

Objectifs

Contributeurs :
 CTS
 ARS

Objectif Stratégique : Définition d'une stratégie d'implantation de compétences en psychiatrie (et en addictologie) sur le territoire (dans les MSP; liens avec CPTS) dont les dispositifs de télémedecine

Objectifs opérationnels :

Améliorer la réponse en addictologie et la prise en charge des jeunes sur l'ensemble du territoire dans le cadre d'un accès à une évaluation ou en réponse à des situations inadéquats ou d'urgence et/ou complexes.

Améliorer la participation et l'échanges avec les professionnels de la psychiatrie et les CPTS, les libéraux, les structures et partenariats du secteur de la gerontologie et renforcer nos partenariats existants : Télémedecine, messagerie sécurisée visio?

Envisager la faisabilité d'intégrer un professionnel de la psychiatrie au sein des Maisons de Santé

Etapes

Participer activement au dispositif d'appui concernant les situations complexes.

Déployer un système de télémedecine partagé entre les différents acteurs libéraux, CPTS, médecine

Proposer des sessions visio-conférences vers les partenaires sur des thèmes définis (addicto) et

Intensifier les déplacements à la demande au sein des institutions et organiser des permanences d'accès aux soins en addictologie au sein des MSP (anpaa)

Renforcer le travail des équipes mobiles et maintenir les dispositifs de liaison entre la psychiatrie et les partenaires (pédiatrie, contributions MDA, secteur adultes)

Former les professionnels à l'intervention brève et au repérage précoce

Proposer des réunions du réseau sur chaque territoire pour de l'échange d'informations et de pratiques et pour planifier des séquences de prévention facilitant l'accès aux soins. (périodicité à définir)

	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4
Participer activement au dispositif d'appui concernant les situations complexes.				
Déployer un système de télémedecine partagé entre les différents acteurs libéraux, CPTS, médecine				
Proposer des sessions visio-conférences vers les partenaires sur des thèmes définis (addicto) et				
Intensifier les déplacements à la demande au sein des institutions et organiser des permanences d'accès aux soins en addictologie au sein des MSP (anpaa)				
Renforcer le travail des équipes mobiles et maintenir les dispositifs de liaison entre la psychiatrie et les partenaires (pédiatrie, contributions MDA, secteur adultes)				
Former les professionnels à l'intervention brève et au repérage précoce				
Proposer des réunions du réseau sur chaque territoire pour de l'échange d'informations et de pratiques et pour planifier des séquences de prévention facilitant l'accès aux soins. (périodicité à définir)				

Moyens Nécessaires	Indicateurs	Valeur Initiale	Valeur cible
Moyens humains a organiser	Nombre d'orientations		
Moyens matériel: création d'une messagerie sécurisée	Lieux d'interventions		
Outils de télémedecine	Conventions signées		
Moyens juridiques: conventions et fiches de liaisons	Nombre de situations co-suivies		
	Nombre de réunions partenariales		

Point de vigilance majeur : nombre de psychiatres et autres professionnels disponibles

PTSM 18

Intitulé de l'action : Elaboration d'une cartographie des établissements et services, d'un annuaire

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

Objectif stratégique :

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

Objectifs opérationnels :

Concevoir un outil accessible et utile à tous les acteurs, réactualisé en permanence précisant les rôles, missions et permettant l'identification d'un interlocuteur en capacité d'apporter une réponse adaptée et/ou d'orienter
Identifier les conventions existantes et proposer une convention territoriale type

Pilote(s) :

- Service Communication du CHGS

Contributeurs :

- ARS
- DSCS

Etapes 2021	Trim.1			Trim.2			Trim.3			Trim.4		
1- Constituer un Comité de Pilotage			X									
2- Recenser tous les acteurs du territoire intervenant dans le champ de la santé mentale et les conventions les liant				X	X							
3- Identifier les besoins/attentes des acteurs						X	X					
3 bis- proposer une convention territoriale type							X	X				
4- Rédiger un cahier des charges pour appel d'offre de marché auprès d'un prestataire												
5- Mettre en œuvre le dispositif avec un plan de communication auprès des professionnels										X	X	X
Etapes à partir de 2022												
1- Evaluer le dispositif	X											
2- Réajuster		X	X									

Moyens nécessaires: selon résultats appels d'offres	Indicateurs	Valeur initiale	Valeur cible
<ul style="list-style-type: none"> - Constituer le COPIL - Réserver des salles pour les réunions et/ou organiser des visio - Mobiliser l'équipe de la DAFSI pour proposition budgétaire prestataire + contrat de réactualisation 	1-Existance et Opérationnalité de l'outil		
	2. Nombre de situations restée sans réponse signalées à la CPT		
<p data-bbox="309 549 810 592">Autres précisions</p> <p data-bbox="297 663 1942 707">Dans le plan de communication penser à l'utilisation des nouvelles technologies et moyens de communication (réseaux sociaux, moteurs de recherches, lien sur site internet de tous les Ets et services.</p>			
<p data-bbox="315 962 797 1002">Points de vigilance</p> <p data-bbox="297 1038 741 1058">identifier les interactions et interférences avec le ROR</p>			

PTSM 18

INTITULE DE L'ACTION : Mettre en oeuvre le Plan Personnalisé de Coordination en Santé (HAS Les Parcours de Soins Juillet 2019)

Constats:
Le défaut d'anticipation, de concertation des différents acteurs concernés à terme dans les projets de vie et de soins peuvent être à l'origine de ruptures, de situations complexes, inadéquates. Les acteurs sont en demande d'un outil de partage d'informations.

Objectifs

Objectif Stratégique : Coordonner le parcours de santé de la personne
Aider les professionnels à planifier, personnaliser la prise en charge au sens du soin et de l'accompagnement

Objectifs opérationnels :
Permettre un travail formalisé et concerté avec la personne et ses proches ou le cas échéant avec son aidant
Construire le projet à partir de l'évaluation de la personne
Favoriser la PEC en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire dans un cadre participatif
Mettre en cohérence les interventions professionnelles des différents secteurs
Contribuer à identifier les besoins couverts et non couverts sur le territoire

Pilote(s) : George Sand

Contributeurs : tout intervenant dans le parcours dont le professionnels du DAC

Etapes 2021
Constituer un COPIL
Identifier au niveau Territorial un système d'information au service des parcours et de la coordination
Formaliser le document papier ou numérique type du PPCS (consensus/partage d'informations)
Identifier les situations pour lesquelles l'élaboration d'un PPCS s'avèrera nécessaire
Identifier les modalités de saisine du DAC dans un objectif de soutien à l'élaboration du PPCS
Etapes 2022
Mise en œuvre du PPCS une fois identifié un système d'Information commun
Evaluation à partir des acteurs d'expérience

	Trim 1			Trim 2			Trim 3			Trim 4		
Constituer un COPIL				X	X							
Identifier au niveau Territorial un système d'information au service des parcours et de la coordination					X		X					
Formaliser le document papier ou numérique type du PPCS (consensus/partage d'informations)							X	X				
Identifier les situations pour lesquelles l'élaboration d'un PPCS s'avèrera nécessaire					X							
Identifier les modalités de saisine du DAC dans un objectif de soutien à l'élaboration du PPCS							X	X				
Etapes 2022	Trim 1			Trim 2			Trim 3			Trim 4		
Mise en œuvre du PPCS une fois identifié un système d'Information commun	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluation à partir des acteurs d'expérience	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Moyens Nécessaires
SI

Indicateurs

Valeur Initiale
0

Valeur cible
1

PTSM 18

Mise en Œuvre du PPCS

Autres précisions

Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Respect RGPD</i> ▪ <i>Consensus territorial, pluriprofessionnel et pluridisciplinaire incontournable sur le partage d'informations</i>

PTSM 18

Création d'une commission des usagers et des proches du PTSM 18

Constats

Déficit de concertation des usagers et leurs proches dans les projets de vie et parcours de soins à un niveau territorial. Sa principale mission reste de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches afin qu'ils puissent exprimer leurs difficultés et leurs besoins. Elle rendra compte de ses analyses et propositions, sur la base des réclamations et ruptures de parcours qui lui auront été adressées.

Objectifs

Objectif Stratégique : Veiller à ce que chaque groupe de travail du PTSM développe son projet en tenant compte de la place et de l'avis de l'utilisateur et sa famille. Faire des recommandations.

Objectifs opérationnels :

Créer et développer la commission

Pilote(s) : UNAFAM
et GEDHIF

Contributeurs :

- * Mr MENGUAL (Cadre MAS)
- * Me RUFF (cadre AFT)
- * représentant de la la CRUQ du CHS Georges Sand

Etapes	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4
1) appel à candidature				
2) définir la composition				
3) validation par l'ARS et CHSet installation de la commission				
4) établir une grille de lecture des projets aux regards des textes législatifs et recommandations				
5) Réunions de la commission pour lecture des différents projets PTSM au regard de la place de l'utilisateur				
6) Rédaction de recommandations à destination des groupes				
7) remontée des besoins usagers/ familles en vue de la préparation du PTSM2				
8) rédiger un rapport d'activité annuel				
9) S'assurer et participer au développement de la pair aidance				

Moyens Nécessaires

Temps agents pour les structures dont les salariés participeront
Mise à disposition de locaux pour réunion par le CHS GS
Mise à disposition de matériel informatique et fournitures de bureau par le CHS

Indicateurs

1) mise en place de la commission
2) nombre de réunions
3) nombre de projets étudiés
4) nombre de projet ayant tenu compte des recommandations
5) nombre d'usagers accompagnés dans le cadre de la pair aideance

Valeur Initiale

Valeur cible

Autres précisions

Pouvoir s'appuyer sur l'aide du service de veille juridique du CHS Georges Sand pour obtenir les textes et recommandations qui encadrent la participation des usagers

Pouvoir avoir communication des différents projets des actions prévues, ainsi que le suivi de la mise en place des actions (modalités à définir avec CHS)

Points de vigilance

- * veiller à ce que le panel des usagers soient représentatifs (enfants/ado, adultes, personnes vieillissantes, addictologie ...)
- * veiller à ce que l'ensemble des usagers soient majoritaires dans la commission
- * avoir un retour régulier sur l'avancée des travaux.

PTSM 18 Intitulé de l'action : ETP "Prendre soin de soi"

Constats : Les recommandations de bonnes pratiques démontrent que les troubles psychiatriques sont responsables d'une importante mortalité et d'une forte morbidité. Plusieurs études ont souligné la mauvaise santé physique et la diminution de l'espérance de vie (20% inférieure) chez les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères. La première cause de surmortalité est le suicide (cf. fiche action 11-12). Les accidents et les causes médicales sont également surreprésentés. *Plusieurs recommandations de bonne pratique, en partie reprises par une recommandation HAS, ainsi que des études démontrent la nécessité de consolider la prise en charge psychiatrique.*

Objectif stratégique :

- consolider la prise en charge somatique au sein d'un parcours de soins intégrés

Objectifs opérationnels :

- Formalisation d'un ou plusieurs programmes d'éducation thérapeutique autorisés (ETP) pour apprendre au patient à gérer son traitement médicamenteux et les règles de vie qui lui permettent de rester durablement en meilleure santé (hygiène, nutrition, activités physiques, ...) et avoir une vie sociale sans rupture de parcours.

Pilote(s) :

- Dr NEDELEC
- Partenaire extérieur

Contributeurs :

- CH G. SAND
- M. Mathieu ROBIN-VIGNERAS - Patient expert
- UNAFAM
- IREPS/FRAPS
- ANPAA

Etapes 2021	Trim.1		Trim.2		Trim.3			Trim.4		
1. Recenser les personnes formées à l'ETP au niveau 1 et au niveau 2	X	X	X							
2. Si besoin former plus de personnes à l'ETP, dont des patients experts, et veiller à maintenir un volume suffisant de compétences techniques pour pouvoir mettre en place rapidement des programmes d'éducation				X	X	X	X	X	X	X
3. Se rapprocher des professionnels de santé qui gèrent des ETP pour un retour d'expérience				X	X	X	X	X		
4. entamer une démarche en lien avec la DRH du CHGS pour faire reconnaître l'établissement en tant qu'organisme DPC									X	X
5. Recenser les ateliers thérapeutiques existants au sein de l'établissement consacrés au médicament, à la nutrition, aux addictions	X	X	X							
6. Définir une démarche de "prise en charge intégrée" au sein du CHGS et en ambulatoire en concertation avec des partenaires extérieurs dont des professionnels libéraux et des établissements médico-sociaux						X	X	X	X	X
7. Définir un programme d'ETP à partir de l'existant recensé et un public cible									X	X
8. Désigner un Pilote de l'ETP									X	X
9. Etudier les corrélations possibles avec le plan d'actions consacré à la prévention du suicide									X	X
10. Analyser les expériences de directives anticipées en psychiatrie afin de permettre la poursuite des traitements somatiques lorsque le patient n'est plus capable d'y consentir avec discernement									X	X
Etapes à partir de 2022	Trim.1		Trim.2		Trim.3			Trim.4		
1. Autoévaluation annuelle de l'ETP										
2. évaluation quadriennale pour une autorisation de renouvellement ou la mise en place d'un nouveau programme										

Moyens nécessaires	Indicateurs	Valeur initiale	Valeur cible
<ul style="list-style-type: none"> - Recenser les professionnels formés à l'ETP - Former des personnels à l'ETP - Sanctuariser des temps de réunion et d'étude pour les professionnels et partenaires qui participent à l'ETP et financer des prestations de remplacement - Définir une fiche de liaison bilatérale avec les médecins traitants et professionnels libéraux participant à la PEC des patients inclus dans l'ETP 	1. nombre de personnes formées aux niveaux 1 et 2	recensement 2021	
	2. nombre de patients inclus dans l'ETP	Valeur début 2021	
	3. ratio compétences acquises / non acquises	Valeur 2022	
	4. ratio nombre de recours aux directives anticipées / nombre total de directives anticipées		
	5. taux de participation des personnes formées à l'ETP		

Autres précisions

Le CH G. SAND a déjà mis en place la conciliation médicamenteuse dans certains services ainsi que des ateliers du médicament. Ces outils seront exploitables dans le cadre d'une démarche d'ETP. L'inclusion de membres participants à des programmes ETP dans le domaine MCO (de l'association CARAMEL par exemple) est souhaitable pour bénéficier de retours d'expériences de professionnels formés à l'ETP et pour aider les patients bénéficiant de l'ETP de prendre en charge leur diabète.

Une étude Inter Hospitalière coordonnée par l'APHM a étudié le fonctionnement des directives anticipées en psychiatrie, rédigées par le patient hors période de crise, qui permettent la désignation d'une personne de confiance et/ou pour guider les proches et soignants et d'exprimer des volontés concernant sa prise en charge future. Cette rédaction permet au patient d'élaborer un plan personnel d'actions et de rester acteurs de ses soins même lorsque son discernement est fortement altéré, C'est une possibilité pour lui d'éviter la rupture dans son parcours de soin et de rester acteur de sa santé.

Les recommandations CNQS du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie de 2011 ainsi que le guide HAS de Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux de 2018 peuvent être utilisées pour élaborer la fiche de liaison et évaluer son efficacité.

Les données de la recommandation de la fédération française de psychiatrie FFP-CNPP de juin 2015 peuvent être utiles pour la définition du programme ETP.

Points de vigilance

L'ETP autorisée n'est pas une pratique que l'établissement s'est appropriée mais de nombreux professionnels ont été formés. Il faut les recenser et, si possible, bénéficier des retours d'expériences de personnes ayant déjà participé ou participant encore à des ETP. Il faut également s'efforcer d'intégrer des personnes extérieures au CHGS dans la démarche et les former à la gestion du risque suicidaire qui figurera dans les ateliers du programme ETP.

Le financement des formations serait facilité si l'établissement parvient à se faire reconnaître organisme DPC.

La mise en place de programmes d'ETP ne doit pas se limiter aux soins et aux traitements médicamenteux. L'ETP doit appréhender le parcours de vie des patients, Les professionnels de santé et leurs partenaires ne doivent donc pas seulement se coordonner entre eux mais aussi pleinement intégrer les patients à la démarche pour construire avec eux les moyens d'action et leur suivi, les outils à mettre en place, pour les rendre de plus en plus acteurs de leurs parcours de soins et responsables de leurs parcours de vie. Appuyer la démarche sur des patients experts ou des pairs aidants paraît indispensable mais ces compétences sont rares dans le Cher.

ANNEXES

Annexe n°2 : Composition du comité de pilotage territorial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GLOSSAIRE

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

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

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