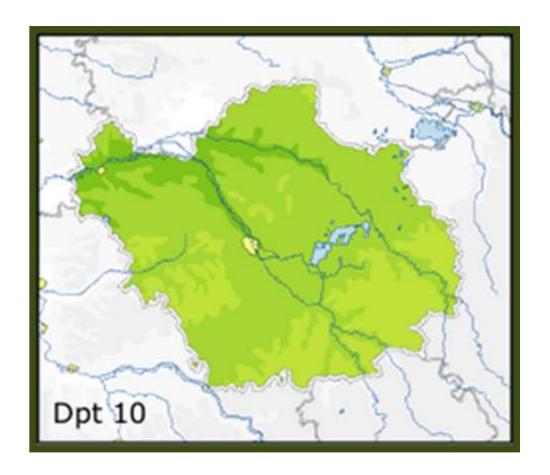
# Diagnostic Territorial Partagé



de l'Aube









#### Novembre 2019

### Table des matières

Glossaire	6
Préambule	7
Introduction	8
Les sources du Diagnostic Territorial Partagé	8
❖ Le cadre règlementaire	8
La loi n° 2016 -41 du 26 janvier 2016 dite loi de modernisation de notre système de santé	8
Le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017	8
Le décret n°2017-1866 du 29 décembre 2017	9
❖ Autres sources	9
❖ Données utilisées	9
I/ PORTRAIT DE TERRITOIRE : CHIFFRES ET DONNEES DISPONIBLES DU DEPARTEMENT DE L'AUBE PAR RAPPORT A LA REGION GRAND EST	0
Chiffres et données concernant le département de l'Aube	0
Démographiel	0
Contexte socio-économiquel	1
Bénéficiaires de la CMUC parmi les consommants RGl	1
Contexte sanitaire	1
Tentative de suicidel	2
Equipement sanitaire	2
Offre médico-sociale	4
Enfants et adolescents - Offre médico-sociale	6
Accompagnementl	6
Offre médico-socialel	6
II/ VERS l'ELABORATION DU PROJET TERRITORIAL EN SANTE MENTALE1	7
A/ Démarche préconisée par l'ANAPl	7
L'Agence Régionale Grand Est propose pour son élaboration de s'appuyer sur la méthodologie de mise en œuvre des parcours en psychiatrie et santé mentale formalisé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance	
Cette élaboration se décline en 3 étapes :	7
→ Le diagnostic territorial partagél	7
→ La définition d'une feuille de route territoriale	7
→ La mise en œuvre de la feuille de route	7
Dans une démarche incluant la responsabilité populationnelle : « L'ensemble des acteurs au sein d'un territoire va devoir s'organiser pour apporter la réponse aux besoins de la population ». A partir second semestre 2019	
* Cadrage	

•	S'appuyer sur ce qui existe sur le territoire.	18
•	Veiller à la mobilisation des acteurs et au démarrage effectif des travaux	18
*	Déroulement	18
•	Veiller à la présence de toutes les parties prenantes	18
•	Organiser la présence des usagers.	18
•	Organiser et animer les réunions de lancement.	18
■ des	Des réunions (au plus 3), entre acteurs et représentants des usagers, pour chacun portes d'entrées.	
■ gro	Un binôme pilote (EPSMA et médico-social) sera souhaité pour animer chaque	18
*	Diagnostic territorial partagé	18
•	Communiquer dans un contexte pluri professionnel	18
■ por	Objectiver les problématiques rencontrées et les dysfonctionnements, à partir de tes d'entrée	
•	Réaliser une analyse causale des dysfonctionnements	18
•	Mettre en place des pistes d'action	18
La	rosace : 5 portes d'entrée	18
Acc	cès au diagnostic et aux soins précoces	20
• psy	Délais de RDV, répartition inégale de l'offre, démographie médicale des chiatres, stigmatisation, non recours Intervention précoce	20
Acc	cès aux soins somatiques	20
	Déni, difficulté d'expression des besoins, mode de vie, refus de soins, douleurs, ogénie médicamenteuse, effets secondaires, droits sociaux Equipe ridisciplinaire	20
Situ	lations inadéquates	20
	Hospitalisations longues, réhospitalisations fréquentes, structures d'aval, alternations longues, réhospitalisation, prise en charge inadéquate Continuité des soins	
Acc	cès aux accompagnements sociaux et médico sociaux	20
	Handicap psychique, évaluation et orientation M.D.P.H, patient « stabilisé », illissement des personnes, anticipation de la sortie d'hospitalisation Equipe ridisciplinaire	20
Pré	evention et gestion des situations de crise	20
• thé:	Décompensation, dégradation, hospitalisation en urgence sans indication rapeutique, continuité des soins, conditions d'accueil, réinsertion	20
Il fa	uut donc viser à :	20
	Identifier les difficultés opérationnelles actuelles pour chaque porte d'entrée	20
•	Formaliser un diagnostic et des pistes d'actions	20
	Terminer par une validation institutionnelle de chaque partie prenante	
Ela	boration de la feuille de route	20

•	Selon la méthode S.M.A.R.T	20
•	Simple – Mesurable – Atteignable – Réaliste – Temporel	20
•	Débouche sur la signature de C.P.O.M avec l'A.R.S	21
Mi	se en œuvre	21
•	Tester la feuille de route puis la mettre en application	21
•	Prévoir des évaluations périodiques	21
<b>B</b> / :	Déploiement de la démarche sur le territoire	21
1/8	Son déploiement dans le GRAND-EST	21
2/ 8	Son déploiement dans le département de l'Aube	22
Le	portage du Projet	22
La	gouvernance	23
Sa	mise en œuvre	23
•	Composition des groupes et portes d'entrée associées	24
•	Calendrier des réunions	26
III.	/ PROPOSITION D'UN DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE	27
A/	Analyse des données territoriales issues des réunions plénières	27
	Objectiver les problématiques rencontrées et les dysfonctionnements, à partir des rtes d'entrée.	27
2/:	réaliser une analyse causale des dysfonctionnements	27
3/ :	mise en place des pistes d'action	30
В/ :	Synthèse des améliorations	30
Co	ncernant les Adultes	30
Co	ncernant les Mineurs	32
C/	Remarques sur le diagnostic territorial partagé	36
D/I	L'articulation PRS et PTSM	36
IV/	/ LE PROJET TERRITORIAL	37
A/	Information du suivi à l'ensemble des partenaires du département de l'Aube	37
<b>B</b> / :	Présentation du diagnostic et du projet aux diverses instances	37
AN	INEXES	39
An	nexe I Portrait de territoire de l'Aube (Atlas Santé Mentale)	40
An	nexe II Lettre d'invitation à la réunion de lancement	56
An	nexe III Liste des partenaires invités à la réunion de lancement	59
An	nexe IV Principales problématiques rencontrées par les partenaires	65
An:	nexe V Pistes d'actions proposées par portes d'entrée	77
	nexe VI Principaux objectifs du Projet régional de santé 2018-2028 concernant la sa entale du Grand-Est.	

### Glossaire

### Liste des sigles de structures, services et autres appellations intervenant en santé mentale

AASEAA Association Auboise pour la Sauvegarde de l'enfance de l'adolescence et des

**ADMR** adultes

**ANAP** Aide à Domicile en Milieu Rural

ANPAA Agence Nationale d'Appui à la Performance

APEI Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARS Association de Parents d'Enfants Inadaptés

ASE Agence Régionale de Santé
CAF Aide Sociale à l'Enfance
CATTP Caisse d'Allocation Familiale

**CCAS** Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CD Centre Communal d'Action Sociale

CEF Conseil Départemental
CEIP Centre Educatif Fermé

**CMP** Centre éducatif et d'insertion professionnelle

**CMPP** Centre Médico-Psychologique **CREHPSY** Centre Médico Psycho-Pédagogique

CSAPA Centre de Ressources spécialisé dans le champ du Handicap PSYchique CUMP Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**DAF** Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

**DDCSPP** Dotation Annuelle de Financement

**DDT** Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des

**DSDEN** Populations

**EHPAD** Direction Départementale des Territoires

**EPSM** Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale **ESAT** Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**ESMS** Etablissement Public de Santé Mentale

FAM Etablissement et Service d'Aide par le Travail FAS Etablissements et Services Médico-Sociaux

GEM Foyer d'Accueil Médicalisé
GHT Foyer d'Accueil Spécialisé
HAD Groupe d'Entraide Mutuelle

**HDJ** Groupement Hospitalier de Territoire

IME Hospitalisation A Domicile

ITEP Hôpital de Jour

MAIA Institut Médico-Educatif

Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

MAS Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le

MDPH champ de l'Autonomie
PII Maison d'Accueil Spécialisée

PIJUEMO Maison Départementale des Personnes Handicapées

PTSM Protection Judiciaire de la Jeunesse
RA PJJ Unité Educative en Milieu Ouvert
SAMSAH Projet Territorial de Santé Mentale

**SAT** Résidence Accueil

SAVS Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

**SESSAD** Service d'Aide par le Travail

SIAO Service d'Accompagnement à la Vie sociale

SSIAD Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile STEMO Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation

TED Service de Soins Infirmiers à Domicile
TSA Service Territorial Educatif de Milieu Ouvert
UMD Troubles Envahissant du Développement

**UNAFAM** Troubles du Spectre Autistique

Unité Malades Difficiles

Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades et/ou

handicapées psychiques

#### **Préambule**

Le présent document constitue le Diagnostic Territorial Partagé En Santé Mentale du département de l'Aube reconnu comme étant un territoire suffisamment pertinent au sens du Code de la Santé Publique pour permettre la coordination des projets de santé mentale.

Ce diagnostic a été élaboré à partir des travaux menés conjointement en mai 2019 par un ensemble de professionnels et d'Etablissements du département, travaillant dans le champ de la santé mentale. Ces professionnels du territoire sont des partenaires dans l'élaboration de ce document, dont le fil conducteur est le parcours de vie de la personne malade ou handicapée.

Le diagnostic constitue une étape préalable et indispensable à la définition **du Projet Territorial de Santé Mentale** (PTSM), tel que précisé par le décret du 27 juillet 2017 et défini à l'article L3221-2 du Code de la Santé Publique.

Il est construit en s'appuyant sur une méthodologie proposée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, laquelle repose sur une approche qualitative qui vise à analyser le parcours de vie de la personne en ciblant cinq priorités appelées « portes d'entrée ».

Ainsi, le diagnostic territorial partagé en santé mentale vise à identifier les besoins et les ressources du territoire de façon à inscrire l'action des professionnels et des Etablissements dans la perspective du déploiement des objectifs stratégiques de santé.

Les actions développées visent à la promotion de la santé mentale, l'amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, la promotion des capacités des personnes et leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne active.

Le diagnostic territorial partagé et le PTSM seront transmis à l'ARS qui les arrêtera après avoir recueilli l'avis des instances concernées.

Un contrat territorial de santé mentale, conclu entre l'Agence régionale de santé et les acteurs concernés participera à la mise en œuvre de projets d'actions répondant à des priorités inscrites dans le décret, en cohérence avec le Projet Régional de Santé et la feuille de route santé mentale, dans un objectif d'organisation optimale de la santé mentale.

Lorsque l'Agence régionale de santé GRAND EST aura procédé aux consultations réglementairement requises et aura été en mesure d'arrêter le PTSM et de le publier, sa traduction dans le contrat territorial de santé mentale prévu par la loi et dans les contrats d'objectifs et de moyens des acteurs concernés, permettra de lui conférer le caractère de document d'orientation stratégique et opérationnelle au service de la santé mentale des Aubois.

#### Introduction

### Les sources du Diagnostic Territorial Partagé

### ❖ Le cadre règlementaire

La loi n° 2016 -41 du 26 janvier 2016 dite loi de modernisation de notre système de santé instaure, dans son article 69, les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM), dont l'objet est « l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture » et qui constituent les fondements de la nouvelle politique territoriale de santé mentale.

Leur élaboration, sur la base d'un « **Diagnostic territorial partagé** » et leur mise en œuvre sont « à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale ». Ils doivent se faire à un niveau de concertation suffisant (notion de Territoire défini à l'article L3221-2 du code de la santé publique) pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées, afin d'améliorer la structuration et la coordination de l'offre de soins et d'accompagnement.

Le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017, le Projet territorial de santé mentale préconise des actions à entreprendre pour répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial partagé, afin de favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social. Les actions développées visent à la promotion de la santé mentale, l'amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, la promotion des capacités des personnes et leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne active.

#### Le décret n°2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de

la stratégie Nationale de Santé pour la période 2018-2022 consacre un titre « Améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale », et indique la nécessité dans les prochaines années de tendre vers plusieurs objectifs dont notamment :

Adopter une approche transversale de la politique de santé mentale alliant la promotion de la santé mentale et du bien-être, la prévention des troubles mentaux, l'accès aux soins et à la prise en charge, l'éducation thérapeutique, la réhabilitation psychosociale, l'accompagnement médico-social et social du handicap psychique et le renforcement de la formation, de l'innovation et de la recherche.

Mettre en œuvre cette approche dans les territoires dans le cadre des **Projets territoriaux de Santé Mentale** et des conseils locaux de santé mentale.

Maîtriser les délais d'accueil et garantir un niveau de disponibilité pour gérer les situations de crise et de détresse psychique.

Promouvoir le bien-être mental en agissant sur les déterminants individuels (compétences psychosociales), sociaux et environnementaux de la vulnérabilité sociale et psychique (environnement de vie, notamment la présence de la nature, comportement addictifs, violence, isolement....)

Améliorer le repérage précoce de la souffrance psychique et des troubles mentaux.

Prévenir les troubles alimentaires (anorexie, boulimie), notamment chez les adolescents et les jeunes.

Améliorer les conditions de vie, l'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique notamment en créant de nouveaux groupes d'entraide mutuelle, en luttant contre la stigmatisation et en favorisant leur accès à l'emploi et à la formation professionnelle.

Renforcer la prévention du suicide, notamment le suivi et l'accompagnement des personnes à risque suicidaire, en particulier après une première tentative.

Améliorer le dépistage, la prise en charge et l'insertion sociale et professionnelle des personnes porteuses de troubles du spectre de l'autisme.

Expérimenter la prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville pour les malades atteints de troubles de santé mentale légers et modérés.

### Autres sources

#### [PRS] PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2028

Schéma Régional de Santé & Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2023 (version septembre 2019)

### Données utilisées

- > STATISS (Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social) 2017.
- Atlas de la Santé Mentale (site.)

> **DREES** (La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) (site).

# I/ PORTRAIT DE TERRITOIRE: CHIFFRES ET DONNEES DISPONIBLES DU DEPARTEMENT DE L'AUBE PAR RAPPORT A LA REGION GRAND EST.

### Chiffres et données concernant le département de l'Aube

#### Sources:

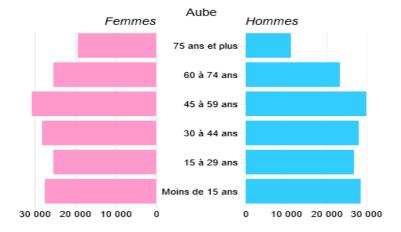
- Portrait de territoire de l'atlas de santé mentale en France
- Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale Indicateurs ARS pour la carte d'identité des territoires

Le portrait de territoire de l'atlas de santé mentale est joint en (annexe 1) du document de présentation du diagnostic. Il complète les chiffres ci-dessous issus des indicateurs produits par l'ARS.

### Démographie

Département rural, l'Aube se caractérise par une proportion de personnes âgées de plus de 65 ans de 18,4 % (chiffres INSEE 2014) plus importante que la moyenne de la région Grand Est (16,7 %) et celle de la France (17,1 %).

La part des moins de 20 ans est équivalente au pourcentage France soit 24,3% (chiffres INSEE 2014) et plus importante que pour la région Grand Est (23,7%)



### Contexte socio-économique

Le taux de chômage (chiffres INSEE 2014) dans l'Aube est de 16~% alors que la moyenne régionale s'élève à 14,1~%.

Avec le département des Ardennes (17,1 %) et celui des Vosges (16 %) le département de l'Aube est l'un des départements du Grand Est les plus touchés par le chômage.

Le taux de pauvreté de 15,6% est plus important dans l'Aube que sur toute la région Grand Est où il atteint 14,2% en moyenne.

Seuls les départements des Ardennes (19,4 %), de la Haute Marne (15,8 %) et des Vosges (15,8 %) connaissent des taux plus élevés.

#### Bénéficiaires de la CMUC parmi les consommants RG

#### Part des bénéficiaires de la CMUC parmi les consommants RG (%)

Catégories	Aube	<b>Grand-Est</b>
<u>Hommes</u>	10,6	7,9
<u>Femmes</u>	11,1	8,3
<u>Total</u>	10,8	8,1

2015

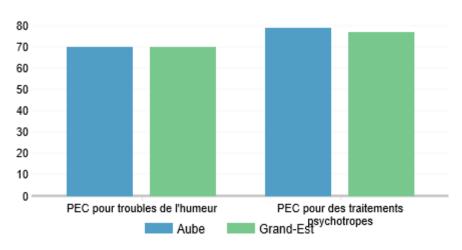
Source: CNAMTS, ARS - 2015

### Contexte sanitaire

Le taux de mortalité prématurée pour les moins de 65 ans est plus important dans l'Aube (222,8 pour 100 000) que la moyenne régionale (196,1) ou nationale (191).

Le taux de mortalité par suicide est également plus élevé : 17,9 pour 100 000 personnes dans l'Aube, 14,7 en région Grand Est et 15,2 en France.

#### Âge moyen au décès des personnes



Source : Insee, Etat Civil, Score-Santé - 2014

#### Tentative de suicide

Indicateurs	Aube	Grand- Est
Taux de recours en ES pour tentative de suicide chez les 18-64 ans (patients pour 1000 hab. (18-64 ans))	1,8	<b>▲</b> 1,2

Source: PMSI-MCO - 2015

### Equipement sanitaire

Une offre sanitaire en psychiatrie caractérisée par une densité de places d'hospitalisation à temps partiel plus importante que dans le reste de la région et une offre ambulatoire en développement

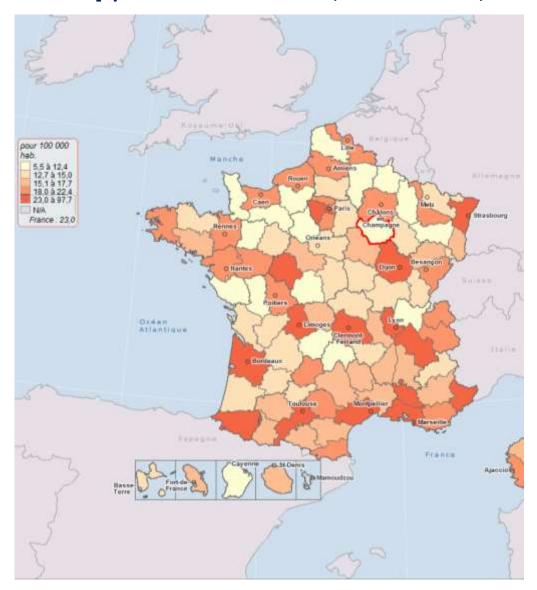
L'Aube affichait en 2015, une densité de places d'hospitalisation partielle de 35,4, supérieure à celle du Grand Est mais inférieure à celle de la France : 37,3

La densité des CATTP est dans la moyenne régionale et nationale,

Toutefois, la densité de centres médico psychologiques (CMP) de 2,9 pour 100 000 hab. (chiffres 2015), est inférieure aux densités régionale (4,8) et nationale 4,2), comme celle des lits à temps complet : 77,4 pour l'Aube, 93,3 pour le Grand Est et 105,8 pour la France.

Il est à noter la récente installation à Troyes, de 6 lits d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie dont la montée en charge se fait progressivement. Jusqu'en juin 2018 il n'y avait aucun lit d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie dans le département de l'Aube. Les hospitalisations ne pouvaient se faire qu'en pédiatrie ou dans les services pour adultes.

### Une démographie médicale en tension Densité de psychiatres tous modes d'exercice, 2016 - source : RPPS, Insee



Avec un taux de 10,1 psychiatres pour 100 000 habitants, tous modes d'exercice confondus, le département de l'Aube est en dessous de la moyenne régionale (17,7) et nationale (23).

Sur la trentaine de praticiens exerçant dans l'Aube, 19 (63 %) sont des salariés hospitaliers. Le département ne compte que 5 psychiatres libéraux exclusifs (chiffres DREES 2018).

La situation est tendue et l'EPSMA peine à obtenir un nombre d'internes suffisant pour assurer les recrutements de praticiens nécessaires au fonctionnement de ses services.

Le besoin est accru par le suivi des détenus des 3 établissements pénitentiaires implantés dans l'Aube pour un total de 953 places dont 240 places de maison centrale à Clairvaux et 600 places au centre de détention de Villenauxe La Grande

### Offre médico-sociale

Pour ce qui concerne la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique, le département de l'Aube compte un nombre de places d'ESAT rapporté à la population (4,21 pour 1000 habitants de 20-59 ans) légèrement plus important que la moyenne de la région (4,12).

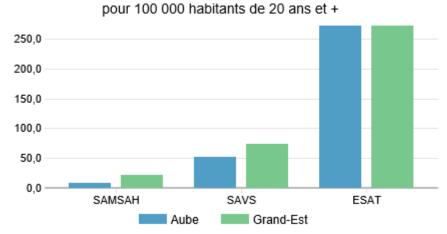
La situation est inversée pour l'offre de services :

	Aube	Région Grand Est
SAMSAH	0,25	0,35
SAVS	0,85	1,18
FAM	0,62	0,81
MAS	0,85	1,14

Taux d'équipement pour 1000 habitants de 20 à 59 ans

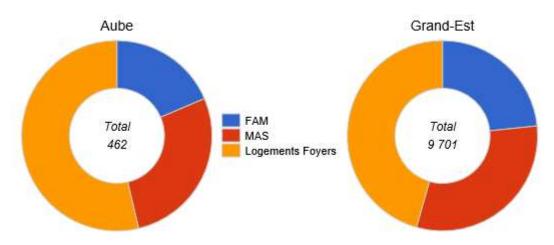
Source: FINESS INSEE 2018

#### Densités des places d'accompagnement 2017



Source: FINESS - 2017

#### Répartition des places d'hébergement



Source: FINESS - 2017

L'offre d'hébergement et services est plus faible pour ce qui concerne le secteur de l'enfance :

TERRITOIRE		Taux d'équipement en places pour ENFANTS (pr 1 000 pers.) (FINESS - INSEE 2018)	Poids des services dans l'offre PH ENFANTS (%) (FINESS 2018)
08	Ardennes	17.05	27,7%
UO	Ardennes	17,25	21,170
10	Aube	10,31	31,3%
51	Marne	9,91	28,6%
52	Haute-Marne	17,37	27,9%
54	Meurthe-et-Moselle	14,03	24,3%
55	Meuse	12,61	36,4%
57	Moselle	11,06	27,5%
67	Bas-Rhin	9,73	35,0%
68	Haut-Rhin	11,39	31,7%
88	Vosges	11,31	29,4%
	,		
Mo	yenne GRAND EST	11,63	29,6%

Taux d'équipement pour 1 000 enfants (0-19 ans)

Par catégorie établissements et services pour enfants

	AUBE			Grand Est
	hébergement	services	total	
total	6,8	3,2	10	11
IME	5,1			5,6
ITEP	1,0			1,0
SESSAD		3,2		3,4

### Enfants et adolescents - Offre médico-sociale Accompagnement

Indicateurs Aube Grand-Est

Nombre de maisons départementales des adolescents (MDA) 1,0 12,0

Source: ANMDA – 2016

### Offre médico-sociale

Indicateurs	Aube		<b>Grand-Est</b>
Densité de structures CAMSP (pour 100 000 hab. de 0 à 6 ans)	3,8	▼	7,1
Densité de places en ITEP (pour 100 000 hab. de 6 à 18 ans)	163,0	▲	145,5
Densité de places en IME (pour 100 000 hab. de 6 à 20 ans)	692,0	▼	719,2
Densité de structures CMPP (pour 100 000 hab. de 0 à 20 ans)	1,3	▼	1,9
Densité de places en SESSAD (pour 100 000 hab. de 0 à 20 ans)	295,0	▼	301,5

Source: FINESS, INSEE - 2015

### II/ VERS l'ELABORATION DU PROJET TERRITORIAL EN SANTE MENTALE

### A/ Démarche préconisée par l'ANAP

L'Agence Régionale Grand Est propose pour son élaboration de s'appuyer sur la méthodologie de mise en œuvre des parcours en psychiatrie et santé mentale formalisée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance.

#### Cette élaboration se décline en 3 étapes :

- → Le diagnostic territorial partagé
- → La définition d'une feuille de route territoriale
- → La mise en œuvre de la feuille de route

Dans une démarche incluant la responsabilité populationnelle : « L'ensemble des acteurs au sein d'un territoire va devoir s'organiser pour apporter la réponse aux besoins de la population ». A partir second semestre 2019

### Cadrage

- Choix du territoire d'action
- •Formalisation de la démarche

### 1. Lancement

• le 07 janvier 2019

## 2. Diagnostic

- Description et analyse de 5 « portes d'entrée » sur les parcours
- •Identification des points de difficulté opérationnels sur chacune de ces portes d'entrée et analyse causale
- ·Formalisation d'un diagnostic partagé

nd

Semestre 2019

3.

Elaboration Feuille de route

- Méthode de tri des pistes d'actions
- •Construction et validation de la feuille de route et du plan d'action
- ·Formalisation sous forme d'un contrat

4.

Mise en œuvre de la feuille de route

- Opérationnalité du plan d'action
- · Consolidation des acquis

#### Cadrage

- S'appuyer sur ce qui existe sur le territoire.
- Veiller à la mobilisation des acteurs et au démarrage effectif des travaux

#### Déroulement

- Veiller à la présence de toutes les parties prenantes.
- Organiser la présence des usagers.
- Organiser et animer les réunions de lancement.
- Des réunions (au plus 3), entre acteurs et représentants des usagers, pour chacune des portes d'entrées.
- Un binôme pilote (EPSMA et médico-social) sera souhaité pour animer chaque groupe de travail

#### Diagnostic territorial partagé

- Communiquer dans un contexte pluri professionnel
- Objectiver les problématiques rencontrées et les dysfonctionnements, à partir de portes d'entrée
- Réaliser une analyse causale des dysfonctionnements
- Mettre en place des pistes d'action

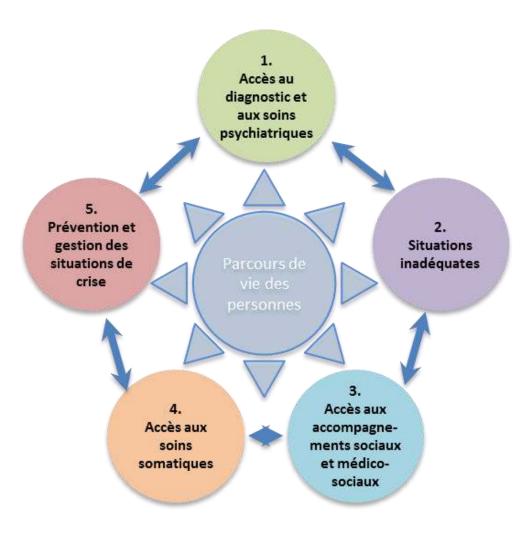
#### La rosace : 5 portes d'entrée

Partir des « points de rupture » et de l'analyse de leur cause

Croiser des approches complémentaires pour impliquer l'ensemble des acteurs

Couvrir des sujets peu explorés mais pourtant problématiques : accès aux soins, soins somatiques...

Développer le volet prévention – promotion de la santé mentale



#### Accès au diagnostic et aux soins précoces.

• Délais de RDV, répartition inégale de l'offre, démographie médicale des psychiatres, stigmatisation, non recours... Intervention précoce.

#### Accès aux soins somatiques.

 Déni, difficulté d'expression des besoins, mode de vie, refus de soins, douleurs, iatrogénie médicamenteuse, effets secondaires, droits sociaux... Equipe pluridisciplinaire.

#### Situations inadéquates.

• Hospitalisations longues, réhospitalisations fréquentes, structures d'aval, alternatives à l'hospitalisation, prise en charge inadéquate... Continuité des soins.

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

• Handicap psychique, évaluation et orientation M.D.P.H, patient « stabilisé », vieillissement des personnes, anticipation de la sortie d'hospitalisation... Equipe pluridisciplinaire.

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

• Décompensation, dégradation, hospitalisation en urgence sans indication thérapeutique, continuité des soins, conditions d'accueil, réinsertion...

#### Il faut donc viser à:

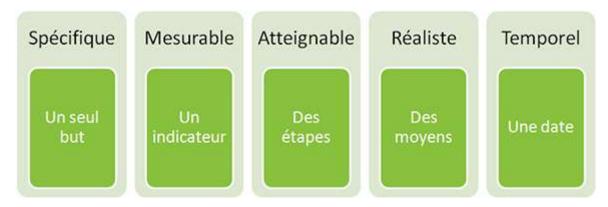
- Identifier les difficultés opérationnelles actuelles pour chaque porte d'entrée.
- Formaliser un diagnostic et des pistes d'actions
- Terminer par une validation institutionnelle de chaque partie prenante.

#### Elaboration de la feuille de route

- Selon la méthode S.M.A.R.T
- Simple Mesurable Atteignable Réaliste Temporel

Il est dans l'intérêt de tous de pouvoir opérer un tri suffisamment pertinent au niveau des nombreuses pistes d'action résultantes du Diagnostic Territorial Partagé, afin d'aboutir à l'objectif fixé par la réglementation.

L'ANAP évoque la méthode SMART pour le choix des pistes d'action :



La simplicité des pistes d'amélioration doit être recherchée dans le PTSM, en effet, les partenaires s'interrogent à juste titre sur la lisibilité d'un dispositif pouvant parfois aggraver une réalité déjà bien complexe.

Les pistes d'actions doivent être mesurables, pour cela une évaluation des effets du PTSM ainsi qu'une réévaluation régulière du Diagnostic Territorial Partagé doivent être prévues, pour en faire un outil évolutif et pertinent.

Atteignables et réalistes : par étapes et avec les moyens alloués. Il convient par conséquent, de s'interroger sur les effets de la contractualisation du PTSM : quels seront les indicateurs retenus ? Quels résultats attendre ?

Enfin, l'élaboration du Diagnostic Territorial Partagé et du PTSM doit s'inscrire dans le temps, afin de contribuer à l'amélioration permanente de l'offre de soin en santé mentale au service des usagers.

Débouche sur la signature de C.P.O.M avec l'A.R.S

#### Mise en œuvre

- Tester la feuille de route puis la mettre en application
- Prévoir des évaluations périodiques

### B/ Déploiement de la démarche sur le territoire

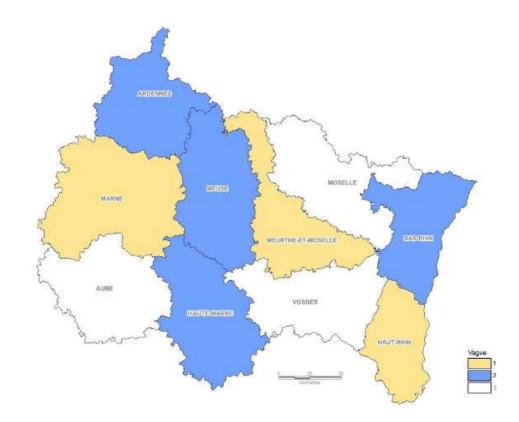
### 1/ Son déploiement dans le GRAND-EST

Le déploiement sur le Grand Est s'est fait en 3 temps : Trois EPSM de la région Grand Est ont été retenus en 2018, sur proposition de la Fédération Hospitalière de France (FHF Grand Est), pour y déployer la méthodologie précédemment expérimentée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) sur d'autres territoires, afin de construire collectivement des parcours en psychiatrie et santé mentale - l territoire par région

Phase 1 : Haut Rhin (68) : Centre Hospitalier de Rouffach, Meurthe et Moselle (54) :
 Centre Psychothérapique de Nancy, Marne (51) : Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne

• Phase 2: Ardennes (08) - Haute-Marne (52) - Meuse (55) - Bas-Rhin (67)

Phase 3: Aube (10) - Moselle (57) - Vosges (88)



### 2/ Son déploiement dans le département de l'Aube

### Le portage du Projet

#### Les Ambassadeurs

Selon la dénomination de l'ANAP, il est rappelé que la démarche est impulsée et menée par les « **ambassadeurs** » représentant des secteurs d'activités agissant pour la santé mentale.

L'ARS participe aux travaux et vient en soutien.

#### **Composition:**

> ASSAGE (Association sociale et sanitaire de gestion):

Monsieur Thami DGHOUGHI Directeur Général de l'Association Sociale et Sanitaire de Gestion

> EPSMA (Etablissement public de santé mentale de l'Aube):
Monsieur Baudilio CERDA Attaché d'Administration Hospitalière-Affaires Générales
Monsieur Marc COULON Cadre Supérieur de Pôle, chargé des soins extra hospitaliers

> **UNAFAM** (Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques):

Madame Marie-Line OLIANAS représentante des usagers

La gouvernance prévue par l'ANAP comprend : un groupe projet, un comité de pilotage.

#### ❖ Le groupe projet

#### **Composition:**

Les participants au groupe projet sont : Les ambassadeurs d'une part et L'ARS d'autre part représentée par

- Madame Anne-Marie WERNER Responsable du service Offre Médico-Sociale.
- Madame Corinne BOUDESOCQUE Référente parcours PH et Réponse Accompagnée pour Tous au sein du service Offre Médico-Sociale.

#### **Missions**

Des réunions d'échanges pilotées par l'Agence Régionale de Santé Grand Est

Une Assemblée Générale pour informer les acteurs de l'ensemble de la démarche, de l'avancée des travaux et faire des propositions d'amendements

#### **❖ Le COPIL PTSM**

#### Composition:

- ARS
- Ambassadeurs
- L'Education Nationale
- CDCA (Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie)
- le CD10
- DDT
- DDCSPP

- MDPH
- UNAFAM
- Ordre des médecins : Médecine générale/ Psychiatre libérale
- Le GHT
- Pédopsychiatre
- Psychiatre

#### **Missions**

- Suivre l'avancement des travaux
  - Diagnostic partagé
  - Elaboration d'une feuille de route
  - Suivi de la mise en œuvre
- Validation des travaux selon le calendrier fixé

### Sa mise en œuvre

Afin de répondre favorablement aux objectifs fixés par la loi, à savoir, l'élaboration dans un premier temps d'un diagnostic territorial partagé, un large panel de professionnels du département de l'Aube travaillant dans le champ de la santé mentale, composé des représentants de collectivités locales, de très nombreux établissements et services des champs sanitaire, médico-social et plus largement social, d'administrations de l'Etat, des

représentants d'usagers et de citoyens engagés dans le monde associatif, s'est réuni au mois de mai 2019 afin de participer aux premières réunions plénières.

Officiellement, le Projet Territorial de Santé Mentale de l'Aube a débuté en début d'année 2019.

#### Rôle des ambassadeurs

- Elaboration d'un courrier d'invitation à la réunion de lancement du PTSM. (Annexe 2)

(Sur le modèle de la Marne, il est prévu d'organiser des séminaires de travail après réception et exploitation de questionnaires annexés au courrier d'invitation).

- Etablir une liste de partenaires à inviter au niveau du département (260 invitations par courrier) (Annexe 3)

#### Calendrier de la mise en œuvre

- La réunion de lancement du PTSM s'est déroulée le vendredi 5 avril 2019 au Centre sportif de l'Aube (260 structures invitées et 105 personnes présentes). Au cours de cette réunion, il a été exposé aux professionnels de l'Aube, la méthodologie de travail préconisé par l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance) laquelle consiste à repérer des situations de ruptures de chaque partenaire pour lesquelles une piste d'action pourrait être mise en place et cela en considération de 5 thèmes appelés portes d'entrée : Accès au diagnostic et aux soins précoces/ Accès aux soins somatiques/ Situations inadéquates/ Accès aux accompagnements sociaux et médico sociaux/ Prévention et gestion des situations de crise.
- Du 5 avril jusqu'au 19 avril 2019, le groupe projet a réceptionné les retours de situations de ruptures des différents partenaires.
- Du 5 avril 2019 au 28 avril 2019, le groupe projet a lancé un appel à candidature en vue de la participation aux groupes de travail des partenaires (67 structures ont souhaité participer aux réunions plénières).
- Le 29 avril 2019 les ambassadeurs ont composé 5 groupes de travail et ont réparti les situations de ruptures selon les portes d'entrée de chaque groupe.

En concertation avec l'ensemble des partenaires et sur proposition du groupe projet, il a été jugé opportun de dissocier les tranches d'âge adulte et enfant, tant les problématiques rencontrées par les partenaires sur le terrain sont spécifiques et tant les pistes d'amélioration sont spécifiques et importantes.

Par conséquent, cinq groupes de travail ont été constitués, 2 groupes concernant le Pôle adulte, balayant l'ensemble des portes d'entrée et 3 groupes concernant le Pôle enfant se répartissant également les cinq portes d'entrée.

Composition des groupes et portes d'entrée associées

#### **Concernant les adultes :**

#### Groupe 1

**Pilotes** Médecin psychiatre de l'EPSMA en charge des soins Extra Hospitalier Est et Chef de Pôle et Médecin psychiatre de l'EPSMA responsable de l'unité 72h

(Porte d'entrée 1-2-5) : accès au diagnostic et aux soins psychiatriques/situations inadéquates/ Prévention et gestion des situations de crise.

#### Partenaires:

Résidence COALLIA: MAS le village: MAS la fontaine de l'Orme: FAM APAJH 10: FAM APAJH10: Aube immobilier: Troyes Habitat: ARS: GHAM: CH de Troyes: UNAFAM: DDSP10: DDT: DDCSPP: SIAO Insertion: CSAPA 10: ALT 10 LADAPT: SAMSAH-LADAPT Aube: ESAT Hors les murs: ESAT le Tertre: ESAT self la fontaine: CSAPA 10 Aurore revivre déclic: Centre addictologie Jean Schiffer

#### Groupe 2

**Pilotes** Médecin psychiatre de l'EPSMA en charge des soins de moyenne durée et Extra Hospitalier et Médecin psychiatre de l'EPSMA en charge des soins en géronto psychiatrie et EMGP (équipe mobile de géronto psychiatrie).

(Porte d'entrée 3-4-2): accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux/accès aux soins somatiques/situations inadéquates géronto et médicosocial.

#### Partenaires:

Résidence COALLIA: FAM les TOMELLES: EHPAD ORPEA: EHPAD AIX en Othe: EHPAD de Nazareth: EHPAD Résidence de l'Isle: EHPAD KORIAN les jardins d'HUGO: EHPAD la colline: EHPAD la roseraie: EHPAD les jardins de CRENEY: EHPAD les jardins de CRENEY: EHPAD Cardinal de Loménie: CH de Bar sur Aube: UNAFAM: SSIAD ADMR: CMAS Troyes: ANPAA 10 CSAPA10: Département de l'Aube: APEI Résidence: MAIA REGEMA: MAIA CD10:

#### **Concernant les mineurs :**

#### Groupe 3

**Pilotes** Médecin psychiatre de l'EPSMA Chef du Pôle *Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent* en charge des soins Extra Hospitalier et Médecin psychiatre de l'EPSMA en charge des soins Extra Hospitalier et des soins unité bébé

(Porte d'entrée 1-4) : accès au diagnostic et aux soins précoces/accès aux soins somatiques.

#### Partenaires:

ITEP Méry Sur Seine : Pôle Des Solidarités PMI : Association autisme : Maison de l'Ado Aube : CEIP AASEA : CMPP: DSDEN :

#### **Groupe 4**

**Pilotes** Médecin psychiatre de l'EPSMA en charge des soins Extra Hospitalier et Mme l'assistance sociale

(Porte d'entrée 2-3) : situations inadéquates/accès aux accompagnements médicosociaux.

#### Partenaires:

PJJ STEMO : ES 10 le pavillon : ITEP éveil : ITEP Danton : IME le verger fleuri : CEF SE 10 : PMI pôle des solidarités : PJJ UEMO : DSDEN : ARS : CEIP AASEA

#### **Groupe 5**

**Pilotes** Médecin psychiatre de l'EPSMA Présidente de CME (Commission Médicale d'Etablissement) en charge des soins Extra Hospitalier, Médecin psychiatre de l'EPSMA en charge des soins Intra Hospitalier pédopsychiatrie.

(Porte d'entrée 5) : prévention et gestion des situations de crise.

#### Partenaires:

CMPP Aube: S10 le passage: ITEP PEP Aube: CDE: CEIP AASEA:

#### Calendrier des réunions

Les réunions plénières se sont déroulées au mois de mai sur 3 semaines avec les thématiques suivantes :

Le mardi 14 mai 2019 « Objectiver les problématiques rencontrées et les dysfonctionnements à partir de portes d'entrée »

Le jeudi 23 mai 2019 « Réaliser une analyse causale des dysfonctionnements »

Le mercredi 29 mai 2019 « Mettre en place des pistes d'action »

### III/ PROPOSITION D'UN DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE

# A/ Analyse des données territoriales issues des réunions plénières

1/ Objectiver les problématiques rencontrées et les dysfonctionnements, à partir des portes d'entrée.

Le Diagnostic Territorial repose avant tout, sur les **avis des partenaires qui sont les experts** du terrain. Ces avis permettent de définir les problématiques et leurs causes ainsi que les pistes d'amélioration qui constituent Le Projet Territorial En Santé Mentale.

Ont participé à la réflexion tous les partenaires de la communauté psychiatrique de territoire volontaires pour participer aux groupes de travail. C'est leur diversité qui permet d'attester la pertinence et la solidité de l'expertise. Avec des points de vue différents, ils témoignent à la fois des qualités et des défauts du paysage de la santé mentale de l'Aube.

La première séance de travail en réunion plénière avait comme objectif de repérer et utiliser les données pour objectiver les problématiques rencontrées et les dysfonctionnements.

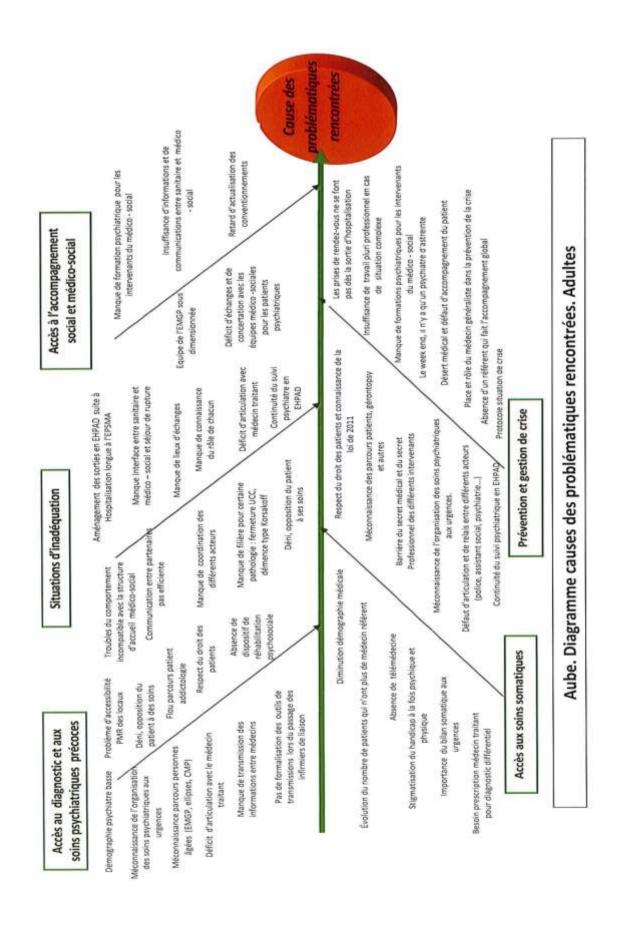
Les 5 groupes de travail ont formalisé les situations de rupture selon les tranches d'âge **adulte et mineur** 

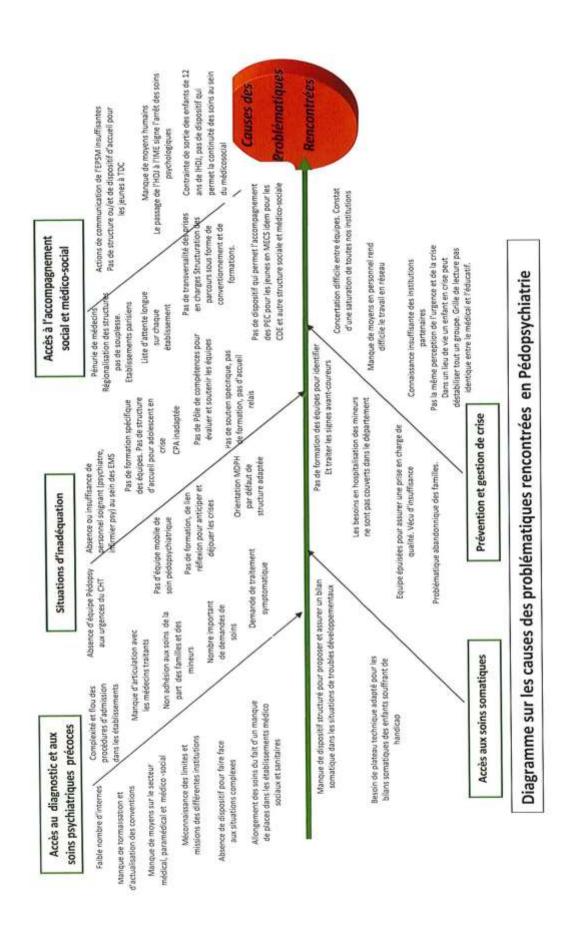
Les principales problématiques sont répertoriées selon les partenaires les faisant remonter, en indiquant la porte d'entrée correspondante et la traduction du dysfonctionnement de façon objective.

(Annexe 4)

### 2/ réaliser une analyse causale des dysfonctionnements

Lors de la seconde réunion plénière, les partenaires ont procédé à une analyse causale partagée des éléments recueillis. Une restitution des causes a été réalisée via un diagramme Ishikawa selon la distinction adulte et enfant.





#### 3/ mise en place des pistes d'action

La dernière réunion plénière des partenaires a permis la formalisation du diagnostic partagé par la proposition de pistes d'action face aux points de difficultés repérés. (Annexe 5)

### B/ Synthèse des améliorations

### Concernant les Adultes

#### Formation, Information

#### Communiquer sur:

- Les différents dispositifs de secteurs (intervenants, accès, nom des médecins...)
- Le parcours patients psychiatriques:
  - Articulations CMP, 1'E.P.A.U.L.E, hospitalisation
  - Dans les situations de comorbidité addictive et psychiatrie
  - Personnes âgées présentant des troubles psychiatriques (articulation E.M.G.P, et C.M.P)
  - Lors de situation problématique (situation de crise, rupture de soins, ...).

#### Améliorer :

- La prise en charge de situations complexes, par des études de situations au cas par cas, par une instance
- L'articulation du travail avec les mandataires
- La connaissance du réseau, des établissements du médico-social et des services, qu'ils offrent, par la formalisation d'un annuaire, régulièrement actualisé.
- L'outil de transmission, lors des interventions soignantes de liaison (E.H.P.A.D, F.A.M,...).

#### Partage de l'information:

- > Définir un cadre juridique des informations à transmettre
- Mettre à disposition des professionnels du réseau partenaires, les textes sur les droits des patients, les modes d'hospitalisations,...
- Partager l'information dans le respect du droit des patients.

#### Outil de communication :

- Disposer d'un outil de communication centralisé et accessible par tous les partenaires, du type site internet EPSMA avec accès singuliers
- Permettre aux partenaires, grâce à un site internet EPSMA, d'accéder à des informations nécessaires à la bonne prise en charge des patients (rôle et les missions des CMP, la loi du 5 juillet 2011 sur les modes de placement, texte concernant les droits des patients...)

#### **Formations:**

- Sensibiliser les équipes du médico-social à une meilleure connaissance des pathologies mentales.
- Sensibiliser les médecins traitants à la psychiatrie
- > Initier l'ensemble des partenaires à la psychiatrie

Mettre en place des journées découverte pour présenter les missions de chaque partenaire

#### Médecin traitant. Articulation « Ville Hôpital »

- > Informer les médecins traitants sur les parcours et les dispositifs EPSMA
- Réaffirmer le rôle pivot du médecin traitant. Nécessité que les partenaires l'interpellent pour générer l'intervention d'un médecin psychiatre ou d'une équipe EPSMA.
- Adresser la lettre de sortie au médecin traitant
- > Se rapprocher du conseil de l'ordre afin qu'il trouve des solutions pour les patients qui n'ont plus de médecin référent
- Veiller à la réalisation d'un bilan somatique avant l'adressage à l'équipe de l'EPAULE au niveau des urgences du CHT
- Avancer dans la mise en place d'un dispositif de télémédecine

#### Développement de l'offre

- > Favoriser le recrutement des médecins psychiatres sur les postes vacants
- Mettre en place :
  - . Une équipe EPSMA mobile de liaison afin de bénéficier d'une interface médico-social et sanitaire, adosser cette équipe mobile à des lits de rupture au sein de l'EPSMA.
    - . Une équipe pédopsychiatrie, aux urgences, dédiée à l'accueil des mineurs
    - . Une équipe mobile départementale de réhabilitation psychosociale
    - . Une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA)
- > Obtenir la réouverture de l'UCC
- Créer des places Accueil Familial Thérapeutique pour personne âgée de façon à stabiliser le patient avant son retour sur son lieu de vie
- Redimensionner l'équipe départementale de l'EMGP
- Mettre en place un dispositif de télémédecine
- Développer des interventions type « case manager »
- Développer le nombre de structures temporaires gérées par le médicosocial ou l'associatif.

#### **Coordination de parcours**

- > Systématiser les référents dans la prise en charge (PEC) Patient
- Protocoliser les situations de crises
- Permettre le contact du médecin généraliste avec le psychiatre de permanence psychiatrique extra hospitalier lorsqu'il est confronté à une situation problématique (par le standard de l'EPSMA)
- > Impliquer davantage le tuteur dans la prise en charge du patient
- Mettre en place un soignant pédopsychiatrie, aux urgences, dédié à l'accueil des mineurs de façon à libérer du temps aux soignants de l'épaule
- Veiller à un accueil progressif et à un accompagnement renforcé pour des patients qui intègrent le médico-social après une longue hospitalisation à l'EPSMA.

#### Autre

- Rendre l'accessibilité PMR sur l'ensemble des sites qui le nécessitent (obligation légale)
- > Promouvoir la spécialité de la psychiatrie dans les Facultés de Médecine
- Augmenter le nombre d'internes à l'EPSMA (Convention à prévoir avec les facultés de proximité)

#### Conventionnement

- Mettre à jour et suivre les conventions entre EPSMA et réseau partenaire
- Conventionner avec la Police à établir dans le but de coordonner les actions et définir le rôle de chacun
- Provoquer des réunions pluri professionnelles (Conseil Départemental, Police, bailleurs sociaux, Assistante sociale, Psychiatrie, SIAO) avec mise en place de protocoles

#### **Implication et participation des usagers**

- S'adjoindre la présence d'un pair aidant afin d'aller au-devant des risques de situations de refus de soins
- > mettre en place un dispositif de rappel automatique des RDV au cas par cas
- > Favoriser les bons de transport en milieu rural pour permettre l'accessibilité aux soins à tous
- S'appuyer sur les dispositifs déjà mis en place par les partenaires (mise en place de la semaine de la Santé Mentale par l'UNAFAM, la formation aux aidants ...) pour aider à la déstignatisation

#### **Priorités**

- l Favoriser le recrutement des médecins psychiatres sur les postes vacants
- 2 Augmenter le nombre d'internes à l'EPSMA
- 3 Développement de l'offre pour fluidifier le parcours patient et faciliter la coopération avec les partenaires, création de :
  - Une équipe mobile départementale de réhabilitation psychosociale
  - Une équipe EPSMA mobile de liaison afin de bénéficier d'une interface médico-social et sanitaire
  - Places Accueil Familial Thérapeutique (A.F.T) pour personne âgée de façon à stabiliser le patient avant son retour en lieu de vie
  - Postes (redimensionner) l'équipe départementale de l'Equipe Mobile de Géronto Psychiatrie (E.M.G.P)
- 4 Communications et informations sur les parcours patients et l'articulation des dispositifs
- 5 Sensibiliser, les équipes du médico-social, de l'associatif, des partenaires divers, à une meilleure connaissance des pathologies et des problématiques spécifiques à la psychiatrie

### Concernant les Mineurs

#### Démographie médicale et para médicale

#### > Favoriser:

- L'attractivité du personnel par la diversification du cadre de travail (interventions possibles dans maisons médicales, les centres de soins... Conduire des travaux de recherche et/ou de concertation communs)

- L'accueil des professionnels de l'EPSMA dans les maisons de santé, le travail en partenariat sous forme de prestations privées
- -L'attractivité du département pour les stagiaires en développant : Liens, soutiens, accueil et logement gratuit pour les stagiaires
- Accueillir à nouveau plus d'internes. Rendre le département attractif pour les jeunes diplômés et organiser leur installation sur le territoire
- > **Délocaliser** à Troyes une partie de la formation des médecins
- Créer une école d'orthophonistes dans l'Aube. Organiser les terrains de stage ou de professionnalisation pour les psychomotriciens

#### **Accueil et orientation patients**

- Organiser dans les structures médico psycho pédagogiques un premier accueil physique ou téléphonique, pour les patients, par un professionnel compétent pour fluidifier le parcours de l'enfant (urgences/crise, nécessité d'un diagnostic partagé/adéquation de la demande avec ou sans réorientation ...)
- Améliorer l'orientation rapide du patient, en favorisant, créant ou soutenant les lieux ouverts d'évaluation, capables d'une appréhension globale de la situation et d'orientations ciblées (Centres de soins infirmiers, Maison de l'Adolescence, Maison de l'enfance, PMI...)

#### Développement de l'offre

#### Créer :

- Une plateforme de diagnostic précoce et d'orientation des troubles neurodéveloppementaux (EPSMA en association avec l'APEI, CAMPS et IME), AFG autisme, le GHT entre autres).
- Des places en hôpital de jour et Centre d'accueil Thérapeutique à Temps partiel
- Des postes dans les CMP, au regard des moyens largement insuffisants, infirmiers/éducateurs/psychologues/psychomotriciens/musicothérapeutes, ergothérapeutes et neuro psychologues
- Des structures d'accueil temporaires appuyées sur des partenaires privés du social et médico-social
- Un service de suite pour les SESSAD
- Financer l'Accueil Familial Thérapeutique

#### Améliorer :

- La communication sur les offres de soins EPSM Adultes/enfants par: La diffusion de plaquettes, mailing, site internet, présentation des missions EPSMA lors de la semaine de santé mentale...
- Le diagnostic précoce et l'étoffer avec des diagnostics de neuropsychologue et d'ergothérapeutes
- Les compétences soignantes par des formations sur des méthodes spécifiques (diagnostic précoce, PEP-R)

#### Développer :

- Le dispositif SESSAD,
- Les accueils infirmiers, pratique avancée
- La sensibilisation, la formation, la prévention et la coordination

#### **Information et formation**

#### > Informer:

• Et former les professionnels inscrits dans le parcours de vie d'un enfant à l'orientation la plus efficiente à réaliser au regard de la problématique rencontrée.

• A l'aide d'un annuaire informatique, des missions et du type de soins dispensés par les différentes structures sanitaires

#### > Former:

- Politique de promotion de la santé mentale par la mise en place d'un dispositif de « prévention en santé mentale chez les jeunes sur le territoire de l'Aube »
- Développer l'analyse des pratiques et les échanges sur les signes avant-coureurs.

#### Organisation et suivi du parcours

- Animer des rencontres informatives auprès des professionnels les plus au contact avec les familles et les enfants (éducateurs de MECS, médecins traitant, Education Nationale)
- Interroger régulièrement, tout au long du parcours, la pertinence des prises en charge longues (C.M.P.P, médico-social).
- S'articuler avec les structures et services adultes, pour faciliter le parcours patient
- Communiquer sur le parcours du patient en situation de crise

#### Coordination avec la médecine de ville

- Informer et générer du consensus afin de promouvoir un suivi régulier par un médecin traitant des bébés, enfants et adolescents.
  - Conseiller un médecin traitant pour les parents et un pour l'adolescent.

#### Coordonner

- Fluidifier le travail en réseau afin de mieux se coordonner et de faciliter les échanges
- Réserver les plages d'urgence aux situations qui relèvent de l'urgence
- Lutter contre l'isolement du professionnel, décloisonner les intervenants

#### Pôle de compétence

#### Créer un Conseil Territorial de Santé mentale des Mineurs

- est pluri-institutionnel (médico-social, associatif, justice, éducation nationale...)
- Traite des situations inquiétantes, de façon proactive avant l'information préoccupante.
- Anime une cellule ou dispositif multi partenarial et pluridisciplinaire pour les « cas complexes » chargé d'un diagnostic partagé (médical, social, familial, scolaire...).
   Permet les échanges puis la coordination entre les différents acteurs concernés par la situation présentée
- S'adjoint le concours d'un référent de parcours, sous la forme d'un poste d'assistant social adossé à la pédopsychiatrie.
- Vise le soutien des professionnels et le partages de compétences
- S'accompagne d'une plateforme de formation et organise la venue d'experts, sur des thèmes déterminés à destinations de tous les professionnels de l'enfance
- Met en place une Journée annuelle de colloque, sous l'égide de l'ARS visant le partage des pratiques et des dispositifs innovants et regroupe l'ensemble des professionnels de l'enfance du département.
- Tient à jour la liste des lieux d'accueil et réalise les conventionnements nécessaires.
- Met en place des outils transversaux et communs (fiche navette,...) visant à faciliter la communication entre les différentes institutions.

#### **Priorités**

#### 1 Faire face aux manques de professionnels dans le département :

Médicaux : psychiatre et pédiatres pour qu'il y ait des libéraux, des salariés et des hospitaliers en nombre suffisant, sans oublier la médecine scolaire et la PMI.

Convention avec la faculté de médecine de Reims, voire d'autres du Grand Est qui joueraient le jeu, d'une convention sous l'égide de l'ARS qui doit aider au changement de culture et de pratiques de la faculté rémoise qui n'est pas actuellement au service de ses territoires, avec contrat d'objectif et soutien financier ARS pour incitation financière envers les internes ?

Paramédicaux : orthophoniste, psychomotriciens, même problématique, voir avec les lieux de formation du grand est (Mulhouse pour la psychomotricité et Nancy pour l'orthophonie)

### 2. Créer un Conseil Territorial de Santé Mentale du Mineur (CTS2M )

Instance manquante dans le réseau de l'enfance.

Pluri-institutionnel (sanitaire, médico-social, social, justice, éducation nationale...), avec les acteurs publics et privés, associatifs, ....).

Sous l'égide de l'ARS ?, avec nécessité d'un secrétariat d'organisation (dépendant ARS ou EPSMA ?)

Coordonner en tant que de besoin la prise en charge des cas complexes (CCC?, Commissions des Cas Complexes sur modèle du COAP étendu à toutes les problématiques).

S'adjoint le concours d'un référent de parcours, sous la forme d'un poste qui pourrait être ciblé sur le métier assistant social adossé à la pédopsychiatrie publique.

Possibilité d'une plateforme de formation et organisation de la venue d'intervenants, sur des thèmes déterminés à destinations de tous les professionnels de l'enfance.

Possibilité de mise en place d'une journée annuelle (ou tous les deux ans) de colloque, sous l'égide de l'ARS visant le partage des pratiques et des dispositifs innovants et regroupe l'ensemble des professionnels de l'enfance du département.

Tient à jour un annuaire des acteurs et de leur fonctionnement.

Met en place des outils transversaux et communs (fiche navette,...) visant à faciliter la communication entre les différentes institutions.

Formalise les parcours éducatifs et sanitaires puis communique.

#### 3 Renforcer l'offre de soins publique actuellement incomplète

Avec comme priorité et au regard du besoin des partenaires de l'ensemble du département : conforter les 10 lits d'hospitalisation pour mineurs.

Un référent parcours assistant social à disposition du conseil territorial de santé du mineur et lié au bureau de pôle de la pédopsychiatrie Financement de l'AFT (autorisé en mars 2017 pour 5 ans, mais non financé à ce jour). Manque de place en hôpital de jour sur le site troyen : création du deuxième hôpital de jour troyen.

Des renforts métiers en ergothérapeute (3) et en neuro psychologue (1) afin de mieux s'articuler dans des cheminements neuro cognitifs de certaines pathologies.

#### 4. Actions premières lignes

Formations, informations, envers les premières lignes (secteur libéral, maisons médicales ....).

#### 5. Actions de coopération

-Avec le médico-social, projet en cours de maison de l'autisme et plateforme de dépistage des troubles du neuro développement

-Projet avec l'Education Nationale autour des 15 ans et du dépistage précoce de la schizophrénie (démarche de promotion de la santé).

### C/ Remarques sur le diagnostic territorial partagé

Ce document est un reflet fidèle des problématiques rencontrées au quotidien dans notre département par l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale.

Il est le fruit d'un travail collaboratif particulièrement large, selon les préconisations énoncées par l'ANAP. L'organisation en cinq groupes œuvrant distinctement pour le pôle adulte et le pôle enfant, est très pertinent selon le principe « des experts ». Cela a permis à l'ensemble des acteurs de la santé mentale du territoire, issus de tous horizons, tant du milieu sanitaire que des milieux médico-social et social, de s'exprimer librement et de construire ce diagnostic selon leur expertise.

La liste des participants est significative et démontre le très grand intérêt porté à la santé mentale en particulier et au parcours de vie des aubois en général.

A travers l'analyse des causes des situations de rupture, il est remarquable de constater les mêmes problématiques soulevées par les groupes de travail des adultes et des mineurs. Il ne s'agit aucunement de redondance mais d'un constat qui reflète l'importance de ces thématiques, puisqu'elles ont été repérées par de nombreux acteurs évoluant dans des champs de compétence différents. Sans nul doute que la prégnance de ces thématiques justifie qu'elles soient retenues et considérées comme prioritaires dans le Projet Territorial De Santé Mentale.

### D/L'articulation PRS et PTSM

La formalisation actuelle du « PRS Grand est 2018-2028, projet révisé » donne des orientations qui vont se croiser avec les objectifs qui vont apparaître au niveau du PTSM.

Les CPOM du PTSM s'incluront, en partie ou totalement, dans les objectifs 4, 5, 6, 7, 8 du PRS ((Annexe 6).

Pour les objectifs ci-dessus, non atteints avec les CPOM du PTSM et autres objectifs du PRS : 1, 2,3, la démarche de l'E.P.S.M.A sera singulière, au rythme du déploiement progressif des moyens pour s'inscrire dans cette démarche de PRS.

# IV/ LE PROJET TERRITORIAL

# A/ Information du suivi à l'ensemble des partenaires du département de l'Aube

A l'instar de la première réunion de lancement rassemblant l'ensemble des professionnels du territoire de l'Aube ayant pour objet la sensibilisation et la mobilisation des partenaires à l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale, le groupe projet souhaite organiser une réunion d'information à l'ensemble de ces mêmes professionnels afin de leur restituer les données recueillies dans le Diagnostic Territorial Partagé.

Cette volonté d'information à l'ensemble des partenaires se justifie par le fait que de nombreux professionnels présents lors de la réunion de lancement, n'ont pu participer aux réunions plénières, au demeurant, ils ont manifesté la volonté d'être tenu informés des suites qui seraient données au PTSM de l'Aube. Cela démontre que les professionnels de notre territoire se sentent par conséquent impliqués par la Santé Mentale.

Par ailleurs, il n'est que légitime de restituer aux partenaires le fruit de leur collaboration, puisque le diagnostic territorial partagé n'aurait jamais vu le jour sans leur participation active.

Enfin, la problématique du manque d'information et de transparence ayant été soulevée à de maintes reprises par les divers partenaires, participants, comme étant un axe d'amélioration, justifie d'autant plus cette réunion d'information.

# B/ Présentation du diagnostic et du projet aux diverses instances.

Dans le processus d'élaboration le Diagnostic Territorial Partagé (DTP) et le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) qui en est le corollaire, doivent être présentés pour avis à différentes instances :

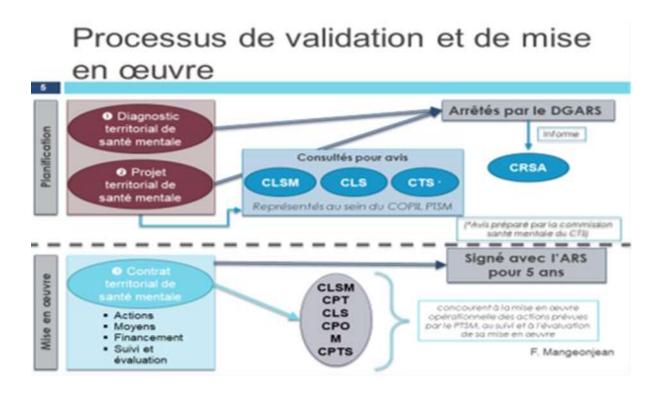
Le Directeur Général de l'ARS GRAND-EST arrête le diagnostic et le projet territorial de santé après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé. Il informe des DTP et PTSM la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et assure leur publication.

Le Code de la Santé Publique (CSP) encadre strictement les diagnostics et des projets territoriaux de santé avant de leur conférer la valeur juridique correspondante.

Les acteurs prenant l'initiative de l'élaboration d'un PTSM doivent adresser au Directeur Général de l'ARS un document précisant la délimitation du Territoire de Santé Mentale proposée, la liste des acteurs associés et le ou les acteurs désignés comme correspondants de l'agence (article R 3224-2 du CSP).

Le Diagnostic Territorial Partagé et le Projet Territorial de Santé Mentale sont arrêtés par le Directeur Général de l'ARS. Le PTSM est arrêté pour une durée de 5 ans et peut être révisé ou complété à tout moment (article R 3224-1-IV du CSP).

En l'absence d'initiative des professionnels, selon l'article **L 3221-2-1 du CSP**, le Directeur Général de l'ARS prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un Projet Territorial de santé Mentale. Le décret du 27 juillet 2017 a ensuite fixé un délai de 36 mois suite à sa publication pour constater le défaut d'élaboration d'un premier PTSM par les acteurs. Par conséquent, la date limite prévue pour l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale sur tout le territoire national est le 27 juillet 2020. Au-delà de cette date, si des carences sont constatées sur des territoires, les ARS territorialement compétentes auront un rôle non plus de coordination mais d'élaboration des PTSM.



## **ANNEXES**

# Annexe I Portrait de territoire de l'Aube (Atlas Santé Mentale).

Atlas de la santé mentale en France - Rapports et portraits de territoires

http://santementale.atlasante.fr/#c=report&chapter=enfants\_ado&p=1...



Zone d'étude Aube (département), comparée avec Grand-Est (région) SANTÉ MENTALE - POPULATION SPÉCIFIQUE

## Carte de présentation





## Enfants et adolescents - Contexte

Effectif des 0-17 ans

- dont 0-11 ans (%)

- dont 0-5 ans (%)

- dont 6-11 ans (%)

- dont 12-17 ans (%)

Part des 0-17 ans (%)

Indicateurs

## Population Contexte socio-économique

Grand-Est

1 182 651

21,3

14,1

7,0

# Indicateurs Taux de pauvreté des moins de 6 ans (%) Taux de pauvreté des moins de 18 ans (%) Part des enfants vivant dans une famille monoparentale (%) Part des enfants dont les parents n'ont pas d'emploi et ne sont ni retraités ni étudiants (%)

Source: INSEE RP, Filosofi - 2013

Source : INSEE RP - 2013

Aube

67 493

22.0

14.8

7,3

8,7

## Aide sociale à l'enfance (ASE)

Indicateurs	Aube	Grand-Est
Part des élèves entrant en 6ème avec au moins un an de retard, à la rentrée 2015 (%)	10,7	N/A
Taux de mesures éducatives ou placements dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance (%)	2,2	N/A
Part de mineurs faisant l'objet d'une saisine du juge des enfants en assistance éducative (%)	8,7	N/A
Densité de places en établissements d'aide sociale à l'enfance (pour 1000 hab. (-20 ans))	5,2	N/A

Source : DREES, EAs ; INSEE - 2015

### Note

Les données de précarité monétaire et de l'ASE ne sont disponibles, pour l'instant, qu'au niveau départemental



## Enfants et adolescents - Offre de soins et d'accompagnement (1/2)

## Prise en charge ambulatoire

Indicateurs	Aube		Grand-Est
Nombre de CMP ou unités de consultation	7		115
Densité de CMP ou unités de consultation des services (pour 100 000 hab. de 0 à 16 ans)	11,0	A	10,3
Part des CMP ouverts 5 jours ou plus par semaine psy IJ (%)	100,0	•	71,3
Nombre de CATTP	6		57
Densité de CATTP (pour 100 000 hab. de 0 à 16 ans)	9,4		5,1

Source : SAE, INSEE RP - 2015

## Prise en charge à temps partiel

Indicateurs	Aube		Grand-Est
Densité de places d'hospitalisation partielle en psychiatrie infanto-juvénile (pour 100 000 hab. de 0 à 16 ans)	56,5	*	75,8

Source : SAE, INSEE RP - 2015

## Prise en charge à temps complet

	Densité de lits d'hospitalisation en psychiatrie infanto- juvénile (Pour 100 000 hab. de 0 à 16 ans)			
Catégories	Aube	Grand-Est		
Tous les établissements	N/A	11,3		
Etablissements publics	N/A	11,3		
Etablissements privés	N/A	N/A		

Source: SAE, INSEE RP - 2015

## Prise en charge en alternatives temps complet

Indicateurs	Aube	Grand-Est
Densité d'alternatives à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile (pour 100 000 hab- de 0 à 16 ans)	N/A	3,2

Source : SAE, INSEE RP - 2015

## Temps d'accès

Indicateurs	Aube	Grand-Est
pt. pop. à 30 min. ou + de l'unité d'hospitalisation temps plein la plus proche (%)	100,0	42.5
pt. pop. à 45 min. ou + de l'unité d'hospitalisation temps plein la plus proche (%)	99,9	21,2
pt. pop. à 60 min. ou + de l'unité d'hospitalisation temps plein la plus proche (%)	95,2	9,9

Source : SAE, Insee METRIC - 2015



## Enfants et adolescents - Offre de soins et d'accompagnement (2/2)

### Unités spécialisées dans la prise en charge des adolescents

Indicateurs	Aube	Grand-Est
Nombre d'unités	:1	16
Source :	SAE - 2	015

## Personnel des établissements de santé

Indicateurs	Aube		Grand-Est
Densité ETP de psychiatres (pour 100 000 hab. de 0 à 16 ans)	9,3	*	10,9
Densité ETP de personnels médicaux (pour 100 000 hab. de 0 à 16 ans)	N/A		0,6
Densité ETP de personnels soigants (pour 100 000 hab. de 0 à 16 ans)	110,5	*	144,6

Source : INSEE, SAE - 2015

## Offre de ville

## Pédiatres

	Densité de pédiatres libéraux et salariés (pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans)			
Catégories	Aube	Grand-Est		
Tous modes d'exercice	5,8	11.1		
Libéraux ou mixtes	1.9	4.7		
Salariés hospitaliers	3.2	5.4		
Autres salariés	0,6	1,0		

Source: INSEE, RPPS, SNIIRAM - 2017

## Médecins généralistes

	Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hab.)			
Catégories	Aube	Grand-Est		
Tous modes d'exercice	125.0	150,6		
Libéraux ou mixtes	83,1	104,4		
Salariés hospitaliers	19,1	25,5		
Autres salariés	22,7	20.6		

Source: INSEE, RPPS, SNIIRAM - 2016

## **Psychiatres**

Densité de psychiatres

	(par mode d'exercice) (pour 100 000 hab.)			
Catégories	Aube	Grand-Est		
Tous modes d'exercice	10,1	17,7		
Libéraux ou mixtes	3,9	7,3		
Salariés hospitaliers	5,5	9.2		
Autres salariés	0,6	1,1		

Source: INSEE, RPPS, SNIIRAM - 2016

## Pédopsychiatres

Indicateurs	Aube		Grand-Est
Densité de pédopsychiatres libéraux et salariés (pour 100 000 jeunes de 0	9,1	*	6.9
A 14 ans)			

Source: INSEE, RPPS, SNIIRAM - 2016



## Enfants et adolescents - Offre médico-sociale

## Accompagnement

Indicateurs	Aube	Grand-Est
Nombre de maisons départementales des adolescents (MDA)	1,0	12,0

Source : ANMDA - 2016

## Offre médico-sociale

Indicateurs	Aube		Grand-Est
Densité de structures CAMSP (pour 100 000 hab. de 0 à 6 ans)	3,8	*	7,1
Densité de places en ITEP (pour 100 000 hab. de 6 à 18 ans)	163,0		145,5
Densité de places en IME (pour 100 000 hab. de 6 à 20 ans)	692,0	*	719,2
Densité de structures CMPP (pour 100 000 hab. de 0 à 20 ans)	1,3		1,9
Densité de places en SESSAD (pour 100 000 hab. de 0 à 20 ans)	295,0		301,5

Source : FINESS, INSEE - 2015

## Temps d'accès

Ces données seront bientôt disponibles, veuillez nous excuser pour la gêne occasionnée.



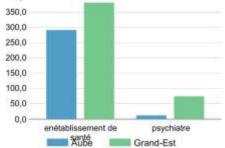
## Zone d'étude Aube (département), comparée avec Grand-Est (région)

## SANTÉ MENTALE - POPULATION SPÉCIFIQUE - ENFANTS ET ADOLESCENTS

## Enfants et adolescents - Recours aux soins

## 0 - 11 ans 400,0 350,0

Taux de recours en psychiatrie des 0-11 ans



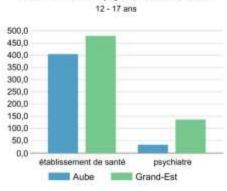
Source: RIM-P - 2015

## Taux de recours des 00-17 ans

		pour 10 000 hab.)	000 hab.(0-17 ans))			
Catégories	Aube	Grand-Est	Aube	Grand-Est		
0 - 17 ans	315,6	402,1	19,4	95,2		
0 - 11 ans	289,6	379,2	12,4	74,4		
12 - 17 ans	403,2	477,6	33,8	135,9		

Source: RIM-P + CNAMTS - 2015

## Taux de recours en psychiatrie des 12-17 ans



Source: RIM-P - 2015

## Part de mineurs consommant des psychotropes

	psychote 000 co	mineurs ommant des ropes (pour 10 onsommants nineurs)
Catégories	Aube	Grand-Est
Antidépresseurs	17,5	11,9
Neuroleptiques	44,2	25,3
Anxiolytiques	20,0	15,5
Psychotropes (ensemble)	86,4	45,6

Source : CNAMTS - 2014



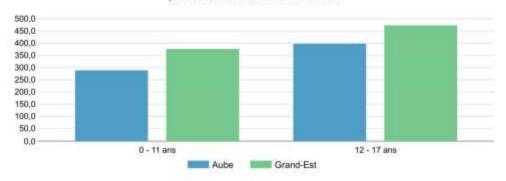
## Zone d'étude Aube (département), comparée avec Grand-Est (région)

## SANTÉ MENTALE - POPULATION SPÉCIFIQUE - ENFANTS ET ADOLESCENTS

## Enfants et adolescents - Recours ambulatoire et à temps partiel

## Taux de recours aux soins ambulatoires en établissement

pour 10 000 habitants de 0-11 ans et 12-17 ans



Source : RIM-P - 2015

## Part des monoconsultants en ambulatoire

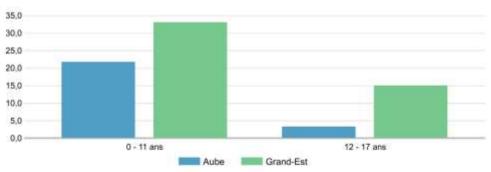
## Actes ambulatoires

		art des	Indicateurs	Aube		Grand-Est
	500000000000000000000000000000000000000	onsultants en ulatoire (%)	Part des actes ambulatoires à	1,4		1,2
Catégories	Aube	Grand-Est	domicile (%)			
0 - 17 ans	17,6	21,4	Part des actes ambulatoires hors CMP (%)	3,8	*	4,8
0 - 11 ans	16,9	21,2	277000 17 N 1 1 2 1 7			
12 - 17 ans	21,6	22,8	Source : RIM-	P - 2015		

Source: RIM-P - 2015

## Taux d'hospitalisation en temps partiel en psychiatrie

pour 10 000 habitants de 0-11 ans et 12-17 ans



Source : RIM-P - 2015



## Enfants et adolescents - Recours temps complet

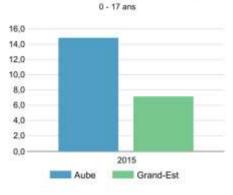
## Taux de recours à temps plein en psychiatrie des 0-17 ans

pour 10 000 habitants - 0 - 17 ans

Indicateurs	Aube		Grand-Est
Taux d'hospitalisation temps plein (pour 10 000 hab.)	7,8	*	10,2
Taux d'hospitalisation temps complet (pour 10 000 hab.)	8,0	*	32,4
Taux d'hospitalisation en alternatives à temps complet (pour 10 000 hab.)	0,4	*	2,4
Taux d'hospitalisation en MCO pour motif psy. (pour 10 000 hab.)	16,0	*	22,1

## Source: RIM-P - 2015

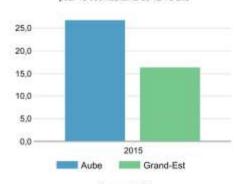
## Part des admissions par les urgences en psychiatrie



Source : RIM-P

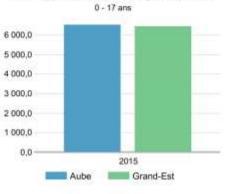
## Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans

pour 10 000 habitants de 12-18 ans



Source : PMSI

## Part des admissions par les urgences en MCO



Source : PMSI



## Personnes âgées - Contexte

## Population

#### Indicateurs Grand-Est Part des 65 ans et plus (%) 19.3 17.5 Part des 80 ans et plus (%) 6.3 5,5 Variation des 65 ans et plus entre 15.7 13,6 2008 et 2013 (%) Effectif des 65 ans et plus 59 026 970 869 Effectif des 80 ans et plus 19 403 302 978

Source : Insee - 2013

## Projections de population en 2050

Indicateurs	Aube	Grand-Est
Projection de la part de la population âgée de 65 ans et plus en 2050 (%)	27,9	27,9
Projection de la population âgée de 65 ans et plus en 2050 (hab.)	89 838	1 590 411
Evolution de la population âgée de 65 ans et plus entre 2013 et 2050 (%)	52,2	63,8

Source : Insee, Omphale - 2017

## Contexte socio-économique

Indicateurs	Aube		Grand-Est
Taux de personnes âgées isolées (%)	34,5		33,1
Taux de personnes âgées vivant dans des communes rurales isolées (%)	N/A		5,3
Indice de vieillissement	79.0		73,6
Indice de grand vieillissement	204.2	*	220,5

Source : Insee - 2013

## Contexte socio-économique

Indicateurs	Aube	Grand-Est
Taux de personnes âgées de 75 ans et plus vivant sous le seuil de pauvreté (%)	8,4	7,0
Part de personnes agées de 75 ans et plus en institution (%)	10,3	NA
Source : Insee -	2013	



## Personnes âgées - Offre de soins et d'accompagnement

## Offre sanitaire

Gériatres				Médecins gén	éralistes		
Indicateurs	Aube		Grand-Est	Tous modes d	exercice		
Densité de gériatres (série longue)	8.2	*	15,5	Indicateurs	Aube		Grand-Est
(pour 100 000 hab. (65+ ans))				Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hab.)	125,0	*	150,6

Source: RPPS - 2017 Source: RPPS - 2016

## Unités psychiatriques

Indicateurs	Aube	Grand-Est
Unités spécialisées dans la psychiatrie du sujet âgé (unité(s))	- 3	14
Densité de places d'UHR (places pour 100 000 hab. (65+))	20,3	14,0
Densité de places d'UCC (places pour 100 000 hab. (65+))	N/A	10,5

Source: SAE + Finess - 2015

UHR : Unités d'hébergement renforcé UCC : Unités de réhabilitation cognitivo-comportementales

## Offre médicosociale

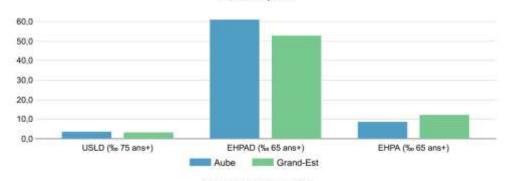
## SSIAD, SPASAD, SAAD, PASA

## CLIC et plateforme de répit

Indicateurs	Aube		Grand-Est	Indicateurs	Aube	Grand-Est
Densité de places dans les services	11		11	Nombre de CLIC (CLIC)	N/A	4
de soins à domicile (SSIAD et SPASAD) (pour 1 000 hab. (65+))				Nombre de plateformes de répit (plateforme(s))	2	5
Densité de SAAD (services pour 100 000 hab. (65+))	16,9	*	23,9	Source : CNSA - 2017		
Densité de PASA (pôles d'activité et de soins adaptés) (pour 100 000 hab. (65+))	16,9		12,3			

Source : FINESS - 2015

## Densité de places



Source : FINESS, Statiss - 2015



Personnes âgées - Recours aux soins

## Cartographie médicalisée de la CNAMTS

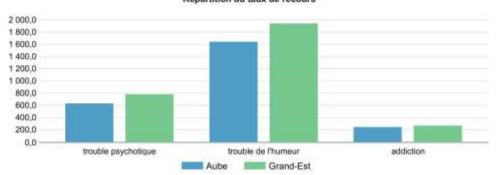




Taux de recours - récapitulatif

Source : CNAMTS - 2015 Source : CNAMTS - 2015

## Répartition du taux de recours



Source: CNAMTS - 2015

## Taux de recours : psychiatres et ES

Indicateurs	Aube	Grand-Est
Taux de recours vers les psychiatres libéraux des 65 ans et plus (pour 10 000 hab. (65+))	44,0	35,3
Taux de recours en ES pour motif psy: des 65 ans et plus (pour 10 000 hab.)	123,7	287.9

Source: SNIIRAM, RIM-P - 2015



## Personnes âgées - Prise en charge en établissement

## Modalités de prise en charge en établissement de santé - hospitalisation

Indicateurs	Aube		Grand-Est
mulcateurs	,,,,,,,		Grand Cot
Taux d'hospitalisation en psychiatrie des 65 ans et plus (pour 10 000 hab. (65+))	38,1	*	54,1
Taux de personnes âgées hospitalisées en MCO pour motif psy. (pour 10 000 hab. (65+ ans))	49,8	*	118,1
Part d'admission par les urgences, en psychiatrie, des 65 ans et plus (% nb. séjour psy.)	29,6	*	20,0
Part d'admission per les urgences, en MCO pour motif psy., des 65 ans et plus (%)	58.2	A	32,3

Source: RIM-P - 2015

## Modalités de prise en charge en établissement de santé - ambulatoire

Indicateurs	Aube		Grand-Est
Taux de recours en ambulatoire pour motif psy. des 65 ans et plus (pour 10 000 hab. (65+ ans))	102.5	*	271,4
Part des actes à domicile parmi les actes ambulatoires des 65 ans et plus (%)	17,7		17,8
Part des actes de liaison vers le médico-social (%)	8,2	*	18,0

Source: RIM-P - 2015

## Hospitalisation pour tentative de suicide

Indicateurs	Aube	Grand-Est
Taux de recours en hospitalisation	7,5	4,6
pour TS, des 65 ans et plus (pour 10		
ONO halts )		

Source: PMSI MCO - 2015

## Mortalité par suicide

Indicateurs	Aube		Grand-Est
Taux de mortalité par suicide des 75 ans et plus (pour 10 000 hab. (75+	11,7	A	7,1
ans))			

Source : CépiDc, IRDES - 2011



## Populations vulnérables - Populations précaires

### Part de la population vivant sous le seuil de pauvreté (à 60%)

#### taux de pauvreté (% des ménages) Catégories Aube Grand-Est -30 ans 27,5 30 - 39 ans 19,3 17,9 40 - 49 ans 16.5 50 - 59 ans 14.4 12.2 60 - 74 ans 8,8 8,1 +75 ans 6,9 7.0 15,5 Total 14,0

Source : Insee, Filosofi - 2013

## Part de bénéficiaires de la CMU-C

	% bénéficiaires de CMU-C (%)		
Catégories	Aube	Grand-Est	
Hommes	10,6	7,9	
Femmes	11,1	8,3	
Total	10,8	8,1	

Source: SNIIRAM - 2015

## Dispositifs spécifiques

Indicateurs	Aube	Grand-Est	
Part des bénéficiaires de l'ACS parmi les consommants RG (%)	4,4	3,2	
Densité de places d'hébergement social (pour 100 000 hab.)	141,8	112,8	

Source : Finess, DJRCS, DGCS, Scoresanté - 2014

## EMPP et PASS

Indicateurs	Aube	Grand-Est
Equipes mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) (établissements équipés)	N/A	N/A
Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) (établissements dotés)	N/A	N/A

Source: SAE - 2016



Populations vulnérables - Populations migrantes, d'origine étrangère

## Population migrante, d'origine étrangère

Indicateurs	Aube		Grand-Est
Part de la population née à l'étranger (%)	7,1	*	8,5

Source : Insee RP - 2013

## AME et hébergement social

Indicateurs	Aube		Grand-Est
Part des bénéficiaires de l'AME parmi les consommants RG (pour 1000 consommants)	3,7	*	3,8
Densité de places d'hébergement social à destination des demandeurs d'asiles et réfugiés (pour 100 000 hab.)	66,5		57,7

Source: SNIIRAM, FINESS, DRJCS, DGCS, Scoresanté - 2014



## Populations vulnérables - Populations détenues (1/2)

## Nombre d'établissements, par type d'établissement

#### Nombre d'établissements par type Catégories Grand-Est Centre de Détention Centre Pénitentiaire N/A 2 Centre de Semi-Liberté N/A 3 Etablissements Pénitentiaire pour N/A N/A Mineurs Maison d'Arrêt 11 Maison Centrale 2 Tous établissements confondus 3 24

Source : Statistique mensuelle des personnes écrouées et détanues - 2016

### Nombre de places opérationnelles, par type d'établissement

Catégories	Nombre de places en étab. péni., par div. terr., par type d'étab. (place(s))			
	Aube	Grand-Est		
Centre de Détention	606	2.308		
Centre Penitentiaire	N/A	1 134		
Centre de Semi-Liberté	N/A	134		
Etablissements Pénitentiaire pour Mineurs	N/A	N/A		
Maison d'Arrêt	114	2 007		
Maison Centrale	198	398		
Tous établissements confondus	918	5 981		

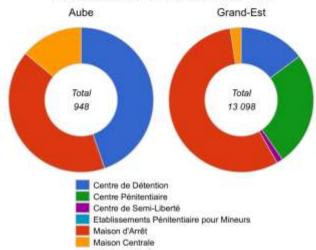
Source : Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues - 2016

## Nombre de détenus, par type d'établissement

#### Nombre de détenus par type d'établissement (détenu(s)) Catégories Aube Grand-Est Centre de 424 1.935 Détention Centre Pénitentiaire N/A 3 354 Centre de N/A 177 Semi-Liberté Etablissements N/A N/A Pénitentiaire pour Mineurs Maison d'Arrêt 392 7.309 Maison Centrale 132 323 Tous 948 13 096 établissements confondus

Source : Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues - 2016

## Répartition des détenus par type d'établissements



Source : Stock au 1er janvier, Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues -Flux 2016, Extraction données infocentre pénitentiaire au 12 avril 2017 - 2016



Populations vulnérables - Populations détenues (2/2)

## Taux d'occupation, par type d'établissement

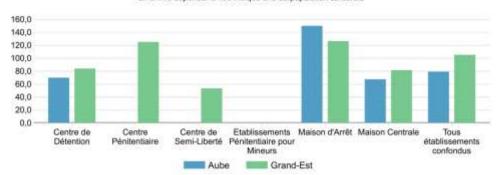
un chiffre supérieur à 100 indique une surpopulation carcérale

Catégories	carcérale (% places opérationnelles)			
	Aube	Grand-Est		
Centre de Détention	69,6	83,7		
Centre Pénitentiaire	N/A	125,2		
Centre de Semi-Liberté	N/A	53,7		
Etablissements Pénitentiaire pour Mineurs	N/A	N/A		
Maison d'Arrêt	149.1	126,4		
Maison Centrale	66,7	81,2		
Tous établissements confondus	78.9	105.0		

Source : Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues - 2016

## Taux d'occupation, par type d'établissement

un chiffre supérieur à 100 indique une surpopulation carcérale



Source : Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues - 2016

## Soins en milieu pénitentiaire

Indicateurs	Aube	Grand-Est
Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) (UHSI)	N/A	1
Service médico-psychologique régional (SMPR) (SMPR)	N/A	3

Source: SAE - 2016

## Soins en milieu pénitentiaire

Indicateurs	Aube		Grand-Est
Part de détenus placés à l'isolement (%)	66,7	À	53,4
Proportion de journées d'isolement thérapeuthique des détenus hospitalisés (%)	33.0	*	39.8
Taux de recours en hospitalisation (Article D398 Code Procédure Pénale) (pour 10 000 détenus)	221,5	4	158,8
Taux de recours en ambulatoire (Article D398 Code Procédure Pénale) (pour 10 000 détenus)	4 704.8	*	6 320,8

Source : R/M-P - 2016

# Annexe II Lettre d'invitation à la réunion de lancement.



Brienne-le Château, le 14 mars 2019 L'équipe projet PTSM Aube

Α

**Objet :** invitation à la réunion de lancement.

Madame, Monsieur, Docteur

L'objet de ce courrier est de vous inviter à participer à l'élaboration du **projet territorial en Santé Mentale** de l'Aube.

L'ARS Grand-Est propose de construire un Programme Territorial en Santé Mentale issu des réflexions des acteurs de terrain pour définir des actions visant à améliorer le parcours des patients, en reprenant une démarche développée par l'Agence Nationale d'Appui à la performance (ANAP).

Ce projet fera l'objet d'une approbation du Directeur régional de l'ARS sous la forme d'un contrat d'objectifs et de moyens sur cinq années. Le groupe projet est chargé avec l'appui de la délégation territoriale de l'Aube de piloter la démarche.

En terme méthodologique, nous proposons de faire un premier recensement des problématiques que vous rencontrez dans le parcours des patients atteints de troubles psychiques avec reconnaissance ou non d'un handicap.

Afin de faciliter l'expression de cette problématique, vous restituerez un, ou plusieurs cas concrets anonymisés en relatant brièvement les circonstances qui génèrent une complication ou une rupture du parcours du patient.

Ces circonstances doivent être en lien avec :

- 1-L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques
- 2-Les situations inadéquates
- 3-L'accés aux accompagnements sociaux et médico-sociaux
- 4-L'accés aux soins somatiques
- 5-La prévention et gestion des situations de crise.

Il est important que vous puissiez exprimer votre expérience en ciblant les situations dont la fréquence est source de difficulté.

Ce travail sera suivi d'une réflexion sur les causes générant ces difficultés et sur les pistes d'action à développer pour améliorer le parcours du patient. Pour aboutir, nous prévoyons plusieurs séances plénières rassemblant l'ensemble des structures sollicitées et permettant d'échanger à partir de ce premier travail de recueil.

Pour la bonne conduite de la réalisation de ce projet, nous vous convions à la réunion de lancement.

## Le 05 avril 2019 à 9h30

## au Centre sportif de l'Aube : 5 rue Marie Curie 10000 Troyes.

Pour faciliter le processus de mise en œuvre de la démarche, les 4 ambassadeurs ci-dessous, ainsi que Mme Anne-Marie WERNER et Madame Corinne BOUDESOCQUE de l'ARS DTD 10, ont été retenus par la délégation territoriale auboise de l'ARS Grand-Est pour suivre les travaux.

Thami DGHOUGHI ASSAGE

Marc COULON EPSMA

Baudilio CERDA EPSMA

Marie Line OLIANAS UNAFAM

Dans une première étape de travail, nous vous proposons de renseigner le formulaire ci-après. Le retour du questionnaire peut se faire dès à présent, indépendamment de votre présence à la réunion du 5 avril, ou lors de celle-ci.

Si vous choisissez de l'envoyer, il est à adresser avant le 19 avril 2019 par :

Mail aux adresses suivantes:

M.DGHOUGHI: <a href="mailto:t.dghoughi@assage.org">t.dghoughi@assage.org</a>
M.COULON: <a href="mailto:marc.coulon@ch-brienne.fr">marc.coulon@ch-brienne.fr</a>
M.CERDA: <a href="mailto:baudilio.cerda@ch-brienne.fr">baudilio.cerda@ch-brienne.fr</a>

011

Courrier adressé à : EPSMA Direction 3 Avenue de Beauffremont 10500 Brienne-le-Château

Vous remerciant très sincèrement de votre participation, l'équipe projet vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ses salutations distinguées.

L'équipe projet PTSM Aube

N. 1 1		
Nom de la structure		
Nom du participant		
Exprimez ci-dessous la ou les situations que vous avez rencontrée(s), susceptible(s) ou ayant		
	de parcours de soins dans la prise en charge des patients atteints de	
troubles psychiques avec ou sans reconnaissance de handicap		
Pour chaque situation,	merci de préciser dans quelle catégorie de risque de rupture de	
parcours, vous placez ce	ette situation :	
1-accés au diagnostic et	aux soins psychiatriques,	
2-situations inadéquates		
	ements sociaux et médico-sociaux	
4-accés aux soins somat		
5-prévention et gestion d		
1		
Situation 1		
Situation 2		

# Annexe III Liste des partenaires invités à la réunion de lancement.

- CD (Conseil départemental).
- MDPH (maison départementale des personnes handicapées).
- GHT (groupement hospitalier de Territoire).

Centre hospitalier de Troyes « Simone

VEIL »

Centre hospitalier de Bar sur Aube

Centre hospitalier de Bars sur Seine GHAM (Groupement hospitalier aube Marne Hôpital Maurice CAMUSET)

# - DDSCPP (Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations).

## - Bailleurs sociaux

**Troyes Habitat** 

Aube Immobilier

Mon Logis

### - Police

## - Justice

Président du <u>TGI</u> de Troyes Procureur de la République

Juge pour enfant Service des Tutelles

## - Gendarmerie

SPIP (Service Pénitentiaire d'insertion et

de probation)
Ordre des avocats

## - Services de Tutelles et mandataires

UDAF AT 10-51

Mandataires judiciaires de l'EPSMA

AMJPMP 10 (ASSOCIATION DES MANDATAIRES JUDICIAIRES A LA

PROTECTION DES MAJEURS-PRIVES DE

L'AUBE)

## - GEM (Groupes d'entraide mutuelle)

GEM L'estime GEM Envol 10

## - CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale)

Foyer Aubois CHRS Clair Logis
Les Cytises ASSAGE Nouvel Objectif

## - CADA (Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile)

Bar-sur-Aube

LA-CHAPELLE-SAINT-LUC Saint-Andre-les-Vergers

## - Résidences accueil

Résidence accueil

Résidence sociale Vannier COALLIA

## - Cap Emploi

## - ENSEIGNEMENT

Ligue de l'enseignement de l'aube Direction Des Services Départementaux De L'éducation Nationale DE L'AUBE Maison des étudiants

## - MAS (Maison d'accueil spécialisée) :

MAS La fontaine de l'Orme MAS Le Village

## - EHPAD

EHPAD 'Tricoche Maillard'

EHPAD 'La Maison de Ramerupt'

EHPAD 'Résidence Pierre d'Arcis'

EHPAD 'Les Jardins de Romilly'

EHPAD 'La Sapinière' EHPAD 'Louis Pasteur'

EHPAD 'Résidence La Dhuy' EHPAD Maison de Retraite 'Julien Monnard'

EHPAD 'Le Parc' et 'Fontarce' (CF

EHPAD 'Belle Verrière' EHPAD 'Le Clos des Platanes et Hauts

EHPAD 'La Colline' <u>Buissons'</u>

EHPAD Résidence La Roseraie'
EHPAD 'Résidence Pierre de Celle'
EHPAD 'Résidence la Moline'
EHPAD 'Résidence le Mortier d'Or'
EHPAD de Saint-Parrès-aux-Tertres

Les jardins de Creney EHPAD 'La Grand-Maison'

EHPAD 'Les Hauts d'Armance'

EHPAD de SEZANNE

EHPAD 'Sainte-Marthe' EHPAD' KORIAN le Domaine'

EHPAD 'Les Géraniums' AREPA EHPAD 'Résidence Les Flots de l'Orvin'

EHPAD 'Résidence Victor Hugo' EHPAD 'La providence'

EHPAD 'Résidence Allée des Platanes'
EHPAD la Salamandre (ASIMAT)
EHPAD 'Résidence St-

EHPAD la Salamandre (ASIMAT)

EHPAD 'Résidence St-Vincent-de-Paul'

EHPAD 'Résidence la Providence'

EHPAD 'Résidence Delatour' de Méry-sur-EHPAD 'Résidence de l'Europe' (ORPEA)

 Seine
 EHPAD 'Résidence de l'Isle'

 EHPAD Les Glycines :
 EHPAD 'Korian Pastoria'

 EHPAD de Nogent-sur-Seine
 EHPAD 'Comte Henri'

EHPAD 'La Résidence de Piney' EHPAD 'Résidence Sainte-Bernadette'

EHPAD 'Domaine de Nazareth'

EHPAD 'Le Parc du Château'

EHPAD 'Le Parc Fleuri'

EHPAD 'Résidence de la Noxe'

## - RESIDENCE AUTONOMIE

Les Ormes Les Orchidées

Les Lilas Saint Liebault (Marpa)

Champagne Les tonnelles

Les Erables Résidence Saint Roch

Les Chèvrefeuilles

## - ASSOCIATION

APEI Cadorre

Maisons des Adolescents de l'Aube ASPB (association de service aux

Ecole des enfants malades personnes du Barséquanais)

Déclic AALEX

## **ASSAGE**

## - ORGANISME

MSA Sud Champagne

Mairie de Bar sur Aube affaires sociales

C.A.F de Bar sur Aube

CCAS (Centre communal d'action

social) MUSSY SUR SEINE

CCAS de Romilly sur Seine

ENTR'AIDE PSYCHOSOCIALE DE L'AUBE

FÉDÉRATION ADMR DE L'AUBE REGEMA (Réseau gérontologique)

**ASIMAT** 

Mutualité Française de l'Aube

## -CORPS MEDICAL et PARAMEDICAL

Conseil de l'ordre des médecins

SOS Médecin

Psychiatres privés

Psychiatres de l'EPSMA

Médecins privés

Conseil départemental de l'ordre des

infirmiers

Maison de santé

Centre de santé des chapelains

Pharmaciens

## - FOYER DES JEUNES TRAVAILLEURS

FJT du pont de la Pielle

FJT des Nozats

## - LOGEMENT

Adoma Troyes DOM'Service

## - CENTRE DE SOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE

CSAPA 10 CSST de Romilly

CSAPA Foyer Aubois Unité d'alcoologie Jean SCHIFFER site de

ANPAA 10 Nazareth

CSAPA Accueil Liaisons Toxicomanie

## - FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE

<u>FAM L'Adret</u> <u>FAM Les Tomelles</u> Chemin des Marais

FAM Résidence des Lacs d'Orient FAM 'Le Rêve d'Aurore'

FAM APAJH 10

## - ETABLISSEMENT ET SERVICE D'AIDE PAR LE TRAVAIL

ESAT Champagne:

<u>ESAT APTH</u>: <u>Espace ESAT</u> 29 bis Avenue des Martyrs

ESAT Champagne - Antenne de de la Résistance -

<u>Proverville</u>: <u>ESAT Self La Fontaine</u> Rue Pierre Gerdy - <u>ESAT Le Menois</u> E.S.A.T. HORS LES MURS LA MAIN ET

<u>ESAT Le Tertre</u> Rue des Mésanges - L'ŒUVRE : <u>ESAT La main et l'œuvre</u> LADAPT AUBE

## - CENTRE MEDICO-SOCIAL

Centre médico-social du Département de l'Aube : BAR SUR SEINE Centre médico-social du Département de l'Aube : ARCIS SUR AUBE Centre médico-social du Département de l'Aube : ROMILLY SUR SEINE Centre médico-social du Département de l'Aube AIX - VILLEMAUR - PALIS

Centre médico-social du Département de l'Aube : TROYES

Centre médico-social du Département de l'Aube : LA CHAPELLE SAINT LUC Centre médico-social du Département de l'Aube : PONT SAINTE MARIE

Centre médico-social du Département de l'Aube : BAR SUR AUBE

## SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL POUR PERSONNES HANDICAPEES.

SAMSAH LADAPT
S.A.V.S. BAR/AUBE:
SAMSAH APEI de l'Aube
SAMSAH des PEP 10 BAR SUR SEINE

## - FOYER DE VIE POUR ADULTES HANDICAPES

Lieu de vie pour personnes handicapées mentales vieillissantes Breviandes
Foyer de vie KERGLAS Estissac

Domaine de Vaux - Foyer de Vie Domaine

de Vaux - Lusigny-sur-Barse

<u>Domaine de Mantenay - APEI</u> Saint-Lye <u>Résidence APF André Roche</u> Troyes <u>Accueil de Jour L'Hozain</u> Breviandes <u>Foyer de Vie 'Les Tomelles'</u> Fontvannes <u>Foyer de Vie 'Le Rêve d'Aurore'</u> Rosieres-

pres-Troyes

Foyer de Vie de l'APAJH 10 10100

ROMILLY SUR SEINE

## - SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile)

SSIAD de l'ASIMAT SSIAD de Brienne-le-Château

SSIAD Mutualité FrançaiseSSIAD de ChaourceSSIAD D'Arcis-sur-AubeSSIAD ADMR des ValléesSSIAD GHAMSSIAD ADMR des Lacs

## - Foyer d'hébergement pour adultes handicapés

<u>Foyer d'hébergement de Bar-sur-Aube</u> <u>Résidence Georges Seurat - APEI</u>

<u>Foyer d'hébergement</u> Rue des maquisarts <u>Résidence Le Parc</u> <u>Résidence Le Parc</u>

## - Institut médico-éducatif

IME Le Verger Fleuri :IME ChantejoieIMPro L'Accueil :IME Gai Soleil

Centre Médico-Educatif – IME :

## - Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

ITEP DANTONITEP L'Eveil :ITEP Home Plein EspoirITEP- PEP de l'Aube

## - Institut d'éducation sensorielle

Institut Chanteloup:

## \_- Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SSAD Les ParpaillolsSESSAD DM ChanteloupSESSAD La SittelleSESSAD des PEP de l'AubeSAAAIS ChanteloupSESSAD AubtimismeSAEES ChanteloupSESSAD de Menois

## SESSAD de Vendeuvre

- Centre médico-psycho-pédagogique

CMPP de l'Aube

CMPP - Antenne de Bar-sur-Aube

## CMPP - Antenne de Romilly

## - Centre d'action médico-sociale précoce

## CAMSP de l'Aube

## - Protection de l'enfance

Centre de Protection Maternelle et

Infantile de Troyes

Centre de Protection Maternelle et

Infantile des Marots

Centre PMI - Centre Médico-Social Arcis-

sur-Aube

<u>Centre PMI - Centre Médico-Social</u> Troyes

Centre PMI - Maison des Quartiers Troyes

Centre PMI - Consultations infantiles -

Centre social des Sénardes Troyes

Centre PMI - La Passerelle Troyes

Centre de Protection Maternelle et

Infantile de St-André-les-Vergers - CMS 12

cour Pablo Picasso

- <u>Centre de Protection Maternelle et</u>

Infantile de Pont-Sainte-Marie - CMS

Résidence des Erables - Quartier Debussy

-

Centre PMI - Consultation Médicale ST-

**JULIEN-LES-VILLAS** 

Centre de Protection Maternelle et

<u>Infantile - Antenne Médico-Sociale Estissac</u>

Centre PMI - Centre Médico-Social Aix-en-

Othe

Point Accueil Social - Centre PMI Saint-Lye

Consultation Puériculture - Centre PMI

Marigny-le-Châtel

Centre PMI - Centre Médico-Social

Romilly-sur-Seine

Centre PMI - Antenne Médico-Sociale

Brienne-le-Château

Centre PMI - Antenne Médico-Sociale Bar-

sur-Aube

Centre PMI - Centre Médico-Social Bar-

sur-Aube

Centre PMI - Antenne Médico-Sociale

Vendeuvre-sur-Barse

Centre PMI - Centre Médico-Social Bar-

sur-Seine

Centre de Protection Maternelle et

Infantile de La-Chapelle-St-Luc

Centre PMI - Centre Médico-Social Arcis-

sur-Aube

Centre PMI - Antenne Médico-Sociale

Brienne-le-Château

Centre PMI - Consultation Belley-

Villechétif

Centre PMI - Consultation Puériculture

Lusigny/Barse Maison paramédicale Louis

Genevois -

## - Service concourant à la protection de l'enfance

SPEMO - Service d'AEMO Rosieres-pres-Troyes

## - Maison d'enfants à caractère social

CDE (Centre départemental de l'enfance): SAINT PARRES AUX TERTRES

<u>Le Pavillon - Appartement thérapeutique</u> <u>pour jeunes filles</u> <u>LES-NOES-PRES-</u>

TROYES

MECS Le pied à l'étrier Maraye-en-Othe

Centre éducatif et d'insertion

professionnelle CEIP Domaine de l'Essor

Rosieres-pres-Troyes

- Centre éducatif fermé

Centre Educatif Fermé 'La Forêt d'Orient'

- Etablissement de Placement Educatif

Etablissement de Placement Educatif de Troyes

Foyer des jeunes Domaine de l'Essor -

Rosieres-pres-Troyes

Espace Studios Troyes

Foyer Le Champenois

<u>Foyer l'Orée du Bois</u>

Foyer Pierre Louvel

Service d'Accompagnement LE PASSAGE

l'U.S.M.A

## - Service Territorial Educatif en Milieu Ouvert

Service Territorial d'Education en Milieu Ouvert et d'Insertion STEMOI :

- Unité éducative d'hébergement collectif

<u>UEHC de Troyes</u> Foyer Argence COAE FOYER Foyer Argence

## - Unité Educative de Milieu Ouvert

<u>UEMO de Troyes</u> Le Tertial -

- Association départementale des maires de l'AUBE
- EPSMA
- L'UNAFAM
- Autisme-Aube
- L'association AJA Action Jeunesse de l'Aube
- L'association AJD (éducateurs de rue)

# Annexe IV Principales problématiques rencontrées par les partenaires

Nom de la	Faits exposés et portes d'entrée	Problématique objectivée
structure	1 Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques 2 Situations inadéquates 3 Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux 4 Accès aux soins somatiques 5 Prévention et gestion des situations de crise	par le groupe de travail
CAP Emploi	Accompagnement fréquent de personnes stabilisées médicalement dans le cadre de la sécurisation du parcours professionnel. P1 P4.  Démuni face à des situations de rupture de parcours de soins qui entraîne l'arrêt de l'accompagnement. P5.	Problème d'accès aux soins psychiatriques. Parcours du patient.
SAMSAH-LADAPT AUBE	Difficultés pour les professionnels du SAMSAH d'avoir un retour sur l'état de santé d'un patient en décompensation psychique (pas de retour d'informations des urgences ni de la CPA). Pas de possibilité de connaitre une date de sortie.  Sortie du patient sans coordination. Pas de RDV avec un psychologue ni au CMP. Le patient doit prendre RDV lui-même à la sortie. <b>P1 P4.</b>	Problème de coordination au niveau des soins et de la PEC et de communication entre les équipes. Articulation, coordination, communication.
SAMSAH-LADAPT AUBE	Une personne refuse de vivre dans des logements protégés sous prétexte de vouloir garder une indépendance. Elle a de mauvaises fréquentations (drogue alcool violence). Elle ne peut vivre seule car elle est très influençable. P2. Son état nécessite un accompagnement éducatif et	Problème d'articulation sanitaire/médico-social : situation référente. Articulation, coordination, communication.

	médico-social renforcé. Risque d'exclusion. <b>P3.</b>	
ANPAA 10	Situation d'un patient ayant un lourd passif psychiatrique en rupture de soins. En phase de crise il appelle le 15, aucun médecin n'est envoyé sur place. P1. On lui conseille de reboire. P2.	Problème d'accès aux soins en lien avec les soins psychiatriques et les soins somatiques : situation référente. Parcours du patient.
ANPAA 10	Un patient en situation de comorbidité arrive aux urgences dans un état d'imprégnation alcoolique. Il ressort sans avoir rencontré un psychiatre. <b>P2</b> .	Problème de communication entre les urgences et la psychiatrie ou l'équipe de liaison. Articulation, coordination, communication.
ANPAA 10	Une patiente prend RDV auprès d'un psychiatre libéral qui met en place un traitement. Le Psychiatre décède et il est difficile de prendre RDV auprès d'un nouveau psychiatre. La patiente est incarcérée suite à des faits de violence. <b>P1</b>	Problème d'accès aux soins en lien avec le problème de démographie médicale. Parcours du Patient et désert médical.
ANPAA 10	Manque de lits entraine des maintiens en ambulatoire très limite pour les cas d'anorexie. P1 P4.	Problème d'accès aux soins spécialisés. Manque de structures adaptées.
ANPAA 10	Pour les cas de comorbidité, un diagnostic précoce permet une meilleure adaptation de la prise en charge en addictologie <b>P1</b> .	Problème d'accès aux soins en lien avec le problème de démographie médicale. Parcours du Patient et désert médical.
ANPAA 10	Manque de lits, les patients en situation de comorbidité passent par les urgences et ressortent sans voir de psychiatre. <b>P1 P4.</b>	Problème d'accès aux soins dans un contexte de fermeture de lits. Parcours du Patient.
ANPAA 10	Un patient demandait une prise en charge psychiatrique de façon insistante. Il a été admis pour observations puis il est ressorti.  P2.	Situation inadéquate. Parcours du patient.
Association du Centre de santé Les Chapelains	La population en demande d'une prise en charge psychique est prise en charge ponctuellement. Les patients sont renvoyés au CMP ou pour une consultation psychologue libéral. P1.	Problème de méconnaissance du fonctionnement du réseau. Manque d'information et de connaissance des acteurs.

Association du	Suppression du service des	Problème de
Centre de santé	Suppression du service des	communication et
	urgences psychiatriques à Troyes	d'information sur le
Les Chapelains	assuré par l'EPSMA <b>P1.</b>	parcours de soins. Manque
		de structures adaptées.
		Désert médical.
Association du	Absence de cliniques	Problème d'accès au
Centre de santé	psychiatriques privées dans l'Aube	diagnostic : 1 seule offre de
Les Chapelains	P1.	soins.
nes Chapelants	FI.	SOINS.
Association du	Difficile prise en charge SPDT d'un	Problème d'accès aux
Centre de santé	patient en phase maniaque . <b>P1.</b>	soins. Parcours Patient.
	patient en phase manaque .F1.	soms. I arcours I attent.
Les Chapelains		
Association du	Demande d'admission en SPDT	Problème de
Centre de santé	d'un patient dangereux non pris en	communication dans des
Les Chapelains	compte aux Urgences. Pas	situations inadéquates.
Les Chapelains		Parcours Patient.
	d'hospitalisation, patient amené	i arcours i attent.
	par la police. <b>P2.</b>	
Association du	Dationt torrigomene hassitalist see	Problème de
	Patient toxicomane hospitalisé en	communication dans des
Centre de santé	SPDT. Retour à domicile 3 jours.	
Les Chapelains	P2.	situations inadéquates.
		Articulation, coordination, communication
Association du	Difficultés pour gérer des	Problème de prévention et
Centre de santé	situations de crise à domicile pour	de gestion des situations de
	<u> </u>	crises. Manque de
Les Chapelains	un jeune de 19 ans. <b>P5.</b>	connaissance des acteurs.
		Parcours Patient.
CH de Bar sur	Un patient hospitalisé à l'EPSMA en	Parcours Patient.
Seine	SPDT fait un retour difficile en	
	USLD. Le suivi avec le CMP n'est	
	pas immédiat. <b>P3.</b>	
CH de Bar sur	Patient admis en EHPAD car un	Manque de structures
Seine	maintien à domicile difficile.	adaptées.
30	L'EHPAD n'est pas adapté.	•
	Décalage avec l'âge des résidents.	
	P2.	
OPPELIA ALT 10	Un patient en situation de	Problème d'accès aux soins
CSAPA 10	comorbidité rencontre des	psychiatriques (notamment
	difficultés pour une prise en	CMP).Manque de
	charge psychiatrique. Le	structures adaptées.
	Traitement et l'accompagnement	_
	du CSAPA ne suffit pas. <b>P1</b> .	
	The court is the part of the p	
OPPELIA ALT 10	Un patient en décompensation	Problème d'articulation
CSAPA 10	arrive aux urgences pour suivi à la	entre l'hospitalisation
ODI II 10	CPA. Il ressort dès le lendemain	temps plein et le CMP et de
	car son état ne justifie pas une	connaissances des
	hospitalisation. Le CSAPA est	missions de chacun.
	démuni. P1.	Manque d'information.
	aemum. P1.	

OPPELIA ALT 10 CSAPA 10	Des patients refusent une consultation psychiatrique. <b>P2.</b>	Situation inadéquate. Compliance aux soins. Droits des patients.
DDT	Un patient connu de l'EPSMA, en rupture de soins, est bénéficiaire d'un logement social. Il a été expulsé suite à des impayés 1 an après la procédure <b>P3</b> .	Problème de communication entres les travailleurs sociaux et la psychiatrie. Articulation, coordination, communication.
HOTEL DE POLICE TROYES	Difficulté à gérer les personnes atteintes de troubles psychiques Insuffisance du suivi suite sortie. Rupture de traitement <b>P5.</b>	Problème procédure sous contrainte d'un patient. Parcours Patient.
FOYER LES TOMELLES	Manque d'adaptabilité: explications, temps, accompagnement Dentaire: pas de soins sous MEOPA dans l'Aube. P4. Manque de transmission des informations médicales pour un suivi efficient P3.	Continuité des soins. Articulation, coordination, communication
FOYER LES TOMELLES	Quelle procédure pour accès aux urgences? Psychiatre CMP? 15? Urgences? P1 P4.  Non réponse depuis 4 mois d'un psychiatre à la demande d'un hématologue pour changement traitement (thrombopénie).P2.  Retour trop rapide en institution de personnes non stabilisées P3.  Fréquence passages IDE CMP 1 mardi sur 2. Non adapté aux situations de crise. P5.	Continuité des soins. Articulation, coordination, communication. Manque de structures adaptées.
FOYER LES TOMELLES	Non-suivi des résidents « stabilisés » : risque de rupture de soins ou/et de traitement inadapté <b>P5.</b>	Rupture parcours de soins.
LADAPT AUBE ESAT HORS LES MURS	Eloignement géographique incompatible avec un suivi correct. Rechute et sortie de l'établissement <b>P1</b> .	Problématique d'accès aux soins psychiatriques renforcés à domicile. Continuité des soins.
PEP10 ESAT SAVS SAMSAH	Refus de soins « classiques » dans le cadre CMP par 4 personnes. <b>P1</b> .	Parcours patient. Manque de formation.
EHPAD TRICOCHE MAILLARD	Agressivité d'une résidente avec impossibilité de contact physique. Etat de crise permanent. <b>P5</b> .	Manque de connaissance parcours géronto.

EHPAD TRICOCHE MAILLARD	Majoration des troubles du comportement et absence d'interlocuteur même pour un conseil. <b>P5.</b>	Articulation, coordination, communication EPSMA/EHPAD.
EHPAD RESIDENCE DE l'ISLE	Equipes (IDE, AS, AMP) méconnaissent les troubles ce qui entraine peur et discrimination. P5.	Manque de connaissance parcours géronto.
USLD EHPAD COMTE HENRI	Suite à TS, pas de visite de psychiatre. Orientation urgences inadaptée à la situation P1.	Parcours Patient. Problème d'orientation.
EHPAD LES JARDINS DE CRENEY	Résidente avec troubles comportement importants ; absence de diagnostic et de prise en charge adaptée. <b>P1.</b>	Prise en charge non adaptée.
EHPAD LES JARDINS DE CRENEY	Pas de médecin coordinateur, médecin traitant non joignable pour un résident diagnostiqué Alzheimer. <b>P4.</b>	Parcours patient, Désert médical.
EHPAD LES GERANIUMS	Manque de formation aux spécificités maladies psy et de l'accompagnement au quotidien. Locaux non adaptés // sécurité.  P5.	Manque de formation, Structures inadaptées.
EHPAD LES GERANIUMS	Difficulté suivi régulier par un psychiatre. Traitement proposé par médecins traitants pas forcément adapté. <b>P4.</b> Réactivité en cas de crise véritable problème. Transfert aux urgences inadapté <b>P5.</b>	Mauvaise orientation, prise en charge insuffisante.
KORIAN JARDINS D'HUGO	Difficulté des médecins généralistes à appréhender les problématiques liées aux troubles psys. <b>P4</b> .	Problématique de connaissances du circuit du système psychiatrique par les médecins généralistes
KORIAN JARDINS D'HUGO	Fermeture de l'UCC à l'hôpital Service urgences CHT inadapté P1. Interventions équipe géronto-psy appréciée mais dispositif saturé ne permet pas les interventions en cas de crise. Manque information sur conduite à tenir P5.	Problématique de prévention et de gestion des situations de crises Manque d'information, Structures inadaptées.

GEM	Problème Délai de RDV en CMP <b>P4</b> .	Parcours patient.
Centre Jean SCHIFFER	Déplacement difficiles jusqu'aux lieux de soins P1 P4. Délai important avant rencontre d'un psychiatre P1. Problématique d'accueil aux urgences P4. Accès aux informations médicales P1 P4.	Accessibilité aux soins. Parcours patient Passage aux urgences. articulation, coordination, communication
MAS La Fontaine de l'Orme	Accès aux soins somatiques suivi des traitements <b>P4</b> .	Parcours patient
MAS La Fontaine de l'Orme	Prévention des situations de crise <b>P5.</b>	Manque de formation
MAS Le Village	Accès aux soins <b>P4</b> .	Parcours patient
Pharmacien	Accès aux soins P1 P4	Parcours patient
Troyes Habitat	Prévention des situations de crise <b>P5.</b>	Parcours patient, Manque de connaissance des acteurs, Rupture de soins. Parcours de vie, manque de structures adaptées.
UNAFAM	Méconnaissance de son diagnostic P1.	Problème d'informations.
UNAFAM	Situation d'aidant pas pris en compte, Mère impliquée dans les soins de sa fille <b>P2</b> .	Compliation aux soins.
UNAFAM	Questionnement sur l'urgence en psychiatrie le WE <b>P1</b> .	désert médical.
UNAFAM	Patient sortant d'incarcération sans suivi proposé avec besoin de suivi, Délai d'attente <b>P1 P4.</b>	Rupture continuité des soins.
UNAFAM	Patient en situation de crise au domicile des parents, Difficile hospitalisation le WE. <b>P5.</b>	Passage aux urgences le Weekend
UNAFAM	Demande de structure d'accueil pour patiente, en situation de crise aui vit avec sa mère <b>P5</b> .	Manque de structures adaptées.

UNAFAM	Mère qui veut faire hospitaliser son fils qui est en situation d'urgence.  P5.	Parcours Patient.
UNAFAM	Femme d'un pompier dans l'incapacité de faire hospitaliser son mari en situation de crise. <b>P5.</b>	Parcours Patient.
UNAFAM	Jeune de 28 ans prise de toxique et souffrance psychique, Ne relève pas d'hospitalisation en psy, Quel parcours de soins ? <b>P2.</b>	Articulation, coordination, communication
UNAFAM	Articulation addictions et troubles psychiques <b>P1 P4.</b>	Parcours patient
UNAFAM	Prise en charge aux urgences d'un patient addiction et troubles psychiques <b>P1 P4</b> .	Droit des patients.
Résidence de la Noxe	Géronto, un patient hospitalisé quelques mois à l'EPSMA, le retour en EHPAD est compliqué le résident est agressif. L'EHPAD n'est plus adapté au résident. Echanges de point de vue différent entre médecin EHPAD et médecin EPSMA P2	Pb d'orientation Articulation, coordination, communication EPSMA/EHPAD Droit des patients (informations partagées), liens avec les familles Passage du patient la nuit aux urgences
Résidence de la Noxe	Difficultés pour l'EHPAD pour l'accès à une hospitalisation (manque de psychiatres, de lits etc). L'EPSMA s'engage à reprendre un résident si problème P1	Parcours patient
SAMSAH-LADAPT AUBE	Difficultés pour les professionnels du SAMSAH d'avoir un retour sur l'état de santé d'un patient en décompensation psychique (pas de retour d'informations des urgences ni de la CPA). Pas de possibilité de connaitre une date de sortie. P1  Sortie du patient sans coordination. Pas de RDV avec un psychologue ni au CMP. Le patient doit prendre RDV lui-même à la sortie. P3	Articulation, coordination, communication EPSMA/SAMSAH Informations partagées et droits des patients Compliance aux soins et demande de soins
SAMSAH-LADAPT AUBE	Une personne refuse de vivre dans des logements protégés sous prétexte de vouloir garder une indépendance. Elle a de mauvaises fréquentations (drogue alcool	Articulation EPSMA et SAMSAH. Continuité des soins

	violence). Elle ne peut vivre seule car elle est très influençable. <b>P2</b> Son état nécessite un accompagnement éducatif et médico-social renforcé. Risque d'exclusion. <b>P3</b>	
ADMR de l'Aube	Manque d'information pour les SAAD et SSIAD concernant les antécédents psychiatrique et troubles du comportement. Désir des informations qui ne violent pas le secret médical (intolérance à la frustration, sujette aux angoisses) Des situations de crise auraient pu être évitées par les professionnels ADMR <b>P5</b>	Manque de formation Manque d'information Manque de connaissance des acteurs
ANPAA 10	Un atelier entre l'entraide et l'ANPAA10 permettait de promouvoir la continuité des soins en ambulatoire après une hospitalisation. Cet atelier n'existe plus. <b>P3</b>	Manque de politique, établie avec les partenaires, sur le parcours de soin addictologie
ANPAA 10	En 2014 l'ANPAA a proposé une consultation avancée d'addictologie à la CPA pour un ler bilan. Ce partenariat tend à s'essouffler <b>P3</b>	Manque de politique, établie avec les partenaires, sur le parcours de soin addictologie Absence convention
Association du Centre de santé Les Chapelains	Rupture de parcours pour un patient qui passe de l'âge adolescent à l'âge adulte <b>P3</b>	Rupture parcours de soins lors du passage ado et adulte
Association du Centre de santé Les Chapelains	Difficultés pour gérer des situations de crise à domicile pour un jeune de 19 ans. <b>P5</b>	Rupture parcours de soins lors du passage ado et adulte
CH de Bar sur Seine	Un patient hospitalisé à l'EPSMA en SPDT fait un retour difficile en USLD. Le suivi avec le CMP n'est pas immédiat <b>P3</b>	Articulation psy de liaison EPSMA /CH Bar sur seine. Articulation, coordination, communication EPSMA/ USLD CH BSS. Compliance et demande de soins.
CH de Bar sur Seine	Patient admis en EHPAD car un maintien à domicile difficile. L'EHPAD n'est pas adapté. Décalage avec l'âge des résidents <b>P2</b>	Manque de structure adaptée à une pathologie démentielle chez un jeune patient

EHPAD LA SAPINIERE  EHPAD BOUILLY	Etablissement inadapté après longue hospitalisation en psychiatrie P2  Absence du psychiatre CMP Brossolette P1 Etablissement non adapté pour ce type de problématique (déficient mental, psychose, dysthymie) P2 Retour d'hospitalisation trop précoce. P3 Suite à une agression vis-à-vis d'un personnel soignant, difficulté pour hospitalisation. P5	Troubles de l'adaptation après hospitalisation longue à l' EPSMA  Articulation, coordination, communication EPSMA/EHPAD Manque de connaissance du parcours géronto
EHPAD TRAINEL	Hébergement en EHPAD « ordinaire » inapproprié <b>P2</b>	Manque de formation. Orientation inadaptée
EHPAD TRAINEL	Résident avec polypathologies et comportement inadapté. EHPAD « ordinaire » avec éloignement familial malgré demande faite de rapprochement <b>P2</b>	Problématique parcours de vie
Domaine de Nazareth	Rupture de soins pour un résident suivi par EPSM et CMP <b>P1</b> Inadaptation des EHPAD pour le suivi psychiatrique <b>P3</b>	Continuité des soins
Domaine de Nazareth	Patient en EHPAD après 40 ans passés à l'EPSMA. équipe paramédicale et médicale en manque de formation <b>P2</b>	Manque de formation
Foyer Les Tomelles	Manque de médecin traitant. Délais long pour RDV spécialistes Psychiatrie de liaison pas assez intense. Pas de consultation de psychiatre Méconnaissance parcours hospitalisation aux urgences P1	Manque de formation sur missions des mandataires judiciaires Consultation psychiatre pas assez régulière Méconnaissance parcours patient en situation de crise
USLD EHPAD COMTE HENRI	Suite à TS, pas de visite de psychiatre. Orientation urgences inadaptée à la situation P1	Parcours psy en/aux urgence(s)
EHPAD Résidence de l'Isle	Malgré demandes, impossibilité de joindre tuteurs UDAF dans situation de décompensation ou troubles du comportement importants P3	Problématique de coordination avec les tuteurs UDAF, AT 10

ESAT Hors les murs	Eloignement géographique incompatible avec un suivi correct. Rechute et sortie de l'établissement <b>P1 P4</b>	Maillage des soins sanitaires Articulation, coordination, communication EPSMA/ ESAT
PEP 10	Diagnostic non posé et avis médicaux contradictoire : difficulté coordination soins <b>P1 P4</b> Diagnostic contradictoire : difficulté pour la prise en charge SAVS <b>P3</b>	Coordination des soins EPSMA/ESAT
PEP 10	Refus de soins « classiques » dans le cadre CMP par 4 personnes. P1 Manque d'approches innovantes du soin psy (Théâtre, médiation équine)	Compliance aux soins
PEP 10	Orientation SAVS SAMSAH pour une personne en grande difficulté <b>P1</b>	Orientation
ESAT SELF LA FONTAINE	Manque d'articulation et de partenariat entre les différents professionnels <b>P3</b>	Compliance aux soins
ESAT SELF LA FONTAINE	Manque une passerelle entre milieu psychiatrique et médical et établissements type ESAT pour co-construire parcours adaptés aux problématiques <b>P3</b> Prise en charge aux urgences inadaptée (sortie immédiate) <b>P5</b>	Parcours / passerelle entre EPSMA et ESAT Parcours patient psy aux urgences
ESAT LE TERTRE	Délai attente aux urgences, trop long: risque de départ. Pas de temps psy pour le suivi et faciliter accès aux soins P1 P4 Manque de communication et de coordination entre employeur et CMP. Lors de l'admission des usagers, manque anamnèse P3 Demande de formation handicap psy et prévention et gestion situations crises P5	Parcours patient psy aux urgences communication et coordination ESAT/ EPSMA manque de formation
АРАЈН	Manque de structures adaptées : Orientation FAM d'un patient insuffisant rénal. Troubles psy rendent impossible la vie en FAM. P2	Parcours patient extra hospi et médico-social. Prise en charge patients du médico-social

GEM	Stigmatisation et besoin d'accompagnement social pour constitution de dossier (surendettement,) P3	Articulation psy/ intervenants du centre médico-social
EHPAD la Roseraie	Femme de 70 ans en situation de crise Gestion compliqué de l'hospitalisation à l'EPSMA <b>P5</b>	Articulation, coordination, communication EPSMA/EHPAD Gestion des hospitalisations
MAIA Aube	Femme de 92 ans qui refuse les soins. Présente des troubles de type délire de persécution et des troubles cognitifs <b>P2</b>	Compliance et demande de soins. Rôle du médecin traitant
MAIA Aube	Femme de 70 ans sous mesure de protection, épisode confusion, agitation et désorientation. Refuse les soins <b>P2</b>	Compliance et demande de soins
MAIA Aube	Femme de 82 ans. Plaintes somatiques, propos suicidaires Vu par psychiatre ne justifie pas d'hospitalisation. Refuse les soins <b>P2</b>	Compliance et demande de soins
MAS Fontaine de l'Orme	Consultation avec médecin psychiatre pour réévaluer les traitements <b>P1</b> Patient en situation de crise <b>P5</b>	Continuité des soins
Résidence autonomie CMAS	Rupture de soins, déni, refus Coordination des équipes, informations partagées <b>P2</b>	Compliance et demande de soin. Droit des patients
Résidence autonomie CMAS	Décompensation subite, gestion situation de crise en résidence autonomie <b>P5</b>	Gestion d'une situation de crise, Gestion d'une hospitalisation
UNAFAM	Evaluation de la défaillance de l'accompagnement social <b>P3</b>	Problème d'orientation
UNAFAM	Insuffisance et manque de rigueur du suivi ergothérapie en intra hospitalier <b>P2</b>	Importance de la réhabilitation psychosociale tout au long du parcours
UNAFAM	Délai d'attente trop long en sortie d'hospitalisation et intégration SAMSAH <b>P3</b>	Fluidité du parcours patient entre les différents lieux successifs qu'il est amené à parcourir.

UNAFAM	SAMSAH payant pour des patients à faibles moyens financiers <b>P3</b>	Manque de dispositif aide financière pour patients à faible revenus (APTH)
UNAFAM	Institutionnalisation pour patiente de 40 ans qui ne peut plus rester dans son milieu familial. Mère démunie devant l'absence de solution <b>P2</b>	Manque de dispositif de lit de rupture ou en attente de médico-social
UNAFAM	Patient qui sort d'hospitalisation EPSMA, Difficulté pour sa conjointe d'assurer une présence au domicile, Articulation sanitaire médico-social <b>P3</b>	Manque d'anticipation et de fluidité sur le parcours du patient
UNAFAM	Patient hospitalisé informé (ou pas) des effets financiers lorsqu'il demande une chambre particulière, Droit des patient Accompagnement social <b>P3</b>	Manque de la part des patients de connaissance de leurs droits.
UNAFAM	Information du droit des patients pour être éligible à l'ACS <b>P3</b>	Manque de la part des patients de connaissance de leurs droits.

# Annexe V Pistes d'actions proposées par portes d'entrée

#### Les adultes

# Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

Points de difficulté

Pistes d'actions

- Problème d'accessibilité PMR.
- Postes de médecins psychiatres vacants
- Manque de lisibilité des dispositifs de la psychiatrie au niveau des différents secteurs
- Méconnaissances du parcours patient en psychiatrie.
- Méconnaissances parcours personnes âgées en psychiatrie
- Déficit d'articulation avec les médecins traitants
- Manque de transmissions des informations entre médecins hospitaliers et médecins coordonnateurs
- Manque de formalisation d'un outil de transmissions lors des missions infirmièr(e)s de psychiatrie de liaison

#### Formation, Information

- Communiquer sur les différents dispositifs de secteurs (intervenants, accès, nom des médecins...)
- Communiquer sur le parcours patients : place des CMP, de l'E.P.A.U.L.E...
- Disposer d'un outil de communication centralisé et accessible par tous les partenaires du type site internet EPSMA avec accès singuliers pour les partenaires
- Formaliser un outil de transmission utilisable par les infirmiers de liaison (EHPAD, F.A.M,...)
- Formaliser le parcours patients avec comorbidités addiction et communiquer
- Mettre à disposition des professionnels du réseau

- Préciser le parcours patient addictologie
- Respect du droit des patients
- Absence de dispositif de réhabilitation psychosocial.
- Pas d'équipe de pédopsychiatrie aux urgences
- partenaires les textes sur les droits des patients
- Finaliser l'arborescence parcours patients personnes âgées et la communiquer : articulation CMP/EMGP

#### Médecine de ville

- Adresser la lettre de sortie au médecin traitant
- Informer les médecins traitants sur les parcours et les dispositifs

### Développement de l'offre

- Mettre en place une équipe mobile départementale de réhabilitation psychosociale
- Mettre en place une équipe pédopsychiatrie, aux urgences, dédiée à l'accueil des mineurs

#### **Autre**

Rendre l'accessibilité PMR sur l'ensemble des sites qui le nécessitent (obligation légale)

# Situations d'inadéquation

Points de difficulté

Pistes d'action

- Manque de coordination et d'articulation entre les différents acteurs
- Les lieux d'échange manquent
- La communication n'est pas efficiente
- Manque de connaissance du rôle de chacun
- Troubles du comportement incompatibles avec la structure d'accueil médico-sociale
- Manque de filières pour certaines pathologies : fermeture UCC, démences chez patients jeunes

# Conventionnement

 Provoquer des réunions pluri professionnelles (Conseil Général, Police, bailleurs sociaux, Assistante sociale, Psychiatrie, SIAO) avec mise en place de protocoles

# **Information**

 Améliorer la lisibilité et la graduation de l'offre

- Opposition du patient à ses soins.
- Accompagnement des situations d'hospitalisation longue en accueil en médico-social
- Manque d'interface entre sanitaire et médico-social et de possibilité de séjour de rupture
- Déficit d'articulation avec médecin traitant
- Continuité du suivi psychiatrique en EHPAD

- Mieux connaître le réseau pour avoir une réponse rapide et adaptée
- Etude de situation au cas par cas lors d'Instance pour définir les orientations lors de la confrontation à des situations complexes.
- Formaliser l'accompagnement progressif des patients sortant d'hospitalisation après une longue hospitalisation et intégrant le médico – social

#### Développement de l'offre

- Créer une équipe EPSMA mobile de liaison afin de mettre en place en interface le médico-social et le sanitaire.
- Adosser cette équipe mobile à des lits de rupture au sein de l'EPSMA.
- Obtenir la réouverture de l'UCC
- Réserver une place de l'AFT pour une personne âgée de façon à stabiliser le patient avant son retour en lieu de vie

# Implication et participation des usagers

 S'adjoindre la présence d'un pair aidant afin d'aller au-devant des risques de situations de refus de soins

# Accès à l'accompagnement social et médico-social

### Points de difficulté

- Equipe de l'EMGP sous dimensionnée
- Déficit d'échanges et de concertations avec les équipes médico-sociales pour les patients psychiatriques
- Manque de formation psychiatrique pour les intervenants du médicosocial
- Insuffisance d'informations et de communications entre sanitaire et médico-social
- Retard d'actualisation des conventionnements

#### Pistes d'action

# Information. Formation

- Communiquer sur les parcours patients de façon à ce que les intervenants du médico- social interpellent le bon circuit lors d'une situation problématique
- Sensibiliser les équipes du médicosocial à une meilleure connaissance des problématiques psychiatriques.

#### Développement de l'offre

 Redimensionner l'équipe de l'EMGP  Manque de visibilité, au sein du département des places qui existent dans les différentes structures médico-sociales

# Réactualisation des outils de communication

- Partage d'information dans le respect du droit des patients : traçabilité de l'accord donné par le patient, présence du patient lors des échanges...
- Mises à jour et suivi des conventions entre EPSMA et réseau partenaire
- Obtenir la création d'un annuaire des établissements du médicosocial et des services qu'ils offrent.

### Accès aux soins somatiques

#### Points de difficulté

- Stigmatisation du handicap à la fois physique et psychique (problème de « l'étiquette psy »)
- Baisse du nombre de médecins généralistes au niveau du département
- Augmentation du nombre de patients qui n'ont plus de médecin référent
- Absence de dispositif de télémédecine pour le suivi somatique des patients EPSMA
- Bilan somatique aux urgences pas systématique pour les patients psychiatriques
- Importance du rôle pivot du médecin traitant dans l'adressage vers les services de l'EPSMA et dans les prescriptions d'examens complémentaires nécessaires au diagnostic différentiel

Pistes d'action

# <u>Formation, information de la médecine</u> de ville

- Sensibiliser les médecins traitants à la psychiatrie
- Former les professionnels aux pathologies mentales
- Initiation des partenaires à la psychiatrie
- S'appuyer sur les dispositifs déjà mis en place par les partenaires (mise en place de la semaine de la Santé Mentale par l'UNAFAM, la formation aux aidants ...)

#### Coordination avec médecine de ville

- Se rapprocher du conseil de l'ordre afin qu'il trouve des solutions pour les patients qui n'ont plus de médecin référent
- Passage par un bilan somatique avant l'adressage à l'équipe de l'EPAULE au niveau des urgences du CHT
- Nécessité que les partenaires interpellent le médecin traitant lors de besoin de l'intervention d'un médecin psychiatre de l'EPSMA.

# Développement de l'offre

Cheminer dans la mise en place d'un dispositif de télémédecine

# Prévention et gestion de crise

#### Points de difficulté

# Pistes d'action

- Barrière du secret médical et professionnel
- Difficulté d'adhésion aux soins
- Défaut d'articulation et de relais entre différents acteurs (Police, Social, EPSMA)
- Méconnaissance de l'offre de soins
- Désert médical et défaut d'accompagnement du patient.
- Passage aux urgences le Weekend
- Absence d'un référent qui fasse l'accompagnement global.
- Absence de foyers de vie temporaire
- Respect du droit des patients et connaissance de la loi du 5 juillet 2011
- Méconnaissance des parcours patients gérontopsychiatrie et autres
- Méconnaissance de l'organisation des soins aux urgences : missions de l'EPAULE
- Continuité du suivi psychiatrique en EHPAD
- Insuffisance du travail pluriprofessionnel en cas de situation complexe
- Manque de formations psychiatriques pour les intervenants du médico-social
- Place et rôle du médecin généraliste dans la prévention de la crise
- Pas de protocole situation de crise
- Temps de passage long aux urgences du CHT pour une personne venant d'un EHPAD

# **Information**

- Site internet de l'EPSMA à étoffer (définir le rôle et les missions des CMP)
   action majeure
- Créer un répertoire et une cartographie des partenaires du territoire à jour (référent) avec mise à jour régulière
- Mise en place de journées découverte pour présenter les missions de chaque partenaire
- Créer un site informatique EPSMA qui rend accessible l'ensemble des informations et texte concernant les droits des patients en psychiatrie et la loi du 5 juillet 2011 sur les modes de placement.
- Rendre accessibles les informations sur les parcours patients (EMGP, CMP, Police...) afin que les partenaires s'adressent aux bonnes équipes, de façon à gagner en réactivité et à rester dans la prévention de la crise.

#### Conventionnement

 Convention avec la Police à établir dans le but de coordonner les actions et définir le rôle de chacun

#### Partage du secret

 Définir un cadre juridique des informations à transmettre. Décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des

champs social et médicosocial et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

# Accessibilité aux soins

- Rappel automatique des RDV au cas par cas
- Permettre au patient d'être acteur de ses soins et de son parcours
- Favoriser les bons de transport en milieu rural pour permettre l'accessibilité aux soins à tous

# Démographie médicale

- Promouvoir la spécialité de la psychiatrie dans les Facultés de Médecine
- Augmenter le nombre d'internes à l'EPSMA (Convention à prévoir avec les facultés de proximité)
- Favoriser le recrutement des psychiatres

### Développement de l'offre

- Mise en place d'une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA)
- Développer le case manager
- Développer le nombre de structures temporaires

#### Coordination de parcours

- Systématiser les référents dans la PEC Patient
- > S'appuyer sur le travail du tuteur
- Contact possible du médecin généraliste avec le psychiatre de permanence psychiatrique extra hospitalier lorsqu'il est confronté à une situation problématique.
- Protocoliser les situations de crises.
- Mettre en place un soignant pédopsychiatrie, aux urgences, dédié à l'accueil des mineurs de façon à libérer du temps aux soignants de l'épaule

# Les mineurs

# Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

#### Points de difficulté

- Au vu des statistiques, comment répondre dans l'Aube aux problèmes de démographie médicale, paramédicale et au manque de moyens dans les autres secteurs.
- Comment développer et faire vivre le partenariat entre les différents acteurs qui gravitent autour du projet de vie du mineur
- Comment améliorer l'orientation des patients ?
- Comment faciliter l'accès au diagnostic et aux soins ?
- Comment améliorer l'information quant aux missions des Etablissements et structures ?
- Comment améliorer l'évaluation faite en amont de l'accompagnement et du parcours de soin ?
- Comment hiérarchiser les besoins?
- Comment susciter l'adhésion des familles et des mineurs en cas de refus de soin?
- Comment améliorer la gestion des flux (entrées/sorties) ?
- Comment réduire le décalage entre les attentes ciblées et la complexité des situations ?

#### Pistes d'action

# Démographie

- Favoriser l'attractivité par l'amélioration des conditions de travail (maisons médicales, centres de soins, travaux de recherche et/ou de concertation communs
- Nécessité d'accueillir à nouveau plus d'internes de psychiatrie et organiser leur installation sur le territoire. Mise en place avec la faculté de médecine de Reims de nouvelles politiques au service des territoires
- Manque de pédiatres et d'internes en pédiatrie d'une appréhension globale de la situation et d'orientation ciblée.
- Délocaliser à Troyes une partie de la formation des médecins
- Création d'une école d'orthophonistes dans l'Aube, organisation de terrain de stage ou de professionnalisation pour les psychomotriciens.

#### **Accueil et orientation**

- Améliorer l'orientation en favorisant, créant ou soutenant les lieux ouverts d'évaluation, capables d'une appréhension globale de la situation de d'orientations ciblées (Centres de soins infirmiers, Maison de l'Adolescence, Maison de l'enfance, PMI...)
- Dans les CMPP, organiser un premier accueil physique ou téléphonique par un professionnel compétent pour prioriser les demandes (urgences/crise, nécessité d'un diagnostic partagé/adéquation de la demande)
- Création d'une équipe de liaison/urgences de pédopsychiatrie

#### Développement de l'offre

 Sécuriser et atteindre l'objectif des 10 lits pédopsychiatriques

- Création du 2<sup>ème</sup> Hôpital de Jour de Troyes pour les pathologies archaïques précoces
- Augmenter les moyens en personnel, largement insuffisants dans les CMP: infirmiers, éducateurs, psychologues, psychomotriciens, musicothérapeutes et pédopsychiatres et pourvoir les postes de pédopsychiatres.
- Création d'une plateforme de diagnostic précoce et d'orientation des troubles neuro-développementaux (EPSMA en association avec l'APEI (CAMSP et IME), AFG autisme, le GHT entre autres) travail en cours avec les divers partenaires.
- Création d'une équipe ou d'un dispositif de prévention
- Renforcer le privé et le libéral en complément de l'offre du service public

#### **Information et formation**

- ➤ Informer, former les professionnels sur les différentes raisons (symptômes) de s'adresser à telle ou telle structure (principe de l'appui sur l'adulte le plus proche, choisi, pour une première évaluation)
- Annuaire informatique de toutes les « portes d'entrée » incluant les missions, les compétences et les limites selon les symptômes constatés.
- Journée annuelle inter partenariale (colloque/forum/journée de rencontre) de formation, d'information et de connaissance entre chaque structure.

## Organisation et suivi du parcours

- Mise en place d'un conseil départemental de santé mentale pédopsychiatrique
- Animation de rencontres d'information auprès des professionnels les plus au contact avec les familles et enfants (éducateurs de MECS, médecins traitant, Education Nationale, équipe de Direction, ASE, PMI, ...)

- Création et animation d'une cellule ou dispositif multi partenarial et pluridisciplinaire pour les « cas complexes » chargé d'un diagnostic partagé (médical, social, familial, scolaire...)
- Création d'un groupe de travail ou comité de pilotage, chargé de réfléchir au contenu de la journée annuelle (qui serait organisée par l'ARS), de définir les contours, la définition du cas « complexe »les missions et organisation du dispositif.
- Concernant les flux: interroger régulièrement, tout au long du parcours, la pertinence des prises en charge longues.
- Réfléchir au désengorgement des structures médico-social et services adultes (groupe de travail PTSM pôle adulte)
- Les médecins généralistes et les pédiatres libéraux doivent être le premier recours et adresser au CMP si besoin. Idem au sein des ESMS.

# Situations d'inadéquation

#### Points de difficulté

- Manque d'expertise psychiatrique au sein des établissements médico-sociaux
- Etablissements en grande difficulté dans la gestion des troubles du comportement sévères et de la violence
- Problème de repérages des signes avant-coureurs d'une crise dans les établissements médicosociaux
- Errance institutionnelle de jeunes avec problématique psychiatrique et/ou pénale

#### Pistes d'action

#### **Formation**

 Développer la formation des équipes éducatives et de soins des ESMS
 Sensibilisation, formation des équipes sur ce thème avec des experts

#### Développement de l'offre

 Création d'une équipe mobile de prévention et d'intervention auprès des institutions (IME, ITEP, PJJ, Education Nationale...)

# Pôle de compétence

- Partage des compétences (création pôle de compétence)
- Pôle de compétence pluri-institutionnel
- Développer le soutien grâce à un pôle de compétence
- Création d'une structure de soins/éducation/formation

 Recenser les lieux d'accueil régionaux + convention

# Accès à l'accompagnement social et médico-social

#### Points de difficulté

- Méconnaissance de l'offre de soins, des rôles de chacun, des modalités d'accès
- Retour des jeunes au domicile à leur majorité après un parcours en collectivité:
- Régression
- Crises
- Pas d'accompagnement, de référent pour l'entrée dans la vie adulte des jeunes autistes
- Délais d'attente pour admission IME très/trop importants pour des jeunes présentant des Troubles du Spectre Autistique, Déficience Intellectuelle avec troubles du comportement
- Délais d'attente très/trop longs dans les CMP et Hôpitaux de Jour pour enfants et adolescents
- Rupture de soins pédopsychiatriques lors du passage du jeune en IME
- Insuffisance et/ou inexistence de prise en charge médicale et paramédicales au sein des IME
- Absence de lieu de vie, séjour de répit et structure de relais
- Problème d'accueil des ados en crise aux urgences
- Absence de structure d'hébergement soins somatiques/psychiatriques mère/enfant 0-3 ans
- Manque de coordination, de liens entre les institutions

#### Pistes d'action

#### Développement de l'Offre

- Ouverture d'un AFT
- Espace institutionnel de prise en charge des situations qui présentent de lourdes problématiques
- Organisation et communication sur le circuit de l'urgence en pédopsychiatrie
- Développer le dispositif SESSAD
   Développer, créer les services de suites : création, autorisation ARS et financement
- Conventionner avec les structures régionales
   Appel à projet pour initiatives privées de création d'accueil temporaires
- Apporter du renfort au niveau des moyens existants avec :
  - des formations (compétences spécifiques)
  - des embauches
  - l'adaptation des locaux aux besoins de ces jeunes

Améliorer diagnostic précoce

Conventionner ASE/EPSMA création d'une unité renforcée au CDE

- Remboursement des consultations auprès des psychologues et psychomotriciens libéraux
  - Développer les accueils infirmiers, pratique avancée
  - Conventionner avec les départements limitrophes pour mutualiser les moyens
- Projet de service de pédopsychiatrie : prioriser des temps d'accompagnement, de transition HDJ& CMP -maintien d'un suivi
- Création de structure régionale.

# Démographie médicale

 Rendre le département attractif pour les jeunes diplômés et stagiaires :
 Lien, soutien, accueil, logement facilité, gratuit pour les stagiaires

Favoriser l'accueil dans les maisons de santé, travail en partenariat sous forme de prestations privées

# Outil de liaison communication et information

- Améliorer la fiche de liaison d'urgence
  La communiquer à toutes les structures qui
  la personnaliseront selon leur règlement
  intérieur (ex : PJJ)
   Créer une fiche navette retour
  - Créer une fiche navette retour d'informations (Urgences F Institutions)
- Améliorer la communication sur les offres de soins EPSM Adultes/enfants par: La diffusion de plaquettes par mailing réactualiser les informations Un numéro unique correspondant pour les partenaires Présentation de l'EPSMA à la journée de Santé Mentale Départementale
- Officialiser un référent de parcours

### Accès aux soins somatiques

#### Points de difficulté

- Comment proposer et assurer un bilan somatique dans les bilans des troubles développementaux?
- Quid du soin pour des enfants en grande difficulté développementale et souffrant de handicap?

#### Pistes d'action

#### Coordination

- Campagne d'information, consensus de partenaires... afin de promouvoir et s'assurer d'un suivi régulier par un médecin traitant des bébés, enfants et adolescents, quelles que soient, leurs conditions de vie, le diagnostic et les établissements qui les prennent en charge.
- Promouvoir la nécessité pour les adolescents, d'un médecin traitant différent de celui des parents.

# Prévention et gestion de crise

#### Points de difficulté

- Les signes avant-coureurs qui ne sont pas traités en amont
- Relais entre institutions difficile
- Absence de coordination dans le parcours de soins et de prise en charge globale du mineur

#### Pistes d'action

#### **Prévention**

 Formation, information des partenaires sur les signes avantcoureurs et sur les dispositifs de prise en charge existants

- La problématique liée au diagnostic et à la meilleure orientation du mineur dans une prise en charge unique ou multiple
- La problématique du manque de moyens dans chacune de nos institutions avec un sentiment d'insuffisance
- Cultures différentes selon les milieux sanitaire, éducatif, social, scolaire. « On pense la même chose, mais nous n'arrivons pas à nous accorder »
- Problématique des jeunes qui refusent les soins et des familles qui refusent une prise en charge conjointe sanitaire et éducative
- Confusion faite entre l'urgence (il y a un enjeu vital) et la crise
- Question de la responsabilité en cas de passage à l'acte d'un mineur sur autrui ou sur sa personne

- Identifier des temps de partage d'expérience entre partenaires afin qu'il y ait une compréhension partagée de la situation de crise
- Parcours découverte entre institutions

#### Coordination

- Pouvoir prendre le temps de la concertation entre partenaires : avant, pendant et après une situation de crise
- Identifier un coordonnateur du parcours de soins et de prise en charge globale, dans les situations complexes
- Faire un diagnostic multidimensionnel, lorsqu'une situation de crise se présente

#### Développer l'offre

- Création d'une équipe mobile de prévention et de gestion de la crise en pédopsychiatrie
- Renforcer les moyens humains dans nos différentes institutions. Les prises en charges « au rabais » facilitent l'émergence de la crise
- Création d'une équipe de liaison et d'urgence pédopsychiatrique au CHT
- Renforcer globalement l'offre de soin pédopsychiatrique dans le département et identifier les CMP comme lieu prioritaire de prévention et prise en charge des situations de crise
- Mener à terme l'ouverture des 10 lits d'hospitalisation mineurs avec des moyens humains et matériels adaptés

-

Annexe VI Principaux objectifs du Projet régional de santé 2018-2028 concernant la santé mentale du Grand-Est.

III Axe 1 Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocément la souffrance psychique et prévenir le suicide

Objectif 1 Réduire l'écart par rapport à la moyenne nationale du taux de mortalité par suicide dans les départements les plus touchés

Depuis le début des années 2000, la mortalité liée aux suicides n'a diminué que de 8 % dans la région, contre 16% à l'échelle nationale. La problématique est particulièrement aiguë pour les adolescents et les jeunes adultes. Il s'agit de mettre en commun les actions en place afin d'organiser une prévention du suicide homogène sur l'ensemble du Grand Est:

▶ Décliner le plan d'ensemble national en constituant un comité de pilotage régional de prévention du suicide réunissant les représentants des différents établissements de psychiatrie de la région, afin d'échanger sur les

pratiques mises en place, les freins et les leviers rencontrés. Ce comité de pilotage pourrait être porté par un CreHpsy (voir objectif 7) ;

- ▶ Mettre en place un plan de formation à destination des professionnels (ville, ESMS...) pour aider à identifier les situations et personnes à risques;
- ▶ Mettre en place un plan de formation à destination de citoyens ou professionnels non soignants pour repérer et faciliter l'accès aux soins des personnes suicidaires;
- ▶ Développer des dispositifs de prévention du suicide et étendre, à l'ensemble de la région Grand Est, les actions en place dans certains territoires, notamment le dispositif de re-contact systématique des personnes ayant fait une tentative de suicide (VigilanS).

# Objectif 2 Créer un centre régional de ressources spécialisé dans le champ du handicap psychique pour promouvoir l'éthique, la recherche et les dispositifs innovants en santé mentale

Les dispositifs innovants, mis en place dans certaines structures intervenant dans le champ de la santé mentale sont parfois méconnus des autres acteurs de la région. De la même manière, le partage de pratiques vertueuses et éthiques entre institutions doit permettre de promouvoir la bientraitance et le respect des droits des citoyens, en particulier pour les publics vulnérables.

Un Centre de ressources spécialisé dans le champ du handicap psychique (CreHpsy) serait utile pour améliorer le recensement, le partage et le développement des outils, des bonnes pratiques et des recommandations. Il pourrait

□ Faciliter le partage des informations et la connaissance des dispositifs existants dans le Grand Est entre les acteurs du champ de la santé mentale ;
<ul> <li>Accompagner le développement de la prévention ainsi que de la réduction des risques et des dommages en psychiatrie et en santé mentale;</li> </ul>
□ Accompagner les réflexions d'un observatoire ou COPIL de prévention du risque suicidaire en région Grand Est ;
□ Aider à améliorer le respect des droits des usagers et des personnes malades, ainsi que l'éthique des soins ;
□ Soutenir la citoyenneté et une meilleure représentation sociale de la maladie mentale, en travaillant avec les associations de patients et de familles, les conseils locaux de santé mentale et les groupes d'entraide mutuelle ;
□ Faciliter le partage et l'intégration des dispositifs innovants en santé mentale dans la région, mais aussi celui des expériences nationales et internationales.

La formation ou la sensibilisation des professionnels de santé du domaine somatique (médecins, kinésithérapeutes, infirmières, sages-femmes, etc.) ainsi que des campagnes de communication à destination des médias et du grand public pourraient contribuer à réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques.

Pour cela, il convient de :

- ▶ Promouvoir la création et le déploiement du CreHpsy et recenser les expériences décrites par le centre de preuves en santé mentale. Mettre en place un comité de pilotage, pour partager les expériences et organiser leur déploiement à un niveau régional ;
- ▶ Constituer un comité de pilotage régional de prévention du suicide (cf Objectif 1 ) ;
- ► Valoriser les projets innovants au niveau de la région, mais aussi au niveau national et international;
- ▶ Informer le grand public sur la santé mentale et lutter contre la stigmatisation;
- ► Mettre en place des actions de formation sensibilisation aux troubles psychiques à destination des professionnels de santé.

# Objectif 3 Améliorer la qualité de vie au travail et la prévention des risques psychosociaux

Cet objectif vis à adapter les formations et enseignements universitaires, ainsi que les profils de métiers et les modalités de gestion de ressources humaines, aux besoins nationaux mais aussi régionaux. Il vise également à trouver les réponses adaptées à la souffrance psychique des professionnels de santé.

Pour cela il convient de :

- ► Favoriser les liens entre l'université, les établissements de santé mentale périphériques et les institutions médico-sociales;
- ► Développer des structures de soins spécifiques aux professionnels de santé;
- ▶ Favoriser les liens entre les établissements de santé mentale, les services de maladies professionnelles et la médecine du travail;
- ► Faciliter les formations transversales entre les différents acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale, comme permettre aux personnels du secteur social et éducatif d'acquérir des connaissances en santé mentale ;
- ▶ Promouvoir les actions de prévention de la souffrance au travail au sein des établissements médicosociaux et sanitaires.

# **/// Axe 2 - Garantir des parcours coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité**

# Objectif 4 Mettre en place les projets territoriaux de santé mentale couvrant la région Grand Est

Les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), en application de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, constituent le fondement de la politique régionale de santé mentale à l'échelle des territoires dans une logique d'offre de proximité sanitaire, médico-sociale et sociale. Leur élaboration vise à mettre en place des parcours de santé et de vie cordonnés.

Pour favoriser le repérage des troubles, la prise en charge et l'accompagnement des personnes en souffrance psychique dans une dimension globale et la continuité du suivi tout au long du parcours, les PTSM vont réunir les acteurs des champs social, médico-social, sanitaire public ou privé et les professionnels libéraux dans des réseaux territoriaux de partenariats, en s'appuyant sur des diagnostics partagés entre les acteurs concernés.

▶ Déployer progressivement les PTSM sur l'ensemble du Grand Est en s'appuyant notamment sur les communautés psychiatriques de territoire préfiguratrice quand elles ont été constituées.

L'ARS Grand Est bénéficie, pour l'élaboration des PTSM, de l'appui méthodologique de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

#### Objectif 5 Améliorer l'accès, la fluidité aux soins et l'accompagnement ambulatoire

Cet objectif vise autant un accès facilité et lisible pour les usagers souffrant de troubles psychiques, que pour les familles, les professionnels en santé. Il permet d'améliorer l'accès à un avis spécialisé, de réduire les risques de rupture de soins et d'adapter l'efficience des suivis. Il favorise le maintien des usagers dans leur milieu de vie ordinaire et leur inclusion sociale et professionnelle. Il doit aussi permettre de limiter les hospitalisations inadéquates et de faciliter les sorties de l'hôpital, en soins libre ou sous contrainte, dans une démarche d'autonomisation et de rétablissement psycho-social. Pour cela il convient de :

- ▶ Favoriser les interventions à domicile:
- ▶ Faciliter l'accès aux structures ambulatoires en aménageant les amplitudes horaires, les jours d'ouverture de ces structures (centres médico-psychologiques (CMP) et hôpitaux de jour, CATTP...);
- Mettre en place dans les CMP des plages d'accueil non programmé de consultation infirmière, pour permettre une réponse rapide aux premières sollicitations, ou aux situations d'urgence à évaluer:
- ► Développer les protocoles de coopération entre professionnels de santé;
- ▶ Mettre en place des dispositifs de télémédecine dans les zones sous-denses;
- ▶ Mettre en place un dispositif de maintien de contact et de prise en charge pour les patients présentant des pathologies lourdes, en risque ou déjà en rupture de suivi (fugues...).

Objectif 6 Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique

L'accès aux soins intégrés (somatiques, dentaires, addictologiques...) concerne les usagers hospitalisés à temps plein ou à temps partiel, ainsi que ceux suivis en ambulatoire, qui par méconnaissance, manque d'accompagnement ou de propositions, perte des initiatives ou précarité, n'ont pas accès à ces soins. Cela implique une articulation ou une liaison cohérente entre les équipes de soin psychiatrique, addictologique, les professionnels du champ médico-social, les médecins libéraux (médecins traitants, spécialistes, dentistes) et les services de soins somatiques hospitaliers.

Cet objectif vise à une meilleure articulation entre les soins en santé mentale institutionnels, psychothérapiques, psycho-éducatifs et médicamenteux, les soins addictologiques et les soins somatiques. L'enjeu est de favoriser. le recours précoce à un avis spécialisé ; de diversifier l'offre thérapeutique afin d'augmenter l'efficience des prescriptions des psychotropes, un renforcement de l'alliance et de l'observance thérapeutique ainsi qu'une amélioration de la santé et de la qualité de vie des usagers. Il s'agit de faire bénéficier les usagers « au-delà » de la psychiatrie, des différentes démarches de prévention et de réduction des risques et des dommages, pour augmenter leur espérance de vie, réduire leurs conduites à risques (santé, sociales, sexuelles, judiciaires...) et les aider à devenir acteurs de leur propre santé. Pour cela il convient de :

- Favoriser dans les établissements de santé, les soins intégrés en facilitant l'accès à des consultations de médecine générale, dentaire ou addictologique : soit par des praticiens exerçant au sein de la structure médico-sociale ou sanitaire ; soit en recourant à des praticiens libéraux, soit en contractualisant avec un autre établissement de santé ;
- Faciliter l'accès à des examens et/ou des soins somatiques, ou dentaires, ou addictologiques complémentaires en milieu hospitalier, en formalisant le circuit du patient en provenance d'un établissement autorisé dans le projet médical partagé du GHT;
- ▶ Favoriser l'accès aux soins de ville en développant :
- -Le partenariat avec les professionnels libéraux en s'appuyant sur les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les Plateformes territoriales d'appui (PTA); -L'articulation avec les politiques locales de santé, notamment par le biais des Contrats locaux de santé (CLS).
- Intégrer la promotion de la santé, la démarche de réduction des risques et des dommages, ainsi que le soin éducatif dans le soin en santé mentale.

# Objectif 7 Améliorer l'offre et le parcours coordonné pour les enfants et adolescents présentant une souffrance psychique et/ou des troubles du comportement et assurer le relais à l'âge adulte

Cet objectif est commun avec le parcours des enfants et des adolescents dans lequel se trouve la présentation complète de cet objectif. Sa déclinaison opérationnelle sera articulée entre les deux parcours.

- ▶ Parcours enfants et adolescents : prévention, repérage et la prise en charge de premier recours (médecins libéraux, psychologues, maison des adolescents…) ;
- ▶ Parcours en santé mentale : recours aux soins spécialisés, gestion de la crise ou de l'acutisation des troubles et prévention des ruptures de parcours.

# /// Axe 3 - Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique

# Objectif 8 Développer une offre de réhabilitation psycho-sociale en adéquation avec le projet de vie des usagers

Cet objectif cible les usagers hospitalisés au long cours ou bien vivant à leur propre domicile, se trouvant en situation de perte d'autonomie dans leur vie sociale. Il vise à leur permettre de bénéficier d'un projet de soins adapté à leurs besoins, en adéquation avec leur projet de vie et leur handicap psychique, en faveur d'un projet de réhabilitation psychosociale, de rétablissement personnel, d'une meilleure inclusion sociale et d'un accès à l'autonomie et à la citoyenneté.

radionomie et a la ditoyemiete.
Par l'accompagnement et la promotion des capacités à agir et à décider des personnes en souffrance psychique
il vise leur maintien ou l'insertion dans la vie sociale et dans leur vie citoyenne en favorisant :
□ L'accès ou le maintien au logement, ou dans une structure d'hébergement adaptée ;
□ L'insertion professionnelle en milieu ordinaire, protégé, ou en emploi aidé ;
□ L'accès ou le maintien de la scolarité, ou des études et l'accès à la culture;
□ L'accès à la santé. L'observance au traitement et la diminution de la prescription médicamenteuse.
Cet objectif implique de :

- ► Mettre en place des dispositifs de réhabilitation gradués territoriaux avec des professionnels formés à la remédiation cognitive, à la psychoéducation et à l'éducation thérapeutique;
- ► Développer un partenariat avec les bailleurs sociaux;
- ► Mettre en place des dispositifs intersectoriels d'accès à l'emploi ou à des missions d'intérêt collectif et mutualiser les expériences régionales ayant permis un accès à des emplois;
- Favoriser les liens des professionnels ou des institutions avec les CLSM et les GEM.
- ► Développer la pair-aidance et favoriser la formation des médiateurs de santé pairs.

Il est souhaitable, selon des modalités à définir par territoire, d'intégrer la psychiatrie libérale à une réflexion collaborative, autant dans la répartition ou le partage des missions de soins, que dans les modalités de son implication dans les « sorties » des filières hospitalières des patients stabilisés et dans leur suivi.