



# Projet Territorial de Santé Mentale du Loiret



## Table des matières

<b>I. PREAMBULE</b> .....	<b>5</b>
<b>II. METHODOLOGIE ET GOUVERNANCE PROJET</b> .....	<b>5</b>
II.1. PRINCIPES D'ELABORATION DU PTSM .....	5
II.2. GOUVERNANCE PROJET ET METHODOLOGIE .....	6
II.2.1. <i>Un PTSM initié depuis 2017</i> .....	6
II.2.2. <i>La constitution d'un organe de gouvernance et de pilotage du PTSM au travers de la Communauté Psychiatrique de Territoire du Loiret</i> .....	8
II.3. SOURCES UTILISEES .....	10
<b>III. DIAGNOSTIC TERRITORIAL</b> .....	<b>11</b>
III.1. SYNTHESE .....	11
III.2. CARTE D'IDENTITE DU TERRITOIRE .....	13
III.2.1. <i>Démographie du territoire</i> .....	13
III.2.2. <i>Emploi</i> .....	16
III.2.3. <i>Le réseau des acteurs de la santé mentale</i> .....	17
III.3. DIAGNOSTIC DETAILLE.....	19
III.3.1. <i>Prévention et gestion des situations de crise</i> .....	19
III.3.1.1. Indicateurs.....	19
III.3.1.2. Forces et axes d'amélioration.....	20
III.3.2. <i>Accès aux soins et au diagnostic/dépistage</i> .....	22
III.3.2.1. Indicateurs.....	23
III.3.2.2. Forces et axes d'amélioration.....	28
III.3.3. <i>Organisation du parcours de soins et de vie sans rupture, insertion</i> .....	29
III.3.3.1. Indicateurs.....	30
III.3.3.2. Forces et axes d'amélioration.....	33
III.3.4. <i>Prise en charge somatique</i> .....	36
III.3.4.1. Indicateurs.....	36
III.3.4.2. Forces et axes d'amélioration.....	37
III.3.5. <i>Promotion des droits des personnes</i> .....	38
III.3.5.1. Indicateurs.....	38
III.3.5.2. Forces et axes d'amélioration.....	38
<b>IV. PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE</b> .....	<b>40</b>
IV.1. OBJECTIF STRATEGIQUE N°1 : AMELIORER LA PREVENTION DES SITUATIONS EN AMONT DE LA CRISE ET LA PRISE EN CHARGE COORDONNEE AU MOMENT DE LA CRISE .....	41
IV.1.1. <i>Objectif opérationnel n°1 : améliorer la formation des acteurs de santé mentale au repérage et à l'orientation</i> .....	41
IV.1.1.1. Formation Premiers Secours en Santé Mentale .....	41
IV.1.1.2. Développer un guichet unique d'accueil et d'orientation départemental .....	43
IV.1.2. <i>Objectif opérationnel n°2 : faciliter l'accès et la continuité des soins des patients en développant l'intervention précoce à domicile</i> .....	45
IV.1.2.1. Réponse mobile à la crise .....	45
IV.1.2.2. Équipe Mobile d'Intervention et de Crise pour Enfants et Adolescents (EMICEA) .....	46
IV.1.2.3. Équipe Mobile Psychiatrie-Précarité (EMPP).....	48
IV.1.2.4. Équipe Mobile Géronto-Psychiatrie .....	51
IV.1.2.5. Dispositif d'Intervention Mobile en Addictologie (DIMA) .....	53
IV.1.3. <i>Objectif opérationnel n°3 : prévenir l'installation du handicap et les ruptures de parcours au travers d'accompagnements adaptés</i> .....	56
IV.1.3.1. Accompagnateur de parcours (case management).....	56
IV.1.3.2. Parcours de soins pour les 16-25 ans .....	58
IV.1.3.3. Améliorer l'insertion des personnes en sortie d'incarcération .....	60
IV.1.3.4. Développement du dispositif d'analyse des situations complexes .....	63
IV.1.3.5. Mettre en place des modalités de transmission d'informations nécessaires à la continuité des prises en charge et accompagnements entre les différents acteurs en santé mentale .....	64
IV.2. OBJECTIF STRATEGIQUE N°2 : AMELIORER L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES ET ASSURER L'EGALITE D'ACCES AUX SOINS SUR LE TERRITOIRE.....	68

IV.2.1.	<i>Objectif opérationnel n°1 : améliorer la réactivité et les délais d'accès aux soins et assurer un égal accès aux thérapies proposées sur l'ensemble des territoires</i>	68
IV.2.1.1.	Favoriser l'accès et la continuité des soins des enfants et adolescents en développant les entretiens infirmiers et psychologues de première intention et les suivis	68
IV.2.1.2.	Améliorer la réponse au risque suicidaire avec la mise en œuvre du CAC	70
IV.2.1.3.	Développer l'offre de soins pour adolescents afin de desservir l'ensemble du territoire	73
IV.2.1.4.	Développer la prise en charge du psycho-traumatisme	75
IV.2.1.5.	Améliorer l'accès aux bilans de diagnostic précoce pour les enfants souffrant de troubles du neuro-développement	77
IV.2.1.6.	Améliorer le rétablissement des patients complexes dans le cadre d'une prise en charge en Unité de Soins Intensifs Psychiatriques	79
IV.2.2.	<i>Objectif opérationnel n°2 : Développer les prises en charge ambulatoires en renforçant le rôle pivot des CMP et au travers d'une évaluation et d'une prise en charge globale</i>	81
IV.2.2.1.	Renforcer les CMP dans le rôle pivot du parcours de soin	81
IV.2.2.2.	Développer la prise en charge coordonnée avec les CPTS pour améliorer l'accès aux soins somatiques, le repérage, l'adressage avec la médecine de ville	84
IV.2.2.3.	Mettre en œuvre un centre spécifique de soins somatiques et douleur en santé mentale et autisme	86
IV.3.	<b>OBJECTIF STRATEGIQUE N°3 : FAVORISER LE RETABLISSEMENT EN FAISANT DE L'USAGER UN ACTEUR DE SES SOINS ET PAR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE VISANT A L'INSERTION ET L'INCLUSION SOCIALE</b>	89
IV.3.1.	<i>Objectif opérationnel n°1 : Développer les soins de réhabilitation psychosociale</i>	89
IV.3.1.1.	Développer les soins de réhabilitation psychosociale	89
IV.3.2.	<i>Objectif opérationnel n°2 : Favoriser l'inclusion</i>	92
IV.3.2.1.	Dispositif Travail, Évaluation, Compétences, Apprentissage Professionnel (TECAP)	92
IV.3.2.2.	Diversifier l'offre des GEM	94
IV.3.2.3.	Un chez soi d'abord	100
IV.3.2.4.	Commission santé mentale habitat	102
IV.3.3.	<i>Objectif opérationnel n°3 : développer l'empowerment des personnes</i>	104
IV.3.3.1.	Développer la pair-aidance	104
IV.3.3.2.	Développer la psychoéducation à destination des familles et des aidants	106
IV.3.4.	<i>Objectif opérationnel n°4 : lutter contre la stigmatisation</i>	108
IV.3.4.1.	Promouvoir les éléments de langage sur la santé mentale et l'accès aux soins en lien avec les CLSM	108
<b>V.</b>	<b>CALENDRIER PROJET ET MODALITES DE SUIVI</b>	<b>109</b>
V.1.	PRIORITES DU PSTM 2020-2025	109
V.2.	MODALITES DE SUIVI	109
V.2.1.	<i>Indicateurs de suivi</i>	109
V.3.	PLANIFICATION PROJET	111
<b>VI.</b>	<b>ANNEXES</b>	<b>112</b>
	ANNEXE 1 - CONVENTION CONSTITUTIVE DE LA CPT	113
	ANNEXE 2 : REGLEMENT INTERIEUR DE LA CPT	118
	ANNEXE 3 : MEMBRES DE LA CPT PAR COLLEGE	123
	ANNEXE 4 : LISTE DES ETABLISSEMENTS ET DISPOSITIFS MEDICO-SOCIAUX DU LOIRET	125

## Préambule

Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés pour une durée de 5 ans par le Directeur Général de l'ARS après les consultations du Comité Territorial de Santé et des Conseils locaux de santé mentale constitués. A l'issue de cet arrêt, la Communauté Psychiatrique de Territoire du Loiret, dont la vocation est de piloter le PTSM, est réputée approuvée à titre définitif.

Les avis sollicités dans le Loiret :

1. Validation du PTSM et de son diagnostic par les instances de la CPT en octobre 2020.
2. Avis du CLSM d'Orléans le 4 décembre 2020.
3. Avis du CTS du Loiret le 20 novembre 2020.

## Méthodologie et gouvernance projet

### II.1. Principes d'élaboration du PTSM

Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) est encadré par :

- L'instruction du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux en santé mentale,
- Le décret du 26 octobre 2016 relatif à la communauté psychiatrique de territoire
- La circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous »,
- Le décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale,
- La feuille de route nationale Santé Mentale et Psychiatrie du 28 juin 2018.

Le PTSM a pour vocation de faire de l'utilisateur l'acteur de ses soins dans leur globalité et de lui proposer un parcours de soins et de vie fluide de nature à favoriser son rétablissement et son inclusion au sein de la cité. Les actions pour atteindre cet objectif porteront notamment sur :

- ✓ Le **repérage précoce** des troubles psychiques, **l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements** conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles,
- ✓ Le parcours de santé et de vie de qualité et **sans rupture**,
- ✓ **L'accès à des soins somatiques** adaptés aux besoins,
- ✓ La **prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence**,
- ✓ Le **respect et la promotion des droits des personnes**, le renforcement de leur **pouvoir de décider et d'agir** et de la **lutte contre la stigmatisation** des troubles psychiques,
- ✓ **L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux** de la santé mentale

La démarche se veut centrée sur les besoins des usagers du Loiret, en privilégiant une approche globale du patient : psychiatrique, somatique, cognitive, sociale. Les projets doivent être pensés en termes de parcours coordonnés, transversaux, avec l'ensemble des acteurs concernés : familles, partenaires médico-sociaux, sociaux, professionnels libéraux, hôpitaux... Cela suppose d'envisager les pratiques de manière transversale et complémentaire. Dans cette optique, une évaluation des besoins en conduite du changement est nécessaire.

L'ensemble des orientations stratégiques du projet vise au rétablissement de la personne et son inclusion. Il engage l'ensemble des parties prenantes qui décident conjointement d'assumer leur responsabilité populationnelle au travers de la Communauté Psychiatrique de Territoire.

L'opportunité des projets doit être appréciée au regard des besoins de la population et des spécificités de certains territoires en matière de distance et d'aménagements. En ce sens, la réponse apportée à l'utilisateur se doit d'être adaptée.

Par ailleurs, une attention particulière doit être portée sur l'analyse de faisabilité des projets. La faisabilité financière en premier lieu, en tenant compte de l'ONDAM et de l'impératif de maîtrise de la masse salariale. Ainsi, certains projets seront financés par redéploiement en interne – ce qui suppose des réorganisations et/ou une évolution des pratiques ; d'autres pourront faire l'objet d'une demande de soutien financier selon les priorités fixées par l'ARS dans le cadre des appels à projets régionaux ou encore du Fonds d'Innovation Organisationnelle. La faisabilité temporelle ensuite, en respectant le principe de réalisme quant au nombre de projets et leur échelonnement dans le temps. Enfin la faisabilité en termes de gouvernance : un projet suppose l'existence d'un ou plusieurs porteurs de projet, experts dans leur domaine et volontaires.

Le projet doit également être pensé en cohérence avec la feuille de route nationale « Santé mentale et psychiatrie » qui inspire les stratégies régionales, les actions portées par les Conseils Locaux en Santé Mentale (CLS), les objectifs des Communautés Professionnelles de Territoire de Santé (CPTS), les projets médicaux déclinés dans le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), en lien avec les politiques publiques portées par le Conseil Départemental et l'État en matière d'habitat inclusif.

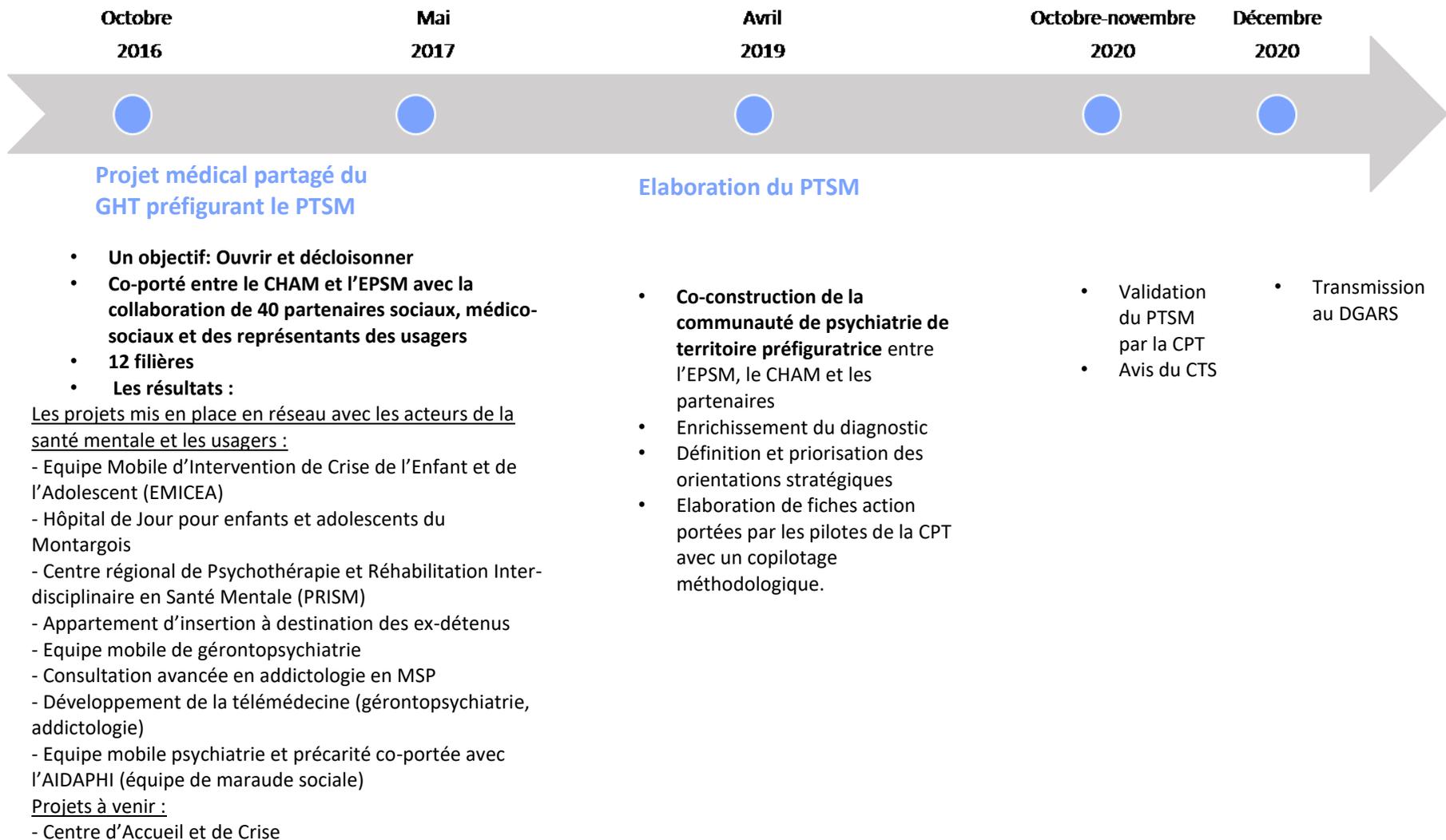
## II.2. Gouvernance projet et méthodologie

### II.2.1. Un PTSM initié depuis 2017

Le PTSM a été initié à la faveur du projet médical partagé de GHT en 2017, en préfiguration du PTSM. En effet, l'EPSM et le CHAM, co-porteur du volet santé mentale du GHT ont retenu une méthodologie de diagnostic des points de rupture des parcours et de projet en association avec les acteurs de santé mentale du territoire (acteurs médico-sociaux, sociaux, membres du conseil départemental, représentants des usagers, acteurs du système de santé public). Il manquait alors l'association du secteur de santé privé et libéral.

Pour autant, depuis 2017, plusieurs projets inscrits au PTSM, se sont déployés.

# La genèse du PTSM dans le Loiret



## II.2.2. La constitution d'un organe de gouvernance et de pilotage du PTSM au travers de la Communauté Psychiatrique de Territoire du Loiret

La réglementation prévoit que le PTSM peut être élaborer par le CTS ou par une Communauté Psychiatrique de Territoire. Cette dernière a été constitué dans le Loiret en novembre 2019 suite au rapprochement des acteurs dans le cadre du projet médical de territoire du GHT<sup>1</sup>.

L'objectif de la CPT est de porter, définir, évaluer, ajuster le PTSM. Elle permet de :

→ **Concrétiser la responsabilité populationnelle des principaux acteurs de santé mentale du territoire au travers d'une coopération formalisant leurs engagements en :**

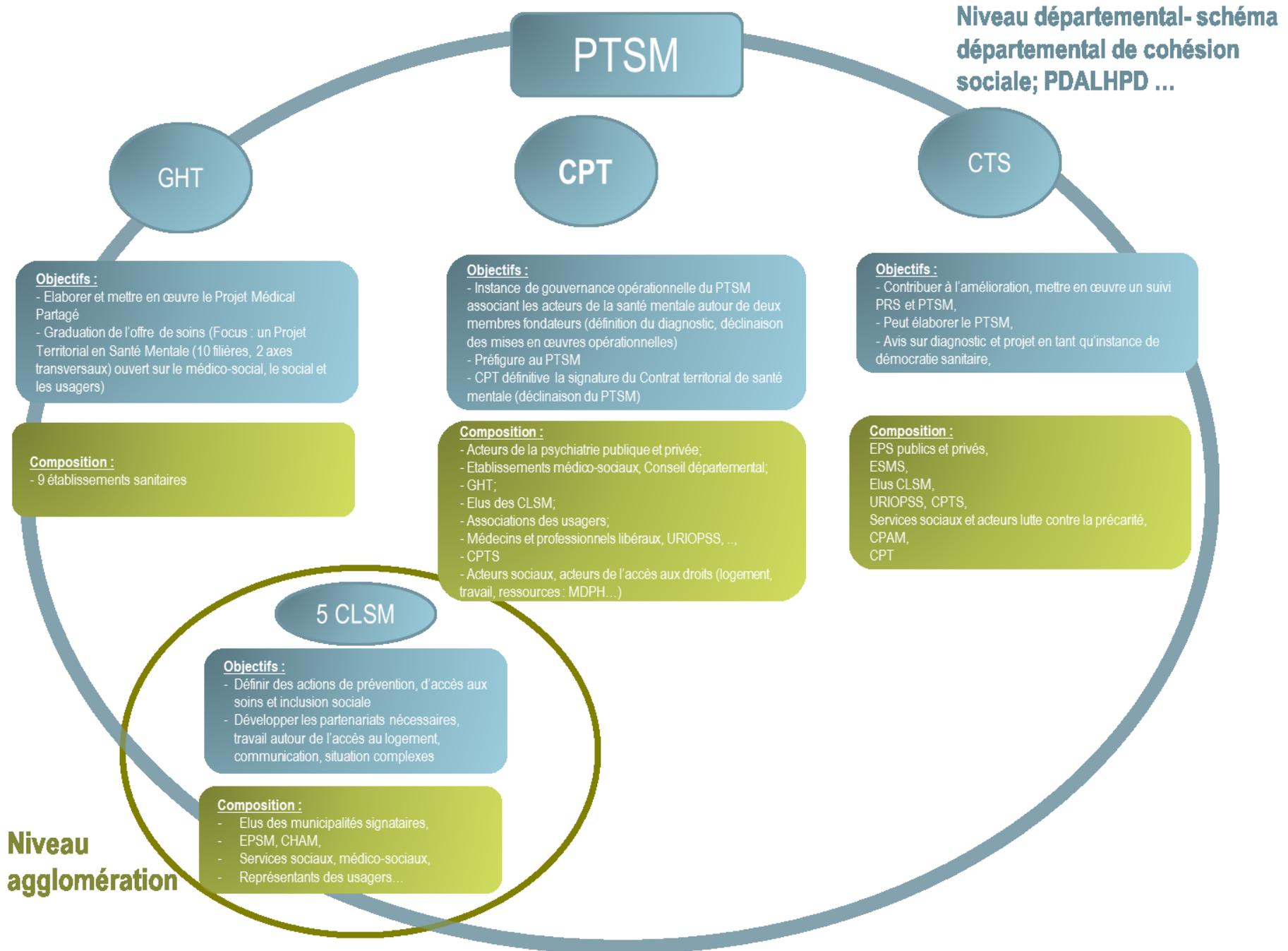
- Décloisonnant et en développant les complémentarités au bénéfice de l'utilisateur pour une meilleure inclusion.
- Développant une culture commune et une meilleure visibilité des dispositifs offerts aux usagers.

→ **Passer d'une transversalité spectatrice à une transversalité productive et opérationnelle en :**

- Donnant une gouvernance stratégique et opérationnelle au PTSM qui fédère un réseau d'acteurs de terrain en complémentarité du GHT.
- Donnant de la continuité à l'action et pérenniser une démarche collective au-delà de la définition d'un projet.
- Evaluant la plus-value des actions auprès des usagers.

---

<sup>1</sup> Cf. Annexe 1 : convention constitutive de la CPT et annexe 2 : règlement intérieur de la CPT



La CPT est composée de collèges représentant les principales catégories d'acteurs engagés dans le parcours des personnes souffrant de pathologie mentale soit :

- Les membres fondateurs, établissement public de santé autorisés en santé mentale : EPSM et Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise ;
- Le Groupement Hospitalier de Territoire ;
- Les acteurs de santé privés et libéraux : les CPTS et les deux cliniques privées du territoire
- Les établissements et organismes médico-sociaux engagés dans l'accompagnement des personnes handicapées, des enfants et adolescents, des personnes âgées, des personnes en situation d'exclusion et de précarité ;
- Les représentants des usagers : UDAF, UNAFAM, GEM
- Les présidents des Conseils locaux en santé mentale et représentants des collectivités territoriales

Depuis 2017 et à l'occasion de la finalisation du PTSM en 2019-2020, 200 personnes issues de ces différents secteurs et d'une cinquantaine d'institutions ont participé aux diagnostics et à la définition des projets.

Le PTSM est donc à la fois une stratégie et une feuille de route opérationnelle qui peut être amenée à évoluer. La CPT est un réseau constitué en gouvernance territoriale dont la composition n'est pas figée. L'émergence d'un nouvel acteur impliqué dans l'accompagnement et le parcours des personnes souffrant de troubles psychiques peut ainsi participer à la CPT et proposer des évolutions et mises à jour du PTSM au sein des instances de la CPT.

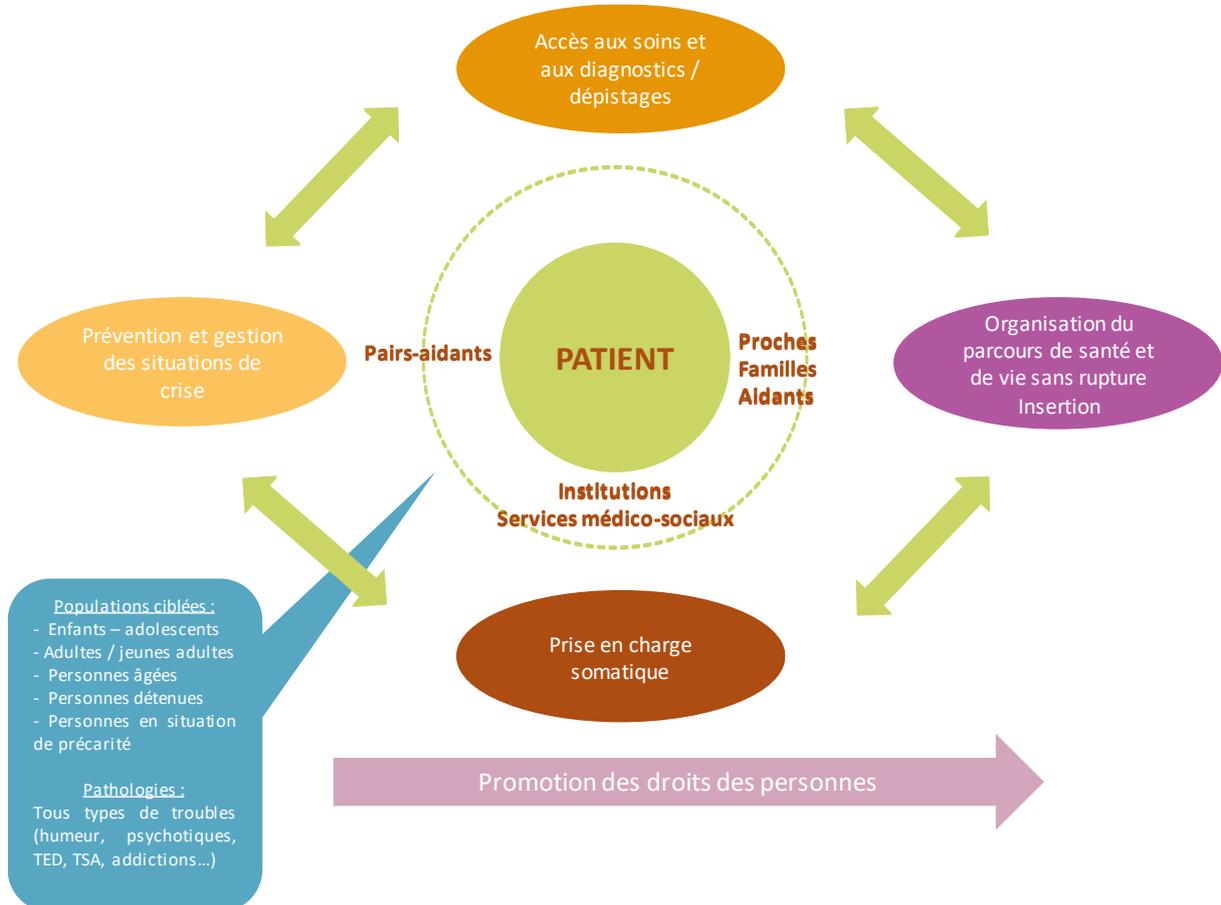
### II.3. Sources utilisées

Les sources documentaires mise à disposition en 2019 par l'ARS ont été mobilisées dans le cadre du diagnostic territorial et sont retranscrites dans le diagnostic : INSEE, ORS, données retraitées de l'ATIH, schéma de cohésion sociale du Loiret, diagnostics territoriaux des CLSM, enquêtes spécifiques des établissements (ex : délais d'accès aux consultations).

# Diagnostic territorial

## III.1. Synthèse

Le diagnostic territorial est structuré autour des 5 axes suivants :



Constats: les besoins, les points de rupture, les écarts	Causes
<p>L'entrée dans les soins se fait souvent en situation de crise et d'urgence, notamment pour les patients non connus de la file active : nécessité de positionner les acteurs sur la prévention et les interventions précoces.</p> <p>Populations priorisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ les personnes en début de maladie (16 – 35 ans).</li> <li>➔ Les enfants / les adolescents</li> <li>➔ Les personnes âgées</li> <li>➔ Les personnes en situation d'exclusion et de précarité</li> <li>➔ Les personnes dans le déni</li> </ul>	<p>Un développement de « l'aller-vers » insuffisamment développé en amont de l'entrée dans les soins.</p> <p>Difficultés de repérage et d'adressage des acteurs de première attention : médecins généralistes, partenaires médico sociaux et sociaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de formation</li> <li>- Manque de visibilité de l'offre de soins et des points d'entrée du parcours.</li> <li>- Densité des acteurs de la santé mentale</li> </ul>
<p>Un accès aux soins hétérogène sur le Loiret liés à</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des délais d'accès prolongés: <ul style="list-style-type: none"> <li>- En pédopsychiatrie: délais d'accès long pour un premier entretien paramédical et pour une prise en charge médicale)</li> <li>- Des délais d'accès en psychiatrie de l'adulte hétérogène pour l'accès au premier entretien</li> </ul> </li> <li>• Au manque d'accessibilité de certains territoires aux dispositifs ressources et au panier d'offre de soins (Gien, Montargis, Pithiviers)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Démographie médicale contrainte et attractivité hétérogène du territoire</li> <li>- Une organisation des soins hétérogène (ex: accès au premier entretien paramédical en pédopsychiatrie).</li> <li>- Une accessibilité difficile à des soins spécialisés et de recours sur les territoires éloignés d'Orléans nécessitant de penser un modèle de soins de proximité adapté à ces territoires</li> </ul>

Constats: les besoins, les points de rupture, les écarts	Causes
<p>La prise en compte globale de la personne à son entrée dans les soins psychiatriques encore insuffisamment développée afin de favoriser le rétablissement et l'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nécessité d'anticiper la sortie (bilan somatique, cognitif, social)</li> <li>• développement des soins de la réhabilitation psycho-sociale ;</li> <li>• accès et maintien dans le logement (un chez soi d'abord) ;</li> <li>• l'employabilité ;</li> <li>• étayage des aidants (familles, aidants sociaux et médico-sociaux),</li> </ul>	<p>L'évaluation et l'action sociale en tout début de parcours (en hospitalisation, en CMP) afin d'anticiper l'accès aux droits et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.</p> <p>L'inclusion par le logement est difficile dans un territoire où il y a des ressources : manque d'étayage et de coordination entre les acteurs dans l'accès au logement, adaptation de l'offre aux profils des usagers ?</p> <p>L'employabilité des personnes souffrant de troubles et/ou de handicaps psychiques est peu pris en compte par les dispositifs d'insertion par le travail (méconnaissance, manque de coordination)</p> <p>Le partage et la transformations d'informations nécessaires à une prise en charge coordonnée tout au long du parcours entre acteurs des soins et acteurs sociaux et médico sociaux, famille (aidants naturels essentiels dans l'alliance thérapeutique) est hétérogène:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- difficulté à dépasser les problématiques liés au secret médical vis-à-vis des partenaires médico sociaux et sociaux.</li> <li>- Coordination et transmissions d'information médicales avec la médecine de ville (médecins généralistes).</li> </ul>
<p>L'inclusion et l'accès aux services médico sociaux et sociaux des personnes en situation de handicap psychiques qui se chronicise en milieu hospitalier</p>	
<p>Le développement d'une culture commune comme facteur d'inclusion et d'accès aux soins efficaces aux travers d'une transmission d'informations adaptées et la formation des acteurs sur les spécificités de la prise en charge de la personne en santé mentale.</p>	

Constats: les besoins, les points de rupture, les écarts	Causes
<p>L'inclusion et l'accès aux services médico sociaux et sociaux des personnes en situation de handicap psychique qui se chronicisent en milieu hospitalier (adultes, enfants et adolescents, personnes âgées, personnes souffrant d'autisme).</p>	<p>L'évaluation et l'action sociale en tout début de parcours (en hospitalisation, en CMP) afin d'anticiper l'accès aux droits et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.</p> <p>L'inclusion par le logement est difficile dans un territoire où il y a des ressources : manque d'étayage et de coordination entre les acteurs dans l'accès au logement, adaptation de l'offre aux profils des usagers ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficultés d'accès aux dispositifs médicosociaux pour les enfants et adolescents protégés (exemple : placement à domicile faute de moyens adaptés)</li> <li>- Manque d'accompagnement de transition à l'issue de la prise en charge par l'ASE (fin des contrats jeunes majeurs) n risque de rupture dans le suivi des soins entre pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adulte.</li> </ul> <p>Le partage et la transformations d'informations nécessaires à une prise en charge coordonnée tout au long du parcours entre acteurs des soins et acteurs sociaux et médico sociaux, famille (aidants naturels essentiels dans l'alliance thérapeutique) est hétérogène:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté à dépasser les problématiques liés au secret médical vis-à-vis des partenaires médico sociaux et sociaux.</li> </ul>

## III.2. Carte d'identité du territoire

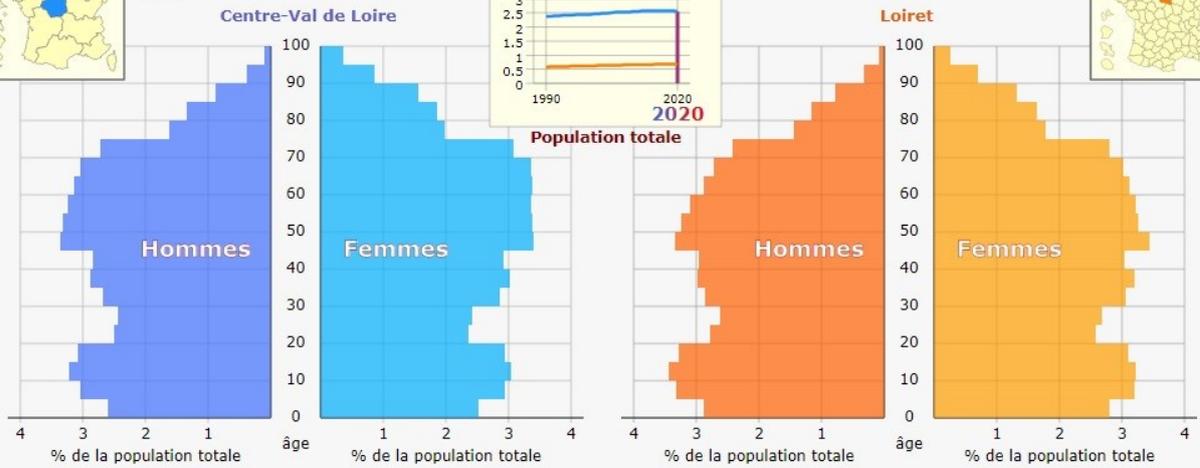
### III.2.1. Démographie du territoire

Avec 678 105 habitants<sup>2</sup>, le Loiret est le département le plus peuplé de la région Centre Val-de-Loire (26% de la population régionale) et compte 100 habitants au kilomètre carré. La démographie du département évolue à la hausse depuis les quatre dernières décennies, avec notamment une augmentation de 2,39% depuis 2012. Le département se trouve en 37<sup>ème</sup> position au niveau national. En 2013, la population du Loiret était en moyenne âgée de 40,6 ans, soit plus jeune que celle de la région, âgée en moyenne de 42,1 ans.

<sup>2</sup> Données 2017. Sources : SPLAF et base INSEE



## Estimations de population - Pyramides des âges : 2020



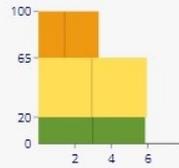
Source : Insee, estimations de population (résultats arrêtés fin 2019)

Animation Aide  Comparer les pyramides

### Groupes d'âges (2020)

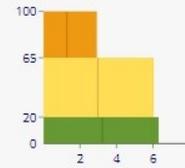
âge	millions	%	% femmes
65+	0,59	23,1	56,5
20-64	1,37	53,5	50,7
<20	0,6	23,4	48,9
Total	<b>2,56</b>	100	51,6

Modifier les groupes d'âges

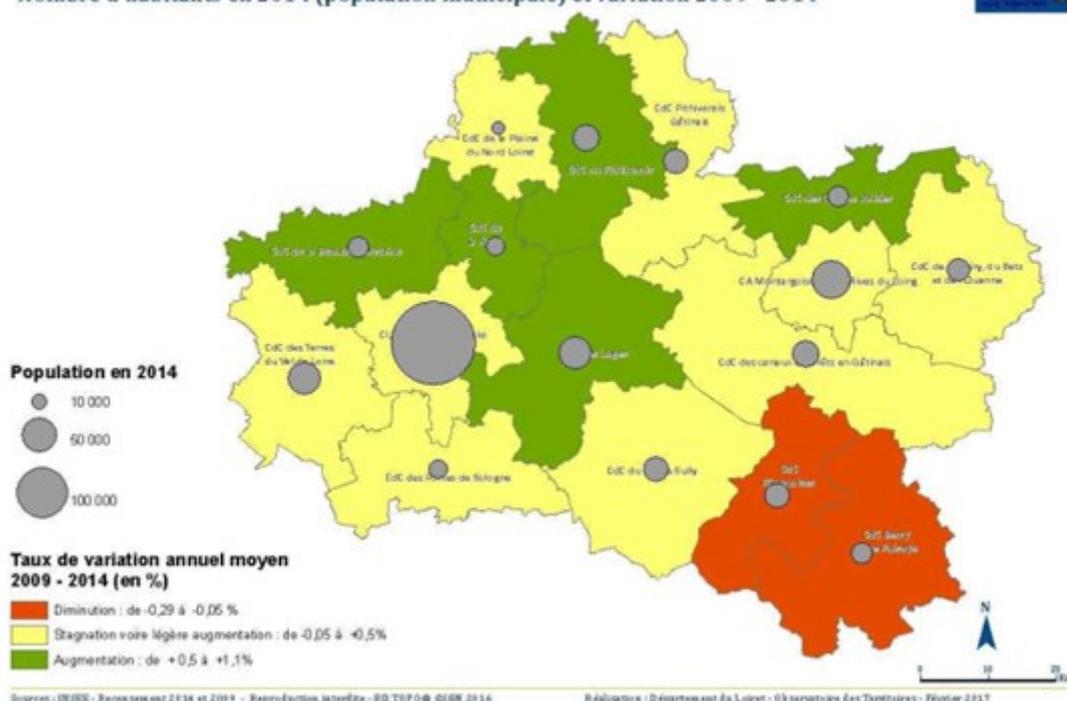


### Groupes d'âges (2020)

âge	millions	%	% femmes
65+	0,14	20,4	56,3
20-64	0,37	54,3	50,8
<20	0,17	25,2	48,9
Total	<b>0,68</b>	100	51,4



	Centre-Val de Loire (Région)	Loiret	France
Superficie (km <sup>2</sup> )	39 151	6 775	632 734
Effectif de population	2 570 550	665 587	65 781 800
Densité (hab./km <sup>2</sup> )	65,7	98,2	104
Evolution 2008-2013 (%)	1,5	2,3	2,8
Effectif en 2030	2 656 000	702 000	70 056 000
Evolution 2013-2030 (%)	3,3	5,5	6,5



3

Le Loiret a enregistré une croissance démographique non négligeable depuis 2009 avec une augmentation de 0,5% par an contre 0,3% de croissance régionale. Cette évolution recouvre des réalités infra territoriales disparates :

- Les croissances démographiques les plus importantes sur cette période concernent les territoires du nord du Loiret (Communauté de commune du Pithiverais, de la Beauce Loiretaine et des Quatre Vallées), au regard de l'influence de l'aire francilienne.
- A l'inverse, les territoires du Giennois, de la Loire et Puisaye, situés au sud est du département, ont connu des évolutions démographiques négatives ces dernières années.

La croissance démographique à l'horizon 2030 est la plus forte de la région centre avec un accroissement de la population de 5,5% dans le Loiret, contre 3,3% au niveau régional.

La population du Loiret est une population jeune avec 19,3% de la population loirétaine de moins de 15 ans. Cet indice de jeunesse se confirme avec une proportion plus forte de jeunes de moins de 20 ans que de personnes âgées de 60 ans. Cette croissance est à nuancer selon les territoires :

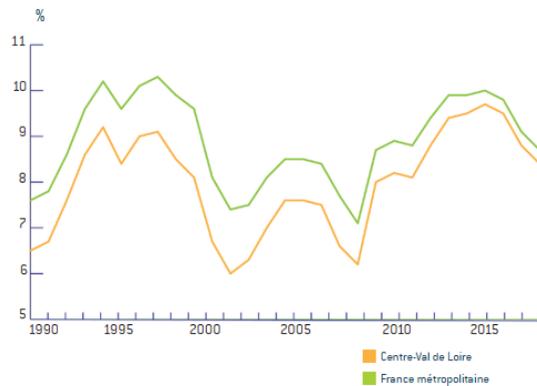
- Les intercommunalités de l'est et les deux agglomérations accueillent proportionnellement moins d'enfants et d'adolescents en comparaison des intercommunalités situés en péri urbanités des agglomérations et les territoires du nord du Loiret.

La part des personnes âgées de plus de 60 ans est proche de la moyenne nationale (25%). L'indice de vieillissement est plus particulièrement élevé dans le l'est du département (Berry, Giennois, Sully)

<sup>3</sup> Source : Schéma départemental de cohésion sociale 2017 – Département du Loiret

### III.2.2. Emploi

**Evolution du taux de chômage en région Centre-Val de Loire et en France métropolitaine (%)**



**Taux de chômage (en %)**

Départements	2016	2017	2018
<b>Cher</b>	10,4	9,7	9,3
<b>Eure et Loir</b>	9,5	8,8	8,5
<b>Indre</b>	9,7	9,0	8,7
<b>Indre et Loire</b>	9,1	8,5	8,2
<b>Loir et Cher</b>	8,6	7,9	7,6
<b>Loiret</b>	9,8	8,8	8,6
<b>Région Centre-Val de Loire</b>	<b>9,5</b>	<b>8,8</b>	<b>8,4</b>
<b>France Métropolitaine</b>	<b>9,8</b>	<b>9,1</b>	<b>8,7</b>

Source : Insee, Taux de chômage localisé et taux de chômage au sens du BIT en moyenne annuelle

**Taux de chômage (en %)**

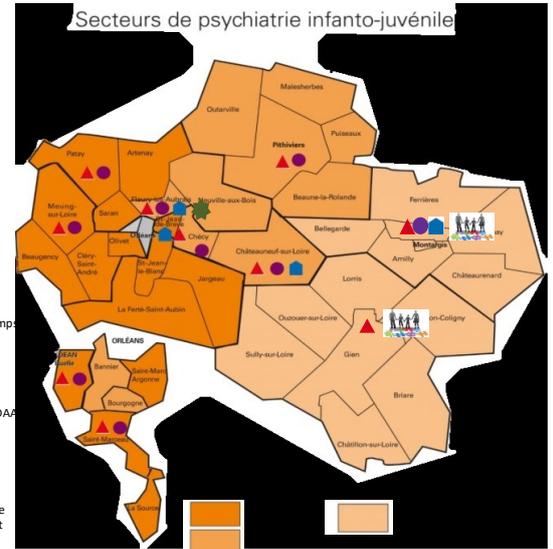
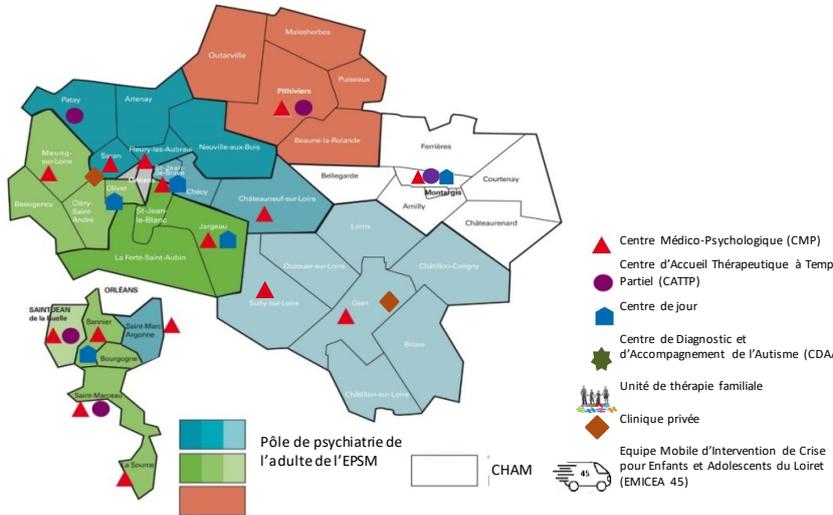
Zones d'emploi	2016	2017	2018
<b>Cosne-Clamecy</b>	9,2	8,3	7,7
<b>Nogent-le-Rotrou</b>	8,9	8,5	8,0
<b>Bourges</b>	9,9	9,2	8,8
<b>Saint-Amand-Montrond</b>	11,6	10,9	10,4
<b>Vierzon</b>	13,7	12,7	12,5
<b>Chartres</b>	8,3	7,8	7,5
<b>Châteaudun</b>	9,9	9,2	8,6
<b>Dreux</b>	12,4	11,4	10,9
<b>Le Blanc</b>	8,2	7,5	7,3
<b>Issoudun</b>	11,4	10,4	9,6
<b>Châteauroux</b>	9,6	9,0	8,8
<b>Chinon</b>	8,4	7,7	7,1
<b>Loches</b>	8,8	8,4	7,8
<b>Tours</b>	9,2	8,5	8,2
<b>Blois</b>	8,6	7,9	7,6
<b>Romorantin-Lanthenay</b>	10,0	9,1	8,8
<b>Vendôme</b>	7,8	7,2	6,7
<b>Gien</b>	10,6	9,5	9,2
<b>Montargis</b>	13,0	12,0	11,8
<b>Orléans</b>	8,7	8,0	7,7
<b>Pithiviers</b>	9,5	8,4	7,9

La concentration de l'emploi est avant tout prégnante sur l'agglomération d'Orléans. Le Loiret est marqué par un taux de chômage de 8,6 % en 2018 à l'image de la moyenne nationale (8,7%). Toutefois, ce taux recouvre des disparités infra-territoriales avec une situation plus favorable sur l'ouest du département, en dessous de la moyenne nationale (7,7 % sur Orléans ; 7,9% sur Pithiviers) et défavorable sur le Montargis (11,8 %) et le Giennois (9,2%).

### III.2.3. Le réseau des acteurs de la santé mentale

#### 1. Les opérateurs de santé mentale

Secteurs de psychiatrie adulte



#### EPSM

- 8 unités d'hospitalisation temps plein dont 1 addictologie
- 6 Accueils Familiaux Thérapeutiques
- 28 places d'appartements thérapeutiques
- 11 Hôpitaux de jour, dont 2 personnes âgées
- 15 Centres Médico-Psychologiques, dont 1 addictologie
- 5 Centre d'Accueil Thérapeutique Temps Partiel (CATT)
- 31 places d'appartements d'insertion / 1 équipe mobile VAD insertion
- 1 Equipe de liaison Addictologie
- 1 Centre régional de Réhabilitation Psychosociale
- 1 Centre Psychiatrique d'Accueil d'Urgence des thérapies spécifiques
- 1 UHSA, 1 DSP 2 (HDJ), 1 DSP 1 (Ambulatoire)
- 4 places d'appartements de transition (suite à fin de détention)

#### CHAM

1 unité d'hospitalisation temps plein, 1 CMP/CATT, 1 HDJ

#### EPSM

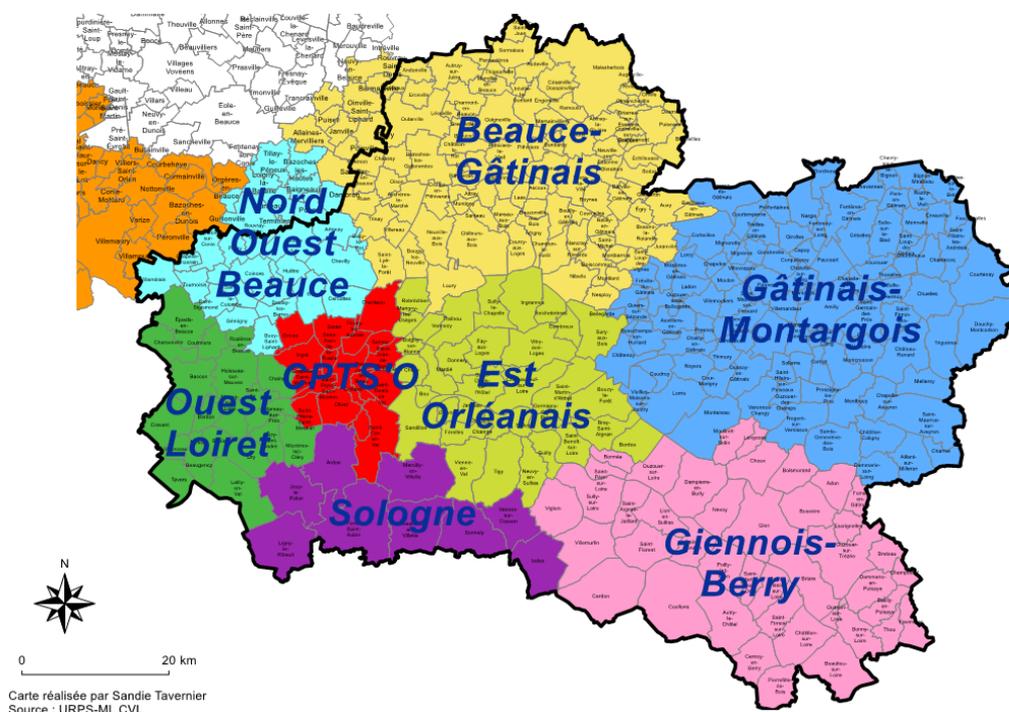
- 1 unité d'hospitalisation temps plein et 1 HDJ pour adolescent
- 3 Hôpitaux de jour
- 8 CMP/CATT
- 1 Equipe Mobile d'Intervention de Crise de l'Enfant et de l'Adolescent
- 1 Centre de Diagnostic et d'Accompagnement de l'Autisme du Loiret
- 1 service d'accueil familial et thérapeutique de 4 places à vocation départementale

#### CHAM

- 2 Centres Médico-Psychologiques (Gien et Montargis)
- 1 Hôpital de jour
- 2 unités de thérapie familiale (CMP de Gien et Montargis)

## 2. Les Communautés Professionnelles de Territoires de Santé

Les CPTS du Loiret au 22 juillet 2019



## 3. Les acteurs du handicap

Le Loiret dispose de 200 établissements ou dispositifs d'accompagnement du handicap et de l'insertion couvrant la population des enfants, adolescents, les adultes et les personnes âgées<sup>4</sup>.

## 4. Autres acteurs

Le réseau des acteurs de la santé mentale est complété des services des collectivités territoriales engagés dans l'insertion tels que les CCAS, les bailleurs sociaux, les élus réunis autour des 5 CLSM du territoire.

Le réseau de l'enfance et de l'adolescence comprend également les dispositifs d'aide sociale à l'enfance, de protection de la jeunesse, de l'éducation nationale, de la PMI.

A cela s'ajoutent les partenaires de la justice dans le cadre de la protection des majeurs, des hospitalisations sans consentement, des placements sous main de justice des usagers, de l'administration pénitentiaire.

## 5. Dispositifs de coordination autour de situations individuelles complexes et de recherche de solution

- Le dispositif de Réponse accompagnée pour tous qui vise à réduire le nombre de personnes en situation de handicap sans solution d'accompagnement ou en rupture de prise en charge.
- La plateforme territoriale d'appui qui a vocation à apporter un soutien aux professionnels de 1<sup>er</sup> recours dans l'organisation des parcours de santé complexes, toutes pathologies confondues.

<sup>4</sup> Cf. Annexe n°4 : liste des établissements et dispositifs médico-sociaux du Loiret

- La Maison des adolescents et le réseau AMARA 45 qui contribue à la prise en charge des situations d'adolescents et/ou de familles en difficulté pour lesquelles différentes problématiques sont intriquées (sociale, scolaire, psychiatrique, somatique et/ou éducative).
- Les MAIA
- La commission des situations individuelles complexes du CLSM d'Orléans.

### III.3. Diagnostic détaillé

#### III.3.1. Prévention et gestion des situations de crise

La prévention et la gestion des situations de crise s'articule autour de trois axes. En premier lieu, l'organisation de l'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie (« aller vers »), dont les structures d'hébergement sociales et médico-sociales en prévention de la crise et en cas de crise. Ensuite, les dispositifs de réponse aux situations d'urgence et de crise. Enfin, l'organisation du suivi des personnes, notamment à risque suicidaire et des patients en soins sans consentement. Dans ce cadre, une attention toute particulière doit être portée aux populations vulnérables que sont les enfants et les personnes âgées.

##### III.3.1.1. Indicateurs

#### Recours aux urgences selon la pathologie

% d'admission par les urgences générales	Centre-Val de Loire (Région)		Loiret		France
Troubles de l'humeur	5,5	>	2,5	<	11,7
Addiction	6,6	>	2,5	<	12,1
Troubles mentaux sévères	6,8	>	3,5	<	12,7

#### Taux de suicide et de mortalité

Suicide et mortalité 2015	Centre-Val de Loire (Région)	Loiret	France
Taux de recours pour tentative de suicide (18-64 ans) (%)	1,8	1,5	1,5

#### Evolution de l'activité au CPAU

	2016	2017	2018	Taux d'évolution
Nombre de patients vus	2653	2849	2973	+ 4,35%
Nombre de passages	4627	4872	4838	-0,7%
Nouveaux patients	1605	1661	1786	+ 7,53 %

### III.3.1.2. Forces et axes d'amélioration

#### III.3.1.2.1. Forces

##### 1. Une organisation structurée de l'urgence psychiatrique sur le département

La prise en charge des urgences psychiatriques des enfants et des adultes est assurée par l'EPSM Georges Daumézou et le Centre Hospitalier de Montargis. L'existence d'une filière structurée est de nature à faciliter l'adressage vers des dispositifs dédiés en santé mentale, le pourcentage d'admission par les urgences générales dans le Loiret (2.5%) étant inférieur à moyenne régionale (5.5%) et nationale (11.7%).

- En prévention de la crise :

La prévention de la crise s'organise autour du maillage ambulatoire avec les CMP de psychiatrie de l'enfant et de l'adulte de l'ensemble du territoire du Loiret et pour lesquels l'orientation se fait en fonction de la domiciliation de l'utilisateur. Au nombre de 12 pour la psychiatrie infanto-juvénile et 13 pour la psychiatrie adulte, accessibles les jours ouvrés de 9h00 à 17h00, ils permettent une prise en charge en équipe pluri-professionnelle au plus près des besoins de la population. Par leurs missions de dépistage, de diagnostic précoce, de soins et de prévention, ils constituent le maillon de proximité essentiel à la prévention des situations d'urgence et de crise. En prévention des situations de crise, les CMP effectuent également des visites à domicile, dans le cadre du suivi des patients connus de leur file active.

Afin d'assurer ces missions, les CMP travaillent en réseau et en collaboration avec l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir dans la prise en charge des patients : familles et proches, médecins libéraux (généralistes, spécialistes, SOS médecins), services d'urgence hospitalière, professionnels paramédicaux libéraux, éducatifs, de l'enseignement, médico-sociaux, sociaux, les services hospitaliers, la justice, les forces de l'ordre, les services d'aide à l'enfance, d'aide au logement, d'insertion professionnelle, etc.

Le dispositif ambulatoire de secteur est complété d'équipes mobiles dédiées à des populations spécifiques qui se développent depuis peu avec l'Equipe Mobile d'Intervention de Crise auprès des Enfants et Adolescents (EMICEA). Une équipe mobile de gérontopsychiatrie est en cours de création ainsi qu'une équipe psychiatrie précarité à destination des personnes en situation de précarité et dépourvu de logement.

Ces équipes mobiles ont un positionnement différent des CMP : elles interviennent à domicile, en institutions médico-sociales ou sociales et ont vocation à prendre en charge des patients connus ou non connus de la file active, afin d'évaluer de manière précoce, pendant la crise et en amont de l'urgence, et d'orienter l'utilisateur dans le parcours qui lui est adapté.

- Au moment de la crise

La prise en charge de la crise est réalisée à 2 niveaux :

- Par les CMP : Dans ce cadre, les CMP ont une organisation permettant l'accès à des consultations d'urgence, en période ouvrable, du lundi au vendredi. Les visites à domicile sont également un outil permettant d'intervenir en cas de crise ou de rupture de soins. Pour les enfants et adolescents, l'EMICEA intervient dans les 72 heures pour une situation de crise.
- Par les dispositifs d'urgence psychiatrique du territoire :
  - Le CPAU situé sur le site de l'EPSM à Fleury-les-Aubrais dont les missions d'accueil physique et téléphonique, d'écoute, d'évaluation, d'orientation permettent de prévenir les situations d'urgence et de crise 24h/24, 7 jours/7. L'équipe intervient également au sein du SAU du CHRO avec une présence quotidienne d'IDE du lundi au dimanche et de médecin du lundi au vendredi.

- L'Unité d'Accueil Psychothérapeutique au CHAM qui propose des consultations les jours ouvrés de 9h00 à 17h00 avec une possible redirection rapide vers le service des urgences du CHAM où un psychiatre intervient à la demande de 9h00 à 18h30 et est d'astreinte de 18h30 à 9h00.

Le Centre Psychiatrique d'Accueil d'Urgence est bien identifié au niveau du Loiret. Il est ouvert 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, en articulation avec le SAMU. Son équipe assure à la fois des consultations physiques sur le site de l'EPSM et téléphoniques avec une activité de conseil et d'aide à l'orientation auprès des usagers, des aidants et des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux.

#### En aval de la prise en charge

En aval de la prise en charge, le territoire dispose :

- Des unités d'hospitalisation à temps complet pour adultes (plus de 16 ans) sur les sites de l'EPSM et du CHAM qui permet la prise en charge de patients en soins libres ou en soins sans consentement, en crise ou nécessitant un projet d'insertion, de la clinique Belle-Allée à Chaingy pour les patients en crise en soins libres et de la clinique du Pont de Gien pour des patients nécessitant un projet d'insertion.
- D'une unité de 6 lits pour adolescents de 12 à 16 ans à vocation départementale.
- Des unités d'hospitalisation pédiatriques du CHRO pour l'hospitalisation d'enfants présentant des troubles du comportement
- Les CMP de psychiatrie de l'adulte et de l'enfant du territoire assurent des consultations de suivi à l'issue d'une prise en charge d'urgence, notamment dans le cadre du risque suicidaire.
- La prise en charge des personnes présentant des risques suicidaires sera, dès 2022, assurée par le futur Centre d'Accueil et de Crise avec 8 lits dédiés pour une prise en charge de 72h maximum.

## **2. Des espaces de gestion des situations complexes**

Les cas complexes des enfants suivis par le Conseil Départemental sont traités au sein de cellules de gestion spécifiques et co-partenariales en présence des professionnels de santé mentale.

Les situations complexes liées aux personnes âgées sont travaillées en partenariat avec la MAIA.

Une commission dédiée aux situations complexes a également vu le jour dans le cadre du CLSM<sup>5</sup> d'Orléans. Elle apporte notamment une réponse coordonnée à des situations de précarité (personne sans domicile) ou de maintien difficile dans le logement.

---

<sup>5</sup> Contrat Local de Santé Mentale

### **1. Une réponse hétérogène entre patients connus de la file active et patients non connus**

L'accès à la réponse d'urgence en CMP est hétérogène et nécessiterait d'être harmonisée. Elle est davantage facilitée pour les personnes connues de la file active mais plus difficile pour les personnes non connues.

Le CPAU de l'EPSM et l'UAP du CHAM prennent en charge en continu les patients connus et non connus en situation de crise. Il faut enfin tenir compte des difficultés que rencontrent les familles et aidants ainsi que les intervenants de première intention à accompagner la personne vers la prise en charge d'urgence lorsque celle-ci présente un premier épisode pathologique ou est dans le déni ou l'auto-exclusion. A cela s'ajoute, des difficultés pour ces acteurs à s'orienter dans un dispositif de soin qui leur est inconnu et selon des modalités (soins sans consentement par exemple) difficile à mobiliser pour des personnes qui n'en n'ont jamais fait l'expérience.

### **2. Une augmentation importante des hospitalisations en soins sans consentement**

En parallèle, le nombre de soins sans consentement a connu une augmentation considérable sur le territoire de plus de 45% entre 2007 et 2018. L'augmentation du recours aux soins à la demande d'un représentant de l'état et aux soins en cas de péril imminent en sont les deux principales causes. La proportion des patients en soins sans consentement au sein de l'EPSM est ainsi passée de 20 % des patients en soins sans consentement à 30% depuis 2016. Ce constat laisse penser qu'une intervention précoce et mieux coordonnée en amont de la crise serait de nature à prévenir le recours à ces modalités.

### **3. Une réponse aux besoins d'hospitalisation de crise insuffisante pour l'adolescent**

L'unité d'hospitalisation pour adolescents, située à l'EPSM, d'une capacité de 6 lits est régulièrement saturée avec un taux d'occupation de plus de 100 % ne lui permettant pas de jouer son rôle départemental. Le nombre de lits ramené au bassin de la population est insuffisant. Lorsque la prise en charge ne peut être différée, cela aboutit à l'hospitalisation en unité pour adultes avec les risques iatrogéniques liés au mélange des populations et à la vulnérabilité de ce public.

### **4. Un positionnement de l'ambulatoire sur la prévention des situations d'urgence encore limité**

La mobilité des équipes de soins de psychiatrie, en dehors des équipes mobiles spécifiques telles que l'EMICEA, la gérontopsychiatrie ou encore la future équipe mobile psychiatrie précarité, est peu développée, avec un recours ponctuel à la visite à domicile, hétérogène selon les CMP de psychiatrie adulte et très limitée en pédopsychiatrie. Cette pratique, pourtant bien développée auparavant, s'est réduite au fil des années. À noter également, une hétérogénéité de la réponse vis-à-vis du secteur médico-social, la moitié des équipes des CMP du territoire se déplaçant au sein des institutions.

## III.3.2. Accès aux soins et au diagnostic/dépistage

L'accès au repérage précoce des troubles s'effectue au travers d'un avis spécialisé pour les patients pris en charge par des professionnels de premier recours, notamment les médecins généralistes, puis par les dispositifs de soins spécialisés en santé mentale.

Le délai de l'accès aux soins doit être adapté à la nature des situations et des besoins des territoires, en prenant en compte les difficultés liées à la démographie médicale. Ces derniers connaissent des évolutions démographiques ou présentent des caractéristiques qui nécessitent l'adaptation des offres de soins aux contraintes d'aménagement du territoire (éloignement des centres spécialisés).

Il s'agit, enfin, de permettre un accès aux dispositifs spécifiques de recours : thérapies spécifiques, centres experts... Pour ce faire, il est indispensable que la population, les professionnels de premiers

recours et les dispositifs d'accompagnement médico-sociaux et sociaux aient identifié les interlocuteurs et structures existantes.

L'organisation de l'accès aux soins de recours spécialisés est décrit dans le projet médical partagé du GHT :

- Filière personnes en situation de précarité, cf. annexe n°2.
- Filière enfant et adolescent, cf. annexe n°3.
- Filière troubles du spectre autistique, cf. annexe n°4.
- Filière psychiatrie de la personne âgée, cf. annexe n°5.
- Filière addictologie, cf. annexe n°6.
- Filière soins en milieu pénitentiaire, cf. annexe n°7
- Filière thérapies spécifiques, cf. annexe n°8

#### *III.3.2.1. Indicateurs*

- Délais d'accès en CMP de psychiatrie de l'adulte et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur le territoire du Loiret

DISCIPLINE PSY	ETABL.	STRUCTURE	Nombre d'heures ouverture hebdomad aires	Réalisation de consultations de suivi à domicile -> Equipe dédiée ?	Réalisation de consultations de suivi en EMS -> Equipe dédiée ?	Délai généralement annoncé pour avoir un RD (Source Enquête ORS)	Délai pour avoir un RDV avec un personnel paramédical ou psychologue en jours (Sondage interne EPSM)	Délai pour avoir un RDV avec un personnel médical en jours (Sondage interne EPSM)	Réponse aux soins d'urgence	Existe-t-il de plages de rendez- vous dédiées pour les nouvelles demandes ?	Existe-t-il de plages de rendez- vous dédiées pour les urgences ?
-------------------	--------	-----------	--	---	---	---	--	---	--------------------------------	--	---

PSY GENERALE	EPSM- 45	CMP FLEURY PABLO PICASSO G01	40h (lundi au vendredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Non	RDV paramédicaux : dans la semaine RDV médicaux : dans les 2 mois	7	30	Si patient connu : organisation en interne sur les heures d'ouverture du CMP / Sinon orientation CPAU Si patient inconnu se présent au CMP : consultation IDE voire médicale selon clinique Sinon : orientation CPAU	Non	Non
		CMP SARAN CHENE MAILLARD G01	40h (lundi au vendredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Non	RDV paramédicaux : dans la semaine RDV médicaux : dans les 15 jours	7	21	Sur heures d'ouverture : RDV immédiat avec IDE ou Médecin Sinon CPAU	Non	Non
		CMP CHATEAUNEUF- SUR-LOIRE G04	40h (lundi au vendredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Oui /Absence d'équipe dédiée	10 jours	10	45	RDV IDE planifié dans la semaine ou le jour même si le patient peut de déplacer au CMP	Non	Non
		CMP ORLEANS ONE G04	24h (Lundi, mardi, vendredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Non	12 jours	11	55	Modification des plannings pour RDV immédiat	Non	Non
		CMP SAINT- JEAN-DE-BRAYE G04	40h (lundi au vendredi)	Non	Non	10 jours	12	14	Modification des plannings pour RDV immédiat	Non	Oui (4h hebdo)

	CMP GIEN G07	40h (lundi au vendredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Oui /Absence d'équipe dédiée	10 jours	10	45	RDV IDE planifié dans la semaine ou le jour même si le patient peut de déplacer au CMP	Non	Oui (35h hebdo)
	CMP SULLY-SUR-LOIRE G07	16h (lundi et jeudi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Oui /Absence d'équipe dédiée	10 jours	10	45		Non	Non
	CMP PITHIVIERS G08	40h (lundi au vendredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Oui /Absence d'équipe dédiée	RDV paramédicaux : 1 mois RDV médicaux : 7 mois	30	210	Entretien d'évaluation psychiatrique soit au CMP, au domicile ou en institution Si nécessité d'hospitalisation, transfert au CPAU en transport ambulance ou transfert via le CH de PITHIVIERS	Non	Non
	CMP MEUNG-SUR-LOIRE G02	42h (lundi au vendredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Non	15 jours pour un 1er RDV IDE	18	70	Un RDV IDE est donné dans la journée ou le lendemain	Non	Non
	CMP ORLEANS FRANTZ FANON G02	40h (lundi au vendredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Oui /Absence d'équipe dédiée	10 jours	10	56	Entretien infirmier dans un délai court Orientation vers le service des Urgences psychiatriques Proposition de RDV médical ou orientation vers le médecin référent	Non	Non
	CMP ORLEANS CHANZY G03	44h (lundi au vendredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Oui / Equipe dédiée	1 à 3 semaines selon la nature de la demande	21	56	Entretien IDE immédiat puis médical Accompagnement IDE en hospitalisation si besoin	Non	Oui (5h15 hebdo)
	CMP LA SOURCE G05	42h (lundi au vendredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Non	1 à 3 semaines selon la nature de la demande	28	21	Entretien IDE immédiat puis médical Accompagnement IDE en hospitalisation si besoin	Non	Oui (3h30 hebdo)

	<b>CHAM</b>	CMP MONTARGIS G06	40h (lundi au vendredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Non	21 jours pour un RDV REO(Rencontre Ecoute Orientation)	28	31	Si urgence orientation UAP (unité d'accueil psychothérapeutique) aux urgences du CHAM)	Oui pour les REO (8 plages /semaine)	Non
<b>PSY INFANTO-JUVENILE</b>	<b>EPSM-45</b>	CMP MEUNG-SUR-LOIRE I01	32h (Mardi au vendredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Non	Aucun délai annoncéLa priorité est notamment donnée aux enfants de moins de 5 ans, aux adolescents, à la prise en charge des risques suicidaires et aux situations réactionnelles à un traumatisme, autisme etc.	144	82	RDV au CMP dans les plus brefs délais (le jour même si possible)Si besoin :-> Crise : orientation vers EMICEA-> Urgence somatique : orientation vers CHRO-> Urgence psychiatrique : orientation vers CPAU	Non	Non
		CMP ORLEANS LA BASCULE I01	40h (lundi au vendredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Non		96	62		Non	Oui (4h hebdo)
		CMP PATAY I01	24h (Lundi au mercredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Non		39	35		Non	Non
		CMP CHATEAUNEUF-SUR-LOIRE I02	40h (lundi au vendredi)	Non	Non		72	80		Non	Non
		CMP FLEURY EMILE ZOLA I02	40h (lundi au vendredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Non		188	69		Non	Non
		CMP ORLEANS BOURGOGNE I02	40h (lundi au vendredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Non		72	75		Non	Non
		CMP PITHIVIERS I02	40h (lundi au vendredi)	Oui /Absence d'équipe dédiée	Non		207	170		Non	Oui (2h hebdo / médecin)
		CMP SAINT-JEAN-DE-LA-RUELLE I02	24h (Mardi au jeudi)	Non	Non	1 semaine	29	69		Non	Non

CHAM	CMP MONTARGIS I03	40h (lundi au vendredi de 9h à 17h sans interruption)	Non	Non	Aucun délai ne peut être annoncé La priorité est donnée aux urgences de type risques suicidaires, les traumatismes de type abus sexuels, les troubles alimentaires, les TSA	Evaluation en Binome=URE: 547 jrs IDE: 365 jrs Educatrice: 730 jrs Psychologues : 365jrs	240	RDV au CMP le plus rapidement possible avec l'infirmier de liaison ou le médecin si nécessaire, Selon la situation, l'urgence: - Orientation vers EMICEA - Orientation Urgences pédiatriques CHAM (très fréquemment) - Orientation CPAU	Non	Non mais pec urgentes en plus 1 samedi sur 2 le matin pour le médecin
	CMP GIEN I03	40h (lundi au vendredi de 9h à 17h sans interruption)	Non	Non	Aucun délai ne peut être annoncé La priorité est donnée aux urgences de type risques suicidaires, les traumatismes de type abus sexuels, les troubles alimentaires, les TSA	Psychologues : 300 jrs Psychomotriciennes: 180 jrs Orthophoniste: 1095 jrs	240	RDV au CMP le plus rapidement possible avec l'infirmier de liaison ou le médecin si nécessaire, Selon la situation, l'urgence: - Orientation vers EMICEA - Orientation Urgences pédiatriques CHAM (très fréquemment) - Orientation CPAU	Non	Non mais pec urgentes de Gien peuvent venir à Montargis 1 samedi sur 2 le matin pour le médecin

### III.3.2.2. Forces et axes d'amélioration

#### III.3.2.2.1. Forces

##### **1. Un maillage ambulatoire dense et une organisation des soins facilitant l'accès à un entretien de premier intention**

Le territoire du Loiret est desservi par un maillage ambulatoire dense avec 95% de la file active suivie en ambulatoire. Le taux d'équipement en lits d'hospitalisation ramené à la population du département est inférieur à la moyenne nationale et régionale. Ce constat s'explique par une évolution historique de l'offre de soins en faveur de l'insertion de la personne dans la cité. Ce maillage ambulatoire peut être décrit sur 3 niveaux :

- Les CMP de secteurs de psychiatrie de l'adulte ;
- Les CMP d'intersecteurs de l'enfant et de l'adolescent ;
- Les dispositifs de soins spécialisés en psychiatrie de la personne âgée, en addictologie, en réhabilitation psychosociale, les thérapies spécifiques, les soins en milieu pénitentiaire, les soins à la personne souffrant de troubles du spectre autistique.

Pour les patients déjà engagés dans un parcours de soins, l'accès en CMP est facilité au travers d'une organisation privilégiant les entretiens de première intention assurés par les infirmiers et les psychologues. L'étude réalisée en 2019 par l'Observatoire Régionale de Santé met en exergue un délai d'accès aux soins en psychiatrie de l'adulte de 14 jours en moyenne pour obtenir un premier entretien d'évaluation avec les professionnels de santé et de 30 jours pour un rendez-vous de prise en charge.

En psychiatrie infanto-juvénile, l'organisation d'accès aux soins priorise les plus jeunes, les situations d'urgence, le risque suicidaire et les troubles du neuro-développement (TND).

Le dispositif ambulatoire a été récemment complété par des équipes mobiles spécialisées intervenant à domicile et en institutions médico-sociales (EMICEA depuis 2019, l'équipe mobile de gérontopsychiatrie et l'équipe mobile psychiatrie précarité à compter de 2020). Ces dispositifs ont vocation à anticiper le parcours de soins, participer d'un repérage précoce et d'intervention au moment de la crise, en prévention de l'urgence et du recours à l'hospitalisation.

##### **2. Une offre de soins de recours spécialisés et à vocation départementale**

À noter également, l'existence de dispositifs de repérage permettant la mise en place ultérieure de soins précoces, tels que le CDAA<sup>6</sup>, la Maison des adolescents, l'EMICEA et l'équipe mobile de gérontopsychiatrie.

L'accès à des thérapies spécifiques telles que la thérapie familiale, l'addictologie, la remédiation cognitive, les thérapies cognitivo-comportementales, se développent sur le territoire. Les équipes d'addictologie interviennent notamment au sein de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Gien. Le Loiret bénéficie également d'un dispositif de recours départemental spécialisé : réhabilitation psychosociale, unité d'hospitalisation à temps complet pour adolescents, addictologie, gérontopsychiatrie, autisme.

##### **3. Des actions d'information et de formation destinées à faciliter le repérage**

La mise en place du Conseil Local en Santé Mentale a permis de proposer aux partenaires des actions d'information à destination du public des bailleurs ou encore des forces de l'ordre. Les ateliers ville-hôpital contribuent également de la visibilité de l'offre de soins.

#### III.3.2.2.2. Axes d'amélioration

##### **1. Un repérage précoce encore insuffisant**

Le repérage précoce est en enjeu de prévention des ruptures du parcours, de la crise et du recours à l'hospitalisation. Au sein du Loiret, ce repérage précoce est freiné par le manque de prévention en milieu éducatif (crèches, écoles), par les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans le repérage et l'adressage ainsi que, d'une manière générale, par la méconnaissance des professionnels de premier recours de l'offre de soins et des accompagnements médico-sociaux et sociaux. Outre la visibilité de l'offre de soins en santé mentale qui s'avère

<sup>6</sup> Centre de Diagnostic et d'Accompagnement de l'Autisme

complexe, les acteurs de la santé mentale sont en demande de compétences dans l'approche de la pathologie mentale et son repérage dans un contexte où les professionnels de santé disponibles dans les institutions médico-sociales sont de moins en moins nombreux et la réactivité des dispositifs de soins psychiatriques n'est pas toujours adaptée à l'urgence des situations. De ces causes découlent un parcours de soins initié dans l'urgence.

A cela s'ajoute les difficultés rencontrées dans le repérage et l'évaluation des personnes en situation de précarité (mineurs isolés, personnes sans domicile fixe) dont la pathologie et la situation sociale rendent la prise en charge complexe (absence de logement, difficulté dans l'accès aux droits et l'accompagnement vers les soins, psycho-traumatismes ...). Il est à noter que la PASS généraliste du territoire ne prévoit pas d'accompagnement psychiatrique et est saturée par la demande.

## **2. Des délais d'accès aux soins hétérogènes selon les territoires**

En psychiatrie adulte, les délais d'accès à la primo consultation infirmière sont supérieurs à 10 jours pour les CMP de Pithiviers, Meung-sur-Loire, la Source, Orléans-Chanzy et Montargis. Les délais d'accès à la consultation médicale sont supérieurs à 1 mois pour 7 CMP.

En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, d'importantes listes d'attente sont à déplorer : En 2019, au niveau des secteurs I01 et I02, 610 enfants sont sur liste d'attente ; le secteur I03 en compte 507. De plus, les délais d'entretien de première intention sont de 3,5 mois en moyenne. Pour le CMP de Pithiviers, ils s'élèvent à 7,7 mois. Le délai d'accès à l'évaluation médicale priorisée est de 2,4 mois en moyenne avec une amplitude pouvant aller jusqu'à 5,6 mois au CMP de Pithiviers. Il faut également souligner que l'intervention priorisée des équipes de pédopsychiatrie en fonction de l'urgence ou de la situation clinique n'est pas sans impacter la fréquence des soins et des suivis, revus à la baisse et facteur de rupture du parcours.

Sur le Giennois, faute de CATTP, l'offre de soins se révèle incomplète en pédopsychiatrie. Par ailleurs les locaux souffrent de vétusté. L'évaluation réalisée en première attention par le médecin est également de nature à allonger les délais de prise en charge, dans un contexte de pénurie médicale.

À l'EPSM, avec un taux d'occupation supérieur à 100%, l'UHTCA<sup>7</sup>, à vocation départementale est saturée, ne permettant pas de répondre aux besoins du territoire.

De même, le délai d'accès au Centre Diagnostic et d'Accompagnement de l'Autisme s'est allongé au regard de la demande et de la démographie médicale en pédopsychiatrie disponible pour la structure.

Il est à noter une absence de dispositif spécifique de prise en charge des troubles du comportement alimentaire.

Enfin, la démographie médicale trop faible en termes de médecins généralistes et de psychiatres est problématique et cause un allongement supplémentaire des délais d'accès. Ce constat est notamment majoré sur l'est du département, l'offre de soins spécialisée en santé mentale étant quasiment exclusivement assurée par le Centre Hospitalier du Montargois.

## **3. Une offre de soins à adapter en fonction de l'aménagement du territoire**

Si le maillage ambulatoire assure une couverture de l'ensemble du territoire en matière de soins de secteurs, l'accès aux soins spécifiques de recours départemental (addictologie, réhabilitation psychosociale, thérapie familiale, gérontopsychiatrie) est encore hétérogène pour les territoires de Gien, Montargis, Pithiviers, Meung-sur-Loire, du fait de la distance des dispositifs spécialisés essentiellement situés sur l'agglomération Orléanaise. De ce fait, l'organisation du panier de soins est à adapter en développant la mobilité de ces dispositifs en appui des équipes des CMP de secteur.

### III.3.3. Organisation du parcours de soins et de vie sans rupture, insertion

Le parcours de soins et de vie sans rupture recouvre :

- Les actions et dispositifs de prévention de la survenue ou de l'aggravation du handicap psychique avec notamment l'accès aux soins de réhabilitation, l'accès aux accompagnements et services sociaux et médico-sociaux, le développement de service adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, l'emploi, la scolarisation, études et à la vie sociale. L'organisation

<sup>7</sup> Unité d'Hospitalisation à Temps Complet pour Adolescents

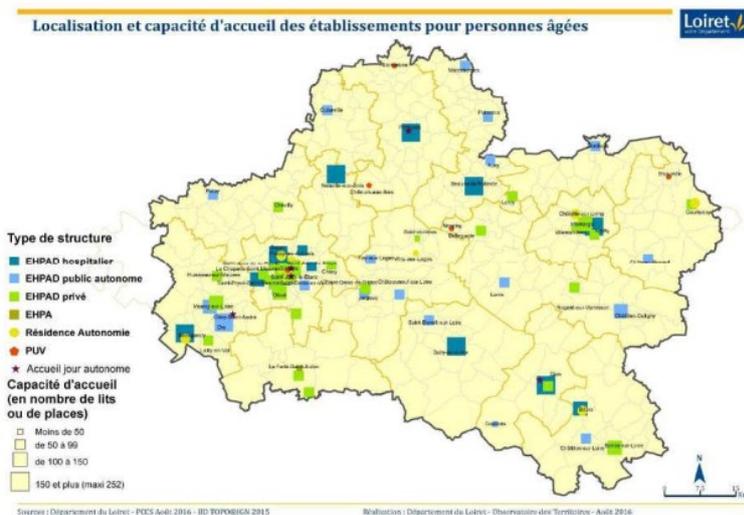
de la filière de réhabilitation psychosociale est décrite dans l'annexe n°9 : Filière de réhabilitation psychosociale, projet médical partagé du GHT, 2017.

- L'accès aux établissements et services médico-sociaux pour les personnes souffrant de handicap psychique adaptés à l'état clinique ainsi que l'organisation du suivi des soins psychiatriques au sein de ces structures.
- La coordination des suivis entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité, impliqués dans les interventions communes.

Les populations les plus à risque sont les adolescents et jeunes adultes, en début de maladie (16-25), les personnes âgées, les adultes handicapés psychiques.

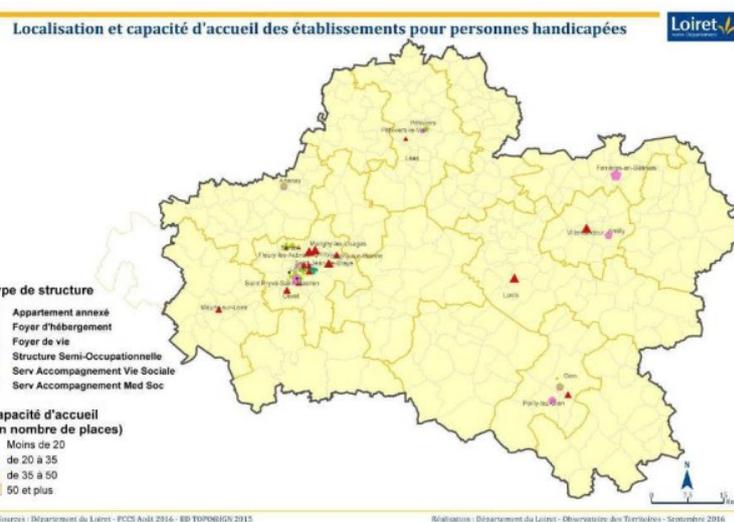
### III.3.3.1. Indicateurs

#### Localisation et capacité d'accueil des établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées<sup>8</sup>



89 structures d'accueil pour personnes âgées :

- Etablissements d'hébergement : 68 EHPAD (6858 places), 1 EHPA (34 places), 1 PUV médicalisée (24 places)
- Etablissements assimilés à du domicile : 5 Accueil de Jour Autonome (56 places) + 77 places adossées à 1 EHPAD, 10 Résidence Autonomie (ex Foyers Logements, 675 places), 4 MARPA.



64 établissements et services pour 1800 places :

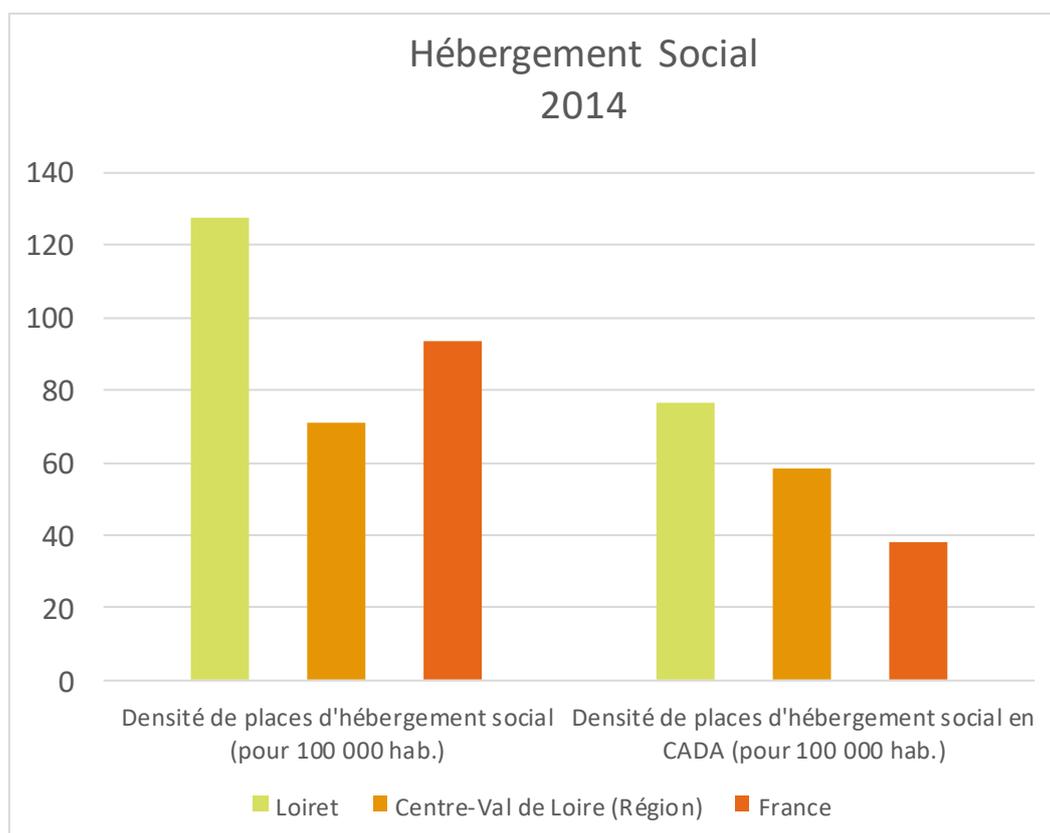
- 6 Appartements annexés (66 places) ;
- 13 foyers d'hébergement (444 places) ;
- 15 foyers de vie dont 10 dotés de places médicalisées + 4 Foyers d'Accueil Médicalisés (438 places de FV + 303 places de FAM) ;
- 4 Foyers de vie de jour (51,5 places) ;
- 5 SSO (52 places) ;
- 4 SAMSAH (81 places) ;
- 13 SAVS (366 places).

<sup>8</sup> Source : Schéma départemental de cohésion sociale 2017 – Département du Loiret

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Ibid.

## Densité des places en hébergement social – 2014



### Taux d'équipements médico-sociaux pour personnes handicapées

Nombre de places installées	Centre-Val de Loire (Région)		Loiret		France
en SAMSAH	20,4	>	16,3	<	20,3
en SAVS	92,2	>	61	<	79,2
en ESAT	252,7	>	245,9	>	240,4
en Foyers de vie et d'hébergement	118,4	>	102	=	103,3
en FAM	76,2	>	60,8	=	60,9
en MAS	45,3	>	36,4	<	58,6

Synthèse de l'offre	Centre-Val de Loire (Région)		Loiret		France
Densité places d'hébergement PH	239,9	>	199,2	<	222,8
Densité places d'accompagnement PH	112,6	>	77,3	<	99,5
Densité de logements accompagnés (2014)	23,1	>	17,9	<	22,0

### Durée moyenne annuelle d'hospitalisation en jours

Pathologies	Centre-Val de Loire (Région)		Loiret		France
pour troubles de l'humeur	36,3	<	38,4	>	33,2
pour addiction	36,1	>	31,8	<	37,4
pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	74,8	>	63,6	<	70,5
pour autres TMS (TED et déficiences)	132,8	>	99,8	<	127,3

### Taux de ré-hospitalisations à 30 jours

Pathologies	Centre-Val de Loire (Région)		Loiret		France
pour troubles de l'humeur	36,3	<	38,4	>	33,2
pour addiction	36,1	>	31,8	<	37,4
pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	74,8	>	63,6	<	70,5
pour autres TMS (TED et déficiences)	132,8	>	99,8	<	127,3

### Articulation du suivi ville-hôpital

Part de patients sans suivi en amont*	Centre-Val de Loire (Région)	Loiret	France
pour troubles de l'humeur	13,8	10,9	14,1
pour addictions	16,5	11,9	16,3
Pour TMS (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère)	20,9	16,3	20
Pour autres TMS (TED et déficiences)	41,4	24,2	39

Part de patients sans suivi en aval**	Centre-Val de Loire (Région)	Loiret	France
pour troubles de l'humeur	35,8	32,9	41,8
pour addictions	47,5	33,7	51,6
Pour TMS (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère)	35,1	28,8	40
Pour autres TMS (TED et déficiences)	64,8	47,3	63,7

#### III.3.3.2. Forces et axes d'amélioration

##### III.3.3.2.1. Forces

### 1. L'évolution de l'offre médico-sociale en faveur de l'inclusion

Le département, au travers du schéma départemental de cohésion sociale, est engagé dans un processus d'évolution de l'offre d'accompagnement médico-social et une politique de l'habitat en faveur de l'inclusion. Cette orientation est complémentaire de celle de la réhabilitation psychosociale, tournée vers le rétablissement de la personne et son insertion dans la cité. Le développement de plateforme de services et d'accompagnement à coordonner avec les dispositifs de soins en santé mentale. Elle est également de nature à cultiver davantage de souplesse dans l'orientation des personnes.

### 2. Le développement de « l'aller vers » dans les soins

En termes de prévention de la survenue ou de l'aggravation du handicap psychique et d'insertion, le maillage ambulatoire est bien développé sur le territoire : 50% des 8 secteurs de psychiatrie adulte du Loiret disposent de 2 CMP. Au total, plus de 95% de la file active de l'EPSM est suivie en CMP.

Le développement de la mobilité dans les soins de santé mentale est un facteur d'inclusion de la personne, de prévention des situations de crise et d'urgence et du recours à l'hospitalisation. L'EPSM développe depuis 2019

des équipes mobiles à destination de certaines populations vulnérables avec une équipe mobile d'intervention et de crise pour l'enfant et l'adolescent, et à compter de 2020 des équipes mobiles de géronto-psychiatrie et une équipe mobile psychiatrie-précarité. La mobilité commence également à se développer en addictologie avec l'intervention d'équipe au sein de MSP à Gien. La télémédecine se déploie dans ce cadre.

### **3. La structuration de la filière de réhabilitation psychosociale**

Le Loiret bénéficie d'une filière de réhabilitation psychosociale en cours de structuration avec pour points d'attache l'EPSM et la clinique du Pont de Gien. La filière de réhabilitation psychosociale de l'EPSM a été labellisée centre support régional en co portage avec le CHU de Tours. Ce centre a pour mission de développer les soins de réhabilitation psycho sociale sur les territoires du Loiret, Eure et Loire et du Cher. L'organisation de la filière de réhabilitation psycho sociale en interface avec les acteurs médico-sociaux et sociaux de l'insertion est décrite en annexe n°9 dans le cadre du projet médical partagé du GHT de 2017.

L'EPSM a également mis en place des dispositifs d'insertion à destination des détenus en post-carcéral, sous la forme d'appartements de transition, pour les personnes souffrant de handicap psychique et en situation de précarité. Ce dispositif est à développer au regard des sorties « sèches » (qui ne peuvent être anticipées) qui sont un facteur de récidive à la fois sur le plan pénal et celui de la pathologie. Dans le cadre de la filière de soins aux détenus, l'hospitalisation de jour au sein du DPS 2 régional dans un contexte de soins favorisant la liberté de circulation, est de nature à travailler les projets d'insertion et à prévenir les rechutes et le recours à l'hospitalisation en UHSA.

### **4. L'existence d'espace d'analyse des cas complexes**

Le territoire est doté de plusieurs espaces de gestion des cas complexes :

- Les MAIA qui interviennent dans le secteur du handicap et de la personne âgée ;
- La commission de coordination des cas complexe en protection de l'enfance ;
- La commission des situations individuelles complexes du CLSM d'Orléans qui intervient en second recours à la demande des acteurs de la santé mentale et des élus et qui travaille notamment sur les parcours de patient en situation de rupture de soins et en situation de précarité.

A termes, la Plateforme Territoriale d'Appui aura un rôle nécessitant une coordination dans ce cadre avec les acteurs de la santé mentale. En l'absence de publication des textes règlementaires et compétences dans le champ de la santé mentale, son rôle en la matière reste à définir.

#### **III.3.3.2.2. Axes d'amélioration**

##### **1. Une prise en charge du handicap psychique encore hétérogène au sein des accompagnements médico-sociaux**

En dépit de la densité de l'offre médico-sociale dans le secteur du handicap, l'accès aux EHPAD, aux hébergements de type FAM, MAS, au Dispositif d'Emploi Accompagné et en ESAT est encore difficile pour les personnes handicapées psychiques. Les équipes de ces dispositifs s'estiment insuffisamment formées pour prendre en charge ce public et sont en demande d'un étayage réactif de la part des services de soins. L'intervention des équipes de secteur au sein des institutions médico-sociales est hétérogène avec 50% des CMP de secteurs de psychiatrie de l'adulte qui la pratiquent et aucun au sein de la pédopsychiatrie.

##### **2. Un accès à l'hébergement médico-social et au logement difficile sur le territoire**

Les équipes de soins de psychiatrie de l'adulte témoignent de difficultés d'accès aux places de FAM et de MAS, nécessitant un recours régulier à l'accès aux dispositifs similaires de la Belgique. Ce constat se traduit par un phénomène de saturation régulière des lits de crise au sein de l'EPSM et du CHAM, majoré au sein du territoire du Montargois par l'absence d'alternative à l'hospitalisation.

En dépit de la densité de logements sociaux et de l'offre de services en la matière, existante, l'accès au logement ordinaire reste difficile pour les patients. La fluidité de parcours Institution/logement ordinaire est à développer. À l'instar de ce qui se pratique dans les autres départements, le PTSM se doit de mettre l'accent sur la construction des parcours de sortie des patients vers le logement classique (logements tremplins et/ou logement en titre), en utilisant les dispositifs de droit commun : Intermédiation Locative, mesure d'Accompagnement Social Liée au Logement,

Résidence Accueil, dispositif de sous-location existant dans le Loiret avec le parc de bailleurs sociaux... ainsi que les structures d'hébergement d'insertion.

Il s'agira de mettre en synergie, un accompagnement social à l'accès au logement, quel qu'en soit le statut juridique : hébergement en foyer de réinsertion, sous location ou logement en titre, conjuguant les équipes spécialisées en soins psychiatriques et les équipes d'accompagnement social au logement des dispositifs de droit commun (intervention conjointe équipe soignante et équipe sociale, au domicile).

Ce projet demandera la nécessaire adhésion du patient et/ou de sa famille, dans ce parcours de réinsertion sociale par le logement, conformément au cadre réglementaire.

Les bailleurs sociaux et les équipes d'accompagnement social au logement (association, MDD, CCAS,...) sont en demande d'étayage et de formation pour pouvoir accompagner l'accès et le maintien de la personne dans l'habitat.

Les équipes de soins de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent observent également des difficultés dans l'organisation de l'aval de l'unité d'hospitalisation pour adolescents pour les adolescents placés sous la protection de l'ASE. Faute de place ou de retour possible en foyers, plusieurs mineurs se retrouvent régulièrement hospitalisés au long cours avec un risque iatrogénique et de chronicisation. Ce phénomène est majoré pour les enfants souffrant de troubles du spectre autistique.

### **3. Un étayage coordonné à développer afin de faciliter l'inclusion et le maintien de la personne dans son environnement.**

Afin de prévenir les risques de rupture dans les espaces de « transition » du parcours de la personne (passage de l'hospitalisation aux accompagnements médico sociaux, accès au logement et à l'emploi), il est nécessaire d'améliorer la coordination des parcours au travers :

- De la formation des acteurs de la santé mentale dans l'approche de la pathologie mentale ;
- De la mobilité des dispositifs de soins afin de renforcer le suivi des personnes les plus à risque et/ou à des moments clés du parcours;
- D'une transmission d'information partagé, dans le respect du secret médical et des secrets professionnels notamment entre hôpital et médecine générale de ville et entre acteurs sanitaires et acteurs médico-sociaux et sociaux.
- De la nomination de facilitateur ou accompagnateur de parcours (case managers) pour les situations jugées complexes ou à risque.

### **4. Une intervention précoce des soins de réhabilitation à développer afin de prévenir les risques de rupture du parcours, les soins sans consentement et le recours à l'hospitalisation d'urgence**

Le développement d'un bilan global, social, cognitif, psychiatrique, en début de parcours est essentiel afin de construire le parcours avec la personne et de mettre en œuvre les soins et accompagnements de réhabilitation nécessaire, notamment en début de la maladie.

La structuration des soins de réhabilitation psychosociale avec les CMP et les acteurs de l'insertion, qu'elle soit sociale, par le travail ou par le logement, est encore à développer, de même que les programmes d'éducation thérapeutique (ETP). Il convient également de renforcer l'étayage des familles et des proches en tant que co-acteurs du projet de soin (par exemple le projet AVEC).

### **5. La population des 16-25 ans à prioriser**

La population des 16-25 ans constitue un enjeu majeur de prévention du handicap. Le risque de rupture est majoré dans le cadre du passage de relai entre psychiatrie de l'enfant et psychiatrie de l'adulte. Cette population requière une évaluation globale, des soins spécifiques notamment en matière de réhabilitation dans un contexte où les mineurs isolés sont de plus en plus nombreux et l'accès aux droits (ressources, accès à la formation, au logement) limités ou inadaptés pour cette tranche d'âge, ce qui est facteur de rupture de soins et d'exclusion favorisant l'installation du handicap psychique.

### III.3.4. Prise en charge somatique

Les personnes souffrant de troubles psychiques présentent des comorbidités et une surmortalité supérieure à la moyenne de la population générale du fait des effets secondaires des traitements et l'éloignement de la prise en charge lié à la pathologie (déli, difficultés à engager les démarches, etc.).

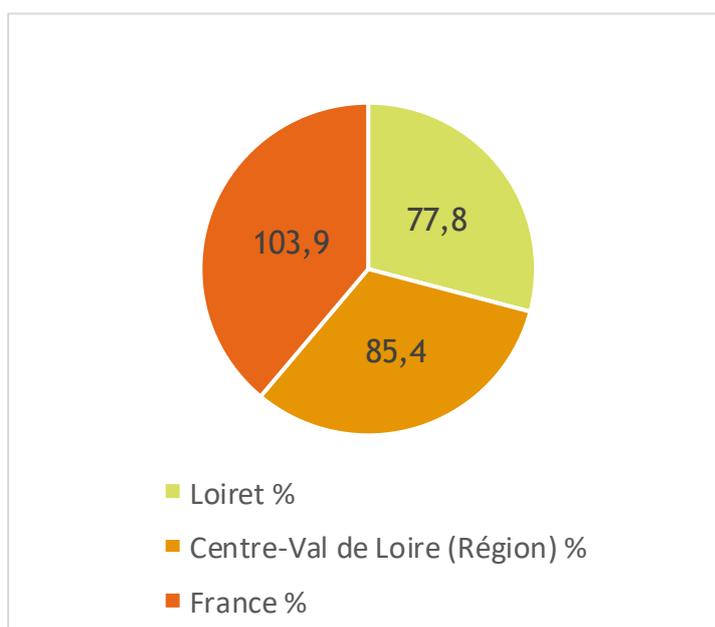
La prise en charge somatique recouvre ainsi :

Le suivi somatique en première intention par les médecins généralistes (en ville, en institutions) en coordination avec les équipes de psychiatrie et les soins somatiques spécialisés

L'accès aux soins somatiques au sein des établissements de santé psychiatriques et aux soins de recours en établissements de médecine, chirurgie et obstétrique.

#### III.3.4.1. Indicateurs

##### Densité de médecins généralistes libéraux



##### Accès à la prévention et aux soins somatiques

Part de patients ayant eu les 3 actes de prévention classique*	Centre-Val de Loire (Région)	Loiret	France
pour troubles de l'humeur	52,6	49,9	53,9
pour addictions	44	47,3	46,8
Pour TMS (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère)	40,9	38,5	43,6
Pour autres TMS (TED et déficiences)	25,6	25,3	30,1

Part de patients ayant eu des actes de prévention complémentaire**	Centre-Val de Loire (Région)	Loiret	France
pour troubles de l'humeur	17,6	18,5	18,4
pour addictions	16	18,4	17,2
Pour TMS (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère)	14,8	13,4	15,3
Pour autres TMS (TED et déficiences)	12,1	15,4	10,9

### III.3.4.2. Forces et axes d'amélioration

#### III.3.4.2.1. Forces

L'EPSM dispose d'un service de médecine générale avec 3 médecins et doté d'un plateau de rééducation : kinésithérapie, psychomotricité, nutrition. Des bilans somatiques sont réalisés à 24 heures puis au cours de l'hospitalisation. L'existence de lien de réseau entre les médecins du service et les praticiens des services de MCO du CHRO facilite les orientations et adressages en services de spécialité. A noter également le développement d'une offre en odontologie au sein du CHRO adapté pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Au CHAM, les patients hospitalisés peuvent accéder aux services de spécialité situés sur le même site.

Ils peuvent également bénéficier d'avis et de prises en charge spécialisées en réseau avec les autres centres hospitaliers du Loiret.

Les partenariats sont notamment développés avec les services de neurologies, de gériatrie et de médecine.

Un accompagnement par les professionnels de psychiatrie est proposé pendant les examens, les consultations voire en cas d'hospitalisation en MCO au CHRO, selon l'évaluation du patient.

Les établissements de santé développent également des actions de prévention et de lutte contre la douleur, en faveur d'une nutrition adaptée et d'actions autour des traitements et administration du médicament (COMEDIMS).

#### III.3.4.2.2. Axes d'amélioration

##### **1. Une coordination entre médecine de ville et hôpital à développer**

En 2018, une étude au sein de l'EPSM mettait en exergue une carence de médecin traitant pour la moitié des patients hospitalisés. L'accès à un suivi est donc inégal, au regard de la démographie médicale contrainte du Loiret, ce qui n'est pas sans conséquence sur l'état somatique des patients hospitalisés. Il est à noter également que l'intervention de médecin généraliste au sein des institutions et des cliniques est insuffisante au regard des besoins.

Indépendamment de la contrainte démographique, le rôle et le positionnement du médecin traitant au sein du parcours de soins de la personne souffrant de troubles psychiques est inégalement approprié, ce qui peut être lié au manque de formation adaptée au sein de la formation initiale et de la formation continue. Certains médecins généralistes sont ainsi demandeurs d'avis et de protocoles de prise en charge et de prescription.

Il est également observé que l'accès aux soins bucco-dentaires est particulièrement difficile car ils nécessitent en plus une adaptation de la prise en charge ; les dentistes libéraux n'interviennent pas en établissement, les professionnels se heurtent à des refus.

Par ailleurs, la transmissions d'information entre établissements de santé mentale et cabinets de ville, encore hétérogène, est à harmoniser, au travers du déploiement de la lettre de liaison et de la messagerie sécurisée en santé.

Au regard des contraintes de la démographie médicale des médecins généralistes, il pourrait être judicieux de travailler sur des parcours coordonnés pour les personnes les plus à risque, à la faveur de la création des CPTS et du déploiement d'actions de formation destinées aux médecins généralistes.

##### **2. Un accès aux plateaux techniques d'imagerie encore insuffisamment développé**

L'accès aux technologies d'imagerie de type IRM, nécessaire au diagnostic différentiel, est aujourd'hui encore limité à l'heure où les neurosciences et les connaissances en la matière se développent en psychiatrie.

##### **3. Des orientations médicales inadéquates**

Les orientations médicales en établissements de santé psychiatriques de patients non stabilisés sur le plan somatique, faute de solution en aval des lits de médecine, sont encore trop fréquentes et engendrent des risques élevés pour les patients.

### III.3.5. Promotion des droits des personnes

La promotion de l'implication des personnes et de leurs proches dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement vise à faire de l'utilisateur un acteur de ses soins, en faveur de son rétablissement. Cette notion recouvre :

- Les actions favorisant l'implication effective des personnes et de leurs proches dans l'élaboration et mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement ;
- Le renforcement des compétences psycho sociales de la population et notamment des aidants naturels (proches, accompagnateurs sociaux et médico-sociaux) en particulier dans le champs de l'éducation, de la parentalité, de l'hygiène de vie et du travail afin de promouvoir la santé mentale et prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles
- L'accès aux droits (logement, ressources, reconnaissance du handicap, encadrement du recours aux restrictions de libertés individuelles ;
- Les actions de lutte contre la stigmatisation et l'information du grand public.

#### III.3.5.1. Indicateurs

##### Programmes d'éducation thérapeutique à destination des aidants

	Centre-Val de Loire (Région)	Loiret	France
Nombre de programmes ETP	1	0	48
Densité de programmes ETP	0,04	0	0,07

##### Groupes d'entraide mutuelle (GEM)

	Centre-Val de Loire (Région)	Loiret	France
Nombre de GEM	18	6	390
Densité de GEM	0,7	0,9	0,6

#### III.3.5.2. Forces et axes d'amélioration

##### III.3.5.2.1. Forces

Afin de promouvoir l'implication des personnes et de leurs proches dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets de soins et de garantir le respect des droits, les représentants des usagers sont impliqués au sein des établissements (projets, instances, groupes de travail).

Les Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) sont particulièrement présents sur le Loiret, ce qui constitue un atout pour le territoire.

La filière de réhabilitation psychosociale propose des soins tournés vers le rétablissement de la personne et l'empowerment. En parallèle, deux programmes d'éducation thérapeutique sont accessibles pour la schizophrénie, les addictions et un est en cours d'élaboration pour les troubles bipolaires.

En vue de renforcer les compétences psychosociales de la population, l'expérimentation des soins de premier secours est mise en place avec Passerelle 45. De plus, des actions de formation- information à destination des bailleurs ou encore des agents de police sont organisées dans le cadre du CLSM.

La lutte contre la stigmatisation est assurée au moyen d'actions de communication auprès des partenaires : ateliers ville-hôpital, conférences... mais aussi du grand public avec les rendez-vous de la santé, les SISM. Le guide des usagers permet également de donner de la visibilité aux ressources associatives.

Le territoire compte cinq contrats locaux en santé mentale (CLSM). Une commission santé mentale-habitat a été créée dans le but de fédérer le réseau des acteurs de l'insertion par le logement et promouvoir l'accès à l'habitat pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

En intra-hospitalier, l'EPSM a réalisé des travaux de réhabilitation et d'humanisation des unités et des chambres d'isolement dans l'objectif d'améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge.

#### III.3.5.2.2. Axes d'amélioration

Pour améliorer l'implication des personnes et de leurs proches, certains aspects sont encore à mettre en place ou à finaliser. Le territoire souffre notamment de l'absence de programme de psychoéducation à l'attention des aidants : le programme AVEC est en projet à l'EPSM.

De même, l'accès aux programmes d'ETP est à développer notamment pour les troubles bipolaires et les troubles anxieux, et à enrichir de modules sur la connaissance des traitements et de leurs effets secondaires, sur les capacités nécessaires à l'autonomie au sein du logement... Il est à noter que l'information des usagers sur les traitements et leurs effets secondaires est une attente forte des usagers.

Le délais d'instruction de la MDPH s'est amélioré mais une meilleure coordination avec cette instance est à renforcer pour une plus grande fluidité et un meilleur éclairage des décisions.

Le renforcement des compétences psychosociales de la population est difficile faute de ressources dédiées pour la formation des partenaires.

Enfin, pour une lutte contre la stigmatisation plus efficace, il conviendrait d'établir un plan de communication porté par les partenaires de la CPT afin de promouvoir la santé mentale et de déstigmatiser la pathologie.

La coordination pour l'accès au droit est à renforcer notamment au travers des maisons des usagers en appui sur des permanences d'information sur l'accès aux droits dispensées par les associations ou encore le conseil départemental de l'accès au droit (CDAD) adossé au TGI.

Les démarches visant à accéder à des ressources sont complexes pour des personnes dont les fonctions cognitives sont parfois altérées. Un travail spécifique pour les 18-25 ans isolés qui ne sont éligibles ni à l'AAH ni au RSA est à engager.

Il faut noter une hausse importante des soins sans consentement dans le Loiret, s'élevant à 30% des hospitalisations en 2019 contre 20% en 2017, et liée à l'augmentation des recours aux modalités de soins en péril imminent et en soins à la demande du représentant de l'état. L'intervention précoce est ainsi un levier pour prévenir le recours aux soins sans consentement.

Enfin, il s'agit d'impulser au sein des établissements accueillant des patients en soins sans consentement une dynamique de changement des pratiques afin de prévenir et limiter le recours à l'isolement et à la contention.

## Projet territorial de santé mentale

Le fil rouge du PTSM du Loiret est de faire de l'utilisateur un acteur de ses soins et lui proposer un parcours de soins et de vie fluide de nature à favoriser son rétablissement et son inclusion au sein de la cité.

Le plan d'actions retenu s'articule autour des objectifs stratégiques suivants :

### **Objectif stratégique n°1 : Améliorer la prévention des situations en amont de la crise et la prise en charge coordonnée au moment de la crise**

#### Objectifs opérationnels :

- Eviter les hospitalisations en intervenant précocement en amont de la crise
- Améliorer la formation des acteurs au repérage et à l'orientation.
- Etayer les aidants et acteurs de l'accompagnement social et médico-social.
- Coordonner la prise en charge du patient en crise à domicile afin de faciliter l'accès aux soins.
- Prioriser le public des 16-25 ans, en début de maladie.
- Améliorer la visibilité des dispositifs de soins pour faciliter l'adressage en identifiant les relais et circuits de prise en charge des patients connus et non connus.
- Améliorer l'évaluation sociale et l'accompagnement social précoce, dès le début du parcours.

### **Objectif stratégique n°2 : Améliorer l'accès aux soins psychiatriques et somatiques et assurer l'égalité d'accès aux soins sur le territoire**

#### Objectifs opérationnels :

- Améliorer la réactivité et le délais d'accès aux soins et assurer un égal accès aux thérapies proposées sur l'ensemble des territoires.
- Améliorer le repérage et l'adressage en développant la coordination entre les acteurs du parcours de vie et de soins, notamment entre acteurs de soins primaires et professionnels de la psychiatrie ;
- Développer une prise en charge somatique globale et adaptée aux personnes souffrant de handicap psychique.

### **Objectif stratégique n°3 : Favoriser le rétablissement en faisant de l'utilisateur un acteur de ses soins et par une prise en charge globale visant à l'insertion et l'inclusion sociale**

#### Objectifs opérationnels :

- Développer les soins de réhabilitation psychosociale.
- Développer l'évaluation globale psychiatrique, somatique, sociale, cognitive.
- Accompagner le patient dans son parcours afin de prévenir les ruptures ;
- Favoriser l'insertion par le logement et par l'emploi
- Maintenir le lien avec la personne et ses aidants pour éviter les rechutes et alerter en cas de difficulté.
- Améliorer la coordination entre professionnels de santé et aidants professionnels pour élaborer une stratégie de prise en charge partagée.
- Lutter contre la stigmatisation

IV.1. Objectif stratégique n°1 : améliorer la prévention des situations en amont de la crise et la prise en charge coordonnée au moment de la crise

IV.1.1. Objectif opérationnel n°1 : améliorer la formation des acteurs de santé mentale au repérage et à l'orientation

IV.1.1.1. Formation Premiers Secours en Santé Mentale

FICHE PROJET N° 1 : Formation Premiers Secours en Santé Mentale	
<p><b>Pilotes :</b> Monsieur GIRARD René, Directeur, Passerelle 45, Monsieur GAILLARD Pascal, Directeur des soins, EPSM G. Daumézon</p> <p><b>Co-pilote méthodologique :</b> Madame BILLET Aurore Directrice Adjointe EPSM G. Daumézon</p>	<p><b>Etablissements et services engagés :</b> Centre Hospitalier de l'agglomération Montargoise, EPSM Georges Daumézon, Service formation Passerelle 45, Services de la Sainte Famille, PJJ, UNAFAM, Conseil départemental, AIDAPHI, Institut des Cents Arpents, Résidence de l'Orléanais, ANAIS.</p>
Public concerné : La formation de premiers secours en santé mentale s'adresse à tout citoyen majeur.	
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER	
<p>Feuille de route santé mentale et psychiatrie : Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide.</p> <p>D'une durée de 14 heures, la formation vise à permettre aux secouristes à repérer les troubles psychiques ou les signes précurseurs afin d'intervenir précocement.</p> <p>L'objectif final est d'être attentif et de reconnaître les premières manifestations ou l'aggravation des troubles de santé mentale, de savoir se comporter de façon adaptée afin d'entrer en contact avec la personne, de destigmatiser et de connaître suffisamment les ressources professionnelles et non professionnelles pour l'orienter.</p>	
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES	RISQUES
<p><b>Pré requis :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation entre collaborateurs mobilisés</li> <li>- Communication concertée pour diffusion auprès du grand public</li> </ul> <p><b>Leviers :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formateurs accrédités par PSSM France : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Passerelle 45 : 5</li> <li>▪ CHAM : 1</li> <li>▪ EPSM : 1</li> </ul> </li> <li>- Objectifs nationaux : feuille de route santé mentale</li> <li>- CLSM</li> <li>- Attente citoyenne, d'entreprises, d'établissements médicaux sociaux, de collectivités territoriales, d'associations...</li> </ul>	<p><b>Les freins :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation non éligible au Compte Personnel Formation</li> <li>- Coût financier</li> </ul> <p><b>Les points de vigilance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se positionner en tant que citoyen et non en professionnel</li> </ul> <p><b>Les écueils à prendre en compte :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation non conçue pour se substituer à des réponses apportées dans le cadre professionnel de la santé mentale</li> </ul>
COLLABORATEURS A MOBILISER	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'ARS et le conseil départemental dans le cadre de leurs missions de prévention</li> <li>➤ CLSM et CLS</li> </ul>	
ACTIONS A ENGAGER	

Actions	Porteur(s) de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
<b>Mise en place d'un dispositif inter-partenarial départemental PSSM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Passerelle 45</li> <li>- CHAM</li> <li>- EPSM</li> </ul>	<b>13/02/20</b> <b>12/03/20</b> <b>09/04/20</b>	Temps logistique pour permettre la montée en charge.	
<b>Communication et mobilisation des partenaires</b>	Dispositif inter-partenarial départemental PSSM	Septembre 2020		
<b>Actions de formation PSSM</b>			7 formateurs accrédités pour la 1 <sup>ère</sup> phase	
<b>MODALITES D'EVALUATION</b>				
<b>Objectifs d'évaluation</b>	<b>Indicateurs</b>		<b>Sources</b>	
<b>À définir</b>	<b>À définir</b>		<b>À définir</b>	
<b>SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK</b>				
Le dispositif PSSM France propose à un niveau national des contenus de formation et supports pédagogiques homogènes, validés et connus de tous (pouvoirs publics, représentants des usagers, professionnels de santé mentale...) dispensés par des formateurs accrédités. Ces supports sont actualisés régulièrement au gré des avancées en matière de recherche, de politique de santé, de demande sociale.				

FICHE PROJET N° 2 : Organisation d'un dispositif de conseil et d'orientation pour le département				
<b>Chefs de projet CPT :</b> Pascal Gaillard, Directeur des soins à l'EPSM Daumézon et Mario Da Costa, cadre de santé du CPAU à l'EPSM Daumézon		<b>Etablissements et services engagés :</b> EPSM Daumézon : CPAU, pôle adulte, pôle enfant et adolescent, pôle de soins spécifiques, CH Montargis : service psychiatrie, Clinique Belle allée ; Acteurs SMS du département sur les champs handicap, personnes âgées, enfance et précarité ; Médecine de ville-CPTS ;SAU		
<b>Public concerné :</b> les professionnels de première intention (médecins généralistes, partenaires sociaux et médico-sociaux...) et les familles d'usagers et/ou les aidants lorsqu'ils sont confrontés à une problématique de santé mentale nécessitant un conseil ou une orientation par le CPAU				
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER				
Le diagnostic territorial préalable au PTSM a mis en exergue les constats suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'entrée des soins se fait souvent en situation de crise et d'urgence, notamment pour les patients non connus de la file active</li> <li>• L'existence de difficultés de repérage et d'adressage des acteurs de première intention, des familles d'usagers et/ou des aidants en raison notamment d'un manque de formation, d'un manque de visibilité de l'offre de soins et des points d'entrée du parcours ainsi que de la densité des acteurs de la santé mentale</li> </ul> Les objectifs et résultats attendus portent donc sur l'amélioration de la visibilité du dispositif de prise en charge des urgences psychiatriques sur le territoire au profit de l'utilisateur en : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communiquant sur les missions de conseil et d'orientation ainsi que sur le numéro de téléphone du CPAU</li> <li>• Développant une base des partenaires en santé mentale sur le territoire</li> </ul>				
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES		RISQUES		
Actualiser la plaquette d'information du CPAU Etablir un plan de communication à destination des partenaires et du grand public en s'appuyant sur les CLSM Mutualiser les bases des partenaires des différents membres du groupe de travail Evaluer la typologie des personnes appelant le CPAU et des réponses apportées en s'appuyant sur le rapport d'activité du CPAU Faire le lien entre ce dispositif et le projet « premiers secours en santé mentale »		Evaluer l'activité de conseil et d'orientation du CPAU afin de dimensionner en conséquence l'équipe Adapter l'architecture des futurs locaux du CAC-CPAU-BE notamment à l'activité de conseil et d'orientation du CPAU		
COLLABORATEURS ET PARTENAIRES A MOBILISER				
EPSM Daumézon (CPAU, pôle adulte, pôle enfant et adolescent, pôle de soins spécifiques), CH Montargis (service psychiatrie), Clinique Belle allée, acteurs SMS du département sur les champs handicap, personnes âgées, enfance et précarité, médecine de ville-CPTS, associations de familles et d'usagers				
ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Actualiser la plaquette d'information sur les missions du CPAU à destination des professionnels, des	Mario Da Costa, cadre de santé du CPAU à	Décembre 2020		

familles et des usagers en mettant en exergue ses missions de conseil et d'orientation ainsi que son numéro de téléphone	l'EPSM Daumezon Dr Maria-Magdalena Constantin, responsable médicale de la filière urgences psychiatriques à l'EPSM Daumezon			
Etablir un plan de communication à destination des partenaires et du grand public en s'appuyant sur les CLSM	Service communication de l'EPSM Daumezon			
Recenser au sein d'un annuaire les différents acteurs de la santé mentale sur le territoire	Mario Da Costa, cadre de santé du CPAU à l'EPSM Daumezon  Magali Normand, cadre socio-éducative à l'EPSM Daumezon	Décembre 2020		
MODALITES D'EVALUATION				
Objectifs d'évaluation	Indicateurs	Sources		
Evaluer le niveau de mise en œuvre du plan de communication	Nombre de partenaires informés sur le dispositif	Rapport d'activités du CPAU		
Evaluer le nombre et la typologie des personnes appelant le CPAU	Nombre d'usagers, de familles d'usagers et de professionnels appelant le CPAU			
Evaluer le nombre et la typologie de la réponse apportée	Nombre de conseils et d'orientations apportés aux usagers, à leurs familles et aux professionnels par le CPAU			
Evaluer l'impact du dispositif sur la file active	Nombre de patients non connus de la file active ayant eu recours téléphoniquement et/ou en consultation au CPAU			
SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK				
Benchmark des dispositifs de conseil et d'orientation des établissements suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le centre de santé mentale de l'agglomération mulhousienne rattaché à l'Hôpital du Hasenrain</li> <li>• Le centre psychiatrique et d'accueil rattaché au Centre hospitalier Sainte-Anne</li> <li>• Le centre psychiatrique d'accueil et d'admission de l'EPSM de l'agglomération lilloise</li> <li>• Le centre d'accueil et de crise rattaché au Nouvel hôpital de Navarre</li> <li>• L'unité d'accueil et d'orientation du Centre hospitalier du Rouvray</li> </ul>				
PERSPECTIVES D'EVOLUTION				
Réflexion pour la mise en place d'une téléconsultation au CPAU pour les situations de crise				

IV.1.2. Objectif opérationnel n°2 : faciliter l'accès et la continuité des soins des patients en développant l'intervention précoce à domicile

IV.1.2.1. Réponse mobile à la crise

FICHE PROJET N° 3 : Création d'une équipe mobile d'urgence				
Chef de projet CPT : Dr CONSTANTIN (EPSM)		Etablissements et services engagés : urgences EPSM ; SAU ; SAMU ; SDIS, DDSP.		
Public concerné : tout public enfants et adultes en situation de crise relevant de la santé mentale				
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER				
La mise en place de l'équipe mobile d'urgence a pour objectif de permettre une prise en charge précoce de la crise en ambulatoire et une intervention au plus proche du lieu de vie. Cette démarche s'inscrit dans une volonté de diminuer le recours à l'hospitalisation dès qu'elle peut être évitée, et de co-construire avec les patients leur parcours de santé personnalisé tenant compte de leur projet de vie. L'équipe mobile complète ainsi l'offre de soins existante de l'EPSM. L'équipe travaille en lien avec le SAMU, les autres unités de l'établissement et les partenaires du soin du territoire ainsi que les familles et aidants. L'équipe mobile d'urgence a notamment vocation à apporter une réponse en dehors des heures ou jours d'ouverture des CMP ;				
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES		RISQUES		
CPAU existant sur le territoire, en articulation avec le SAMU. Définir les modalités d'intervention en lien avec le SAMU, SMUR, SDIS. Mesurer les besoins afin d'adapter le dimensionnement du dispositif, en complémentarité des CMP		Clarifier le positionnement de cette offre de soin en lien avec les CMP et leurs missions de pivot du parcours de soins.		
COLLABORATEURS A MOBILISER				
SAMU, SDIS, CMP, UNAFAM, UDAF				
ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Définir le projet de l'équipe mobile d'urgence et son positionnement dans le parcours de soins, en lien avec les services partenaires	Dr CONSTANTIN/ P. GAILLARD	2021-2025	A définir	A définir
MODALITES D'EVALUATION				
Objectifs d'évaluation	Indicateurs		Sources	
Mesurer l'impact de l'équipe mobile d'urgence sur le recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement	Taux de recours à l'équipe mobile Ventilation des adressages en hospitalisation, en CMP (prise en charge différée) Evolution du recours à l'hospitalisation en soins sans consentement		DIM	
SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK				
Equipes mobiles d'urgence du territoire national				

FICHE PROJET N° 4 : Création d'une Equipe Mobile d'Intervention de Crise en faveur des Enfants et Adolescents (EMICEA)	
<b>Chef de projet CPT :</b> Dr Hassapi-Chartier	<b>Etablissements et services engagés :</b> Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (EPSM), Centre Psychiatrique d'Accueil d'Urgence (EPSM)
<p><b>Public concerné :</b> les mineurs âgés de moins de 16 ans, vivant sur le territoire du Loiret, connus ou non du dispositif de soins et dont les troubles psychiques se manifestent de façon critique nécessitant une intervention spécialisée rapide qui peut être de moins de 72 heures dans certaines situations. Peuvent être concernés les enfants ou adolescents présentant des troubles du comportement, des accès de violence, des conduites à risques, des idées suicidaires, des passages à l'acte répétitifs; Les situations de rupture scolaire et/ou sociale ;</p> <p>L'équipe mobile peut-être sollicitée par les familles, les partenaires professionnels, les institutions, les urgences pédiatriques et psychiatriques.</p>	
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la gestion de la crise avec la possibilité d'organiser sa prise en charge sur le lieu même de son apparition ;</li> <li>• Articuler la réponse à la pression de l'urgence dans les situations de crise avec le souci de garantir la pertinence du projet de soin du patient ;</li> <li>• Intervenir <i>in situ</i> autant que nécessaire dans le cadre du système familial et institutionnel de l'enfant et/ou de l'adolescent présentant les troubles et ainsi faciliter l'accroche thérapeutique et l'adhésion tant de la famille que du jeune aux soins.</li> <li>• Favoriser l'accès aux soins et diminuer les risques de rupture dans le parcours de soins de l'enfant et de l'adolescent ;</li> <li>• Réduire le passage à l'acte suicidaire ;</li> <li>• Prévenir et/ou évaluer les situations complexes ;</li> <li>• Prévenir l'installation chronique des troubles.</li> <li>• Optimiser le recours à l'hospitalisation psychiatrique en désencombrant l'unité d'hospitalisation pour adolescents et favoriser au maximum la possibilité des séjours programmés ;</li> <li>• Prioriser les situations de crise et garantir une fluidité optimale des consultations en CMP ;</li> </ul> <p>Soutenir et appuyer les partenaires dans l'accompagnement de la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent en crise en appréhendant l'apparition de la crise dans son milieu de vie scolaire, sociale ou médico-sociale...et en impliquant toutes les forces du système d'appartenance du jeune.</p>	
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES	RISQUES
Comité national de pilotage sur la psychiatrie identifiant la psychiatrie infanto juvénile en tant qu'axe prioritaire. Dimensionnement cohérent du dispositif. Attente et besoins identifiés des partenaires.	Risque de sollicitation inadéquate faute d'identification claire des missions et champs d'action de l'équipe mobile.
COLLABORATEURS A MOBILISER	
L'ARS ; le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'EPSM Georges DAUMEZON ; le 3ème secteur de psychiatrie infanto-juvénile du CHAM ; les partenaires de l'éducation nationale, sociaux et médico-sociaux, l'ASE, la PJJ...	
ACTIONS A ENGAGER	

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Poursuivre le plan de communication à l'attention des partenaires (institutions médico-sociales ; éducation nationale ...); formaliser les partenariats	Médecin référent Cadre de santé référent	A définir avec le COFIL	A valoriser	A valoriser
MODALITES D'EVALUATION				
Objectifs d'évaluation	Indicateurs		Sources	
Mesurer l'impact de l'intervention précoce de l'EMICEA sur le parcours des enfants et adolescents	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de satisfaction des usagers et des partenaires mesurés via une enquête</li> <li>• Nombre de consultations au CPAU pour des mineurs de moins de 16 ans</li> <li>• Nombre de consultations au CPAU pour des mineurs de moins de 16 ans du lundi au vendredi de 9h à 17h</li> <li>• Nombre de consultations au CPAU pour des mineurs de moins de 16 ans en soirée, le week-end et la nuit</li> <li>• Taux de réhospitalisation en hospitalisation temps complet à l'U-HTC-A</li> <li>• Motifs d'orientation vers l'UHTCA dont risque suicidaire</li> <li>• File active de l'EMICEA et répartition par tranche d'âge</li> <li>• Nombre d'actes et ventilation selon motifs de prise en charge et/ou diagnostics</li> <li>• Nombre d'appels et ventilation par motifs (évaluations téléphoniques)</li> <li>• Analyse des provenances et modalités d'orientation</li> <li>• Nombre d'interventions/patient</li> <li>• Taux d'intervention de l'EMICEA <i>in situ</i> à l'issue de l'évaluation à distance</li> <li>• Bassins et taux de recrutement géographique</li> </ul>		DIM / Pôle	
SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK				
ERIC (équipe mobile du CH de Sainte Anne)				

**FICHE PROJET N° 5 : Création d'une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité**

**Chef de projet CPT :** Dr BRIEUDE, EPSM ; Equipe mobile sociale, AIDAPHI.

**Etablissements et services engagés :** CMP de l'EPSM, AIDAPHI (service de proximité), unité de psycho-traumatisme.

**Public concerné :** Personnes sans domicile fixe susceptibles de présenter ou présentant des troubles psychiatriques, identifiés ou non dans la file active de l'EPSM, à partir de 16 ans ; Sur le territoire de l'agglomération Orléanaise et cantons limitrophes.

**OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER**

Objectifs :

- Réaliser un repérage précoce, adapter l'orientation et la prise en charge des personnes rencontrées selon l'évaluation, en coordination avec les acteurs intervenant dans l'accès au logement, l'accès aux soins (somatiques et psychiatriques) et l'accès aux droits.
- Proposer un dispositif complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins « de droit commun » et du dispositif social qui permette d'appréhender au mieux la spécificité des besoins des publics concernés. L'équipe ne se substituera pas aux prises en charge sectorielles de psychiatrie (visites à domicile) mais permettra de mieux évaluer et d'accompagner les personnes vers le soin et le logement, dans le respect du principe d'un « chez soi d'abord ». Le projet est co-construit et co-porté avec l'équipe de maraude de l'AIDAPHI qui identifie actuellement sur le territoire de l'agglomération orléanaise environ 100 situations par an nécessitant une évaluation psychiatrique. Le CHD identifie dans sa file active 80 patients sans abri et 473 patients ayant un logement précaire sur un échantillon de 10 000 patients.

Résultats attendus:

- Développer l'intervention précoce ; limiter le recours aux services d'urgence et à l'hospitalisation de crise ; Améliorer l'accès et la continuité des soins.
- Favoriser l'accès ou le maintien dans un logement adapté au moment du parcours du patient, nécessaire à l'inscription et à la continuité des soins.

Missions :

- Aller au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...).
- Effectuer un repérage précoce, évaluer les besoins psychiatriques, définir l'orientation adaptée et l'accès aux dispositifs de soins psychiatriques et somatiques lorsqu'il est nécessaire.
- Coordonner l'accès aux soins psychiatriques, l'accès aux soins somatiques et l'accès aux droits, en lien avec la PASS, les professionnels du secteur psychiatrique, les professionnels de soins somatiques.
- Coordonner l'accès et le maintien au logement adapté en lien avec les dispositifs d'accès aux droits et au logement du territoire.
- Proposer un soutien aux acteurs de 1ère ligne sociaux ou médico sociaux (débriefting, transfert de compétence) afin d'améliorer le repérage et prévenir les risques psycho sociaux.

Territoire d'intervention :

Le projet se structurera sur l'agglomération Orléanaise et ses cantons limitrophes puis, dans un second temps, un déploiement sur le Montargois et le Pithiverais pourra être étudié, suite à l'évaluation du projet.

Projets associés :

A noter que le département du Loiret ne bénéficie d'aucune PASS psychiatrique ni d'équipe mobile psychiatrie précarité, au contraire des autres départements de la région. La constitution du projet d'équipe mobile sera

accompagnée d'une réflexion sur le besoin de création d'une PASS psychiatrique. L'EMPP aura vocation également à être associée aux réflexions d'un projet de type « Un chez-soi d'abord ».

LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES	RISQUES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.</li> <li>- Volonté commune entre professionnels de l'EPSM et de l'AIDAPHI de porter un projet commun, fondé sur la complémentarité des compétences du secteur social et sanitaire.</li> <li>- Définir les modalités d'évaluation psychiatrique par les CMP et le passage de relai</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confusion et substitution des missions d'intervention des CMP (cf. visites à domicile) avec le rôle de coordination et d'interface de l'équipe mobile.</li> <li>- Refus d'accès au logement par les bailleurs sociaux par méconnaissance du public ou manque de partenariat avec les CMP.</li> </ul>

#### COLLABORATEURS A MOBILISER

**Co-porteur du projet :** Equipe de maraude sociale de l'AIDAPHI ;

**Contributeurs à associer à la définition et mise en œuvre du projet :** CMP de secteur pour adultes et adolescents du territoire ; CMP d'addictologie ; Unité du psycho-traumatisme de l'EPSM ; APLEAT, ANPAA 45 ; PASS; SAMU social ; Espace Ressource Logement Orléans (AIDAPHI) ; Service d'accompagnement social au logement d'Orléans (AIDAPHI) ; Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (IMANIS) ; Médecine de ville (Maisons de santé pluridisciplinaire et CPTS).

#### ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Débuter les prises en charge de l'EMPP	Dr BRIEUDE (EPSM), Mme LAURENT (AIDAPHI)	Septembre 2020	0.2 ETP de médecin ; 2 ETP IDE ; 0.5 ETP Assistante sociale ; 0.5 ETP cadre. Véhicule et matériel informatique mobile pour dossier patient et télé-médecine	<b>A préciser par contrôle de gestion</b>
Communiquer sur l'existence du dispositif	Service de communication de l'EPSM / pole de soins spécifiques	Octobre 2020		
Evaluer l'activité et l'impact sur le parcours patient	Dr BRIEUDE (EPSM), Mme LAURENT (AIDAPHI)	Septembre 2021		
Définir une organisation à déployer dans un second temps sur les territoires du Montargois, Pithiverais,	Dr BRIEUDE (EPSM), Mme LAURENT (AIDAPHI)	2021-2025		

Giennois			
MODALITES D'EVALUATION			
Objectifs d'évaluation	Indicateurs	Sources	
<p>Evaluer l'activité et son impact sur le parcours patient ;</p> <p>Evaluer l'insertion par le logement et la continuité des soins des personnes prises en charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de personnes prises en charge par l'EMPP ;</li> <li>- Nombre de personnes prises en charge par l'EMPP bénéficiant déjà d'un suivi CMP ;</li> <li>- Ventilation des situations sociales (sans logement, logement précaire) ;</li> <li>- Ventilation des orientations après évaluation (accompagnement vers le logement, prise en charge en CMP, orientation vers l'hospitalisation etc.) ;</li> <li>- Evaluation des hospitalisations inadéquates faute de logement ou logement précaires à l'EPSM.</li> <li>- Evaluation de la pertinence du parcours de soins (Patient traceur) ;</li> </ul>	<p>DIM via évaluation pyramig/AIDAPHI</p>	
SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK			
<p>Equipes mobiles psychiatrie précarité du CH de Sainte Anne, EPSM Maison Blanche ; Equipes mobiles de la région Centre Val-de-Loire.</p>			

## FICHE PROJET N° 6 : Création d'une équipe Mobile de gérontopsychiatrie

<b>Chef de projet CPT :</b> EPSM	<b>Etablissements et services engagés :</b> EHPAD du territoire, CHAM, filière de gériatrie de la personne âgée du CHRO, Réseau CLIC-MAIA, CCAS, service APA, médecine de ville, résidences autonomie
----------------------------------	---

Ces équipes s'adressent principalement aux personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques et psycho-comportementaux à domicile ou en institution. La création de cette équipe mobile gérontopsychiatrie correspond à une conception du soin basée sur l'« aller vers », qui décline le parcours de soins du patient autour de :

- La prise en soin globale,
- La nécessité de se donner du temps pour prendre soin, et de s'adapter au rythme de la personne âgée,
- Du respect de la personne et de ses choix,
- Favoriser l'autonomie,
- Travail en pluri et interdisciplinarité.

Les soins dispensés s'articulent autour :

- Des consultations médicales,
- Des entretiens infirmiers,
- De l'accompagnement social,
- De l'accès aux bilans pluridisciplinaires et à l'hospitalisation de jour proposée par la filière.

A l'offre de soins proposée aux patients, son entourage et aux partenaires s'adossent des pratiques innovantes de télémédecine : Télé staffs, Télé expertise et Téléconsultations.

L'approche pluridisciplinaire proposée a pour objet de comprendre, soigner, d'apaiser et d'accompagner les personnes âgées souffrant de difficultés psychologiques. Dans cette perspective, le champ d'intervention de l'équipe mobile de gérontopsychiatrie répond aujourd'hui à un vrai besoin de la population.

## OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER

Améliorer le repérage et l'intervention précoce auprès des personnes présentant des troubles de la personne âgée afin de prévenir la dégradation de son état de santé et lui permettre de se maintenir dans son lieu de vie.

Réaliser une évaluation globale, à la fois psychiatrique, somatique, sociale, dans leur milieu de vie (à domicile ou en institution) au travers des équipes mobiles, du recours à l'accompagnement social, aux différentes consultations gériatriques et bilans spécifiques.

Etayer les professionnels de santé ou médico-sociaux (EHPAD) dans l'accompagnement des personnes au travers d'avis, de staff pluridisciplinaire (recours à la télémédecine).

Donner un égal accès aux soins en déployant des consultations avancées sur le Giennois, le Pithiverais et le territoire de Meung-sur-Loire dans un premier temps ainsi que le Montargois dans un second temps.

LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES	RISQUES
Autorisation de l'EPSM pour la constitution de l'EMGP	Difficulté de recrutement de temps médical dans cette spécialité  Evaluer l'impact sur les besoins de prises en charge sur les hôpitaux de jour issus de l'adressage de l'équipe mobile
Formation des professionnels	
Déploiement de la télémédecine avec les EHPAD et la filière gériatrique	

## COLLABORATEURS A MOBILISER

Filière de gérontopsychiatrie de l'EPSM, CMP du territoire, CHAM, EHPAD, foyers d'hébergement pour personnes âgées, CHRO, CPTS, réseau MAIA.

## ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources	Budget
---------	---------------------	-------------------------	------------	--------

		(début/fin)	nécessaires	
Recrutement de l'équipe et mise en œuvre des formations	Dr MAGIS, chef de pôle	2020	A préciser	Chiffrage réalisé par la cellule de coordination projet en lien avec le contrôle de gestion, le cas échéant.
Poursuite du déploiement de la télémédecine	Mme MITAINE, cadre de santé de la filière de gérontopsychiatrie, GCS télé santé	2021-2025		
Evaluer l'impact des interventions de l'équipe mobile sur le parcours de soins	Dr MAGIS, chef de pôle	2021	Rapport d'activité	
MODALITES D'EVALUATION				
Objectifs d'évaluation	Indicateurs		Sources	
Evaluer la pertinence du parcours du sujet âgé, la prévention du recours à l'hospitalisation, la réactivité des interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• File active et répartition par tranche d'âge.</li> <li>• Nombre d'actes, d'interventions et ventilation par motif de l'équipe mobile.</li> <li>• Taux d'intervention à domicile et en institution</li> <li>• Analyse des provenances géographiques et des adresseurs de l'équipe mobile de territoire.</li> <li>• Taux de recrutement géographique.</li> <li>• Délais d'intervention de l'équipe mobile</li> <li>• Taux de recours à l'hospitalisation psychiatrique ou en services de gériatrie ;</li> <li>• Nombre d'actes de télémédecine et ventilation par type</li> </ul>		DIM	
SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK				
Equipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée du territoire français : Equipe mobile Ouest 94, CH Villejuif ; EPSM Maison Blanche (Paris) ; EPSM Gourmelin (Quimper)				

**FICHE PROJET N° 7 : Création d'un Dispositif d'Intervention Mobile en Addictologie (DIMA)**

**Chef de projet CPT :** Dr LAPUJOLADE, médecin responsable de la filière d'addictologie de l'EPSM

**Etablissements et services engagés :** MSP du Giennois, CPTS, filière d'addictologie (ELSA départementale, Centre de recours Paul Cézanne), filière de santé mentale (CMP, EPSM).

Public concerné :

- Les personnes souffrant d'addiction afin d'effectuer un repérage précoce et prévenir les co-morbidités.
- Les patients souffrant de troubles cognitifs liés à l'alcool ; On constate un risque 4.6 fois supérieur de développer une démence, par rapport à la population normale, chez les hommes alcoolo-dépendants âgés de plus de 65 ans. Les signes cognitifs les plus précoces et les plus fréquemment observés concernant la sphère exécutive (58%) ainsi que les troubles de la mémoire à court terme (32%), bien avant les troubles démentiels (4%).

L'absence de prise en compte de ces troubles cognitifs diminue la pertinence du dispositif de soins actuel, les patients y étant orientés au mauvais endroit et/ou au mauvais moment, et des programmes de soins mal adaptés leur étant proposés. La prévalence des atteintes cognitives des patients suivis pour un trouble de l'usage de l'alcool est très sous-estimée.

**OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER**

Objectifs :

- Améliorer le repérage précoce des troubles derrière des tableaux initialement peu spécifiques (en médecine générale, dans le réseau ambulatoire d'addictologie ou en psychiatrie), afin de permettre une orientation adéquate vers la filière spécialisée. Celle-ci doit alors s'adapter pour **prendre en compte l'impact des troubles cognitifs sur les soins et viser à restaurer le fonctionnement antérieur tant qu'une récupération est possible, ou s'adapter aux handicaps lorsque le stade des séquelles est atteint.**
- Développer la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce
  - Sur le territoire : **articulation des soins dans les CMP et MSP éloignées**, afin de mieux y dépister les troubles, éviter leur aggravation des troubles et les hospitalisations inappropriées
  - Avec **le concours de la télémédecine**, en lien avec le Centre Paul Cézanne/ St Marc : téléstaff avec le réseau, téléconsultation médicale en interface avec le binôme patient / IDE
  - Et la **proposition d'actions de psychoéducation**
- Développer la prise en charge des troubles neuro-cognitifs
  - **Equipe d'intervention à domicile (« SIAD »)**, afin d'éviter les ruptures de parcours, en lien avec le centre Paul Cézanne / Chanteau (HJ).

Cette équipe aura également pour mission :

- De proposer des actions de sensibilisation et de formation aux équipes de secteur, en se déplaçant dans les CMP
- De mieux articuler les relais de soin entre l'hospitalisation et l'ambulatoire, en élargissant l'activité de liaison hospitalière pour mieux préparer les sorties
- De veiller à garder le contact avec les patients les plus vulnérables, sur le modèle de ce qui a été mis en place par la filière pendant la période de confinement (appels téléphoniques systématisés à tous les patients de la file active, sans attendre leur sollicitation).

L'organisation de cette équipe s'appuierait sur des affectations croisées : chaque IDE du SIAD serait rattachée à une des antennes de consultation avancée. Elle pourrait ainsi s'associer 2 jours par semaine à leur collègue locale, afin de permettre des interventions à domicile également sur ces territoires.

LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES		RISQUES		
Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie 2020 Retour d'expérience de la consultation avancée IDE et télé-médecine sur une MSP du Giennois Mobiliser les CPTS pour faisabilité de l'intervention au sein des MSP		Dimensionnement de l'équipe pour couvrir les besoins d'un territoire vaste, avec des inégalités d'aménagement du territoire (transports en commun) et pour une population qui se déplace peu (troubles neuro cognitifs avancés).		
COLLABORATEURS A MOBILISER				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Filière d'Addictologie de l'EPSM G.Daumézon (Centre Paul Cézanne Chateau - Temps Complet et Temps Partiel - et St Marc - ambulatoire), ELSA du territoire (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie), du SSIAD ( Service de Soins Infirmiers à Domicile), IDE libérales</li> <li>Partenaires de l'addictologie selon les bassins de population ; CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ; ANPA, APLEAT, ESPACE, ELSA Maisons de Santé Pluridisciplinaires et CPTS, GRAPPA, groupes néphalistes (Alcooliques Anonymes, Vie Libre, Alisa), URPS</li> </ul>				
ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Proposer le projet en réponse à l'Appel à projets du Fonds national d'Innovation organisationnelle	Dr LAPUJOU LADE Dr MAGIS	Septembre 2021	6 ETP IDE 1 ETP assistant social 0.5 ETP psychologue 1 ETP médecin 0.5 ETP cadre (redéploiement) Véhicules, télé-médecine et équipements informatiques mobiles	<b>599 725 euros (dépenses exploitation)</b>  <b>56 100 euros (investissement)</b>
MODALITES D'EVALUATION				
Objectifs d'évaluation	Indicateurs		Sources	
Evaluer l'intervention précoce de l'équipe et la continuité des soins à la fois somatiques et psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'actes par type d'intervention et par catégorie professionnelle ;</li> <li>Ventilation des adressages et orientations ;</li> <li>Nombre de bilans neuro-cognitifs</li> <li>Nombre de patients orientés vers l'hospitalisation temps partiel pour une prise en charge en remédiation cognitive</li> <li>Nombre de suivis conjoints DIMA/CMP/MSP</li> </ul>		DIM	
Evaluer le développement des compétences des patients dans la gestion de leur maladie	Nombre de patients ayant suivis un programme de psycho éducation		Pôle	

Evaluer l'impact de la prise en charge sur la qualité de vie	Evaluation de la qualité de vie	Pôle
<b>SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK</b>		
<p>La proposition du présent projet d'appuie sur <u>le retour d'expérience</u> de la création d'une activité de consultation avancée dans le Giennois, en partenariat avec les acteurs de santé locaux.</p> <p>Cette activité de consultation a été organisée sur la base de 0.2 ETP de temps IDE, et en concertation avec les structures de soins implantées localement : CMP (Gien), maisons de santé pluridisciplinaires (Gien et Bonny sur Loire), et Centre médico-social (Briare). L'IDE effectue 1 journée de consultation par semaine, en changeant de site chaque semaine ; elle est installée dans les locaux des structures locales, avec lesquelles elle travaille en concertation. Elle dispose d'un matériel informatique permettant un accès au DPI et un téléphone mobile. L'articulation avec le médecin référent se fait lors des temps de réunion clinique au centre d'addictologie, ou si besoin en utilisant le dispositif de télémédecine installé au CMP (possibilité de téléconsultation).</p>		

IV.1.3. Objectif opérationnel n°3 : prévenir l'installation du handicap et les ruptures de parcours au travers d'accompagnements adaptés

IV.1.3.1. *Accompagnateur de parcours (case management)*

FICHE PROJET N° 8 : Favoriser l'inclusion, le rétablissement et prévenir les ruptures de parcours au travers de l'intervention de case managers ou accompagnateur de parcours	
<p><b>Chef de projet CPT :</b> Filière de réhabilitation psychosociale ; filière ambulatoire du pôle de psychiatrie de l'adulte ; filière d'hospitalisation de crise du pôle de psychiatrie de l'adulte.</p>	<p><b>Etablissements et services engagés :</b> Filière de RPS, filière ambulatoire de psychiatrie de l'adulte, unité d'hospitalisation pour adolescents et unités d'hospitalisation pour adultes de l'EPSM et du CHAM ; UNAFAM ;</p>
<p><u>Public concerné :</u> Personnes à l'entrée de la maladie, jeunes de 16 à 25 ans ou personne au premier épisode psychiatrique tardif, présentant un potentiel de chronicité.</p>	
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER	
<p>Le case manager est un professionnel des établissements sanitaires ou médico-sociaux, formés à l'accompagnement global de la personne souffrant de troubles psychiques. Au travers de 2 à 3 contacts par semaine, il accompagne la personne dans ses démarches (ex : engagement vers les soins et/ou démarches d'inclusion) dans tous les lieux de sa vie (domicile, travail ou lieu de formation, sur site ou par téléphone) au travers d'un étayage global permettant à la personne d'être actrice de son parcours. Une fois que la personne est stabilisée dans la continuité des soins, que les relais sont consolidés (ex : relais de l'hospitalisation vers le CMP), le case manager achève son intervention.</p> <p>Son rôle est de favoriser la continuité des soins et l'inclusion des personnes à l'entrée de la maladie et présentant un potentiel de handicap psychique.</p> <p>Le case manager suit 20 à 30 patients. Il peut intervenir à différents endroits du parcours de soins. En milieu sanitaire psychiatrique, il est judicieux de positionner son intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En unité d'hospitalisation de crise afin d'éviter les ruptures de soins suite à l'hospitalisation et consolider le passage de relai en CMP ;</li> <li>• En CMP afin de prévenir l'installation du handicap, d'intervenir précocement dans le parcours de soins de la personne et de favoriser l'inclusion et le rétablissement ;</li> <li>• Au sein des services de réhabilitation psychosociale afin d'accompagner le parcours des personnes suivies et pris en charge en libéral.</li> </ul>	
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES	RISQUES
<p>Retour d'expérience positif de case management au sein d'une unité de crise de l'EPSM (Van Gogh) ;</p> <p>Identification d'un CMP expérimentateur (CMP P. PICASSO)</p> <p>Filière de réhabilitation psychosociale investie dans le déploiement des cases managers en lien avec les soins de RPS</p> <p>Identifier la part en nombre de la file active des primo-épisodes psychotiques, par tranches d'âge pour le territoire</p> <p>Développer les formations spécifiques et clarifier le positionnement du case manager dans le parcours de soins.</p>	<p>Dimensionnement du poste et de l'activité du case manager</p> <p>Turn-over des prises en charge des personnes</p>
COLLABORATEURS A MOBILISER	

ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Déployer des cases managers sur les unités de crise et un ou deux CMP expérimentateur ainsi qu'au sein de la filière de réhabilitation	Dr OLLAND, médecin responsable de la filière de RPS, Dr LATROUS, médecin responsable de la filière ambulatoire de psychiatrie adulte ; Dr MOULY, médecin responsable de la filière hospitalisation de crise (EPSM)	2021-2025	2 IDE en unité de crise 1 IDE ou autre professionnel en CMP 1 IDE ou autre professionnel en RPS	A définir
Evaluer l'expérimentation et ses impacts sur le parcours de soins				
MODALITES D'EVALUATION				
Objectifs d'évaluation	Indicateurs	Sources		
Identifier la plus-value de l'intervention du case managers	Nombre de personnes suivies par un case manager, typologie des patients, tranche d'âge Taux de patients présentant un primo-épisode psychotique pris en charge par un case manager Nombre de ré-hospitalisation des personnes suivies comparée au nombre de ré-hospitalisations moyen Nombre de perdus de vue à l'issue de l'hospitalisation	DIM		
SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traité de réhabilitation psychosociale, sous la direction du Pr Nicolas FRANCK, 2018</li> <li>- CHUV de Lausanne</li> <li>- EPSM Lille Métropole</li> <li>- SAMSAH Prépsy</li> </ul>				

FICHE PROJET N° 9 : Parcours de soins pour les 16-25 ans	
<p><b>Chef de projet CPT :</b> EPSM (pôle de psychiatrie de l'adulte et pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent)</p>	<p><b>Etablissements et services engagés :</b> EPSM (pôle de psychiatrie de l'adulte et pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Centre Support régional et filière de réhabilitation psychosociale), CHAM (service de psychiatrie de l'adulte et service de psychiatrie infanto juvénile).</p>
<p><b>Public concerné :</b> Grands adolescents (16 ans) et jeunes adultes jusqu'à 25 ans, au début et à l'entrée de la maladie, présentant un potentiel de chronicité.</p>	
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER	
<p>La prise en charge des 16-25 ans nécessite des soins et un accompagnement adapté à une population dont la maladie est émergente et pour lesquels il peut être difficile de faire la part entre ce qui est lié à la pathologie mentale, somatique, au déficit éducatif, au traumatisme.</p> <p>Le passage à l'âge adulte met en évidence la difficulté de transition entre la prise en charge, très encadrée et encadrante, des personnes mineures et celle des personnes jeunes majeures (perte de repères, obstacle à l'insertion, carence dans l'accès aux droits) et la nécessité d'accompagner ce passage. Des dispositifs institutionnels ne sont pas suffisamment articulées et ne sont pas adaptées aux transitions nécessaires pour ces jeunes qu'il s'agisse de leur scolarité, de leur formation, de leur logement, de leurs ressources en amont des prises en charge du handicap et lorsqu'ils sont en situation de handicap). Cette situation favorise les ruptures de parcours dans les soins et dans l'accompagnement (perdus de vue, absence de relais) de nature à favoriser l'installation du handicap, l'aggravation des troubles.</p> <p>Le projet a pour but de structurer une filière de soins des 16-25 ans articulée autour d'une prise en charge en hôpital de jour, d'hospitalisation de crise, en lien avec les soins de réhabilitation psycho-sociale (Education thérapeutique, Remédiation cognitive, accompagnement vers l'insertion par le logement, la formation, le milieu professionnel, psychoéducation des familles) et un accompagnement de type case management. Il doit réunir à la fois les compétences des professionnels de pédopsychiatrie et celles de la psychiatrie de l'adulte. Ce projet est à concevoir en lien avec le projet Centre de consultations et de soins somatiques pour personnes handicapées.</p> <p><u>Les résultats attendus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les interventions précoces auprès de ce public afin d'engager les soins et accompagnements nécessaires au rétablissement ;</li> <li>- Eviter les ruptures de soins, la désocialisation, la désinsertion ;</li> <li>- Prévenir l'installation ou l'aggravation du handicap psychique ;</li> </ul>	
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES	RISQUES
<p><u>Levier :</u> Fond d'innovation organisationnelle et Appels à projet régionaux ; Filière de RPS et Centre régional support de RPS</p> <p>Projet attractif pour l'exercice professionnel des médecins.</p> <p><u>Pré-requis :</u></p> <p>Mise en place en préalable de l'HDJ 16-25 ans.</p> <p>Identification de porteurs de projet pédopsychiatre et psychiatre de l'adulte.</p>	<p>Faisabilité financière nécessitant des moyens nouveaux</p> <p>Démographie médicale contrainte</p>
COLLABORATEURS A MOBILISER	
<p>CMP du territoire de l'EPSM, du CHAM, prenant en charge les 16-25 ans (CMP de psychiatrie de l'adulte et de l'enfant), unités d'hospitalisation de crise pour adulte et adolescents ; filière de réhabilitation psycho-sociale et Centre support régional, AMARA 45 et maison des adolescents, ASE,PJJ, IME, ITEP, SESSAD, acteurs de l'insertion</p>	

sociale, de l'habitat, de la formation, de l'emploi ; Universités

**ACTIONS A ENGAGER**

<b>Actions</b>	<b>Porteur de l'action</b>	<b>Echéancier prévisionnel (début/fin)</b>	<b>Ressources nécessaires</b>	<b>Budget</b>
Définir le projet d'hôpital de jour pour AAP Fond innovation organisationnelle	A définir	2021-2025	A définir	A définir

**MODALITES D'EVALUATION**

<b>Objectifs d'évaluation</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Sources</b>
A définir	A définir	DIM

**SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK**

Unité 16-25 ans EPSM Lille Métropole  
 Case management pour les premiers épisodes psychotiques des 15-30 ans du CHU Brest  
 Plateforme « Jeunesse et santé mentale », EPS Ville Evrard  
 Unité Passerelle des adolescents et jeunes adultes, CH Sainte Anne

FICHE PROJET N° 10 : Création d'appartements de transition en sortie d'incarcération				
Chef de projet CPT : Dr PARROT		Etablissements et services engagés : Pôle de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire		
Public concerné : patients psychotiques sortant de détention, en situation de précarité et isolés socialement, nécessitant une poursuite des soins ; hors aménagement de peines (potentiel de 35 patients identifiés au sein du pôle soins en milieu pénitentiaire en 2016).				
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER				
Prévenir la récidive pénale et la poursuite des soins psychiatriques en accompagnant les patients les plus fragilisés et en situation de précarité dans une démarche d'insertion sociale dès la levée d'écrou au travers de la mise à disposition d'un appartement de 3-4 places.				
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES		RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Liens déjà engagés avec APPEAT, SPIP</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance de personnel paramédical et d'assistant social</li> <li>Saturation du dispositif</li> <li>Amalgame avec un lieu d'exécution des peines</li> </ul>		
COLLABORATEURS A MOBILISER				
Service social de l'EPSM, et CCAS, bailleurs sociaux, foyers, psychiatrie : CMP ; SPIP ; Médecine libérale.				
ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur(s) de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Rédaction du Projet médical pour soutenir la création d'un ou plusieurs appartements alternatifs avec prévisions des organisations et des moyens	Pôle soins en milieu pénitentiaire	2018	Investissements en équipement : locaux dédiés avec chambres individuelles et espaces communs + mobilier Ressources humaines : 1,5 ETP IDE + 0,50 ETP assistant social, le personnel recruté venant renforcer l'équipe existante du DSP pour déployer cette nouvelle activité Temps médical à moyens constants Moyens mutualisés : suppléance infirmière et médicale en interne au Pôle PMP	Investissement Immobilier 33 000€ Budget d'entretien : 8 000€ RH : IDE 750 00€ Assistant social 25 000€
Engager avec le réseau la continuité de la PEC sociale, en hébergement individuel ou en institution et relais pour la continuité des soins.	Encadrement	En continu	Achat d'un véhicule de secteur	10 000€

Restaurer les liens familiaux				
Evaluer le retour d'expérience	Pôle soins en milieu pénitentiaire	2021		
<b>MODALITES D'EVALUATION</b>				
<b>Objectifs d'évaluation</b>	<b>Indicateurs</b>			<b>Sources</b>
Mesurer la continuité des soins et la réinsertion des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de prise en charge relayées en CMP ;</li> <li>• Ventilation des prises en charge en aval (accès au logement ordinaire, foyers, etc.) ;</li> <li>• Nombres de réincarcérations ;</li> <li>• Taux d'occupation et de <i>turn over</i> ;</li> <li>• Durée moyenne de séjour ;</li> <li>• Satisfaction des usagers.</li> </ul>			DIM / Pôle / Administration pénitentiaire
<b>SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK</b>				

## FICHE PROJET N° 11 : *Service d'accompagnement à la sortie*

<b>Chef de projet CPT</b> : CHRO/EPSM		<b>Etablissements et services engagés</b> : Administration pénitentiaire, UCSA du CHRO sur le CPOS ; pôle soins en milieu pénitentiaire de l'EPSM		
<b>Public concerné</b> : Personnes en demande d'accompagnement psycho social ; Conduites Addictives ; Auteurs de violences conjugales ; Psychose stabilisée (pas de psychotique lourd => possibilité d'orientation au DSP2).				
<b>OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER</b>				
Favoriser le soin pour que la pathologie ne soit pas un frein à la réinsertion et accompagner l'autonomie des détenus sur le plan sanitaire, somatique et psychiatrique, et social au travers d'un dispositif de 90 places. La démarche propose de faciliter la réinscription des personnes détenues dans leur projet de sortie en améliorant leur qualité de vie de façon globale à l'extérieur. L'objectif est d'acquérir une autonomie dans les démarches simples du quotidien (demandes administratives de base, quotidien autonome : faire ses courses, établir un budget, rechercher un emploi...) et de recréer des liens sociaux, familiaux et favoriser l'implication et le soutien de la famille et du réseau amical. Mettre en place un cadre de vie comprenant la dimension de prise en charge des problématiques de santé dans l'environnement habituel de vie, créer une dynamique de soutien et de résolution de problèmes grâce aux interactions pluri professionnelles médico-sociales et SPIP Le projet veut soutenir les soins déjà engagés sur la détention, prévenir les ruptures de prises en charge médicamenteuses ou autres thérapies, les décompensations de pathologies somatiques ou psychiatriques, ayant pour conséquences des risques de récidives sur le plan pénal. Des actions de psychoéducation seront réalisées dans ce sens.				
<b>LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES</b>		<b>RISQUES</b>		
Articulations avec la filière de réhabilitation psycho sociale et le centre support régional à envisager ; Visites d'autres SAS à engager		Le programme fonctionnel doit être travaillé avec les utilisateurs. Coordination de la prise en charge et parcours patient à structurer.		
<b>COLLABORATEURS A MOBILISER</b>				
UCSA, DSP1 et DPS2 ; CPTS ; CMP ; structures médico-sociales ; SPIP ; Administration Pénitentiaire ; JAP				
<b>ACTIONS A ENGAGER</b>				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Elaborer le projet de prise en charge et le programme fonctionnel en association avec les utilisateurs	Administration pénitentiaire, UCSA et DSP	<b>2020</b>	<b>A définir</b>	<b>A définir</b>
<b>MODALITES D'EVALUATION</b>				
Objectifs d'évaluation	Indicateurs	Sources		
A définir au sein du projet	A définir au sein du projet			
<b>SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK</b>				
Plan prison 2018-2022				

FICHE PROJET N° 12 : Commission situations complexes				
Chef de projet CPT : Pascal GAILLARD, directeur des soins, EPSM Georges Daumézon du Loiret		Etablissements et services engagés : membres du CLSM de l'agglomération orléanaise EPSM ; municipalités de l'agglomération orléanaise, UNAFAM,APHL ; Plateforme Territoriale d'Appui.		
<b>Public concerné</b> : élus, professionnels du secteur sanitaire, médico-social, social, bailleurs sociaux, étant confronté à une situation relevant de la santé mentale qui n'a pas trouvé de solutions satisfaisante.				
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER				
Les partenaires du champ de la santé mentale se retrouvent parfois seuls face à des situations individuelles complexes. Il s'agit souvent de personnes en situation d'isolement dont l'attitude n'est pas adaptée à la vie en collectivité, qui génère des troubles du voisinage ou qui peuvent se mettre en danger ou mettre en danger autrui. La finalité de la commission est d'améliorer l'inclusion des personnes avec handicap psychique dans leur environnement de vie en prévenant la dégradation de la situation et les hospitalisation évitables.				
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES		RISQUES		
Constitution d'une commission dédiée avec des membres permanents et membres invités. Un coordonnateur ; une fiche de saisine ; une charte déontologique de fonctionnement.		Vigilance sur le partage d'information qui porte sur ce qui est strictement nécessaire aux échanges, avec l'accord de la personne ou de son représentant légal		
COLLABORATEURS A MOBILISER				
Commission issue du CLSM ; PTA				
ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Créer une commission Créer une fiche de saisine informatisée Rédaction d'une charte de fonctionnement	Pascal GAILLARD, directeur des soins  Julie Beauvais, coordinatrice CLSM	Actions réalisées	1 demi ETP de coordinatrice Financé par l'ARS Depuis mars 2020	Chiffrage réalisé par la cellule de coordination projet en lien avec le contrôle de gestion, le cas échéant.
Définir les modalités de collaboration avec la Plateforme Territoriale d'Appui	Pascal GAILLARD Dr DRAHI, médecin coordonnateur de la PTA			
MODALITES D'EVALUATION				
Objectifs d'évaluation	Indicateurs		Sources	
Replacer le patient dans un parcours de soin structuré	Nombre de situations traitées par la commission avec aspect qualitatif de la prise en charge		Par la commission situations complexes	
SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK				
Centre national de ressources et d'appui aux Conseil Locaux de Santé Mentale (état des lieux national des CLSM 2018)				

**FICHE PROJET N°13 : Transmission d'informations entre professionnels de santé, professionnels médico-sociaux et professionnels sociaux**

**Chef de projet CPT :** CORNU Véronique, Personne qualifiée HAS ; GAILLARD Pascal, Directeur des soins, EPSM G. Daumézon ; Co-pilote méthodologique : VEILUVA Charlotte, Juriste, EPSM G. Daumézon.

**Etablissements et services engagés :** Aide Sociale à l'Enfance ; Protection Judiciaire de la Jeunesse ; Conseil Départemental ; EPSM Georges Daumézon ; AIDAPHI ; CHAM ; La Boussole / Association La Sainte Famille ; FAM Anais.

Professionnels (et assimilés) concernés : les professionnels intervenant dans les champs du sanitaire, du médico-social et du social.

**OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER**

La Loi de modernisation du système de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016, ainsi que deux décrets du 20 juillet 2016 (n°2016-994 et 2016-996) précisent les conditions d'échange et de partage d'information entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social, ainsi qu'au sein d'une équipe de soins.

Le Décret n° 2016-994 confirme la volonté du législateur de faciliter les échanges d'informations strictement nécessaires à l'accompagnement d'une personne, entre professionnels de santé et professionnels du secteur médico-social.

L'article L. 1110-4 II du Code de la Santé Publique prévoit que : « *Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social* ».

Il découle donc de ces textes que le secret partagé est ouvert aux professionnels du secteur médico-social et social, ainsi qu'aux professionnels de la prévention.

Les textes posent des critères cumulatifs qui conditionnent le partage : il faut une prise en charge commune et que les échanges soient strictement nécessaires à l'intérêt de la personne accompagnée.

Une limite est ajoutée par le décret : l'échange ou le partage d'informations doivent être circonscrits, par les professionnels concernés, au « *périmètre de leurs missions* » (voir art. R. 1110-1 du CSP).

Il s'agit ici de renforcer le caractère « *strictement nécessaire* » des échanges, ce qui suppose toutefois que chacun ait bien cerné les fonctions et compétences de son interlocuteur avant de délivrer l'information.

Deux catégories de professionnels sont susceptibles de partager ou d'échanger des informations relatives à une même personne accompagnée :

- **Les professionnels de santé** (4<sup>e</sup> partie du CSP : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, IDE, AS, auxiliaire de puériculture., ambulancier, assistant.e dentaire, masseur kiné, pédicure podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, technicien.ne de laboratoire, radiologie, diététicien.ne., audioprothésiste, opticien, prothésiste).
- **Les professionnels autres** (liste exhaustive : ci-dessous)

Tout échange ou partage entre un professionnel de santé et un professionnel n'appartenant pas à la liste est exclu et constitutif d'une violation du secret médical.

Liste :

- Assistants de service social
- Ostéopathes
- Chiropracteurs
- Psychologues
- Psychothérapeutes

- Aides médico-psychologiques
- Accompagnants éducatifs et sociaux (éducateurs, moniteurs...)
- Assistants maternels
- Assistants familiaux
- Mandataires judiciaires
- ...

Les textes font une distinction importante : entre les membres d'une équipe de soins et les professionnels n'appartenant pas à une même équipe de soins.

Au sein d'une équipe de soins : les informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. Dès lors, le consentement exprès de l'intéressé n'est pas requis pour le partage du secret au sein de l'équipe. La personne doit cependant être dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

Le partage entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert en revanche son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

Ces règles entourant le partage d'informations permettent de cadrer les échanges mais surtout de les autoriser. De ce fait, l'utilisateur pourra bénéficier de cette évolution dont le but est d'améliorer la coordination des acteurs sur le territoire et le partage d'informations entre les professionnels intervenant dans les champs de la santé, du médico-social et du social. Cela permettra de :

- Faciliter le parcours de l'utilisateur et le rendre fluide
- Eviter les ruptures
- Décloisonner les interventions
- Eviter les doublons et les interventions contradictoires
- Réintroduire la notion d'accompagnement de l'utilisateur
- Adapter la transmission à l'interlocuteur pour qu'il puisse apporter une réponse adaptée à l'utilisateur.

Tout en respectant les droits de l'utilisateur et son consentement à la transmission d'informations le concernant. Cela permettra de remettre l'utilisateur au centre des décisions.

LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES	RISQUES ET LIMITES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exploiter les sources de données existantes</li> <li>- Nécessité d'une connaissance des dispositifs présents sur le territoire par tous les professionnels concernés</li> <li>- Nécessité de formations sur le secret professionnel/médical et sur les missions des différents professionnels concernés (sachant que la finalité de l'information encadre le partage)</li> <li>- Nécessité d'un réseau interinstitutionnel (exemples de l'existant : CLSM situations complexes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accès aux dossiers, informations très limitées (exemple : DMP, limité dans sa diffusion et sa mise à jour et nécessite que le patient soit en possession d'une carte vitale).</li> <li>- Questions légales, éthiques et déontologiques : format de l'information et son contenu</li> <li>- Sécurisation de la transmission de l'information (oral/écrit/qualité du destinataire de l'information écrite)</li> <li>- Consentement libre donc peut être retiré à tout moment (non permanent).</li> </ul>
COLLABORATEURS A MOBILISER	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionnels de l'éthique et de la déontologie, juridique : Espace de Réflexion Ethique, Comité Local d'Éthique de l'EPSM, Défenseur des Droits, Maison de la justice et du Droit...</li> <li>- Coordinateur du Conseil Local de Santé Mentale</li> <li>- Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE)</li> <li>- DRDJSCS (Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale)</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide)</li> <li>- ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources)</li> <li>- Via trajectoire</li> <li>- Conseil Départemental</li> <li>- URIOPSS Centre (Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux)</li> <li>- CPTS du Loiret (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé)</li> </ul>
--

**ACTIONS A ENGAGER**

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
ACTION N°1 : Repérage et cartographie des acteurs concourant au parcours de personnes prises en charge en santé mentale	EPSM CLSM ...	Actions chronologiques ou simultanées	Base de données existantes à exploiter et à croiser.	
ACTION N°2 : Formation/information des professionnels	CLSM ...	Actions chronologiques ou simultanées	Juridique, cadre légal de l'information  Formations croisées (exemple de l'ODPE)  Information sur les missions, les cadres d'intervention	
ACTION N°3 : Création d'un guide : circonscription et définition de l'information à transmettre suivant l'interlocuteur (développement du langage commun transmissible)	Groupe de travail	Actions chronologiques ou simultanées		

**MODALITES D'EVALUATION**

Objectifs d'évaluation	Indicateurs	Sources
Développement de la connaissance partagée du réseau	Diffusion et actualisation des répertoires et de la cartographie des acteurs. Révision annuelle du contenu.	
Formation/information continue des acteurs - Développement du travail inter équipes - Adaptation des pratiques	Identification des thématiques de travail, identification des formations, nombre de rencontres par an, nombre de participants.	

**SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK**

- **Projet Territorial de Santé Mentale – Département de la Vienne - Novembre 2019 :**

Coordonner les acteurs sur le territoire pour éviter les ruptures de parcours : Création et développement d'espaces et dispositifs de coordination (déploiement des outils numériques) ; Utiliser les mêmes outils numériques pour améliorer les transmissions d'information entre professionnels.

- **PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE L'YONNE (89) 2018 – 2023 :**

Utilisation d'outils communs de transmission entre les structures et les professionnels. Décloisonner les prises en charge somatiques et psychiatriques. Eviter les ruptures dans les prises en charge. Renforcer les liens entre les professionnels. Meilleure communication entre les professionnels de santé Réciprocité dans les échanges afin d'articuler les prises en charge somatique et psychiatrique. Problématique de transmission du diagnostic (CHA/CHSY). Défaut de culture et langage communs entre acteurs de psychiatrie et acteurs du médico-social/éducatif. Difficultés pour trouver / identifier le bon interlocuteur.

- **PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE 2019 - 2023 Département de la Côte d'Or :**

Transmission des informations : les limites de confidentialité sont à questionner (historique de prise en charge à retracer, allongement des délais, lourdeurs administratives...). Créer des outils communs de transmission des informations permettant l'adressage entre les structures. Investir pleinement le projet individuel de la personne en favorisant la transmission des informations entre les acteurs. Structuration de la transmission d'information en amont des prises en charge, au cours de l'hospitalisation et en sortie, notamment par les groupes opérationnels de synthèse.

- **Projet territorial en santé mentale Haut-Rhin Janvier 2019 (adopté par l'assemblée générale de la CPT du Haut-Rhin le 21 janvier 2019) :**

Eviter les situations de rupture dans le parcours de soins et de vie de l'utilisateur en psychiatrie par un meilleur partage d'informations et de meilleures transmissions entre les différents partenaires. Existence d'un protocole définissant les règles à appliquer lors des transmissions paramédicales entre les partenaires. Amélioration de la transmission d'écrits.

- **Agence du Numérique en Santé – Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé (CI-SIS) - Cercle de soins, Spécifications fonctionnelles des échanges :**

Ce document présente l'étude « métier » de la mise en œuvre d'un mécanisme de gestion du cercle de soins d'une personne dans le domaine sanitaire, médico-administratif, médico-social et social afin d'identifier l'ensemble des intervenants (personnes, professionnels et structures) participant à la prise en charge et aux actions de coordination du parcours de santé de la personne. L'étude menée concerne la modélisation des flux qui existent entre des applications et services numériques de santé accessibles sur ordinateur, smartphone ou tablette et contribuent à la gestion du cercle de soins d'une personne. Elle englobe les actions d'alimentation et de consultation du cercle de soins d'une personne selon divers critères de recherche qui sont présentés dans ce document.

A noter que les contraintes de sécurité concernant les flux échangés ne sont pas traitées dans ce document. En effet, les aspects relatifs à la sécurité sont du ressort du système d'information les implémentant.

Ces exigences « métier » font partie des volets des couches Transport et Service du CI-SIS.

## IV.2. Objectif stratégique n°2 : améliorer l'accès aux soins psychiatriques et somatiques et assurer l'égalité d'accès aux soins sur le territoire

### IV.2.1. Objectif opérationnel n°1 : améliorer la réactivité et les délais d'accès aux soins et assurer un égal accès aux thérapies proposées sur l'ensemble des territoires

#### IV.2.1.1. Favoriser l'accès et la continuité des soins des enfants et adolescents en développant les entretiens infirmiers et psychologues de première intention et les suivis

FICHE PROJET N° 14 : Améliorer l'accès aux soins en pédopsychiatrie				
Chef de projet CPT : Dr HASSAPI-CHARTIER/Dr DEDENON		Etablissements et services engagés : CMP de l'EPSM et du CHAM, EMICEA		
Public concerné : Tout enfant et adolescent de 0 à 16 ans présentant des troubles de plus en plus fréquents : T.S.A, absentéisme et refus scolaire, troubles des acquisitions scolaires, TDAH, dépression et troubles suicidaires, conduites à risque, troubles des conduites et du comportement, troubles anxieux phobiques, TOC, maltraitance, négligences graves, visant tant le soin mais aussi la prévention du handicap, la prévention de l'aggravation des pathologies qui favorisent l'exclusion.				
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DES PATIENTS				
<p>Objectif : renforcer les CMP de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescents afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuer les délais d'accès aux soins dans les CMP en renforçant les effectifs, notamment psychologue et IDE, afin de garantir une meilleure réactivité dans l'accès aux entretiens de première attention, aux bilans et aux consultations de suivi ;</li> <li>• Mettre en place des évaluations et bilans diagnostiques et des examens complémentaires ;</li> <li>• Engager les soins dans les meilleurs délais avec renforcement des suivis réguliers ;</li> <li>• Limiter les risques de rupture du parcours liés à un suivi insuffisant.</li> <li>• Adapter l'offre de soins sur tout le territoire en fonction des besoins de la population : croissance démographique, diversification des motifs de consultation, augmentation de la prévalence de certaines pathologies tels le TDAH, DYS, les troubles spécifiques des apprentissages, les T.S.A...</li> <li>• Prioriser les territoires les plus en difficulté au regard du bassin de population et de son dynamisme, des délais d'accès, des listes d'attente et de la composition de l'offre de soins libérale.</li> </ul>				
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES		RISQUES		
Existence d'un parcours de soins structuré autour des CMP/HDJ/EMICEA/Unité d'hospitalisation pour adolescents/CDA4-45				
COLLABORATEURS ET PARTENAIRES A MOBILISER				
EMICEA, CMP, CDA4-45, partenaires médico-sociaux				
ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Définir les besoins en renforcement des CMP et proposer une réponse à un AAP	Dr HASSAPI Dr DEDENON	2020-2021	4 psychologues, 1 neuropsychologue et 1 psychomotricien pour le I01 et I02 ;  2 psychologues et 1 IDE pour le I03.	560 769 euros
MODALITES D'EVALUATION				

Objectifs d'évaluation	Indicateurs	Sources
Mesurer les délais d'accès en CMP et la fréquence des suivis	Délais d'accès Nombre d'actes/catégorie professionnelle et par patient	DIM
Nombre d'adressages depuis les établissements médico-sociaux	Nombre d'enfants suivis et pris en charge au sein de l'ASE/PJJ	DIM
<b>SOURCES D'INNOVATION / BENCHMARK</b>		

FICHE PROJET N° 15 : Centre d'Accueil et de Crise				
<b>Chef de projet CPT</b> : Dr Constantin (EPSM)		<b>Etablissements et services engagés</b> : EPSM, CHAM, CMP, centre régional VIGILANS, SAU, SAMU		
<p><b>Public concerné</b> : patients à partir de 16 ans présentant une indication d'urgence psychiatrique, risque suicidaire, passage à l'acte, en soins libres.</p> <p>Les urgences psychiatriques aiguës (états confusionnels, agitations avec hétéroagressivité, intoxications aiguës et sevrages) sont contre indiquées à la prise en charge par le CAC. Les patients concernés continueront à être adressés en hospitalisation sur le site de l'EPSM.</p>				
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER				
<p>Le SROS 2006-2011 indique que « tout département doit être équipé d'au moins un centre d'accueil et de crise (CAC) à même d'héberger sur 48 ou 72 heures des patients reçus en urgence, quel que soit leur âge, aux fins d'évaluation et de traitement.</p> <p>La création d'un centre d'accueil et de crise de 8 lits sur le site de l'EPSM, à vocation départementale, a pour objectif de mettre en place une offre de soins nouvelle, permettant de prendre en charge des situations de crise réalisées, à l'occasion d'une hospitalisation en principe de moins de 72 heures, un travail spécifique autour de la notion de crise dans un cadre plus adapté et moins stigmatisant que les unités d'hospitalisation de psychiatrie générale</p> <p>Dans un premier temps, le CAC s'adresse à un public adulte ; dans un second temps, l'extension vers une prise en charge des adolescents de plus de 16 ans sera à étudier.</p> <p>Le CAC a vocation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• à offrir un lieu contenant et rassurant, clairement distinct de tout autre lieu de soins. Il s'agit d'un lieu intermédiaire offrant la possibilité au patient d'une mise à distance de son environnement tout en restant en lien et en interaction avec les lieux et les intervenants externes.</li> <li>• à générer une prise en charge globale du patient à la fois sur le plan somatique et psychique. Dans ce cadre, l'évaluation somatique par l'adresseur (service d'urgences, SAMU, médecins généralistes, CMP...) constitue a fortiori une obligation et/ou est souhaitable, notamment pour exclure des pathologies somatiques sous-jacentes (de type neurologique en particulier), mais aussi pour recueillir au besoin un bilan biologique d'entrée permettant de sécuriser la mise en place d'un traitement.</li> <li>• à permettre ainsi une évaluation fine de la problématique à la fois médicale, psychologique, sociale, environnementale et familiale ; évaluation du degré de gravité du risque d'un éventuel passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif.</li> </ul>				
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES		RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorité régionale sur précédent SROS 2006-2011</li> <li>• Validation par l'ARS du projet en mai 2017</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• recrutement des professionnels nécessaires au bon fonctionnement de la structure</li> <li>• La durée d'hospitalisation</li> <li>• Le dimensionnement du CAC</li> <li>• Le non- respect des modalités d'admission</li> </ul>		
COLLABORATEURS A MOBILISER				
Le CPAU ; Pôles de psychiatrie adulte de l'EPSM ; Direction ; Président de CME ; SAU du territoire, SAMU ;				
ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur(s) de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget

Réaliser le cahier des charges-programme fonctionnel pour la future unité CAC	Directeur et Président de CME de l'EPSM Médecin chef du pôle de psychiatrie de l'adulte	Mai 2017- septembre 2017	Médecin chef du pôle de psychiatrie de l'adulte Encadrement supérieur du pôle de psychiatrie de l'adulte Cadre de santé du CPAU Equipe du CPAU Direction de la Logistique des Achats Travaux Développement Durable	-
Construction de l'unité d'accueil et de crise sur le site de l'EPSM	Directeur	En cours – décembre 2021 (voire 2022)	Médecin chef du de psychiatrie de l'adulte Encadrement supérieur du pôle de psychiatrie de l'adulte Cadre de santé du CPAU Direction de la Logistique des Achats Travaux Développement Durable Entreprise de construction Architectes Maitres d'œuvre/d'ouvrage	1 900 000 €
Définir les modalités d'admission vers le CAC (protocoles médicaux), d'organisation avec la médecine générale et les modalités d'organisation avec les adresseurs	Médecin chef du pôle de psychiatrie de l'adulte	A déterminer en fonction de la date d'ouverture du CAC	Président CME CHD Médecin chef du pôle de psychiatrie de l'adulte Encadrement du pôle de psychiatrie de l'adulte Cadre de santé du CPAU Equipe du CPAU Médecins CHD	
Recruter le personnel nécessaire au fonctionnement du CAC	Médecin chef du pôle de psychiatrie de l'adulte Encadrement supérieur du pôle de psychiatrie de l'adulte DSI Direction des affaires médicales	A déterminer en fonction de la date d'ouverture du CAC	Elaboration des fiches de postes pour les IDE, Psychiatre, assistante sociale, ASH	457 149 €
Communiquer sur l'ouverture du CAC et ses modalités d'admission	Directeur /Président de CME CHD Médecin chef	A déterminer en fonction de la date d'ouverture	Médecin chef du pôle de psychiatrie de l'adulte Encadrement du pôle de psychiatrie adulte, Cadre de santé	A définir

	du pôle de psychiatrie de l'adulte	du CAC	du CPAU, Equipe du CPAU	
MODALITES D'EVALUATION				
Objectifs d'évaluation	Indicateurs			Sources
Mesurer l'impact de la prise en charge du CAC sur le risque suicidaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de tentatives de suicide</li> <li>• Taux d'occupation du CAC</li> <li>• Durée moyenne de séjour et <i>turn-over</i></li> <li>• Motif d'hospitalisation et ventilation par provenance (adresseurs, géographie) et orientation à la sortie.</li> <li>• Nombre de prise en charge ayant un suivi en CMP en post crise</li> <li>• Evaluation du parcours de soins (patient traceur) et analyse des évènements indésirables</li> <li>• Nombre de consultations de suivi à J+7</li> <li>• Nombre d'hospitalisations de patients non connus des CMP</li> </ul>			DIM et réseau VIGILANS
SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK				

FICHE PROJET N° 16 : Extension de l'unité d'hospitalisation à temps complet pour adolescents de l'EPSM	
<b>Chef de projet CPT</b> : Dr CRISTEA, responsable de l'Unité d'Hospitalisation à temps Complet pour Adolescents	<b>Etablissements et services engagés</b> : Unité d'Hospitalisation à Temps Complet pour Adolescents, EPSM.
Public concerné : Adolescents de 12 à 18 ans et pré-ados (8-12ans)	
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER	
<p>Le projet d'agrandissement du dispositif de soins pour adolescents s'inscrit dans le CPOM 2012-2016. Le dispositif de soins pour adolescents est aussi, au niveau de la Région Centre, la seule unité avec le CHU de TOURS à pouvoir accueillir les adolescents en crise dans un cadre garantissant la sécurité des soins avec l'appui d'une équipe pluri professionnelle.</p> <p>Les besoins d'hospitalisations sont croissants depuis l'ouverture en 2004 avec l'année 2013 qui signe une période charnière dans l'augmentation notable du nombre de séjours. Le constat actuel de saturation régulière de l'unité de soins amène à ce jour à proposer des aménagements qui sont loin de satisfaire la qualité de l'accueil d'une population particulièrement fragile (accueil d'adolescents en unité adulte). La situation de promiscuité entre adolescents en situation de crise ne manque pas de créer des difficultés supplémentaires au sein du dispositif (relations à gérer entre adolescents, amplification des phénomènes de groupe, violences, etc.)</p> <p>Compte-tenu de la demande croissante en hospitalisation à temps complet et de l'insuffisance de l'offre, les objectifs du projet sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porter la capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet à 12 lits en investissant dans les travaux d'extension du bâtiment existant ;</li> <li>• Maintenir une à deux places « d'hôpital Relais » durant la journée (de 9h à 18h) dans les mêmes locaux. Ces places d'accueil de jour permettraient une meilleure ventilation en amont et en aval de la file active ;</li> <li>• Organiser la prise en charge de l'urgence et de la crise des enfants et des adolescents dans le Loiret et en Région centre (formalisation des conventionnements avec les autres établissements accueillant une population d'adolescents en crise, communication sur ses missions) ;</li> <li>• Préserver la possibilité de faire des admissions programmées dans l'unité d'hospitalisation à temps complet pour adolescents</li> </ul>	
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES	RISQUES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorité nationale sur la prise en charge des adolescents ;</li> <li>• Réflexion en cours sur l'organisation du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (CMP, Hôpitaux de Jour de l'EPSM) ;</li> <li>• Amélioration des relations avec les partenaires ;</li> <li>• Communication sur la connaissance du dispositif et modalités d'accès aux soins (interne et externe) ;</li> <li>• Equipe Mobile d'Intervention et de Crise pour Enfants et Adolescents (EMICEA).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque d'orientations inadéquates ;</li> <li>• Retard de la mise en œuvre du projet d'extension.</li> </ul>
COLLABORATEURS A MOBILISER	
L'ensemble des structures du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'EPSM et du CHAM : CMP, CATTP, Hôpitaux de Jour, SAFT, CDAA 45 ; Service de médecine générale de l'EPSM ; services de pédiatrie du territoire ; SAU ; partenaires médico-sociaux ; Médecine de ville ; Education nationale ; Justice.	

ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Elaborer le projet d'extension de 6 à 12 lits sur la base du recensement des besoins	Direction de l'EPSM + Chef de pôle et Dr CRISTEA et l'équipe de l'UHTCA	Début 2021 : 10 lits 2022 : 12 lits	Besoins en ressources humaines : 1 ETP PH ; 0,5 ETP assistant social ; 0,3 ETP secrétaire ; 2 ETP IDE ; 1 ETP AMP-aide-soignant ; 1 ETP éducateur spécialisé ; 0,2 ETP arthérapeute ; 1 ETP ASH	120 000€ (personnel médical)  182 760€ (personnel non médical)
MODALITES D'EVALUATION				
Objectifs d'évaluation	Indicateurs		Sources	
<p>Mesurer le niveau de recours département de l'unité</p> <p>Mesurer l'évolution du programmé par rapport à l'hospitalisation d'urgence, en lien avec l'activité de l'EMICEA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• File active et répartition selon la tranche d'âges ; taux des moins de 12 ans pris en charge ; nombre d'hospitalisations sous contrainte (SDRE) et sur ordonnance de la justice (OPP) ;</li> <li>• Nombre d'adolescents hospitalisés en service adulte faute de place et ventilation par âge ;</li> <li>• Nombre d'hospitalisations programmées ;</li> <li>• Liste d'attente et délais de prise en charge en hospitalisation ;</li> <li>• Nombre d'hospitalisations de patients hors département ;</li> <li>• Ventilation des prises en charge selon motif/diagnostic ; ventilation par provenance (adresseurs-géographie) et ventilation par orientation à la sortie ;</li> <li>• Evaluation du parcours patient (Patient traceur) ; CREX</li> </ul>		DIM	
SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK				

FICHE PROJET N° 17 : Développer la prise en charge du psycho-traumatisme				
<b>Chef de projet CPT</b> : Pôle de soins spécifiques de l'EPSM G. DAUMEZON en lien avec le Centre Régional du CHU de Tours		<b>Etablissements et services engagés</b> : Consultation psycho traumatisme du Loiret (EPSM) ; Centre régional de psychotraumatisme du CHU de Tours, CHRO (CUMP).		
Public concerné : Personnes impactées par un évènement traumatique ancien ou récent, de nature publique ou privée (ex : actes de violence interpersonnels ; accidents causés par la main de l'homme ou l'erreur technique, catastrophes naturelles) consultant spontanément ou sur adressage par un professionnel. 80 % des psycho-traumatisés développent des co-morbidités dont les troubles dépressifs, de l'addiction...				
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER				
Développer la filière psycho-trauma sur le département du Loiret, en lien avec le Centre Régional du CHU de Tours afin de spécialiser et d'harmoniser les soins.				
Résultats attendus : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer le repérage précoce afin de prévenir tout enkystement des difficultés post-traumatiques. ;</li> <li>- Améliorer l'efficacité de la prise en charge par une équipe dédiée et formée selon les recommandations de bonnes pratiques avec un suivi structuré afin de prévenir l'aggravation des troubles et les co-morbidités et l'installation d'un handicap durable.</li> </ul>				
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES		RISQUES		
Consultation organisée par redéploiement interne au sein de l'EPSM G. Daumézon en lien avec le centre régional du CHU de Tours portée par le Pr EL HAGE. Création d'un poste d'assistant partagé à compter de novembre 2020. Co-construire une intervention coordonnée avec l'équipe de la CUMP impliquée dans le psycho-traumatisme. Positionner la consultation au sein de la cité afin d'en faciliter l'accès et dé-stigmatiser le recours à la consultation.		Liste d'attente déjà observée liée au dimensionnement restreint de l'équipe de démarrage		
COLLABORATEURS A MOBILISER				
CUMP régionale, CHU de Tours, Direction de la Sécurité Publique, AVL 45, CADA, UMJ, Equipe mobile psychiatrie précarité, CMP, CADA				
ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Dimensionner l'équipe pour faire face aux demandes	Chef du pôle de soins spécifiques de l'EPSM	2021	+ 1.5 ETP d'IDE + 1 ETP de psychologue + 0.3 ETP d'assistant social + 1 ETP de secrétariat + un assistant partagé (0.8 ETP sur EPSM/0.2	Chiffrage réalisé par la cellule de coordination projet en lien avec le contrôle de gestion, le cas échéant.

			ETP sur CHU)	
Déploiement d'actions d'information et de formation auprès des équipes de premiers recours (CMP, partenaires) dispensées par le Centre Régional de Psycho-traumatisme.	Chef du pôle de soins spécifiques de l'EPSM	2020-2021	Organisation des journées du psycho-traumatisme à compter de décembre 2020	
Former l'équipe départementale et les principaux intervenants du territoire dans le psycho traumatisme (Thérapie de reconsolidation)	Chef du pôle de soins spécifiques de l'EPSM	Juin 2021		
Evaluer le positionnement géographique de la consultation	Chef du pôle de soins spécifiques de l'EPSM	2021-2025	Définir le besoin en locaux et selon arbitrage PPI	
<b>MODALITES D'ÉVALUATION</b>				
<b>Objectifs d'évaluation</b>	<b>Indicateurs</b>		<b>Sources</b>	
Evaluer la prise en charge apportée sur le territoire	File active Motifs de consultations Nombre d'actes Délais d'accès Durée moyenne de prise en charge Nombre de mono-consultants et motifs Modalités d'orientation des patients vers la structure Nombre de situations adressées au CHU de Tours pour évaluation complémentaire Nombre de rupture de soins et motifs		DIM/POLE	
Evaluer les compétences disponibles sur le territoire pour faciliter le repérage et l'adressage	Nombre de personnels formés		Centre Régional de Psycho-traumatisme	
<b>SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK</b>				
Consultation de psychotraumatisme du Pr W. EL HAGE, CHU de Tours, depuis 10 ans. Centre National de Ressources et de Résilience (AP HP ; CHU Lille)				

FICHE PROJET N° 18 : Améliorer la prise en charge des enfants souffrant de troubles du Neuro-développement (TND)	
<b>Chef de projet CPT</b> : AIDAPHI (PCO)/ EPSM (CDA4-45)	<b>Etablissements et services engagés</b> : Filière de pédopsychiatrie de l'EPSM, CHAM, de Plateforme de coordination et d'orientation de l' AIDAPHI ; ADPEP 45 ; ADAPEI 45 ; CMPP ; DITEP de l' AIDAPHI ; CAMSP ; filière de pédiatrie du GHT ; filière de pédopsychiatrie de l'EPSM et du CHAM ; PMI ; CPTS ; Education nationale, MDPH
<p><b>Public concerné</b> : enfants de moins de 7 ans présentant des troubles du neuro-développement (TND), dont les troubles du spectre de l'autisme (TSA), mais aussi TDI (Troubles de la déficience intellectuelle), DYS (Dysphasie, dyspraxie, dyslexie et TSLO...) et TDAH (Troubles du neuro-développement avec déficit de l'attention et hyperactivité).</p> <p>Afin de soutenir les familles confrontées aux premières difficultés de leurs enfants, aider au diagnostic et éviter les sur-handicaps, il est mis en place, en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique, un parcours de bilan et intervention précoce. Ce parcours est pris en charge par l'assurance maladie et organisé par la Plateforme de Coordination et d'Orientation de l'AIDAPHI. La PCO a pour missions de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apporter un soutien aux professionnels de la première ligne ;</li> <li>• Assurer une orientation précoce par la première ligne ;</li> <li>• Conventionner avec les professionnels libéraux (psychomotriciens, orthophonistes, ergothérapeutes...) pour accélérer certains bilans ;</li> <li>• Construire un parcours coordonnés avec le CDA4-45, structure de niveau 2 réalisant le diagnostic et l'accompagnement précoce des enfants souffrant de TSA, et les CMP du territoire.</li> </ul>	
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER	
<p>Définir les modalités de collaboration des acteurs de santé mentale du Loiret dans l'organisation de parcours de bilan et intervention précoce pour l'accompagnement des enfants de moins de 7 ans présentant des troubles du neuro-développement</p> <p><b>Résultats attendus</b> : Améliorer le repérage, l'accès aux bilans, aux évaluations cliniques et au diagnostic afin de proposer une prise en charge précoce et personnalisée.</p>	
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES	RISQUES
<p>PCO de l'Aidaphi labellisée</p> <p>Le CDA4-45 labélisé en 2015 compétant pour poser le diagnostic de l'Autisme dans le Loiret et dont le <u>renforcement permettrait</u> l'accélération des évaluations diagnostiques et la proposition des PEC précoces et personnalisées après concertation et analyse clinique par l'équipe pluridisciplinaire.</p> <p>Les CMP dont les missions sont le repérage précoce, l'évaluation des troubles de l'enfant (y compris neuro-développementaux), le diagnostic et la proposition des prises en charge (dans les CMP/CATTP/Hôpitaux de jour) dans la limite de leurs moyens.</p>	<p>Carence ou manque de compétences spécifiques sur le territoire en libéral comme en public pour permettre des bilans et suivis pluridisciplinaires.</p>
COLLABORATEURS A MOBILISER	
Plateforme de coordination et d'orientation de l'AIDAPHI ; ADPEP 45 ; ADAPEI 45 ; CMPP ; DITEP de l'AIDAPHI ;	

CAMSP ; filière de pédiatrie du GHT ; filière de pédopsychiatrie de l'EPSM et du CHAM ; PMI ;CPTS ;Education nationale

#### ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Mettre en œuvre les modalités de coopération autour de la PCO	AIDAPHI	2020-2021	Cf. Appel à projet Projet de convention avec le PPEA de l'EPSM et la PCO afin de clarifier les parcours patients.	
Développer l'accès aux bilans pluridisciplinaires nécessaires aux diagnostics des TND  Recourir au CDAA-45 pour établir le diagnostic TSA (et le cas échéant le diagnostic différentiel) , l'annoncer à la famille et établir des préconisations adaptées.	Dr DUPUCH	2021	A déterminer  Pour le CDAA-45 : 2ETP de psychologue 1ETP de psychomotricien 1ETP d'Orthophoniste 1ETP infirmier	A déterminer

#### MODALITES D'ÉVALUATION

Objectifs d'évaluation	Indicateurs	Sources
Evaluer la prise en charge précoce des enfants souffrant de TND	Nombre d'enfants adressés par la PCO sur nombre total d'enfants TND et ventilation de l'adressage  Délais d'accès aux bilans diagnostiques et ventilation des bilans réalisés  Délais de prise en soins des enfants orientés	AIDAPHI/DIM des établissements de santé mentale

#### SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK

- la circulaire N°SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à 4 à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement ;
- le décret n° 2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement ;
- l'Instruction interministérielle N°DGCS/SD3B/DGOS/DSS/DIA/2019/179 du 19 juillet 2019 relative à la mise en œuvre des plateformes de coordination et d'orientation dans le cadre des parcours de bilan et intervention précoce des enfants de moins de 7 ans présentant des troubles du neuro-développement.

FICHE PROJET N° 19 : Création d'une Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP)				
<b>Chef de projet CPT :</b>		<b>Etablissements et services engagés :</b> pôle de psychiatrie de l'adulte de l'EPSM		
Public concerné : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients en phase aiguë, décompensés pour lesquels la prise en charge thérapeutique en unités classiques est compliquée ;</li> <li>• Patients désorganisés, délirants, transgressifs ;</li> <li>• Patients hétéro agressifs présentant un problème chronique.</li> </ul>				
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enrichir l'offre de soin psychiatrique pour les patients présentant des troubles majeurs du comportement</li> <li>• Proposer une alternative face à des situations d'échec thérapeutique</li> <li>• Offrir un environnement contenant et sécurisant</li> <li>• Obtenir une prise en charge optimisée et adaptée sur la région Centre-Val-de-Loire</li> <li>• Assurer la poursuite d'une prise en charge temporairement incompatible avec une unité psychiatrique traditionnelle en raison de l'expressivité et/ou de la sévérité d'une symptomatologie psychiatrique aiguë</li> <li>• Proposer un cadre contenant et sécurisant au patient afin de lui permettre de retrouver sa place dans un processus de soins en psychiatrie générale.</li> <li>• Assurer la continuité des soins avec le service d'origine</li> </ul>				
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES		RISQUES		
<b>Leviers :</b> Dispositif inexistant sur le territoire Patrimoine foncier favorable à l'implantation de l'USIP sur le site de l'EPSM Attractivité de l'EPSM <b>Prérequis :</b> Soutien des établissements autorisés en psychiatrie de la région pour implanter l'USIP à l'EPSM Contractualisation du parcours patient entre établissements		Organisation contractualisée du parcours patient pour éviter le risque d'engorgement de la structure		
COLLABORATEURS A MOBILISER				
En interne de l'EPSM : pôle de psychiatrie de l'adulte ; DLAP. En externe : établissements autorisés en psychiatrie de la région.				
ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Etablir un argumentaire évaluant l'opportunité et la faisabilité du projet	EPSM/ARS	2020		
Mise en œuvre du projet	EPSM	2021-2023		
MODALITES D'EVALUATION				

Objectifs d'évaluation	Indicateurs	Sources
Dimension régionale effective de l'USIP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de patients par département d'origine</li> <li>- Taux des patients pris en charge en USIP ramené au taux de patients en soins sans consentement par département</li> </ul>	DIM
Mesurer la réactivité de l'USIP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Délais d'admission</li> <li>- Durée moyenne de séjour en USIP</li> </ul>	DIM
Impact positif de l'USIP sur les pratiques de contention et d'isolement et le parcours patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de recours à la contention et à l'isolement en hospitalisation classique dans les établissements/services adresseurs</li> <li>- Durée moyenne de séjour des patients à la sortie de l'USIP</li> </ul>	DIM des établissements
Impact positif de l'USIP sur l'accidentologie des soignants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de situations de violence sur soignants en unités d'hospitalisation classiques (FEI, accidents du travail liés à des agressions...)</li> </ul>	DRH/Service qualité des établissements
<b>SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thèse de médecine d'Antoine De Guillaume, <i>Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques en France : étude descriptive sur leurs missions, leurs modalités de prise en charge et leur intégration dans le réseau de soin</i>, 2017</li> <li>• Projet USIP du CH de Cadillac, 2019</li> </ul>		

IV.2.2. Objectif opérationnel n°2 : Développer les prises en charge ambulatoires en renforçant le rôle pivot des CMP et au travers d'une évaluation et d'une prise en charge globale

IV.2.2.1. Renforcer les CMP dans le rôle pivot du parcours de soin

FICHE PROJET N°20 : Réflexions continues sur les moyens d'amélioration de la logique de parcours				
<b>Chef de projet CPT : EPSM/CHAM</b>		<b>Etablissements et services engagés :</b> l'ensemble des acteurs de la filière ambulatoire de l'EPSM/CHAM.		
Public concerné : Patients de plus de 16 ans.				
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER				
Objectifs opérationnels : <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer le maillage territorial exhaustif de l'offre de soins ambulatoire</li> <li>Assurer la proximité des structures avec les usagers</li> <li>Accompagner les usagers dans l'acceptation de leurs pathologies</li> </ul>				
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES		RISQUES		
<b>Levier :</b> Travail conjoint entre la filière et le Pôle de Soins Spécifiques Définir clairement le périmètre d'intervention de l'équipe mobile d'intervention par rapport aux CMP et aux autres équipes mobiles.		<b>Risque :</b> Duplication de l'offre équipe mobile. Désengagement des CMP sur la question des VAD.		
COLLABORATEURS A MOBILISER				
Communication avec les structures ambulatoires et les unités d'hospitalisation ; Partenaires extérieurs (notamment CH), partenaires internes (Pôle de Soins Spécifiques, Pôle Pédopsychiatrie, services informatiques et DIM) ; DPPS (formation continue).				
ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Création d'une équipe mobile ambulatoire	Dr LATROUS	2021-2025	Pour la téléphonie, aide du DIM, de l'informatique et de la DLAP ; Travail conjoint avec les services informatiques et la direction des achats ; Plan de formation. Ressources Humaines.	À déterminer
Mise en place d'un système permettant l'envoi d'un SMS aux usagers pour le rappel de RDV ;	Direction du système d'information	2021-2025		
Mise en place d'un plan de formation afin d'aborder la prise en charge des jeunes usagers et des nouvelles pathologies ;	Dr LATROUS	2021-2025		
Poursuite des réflexions autour de l'innovation (exemple : déploiement de matériel permettant des prises en charge innovantes) : <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluation du coût du dispositif ;</li> <li>Définition des procédures ;</li> <li>Evaluation des possibilités juridiques associées aux</li> </ul>		2021-2025		

innovations identifiées.				
MODALITES D'EVALUATION				
Objectifs d'évaluation	Indicateurs		Sources	
Diminution des hospitalisations	Taux de recours à l'hospitalisation des patients suivis en ambulatoire Taux de réhospitalisation Nombre et proportion des nouveaux patients		DIM	
Mesurer la réactivité de l'offre de soins	Nombre d'intervention en VAD Nombre de rendez-vous non honorés et corrélation avec intervention en VAD Délais d'accès pour un premier rendez vous		DIM	
SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK				
Appui à l'étude des offres existantes au sein des autres EPSM (Caen, Lille, Annecy, etc.)				

**FICHE PROJET N°21 : Définition du rôle des CMP dans la prise en charge somatique des usagers**

<b>Chef de projet CPT : EPSM/CHAM</b>		<b>Etablissements et services engagés :</b> Médecins des CMP et IDE		
Public concerné : Patients adultes de plus de 16 ans				
<b>OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DES PATIENTS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la prise en charge somatique et le suivi des usagers accompagnés en CMP</li> <li>• Faciliter l'accès aux soins courants des usagers</li> <li>• Renforcement des liens avec les partenaires de soins notamment la médecine de ville (ex : courriers, rencontres, etc.) permettant d'alerter sur les états somatiques précaires (état dentaire dégradé, hygiène chaotique, etc.) (Cf. action 6 – Renforcement des liens avec les partenaires externes) ;</li> <li>• Prévention :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Contraception des usagers vulnérables (adressage aux structures partenaires) ;</li> <li>○ Alimentation, activité physique, conduites à risques ;</li> <li>○ Suivi médical (vaccins, rendez-vous types mammographies, etc.).</li> </ul> </li> </ul>				
<b>LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES</b>			<b>RISQUES</b>	
Structuration actuelle du premier recours			Indisponibilité du médecin traitant	
<b>COLLABORATEURS ET PARTENAIRES A MOBILISER</b>				
En interne : Service informatique, DIM, service des achats. En externe : partenariat avec les MSP du territoire, conventionnement avec les acteurs des soins somatiques de ville, IDE libérales et institutions publiques et/ou médico-sociales.				
<b>ACTIONS A ENGAGER</b>				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Mise en place d'un bilan paraclinique accessible via CORTEXTE : bilan biologique (recherche de syndromes métaboliques) et ECG en collaboration avec les médecins traitants ;	Dr LATROUS	2021-2024	Moyens du CMP Equipements logistiques (balances, tensiomètres,...)	
Mise en place d'un dispositif d'aide aux usagers dans la recherche de médecins traitants, dentistes, etc. par l'activation du réseau de partenaires travaillé par le CMP et en interface avec les CPTS ;	Dr LATROUS/ Dr DABIR			
<b>MODALITES D'EVALUATION</b>				
Objectifs d'évaluation	Indicateurs	Sources		
Evaluer le recours au médecin traitant	Evolution du nombre de patients suivis sans médecin traitant			
<b>SOURCES D'INNOVATION / BENCHMARK</b>				

IV.2.2.2. Développer la prise en charge coordonnée avec les CPTS pour améliorer l'accès aux soins somatiques, le repérage, l'adressage avec la médecine de ville

FICHE PROJET N° 22 : Développer l'articulation entre soins primaires et psychiatrie				
<b>Chef de projet CPT</b> : Dr RESTELLI, Présidente de CME, Dr DABIR, président de la CPTS d'Orléans		<b>Etablissements et services engagés</b> : CPTS du territoire, EPSM, CHAM.		
<b>Public concerné</b> : Professionnels de soins primaires notamment médecins généralistes, professionnels de rééducation, IDE libéraux engagés dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques ; équipes des établissements autorisés en santé mentale (EPSM, CHAM)				
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer les soins collaboratifs afin d'améliorer la fluidité des parcours, les interventions coordonnées entre médecine de ville et médecine hospitalière psychiatrique ;</li> <li>• Améliorer les échanges et partage d'informations notamment à la sortie de l'hospitalisation ;</li> <li>• Faciliter l'accès à un avis spécialisé ;</li> <li>• Développer une culture commune en santé mentale et la formation –information des équipes de soins primaires, améliorer la visibilité de l'offre de soins et des indications.</li> </ul>				
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES		RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les CPTS peuvent être des points d'entrée permettant de faciliter la coordination entre acteurs ;</li> <li>• Identifier avec quelques médecins/professionnels de MSP les actions les plus porteuses à engager.</li> <li>• Communiquer sur l'offre de soins et les indications.</li> <li>• Identifier et évaluer le recours aux outils de e-santé pour faciliter la transmission d'information.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés à mobiliser les acteurs ;</li> <li>• Difficultés à faciliter le recours à l'avis du psychiatre ;</li> <li>• Difficulté à réaliser le CR ou la lettre de liaison JO</li> </ul>		
COLLABORATEURS A MOBILISER				
CMP, unités d'hospitalisation du territoire, unités de consultations spécifiques (EPSM, CHAM), CPTS, URPS.				
ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Présentation de l'offre de soins en santé mentale du territoire en conseil d'administration de CPTS ou en inter CPTS	Dr RESTELLI, Dr DABIR	2021	Interventions en présentiel et/ou visioconférence	
Développer l'envoi du CR d'hospitalisation/ lettre de liaison à JO auprès des médecins généralistes au travers de la Messagerie Sécurisée en Santé.	PCME des établissements de santé mentale	2021-2023	Groupe de travail pour adaptation des obligations réglementaires de la lettre à JO et organisationnelles nécessaires.  Dictée numérique à reconnaissance vocale	

			MSST	
Définir un cahier des charges avec les médecins généralistes pour définir des besoins de formation et organiser des séminaires thématiques	Médecins généralistes des CPTS/ PCME	2021-2022	Recensement des besoins identifiés par les médecins généralistes	
Identifier les patients en santé mentale sans médecin traitant et organiser le recensement en lien avec les CPT	PCME/Dr DABIR	2021	Déploiement du formulaire d'identification avec consentement du patient	
<b>MODALITES D'EVALUATION</b>				
<b>Objectifs d'évaluation</b>	<b>Indicateurs</b>		<b>Sources</b>	
Evaluer les modalités de transmissions de l'information entre hôpital et médecine de ville	Taux de réalisation de la lettre à J0 Taux de réalisation du CR à la sortie d'hospitalisation		DIM	
<b>SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK</b>				

FICHE PROJET N° 23 : Création d'un centre de soins somatiques et douleur en santé mentale et autisme	
<p><b>Chef de projet CPT :</b> Dr D. SARAVANE, EPSM Georges Daumézon</p>	<p><b>Etablissements et services engagés :</b> CJPAA, CDAA-45, filière de réhabilitation psycho-sociale, établissements MCO, établissements médico-sociaux, CPTS.</p>
<p><u>Public concerné :</u></p> <p>Personnes en situation de handicap, notamment psychique et Troubles du Spectre Autistique. Il est estimé que 75% des personnes handicapées abandonnent tout ou partie des soins courants, non liés au handicap et que 50% de ces personnes souffrent d'une pathologie chronique. Le handicap et l'accès à la santé et aux soins recouvrent une grande diversité de situations et d'obstacles potentiels qui peuvent s'additionner : paramètres liés à la personne, paramètres liés aux soignants, paramètres liés au contexte du soin, paramètres liés au type de soins (Audition publique, HAS, 2008).</p> <p>Les personnes en situation de handicap, notamment psychique et les TSA dans ses formes sévères, sont particulièrement concernées par l'enjeu d'un accès à des soins somatiques et d'une prise en charge de la douleur adaptés. La morbidité et la mortalité des personnes souffrant de TSA sont plus élevées que celles de la population générale, du fait de leur handicap, qui les prédispose à un risque plus élevé de pathologies (troubles sensoriels, pathologies bucco-dentaires, obésité, douleurs, anomalies métaboliques, épilepsie etc..) mais également du fait d'une prise en charge médicale inadéquate.</p>	
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER	
<p>La finalité du projet est de proposer des soins somatiques et douleur des personnes en situation de handicap au travers d'une prise en charge adaptées à leurs difficultés d'accès physique, de communication et coordonnée entre les professionnels sanitaires et médico-sociaux et de l'accompagnement des aidants familiaux ou professionnels (cf. Instruction du 20 octobre 2015).</p> <p><u>Les objectifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Construire des parcours de soins de qualité et sans rupture de prise en charge pour les personnes autistes ;</li> <li>• Garantir l'accès aux soins préventifs pour les personnes autistes : éducation pour la santé, promotion de la santé, éducation thérapeutique, dépistage,</li> <li>• Améliorer l'accès aux soins courants en milieu ordinaire pour les personnes autistes</li> <li>• En subsidiarité, constituer une offre complémentaire en établissement de santé dès lors que le ou les soins s'avèrent complexes ou sans réponse adaptée mobilisable dans le cadre des dispositifs habituels d'accès aux soins, notamment pour les personnes dyscommunicantes et non compliantes du fait de leurs difficultés particulières.</li> </ul> <p>Ce projet vient s'articuler avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Centre de Diagnostic et d'Accompagnement précoce de l'Autisme : CDAA 45, en lien avec le CRA de Tours.</li> <li>• Le Centre de Jour pour Personnes Autistes Adultes : CJPAA. C'est la seule structure dans le Loiret à proposer un accueil de jour et de soins en ambulatoires.</li> <li>• La filière de réhabilitation psycho-sociale et le Centre Support Régional de RPS.</li> </ul> <p>Le Centre aura vocation à s'articuler avec les établissements du GHT pour l'accès aux consultations et services spécifiques (plateaux techniques, services de spécialité, odontologie, etc.) ainsi qu'avec les CPTS (médecins généralistes, MSP), les établissements médico-sociaux et les associations d'usagers et de famille.</p>	
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES	RISQUES
<p>Recommandations de bonnes pratiques HAS et ANESM</p> <p>Opportunité de répondre aux besoins de la population des personnes handicapées dans un territoire où la densité</p>	<p>Coordination entre unités, établissements et professionnels à organiser et structurer</p>

<p>démographie médicale en médecin généraliste est particulièrement contrainte.</p> <p>Recrutement d'un médecin</p> <p>Réseau Autisme autour du CDAA-45, du CJPAA, du CRA ; filière de réhabilitation psychosociale ; implications des associations d'usagers et de familles.</p>		<p>Besoins en financement dédié</p>		
<b>COLLABORATEURS A MOBILISER</b>				
<p>Etablissements de santé du GHT ; CPTS ; Etablissements médico-sociaux spécialisés accueillant des personnes handicapées ; CJPAA, CDAA-45, CRA, Centre support régional de RPS et filière de RPS du Loiret, UNAFAM, UDAF.</p>				
<b>ACTIONS A ENGAGER</b>				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
<p>Soumettre le projet à l'ARS avec recherche de financement FIR</p>	<p>Dr SARAVANE- Bureau de la CPT</p>	<p>2020-2021</p>	<p><u>Moyens humains :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-1 ETP de médecin, spécialité médecine polyvalente</li> <li>-2 ETP infirmier.e.s</li> <li>-1 ETP aide-soignant.e</li> <li>- 1 ETP secrétaire médicale (prise de rendez-vous, fiche d'informations, réponse aux appels téléphoniques).</li> <li>-0,5 ETP cadre de santé, qui assure la coordination de l'équipe, avec les autres services et les partenaires.</li> </ul> <p><u>Locaux :</u></p> <p>Une salle de consultation adaptée, neutre, espace calme ;</p> <p>Un espace d'attente</p> <p>Bureaux : secrétaire, infirmiers, cadre et médecins.</p> <p>Salle de repos et espace de réunions</p> <p><u>Matériel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Un lit médicalisé</li> <li>- pèse-personne, toise, tensiomètre, ECG, chariot de prélèvements, Méopa.</li> <li>- Matériel informatique</li> </ul>	<p>A définir</p>
<p>Recruter l'équipe et déployer le plan de</p>	<p>Dr SARAVANE- Pr BONNET- BRILHAULT</p>	<p>2021-2022</p>	<p>A définir</p>	

formation	(CRA)			
Structurer les partenariats avec le CRA, les CPTS, établissements MCO, établissements médico -sociaux	Dr SARAVANE – direction des affaires générales EPSM	2021-2022		
Communiquer auprès des partenaires, adresseurs potentiels, association, public	Dr SARAVANE- Service communication	2021-2022	Plan de communication à définir	

#### MODALITES D'EVALUATION

Objectifs d'évaluation	Indicateurs	Sources
Mesurer le recours à la consultation spécialisée	File active : nombre de premières consultations et de suivi ; ventilation des adressages.	DIM/centre de soins somatiques et douleur
Evaluer la coordination entre professionnels/services	Taux de fiche de liaison et comptes rendus adressés à tous les partenaires	
Evaluer l'adaptation des prises en charge à la population suivie	Evaluation des pratiques régulière (tous les 3 mois en montée en charge)	
Evaluer la qualité du service	Mesure de la qualité perçue par les usagers du centre (baromètre « Handifaction »)	

#### SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK

Retours d'expérience des Centres de soins somatiques et douleur pour personnes handicapées de l'EPSM B. DURAND (Etampes), de la région Nouvelle Aquitaine.

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- Accès aux soins des personnes en situation de handicap, HAS juin 2009.
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée, ANESM juin 2013.
- Guide, Qualité de vie : Handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux, ANESM, avril 2017.
- Accueil et prise en charge des personnes en situation de handicap dans les établissements de santé, HAS, juillet 2017.

IV.3. Objectif stratégique n°3 : favoriser le rétablissement en faisant de l'utilisateur un acteur de ses soins et par une prise en charge globale visant à l'insertion et l'inclusion sociale

IV.3.1. Objectif opérationnel n°1 : Développer les soins de réhabilitation psychosociale

IV.3.1.1. Développer les soins de réhabilitation psychosociale

FICHE PROJET N° 24 : Développer les soins et la coordination des prises en charge de réhabilitation psycho-sociale afin de favoriser le rétablissement	
<p><b>Chef de projet CPT :</b> Dr OLLAND, responsable de la filière de réhabilitation psychosociale de l'EPSM ;</p>	<p><b>Etablissements et services engagés :</b> Services de la filière de réhabilitation psychosociale et centre support régional de l'EPSM, CHU de Tours (Centre support régional de RPS, CRA); CHAM CMP du territoire, unités d'hospitalisation ; UNAFAM ; PASSERELLE 45 ; AIDAPI ; Association la Sainte Famille ; ADAPEI 45 ; PEP 45 ; Cap emploi ; pôle emploi ; CLSM ; DEA ; Institut des Cent Arpents</p>
<p><u>Public concerné :</u> Patients présentant une altération fonctionnelle qui affecte sa vie sociale, conséquence de pathologies chroniques tels qu'un trouble psychique sévère, potentiellement source de handicap psychique : pathologies du spectre de la schizophrénie, troubles délirants, troubles bipolaires ou dépressif récurrent, troubles graves de la personnalité, mais aussi troubles du spectre autistique, troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité... grands adolescents ou adultes, en début de pathologie, afin de prévenir ou limiter le handicap psychique, ou en situation de handicap psychique.</p>	
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER	
<p>L'objectif est de favoriser le rétablissement et l'inclusion de la personne en renforçant et développant les compétences et interventions de réhabilitation psychosociale tant sur le plan sanitaire (soins de RPS) que sur les plans médico-sociaux ou sociaux (accompagnement, insertion sociale, par l'habitat ou encore le travail).</p> <p>Pour ces patients, le dispositif de soins doit pouvoir proposer, en plus des dispositifs habituels d'hospitalisation complète, de soins ambulatoires et de soins séquentiels (hospitalisation de jour, CATTP) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• des dispositifs capables d'évaluer de manière globale et pluridisciplinaire, les ressources et capacité des personnes (Evaluations pluridisciplinaires globales de la personne, à la fois psychique, somatique, sociale ; accompagnement de la famille le cas échéant ; Appartement d'évaluation et d'autonomisation) ;</li> <li>• de mettre en œuvre simultanément et de manière coordonnée, des actions de soins et d'accompagnement orientées vers le rétablissement (Education thérapeutique ; remédiation cognitive ; Accompagnateurs de parcours ou case managers ; <i>Individual Placement and Support</i> ou <i>Job coach</i> ...) en lien avec un réseau d'acteurs impliqués dans l'accompagnement et l'inclusion sociale et/ou professionnelle et/ou par l'habitat des personnes .</li> </ul> <p>Résultats attendus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un rétablissement objectif, clinique et fonctionnel qui correspond à la diminution des symptômes et l'amélioration du fonctionnement de la personne.</li> <li>• Un rétablissement subjectif, expérientiel d'un cheminement personnel pour se réapproprier, reprendre le contrôle de sa vie.</li> <li>• Prévenir l'apparition du handicap, lutter contre la chronicisation, les rechutes et les ré hospitalisations,</li> <li>• Améliorer la qualité de vie de la personne et l'estime de soi.</li> </ul>	
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES	RISQUES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre Support régional de RPS (EPSM-CHU de Tours) avec une équipe de soins de proximité départementale qui se développe et une équipe support en charge de l'accompagnement au</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rupture de parcours des 16-25 ans (passage de relais ; période de transition) qui nécessite de développer des soins coordonnés de premier</li> </ul>

<p>déploiement des soins de RPS, de la coordination des partenaires, du déploiement de formations.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseaux d'acteurs de santé mentale déjà impliqués dans la réhabilitation psycho-sociale (Association la Sainte Famille, PASSERELLE 45, AIDAPHI, bailleurs sociaux, institut des 100 arpents, UNAFAM, GEM, DEA, ADAPEI 45, PEP 45...)</li> <li>• Gouvernance de la CPT où les principaux partenaires sont représentés</li> </ul>	<p>recours, adaptés et spécialisés ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Démographie médicale contrainte ;</li> <li>• Financement du dispositif à pérenniser ;</li> <li>• Articulation avec les CPTS et les services sanitaires publics somatiques à développer afin d'améliorer la prise en charge somatique, les avis, l'étiologie neurologiques notamment dans le cadre de tableaux cliniques de troubles neuro-développementaux.</li> </ul>
---	--

#### COLLABORATEURS A MOBILISER

Services de la filière de réhabilitation psychosociale et centre support régional de l'EPSM, CHU de Tours (Centre support régional de RPS, CRA) ; CHAM CMP du territoire, unités d'hospitalisation ; UNAFAM ; PASSERELLE 45 ; AIDAPHI ; Association la Sainte Famille ; ADAPEI 45 ; PEP 45 ; Cap emploi ; pôle emploi ; CLSM ; DEA ; Institut des Cent Arpents ; ESAT ; bailleurs sociaux...

#### ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Déployer les actions de formation de RPS et de sensibilisation sur le territoire à l'attention des équipes de RPS, des adresseurs, des partenaires	Centre support régional de RPS (EPSM)	2020-2025	Cf. enveloppe RPS centre support	
Développer la mobilité des équipes de RPS avec interventions sur sites (en CMP, en intra hospitalier, HDJ pour mise en place de groupes partenaires)	Dr OLLAND, médecin responsable de la filière de réhabilitation psycho-sociale	2020	Cf. ressources tableaux	
Déploiement de l'accompagnement des familles (cf. fiche projet Programme de psycho éducation destiné aux aidants)	Dr MAGIS, chef du pôle de soins spécifiques, UNAFAM	1 <sup>er</sup> semestre 2021	Cf. fiche projet Programme de psycho éducation destiné aux aidants	
Développer l'axe insertion par le travail en déployant des IPS, en partenariat avec le réseau (DEA, centres de pré-orientations, pôle emploi, cap emploi ; institut des cent arpents....)	Dr OLLAND, médecin responsable de la filière de réhabilitation psycho-sociale	2021	Cf. ressources tableaux enveloppe RPS	
Développer l'axe inclusion par le logement au travers de l'appartement d'évaluation et d'autonomisation	Dr BAUERHEIM, médecin de la filière de réhabilitation psychosociale ; Logis de Camille	2021		
Développement des	Dr OLLAND, médecin	2021-2025		

programmes d'ETP	responsable de la filière de réhabilitation psycho-sociale			
MODALITES D'EVALUATION				
Objectifs d'évaluation	Indicateurs		Sources	
Evaluer l'activité et son impact sur le parcours de soins (prévention du recours à l'hospitalisation, intervention précoce à l'entrée de la maladie) ;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse sociodémographique de la population</li> <li>Identification de la file active par tranches d'âge ; diagnostics ; diagnostics associés ; identification des primo-épisodes) ;</li> <li>Nombre de nouveaux patients/an.</li> <li>Nombre d'actes, nombre de bilan neuropsychologique ;</li> <li>taux de ré-hospitalisation/an, taux de journée en soins sans consentement</li> </ul>		DIM	
Evaluer l'amélioration de la qualité de vie, du réseau social et du rétablissement de la personne	Outil à construire ou recours au logiciel Baromètre		Centre support régional	
Evaluer la montée en compétences des acteurs impliqués dans la réhabilitation psycho-sociale	Nombre de formations proposées par an ; nombre de personnes formées et par typologie de professionnels		Centre support régional	
SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK				
<p>De nombreuses données de preuves sont venues étayer, ces dernières années, la pertinence et l'efficacité des soins centrés sur le rétablissement en psychiatrie. De même, et de façon unanime, tous les rapports récents sur la psychiatrie préconisent une accessibilité à tous les patients qui le nécessitent, à des soins de réhabilitation ou des soins orientés vers le rétablissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monographie de l'ANAP sur les dispositifs de réhabilitation psycho-sociale ;</li> <li>- Rapport relatif à la santé mentale rédigé par Michel Laforcade en octobre 2016 recommande le développement de soins orientés vers le rétablissement et des structures intersectorielles de réhabilitation psychosociale.</li> <li>- Rapport sur le handicap psychique du Centre de Preuve en Psychiatrie et en Santé Mentale dirigé par le Pr Hardy-Baylé, septembre 2015.</li> <li>- Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale stipule.</li> <li>- Traité de réhabilitation psychosociale, sous la direction du Pr Nicolas FRANCK, 2018</li> </ul>				

### IV.3.2. Objectif opérationnel n°2 : Favoriser l'inclusion

#### IV.3.2.1. Dispositif Travail, Évaluation, Compétences, Apprentissage Professionnel (TECAP).

FICHE PROJET N° 25 : Développer l'insertion par le travail	
<p>Chef de projet CPT : Monsieur Benoît JANVIER, responsable du pôle études et formation de l'Institut Les Cent Arpents</p>	<p>Etablissements et services engagés :</p> <p>Plateforme de services de l'Institut les Cent Arpents – Dispositif TECAP (Travail, Evaluation, Compétences, Apprentissage Professionnel)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pôle études et formation</li> <li>• ESAT Jean Pinaud</li> </ul>
<p>Public concerné : Jeunes adultes (16-18 ans) et adultes (+18 ans) présentant une situation de handicap en lien avec une pathologie mentale, avec ou non déficience intellectuelle, stabilisée, entraînant des difficultés d'indépendance et/ou d'autonomie dans les habitudes de vie sociale et professionnelle.</p>	
OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER	
<p>Pour la personne accompagnée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poser un regard sur l'impact de sa situation de handicap en termes volitionnels et fonctionnels vis à vis d'un désir de mise en œuvre d'un projet professionnel ou de reprise d'une activité de travail professionnelle ;</li> <li>• Mieux cerner ses savoir-faire et compétences professionnelles, son niveau de performance et d'efficacité dans une activité de travail ;</li> <li>• Apporter des réponses aux besoins en termes de préconisations ergothérapeutiques, ergonomiques, pédagogiques ;</li> <li>• Aider l'élaboration d'un projet de vie et à la prise de décision (autonomie) approprié à ses besoins.</li> <li>• Pour les acteurs et coordonnateurs concernés :</li> <li>• Apporter un regard d'expertise dans un cadre de travail expérientiel hors de tout contexte « occupationnel » ou de soin</li> <li>• Repérer les modes et fonctionnements compensatoires en présence en termes de facteurs facilitateurs ou d'obstacles à la réalisation d'un projet</li> <li>• Apporter un regard sur la faisabilité d'un projet lié à l'activité de travail en termes de performance et d'efficacité</li> <li>• Apporter un regard sur les besoins exécutifs et pédagogiques</li> </ul> <p>Limites du dispositif : le dispositif TECAP s'inscrit dans une étape préparatoire vers (ou de reprise à) une activité de travail. Il propose une immersion expérientielle en secteur professionnel spécialisé. Il n'est pas un stage professionnel en ESAT en vue d'une admission.</p>	
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES	RISQUES
<p>Demande accompagnée</p> <p>Entretien préparatoire obligatoire dans le cadre du dispositif</p> <p>Contraintes temporelles et organisationnelles librement acceptées par la personne concernée</p> <p>Volontariat de la personne, possibilités d'explicitation, aptitudes à l'activité de travail repérées.</p>	<p>Frustration</p> <p>Fatigue, pénibilité</p>
COLLABORATEURS A MOBILISER	
<p>Travail en partenariat avec les équipes de la filière de réhabilitation psychosociale de l'EPSM</p> <p>Au sein de la plateforme de l'INSTITUT LES CENT ARPENTS :</p>	

Les équipes en compétences d'évaluation (ergothérapeute, ergonomiste, ingénieur en formation) et techniques (Moniteurs d'Atelier, Educateur Technique Spécialisé).

Secteurs et services professionnels : Sous-traitance industrielle, peinture et menuiserie industrielle, imprimerie-reprographie, espaces verts, restauration, entretien des locaux, lingerie

#### ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Entretien initial préparatoire Evaluation Elaboration du Référentiel de Savoir-Faire Professionnels Immersion en secteur professionnel Réunions (de suivi intermédiaire et de fin de projet	Plateforme de services de l'INSTITUT LES CENT ARPENTS • pôle études et formation • ESAT Jean Pinaud	Début du dispositif en janvier 2021 Accompagnement de 20 personnes environ par an	Ressources humaines et matérielles assurées par le pôle études et formation	Travail préparatoire et évaluation : 560 euros TTC par dossier (7H environ) Durée d'immersion variable, définie après évaluation, en secteur professionnel : Gratuit

#### MODALITES D'EVALUATION

Objectifs d'évaluation	Indicateurs	Sources
Evaluation des Capacités au Travail (ECT)	Volition, habitude, capacité de rendement Données biomécaniques, gestuelle globale, gestuelle à dominante manuelle, activité perceptive et réfléchie, performance motrice	MOH (Kielhofner, 2002) IRSST – Université de Sherbrooke, Canada, 2011 INRS
Bilans de positionnement professionnel Référentiel de Savoir-Faire Professionnels Bilan de satisfaction	Identifier son parcours Repérer et montrer ses savoir-faire Expliciter ses savoir-faire Montrer ses compétences	Plateforme de services de l'INSTITUT LES CENT ARPENTS V2AE, pôle études et formation RSFP, ESAT Jean Pinaud

#### SOURCE D'INNOVATION/BENCHMARK

Validation Adaptée des Acquis de l'Expérience (V2AE) © pôle études et formation, 2008

Dispositif de conduite adaptée (DCA) © pôle études et formation, auto-école Soteau, 2018

FICHE PROJET N° 26 : Diversifier l'offre des GEM : « Lieu de vie, lieu à vivre »	
<b>Chef de projet CPT :</b> Virginie DEMOL, coordonnatrice de La Boussole	<b>Etablissements et services engagés :</b> « La Boussole » service situé au Logis de Camille (association La Sainte Famille) ; EPSM Georges Daumezon
<b>Public concerné :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultes diagnostiqués bipolaires ou souffrants de troubles apparentés</li> <li>• Agés de 18 ans minimum</li> <li>• En possession d'une attestation de leur médecin psychiatre concernant leur stabilisation et le suivi régulier</li> <li>• En recherche de lien social et/ou d'intégration socio-professionnelle</li> <li>• Désireux de construire un projet professionnel et / ou un accompagnement administratif</li> </ul>	
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recréer du lien social et sortir de l'isolement</li> <li>• Reprendre goût au « faire » au travers d'activités variées pour travailler la réhabilitation psychosociale en transversalité</li> <li>• Déstigmatiser la maladie</li> <li>• Accompagner les usagers dans :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La construction d'un projet professionnel</li> <li>○ Une recherche d'emploi</li> <li>○ Leurs démarches auprès d'instances administratives</li> </ul> </li> <li>• Éviter les rechutes et concourir au rétablissement</li> <li>• Concourir à l'autonomisation des usagers via le retour à une vie « extra-hospitalière ».</li> </ul>	
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES	RISQUES
L'adhérent doit être prêt à rencontrer d'autres personnes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût financier d'un psychothérapeute</li> <li>• L'association de La Sainte Famille prête les locaux à titre gracieux mais, à terme, il faudra envisager une participation financière à l'utilisation des locaux (chauffage, eaux, électricité etc...).</li> <li>• Pérenniser la présence des adhérents sur les ateliers</li> <li>• Trouver une organisation « souple » en lien avec les collaborateurs</li> <li>• Vaincre les préjugés sur certaines activités</li> <li>• Susciter l'envie chez les usagers</li> <li>• Restaurer une image « très/trop ? » dégradée</li> <li>• Réaliser un partenariat avec l'EPSM afin d'assurer le coût financier de la mise à disposition des appartements sur le long terme.</li> </ul>	Les limites du projet : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de psychiatre au Logis de Camille®</li> <li>• Pas de déplacement à domicile</li> <li>• Nécessité d'une grande souplesse dans l'organisation des ateliers, plus particulièrement lors d'intervention de collaborateurs</li> <li>• Nécessité d'une volonté de l'utilisateur de venir sur la Boussole et d'adhérer au projet.</li> <li>• Nécessité d'une file active suffisante pour assurer le dynamisme et la pérennisation des actions</li> <li>• Nécessité d'une cohérence entre les profils accueillis notamment en logement au sein du Logis de Camille®</li> </ul>
COLLABORATEURS A MOBILISER	
<b>1 – Pour « Recréer du lien social et sortir de l'isolement » :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les salariés du Logis de Camille®</li> <li>- Les psychothérapeutes :                              Mme GOUNEAU : groupe de parole « adultes » et groupe de parole « enfants »                              Mme LEFEVRE : groupe de parole « aidants » et groupe de parole « soutien à la parentalité »</li> <li>- CAF Loiret et REAAP 45</li> </ul>	

- Mme RAYER Natacha, bénévole et animatrice d'atelier d'écriture depuis 10 ans

**2 – Pour « Reprendre goût au « faire »... » :**

- Aselqo Madeleine
- Le Jardin Partagé d'Emmanuel
- Mme Sonia ROUDIY, actuellement stagiaire de la Boussole en reconversion professionnelle (auparavant professeur de Yoga)
- Mme CHOUKRI, bénévole qui anime les ateliers de jeux cognitifs.

**3 – Pour « Déstigmatiser la maladie » :**

- Le Logis de Camille® (LDC®)
- CTS Commission santé mentale
- Aselqo
- Fondation Archambault
- EPSM et clinique Belle Allée
- UNAFAM
- Association Vie Libre
- CHRS

**4- Pour « Accompagner les usagers.... »**

- Le centre de formation Les Pôles Artistiques
- Cap emploi / AGEFIPH
- « Accompagnement Global » du Pôle Emploi
- Partenaire Assemssment
- Humando
- SESSAD Pro
- Garantie Jeune
- Les centres de formation de la Métropole
- Mairie d'Orléans Métropole
- MDPH
- UDAF

**5 – Pour « Éviter les rechutes et concourir au rétablissement » :**

- Dr HUBERT médecin psychiatre référent de la Boussole
- M. DELIENCOURT APA-S Conseils
- Le LDC®

**6- Pour « Concourir à l'autonomisation des usagers ... » :**

- Les équipes de l'EPSM mobilisées par ce projet
- Les professionnels du LDC®
- Le service de la Boussole de La Sainte Famille

**ACTIONS A ENGAGER**

Actions	Porteur(s) de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
<p><b>1- Recréer du lien social et sortir de l'isolement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gérer et animer le « Bistrot », place centrale du passage des usagers du Logis de Camille® (LDC)</li> <li>- Proposer des groupes de paroles pour les usagers et leurs familles</li> <li>- Manger au restaurant du logis de Camille® avec</li> </ul>	Association La Sainte Famille	En cours	Coordinatrice La Boussole + stagiaire + bénévoles + usagers + psychologues  Restaurant du Logis de Camille + Foyer de La Boussole situé	Bistrot : 120.00€/mois Psychologues : 200.00€/mois Fournitures ateliers : 30.00€/mois Repas Boussole : 5.00€/personne/repas Repas LDC : 5.00€/personne/repas <b>Coût de</b>

<p>tous les acteurs de la vie quotidienne du LDC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer des repas partagés 1x/sem au Foyer de la Boussole</li> <li>- Atelier d'écriture toutes les 2 semaines</li> </ul>			<p>au LDC®</p> <p>Petit matériel d'écriture + denrées pour Le Bistrot</p>	<p><b>fonctionnement (location bureau + foyer) : 1000€/mois</b></p> <p><b>Salaire chargé de la coordinatrice : 3340.00€/mois</b></p>
<p><b>2- Reprendre goût au « faire » au travers d'activités variées pour travailler la réhabilitation psychosociale en transversalité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ateliers « chant » et « jeux » menés et organisés par les adhérents et une bénévole</li> <li>- Atelier « jardin » afin de permettre la reprise d'une activité physique / de développer les liens sociaux/ de valoriser les adhérents par leurs réalisations concrètes / de favoriser l'apaisement et les émotions positives.</li> <li>- Atelier « Bien-être » pour reprendre contact avec son corps / pour retrouver des sensations positives / pour vivre un moment loin de la routine quotidienne</li> <li>- « Rando active » et « Rando photo » pour améliorer l'écoute de l'autre dans une ambiance apaisée / stimuler la créativité / reprendre une activité physique adaptée</li> </ul>	<p>Association La Sainte Famille</p>	<p>En cours</p>	<p>Coordinatrice La Boussole + stagiaire +bénévole usagers + bénévoles + Foyer de la Boussole +petit matériel</p>	<p>Location annuelle de la parcelle au « jardin d'Emmanuel » : 45.00€</p> <p>Fournitures diverses : 15.00€/mois</p> <p>Utilisation du foyer de La Boussole (évalué action 1)</p> <p>Salaire coordinatrice (évalué action 1)</p>

<p><b>3- Désigmatiser la maladie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser régulièrement des conférences et des débats</li> <li>- Participer à des rencontres et campagnes sur le sujet</li> <li>- Communiquer auprès des différents partenaires régulièrement</li> </ul>	<p>Association La Sainte Famille</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En cours : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ SISM 2020 : « Santé mentale et discrimination »</li> <li>✓ Journée mondiale de la Bipolarité : « Bipolarité et addictions »</li> </ul> </li> <li>- En cours : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rencontres à l'individuel des différents partenaires de la Boussole</li> <li>✓ Rencontres à l'individuels de nouveaux partenaires</li> </ul> </li> </ul>	<p>Salle Gauguin ou Salon du LDC® ou location de salle extérieure si + de 30 personnes</p> <p>Coordinatrice de La Boussole</p> <p>Outils de communication : plaquettes, site Internet (Facebook), téléphone portable, etc.</p>	<p>Location de salle : 90€/évènement</p> <p>Coût de communication</p> <p>Salaire chargé de la Coordinatrice (évalué action 1)</p>
<p><b>4- Accompagner les usagers dans :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La construction d'un projet professionnel</li> <li>- Une recherche d'emploi</li> <li>- Leurs démarches auprès d'instances administratives</li> <li>- Atelier « Théâtre et image de soi » :</li> <li>- Travailler l'estime de soi pour de nouveau se sentir « en capacité de... »</li> <li>- Accompagnement individuel</li> <li>- Orienter vers les partenaires de l'insertion professionnelle</li> <li>- Renseigner et accompagner sur les démarches administratives</li> </ul>	<p>Association La Sainte Famille</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En cours : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atelier « Théâtre et image de soi » du 27/02/2020 au 5/06/2020</li> <li>✓ Entretiens individuels les lundis matin au sein de la Boussole et à la demande</li> <li>✓ Rencontres régulières des collaborateurs</li> </ul> </li> </ul>	<p>Coordinatrice de La Boussole</p> <p>Formateur des Pôles Artistiques</p> <p>Partenaires insertion professionnelle</p>	<p>750€ la session (2 demi-journées) x 10 sessions/groupe</p> <p>Salaire chargé de la Coordinatrice (cf action 1)</p>
<p><b>5- Eviter les rechutes et</b></p>	<p>Association</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En cours :</li> </ul>	<p>Coordinatrice de La</p>	<p>Forfait      Activités</p>

<p><b>concourir au rétablissement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretiens individuels réguliers : Veille sur les usagers via une surveillance psychique et du lien social</li> <li>- Lien avec le médecin psychiatre référent de la Boussole</li> <li>- Atelier APA (Activités Physiques Adaptées) afin de permettre aux usagers de maintenir ou améliorer leur état de santé générale</li> </ul>	<p>La Sainte Famille</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Entretiens individuels les lundis matin au sein de la Boussole et à la demande</li> <li>- En projet</li> <li>✓ Séances d'activités physiques adaptées 1x/ semaine au sein du LDC</li> </ul>	<p>Boussole + médecin psychiatre référent  + enseignant en activité physique adaptée, éducateur sportif</p>	<p>Physiques Adaptés de 50.00€/heure x4 séances/mois</p> <p>Salaire chargé de la Coordinatrice (cf action 1)</p>
<p><b>6- Concourir à l'autonomisation des usagers via le retour à une vie « extra-hospitalière »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permettre une alternative entre un hébergement en établissement psychiatrique et un hébergement en ville</li> <li>- Améliorer l'accès et le maintien des personnes dans un logement autonome ou accompagné en proposant un appartement au sein du LDC selon 2 modalités : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Appartement d'évaluation :</b> Permettre un travail sur les gestes de la vie quotidienne et une évaluation des capacités d'autonomie de la personne pour les équipes soignantes afin d'anticiper le potentiel des malades à vivre seul.</li> <li>✓ <b>Appartement de transition :</b> Réinvestir son statut de citoyen par une vie au sein de la cité (localisation du LDC) tout en étant accompagné socialement et médicalement dans la</li> </ul> </li> </ul>	<p>Association La Sainte Famille  EPSM G. DAUMEZON</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisé : 1<sup>ère</sup> expérience de contractualisation d'un bail d'un an avec un usager pour un logement avec accompagnement qui s'est avéré positive.</li> <li>- En cours : Réflexion et construction de projet</li> </ul>	<p>Coordinatrice de La Boussole  + usagers et salariés du LDC®  + deux logements (appartement de 30 m2 avec kitchenette et salle d'eau/WC)  + les équipes de l'EPSM  + transport</p>	<p>Coût location par appartement : 600.00€/mois</p> <p>Salaire chargé de la Coordinatrice : 2200.00€/mois</p> <p>+ coût des transports entre EPSM et LDC®  + salaire des intervenants de l'EPSM</p>

recherche d'un logement propre.				
MODALITES D'EVALUATION				
Objectifs d'évaluation		Indicateurs		Sources
Développer des ressources personnelles	des	Estime de soi	Reconnaissance de l'autre dans sa différence	Grille de satisfaction + auto-évaluation des usagers
Développer des ressources sociales	des	Prise d'initiatives, autonomie	Acquisition de nouvelles connaissances	Auto-évaluation des intervenants extérieurs
Développer des comportements positifs en lien avec la pathologie	des	Acquisition de nouvelles compétences	Développement des capacités à s'affirmer	Relevé des présences et assiduité aux ateliers par la coordinatrice
		Développement du lien social et place dans la cité	Représentations par rapport à la pathologie	Taux de présentiel quotidien sur la structure par la coordinatrice
		Ressenti par rapport à sa pathologie	Acquisition de nouveaux comportements de santé	Nombre d'inscrit mensuel aux repas du LDC par la coordinatrice
Évaluation de la pertinence des moyens mise en œuvre		Pertinence de la mise en œuvre des ateliers au regard des demandes des usagers	Pertinence des ateliers et de leur maintien dans le temps au regard du nombre d'inscrits	Entretiens collectifs et individuels
		Dynamisme et échanges au sein de la Boussole	Développement et augmentation du nombre d'usagers	Relevé des présences et assiduité aux ateliers par la coordinatrice + grille de satisfaction des usagers
				Recherche d'une file active d'utilisateur / adéquation des profils par la coordinatrice
				Communication (page Facebook, Flyer, mail...) et création d'évènements (Conférences, débats...) par la coordinatrice
SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Association Clubhouse de France :</li> </ul> <p>Un clubhouse est un lieu de vie créé pour et avec des personnes fragilisées par les effets de troubles psychiques dans le but de faciliter leur socialisation et leur réinsertion professionnelle.</p> <p>Il a pour objet d'offrir à des personnes adultes souffrant de troubles psychiques un lieu de vie. Il peut y retrouver des pairs pour parler librement dans une ambiance de compréhension, de participation et de partage amical.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Association « les Invités au Festin » :</li> </ul> <p>« Les Invités au Festin » offre un espace d'accueil, de partage, de rencontre à des personnes souffrant de solitude, d'inactivité et/ou de difficultés relationnelles en leur permettant, par les liens qu'elles pourront créer avec d'autres, d'expérimenter leurs capacités existentielles et relationnelles, et les aider ainsi à retrouver un sens à leur vie.</p> <p>Ils ont pour guide 3 objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévenir l'exclusion chez les personnes souffrant de troubles psychiques</li> <li>Prévenir les troubles psychiques chez les exclus.</li> <li>Changer le regard de la société sur ces personnes.</li> </ul>				

FICHE PROJET N° 27 : Développer un programme « Un chez soi d'abord »				
Chef de projet CPT : AIDAPHI/EPSM/APLEAT		<b>Etablissements et services engagés :</b> EMPP (EPSM) ; AIDAPHI/APLEAT ; services socio-éducatifs ; établissements et services sociaux et médico sociaux.		
Public concerné : Le projet s'adresse à des personnes majeures, durablement sans domicile et avec besoins élevés d'accompagnement sanitaires et sociaux. Le projet prévoit une capacité d'hébergement de 55 places avec un dispositif d'accompagnement médico-social et social visant à l'insertion sociale, par le logement, une évaluation sanitaire afin de mettre en place un accès aux droits, aux soins et une continuité des soins.				
Sont particulièrement visés :				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les jeunes en errance 18/25 ans ;</li> <li>• Les personnes avec un long passé de rue ;</li> <li>• Les personnes présentant une problématique de santé mentale et/ou des addictions,</li> <li>• Les personnes refusant d'aller vers l'offre existante (présence d'animal domestique, refus du collectif, refus des cadres réglementaires des hébergements, impossibilité de se maintenir sur les hébergements au regard des problématiques de santé ou des consommations de produits psychoactifs, etc.)</li> <li>• Il s'agit de personnes repérées par les équipes de maraudes ou d'accueil de première ligne, échappant aux dispositifs classiques de prise en charge et souhaitant intégrer le dispositif expérimental.</li> </ul>				
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER				
Le dispositif vise à proposer d'une part un lieu de vie et d'autre part un accompagnement soutenu et pluridisciplinaire. Les missions se déclinent ainsi :				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir la sécurité et l'accès aux ressources de base sur le lieu de vie,</li> <li>• Proposer et accompagner vers un accès aux droits, aux soins et des démarches d'insertion notamment sur l'accès à l'emploi et au logement.</li> </ul>				
L'accompagnement est médico-social.				
Il n'y a pas a priori de durée d'accompagnement mais les équipes proposent une démarche proactive et soutenue visant à mobiliser les personnes dans le cadre d'une approche par les forces et le développement du pouvoir d'agir.				
La sortie du dispositif se fait vers un logement individuel ou le logement adapté ou vers des solutions pérennes en termes de lieu de vie ; un accompagnement pourra ensuite être maintenu via les solutions disponibles sur le territoire. La sortie vers le logement ou un autre lieu de vie adapté s'organise dès que la personne en exprime le souhait.				
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES		RISQUES		
Piloter l'élaboration du projet par la CPT		Anticiper la réponse à l'AAP national		
Existence d'une Equipe mobile psychiatrie précarité adossée à l'équipe mobile sociale de l'agglomération orléanaise		Organiser le parcours de soins coordonné entre services de santé		
COLLABORATEURS A MOBILISER				
EMPP ; équipe de maraude sociale, services socio-éducatifs ; dispositifs d'hébergement d'urgence ; CMP ; CPTS				
ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget

		(début/fin)		
Elaborer un projet co-porté au sein de la CPT	AIDAPHI/EPSM/APLEAT	2021-2025	A définir	A définir
MODALITES D'EVALUATION				
Objectifs d'évaluation	Indicateurs		Sources	
Evaluer l'insertion des personnes en situation de grande précarité	Nombre de personnes prises en charge et accompagnées Nombre de sorties du dispositif vers un logement ordinaire ou hébergement adapté Nombre de personnes ayant fait l'objet d'une évaluation psychiatrique et somatique ; Taux de personne faisant l'objet d'un suivi organisé en santé mentale à l'issue du dispositif			
SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK				
Retours d'expérience des programmes similaires à Marseille, Lyon, Lille.				

<b>FICHE PROJET N° 28 : Commission Habitat –santé mentale au sein du Comité Local de Santé Mentale de l’Agglomération Orléanaise</b>				
<b>Chef de projet :</b> Coordonnateur du Contrat Local de Santé Mentale de l’agglomération Orléanaise		<b>Etablissements et services engagés :</b> Membres du CLSM		
<b>Public concerné :</b> Personnes sans logement ou en logement précaire présentant des troubles psychiques à partir de 16 ans.				
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L’USAGER				
<p><b>Objectifs :</b> Poursuivre les travaux de la commission de coordination « Habitat-Santé Mentale » dans le cadre du Contrat Local de Santé Mentale de l’agglomération Orléanaise entre l’EPSM, les municipalités de l’agglomération signataires du CLSM et les opérateurs d’accès et de maintien dans le logement ordinaire et protégé afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faciliter l’accès au logement en optimisant et/ou en développant l’offre du territoire ;</li> <li>• Adapter l’offre d’hébergement répondant aux besoins ;</li> <li>• Faciliter le maintien dans le logement par le développement d’un accompagnement personnalisé et adapté coordonnés entre bailleurs et CMP ;</li> <li>• Structurer les réseaux bailleurs- CMP au niveau des territoires de proximité ;</li> <li>• Informer et sensibiliser les bailleurs et acteurs des politiques publiques autour de la santé mentale.</li> <li>• Coordonner les travaux avec la commission d’examen des situations complexes dont les problématiques sont souvent en lien avec le logement.</li> </ul> <p><b>Résultats attendus dans la prise en charge du patient :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser le maintien dans la cité et le logement, prévenir les ruptures et améliorer le parcours du patient en anticipant mieux le recours aux dispositifs de soins psychiatriques ;</li> </ul> <p>Faciliter la mise en œuvre des projets de sortie de l’hôpital psychiatrique afin d’éviter la chronicisation du patient et permettre de répondre aux besoins de la population.</p>				
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES		RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapprochement et volonté des services de l’état, du conseil départemental, de la municipalité de Fleury les Aubrais, de l’AIDAPHI et de l’EPSM pour participer à cette initiative et mettre en cohérence les différents schémas de planification ;</li> <li>• Signature du CLSM de l’agglomération Orléanaise ;</li> <li>• Diagnostic partagé des besoins entre les différents acteurs.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de temps de coordinateur identifié afin d’effectuer l’assistance à maîtrise d’ouvrage du projet ;</li> <li>• Grande diversité des partenaires ;</li> <li>• Eclatement des politiques publiques et diversité des schémas de planification ;</li> <li>• Méconnaissance mutuelle des acteurs.</li> </ul>		
COLLABORATEURS A MOBILISER				
ARS ; Coordinateur du CLSM ; élus des municipalités du CLSM ; CMP de l’EPSM ; Service social de l’EPSM ; PASS du CHRO ; Direction Départementale de la cohésion sociale (Etat) ; Direction du Pôle Citoyenneté et cohésion sociale (Conseil Départemental) ; AIDAPHI ; AHU ; Bailleurs sociaux du territoire ; Maison de l’Habitat				
ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur de l’action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Mettre en place un temps de coordonnateur dédié au contrat local de santé mentale	Municipalité de Fleury-les-Aubrais	2020	1 ETP de coordonnateur chargé de la coordination du CLSM et de l’animation de la commission	A définir

			logement- Demande de financement ARS	
Constituer la commission Logement afin de définir les objectifs opérationnels et les actions à engager	Coordonnateur CLSM sous la présidence d'un élu	2019	Identification des personnes ressources à mobiliser- définition d'un règlement de fonctionnement	-
Elaborer le guide de l'accès à l'habitat	Groupe de travail de la commission	2020-2021	Budget de communication	A définir
Constituer le cahier des charges et déployer le programme de formation des bailleurs sociaux	Groupe de travail de la commission	2020-2021	Temps de formateur	A définir
<b>MODALITES D'EVALUATION</b>				
<b>Objectifs d'évaluation</b>	<b>Indicateurs</b>		<b>Sources</b>	
Mesurer les hospitalisations inadéquates	Nombre d'hospitalisations inadéquates liées à l'absence de logement ou logement précaire ;		DIM	
Evaluer l'accès à l'habitat	Taux de refus aux demandes d'accès au logement		Services socio-éducatifs	
Evaluer l'accès et le maintien dans l'habitat	Nombre de situations complexes en lien avec le logement au sein du CLSM et taux de personnes ayant un suivi		Coordination CLSM	
<b>SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK</b>				
Retours d'expérience national des CLSM				

### IV.3.3. Objectif opérationnel n°3 : développer l'empowerment des personnes

#### IV.3.3.1. Développer la pair-aidance

FICHE PROJET N° 29 : Soutenir la création et le développement des médiateurs de santé pairs	
<b>Chef de projet CPT :</b> Dr OLLAND, responsable de la filière réhabilitation psycho-sociale ; UNAFAM	<b>Etablissements et services engagés :</b> EPSM (tous services) ; CHAM ; UNAFAM ; GEM ; associations de patients
<p><b>Public concerné :</b> Le médiateur de santé pair est une personne ayant une expérience d'usager des services de santé mentale, ayant entamé un parcours de professionnalisation dans le domaine de l'aide et de la médiation en santé mentale et dont le rôle est d'être en facilitateur et un accompagnateur de l'action des équipes de santé mentale vis-à-vis des patients. Il peut être bénévole ou professionnel. Il doit avoir suivi une formation spécifique pour pouvoir être positionné en tant que professionnel.</p> <p>Le médiateur santé pair ou pair aidant apporte un savoir expérientiel de la maladie et du rétablissement à d'autres usagers, il intervient sein des prises en charge proposées par les équipes de santé mentale ou d'accompagnement.</p>	
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Objectifs de l'intervention du médiateur santé pair :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il apporte ses compétences en renforçant celles des équipes de soins et intervient auprès des personnes en difficulté pour améliorer la prévention, l'accès aux soins ou l'alliance thérapeutique ;</li> <li>- Il peut accompagner les personnes à différents endroits du parcours de soins (programmes d'ETP, case management au sein des CMP...) dans le but de soutenir l'insertion sociale en lien avec les divers partenaires associatifs (ex : GEM)</li> <li>- Il peut apporter un soutien relationnel spécifique dans le but de soutenir le processus de rétablissement des personnes</li> </ul> </li> <li>• Il participe aux démarches d'éducation thérapeutique ou éducation à la santé</li> </ul> <p><u>Effets positifs attendus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur les usagers : Amélioration de l'accès aux soins, de l'observance du traitement, soutien moral des usagers dans une optique de rétablissement, <i>empowerment</i> de l'usager, diminution de l'auto-exclusion, amélioration de l'estime de soi ;</li> <li>- Sur les équipes de soins et d'accompagnement : amélioration de l'alliance thérapeutique, aide à l'adaptation de la stratégie thérapeutique ou au positionnement, évolution des représentations)</li> <li>- Sur les pairs aidants eux même : estime de soi, insertion sociale et professionnelle.</li> </ul>	
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES	RISQUES
Des personnes intéressées commencent à être identifiées, stabilisées et pouvant s'inscrire dans un parcours de formation ;  Définir en pré-requis une méthodologie précisant le rôle et les missions du pair aidant dans les prises en charge/accompagnement, élaborer une fiche de poste, engager un programme de formation et d'accompagnement du pair aidant	Financement du poste de pair aidant professionnel  Positionnement à clarifier au sein des équipes de soins et dans l'articulation avec les équipes de soins ou d'accompagnement en complémentarité.
COLLABORATEURS A MOBILISER	
Les membres de la CPT (équipes, directions), CCOMS de Lille	

ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Définir les missions, l'inscription du MSP dans les programmes d'ETP et/ou de réhabilitation, les articulations avec les équipes, formaliser une fiche de poste.		2022-2025	Besoin d'un financement de 33 000 euros en moyenne par MSP (A confirmer)	Chiffrage réalisé par la cellule de coordination projet en lien avec le contrôle de gestion, le cas échéant.
Engager la formation du MSP		2022-2025	Participer à la formation MSP dispensée par le CCOMS de Lille	A définir
MODALITES D'EVALUATION				
Objectifs d'évaluation	Indicateurs		Sources	
Evaluer l'activité du MSP	Nombre de groupes d'ETP ou d'interventions effectués par le MSP Nombre de personnes prises en charge Régularité de la présence		A définir	
Evaluer l'impact de l'impact du MSP sur la satisfaction de l'utilisateur	Satisfaction de l'utilisateur		EPSM	
SOURCE D'INNOVATION/BENCHMARK				
Association Québécoise de réadaptation psycho-sociale Institut universitaire de Québec CCOMS de Lille Unité de soins psychosociaux du CH de Sainte Anne Université des Patients La Sorbonne La Pitié Salpêtrière				

FICHE PROJET N° 30 : Développement d'actions de psychoéducation à l'attention des familles et aidants				
<b>Chef de projet CPT :</b> Dr MAGIS, chef du pôle de soins spécifiques de l'EPSM, UNAFAM		<b>Etablissements et services engagés :</b> EPSM, CHAM, UNAFAM, UDAF, associations d'aidants, établissements médico-sociaux.		
Public concerné : Les familles et aidants d'une personne présentant des troubles psychiques				
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER				
<p>Développer la psychoéducation des proches de patients, conformément aux recommandations de bonnes pratiques au travers du programme Accompagner Valider Echanger Comprendre (AVEC). Ce programme s'effectue sur 8 séances et comprend des entretiens avec les familles (évaluation des représentations, des impacts de la maladie du proche) afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Développer les compétences psycho-sociales de l'entourage orientées vers le rétablissement au travers d'outils TCC, de thérapies émotionnelles ;</li> </ul> <p>Dans un second temps, développer les groupes multifamilles (expérience de la fondation l'Elan retrouvé, APRTF) afin de développer l'entraide entre familles.</p> <p>Les résultats attendus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer les capacités des aidants à accompagner leur proche, à faciliter leur connaissance dans le cadre des échanges avec les professionnels ;</li> <li>Améliorer leur confiance en eux, les aider à mieux gérer la charge mentale, réduire le stress et ses impacts sur leur santé mentale (ex : troubles dépressifs ; troubles du sommeil ...) ;</li> <li>Améliorer leur qualité de vie ;</li> <li>Développer l'entraide entre familles avec une analyse de leurs pratiques.</li> </ul>				
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES		RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Co-construction d'un partenariat avec l'UNAFAM et l'UDAF pour définition du programme pédagogique</li> <li>Organiser la formation des professionnels du programme AVEC</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps médical nécessaire contraint au regard de la démographie médicale</li> <li>Décharge horaire des professionnels engagés par redéploiement interne avec une disponibilité contrainte par les autres nécessités de service</li> </ul>		
COLLABORATEURS A MOBILISER				
UNAFAM, UDAF, unités de soins psychiatriques pour adressage (CMP et unités d'hospitalisation); Unités de provenance des professionnels engagés dans la prise en charge : unité de thérapie familiale ; CJPA ; Filière de réhabilitation ;				
ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Identification du formateur et élaboration du programme pédagogique	Dr MAGIS, chef du pôle de soins spécifiques - UNAFAM	<b>2021</b>		
Mise en œuvre du programme et entretiens famille	Dr MAGIS, chef du pôle de soins spécifiques -	<b>1<sup>er</sup> semestre 2021</b>	Décharge horaire des professionnels formateurs soit :	A évaluer

	UNAFAM		0.2 ETP temps médical ; 0.60 ETP IDE. Faire l'acquisition du livret pédagogique	90 euros
Elaborer des supports de communication informant des réunions sur le programme, informer les familles lors d'un premier épisode de leur proche de son existence	UNAFAM-pôle de soins spécifiques	2021	A définir avec service de communication	
Informer les professionnels de santé, les partenaires de l'existence du programme	UNAFAM-pôle de soins spécifiques	2021	A définir avec service de communication	
Développer les groupes multifamilles	pôle de soins spécifiques-UNAFAM		0.40 ETP IDE ou autres professionnels ; Formations des professionnels à la médiation des groupes	
<b>MODALITES D'EVALUATION</b>				
<b>Objectifs d'évaluation</b>	<b>Indicateurs</b>		<b>Sources</b>	
Développer les séances en fonction des ressources du territoire	Nombre de professionnels formés au programme		Pôle de soins spécifiques	
Identifier l'impact du programme sur les aidants	Nombre de personnes ayant bénéficiés du programme		UNAFAM	
Identifier l'impact du programme sur les aidants	Enquête de satisfaction/bénéfices sur la qualité de vie auprès des aidants		UNAFAM	
<b>SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK</b>				
<p>Traité de réhabilitation psychosociale, sous la direction du Pr Nicolas FRANCK, 2018</p> <p>Expérience menée au Québec</p> <p>Expériences des Centres de RPS en France</p>				

#### IV.3.4. Objectif opérationnel n°4 : lutter contre la stigmatisation

##### IV.3.4.1. Promouvoir les éléments de langage sur la santé mentale et l'accès aux soins en lien avec les CLSM

FICHE PROJET N° 31 : Promouvoir la santé mentale				
<b>Chef de projet CPT</b> : Bureau de la CPT / CLSM		<b>Etablissements et services engagés</b> : Membre de la CPT		
<b>Public concerné</b> : Grand public, acteurs de la santé mentale qu'ils soient publics ou privés, sanitaires, médico-sociaux ou sociaux, associatifs.				
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS AUPRES DE L'USAGER				
Structurer une politique de promotion de la santé mentale, lutter contre la stigmatisation et l'auto exclusion au travers des actions suivantes :				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structurer un programme annuel de temps de sensibilisation auprès de la population en coordination entre acteurs de santé mentale;</li> <li>• Valoriser les compétences et retours d'expérience des personnes en souffrance au travers d'espace de rencontre, de temps de partage sur la connaissance du handicap psychique.</li> <li>• S'appuyer sur les outils existants : maison des usagers (information sur les questions de santé mentale, somatique, accès aux droits et insertion dans la cité) ; SISM</li> </ul>				
Corréler le projet avec la mise en place de médiateur de santé pair et les travaux du CLSM				
LEVIERS ET PREREQUIS IDENTIFIES		RISQUES		
Maisons des usagers de l'EPSM et du CHAM COFIL SISM piloté par la FRAPS-UNAFAM CLSM				
COLLABORATEURS A MOBILISER				
Membres de la CPT ; FRAPS ; TGI et maison départementale d'accès aux droits ; URPS				
ACTIONS A ENGAGER				
Actions	Porteur(s) de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget
Définir un programme annuel d'actions de sensibilisation et de communication en corrélation avec le CLSM.	Bureau CPT	Annuel	A définir	A définir
MODALITES D'EVALUATION				
Objectifs d'évaluation	Indicateurs		Sources	
À définir	À définir		À définir	
SOURCE D'INNOVATION / BENCHMARK				

## Calendrier projet et modalités de suivi

### V.1. Priorités du PSTM 2020-2025

Les priorités du PTSM sont définies par la CPT. L'ordre de priorité sera adapté en fonction des opportunités qui se font jour au niveau national, à la faveur des appels à projets notamment, mais également en fonction du portage médical. Ce dernier aspect, dans un contexte de démographie médicale contrainte, est un facteur essentiel de réussite des projets. Il est retenu toutefois que le déploiement des soins et accompagnements de réhabilitation psychosociales, l'organisation d'un parcours structuré et sans rupture pour la population des 16-25 ans, la détection et l'intervention précoce, la réponse à la crise et à l'urgence constituent les priorités générales du PTSM du Loiret.

### V.2. Modalités de suivi

La mise en œuvre concrète du PTSM est pilotée, suivie et évaluée par les instances du bureau et de l'assemblée générale de la Communauté psychiatrique de territoire.

Dans le cadre des appels à projet, régionaux ou nationaux relatifs à la santé mentale (ex : Fonds d'innovation organisationnelle) ou pour les appels à projets nécessitant un positionnement des acteurs en santé mentale, une réponse conjointe entre membres de la CPT sera recherchée.

La CPT est également garante de la bonne coordination des projets et actions menés d'une part au sein du PTSM mais également au sein des CLSM et du projet médical partagé du GHT, dans son volet Santé mentale.

#### V.2.1. Indicateurs de suivi

Les instances de la CPT auront pour objectif de définir un modèle d'évaluation du PTSM en intégrant les principaux indicateurs ci-dessous, lesquels sont produits à une fréquence annuelle par la CPT et sont, à ce titre, susceptibles d'évoluer :

Objectifs	Indicateurs	Cible	Source de production
Prévenir les ruptures de soins	Nombre de RDV programmés non honorés en CMP et CMPEA	↘	DIM EPSM/CHAM
Prévenir les ruptures de soins et l'intervention précoce	Nombre de VAD en psychiatrie de l'adulte et de l'enfant	↗	DIM EPSM/CHAM
Améliorer l'accès aux soins	Délais moyens entre le 1 <sup>er</sup> entretien et le rendez-vous d'évaluation, Délais moyens entre le rendez-vous d'évaluation et le rendez-vous de soins.	↘	Pôles
Améliorer l'accès aux soins et la continuité des soins en tenant compte des contraintes de démographie médicale	Nombre d'IPA en structures sur le territoire	↗	CPT
Améliorer l'accès aux soins	Nombre d'actes de télémedecine par type et par filière	↗	DIM EPSM/CHAM

Favoriser la continuité des soins et l'insertion des personnes	Part de file active suivies en CMP et part de file active suivies exclusivement en CMP en psychiatrie de l'adulte et de l'enfant	↗	DIM EPSM/CHAM
Prévenir les ruptures de soins et faciliter l'insertion des personnes	Nombre de personnes suivies par un case manager	↗	CPT
Prévenir les rechutes	Taux de réhospitalisations sur une année	↘	DIM EPSM/CHAM
Réduire la durée moyenne de séjour des personnes hospitalisées faute de solution d'aval	Nombre d'hospitalisations prolongées et inadéquates	↘	DIM EPSM/CHAM
Améliorer la prise en charge somatique	Part des patients de psychiatrie et notamment en ALD 23 sans médecin traitant référent	↘	CPAM- DIM EPSM/CHAM
Coordonner et prévenir les situations d'urgence	Nombre de patients ayant fait plus de trois passages en urgence psychiatrique	↘	DIM EPSM/CHAM
Coordonner et prévenir les situations d'urgence	Taux de recours aux soins sans consentement par type	↘	ARS (données RIM-P Atlas de Santé mentale)
Améliorer les compétences de la population face aux troubles psychiques	Nombre de formations PSSM	↗	CPT
Développer les compétences des acteurs de santé mentale dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques	Nombre de formations auprès des acteurs de santé mentale	↗	CPT

### V.3. Planification projet

La planification projet est proposée à titre indicatif. En effet, l'existence d'un portage médical, d'opportunité de financement, d'évolution organisationnelle sont autant de paramètres susceptibles d'influer le calendrier de mise en œuvre d'un projet.

PTSM 2020-2025	2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025	
	Semestre 1	Semestre 2												
Formation PSSM														
Guichet Unique accueil/orientation														
Equipe mobile d'urgence														
EMICEA														
EMPP														
EMGP														
DIMA														
Case management														
Parcours de soins 16-25 ans														
Appartements de transition														
Service d'Accompagnement à la Sortie (SAS)														
Commission situations complexes														
Transmission d'informations														
Accès aux soins en pédopsychiatrie														
CAC														
Extension UHTCA														
Psychotrauma														
TND														
USIP														
CMP : amélioration de la logique de parcours														
CMP : définition des rôles dans la prise en charge somatique														
Prise en charge coordonnée avec les CPTS														
Centre soins somatiques et douleur et Autisme														
Réhabilitation psychosociale														
TECAP														
GEM : lieux de vie, lieux à vivre														
Un chez soi d'abord														
Commission habitat-santé mentale														
Pair-aidance														
Psycho-éducation														

	Déjà planifié et/ou engagé
	Planification possible sous réserve de portage médical et/ou de ressources supplémentaires

## ANNEXES

Annexe 1 : Convention constitutive de la CPT

Annexe 2 : Règlement intérieur de la CPT

Annexe 3 : Membres de la CPT par collèges

Annexe 4 : Liste des établissements et dispositifs médico-sociaux du Loiret

## **Convention constitutive de la Communauté Psychiatrique de Territoire préfiguratrice du Loiret**

Vu le code de santé publique, notamment ses articles L3221-2, L6132-1 et R6132-3 ;

Vu la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et notamment son article 69 ;

Vu le décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire ;

Vu l'avis des instances des deux établissements membres (CME, CTE et son conseil de surveillance) ;

Après concertation au sein de chacun des établissements de la commission des soins et de la commission des usagers ;

### **Article 1. *Création d'une Communauté psychiatrique de territoire***

Il est constitué entre l'EPSM Georges Daumézon et le Centre Hospitalier de Montargis, membres fondateurs, une Communauté Psychiatrique de Territoire préfiguratrice, sous la dénomination de « Communauté Psychiatrique de Territoire du Loiret ».

Elle est fondée en association avec les partenaires du territoire engagés dans le parcours des personnes en santé mentale.

### **Article 2. *Objet de la communauté psychiatrique de territoire du Loiret***

En application de l'article D6136-1 du code de la santé publique, la communauté psychiatrique de territoire du Loiret fédère 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 coordonnées et sans rupture.

Elle pilote la définition du projet territorial de santé mentale en cohérence avec le projet régional de santé mentale et en coordination avec le Comité Territorial de Santé et le Groupement Hospitalier de Territoire.

Elle s'assure de la déclinaison, au sein du projet médical d'établissement de chacun des membres, des actions qui les concernent prévues par le projet territorial de santé mentale.

Elle concourt à la mise en œuvre opérationnelle des actions prévues par le projet territorial de santé mentale, ainsi qu'à leur évaluation.

Elle veille à la bonne mise en œuvre du contrat territorial en santé mentale par les établissements, au maintien et au développement des moyens nécessaires de la psychiatrie dans le territoire et dans la région, en coordination avec les autres Communautés Psychiatriques de Territoire de la région.

### **Article 3. Membres de la communauté psychiatrique de territoire du Loiret**

#### 3.1 LES MEMBRES FONDATEURS

L'EPSM Georges Daumézon et le Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise, établissements assurant la mission de service public hospitalier en psychiatrie, sont les membres fondateurs de la communauté psychiatrique de territoire du Loiret qu'ils constituent volontairement entre eux.

La communauté psychiatrique de territoire du Loiret couvre l'ensemble des secteurs de psychiatrie infanto-juvéniles et de l'adulte de chacun des deux établissements membres.

#### 3.2 LES MEMBRES ASSOCIES

Les autres signataires du contrat territorial de santé mentale, notamment les représentants des patients et des familles, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, sont associés à la communauté psychiatrique de territoire du Loiret pour la définition, la déclinaison, le suivi et l'évaluation des actions du projet territorial de santé mentale auxquelles ils participent.

Les modalités d'association des autres signataires du contrat de santé mentale du Loiret sont précisées dans le règlement intérieur de la CPT.

Les membres associés sont répartis en collège :

Collège 1 : Etablissements de santé publics ou fédération représentant les établissements de santé publics (le président du GHT ou son représentant) engagés dans le parcours des personnes en santé mentale

Collège 2 : Associations représentant les usagers engagées dans le parcours des personnes en santé mentale

Collège 3 : Etablissements de santé privés ou fédération représentant les établissements de santé privés engagés dans le parcours des personnes en santé mentale

Collège 4 : Organismes ou établissements sociaux ou médico-sociaux publics, privés ou associatifs ou fédération représentatives engagés dans le parcours des personnes en santé mentale : EHPAD publics et privés, USLD, fédérations et organisations professionnelles, SAVS, SAMSAH, ESAT, MAS, FAM, CHRS, CMPP, IME, ITEP, CLIS, ACT, CSAPA, CAARUD, SSIAD... (liste non exhaustive).

Collège 5 : Professions de santé libérale engagées dans le parcours des personnes en santé mentale

La CPT du Loiret peut coopérer avec des établissements et structures n'appartenant pas géographiquement au territoire de santé mentale mais identifiés par le projet territorial de santé mentale pour leur rôle de recours, selon les modalités précisées par le règlement intérieur de la communauté psychiatrique.

La liste des membres associés est annexée à la présente convention. Cette dernière n'est pas définitive et est susceptible d'évoluer en fonction des mouvements des membres associés (adhésion, retrait).

#### **Article 4. Objectifs poursuivis par la communauté psychiatrique de territoire du Loiret**

La CPT du Loiret contribue à l'organisation de l'offre et des parcours de psychiatrie et de santé mentale conformément au projet territorial de santé mentale et au projet régional de santé.

Elle précise les objectifs poursuivis, les évolutions de l'offre de soins et de services et promeut ceux-ci auprès des autres acteurs institutionnels.

##### **4.1 Participer au diagnostic et à l'élaboration du projet territorial de santé mentale selon les six axes suivants :**

- Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ;
- Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ;
- L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ;
- La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;
- Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques ;
- L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

##### **4.2 Participer à la mise en œuvre d'actions incluant certaines problématiques spécifiques :**

- Prévention et éducation thérapeutique des patients
- Accès aux soins d'urgence et programmés ;
- Articulation du parcours de soins entre médecine de ville et hôpital ;
- Prise en charge des jeunes adultes ;
- Prise en charge de l'enfant et de l'adolescent ;
- Prise en charge de la personne âgée ;
- Parcours de soins des patients en soins sans consentement ;
- Diagnostic et prise en charge des TED et de l'autisme ;
- Prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques ;
- Accès aux soins et aux droits des patients en situation de précarité et soins psychiatriques ;
- Soins des personnes souffrant d'addictions ;
- Réinsertion psychosociale et rétablissement ;
- Soins aux détenus ;
- Visibilité de l'offre de soins.

##### **4.3 Veiller à la bonne mise en œuvre du Projet Territorial de Santé Mentale par les établissements, à la préservation et l'évaluation des moyens de la psychiatrie dans le territoire et la région.**

- Au sein de chaque établissement membre ;
- Au sein des GHT, la CPT étant associée à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du Projet Médical Partagé ;
- En partenariat avec les acteurs de santé mentale du territoire ;

- En coordination avec les autres CPT de la région ;
- En interface avec l'Agence Régionale de Santé (l'ARS) et les collectivités territoriales, notamment le Conseil Départementale et les collectivités engagées dans les Contrats Locaux en Santé Mentale.

#### **4.4 Développer une politique d'attractivité et de fidélisation des médecins**

- En adoptant toutes les mesures susceptibles de rendre les postes médicaux spécialisés plus attractifs ;
- En étudiant la faisabilité de postes médicaux spécialisés partagés
- En renforçant l'accueil des internes de spécialité

#### **Article 5. Modalités opérationnelles de mise en œuvre des objectifs visés à l'article 4**

Les modalités opérationnelles de mise en œuvre et de fonctionnement sont, conformément à l'article D6136-6 du code de la santé publique, précisées dans le règlement intérieur de la CPT.

Elles concernent les relations entre ses membres fondateurs et les partenaires associés.

Elles concernent aussi les modalités de coordination avec les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé et les autres acteurs du projet territorial de santé mentale.

#### **Article 6. Modalités de suivi et d'évaluation de ces objectifs**

Ces modalités et les indicateurs sont précisés dans le règlement intérieur de la CPT. La CPT établit un rapport annuel d'activité et d'orientation, transmis à l'ARS et tenu à disposition de tout demandeur.

#### **Article 7. Modalités d'adhésion et de retrait de membres associés**

Ces modalités sont précisées dans le règlement intérieur de la CPT, comme visé à l'article 2 et 6.

#### **Article 8. Modalités de gouvernance**

Les signataires de la convention constitutive peuvent mettre en place des instances. Les modalités de gouvernance et les instances de représentation sont adaptées à l'objet de la communauté, au nombre et à la diversité de ses actions et de ses membres.

Une organisation à deux niveaux est décidée :

- Une assemblée de la CPT, composée des membres fondateurs et des membres associés.
- Un bureau de la CPT, composé des directeurs des établissements fondateurs, le président de la CME de l'EPSM Georges Daumézon, des directeurs des soins des établissements fondateurs, le président de la CME du CH de Montargis (ou un psychiatre du CHAM si le président n'exerce pas cette fonction), un représentant de chaque collège non encore représenté (collèges 2, 3, 5 et 6) et deux représentants du collège 4.

Le bureau de la CPT invite toute personne dont il estime qu'elle peut utilement concourir à ses travaux.

#### **Article 9. Décisions et avis**

L'assemblée de la CPT prononce des avis et décisions sur les questions relevant de sa compétence selon les termes du Règlement Intérieur de la CPT, aux articles 1, 5, 6, 9, 11 et 12.

**Article 10.**        *Règlement intérieur*

Un règlement intérieur est établi et approuvé en Assemblée Générale de la CPT à la majorité qualifiée des présents.

**Article 11.**        *Identification des ressources de la communauté psychiatrique de territoire du Loiret*

Les membres fondateurs et associés peuvent décider de consacrer des ressources au projet de communauté psychiatrique. Ces moyens sont précisés au règlement intérieur de la CPT.

**Article 12.**        *Durée de la convention et reconduction*

Sous réserve d'approbation par la Directrice Générale de l'ARS, la présente convention constitutive préfiguratrice de la CPT du Loiret deviendra définitive à la signature du Contrat Territorial de Santé Mentale.

Elle prendra effet pour une durée de 5 ans à compter de cette date et se renouvellera ensuite tacitement par période de 5 ans.

Elle peut être dénoncée par chacun de ses membres à la fin de chaque année civile, moyennant un préavis de 6 mois.

Elle peut être modifiée par voie d'avenant.

## **REGLEMENT INTERIEUR**

### **DE LA COMMUNAUTE PSYCHIATRIQUE DE TERRITOIRE PREFIGURATRICE DU LOIRET**

*Vu le Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux Communautés psychiatriques de territoire ;*

*Vu la Convention constitutive de la Communauté psychiatrique de territoire préfiguratrice du Loiret.*

## ***PREAMBULE***

La Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) a pour objectif de fédérer les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale afin d'offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés, en agissant notamment sur les causes de ruptures du parcours de soins.

La CPT a pour but d'instituer une gouvernance opérationnelle des actions engagées dans le cadre du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) à l'échelle du territoire en associant les principaux acteurs sanitaires publics et privés, les représentants des usagers, les établissements médicaux-sociaux et sociaux impliqués dans ces parcours. Et cela par le biais de la définition d'une CPT préfiguratrice chargée du pilotage du PTSM, en lien avec le CTS.

Cela permettra d'affirmer la spécificité de la santé mentale en donnant une voix aux acteurs intervenants dans le champ de la santé mentale au sein de cette gouvernance opérationnelle, en complément du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

3 étapes :

- La constitution d'une CPT préfiguratrice autour des opérateurs publics ou établissements privés d'intérêt collectif en association avec les principaux partenaires médico-sociaux, sociaux, représentants des usagers, acteurs de la médecine libérale, cliniques à but lucratif...
- Elaboration du diagnostic et du programme d'actions du PTSM pour 5 ans.
- Constitution définitive de la CPT à la signature du Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM), la CPT étant définitive à la signature et après validation de l'ARS.

### **Article 1 – Modalités relatives à l'adoption du présent Règlement Intérieur :**

Le présent Règlement Intérieur sera adopté suite à un vote des membres présents, en Assemblée Générale. Chaque membre détient une voix.

Le Règlement Intérieur doit obtenir une majorité qualifiée au 2/3 des votants présents et représentés, pour entrer en vigueur.

Le vote se fait à main levée. Ce vote sera consacré par une décision.

### **Article 2 – Statut juridique de la CPT :**

La CPT ne dispose pas de la personnalité morale.

La création de la CPT relève de la Convention constitutive de la Communauté Psychiatrique de Territoire préfiguratrice du Loiret. Il s'agit d'une convention de coopération sui generis.

### **Article 3 – Obligations des membres de la CPT :**

Les membres de la CPT doivent participer activement à la réalisation du PTSM et aux autres missions attribuées à la CPT.

Les membres de la CPT doivent partager les informations nécessaires à la réalisation des objectifs de la CPT avec les autres membres de cette dernière.

Le partage et la communication d'informations relatives aux actions du PTSM se fait par les représentants des fédérations ou des réseaux professionnels.

### **Article 4 – Modalités de suivi et d'évaluation des objectifs et des indicateurs :**

Le PTSM est transmis au DG ARS pour approbation avant le 28 juillet 2020.

Pour les suivants, à compter de la date d'échéance de chaque PTSM, le délai maximum d'élaboration du nouveau est de 18 mois.

La signature du CTSM doit intervenir dans un délai de 6 mois suivant l'arrêt du PTSM.

Le suivi de l'état d'avancement de la démarche d'élaboration de la 1<sup>ère</sup> génération du PTSM sera réalisé par les services des ministres chargés des solidarités, de la santé et des personnes handicapées, en lien avec l'ARS.

Il y a lieu d'inscrire des indicateurs d'évaluation pour les priorités du projet, visant à mesurer l'amélioration du parcours des personnes au sein du territoire.

Il y a lieu d'établir un suivi régulier de ces indicateurs par les pilotes du projet et sur toute sa durée de mise en œuvre.

L'évolution est communiquée à l'ensemble des acteurs parties prenantes du PTSM. Cette évolution aura vocation à être interprétée et interrogée collectivement.

Un rapport d'activité est transmis à l'ARS, annuellement.

Il y a lieu d'établir une analyse de faisabilité, une analyse de risque et un échéancier.

Le PTSM se présentera sous forme de fiches actions, avec un ou plusieurs porteurs de projet.

### **Article 5 – Modalités d'adhésion des nouveaux membres :**

Les nouveaux membres seront inclus dans la CPT suite à une demande d'adhésion motivée écrite et un vote du bureau à la majorité simple des membres votants présents et représentés.

Ce vote sera consacré par une décision.

## **Article 6 – Modalités d'exclusion ou de retrait des membres :**

Les membres associés sont libres de se retirer à tout moment de la CPT. Ce retrait doit être constaté par l'Assemblée Générale de la CPT. Un retrait d'office est prévu en cas de dissolution du membre concerné.

L'exclusion d'un membre est possible en cas de non-respect de ses obligations. Cette exclusion doit être votée au 2/3 des membres votants présents et représentés de l'Assemblée Générale, suite à une proposition du bureau.

Ce vote sera consacré par une décision.

## **Article 7 – Désignation et composition du bureau de la CPT :**

Le bureau de la CPT est composé des deux directeurs des établissements fondateurs (EPSM Georges Daumézou et CH de Montargis), du Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) de l'EPSM, du Président de la CME du CHAM (ou un psychiatre du CHAM si le Président n'exerce pas cette fonction), des deux directeurs des soins des établissements fondateurs (EPSM et CHAM), d'un membre représentant le Collège 2, d'un membre représentant le Collège 3, de deux membres représentants le Collège 4, d'un membre représentant le Collège 5 et d'un membre représentant le Collège 6.

Le bureau est donc composé de 12 membres.

Chaque membre du bureau dispose d'une voix lors des votes. Le vote se fait à main levée. Le représentant de la CPT possède une voix compte double en cas de ballottage.

Un représentant sera désigné au sein de chaque collège afin de siéger au bureau (cf. liste des différents collèges à l'article 3.2 de la Convention constitutive). Le mandat donné à chaque représentant des collèges a une validité de 5 ans.

Le vote au sein de chaque collège se fait par bulletin secret.

Les membres qui souhaitent représenter leur collège doivent proposer leur candidature. Une liste préétablie des candidats sera envoyée aux membres des collèges avant le vote.

Pour les collèges 2, 3, 5 et 6, il s'agit d'un scrutin uninominal à 1 tour. Le représentant est élu dès lors qu'une majorité relative est établie.

Pour le collège 4, deux représentants seront élus, il s'agit donc d'un scrutin plurinominal à 2 tours (2<sup>ème</sup> tour en cas d'égalité). Les représentants seront élus dès lors qu'une majorité relative est établie.

Dans le cas où une seule candidature est enregistrée pour la représentation d'un collège (ou 2 candidatures pour le collège 4) alors ce membre est élu d'office.

Pour les membres non présents le jour du vote, il sera proposé un vote à distance par le biais d'un bulletin confidentiel ouvert au moment du dépouillement.

En cas d'égalité entre 2 membres, un tirage au sort sera établi afin de déterminer quel membre est élu en tant que représentant de son collège.

Le bureau est donc renouvelé tous les 5 ans, en fonction des mandats. En cas de vacance du poste de l'un des représentant d'un collège, le siège de représentant est soumis à réélection dans les mêmes conditions que précédemment.

## **Article 8 – Désignation et rôle du représentant de la CPT :**

Le représentant de la CPT est le directeur de l'EPSM, établissement de référence du Loiret.

Il détient une voix compte double lors des votes au sein du bureau en cas de ballottage.

Il pilote les Assemblées Générales de la CPT et les réunions du bureau.

Il représente la CPT au sein de différentes instances (CTS et autres) et devant différentes institutions (ARS, GHT et autres).

Il a la mission de convoquer les membres de la CPT et du bureau, d'établir l'ordre du jour et ce, 15 jours avant les Assemblées Générales ou les réunions du bureau.

#### **Article 9 – Modalités de vote de l'Assemblée Générale :**

Chaque membre de l'Assemblée Générale dispose d'une voix. Pour rendre un avis, une majorité qualifiée au 2/3 des votants présents et représentés, est demandée.

C'est suite à cet avis de l'Assemblée Générale, que les décisions sont prises par le bureau.

En cas d'absence d'un membre, ce dernier peut déléguer son pouvoir au mandataire de son choix. Le mandat doit être transmis dans les plus brefs délais au bureau de la CPT.

Toutes les décisions prises par le bureau, suite à l'avis de l'Assemblée Générale, engagent les membres du groupement. Néanmoins, une décision ne peut être prise hors avis conforme du membre fondateur dès lors que les moyens du secteur psychiatrique qui le concerne sont engagés.

#### **Article 10 – Récurrence des Assemblées Générales et des réunions de bureau :**

Les Assemblées Générales auront lieu au moins 1 fois par an.

Les réunions du bureau auront lieu au moins 2 fois par an.

#### **Article 11 – Spécificité de vote concernant le PTSM :**

Le PTSM (comprenant le diagnostic et les actions proposées) est voté en Assemblée Générale par tous les membres de la CPT. Ce dernier doit obtenir une majorité qualifiée au 2/3 des votants présents et représentés.

Le CTSM (Contrat Territorial de Santé Mentale) est voté en Assemblée Générale par tous les membres de la CPT. Ce dernier doit obtenir une majorité qualifiée au 2/3 des votants présents et représentés.

Les avenants au PTSM et au CTSM sont votés en Assemblée Générale par tous les membres de la CPT. Ces derniers doivent obtenir une majorité qualifiée au 2/3 des votants présents et représentés.

Le vote se fait à main levée.

#### **Article 12 – Dissolution de la CPT :**

En cas de litige entre les parties à la CPT, les négociations sont un préalable obligatoire. Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) sera désigné en tant que tiers aux négociations.

En cas d'échec des négociations, la juridiction compétente est celle du ressort dans lequel a été signée la Convention constitutive, soit le Tribunal Administratif d'Orléans.

Les différents cas possibles de dissolution de la CPT sont les suivants : suite à une décision judiciaire ; suite à une décision de l'Assemblée Générale ; suite à une dénonciation de la convention par l'un des membres fondateurs ; s'il ne reste qu'un seul membre fondateur au sein de la CPT.

**Membres Fondateurs et Membres Associés de la  
Communauté Psychiatrique de Territoire du Loiret**

<b>COLLEGE 1</b> <b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS OU FEDERATION REPRESENTANT LES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS</b>	
<b>NOM Prénom</b>	<b>Fonction</b>
<b>EPSM</b>	
BOISSON Jean Yves	Directeur
GAILLARD Pascal	Directeur des soins
RESTELLI Séverine	Présidente de la CME
<b>CHAM</b>	
DAVIGO Jean-Luc	Directeur
BELMADANI Houria DEDENON Inès	Praticien Hospitalier au CHAM
LECLAND Christelle	Directrice des soins au CHAM
<b>GHT</b>	
VARIN Gilles	Directeur GHT du Loiret et coopérations

<b>COLLEGE 2</b> <b>ASSOCIATION REPRESENTANT LES USAGERS</b>	
<b>NOM Prénom</b>	<b>Fonction</b>
AUROUZE Jean-Marie	Président de l'UNAFAM
DEMEULEMEESTER Elisabeth	Représentante de l'UDAF du Loiret

<b>COLLEGE 3</b> <b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES OU FEDERATION REPRESENTANT LES ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES</b>	
<b>NOM Prénom</b>	<b>Fonction</b>
BLY Véronique	Directrice de la Clinique Belle Allée et de la Clinique du Pont de Gien

<b>COLLEGE 4</b> <b>ETABLISSEMENTS SOCIAUX OU MEDICO-SOCIAUX PUBLICS, PRIVES OU ASSOCIATIFS OU FEDERATION REPRESENTATIVE</b>
---

<b>NOM Prénom</b>	<b>Fonction</b>
BOTTE Claire	Présidente de l'association APLEAT et AMARA 45 représentée par M. POLVOREDA Cyril
<i>Poste vacant</i>	Personnalité qualifiée représentant l'EHPAD public
DELOBELLE Tanguy	Directeur APAJH 45
FARCY Emmanuel	Directeur activité cohésion sociale de l'AIDAPHI
GIRARD René	Directeur de l'association PASSERELLE 45 (SAVS-SAMSAH-GEM)
MOUNOURY Claire	Représentante de la FEHAP et Directrice de l'association la sainte famille
POLLET Joelle	Directrice Générale Institut les Cents Arpens
THIAVILLE Michel	Directeur FAM de Fleury les Aubrais Association Anaïs

<b>COLLEGE 5</b> <b>PROFESSION DE SANTE LIBERALE</b>	
<b>NOM Prénom</b>	<b>Fonction</b>
DABIR Claude	Président CPTS Orléans Réfèrent inter-CPTS pour la CPT du Loiret Représentant URPS-ML Centre-Val de Loire

<b>COLLEGE 6</b> <b>REPRESENTANT DES COLLECTIVITES TERRITORIALES</b>	
<b>NOM Prénom</b>	<b>Fonction</b>
CANETTE Carole	Présidente du Conseil Local en Santé Mental d'Orléans

## Annexe 4 : liste des établissements et dispositifs médico-sociaux du Loiret

et-catég libellé	eso-type d'activité libellé	et-raison sociale	et-commune libellé	eso-capacité installée	eso-clientèle libellé
I.M.E.	Héberg. Comp. Inter.	IME RIVE DU BOIS	NEUVILLE-AUX-BOIS	16	Déf. Intellectuelle
I.M.E.	Semi-Internat	IME RIVE DU BOIS	NEUVILLE-AUX-BOIS	23	Déf. Intellectuelle
I.T.E.P.	Héberg. Comp. Inter.	ITEP "FERNAND OURY"	SAINT-JEAN-DE-BRAYE	24	Diff.Psy.troubl.Comp
I.T.E.P.	Semi-Internat	ITEP "FERNAND OURY"	SAINT-JEAN-DE-BRAYE	16	Diff.Psy.troubl.Comp
I.E.M.	Héberg. Nuit Eclaté	CFPERM LA COURONNERIE	OLIVET	6	Déf.Mot.sans Trouble
I.E.M.	Plac.Famille Accueil	CFPERM LA COURONNERIE	OLIVET	2	Déf.Mot.sans Trouble
I.E.M.	Semi-Internat	CFPERM LA COURONNERIE	OLIVET	14	Déf.Mot.sans Trouble
C.M.P.P.	Type indifférencié	CMPP DE SAINT JEAN DE BRAYE	SAINT-JEAN-DE-BRAYE		Autres Enfants,Adol.
C.M.P.P.	Type indifférencié	CMPP	MONTARGIS		Autres Enfants,Adol.
I.T.E.P.	Héberg. Comp. Inter.	ITEP DE PITHIVIERS	PITHIVIERS	25	Diff.Psy.troubl.Comp
I.T.E.P.	Semi-Internat	ITEP DE PITHIVIERS	PITHIVIERS	15	Diff.Psy.troubl.Comp
I.M.E.	Héberg. Comp. Inter.	IME LE CHATEAU	BAULE	30	Déf. Intellectuelle
I.M.E.	Semi-Internat	IME LE CHATEAU	BAULE	40	Déf. Intellectuelle
I.M.E.	Semi-Internat	IME LE CHATEAU	BAULE	10	Trbl.Spectr.autisme
I.M.E.	Héberg. Comp. Inter.	IME CHANTEMERLE	GIEN	30	Ret. Mental Moyen
I.M.E.	Semi-Internat	IME CHANTEMERLE	GIEN	50	Déf. Intellectuelle
Inst.Déf.Auditifs	Héberg. Comp. Inter.	IRESDA	SAINT-JEAN-DE-LA-RUELLE	16	Déficiência Auditive
Inst.Déf.Auditifs	Héberg. Comp. Inter.	IRESDA	SAINT-JEAN-DE-LA-RUELLE	12	Déf.Auditive Tr.Ass.
Inst.Déf.Auditifs	Semi-Internat	IRESDA	SAINT-JEAN-DE-LA-RUELLE	46	Déficiência Auditive
Inst.Déf.Auditifs	Semi-Internat	IRESDA	SAINT-JEAN-DE-LA-RUELLE	6	Déf.Auditive Tr.Ass.
I.M.E.	Semi-Internat	IMPRO - ADAPEI	ORLEANS	39	Déf. Intellectuelle
I.M.E.	Semi-Internat	IMPRO - ADAPEI	ORLEANS		Déf.du Psychisme SAI
I.M.E.	Semi-Internat	IMP - ADAPEI	ORLEANS	54	Déf. Intellectuelle
I.M.E.	Semi-Internat	IMP - ADAPEI	ORLEANS	12	Polyhandicap
I.M.E.	Héberg. Comp. Inter.	IME ANDRE NEULAT	MONTARGIS	10	Déf. Intellectuelle
I.M.E.	Héberg. Comp. Inter.	IME ANDRE NEULAT	MONTARGIS	8	Polyhandicap
I.M.E.	Semi-Internat	IME ANDRE NEULAT	MONTARGIS	84	Déf. Intellectuelle

I.M.E.	Semi-Internat	IME ANDRE NEULAT	MONTARGIS	6	Trbl.Spectr.autisme
I.M.E.	Semi-Internat	IME ANDRE NEULAT	MONTARGIS	7	Polyhandicap
I.M.E.	Héberg. Comp. Inter.	IME JOINVILLE	PITHIVIERS	42	Déf. Intellectuelle
I.M.E.	Héberg. Comp. Inter.	IME JOINVILLE	PITHIVIERS	7	Trbl.Spectr.autisme
I.M.E.	Héberg. Comp. Inter.	IME	ORLEANS	60	Déf. Intellectuelle
I.M.E.	Semi-Internat	IME	ORLEANS	68	Déf. Intellectuelle
I.M.E.	Héberg. Comp. Inter.	IME CLOS SAINT MARTIAL	CHATEAUNEUF-SUR-LOIRE	16	Déf. Intellectuelle
I.M.E.	Semi-Internat	IME CLOS SAINT MARTIAL	CHATEAUNEUF-SUR-LOIRE	33	Déf. Intellectuelle
I.E.M.	Héberg. Comp. Inter.	CENTRE D'EDUCATION MOTRICE (CEM)	DADONVILLE	11	Déf.Mot.sans Trouble
I.E.M.	Semi-Internat	CENTRE D'EDUCATION MOTRICE (CEM)	DADONVILLE	19	Déf.Mot.sans Trouble
I.E.M.	Semi-Internat	CENTRE D'EDUCATION MOTRICE (CEM)	DADONVILLE	5	Polyhandicap
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT DE FONTENAY SUR LOING	FONTENAY-SUR-LOING	2	Toutes Déf P.H. SAI
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT DE FONTENAY SUR LOING	FONTENAY-SUR-LOING	96	Déf. Intellectuelle
C.M.P.P.	Type indifférencié	CMPP DE PITHIVIERS	PITHIVIERS		Autres Enfants,Adol.
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD CCAS MONTARGIS	MONTARGIS	6	Toutes Déf P.H. SAI
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD CCAS MONTARGIS	MONTARGIS	134	Personnes Agées
I.M.E.	Héberg. Comp. Inter.	IME CIGALE	LA FERTE-SAINT-AUBIN	18	Trbl.Spectr.autisme
I.M.E.	Semi-Internat	IME CIGALE	LA FERTE-SAINT-AUBIN	7	Trbl.Spectr.autisme
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT PEP GIENNOIS	GIEN	12	Toutes Déf P.H. SAI
Jardin Enfants Spéc.	Semi-Internat	JES A PETITS PAS	ORLEANS	16	Déf. Intellectuelle
Jardin Enfants Spéc.	Semi-Internat	JES A PETITS PAS	ORLEANS	9	Polyhandicap
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	SESSAD LE LEVAIN	OLIVET	10	Polyhandicap
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	SESSAD DE SARAN	SARAN	31	Trbl.Spectr.autisme
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM LE HAMEAU DE JULIEN	BOIGNY-SUR-BIONNE	45	Trbl.Spectr.autisme
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM GUIGNESOLEIL	PITHIVIERS-LE-VIEIL	10	Toutes Déf P.H. SAI
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM CHENE MAILLARD	SARAN	10	Déf. Intellectuelle
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM RESIDENCE LA FONTAINE	GIEN	16	Toutes Déf P.H. SAI
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM LA GRIMBONNERIE	VILLEMANDEUR	9	Toutes Déf P.H. SAI
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM LA GRIMBONNERIE	VILLEMANDEUR		Déf.du Psychisme SAI
F.A.M.	Héberg. Comp.	FAM JACQUES CARTIER	ORLEANS	5	Toutes Déf P.H. SAI

	Inter.				
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM JACQUES CARTIER	ORLEANS	3	Déf. Intellectuelle
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM JACQUES CARTIER	ORLEANS	5	Déf.Intel. Tr. Ass.
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM JACQUES CARTIER	ORLEANS	10	Trbl.Spectr.autisme
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM JACQUES CARTIER	ORLEANS	6	Personnes Agées
Jardin Enfants Spéc.	Semi-Internat	JES D'AMILLY	AMILLY	12	Déf. Intellectuelle
Jardin Enfants Spéc.	Semi-Internat	JES D'AMILLY	AMILLY	8	Polyhandicap
I.M.E.	Semi-Internat	IME LES PETITES BROSES	NEVOY	27	Déf. Intellectuelle
I.M.E.	Semi-Internat	IME LES PETITES BROSES	NEVOY	5	Trbl.Spectr.autisme
I.M.E.	Semi-Internat	IME LES PETITES BROSES	NEVOY	6	Polyhandicap
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT LA COURONNERIE	OLIVET	79	Déf.Mot.sans Trouble
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT LA COURONNERIE	OLIVET	10	Déf.Mot.avec Trouble
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT LES CEDRES	PITHIVIERS	60	Toutes Déf P.H. SAI
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT RURAL LES RATELIERS	AMILLY	104	Toutes Déf P.H. SAI
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT LES IRIS	POILLY-LEZ-GIEN	74	Toutes Déf P.H. SAI
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT PAUL LEBRETON	SAINT-JEAN-DE-BRAYE	73	Toutes Déf P.H. SAI
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	ZSAI SERVICE SOINS AIDE INTEGRATION	SAINT-JEAN-LE-BLANC	20	Déf.Mot.sans Trouble
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT CHATEAU D'AUVILLIERS	ARTENAY	87	Déf. Intellectuelle
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD SPHERIA ORLEANS	ORLEANS	3	Toutes Déf P.H. SAI
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD SPHERIA ORLEANS	ORLEANS	200	Personnes Agées
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT JEAN PINAUD	SARAN	78	Déf. Intellectuelle
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT JEAN PINAUD	SARAN	22	Déf.Intel. Tr. Ass.
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD NORD SOLOGNE LA FERTE ST AUBIN	LA FERTE-SAINT-AUBIN	1	Toutes Déf P.H. SAI
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD NORD SOLOGNE LA FERTE ST AUBIN	LA FERTE-SAINT-AUBIN	34	Personnes Agées
Etab.Enf.ado.Poly.	Externat	EPEAP LE LEVAIN	OLIVET	2	Polyhandicap
Etab.Enf.ado.Poly.	Héberg. Comp. Inter.	EPEAP LE LEVAIN	OLIVET	8	Polyhandicap
Etab.Enf.ado.Poly.	Semi-Internat	EPEAP LE LEVAIN	OLIVET	17	Polyhandicap
C.A.M.S.P.	Traite. Cures Ambul.	CAMSP POLYVALENT DU CHRO	ORLEANS		Toutes Déf P.H. SAI
S.A.M.S.A.H.	Milieu ordinaire	SAMSAH PEP 45 ST JEAN DE BRAYE	SAINT-JEAN-DE-BRAYE		Trbl.Spectr.autisme
S.A.M.S.A.H.	Milieu ordinaire	SAMSAH PEP 45 ST JEAN DE BRAYE	SAINT-JEAN-DE-BRAYE	19	Polyhandicap
S.P.A.S.A.D.	Milieu ordinaire	SERVICE POLY. AIDE SOINS DOMICILE	PATAY	10	Toutes Déf P.H. SAI
S.P.A.S.A.D.	Milieu ordinaire	SERVICE POLY. AIDE SOINS DOMICILE	PATAY	68	Personnes Agées
S.P.A.S.A.D.	Milieu ordinaire	SERVICE POLY. AIDE SOINS DOMICILE	PATAY	10	Alzheimer, mal appar
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD BEAUCE VAL SERVICE	FERRIERES-EN-	3	Toutes Déf P.H. SAI

		FERRIERES	GATINAIS		
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD BEAUCE VAL SERVICE FERRIERES	FERRIERES-EN-GATINAIS	10	Alzheimer, mal appar
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD BEAUCE VAL SERVICE FERRIERES	FERRIERES-EN-GATINAIS	71	Personnes Agées
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM DIALOGUE AUTISME DE SARAN	SARAN	24	Trbl.Spectr.autisme
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT DE LIGNEROLLES	FLEURY-LES-AUBRAIS	100	Déf. Intellectuelle
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD DU GIENNOIS	GIEN	5	Toutes Déf P.H. SAI
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD DU GIENNOIS	GIEN	5	Alzheimer, mal appar
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD DU GIENNOIS	GIEN	96	Personnes Agées
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD DES 2 CANTONS	PITHIVIERS	5	Toutes Déf P.H. SAI
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD DES 2 CANTONS	PITHIVIERS	47	Personnes Agées
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT PEP GIENNOIS	DAMPIERRE-EN-BURLY	52	Toutes Déf P.H. SAI
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT PAUL LEBRETON	ORLEANS	84	Toutes Déf P.H. SAI
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD DU CH NEUVILLE-AUX-BOIS	NEUVILLE-AUX-BOIS	1	Toutes Déf P.H. SAI
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD DU CH NEUVILLE-AUX-BOIS	NEUVILLE-AUX-BOIS	40	Personnes Agées
F.A.M.	Accueil de Jour	EAM L'HERBAUDIERE	MEUNG-SUR-LOIRE	10	Toutes Déf P.H. SAI
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	EAM L'HERBAUDIERE	MEUNG-SUR-LOIRE	36	Toutes Déf P.H. SAI
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	EAM L'HERBAUDIERE	MEUNG-SUR-LOIRE		Déf.du Psychisme SAI
Etab.Enf.ado.Poly.	Héberg. Comp. Inter.	IME LES CHATELLIERS	SAINT-HILAIRE-SAINTE-MESMIN	26	Polyhandicap
Etab.Enf.ado.Poly.	Semi-Internat	IME LES CHATELLIERS	SAINT-HILAIRE-SAINTE-MESMIN	1	Polyhandicap
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD SPHERIA BELLEGARDE	BELLEGARDE	6	Toutes Déf P.H. SAI
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD SPHERIA BELLEGARDE	BELLEGARDE	74	Personnes Agées
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD CHATILLON-COLIGNY/CHATEAURENARD	CHATILLON-COLIGNY	3	Toutes Déf P.H. SAI
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD CHATILLON-COLIGNY/CHATEAURENARD	CHATILLON-COLIGNY	69	Personnes Agées
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT RESTAURATION	FLEURY-LES-AUBRAIS	51	Toutes Déf P.H. SAI
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD ASDPA CHATEAUNEUF/SULLY SURLOIRE	SULLY-SUR-LOIRE	5	Toutes Déf P.H. SAI
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD ASDPA CHATEAUNEUF/SULLY SURLOIRE	SULLY-SUR-LOIRE	5	Alzheimer, mal appar
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD ASDPA CHATEAUNEUF/SULLY SURLOIRE	SULLY-SUR-LOIRE	54	Personnes Agées
M.A.S.	Accueil de Jour	MAS LA DEVINIERE	SAINT-JEAN-DE-BRAYE	8	Toutes Déf P.H. SAI
M.A.S.	Accueil de Jour	MAS LA DEVINIERE	SAINT-JEAN-DE-BRAYE		Polyhandicap

M.A.S.	Héberg. Comp. Inter.	MAS LA DEVINIERE	SAINT-JEAN-DE-BRAYE	43	Polyhandicap
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT SERVIPEP	SAINT-JEAN-DE-BRAYE	45	Toutes Déf P.H. SAI
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT APAJH 45	INGRE	41	Toutes Déf P.H. SAI
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	SESSAD DE DADONVILLE	DADONVILLE	4	Déf.Mot.sans Trouble
S.A.M.S.A.H.	Milieu ordinaire	SAMSAH CLUB PASSERELLE 45 SARAN	SARAN	15	Déf.du Psychisme SAI
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	SESSAD CLOS ST MARTIAL	CHATEAUNEUF-SUR-LOIRE	15	Déf. Intellectuelle
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	SESSAD ANDRE NEULAT	MONTARGIS	10	Déf. Intellectuelle
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	SESSAD ANDRE NEULAT	MONTARGIS	10	Diff.Psy.troubl.Comp
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	SESSAD ANDRE NEULAT	MONTARGIS	5	Déf.Mot.sans Trouble
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	SESSAD ANDRE NEULAT	MONTARGIS	5	Trbl.Spectr.autisme
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	SESSAD ANDRE NEULAT	MONTARGIS	5	Polyhandicap
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	2SAI SERVICE SOINS AIDE A DOMICILE	GIEN	14	Déf. Intellectuelle
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	SAFEP-SSEFIS DE ST JEAN DE LA RUELLE	SAINT-JEAN-DE-LA-RUELLE	85	Déficiência Auditive
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	2SAI SERVICE SOINS AIDE INTEGRATION	ORLEANS	36	Déficiência Auditive
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	2SAI SERVICE SOINS AIDE INTEGRATION	ORLEANS	36	Déficiência Visuelle
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	2SAI SERVICE SOINS AIDE INTEGRATION	ORLEANS	20	Déf.Mot.sans Trouble
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	2SAI SERVICE SOINS AIDE INTEGRATION	BAULE	14	Déf. Intellectuelle
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD AADPA BEAUGENCY	BEAUGENCY	5	Toutes Déf P.H. SAI
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD AADPA BEAUGENCY	BEAUGENCY	40	Personnes Agées
S.A.M.S.A.H.	Milieu ordinaire	SAMSAH APF ORLEANS	SAINT-JEAN-DE-BRAYE	23	Déf.Mot.sans Trouble
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	SESSAD PITHIVIERS	PITHIVIERS	10	Diff.Psy.troubl.Comp
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	SESSAD FERNAND OURY	SAINT-JEAN-DE-BRAYE	15	Diff.Psy.troubl.Comp
M.A.S.	Accueil de Jour	MAS LES SAULNIERS	BOIGNY-SUR-BIONNE	5	Toutes Déf P.H. SAI
M.A.S.	Accueil de Jour	MAS LES SAULNIERS	BOIGNY-SUR-BIONNE	3	Trbl.Spectr.autisme
M.A.S.	Héberg. Comp. Inter.	MAS LES SAULNIERS	BOIGNY-SUR-BIONNE	2	Toutes Déf P.H. SAI
M.A.S.	Héberg. Comp. Inter.	MAS LES SAULNIERS	BOIGNY-SUR-BIONNE	8	Trbl.Spectr.autisme
M.A.S.	Héberg. Comp. Inter.	MAS LES SAULNIERS	BOIGNY-SUR-BIONNE	10	Cérébro lésés
M.A.S.	Héberg. Comp. Inter.	MAS LES SAULNIERS	BOIGNY-SUR-BIONNE	28	Polyhandicap
I.M.E.	Héberg. Comp. Inter.	ACCUEIL TEMPORAIRE	NEVOY	24	Trbl.Spectr.autisme
F.A.M.	Héberg. Comp.	FAM D'ARTENAY	ARTENAY	6	Toutes Déf P.H. SAI

	Inter.				
S.A.M.S.A.H.	Milieu ordinaire	SAMSAH ASDM ST PRYVE ST MESMIN	ORLEANS	12	Déf.Mot.avec Trouble
C.A.M.S.P.	Traite. Cures Ambul.	CAMSP GILBERTE ET JACQUES CLAUSET	MONTARGIS	46	Toutes Déf P.H. SAI
M.A.S.	Accueil de Jour	MAS APF HANDAS DE LORRIS	LORRIS	5	Polyhandicap
M.A.S.	Héberg. Comp. Inter.	MAS APF HANDAS DE LORRIS	LORRIS	45	Polyhandicap
M.A.S.	Accueil de Jour	MAS DE CHANTALOU	DADONVILLE	2	Polyhandicap
M.A.S.	Héberg. Comp. Inter.	MAS DE CHANTALOU	DADONVILLE	24	Polyhandicap
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	2SAI SERVICE SOINS AIDE INTEGRATION	SAINT-JEAN-LE-BLANC	21	Déf.Mot.sans Trouble
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	2SAI SERVICE SOINS AIDE INTEGRATION	OLIVET	22	Déf. Intellectuelle
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	SESSAD DE PITHIVIERS	PITHIVIERS	12	Déf. Intellectuelle
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	SESSAD DE PITHIVIERS	PITHIVIERS	3	Trbl.Spectr.autisme
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	SESSAD DE PITHIVIERS	PITHIVIERS	4	Polyhandicap
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM ISAMBERT SAGESSE	OLIVET	24	Déf. Intellectuelle
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM ISAMBERT SAGESSE	OLIVET	8	Déf.Mot.sans Trouble
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM LE PETIT CORMIER	SAINT-JEAN-DE-BRAYE	11	Toutes Déf P.H. SAI
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM ANAIS	FLEURY-LES-AUBRAIS	42	Déf.du Psychisme SAI
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM ANAIS	FLEURY-LES-AUBRAIS	8	Trbl.Spectr.autisme
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	DOMUS VI DOMICILE SSIAD ORLEANS	ORLEANS	10	Toutes Déf P.H. SAI
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	DOMUS VI DOMICILE SSIAD ORLEANS	ORLEANS	20	Alzheimer, mal appar
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	DOMUS VI DOMICILE SSIAD ORLEANS	ORLEANS	90	Personnes Agées
S.A.M.S.A.H.	Milieu ordinaire	SAMSAH APF ORLEANS	MONTARGIS	12	Déf.Mot.sans Trouble
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD ADPEP 45 ST JEAN DE BRAYE	SAINT-JEAN-DE-BRAYE	37	Toutes Déf P.H. SAI
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	SESSAD PRO OLIVET	OLIVET	35	Déf. Intellectuelle
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM LES AMIS DE PIERRE	ORLEANS	8	Déf. Intellectuelle
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD SAS DU CENTRE BEAUNE LA ROLANDE	BEAUNE-LA-ROLANDE	60	Personnes Agées
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD ADMR GIEN	GIEN	3	Toutes Déf P.H. SAI
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD ADMR GIEN	GIEN	32	Personnes Agées
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD SAS DU CENTRE ORLEANS	ORLEANS	60	Personnes Agées
I.M.E.	Semi-Internat	IME CIGALE	SAINT-JEAN-DE-BRAYE	10	Trbl.Spectr.autisme
I.T.E.P.	Héberg. Comp. Inter.	ITEP DE CHALETTE-SUR-LOING	CHALETTE-SUR-LOING	20	Diff.Psy.troubl.Comp

I.T.E.P.	Semi-Internat	ITEP DE CHALETTE-SUR-LOING	CHALETTE-SUR-LOING	10	Diff.Psy.troubl.Comp
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT APAJH 45	MEUNG-SUR-LOIRE	17	Toutes Déf P.H. SAI
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT APAJH 45	OLIVET	13	Toutes Déf P.H. SAI
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT LES CEDRES (LAVERIE)	PITHIVIERS	12	Toutes Déf P.H. SAI
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT LES CEDRES (ESPACES VERTS)	PITHIVIERS	16	Toutes Déf P.H. SAI
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT LES CEDRES (HORTICULTURE)	PITHIVIERS	17	Toutes Déf P.H. SAI
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT LES IRIS-ATELIER CUISINE	GIEN	13	Toutes Déf P.H. SAI
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT SERVIPEP BOIGNY	BOIGNY-SUR-BIONNE	39	Toutes Déf P.H. SAI
M.A.S.	Accueil de Jour	EQUIPE RELAIS HANDICAPS RARES	SAINT-JEAN-DE-BRAYE		Surdi-Cécité
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD ADMR ANNEXE DE GIEN (CHATEAUNEUF)	CHATEAUNEUF-SUR-LOIRE	1	Toutes Déf P.H. SAI
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD ADMR ANNEXE DE GIEN (CHATEAUNEUF)	CHATEAUNEUF-SUR-LOIRE	34	Personnes Agées
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD ADMR ANNEXE DE GIEN (PITHIVIERS)	PITHIVIERS	1	Toutes Déf P.H. SAI
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	SSIAD ADMR ANNEXE DE GIEN (PITHIVIERS)	PITHIVIERS	31	Personnes Agées
S.E.S.S.A.D.	Milieu ordinaire	UEM DE BOIGNY SUR BIONNE	BOIGNY-SUR-BIONNE	7	Trbl.Spectr.autisme
Etab.Expér.A.H.	Héberg. Comp. Inter.	FOYER-APPARTEMENT EXPERIMENTAL	ORLEANS	11	Toutes Déf P.H. SAI
F.A.M.	Héberg. Comp. Inter.	FAM LA CLAIRIERE	FLEURY-LES-AUBRAIS	6	Déf.Mot.avec Trouble
I.M.E.	Semi-Internat	SIPFP DE L'IME LE CLOS SAINT MARTIAL	FAY-AUX-LOGES	15	Déf. Intellectuelle
C.A.M.S.P.	Traite. Cures Ambul.	CAMSP GILBERTE ET JACQUES CLAUSSET	GIEN	34	Toutes Déf P.H. SAI
I.M.E.	Semi-Internat	IME LE CHATEAU	GIEN		Déf. Intellectuelle
I.M.E.	Semi-Internat	IME LE CHATEAU	SAINT-JEAN-LE-BLANC		Déf. Intellectuelle
S.S.I.A.D.	Milieu ordinaire	PCPE 45	SAINT-JEAN-DE-BRAYE		Toutes Déf P.H. SAI
E.S.A.T.	Semi-Internat	ESAT PAUL LEBRETON	FLEURY-LES-AUBRAIS	25	Toutes Déf P.H. SAI
Ctre.Préorient.Hand.	Héberg. Comp. Inter.	CPO LES RHUETS	ORLEANS	8	Toutes Déf P.H. SAI