

PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE LOT-ET-GARONNE



SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	5
1.1 CADRE LEGISLATIF DU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE	5
1.2 INITIATIVE DE LA DEMARCHE ET GOUVERNANCE DU PTSM	6
1.3 DEFINITION DE LA SANTE MENTALE	8
1.4 PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE MENTALE	9
1.4.1 Définition	9
1.4.2 Moyens	9
1.4.3 Facteurs d'influence	9
1.4.4 Facteurs favorisants	9
2. PRESENTATION DU TERRITOIRE DE LOT-ET-GARONNE	10
2.1 Démographie médicale	10
2.2 Données épidémiologiques populationnelles	10
2.3 Analyse par etablissement public de cooperation intercommunale (EPCI)	14
2.4 Epidémiologie de la santé en Lot-et-Garonne	15
3. OFFRE EN SANTE MENTALE EN LOT-ET-GARONNE	21
3.1 Prévention	21
3.1.1 Les acteurs phare de la prévention en Lot-et-Garonne	21
3.1.2 Les thématiques de la prévention en santé mentale	23
3.2 Offre de soins et d'accompagnement	27
3.2.1 L'offre de soins	27
3.2.1.1 Le CH la Candélie	27
3.2.1.2 Le virage ambulatoire et « l'aller vers »	34
3.2.1.3 La réhabilitation psycho-sociale et l'éducation thérapeutique	37
3.2.1.4 La prise en charge des psychoses émergentes	39
3.2.1.5 L'offre de soins et d'accompagnement en addictologie	39
3.2.1.6 Prise en soins des migrants-demandeurs d'asile	41
3.2.2 L'offre d'accompagnement	44
3.2.2.1 Le maillage territorial	44
3.2.2.2 Les prestations offertes par les établissements médicosociaux :	47
3.2.2.3 Les Groupes d'Entraide Mutuelle(GEM)	50
3.2.3 La coopération autour des enjeux de santé mentale en Lot-et-garonne	51
3.2.3.1 Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)	51
3.2.3.2 Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) « santé mentale »	52
4. DIAGNOSTIC PARTAGE	54
4.1 Accès aux soins de la population, au diagnostic et aux soins psychiatriques	55
4.2 Accueil et l'accompagnement des personnes par les établissements ou services sociaux et médico-sociaux	56
4.3 Situations de défaut de prise en charge ou les prises en charge inadéquates	56
4.4 Continuité et la coordination des prises en charge	57
4.5 Accès aux droits	57
4.6 Accès aux soins somatiques	58

4.7	Prévention et la gestion des situations de crise.....	58
4.8	Education à la santé et la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique.....	58
4.9	Cartographie de l'existant sur le territoire de Lot-et-Garonne	58
5.	ORIENTATIONS STRATEGIQUES TERRITORIALES RETENUES AU REGARD DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE	61
5.1	Repérer précocement les troubles et améliorer les diagnostics	61
5.2	Assurer l'accès aux soins y compris somatiques	61
5.3.	Conforter l'accompagnement médico-social	61
5.4.	Développer la prévention, l'anticipation des situations de crise	61
5.5.	Lutter contre la stigmatisation	62
5.6.	Agir sur les déterminants sociaux et environnementaux.....	62
6.	CONCLUSION.....	63
7.	PLAN D' ACTIONS	64
8.	ANNEXES.....	65

GLOSSAIRE

ALGEEI Association Laïque de Gestion d'Établissements d'Éducation et d'insertion	IME Institut Médico-Educatif
ALD Affection de Longue Durée	IMPro Institut Médico-Professionnel
ARS Agence Régionale de Santé	IREPS Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé
ASE Aide Sociale à l'Enfance	ITEP Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
AVS Auxiliaire de Vie Scolaire	MAS Maison d'Accueil Spécialisée
CAARUD Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues	MDA Maison Des Adolescents
CADA Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile	MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées
CAMSP Centre d'Aide Médico-Sociale Précoce	N-A Nouvelle-Aquitaine
CAO Centre d'Accueil et d'Orientation	PJJ Protection Judiciaire de la Jeunesse
CATTP Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel	PMI Protection Maternelle Infantile
CCAS Centre Communal Action Sociale	PTA Plateforme Territoriale d'Appui
CD Conseil Départemental	PTSM Projet Territorial de Santé Mentale
CESH Clinique Esquirol St Hilaire	REAAP Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des parents
CHRS Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale	SAAD Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
CLS Contrat Local de Santé	SAMSAH Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
CLSM Conseil Local de Santé Mentale	SAU Service d'Accueil des Urgences
CMP Centre Médico-Psychologique	SAVS Services d'Accompagnement à la Vie Sociale
CMPP Centre Médico-Psycho-Pédagogique	SESSAD Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
CMPI Centre Médico Psychologique Infantile	SSIAD Service de Soins Infirmiers A Domicile
CSAPA Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	TED Troubles Envahissants du Développement
EHPAD Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	TSA Troubles du Spectre Autistique
EMOG Equipe Mobile d'Orientation Gériatrique	UCC Unité Cognitivo-Comportementale
ESAT Etablissement et Service d'Aide par le Travail	UDAF Union Départementale des Associations Familiales
ESMS Etablissements et Services Médico-Sociaux	UHCD Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
FAM Foyer d'Accueil Médicalisé	UHR Unités d'Hébergement Renforcé (type Alzheimer)
GCS Groupement de Coopération Sanitaire	ULIS Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
GCSMS Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale	UMPL Unité Mobile de Psychiatrie Légale
GEM Groupe d'Entraide Mutuelle	UNAFAM Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques
GHT Groupement Hospitalier de Territoire	URPS Union Régionale des Professionnels de Santé
HAD Hospitalisation A Domicile	

1. INTRODUCTION

1.1 CADRE LEGISLATIF DU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

Le Projet Territorial de Santé Mentale, défini par l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 est élaboré à l'échelle d'un territoire par l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale, professionnels et établissements. **Il a pour objet l'amélioration continue de l'accès des personnes à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.**

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

Le Projet Territorial de Santé Mentale, mentionné à l'article L. 3221-2 du CSP,

- Favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoire dans les champs sanitaire, social et médico-social ;
- Permet la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;
- Détermine le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur. La coordination de second niveau permet de garantir l'accès des personnes atteintes de troubles psychiques à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées lorsqu'elles ne sont pas présentes en proximité, notamment au sein des territoires de proximité que constituent les secteurs de psychiatrie. Les modalités et techniques de prises en charge diversifiées visent la promotion de la santé mentale, l'amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, la promotion des capacités des personnes et leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne active.

Le **diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale** sont arrêtés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé après les consultations prévues au IV de l'article L. 3221-2. Les conseils locaux de santé mentale du Lot-et-Garonne et le conseil territorial de santé 47 (CTS 47) ont validé le diagnostic partagé.

Le Projet Territorial de Santé Mentale est arrêté pour une durée de cinq ans.

Le diagnostic territorial partagé et le Projet Territorial de Santé Mentale sont publiés par l'agence. Ils peuvent être révisés selon la même procédure que celle prévue pour leur élaboration et après les mêmes consultations.

Conformément au décret n° **2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale** le diagnostic partagé prend en compte les éléments suivants :

- L'accès de la population au diagnostic et aux soins psychiatriques ;
- L'accueil et l'accompagnement par des établissements et services sociaux et médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique ;
- Les situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes ;
- La continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements, prenant en compte les réponses à apporter lors du passage à l'âge adulte et celles liées au vieillissement ;
- Les délais d'attente et les problèmes d'accessibilité géographique ou financière aux solutions adaptées, notamment de logement et d'hébergement ;
- L'accès aux droits ;
- L'accès aux soins somatiques et le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques ;
- La prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique ainsi que l'organisation de la réponse à ces situations ;
- L'organisation de la permanence des soins ;
- L'éducation à la santé et les actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique.

1.2 INITIATIVE DE LA DEMARCHE ET GOUVERNANCE DU PTSM

Le décret déjà cité fait référence à la nécessaire présence de l'ensemble des acteurs (un ou plusieurs établissements de soins psychiatriques, présence de services sociaux et médico-sociaux). La logique du parcours patient doit prévaloir pour la définition du territoire pertinent au regard de l'articulation des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux concernés.

Ainsi, l'échelle du département a été retenue pour l'élaboration du PTSM de Lot-et-Garonne, pour tenir compte :

- ✓ du périmètre du GHT 47. Il intègre dans son Projet Médical de Territoire une orientation stratégique dédiée à la filière « santé mentale » ;
- ✓ des réalités opérationnelles et sociodémographiques, des dimensions « infra-territoriales » (ex : Conseil Local de Santé Mentale, territoires de santé de proximité...)
- ✓ des compétences exercées par le Département et le Préfet (pour les soins sans consentement, les politiques de lutte contre l'exclusion, du logement et de l'emploi).

En Lot-et-Garonne, le choix a été fait de confier le portage et le pilotage du PTSM aux membres de la « Commission Spécialisée en Santé Mentale » du Conseil Territorial en Santé 47 (cf. annexe XX).

Au sein de cette commission, les institutions associées, sont représentées par les personnes suivantes :

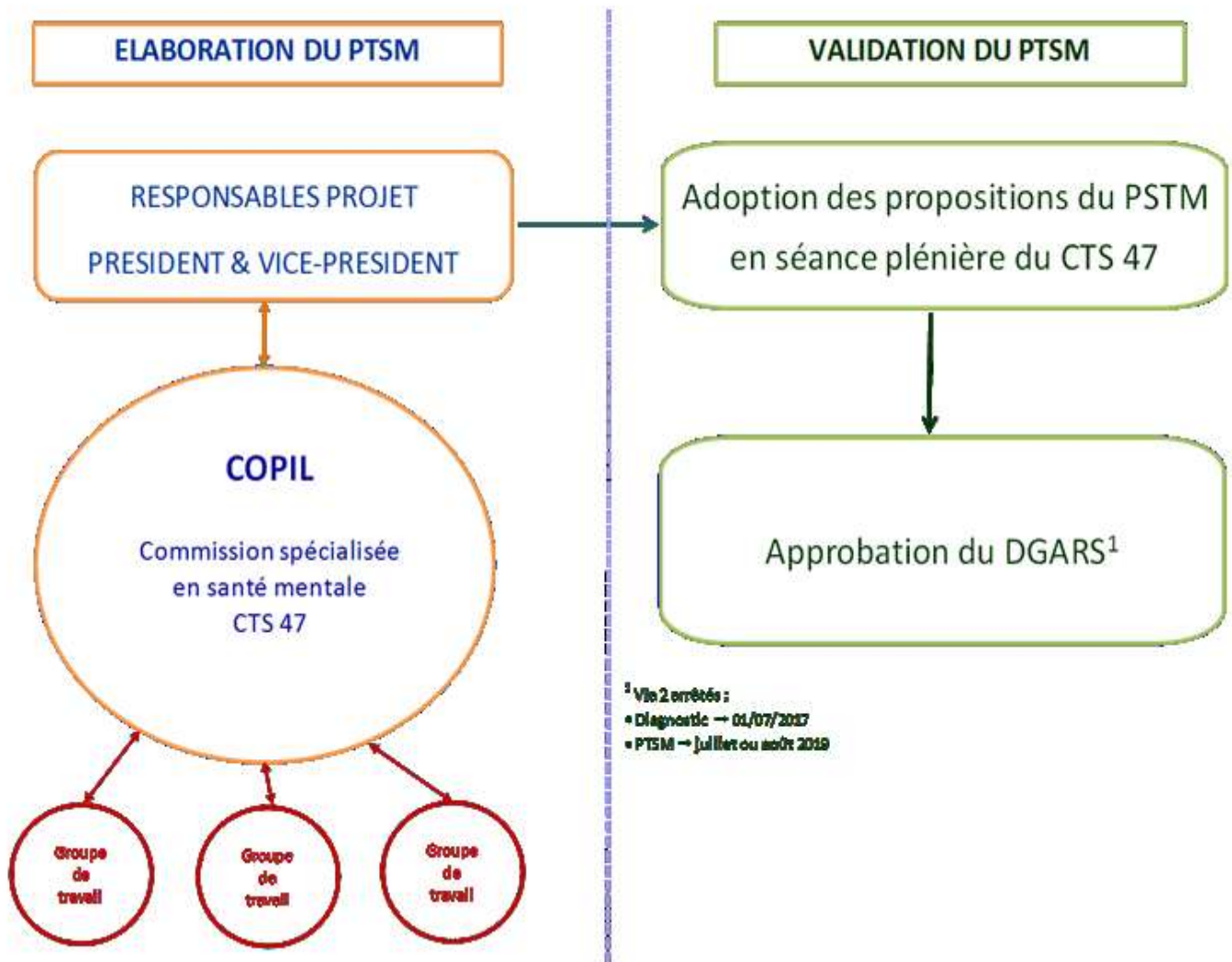
- Dr BISQUEY, Président de la CME du CH la Candélie
- F.CUESTA, Directeur du CH la Candélie
- E. BERGUIO, Directeur de l'ESAT et du FOYER de l'Essor
- M.DEWERDT, Directrice de l'ALGEEI
- Dr CHAABAN, Représentant de l'URPS Médecins Libéraux de Lot-et-Garonne et Président de la commission spécialisée en santé mentale.
- I.BERDINELLE, coordinatrice du CLSM de la ville d'Agen
- C.GARNIER, ORS NA
- C.GUE, pilote de la PTA 47
- E.HANTUTE, chef de service à l'UEMO d'Agen-PJJ
- C. DURGUEIL, APRES GARDOLLE
- T.FABRE, MDPH
- B.SAMSON, CPAM 47
- Dr CAPPIELLO, Conseil Départemental de Lot-et-Garonne-PMI
- Mme Christine DUBOUILH, Orthophoniste, URPS orthophonistes
- E. MORIVAL, Directeur de la DDARS de Lot-et-Garonne
- I. HALLAK, Chargée de mission à la DDARS 47.

Les représentants des usagers sont représentés par Mme DROSS de l'UNAFAM 47, association qui est aussi très investie au niveau des travaux des CLSM.

L'association « Planète autisme » s'est investie dans les questionnaires adressés en 2017, pour un retour « qualitatif » de l'état des lieux en Lot-et-Garonne.

Enfin, les travaux, et réflexions relatifs au PTSM, sont soumis systématiquement aux membres de la formation spécifique organisant l'expression des usagers du CTS 47.

LA CONDUITE DU PTSM EN LOT-ET-GARONNE



1.3 DEFINITION DE LA SANTE MENTALE

La santé mentale établie par l'OMS comme étant un état complet de bien-être physique, mental et social et qui ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.

L'état de bien-être doit permettre à la personne de se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.

La notion de santé mentale est intégrée dans le domaine de la santé publique et comporte trois dimensions :

- La santé mentale positive, discipline qui s'intéresse à l'ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel
- La détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles
- Les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.

1.4 PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE MENTALE

1.4.1 DEFINITION

Selon la Charte d'OTTAWA (1986), la promotion de la santé mentale est : « un processus visant à renforcer la capacité des personnes et des collectivités à prendre leur vie en main et à améliorer leur santé mentale. Elle met en œuvre des stratégies qui favorisent les environnements de soutien et de résilience individuelle ».

Elle vise l'accroissement ou l'amélioration de la santé et du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé mentale. Son action porte sur les déterminants de la santé plutôt que sur les facteurs de risque, et vise la population en général ou des sous-groupes particuliers.

1.4.2 MOYENS

« Les stratégies qui portent sur la prévention et sur le traitement des troubles psychiques sont principalement axées sur l'individu. Cependant, une approche curative focalisée sur les seuls troubles psychiatriques s'avère vite insuffisante face aux multiples facettes de santé mentale (...). Promouvoir la santé mentale nécessite d'améliorer les facteurs de protection qui aident les familles et les collectivités à faire face aux événements de vie négatifs ; ainsi, nécessite d'augmenter les conditions, comme la cohésion sociale, qui réduisent les facteurs de risque de problèmes de santé mentale. »

1.4.3 FACTEURS D'INFLUENCE

La promotion de la santé mentale s'inscrit dans un agir complexe qui concerne l'environnement social et économique de la personne ainsi que de ses ressources psychiques et son environnement socioculturel. Ces trois dimensions intéressent donc des niveaux d'influence différents :

- L'échelle individuelle et le nécessaire développement des compétences et capacités à faire face aux situations d'adversité et permettre la gestion de sa propre vie
- L'échelle sociale et la question de l'appartenance d'individu dans un groupe en tant qu'acteur responsable, autonome et en interaction.
L'échelle sociétale qui nécessite une définition de politiques publiques propices à la création de milieux favorables à la santé

1.4.4 FACTEURS FAVORISANTS

La promotion de la santé mentale n'est nullement réservée aux professionnels du champ sanitaire et social mais repose sur une volonté d' « agir collectif », qui concerne les comportements, les attitudes et les conceptions citoyennes et ce, dans des espaces tels que la famille, le logement, le travail, l'école...

2. PRESENTATION DU TERRITOIRE DE LOT-ET-GARONNE

2.1 DEMOGRAPHIE MEDICALE ¹

Le Lot-et-Garonne, compte 4.8 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants quand la moyenne régionale est de 9.8/ 100 000. Fin 2017, il y avait exactement 13 psychiatres libéraux dans le département : 5 d'entre eux avaient 65 ans et plus, 6 avaient entre 60 et 64 ans, seuls 2 avaient moins de 50 ans.

Le département compte :

- 9.3 psychiatres salariés /100 000 habitants vs 12.2 en Nouvelle-Aquitaine.
- 15.9 psychologues libéraux/ 100 000 habitants (vs 23.6 en NA),
- 77.7 médecins généralistes/ 100 000 habitants (vs 102.2 en NA).

La ressource médicale est rare.

2.2 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES POPULATIONNELLES ²

Le département du Lot-et-Garonne recensait au 1^{er} janvier 2016, 332 833 habitants. C'est un département rural, mais 6 Lot-et Garonnais sur 10 vivent en aires urbaines (AGEN/VILLENEUVE-SUR-LOT/MARMANDE). L'évolution démographique entre 2011 et 2016 est de +0.1%, elle est donc relativement stable.

Population dans les territoires de proximité de Lot-et-Garonne

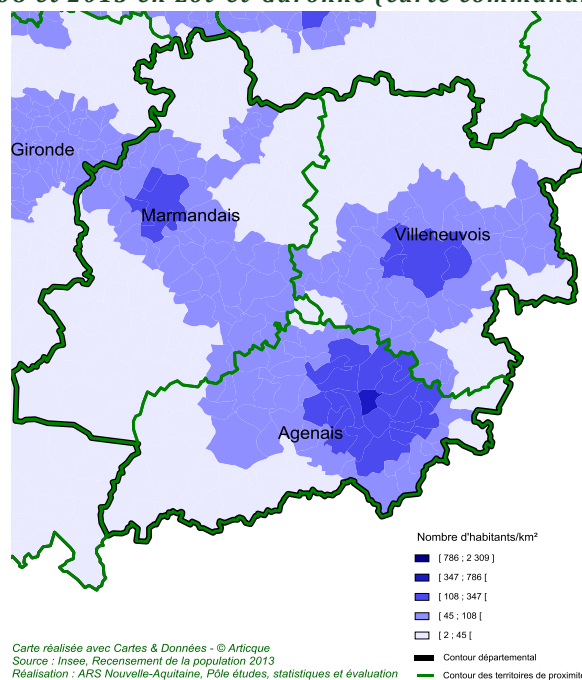
	Population 2013	Densité de population 2013 (hab/km ²)	Variation annuelle moyenne de la population entre 2008 et 2013 (%)	Part de la population âgée de 75 ans ou plus (%)	Part de la population âgée de 85 ans ou plus (%)	Indice de vieillissement
Agenais	131 897	89,4	0,6	11,4	3,9	93,4
Marmandais	101 581	48,1	0,6	13,4	4,4	119,0
Villeneuvois	99 702	56,2	0,0	14,1	4,6	122,2
Lot et Garonne	333 180	62,1	0,4	12,8	4,3	109,4
Nouvelle-Aquitaine	5 844 177	69,5	0,6	11,4	3,7	96,3

Source: Insee, RP2008, RP2013, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

¹ Diagnostic territorial Lot-et-Garonne-ARS Nouvelle-Aquitaine- janvier 2018

² INSEE 09.01.2019

Densité de population entre 2008 et 2013 en Lot-et-Garonne (carte communale lissée à 5km)



La population y est plus âgée que sur l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine : 12.7% ont 75 ans et + (vs 11.3 en Nouvelle-Aquitaine), et 4.3% sont âgés de 85 ans et plus (vs 3.8 en Nouvelle-Aquitaine).

Population et indicateurs démographiques dans le Lot-et-Garonne³

	Lot-et-Garonne	Nouvelle-Aquitaine	France métropolitaine
Population au 1er janvier 2015	334 100	5 904 800	64 277 200
Densité moyenne (hab/km ²)	62,3	70,3	118,2
Variation annuelle moyenne de la population entre 2008 et 2013 (%)	0,4	0,6	0,5
due au solde naturel (en %)	0,0	0,0	0,4
due au solde apparent des entrées ou sorties (en %)	0,5	0,6	0,1
Nombre de naissances en 2014	3 347	58 647	779 278
Taux de natalité brut en 2014 (‰)	10,0	10,0	12,2
Taux de fécondité en 2014 (‰ femmes de 15 à 49 ans)	52,8	48,5	55,3
Nombre de décès en 2014	3 770	59 563	545 028
Taux de mortalité brut en 2014 (‰)	11,3	10,1	8,5
Taux de mortalité standardisé des personnes âgées de 0 à 64 ans (‰)	1,8	1,8	1,9
Taux de mortalité standardisé des personnes âgées de 65 ans ou plus (‰)	37,1	36,4	36,7
Taux de mortalité infantile (‰ enfants nés vivants entre 2012 et 2014)	2,5	3,2	3,4
Part des personnes âgées de 75 ans ou plus (%)	12,7	11,3	9
Part des personnes âgées de 85 ans ou plus (%)	4,3	3,8	3
Indice de vieillissement	112,9	99,5	76

Source : Insee, Estimations de population 2015, RP2008 et 2013, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

Le taux de chômage est l'un des plus élevés de Nouvelle-Aquitaine : 10.3% (2015). Le chômage touche 26% des 15-24 ans.

³ **Taux de natalité** : rapport du nombre de naissances vivantes à la population totale moyenne de l'année.

Taux de fécondité : le taux de fécondité à un âge donné est le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge.

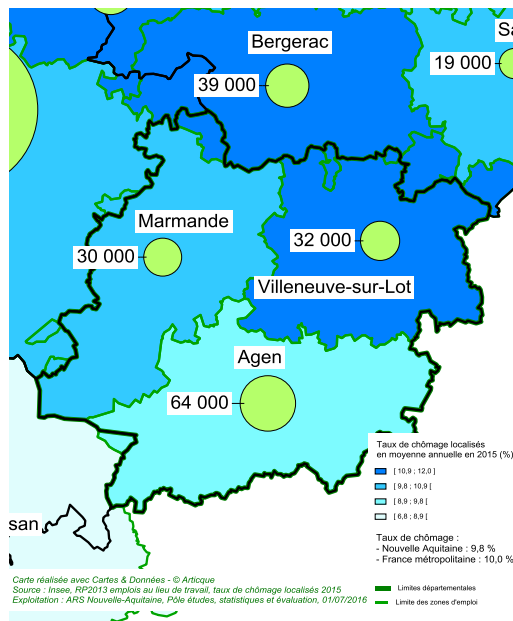
Taux de mortalité brut : rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année.

Taux de mortalité standardisé : nombre de décès pour 100 000 habitants si la répartition par âge de la zone géographique étudiée était la même qu'au niveau national. Autrement dit, c'est le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de la France métropolitaine.

Taux de mortalité infantile : nombre d'enfants décédés à moins d'un an rapporté à l'ensemble des enfants nés vivants.

La part des personnes âgées en 2015 est un indicateur calculé à partir de données de population par âge estimées pour l'année 2015.

Emplois et taux de chômage localisé dans le Lot-et-Garonne



Le taux de pauvreté est de 16.8% (vs 13.3 en Nouvelle-Aquitaine), 25% ont moins de 30 ans, et 1/6 personne touchée par la pauvreté a 75 ans et plus.

Le département présente des caractéristiques socio-économiques péjoratives.

Revenu et pauvreté dans le Lot-et-Garonne

en euros et en %

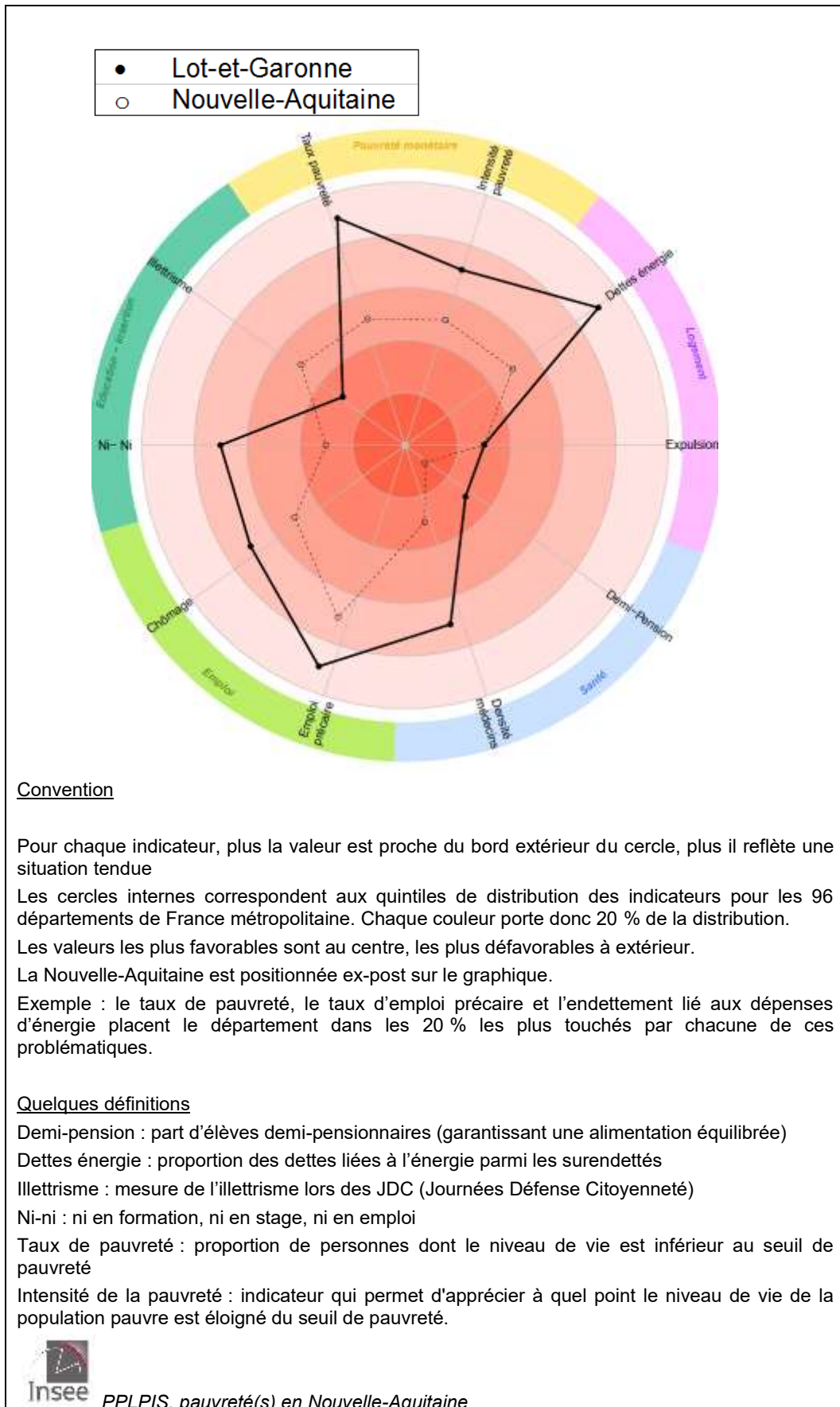
	Lot-et-Garonne	Nouvelle-Aquitaine	France de province
Part des ménages fiscaux imposés (en %)	55	61	62
Revenu disponible par unité de consommation (en euros)			
1er décile (D1)	10 011	10 819	10 593
Niveau de vie médian	18 132	19 360	19 402
9e décile (D9)	32 283	34 620	35 071
Rapport D9/D1 *	3,2	3,2	3,3
Taux de pauvreté à 60%	16,8	13,3	14,1

* Le rapport entre le niveau de vie au-delà duquel vivent les 10 % de personnes les plus aisées (9e décile) et celui en deçà duquel vivent les 10 % les moins aisés (1er décile) est un indicateur d'inégalités de niveau de vie.

Champ : population des ménages fiscaux ordinaires

Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2012

Indicateurs de précarité : comparatif Lot-et-Garonne/Nouvelle-Aquitaine



2.3 ANALYSE PAR ETABLISSEMENT PUBLIC DE COOPERATION INTERCOMMUNALE (EPCI)⁴

L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Nouvelle-Aquitaine, a publié en juin 2017, une analyse par EPCI de la région, partant de la notion de santé durable et du recours à l'indice de développement humain (IDH), conjuguant le croisement de plusieurs thèmes :

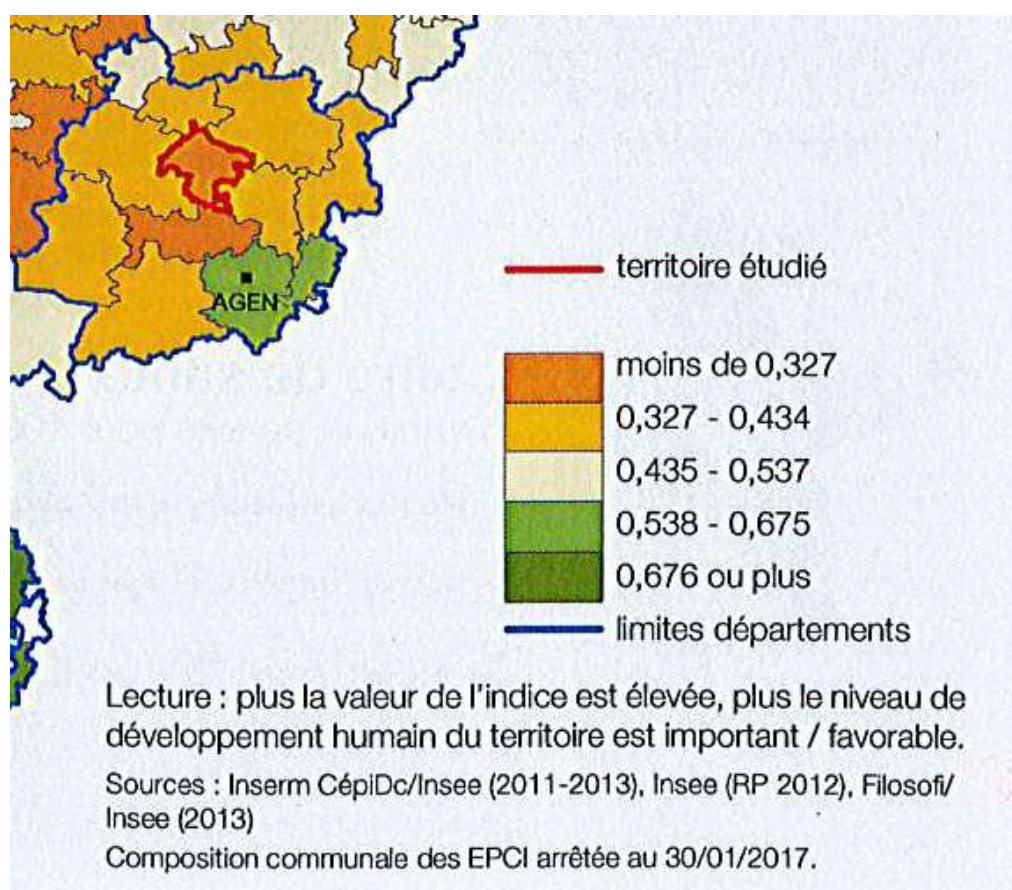
- **la santé** (mortalité, affections de longues durée, fragilité des personnes âgées...)
- **les conditions de vie** (caractéristiques socio-économiques, revenus...)
- **l'éducation** (niveau de diplômes, pratique sportive...)
- **le cadre de vie** (logement, petite enfance, accidents de la circulation, temps d'accès aux services publics...)

Le Lot-et-Garonne se situe dès lors parmi les 30 plus faibles IDH de France, avec notamment un niveau de revenu bas et une proportion plus élevée de non diplômés.

En outre, 2 à 3 EPCI sont particulièrement mal servis :

- la communauté de communes Lot et Tolzac
- la communauté de communes Confluent et des Coteaux de Prayssas.

Comme l'indique la carte ci-dessous, ces 2 territoires sont situés au centre du Département.



⁴ EPCI Nouvelle-Aquitaine/ Lot-et-Garonne-ORS NA-juin 2017

2.4 EPIDEMIOLOGIE DE LA SANTE EN LOT-ET-GARONNE ⁵

- **Le fardeau global des maladies**

Le fardeau global de la maladie (FGM) est une méthode qui permet d'estimer et de hiérarchiser les répercussions des maladies ou des risques sur la santé des populations. Il permet d'estimer le poids de la maladie ou d'un risque sur l'état de santé en prenant en compte à la fois la mortalité en nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) et la morbidité en nombre d'années de vie avec incapacité (ou nombre d'années potentielles de vie perdues en bonne santé). Le poids d'une maladie ou d'un risque (FGM) est l'addition de ces deux éléments et donne des années de vie ajustées sur l'incapacité (AVAI).

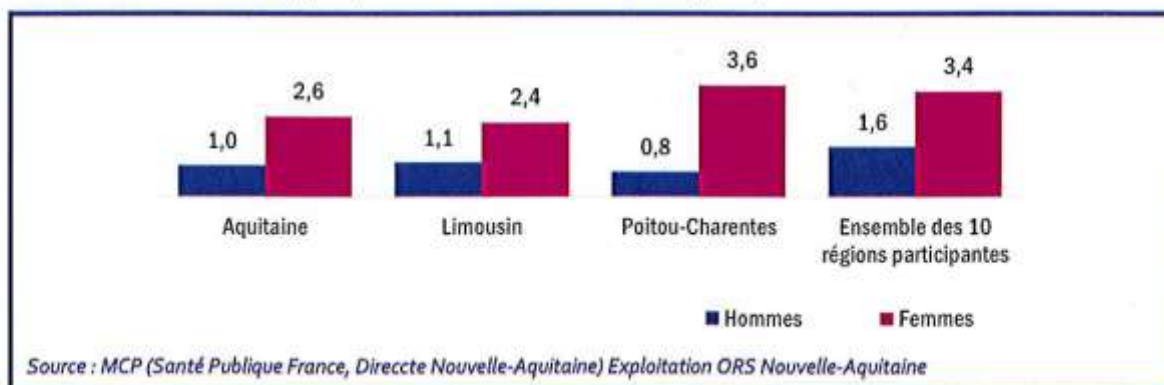
Selon l'*Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)* » les **cancers, les troubles musculo-squelettiques (TMS), les troubles mentaux et les maladies cardiovasculaires** sont les 4 pathologies qui impactent le plus le fardeau global de l'ensemble des maladies et représentent 55 % du FGM en France. Les cancers et les maladies cardiovasculaires sont fortement impactés par la mortalité tandis que le poids des troubles mentaux et des TMS est principalement liés aux incapacités et aux répercussions sur la vie des personnes qui en souffrent.

Selon ces données, les **troubles mentaux et du comportement** seraient responsables de **10 % du fardeau global des maladies** (1 % du nombre d'années de vie perdues du fait de la mortalité et 19 % du nombre d'années potentielles de vie avec incapacité) : 11 % chez les femmes et 9 % chez les hommes. Le fardeau global des troubles mentaux reste stable depuis 1990 et représente environ 10 % du fardeau global des maladies.

Après les troubles musculo-squelettiques (TMS), la souffrance psychique arrive en deuxième position des signalements des maladies à caractère professionnel (MCP)²³ d'après l'expertise du médecin du travail. Ainsi, en 2014, 3,4 % des femmes et 1,6 % des hommes ont été signalés en souffrance psychique dans les dix régions inscrites au dispositif en France. Chez les femmes, cette prévalence est plus élevée en ex-Poitou-Charentes tandis que chez les hommes, il s'agit de la prévalence la plus faible.

Son taux de prévalence a augmenté entre 2007 et 2012, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. L'âge et la catégorie sociale étaient fortement associés à la souffrance psychique, contrairement au secteur d'activité [9]. Plus de la moitié des symptômes et pathologies associés étaient des épisodes dépressifs légers ou des troubles anxieux et dépressifs mixtes. En parallèle, les parts de *burn out* et de stress post-traumatique ont augmenté au cours de cette période, alors que l'entité « stress lié à l'emploi » a diminué, témoignant de l'amélioration de la précision du codage au fil des quinzaines MCP.

Figure 57. Prévalence de la souffrance psychique au travail selon le sexe en 2014 (en %)



⁵ PRS Nouvelle-Aquitaine 2018-2028-Diagnostic SANTE MENTALE (ORS-CREAI-ARS NA)

- **La souffrance psychique en Lot-et-Garonne**

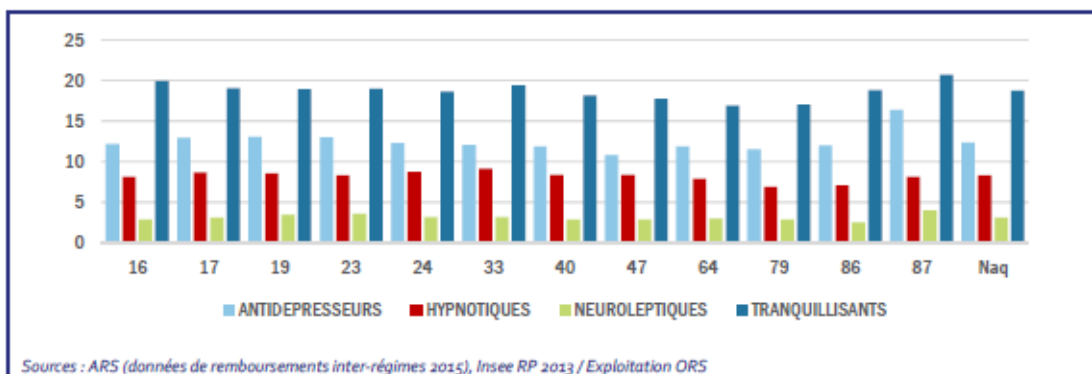
Selon le CIST 47⁶ (Comité interentreprises pour la santé au travail); organisme départemental dédié à la médecine du travail pour les salariés du secteur privé, pour l'année 2018, la situation est la suivante :

- 104 demandes concernent des maladies mentales rassemblées dans ce thésaurus.
- 153 salariés ont été reçus par nos psychologues du travail en 2018 (à la demande du Médecin du travail)
- 153 salariés ont été orientés vers un psychiatre
- 16 salariés ont été orientés vers un psychologue (autre que le CIST 47)

- **La consommation de médicaments psychotropes**

La consommation de psychotropes en Lot-et-Garonne est sensiblement la même qu'en Nouvelle-Aquitaine, voire légèrement inférieure.

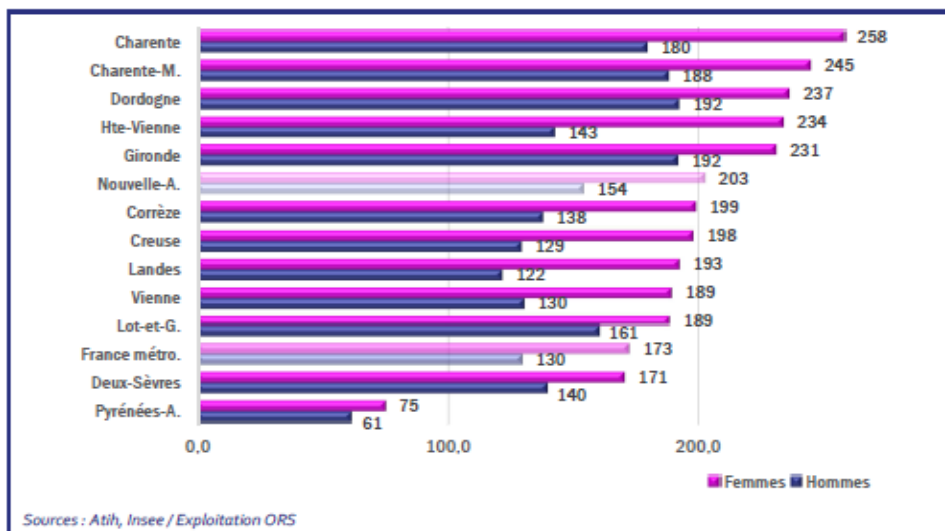
Figures8. Taux standardisés de consommateurs de 20 ans et plus de médicaments psychotropes selon le département et le type de psychotropes en Nouvelle-Aquitaine en 2016 (pour 100 habitants)



- **Les tentatives de suicides et conduites suicidaires⁷**

La situation en Nouvelle-Aquitaine est plus défavorable qu'au niveau national pour les indicateurs de mortalité par suicide et d'hospitalisation pour tentative de suicide. En 2015, en Nouvelle-Aquitaine, 1037 décès par suicide dont 77.2% d'hommes

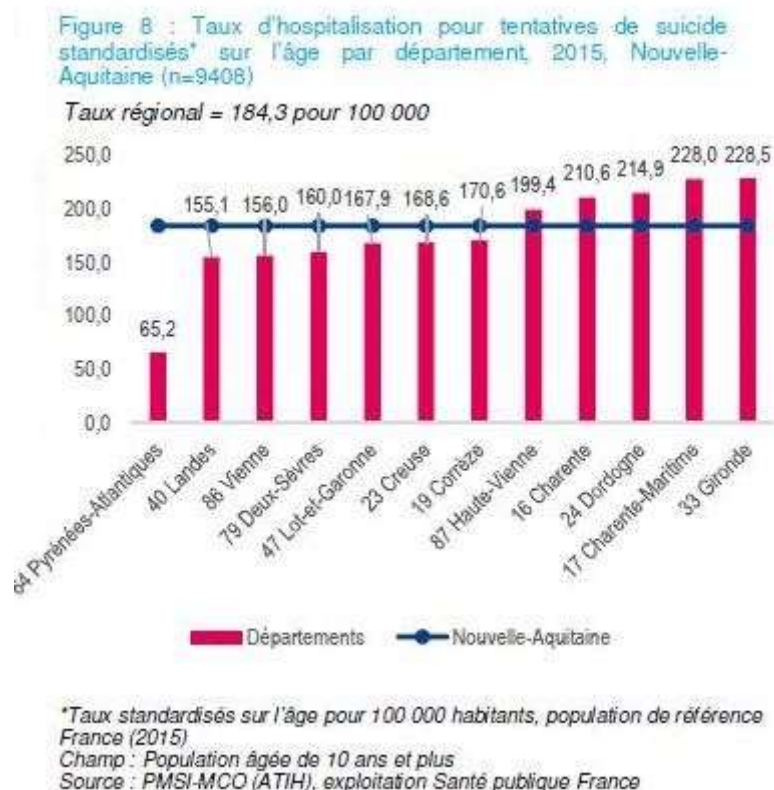
Taux standardisés de recours à l'hospitalisation en médecine et chirurgie pour tentative de suicide des habitants de Nouvelle-Aquitaine (pour 100 000) en 2015



⁶ CIST 47-2018

⁷ Bulletin de santé publique NA-février 2019

Si le taux de tentatives de suicide chez les femmes en Lot-et-Garonne est inférieur à la moyenne régionale, il est supérieur à la moyenne nationale. Pour les hommes il y a plus de tentatives de suicide en Lot-et-Garonne qu'au niveau régional ou national.



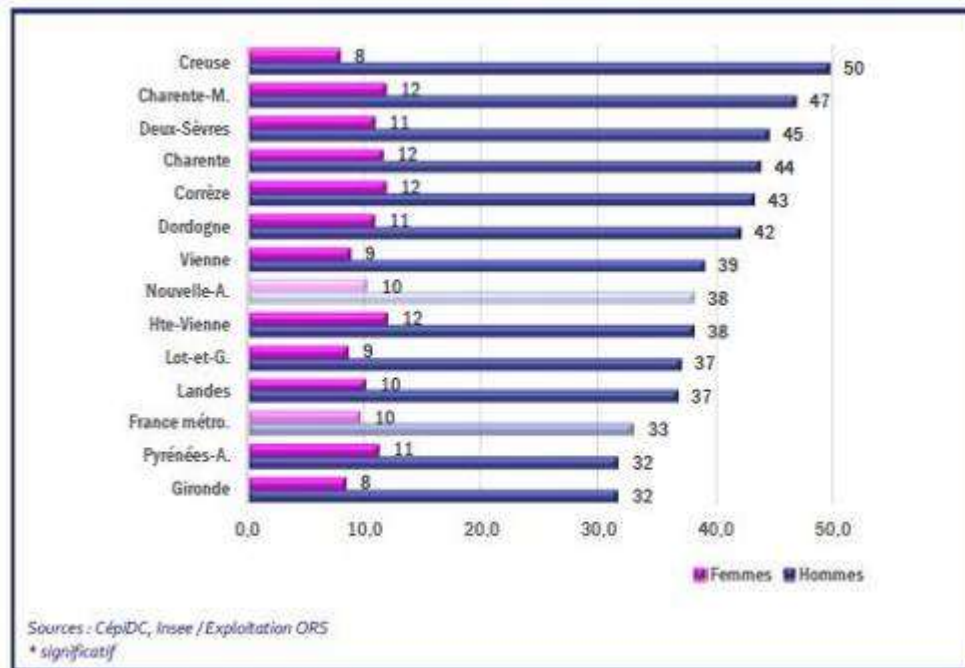
L'outil OSCOUR⁸, permet une analyse régionale des passages aux urgences pour tentative de suicide.

Si ce dernier repose sur 67 des 68 structures d'urgences, soit en 2017, 96% de couverture des passages aux urgences répertoriés, il est à noter qu'en Lot-et-Garonne, la complétude du diagnostic n'est que de 57.3%, alors qu'elle est de 86.64% pour l'ensemble des 12 départements de Nouvelle-Aquitaine.

⁸ Santé publique France-février 2019-p.8

- La mortalité par suicide

Taux standardisés de mortalité par suicide des habitants de Nouvelle-Aquitaine, en 2009-2013 (pour 100 000)

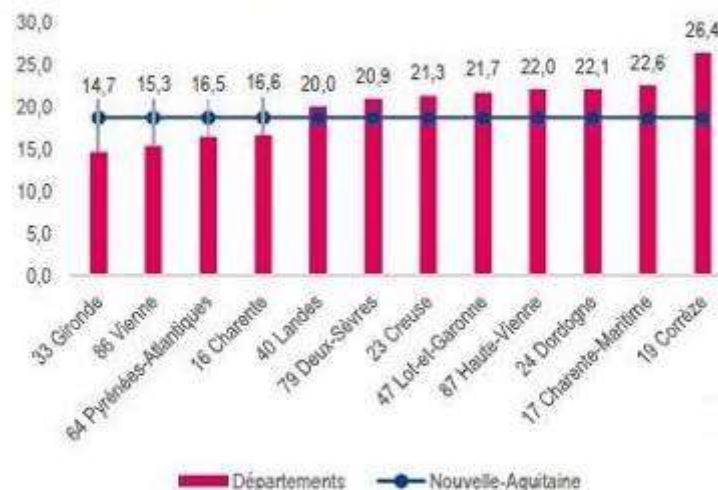


Il y a moins de décès par suicide chez les femmes en Lot-et-Garonne qu'en Nouvelle-Aquitaine ou France métropolitaine. Il y a trois fois plus de décès par suicide chez les hommes que chez les femmes dans ce département qui présente un taux supérieur pour ceux-ci qu'au niveau régional.

La lutte contre le suicide est une nécessité au regard des besoins de santé publique.

Figure 7 : Taux de mortalité par suicide standardisés* sur l'âge par département, 2015, Nouvelle-Aquitaine (n=1037)

Taux régional = 18,7 pour 100 000



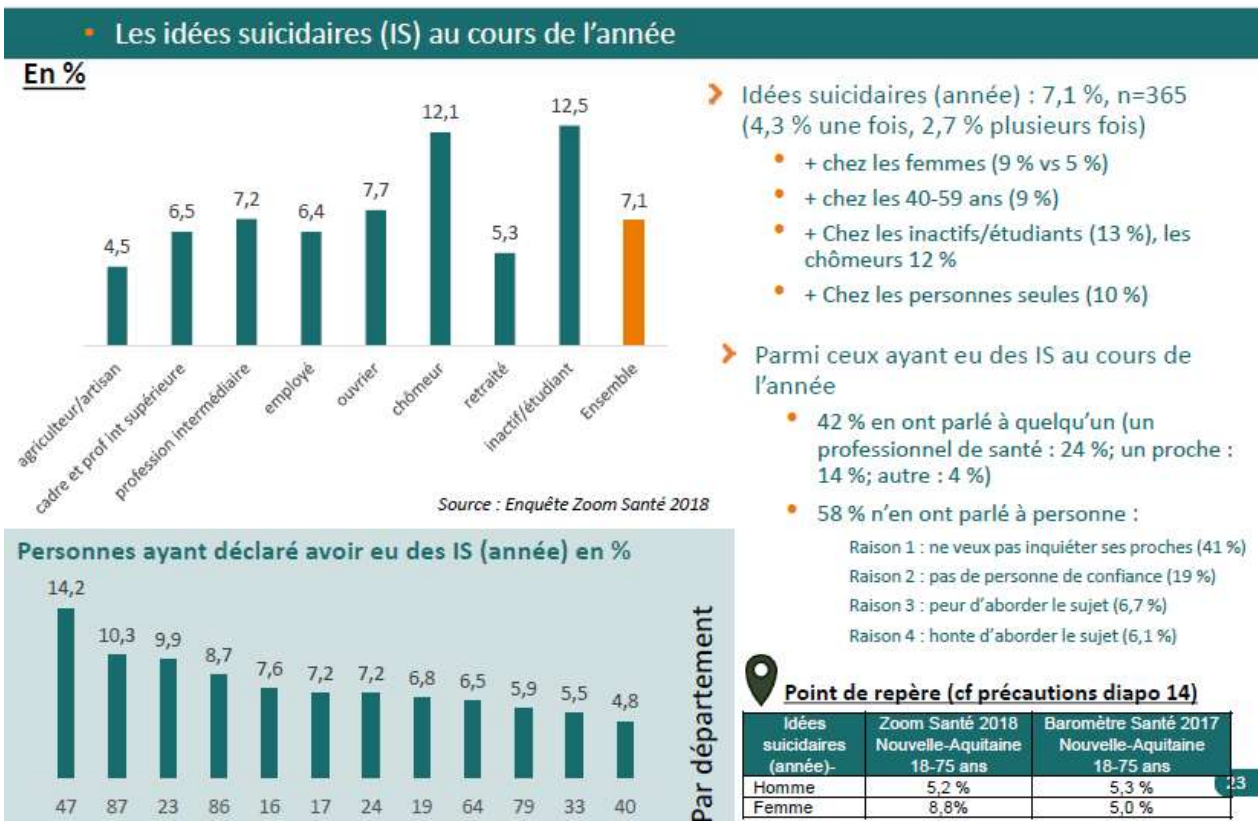
*Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France (2015)

Champ : Population âgée de 10 ans et plus

Source : Certificats de décès (CépiDC), exploitation Santé publique France

Dans une étude menée par l'ORS⁹ auprès de personnes âgées de 18 ans et plus vivant en Nouvelle-Aquitaine, interrogées sur 8 thématiques de santé, les personnes ayant déclaré avoir eu des idées suicidaires au cours de l'année sont fortement représentées en Lot-et-Garonne avec 14.2% VS 7.8% pour l'ensemble de la région.

Dans cette même enquête, il est à noter que les tentatives de suicides sont plus fréquentes chez les chômeurs et inactifs, au regard du tissu socio-économique du département du Lot-et-Garonne, et de ces statistiques. Il apparaît donc que la question de la prévention du suicide doit être considérée comme un axe prioritaire du PTSM 47.

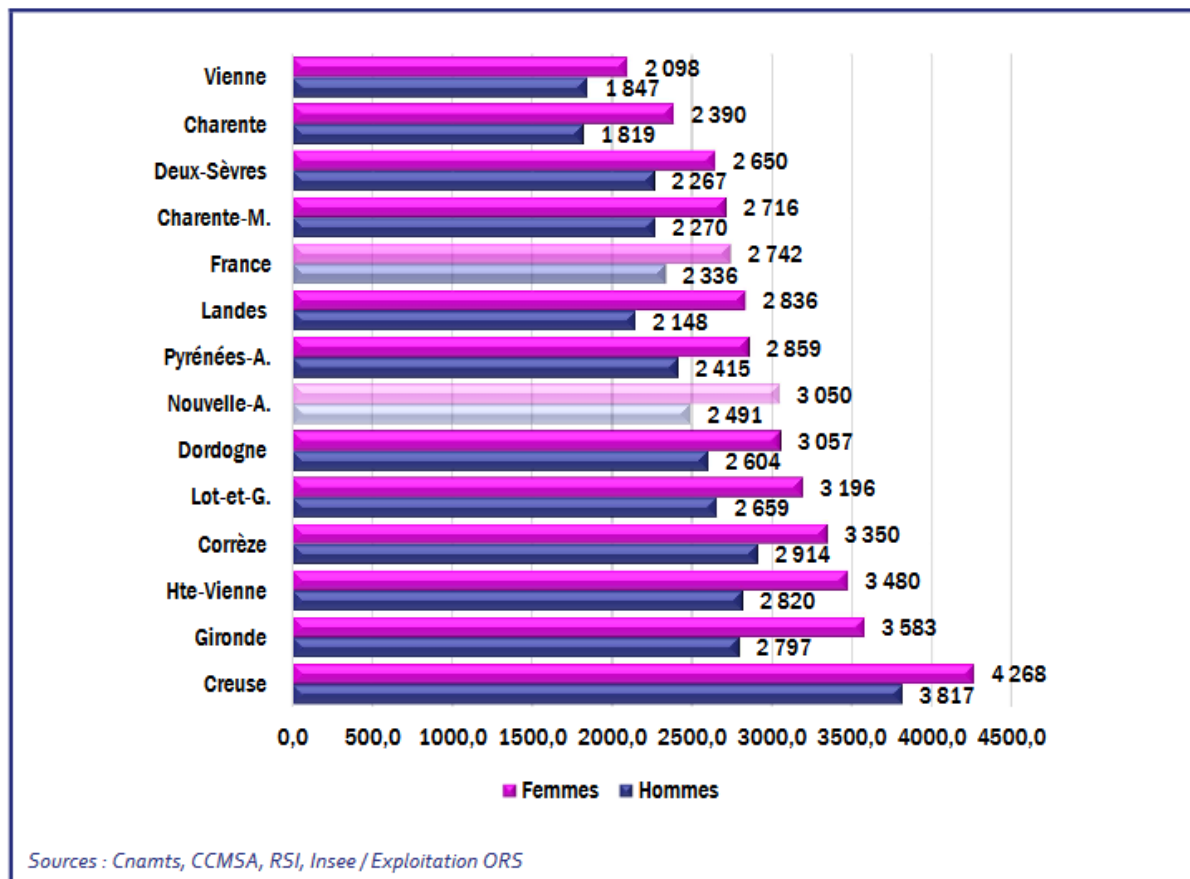


⁹ Enquête zoom santé en Nouvelle-Aquitaine en 2018 – FEVRIER 2019

- **Les affections psychiatriques de longue durée (ALD 23)**

Les psychoses, troubles graves de la personnalité et l'arriération mentale, font partie des 3 principales causes de prise en charge Affection Longue Durée (ALD), après le diabète et les cancers : 11.2% des ALD (vs 10.6 en France Métropolitaine).

Taux standardisé de personnes de 20 ans ou plus résidant en Nouvelle-Aquitaine bénéficiaires d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques au 31-12-2014, selon le sexe (pour 100 000)



Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, le taux standardisé de personnes de 20 ans ou plus, bénéficiaires d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques est supérieur à la moyenne nationale et régionale.

Par ailleurs, le Lot-et-Garonne¹⁰ enregistre le plus fort taux d'hospitalisations liées à l'alcool de Nouvelle-Aquitaine après la Gironde : 990 séjours/100 000 habitants.

La maladie psychique reste un sujet très important en matière de santé publique.

¹⁰ Diagnostic territorial Lot-et-Garonne- janvier 2018

3. OFFRE EN SANTE MENTALE EN LOT-ET-GARONNE

3.1 PREVENTION

3.1.1 LES ACTEURS PHARE DE LA PREVENTION EN LOT-ET-GARONNE

➤ Pour les enfants de 0 à 12 ans :

- les CMPP
- les CAMSP
- les CMS
- le Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement aux Parents (REAPP)
- le réseau parentalité
- CMPI
- sans oublier les services de PMI, médecine scolaire, les services éducatifs, les crèches, écoles, centres de loisirs, les assistantes maternelles, les services sociaux, les MECS, la cellule de recueil d'informations préoccupantes (CRIP 47), le médecin traitant et le pédiatre. A noter que le CH La CANDÉLIE, s'est doté d'une équipe d'accompagnement psychiatrique en périnatalité : EAPP47, ainsi que la famille.

➤ Pour les adolescents :

- la MDA
- le Réseau Départemental d'Aide aux Adolescents en Difficulté (RESEDA)
- les CMPP
- les CMS
- le REAPP
- les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)
- l'IREPS (documentation)
- le CEGIDD
- sans oublier : les services santé-travail, les services municipaux, les collèges et lycée, les associations sportives et culturelles, le SAMU social, les missions locales, la médecine scolaire, le planning familial, les services éducatifs (ASE/PJJ), les services d'urgences, les MECS, le club de prévention, la CRIP 47, le médecin traitant et le pédiatre, ainsi que la famille.

Dans le cadre d'un plan d'actions départemental « parcours de santé en milieu scolaire 2018-2021 », la DDARS 47 et la **DSDEN** de Lot-et-Garonne ont créé un partenariat pour un parcours éducatif de santé structuré en 3 axes :

- L'éducation à la santé : développement précoce des compétences psychosociales
- La prévention : conduites addictives et à risques (fiche action en annexe 3)
- La protection de la santé : environnement favorable à la santé et au bien être dès le plus jeune âge.

➤ Pour les adultes (hors addictologie) :

- l'IREPS
- les CMP
- les CMS
- les CCAS
- l'EMPP
- l'Unité Médico-Psychologique Légère (UMPL-au CHIC Marmande-Tonneins)
- sans oublier : le SAMU social, la Croix rouge, les missions locales, les services d'urgences, les CHRS, la PJJ, les élus et services municipaux, les bailleurs sociaux, la PASS mobile, les GEM, les services public de l'emploi, les services santé-travail, le médecin traitant, les psychiatres libéraux, ainsi que la famille.

➤ Pour les personnes âgées :

- les associations en lien avec la Conférences des financeurs de Lot-et-Garonne : ASEPT/UNA 47/Fédération ADMR/Géront'Aquitaine/SOLIHA/REGAIN Coordination/SIEL BLEU
- les CLSM
- les CCAS
- les EMOG
- l'EMPP
- l'UMPL
- la Maison départementale de l'autonomie
- la Plate-forme Territoriale d'Appui
- sans oublier : les aides à domicile, les urgences, les élus et services municipaux, les professionnels de santé libéraux (IDE, kiné, podologues...), le médecin traitant et enfin la famille.

3.1.2 LES THEMATIQUES DE LA PREVENTION EN SANTE MENTALE

Dans le cadre de la prévention et de la promotion de la santé, un certain nombre d'actions sont financées par l'ARS :

A. Pour la thématique prévention du suicide, des ateliers (jardins et création mères-enfants) par l'association Maison des femmes sont proposés.

- l'association Blue fox coffee, propose un projet de prévention de l'isolement et de lutte contre l'exclusion des personnes isolées.
- dans le cadre des missions « hôpital hors les murs », les CH AGEN-NERAC et Marmande-Tonneins proposent des actions de prévention du suicide auprès des jeunes 16-25 ans en situation d'insertion, et d'accompagnement des adolescents en rupture vers la résilience. Une action est aussi menée « ensemble, pour une maternité de territoire bienveillante et bien traitante ! »
- le rectorat propose les actions suivantes : « Le bien-être des enfants et des adolescents par le développement de leurs compétences psychosociales (1 collège), « sport et bien être et alimentation » (1 lycée), « prise en charge d'adolescents en situation de fragilité psychique, développement de leurs compétences psycho-sociales, formation de l'équipe pédagogique, accompagnement des familles des élèves empêchés d'apprendre » (1 lycée professionnel)
- l'association Médecins.Organisation.Travail.Santé (M.O.T.S), propose un projet de prévention du suicide chez les médecins généralistes.
- la MSA propose un projet de prévention du mal être chez les jeunes scolarisés en Maison Familiale Rurale (MFR)
- le SAFED (service d'aides aux familles en difficulté), déclinent des programmes départementaux de prévention du suicide.
- l'association « Brain Up Association », propose l'action « gérer son stress et ses émotions-jeunes adultes en difficulté d'insertion ».

➤ Action en cours

DISPOSITIF « RAPPEL SUICIDANT »

Unité Médico-Psychologique Légère (UMPL) : Sorte d'un dispositif de veille sur 6 mois, avec une procédure de rappel téléphonique « rappel suicidant ». Objectif : mise en place de stratégies innovantes dans la prise en charge des conduites suicidaires qui contribuera à la baisse de la mortalité et la morbidité dans une population de sujets suicidant non hospitalisés en psychiatrie.

Si primo suicidant, fin de l'action avant 6 mois

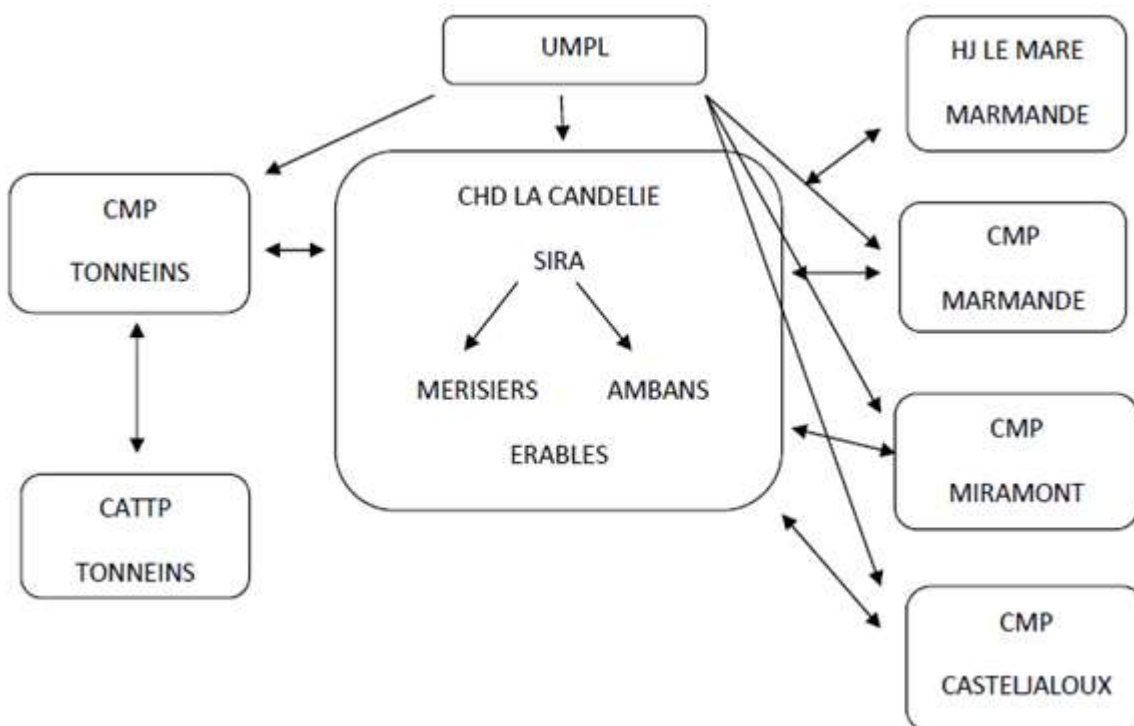
Si récidiviste, programmation d'un re-contact téléphonique au 10^{ème} et 20^{ème} jour suivant la TS

2 jours avant rappel avertir le sujet de la date du re-contact (SMS ou message)

Pour tous, rappel à 6 mois (clôture de la veille)

Acceptabilité de la procédure par les patients évaluée par un premier questionnaire et un autre questionnaire du vécu subjectif de ces re-contacts serait souhaitable.

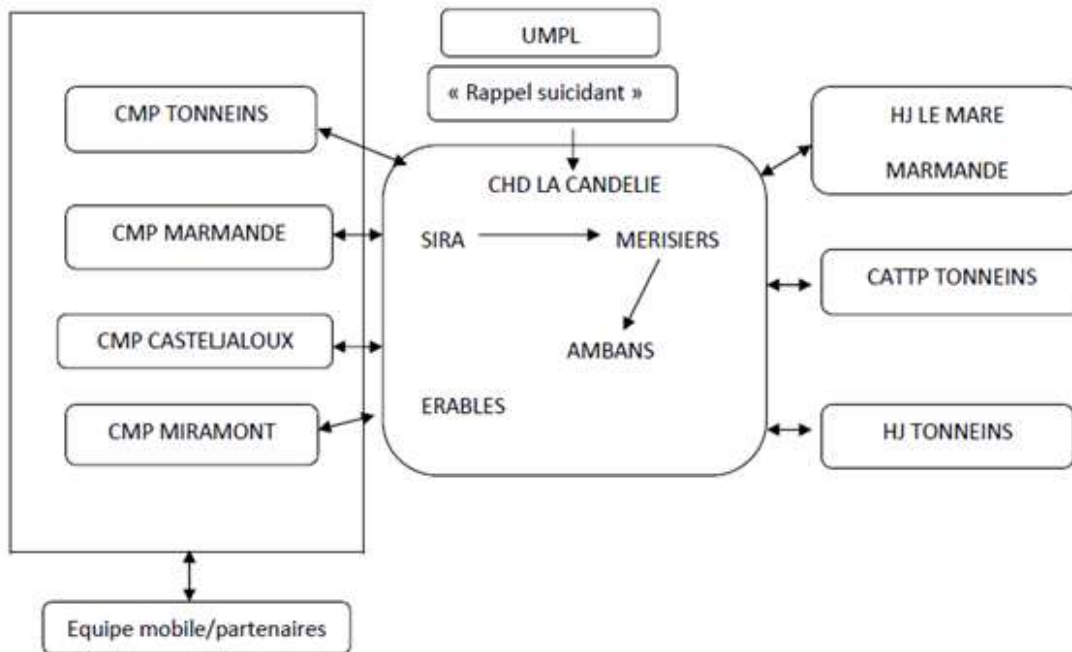
Analyse trimestrielle des appels donnés/l'appelant doit être le même interlocuteur qui a vu le patient la première fois.



¹¹ Projet d'établissement « qualité du parcours patient en Santé Mentale » 2017-2021-CH la Candélie

➤ Projet à venir :

Une expérimentation régionale de prévention du suicide développée dans le Nord-Pas-de-Calais, utilise les stratégies de re-contact. Les résultats positifs de cette expérimentation ont conduit les autorités de santé à inciter à son déploiement sur l'ensemble du territoire ; Mme Agnès Buzyn a annoncé la généralisation de ce dispositif dans toutes les régions en 2020.



Le dispositif Vigilans part du principe qu'après une tentative de suicide, à la sortie d'une structure de soins (urgence, hôpital, etc...), il est important de maintenir le lien. Il se décline sous la forme d'une procédure en trois phases.

Dans une première phase, les soignants qui se sont occupés du sujet suicidant lui remettent une carte dite « ressource ». Celle-ci comporte essentiellement un numéro de téléphone vert (Gratuit autant depuis un poste fixe que depuis un portable) disponible aux heures ouvrables.

Parallèlement, le médecin traitant et/ou le psychiatre traitant reçoivent un courrier les informant de l'organisation du dispositif et de l'entrée de leur patient dans celui-ci. Ils disposent d'un numéro téléphonique dédié pour répondre à leurs questions.

Dans une seconde phase, équipe de « recontact » se met en relation téléphonique avec les sujets qui ont fait plus d'une tentative de suicide. Les sujets que l'on ne parvient pas à joindre bénéficient d'un envoi de cartes postales au rythme d'une par mois durant quatre mois.

Les « primosuicidants » ne sont pas appelés lors de cette phase mais ont toujours la possibilité de solliciter le dispositif via le numéro vert inscrit sur la carte ressource.

Dans la troisième phase, tous les sujets participant au dispositif Vigilans sont rappelés pour une évaluation dite de « 6 mois ». Lors de cet appel, les situations cliniques sont évaluées avec soin et la veille est soit reconduite, soit abandonnée car devenue inutile.

Par ailleurs, tous les sujets participant au dispositif sont invités à effectuer une évaluation qualitative de Vigilans.

Le CH « la Candélie » souhaite s'inscrire dans le déploiement de ce dispositif sur le département.

B. Pour la thématique prévention des addictions,

- l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie ANPAA, propose des ateliers MBRP (mindfulness based relapse prevention), un atelier « respirer autrement », et un déploiement de l'action Unplugged
- dans le cadre des missions « hôpital hors les murs », le CH Marmande-Tonneins propose « addictions et périnatalité », et le PSV Villeneuve/Lot : « addictions dans la cité », ainsi qu'une formation des professionnels sanitaires médicaux sociaux, sociaux et éducatifs en prévention addictologie RPIB jeunes, le CH La Candélie propose une sensibilisation des élèves et des personnels de l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire aux addictions.
- l'IREPS propose l'action « renforcer les capacités d'enfants de 10 à 12 ans à grandir sans tabac »
- la mission locale Moyenne GARONNE : « la Moyenne Garonne, un territoire en lutte contre les pratiques addictives »
- la Sauvegarde propose la « mallette éducative sur les conduites à risque en faveur des jeunes en milieu scolaire » et une action « parcours de santé pour expérimenter, faire et ressentir autrement »
- *le déploiement du parcours en addictologie est traité spécifiquement au chapitre offre de soins p 44*

C. Pour la thématique bien-être, promotion de la santé mentale,

- l'UNAFAM propose une action « promotion de la santé mentale », et une autre à destination des familles.
- l'éducation nationale propose « un projet Santé en Agenais (lycée)
- la mission locale de Moyenne Garonne : « pour une pérennisation du concept de point relais »
- la mission locale du Pays du Villeneuvois : « bien dans ma tête, bien dans mon corps »
- le Foyer des Jeunes Travailleurs (FJT) d'Agen, un espace santé jeunes
- pour les publics dits « précaires », l'association l'ESCALE, propose et anime un lieu de ressource Santé Précarité sur la zone de Fumel, et le Comité départemental d'éducation physique et de gymnastique volontaire du 47 (CODEP EPGV 47), propose une action de promotion des bienfaits des APS comme modalité de reconstruction auprès des publics fragilisés et isolés.
- l'association ALIZE, propose pour sa part des actions pour les personnes étrangères : « périnatalité et interculturalité » et « écoute et accompagnement psychologique interculturel et tout public ».
- Dans sa politique de prévention, l'ALGEEI, accompagne les personnes accueillies notamment à la parentalité, accès aux loisirs en milieu ordinaire et à l'exercice de leurs droits.

3.2 OFFRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT

3.2.1 L'OFFRE DE SOINS

3.2.1.1 Le CH la Candélie à AGEN est l'établissement de santé de référence en matière de santé mentale pour le département dont la capacité au 31/12/2018 est présentée ci-après :

- 300 lits dont :
 - 250 lits de psychiatrie adultes (dont 10 relevant de « La Clinique »)
 - 8 lits de semaine pour enfants,
 - 8 + 1 lits pour adolescents,
 - 10 lits et 3 places de médecine + 15 lits de SSR en Addictologie,

- 8 places d'Hospitalisation à Domicile (HAD) ouvert depuis le 1er Avril 2016.
 - 148 places d'hôpital de jour adultes, adolescents et enfants
 - 6 places d'hôpital de nuit adultes et enfants
 - 48 places de MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)

L'offre s'organise autour de 14 CMP/CATTP, dont 52 places adultes et 170 places enfants

Le CH est membre du GHT 47 : il pilote la filière santé mentale du projet médical partagé du GHT 47.

- Le CH propose 3 secteurs adultes, comprenant chacun, des unités de consultations, de réadaptation et de réinsertion, ainsi que des unités d'hospitalisation.
Chaque secteur dispose d'un CMP pivot.
- La psychiatrie sociale et la géronto-psychiatrie, sont regroupées au sein d'un pôle intersectoriel : le « pôle Perspectives » : 2 unités de 19 lits pour la réhabilitation et depuis 2014, d'une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP).
2 unités de 17 lits pour les patients de plus de 70 ans, et depuis 2013, une EMPP intervient dans les institutions pour personnes âgées pour des évaluations, conseils et prises en charge.
- Le CH dispose, pour les enfants de 0 à 12 ans, de 8 lits d'accueil de semaine dans l'enceinte du CH La Candélie, et les prises en charge ambulatoires sont effectuées sur l'ensemble du département : les structures de psychiatrie infanto-juvénile disposent de 170 places CMP/CATTP et de 59 places d'hôpital de jour réparties sur 4 sites.
- La psychiatrie de l'adolescent (12 à 18 ans) est prise en charge par une équipe pluridisciplinaire au sein d'un réseau appelé RESEDA. Depuis 2011, le dispositif de niveau 1 est enrichi du portage d'une association : Maison de l'Adolescent du Lot-et-Garonne. Elle propose un accueil spontané, sans rendez-vous, des réunions de prévention, d'orientation, de coordination de cas complexes et de suivis de cas.
Pour le second niveau, le pôle adolescent bénéficie d'un centre d'hospitalisation à temps complet de 8 places : Unité MOZART, pour les crises majeures.
Enfin, depuis le 17.10.2016, le CH est doté de 10 lits d'hospitalisation de jour, pour la gestion des troubles envahissants du développement, les troubles de l'apprentissage, et les troubles psychiatriques émergents à l'adolescence.
- Pour la problématique des addictions, le CH dispose d'un pôle ADDIMED, constitué de 3 unités que sont l'addictologie, le Département d'Information Médicale (DIM) et le bloc médicotechnique.
Il y a 3 places en hôpital de jour et une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), pour un suivi individuel et du soutien aux équipes des autres unités du CH ou de celles de la Maison d'Arrêt d'Agen.

Le centre « Pierre FOUQUET » ; dédié à l'hospitalisation complète, comprend 25 lits d'addictologie : 10 lits MCO pour sevrage simple et complexe, 3 places d'hospitalisation de jour et 15 lits de SRR en addictologie.

- Le Centre Hospitalier Agen- Nérac et la Clinique Esquirol Saint-Hilaire, offrent eux des soins somatiques aux patients atteints d'affection psychiatrique, les services d'urgence des CH AGEN-NERAC et de Villeneuve/Lot ont des équipes de liaison en psychiatrie.

Le Centre Ressource Autisme (CRA), présent sur le CH La Candélie offre un service d'expertise et de diagnostic propre à aider les familles et les aidants dans leur accompagnement.

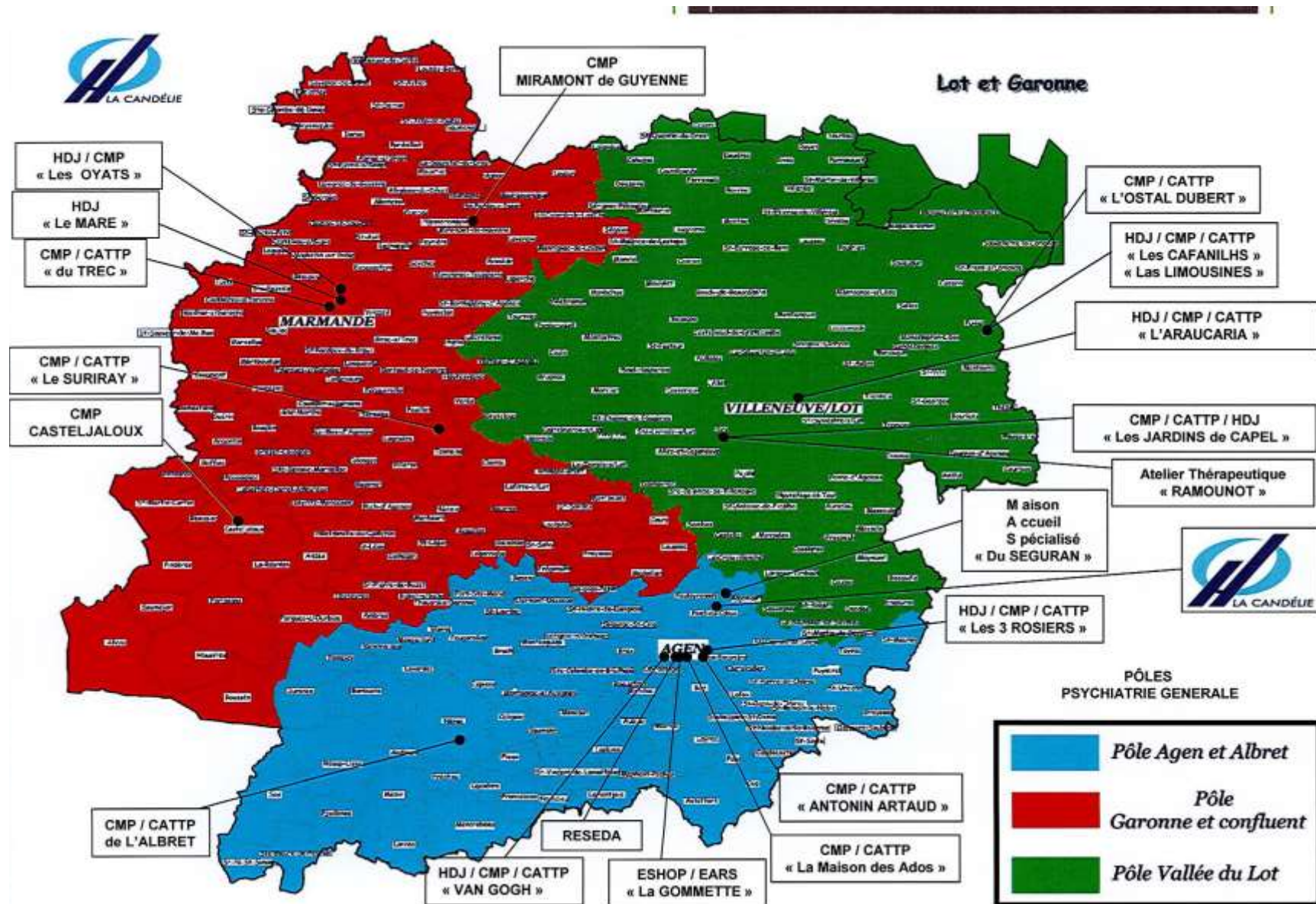
Depuis 2018, le CH la Candélie met son bloc médicotechnique à la disposition des personnes handicapées psychiques non hospitalisées dans l'enceinte de son établissement. L'offre de soins de ce plateau technique est le suivant :

- Radiologie
- O.R.L
- Ophtalmologie
- Gynécologie
- neurologie/EEG
- Cardiologie/ECG
- Stomatologie

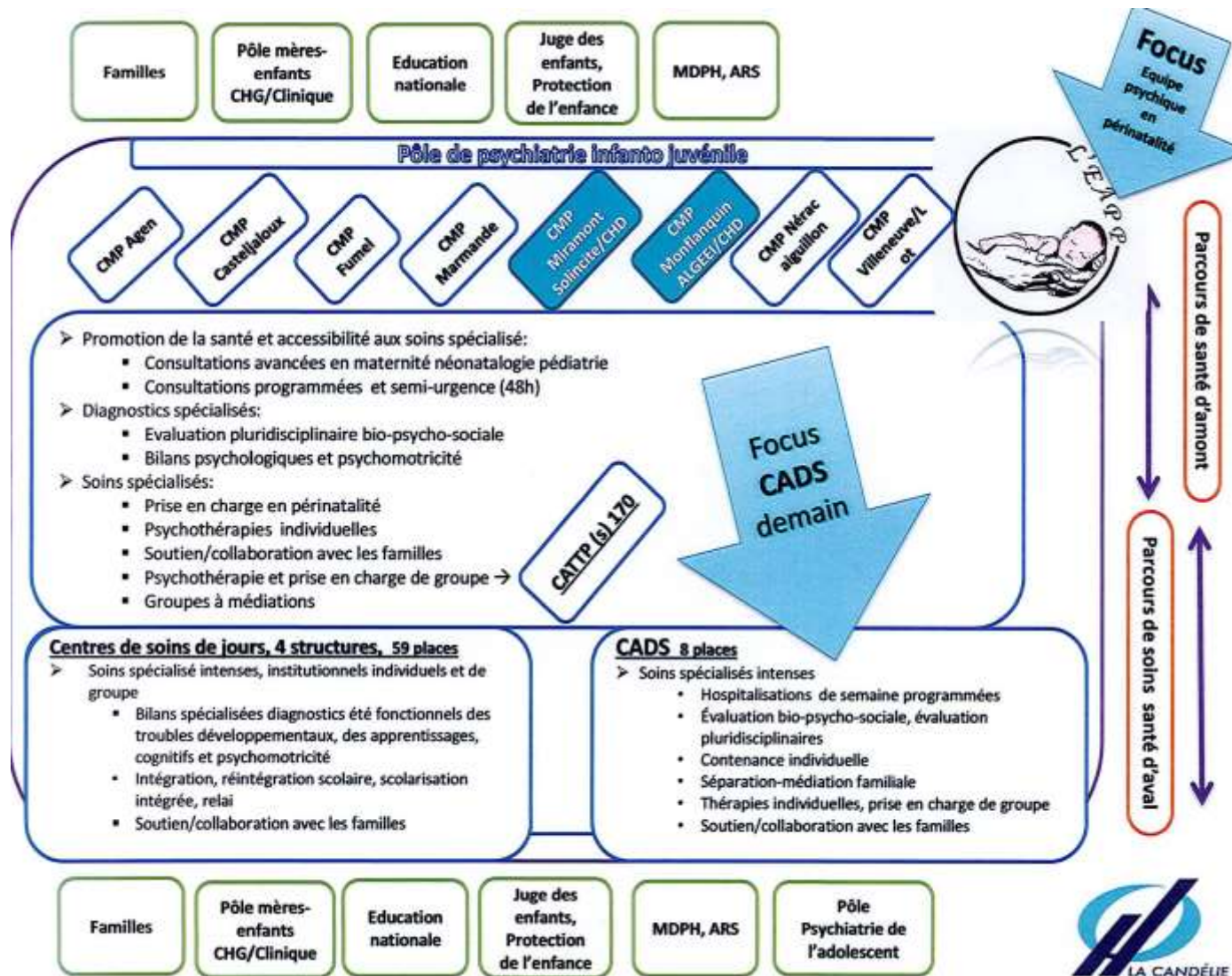
L'essentiel de l'activité du CH la Candélie, est une activité extrahospitalière, (à hauteur de 80% en ambulatoire depuis les secteurs et 20% en HC). Cette proportion croît chaque année, avec la mobilisation des CMP dits pivots, et la mise en place des CLSM.

En 2018, la file active s'élève à environ 11 500 patients (11 544 toutes activités confondues).

LE POLE DE PSYCHIATRIE GENERALE

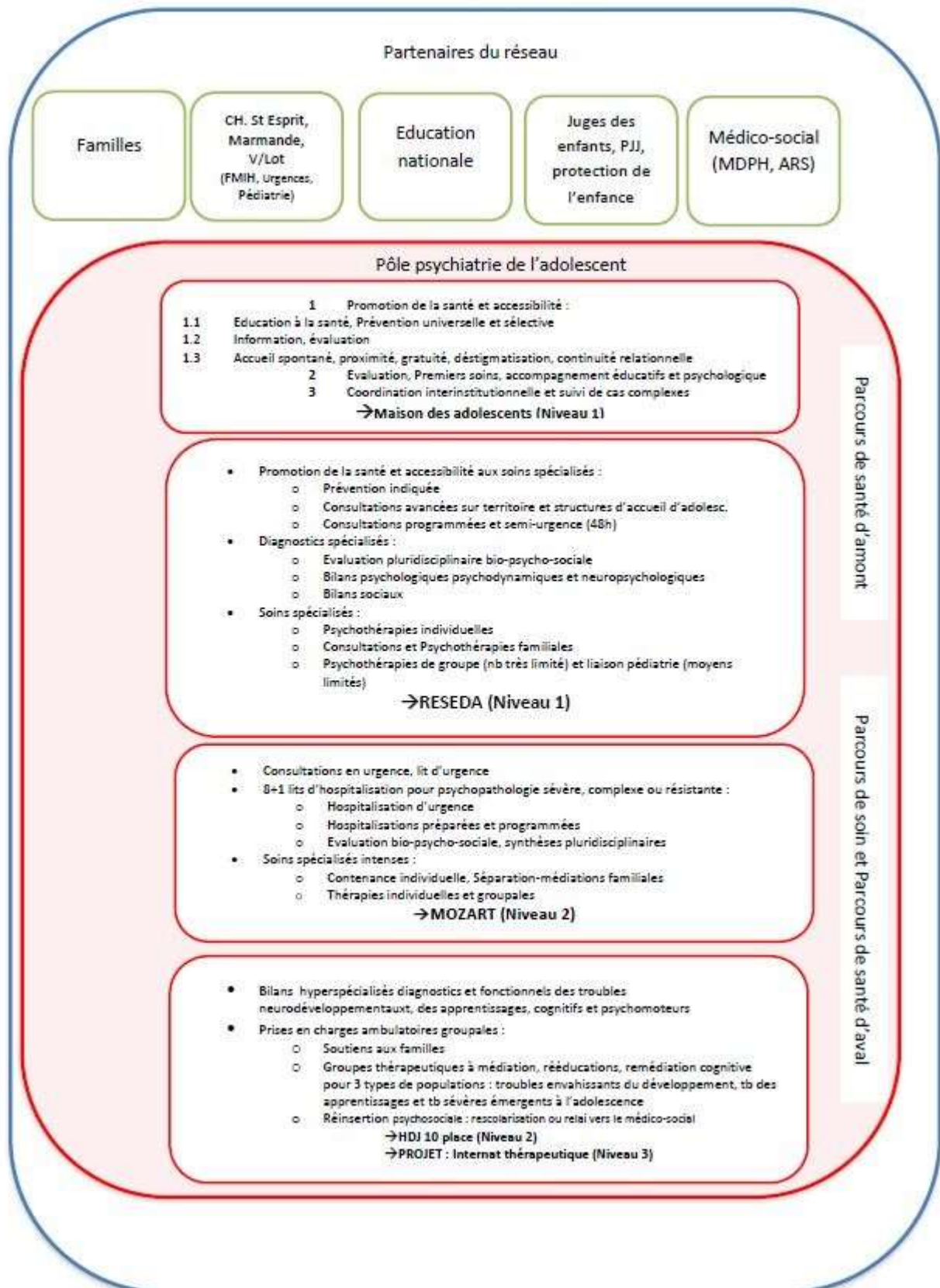


LE PARCOURS INFANTO-JUVENILE

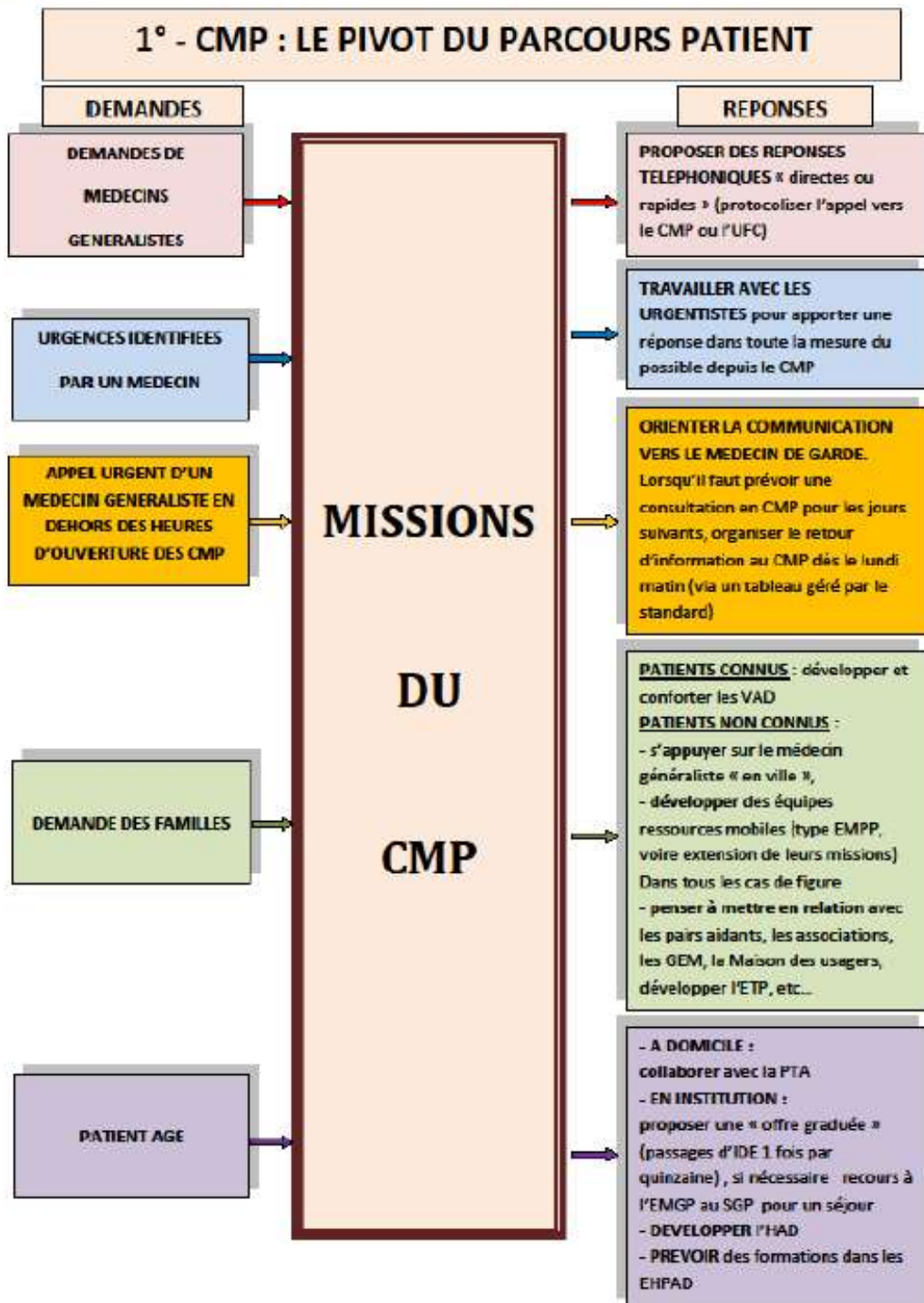


LE PARCOURS DE L'ADOLESCENT

LES MISSIONS du Pole de l'Adolescent



LE PARCOURS DE L'ADULTE



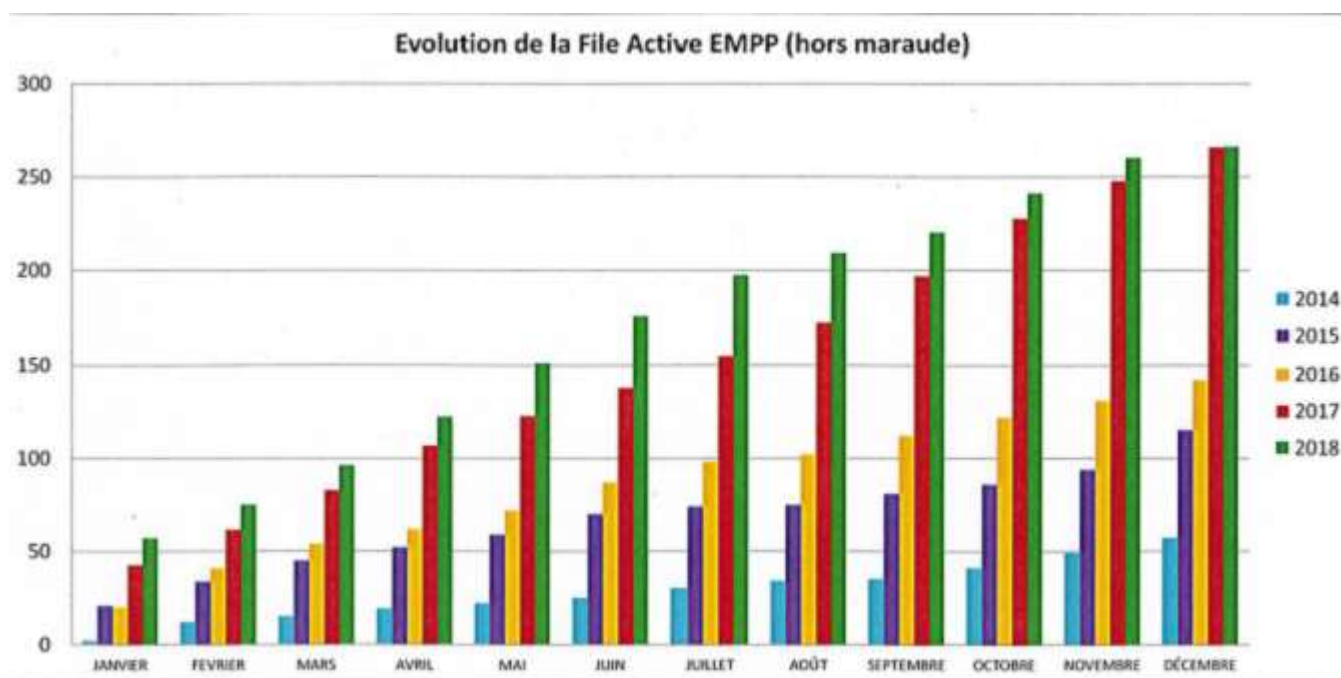
3.2.1.2 Le virage ambulatoire et « l'aller vers »

- **Une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)**, relevant du CH La Candélie, qui ne couvre pas à ce jour le nord et l'ouest du département (développement en cours)

L'équipe mobile psychiatrie et précarité est un dispositif chargé d'améliorer le travail de liaison et de coordination entre les partenaires sociaux et les secteurs de psychiatrie, afin de mieux prendre en charge les besoins de santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

L'objectif est d'orienter le patient vers le dispositif de droit commun.

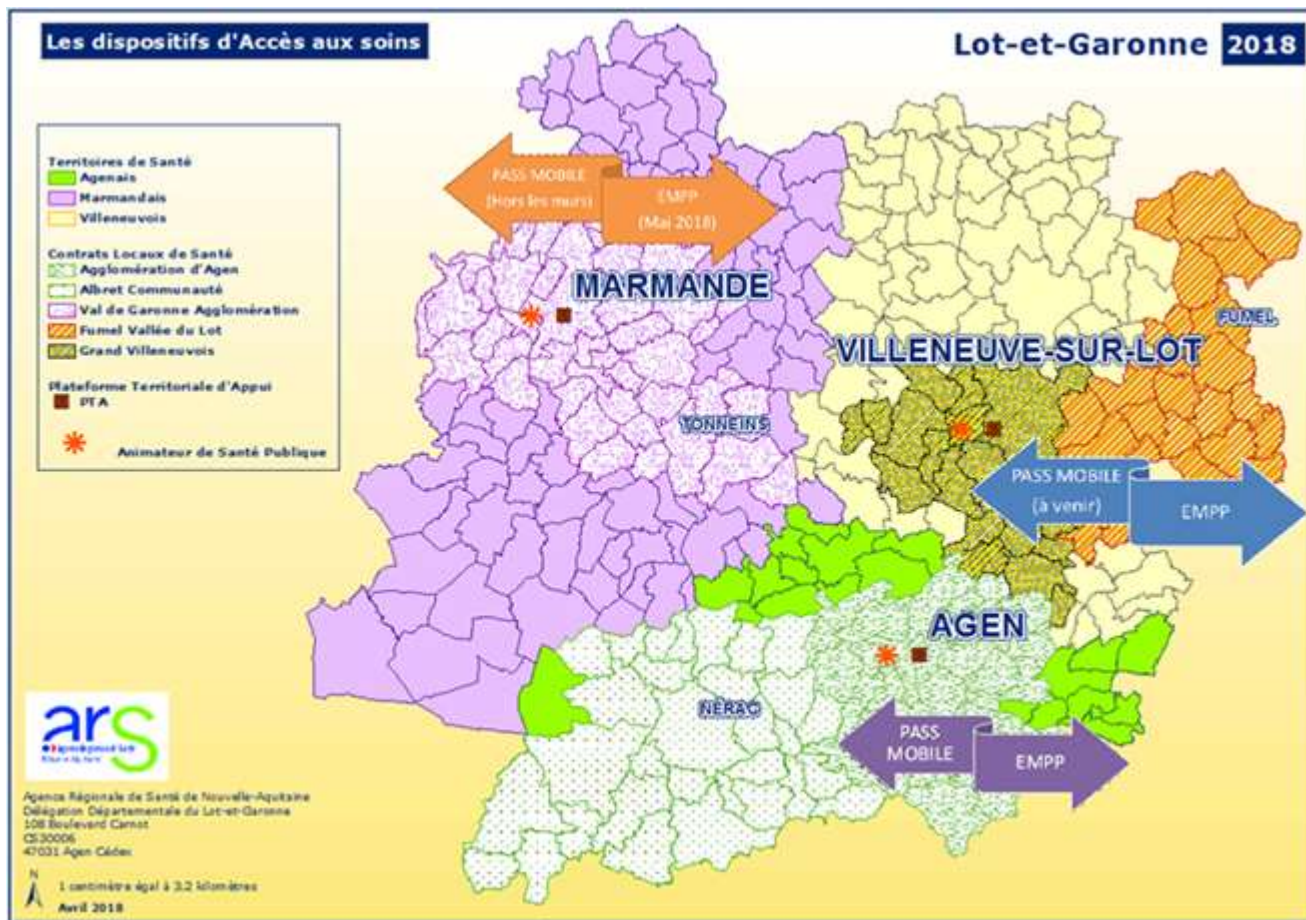
L'EMPP est un dispositif financé par l'ARS Nouvelle Aquitaine et qui va vers les personnes socialement démunies et en souffrance psychique.



Les missions de l'EMPP sont de

- favoriser l'accès aux soins en santé mentale des personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion sociale, repérées par le réseau.
- développer un rôle d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les institutions sociales, favoriser ainsi la synergie et la complémentarité des acteurs et des actions autour de la personne.
- apporter une aide technique grâce à son implication au cœur du réseau.

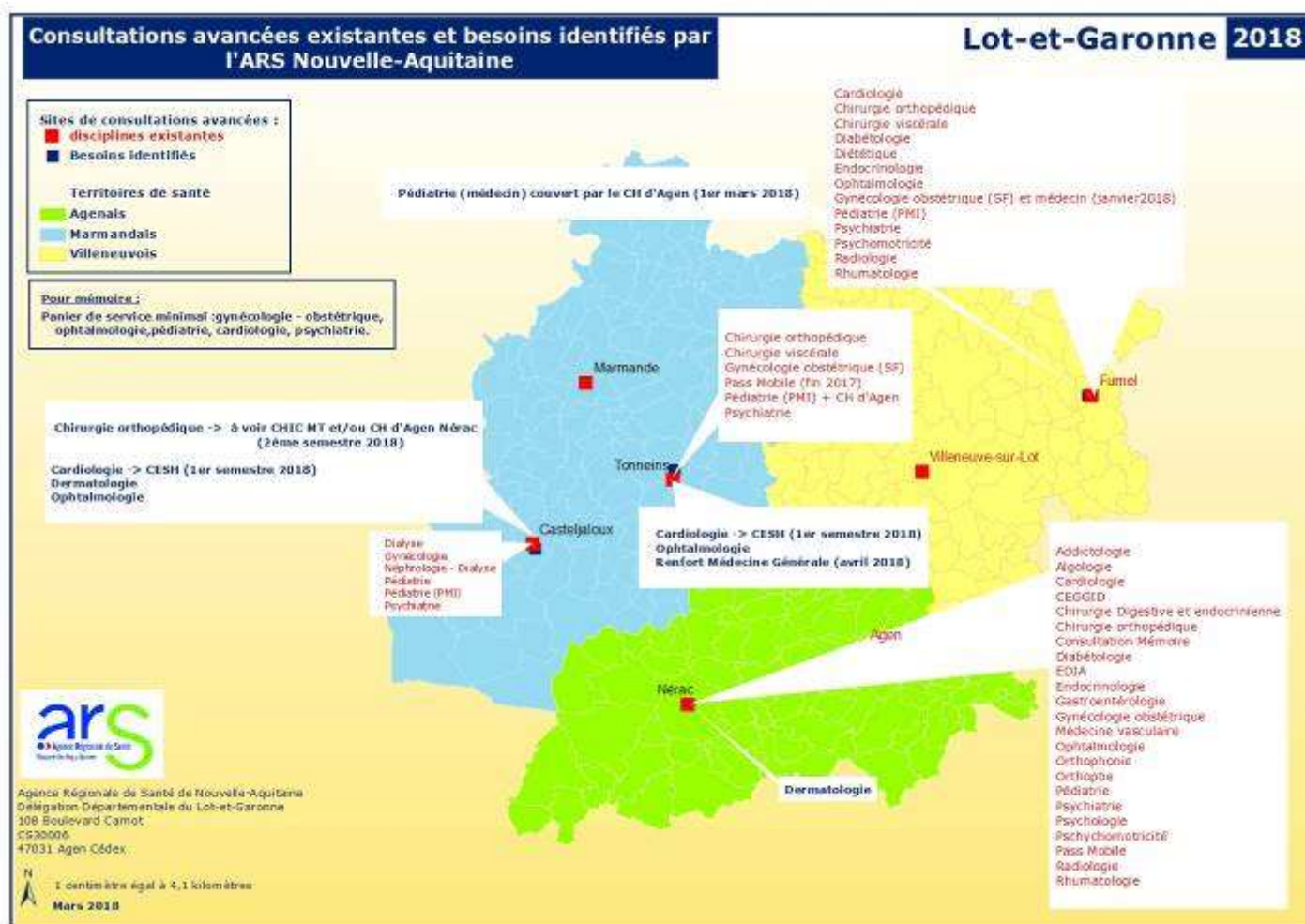
L'EMPP travaille néanmoins en étroite collaboration avec les PASS des 3 territoires (*lieux d'intervention des PASS annexe 8*), le CADA (centre d'accueil pour demandeurs d'asile) pour les migrants et les 3 CLSM du département.



Afin de soutenir le redéploiement sur l'ouest et le nord du département ; une augmentation des ressources de l'équipe mobile est attendue.

▪ **Le dispositif des consultations avancées en psychiatrie**

Les consultations avancées en psychiatrie sont mises en place depuis l'année 2017, sur les territoires les plus touchés par le problème de démographie médicale : Fumel/ Casteljaloux/Tonneins/Astaffort/ Miramont/Nérac/Penne d'Agenais. Un adossement sur les MSP existantes est mené, en complément des CMP qui maillent déjà le département.



3.2.1.3 La réhabilitation psycho-sociale et l'éducation thérapeutique

➤ Réhabilitation psychosociale

Le CH « La Candélie » s'étant engagé à mettre en œuvre un projet d'organisation et de fonctionnement répondant au cahier des charges relatif à la labellisation des structures de soins de réhabilitation psychosociale (RPS) de proximité (niveau1), l'ARS de Nouvelle Aquitaine a labellisé l'offre de services portée par le pôle « PERSPECTIVES » par décision en date du 10 décembre 2018.

Le CH la Candélie a créé une équipe mobile d'évaluation en réhabilitation « EMER » (*plaquette annexe 9*)

Ce pôle dispose de 19 places d'hospitalisation complète, des ateliers thérapeutiques intra CH, des appartements thérapeutiques de 7 places, des appartements associatifs de 11 places et d'une résidence accueil de 20 places.

A noter que pour chaque personne accompagnée, un plan individualisé de suivi avec objectifs est personnalisé.

Ces missions sont ainsi déclinées :

- ✓ évaluation transdisciplinaire selon 5 dimensions :
 - Insight
 - dépression
 - estime de soi
 - autonomie
 - plainte cognitive
- ✓ bilan neuropsychologique
- ✓ diagnostic éducatif
- ✓ planification avec des recommandations d'accompagnement adapté et personnalisé, des propositions d'interventions et/ou d'orientation au sein de la filière de Réhabilitation.

L'équipe intervient sur prescription des médecins du CH. Une réflexion est actuellement menée pour une possibilité d'adressage direct par un IDE référent ou le psychologue de l'utilisateur, ainsi que par les structures extrahospitalières, médico-sociales ou professionnels libéraux.

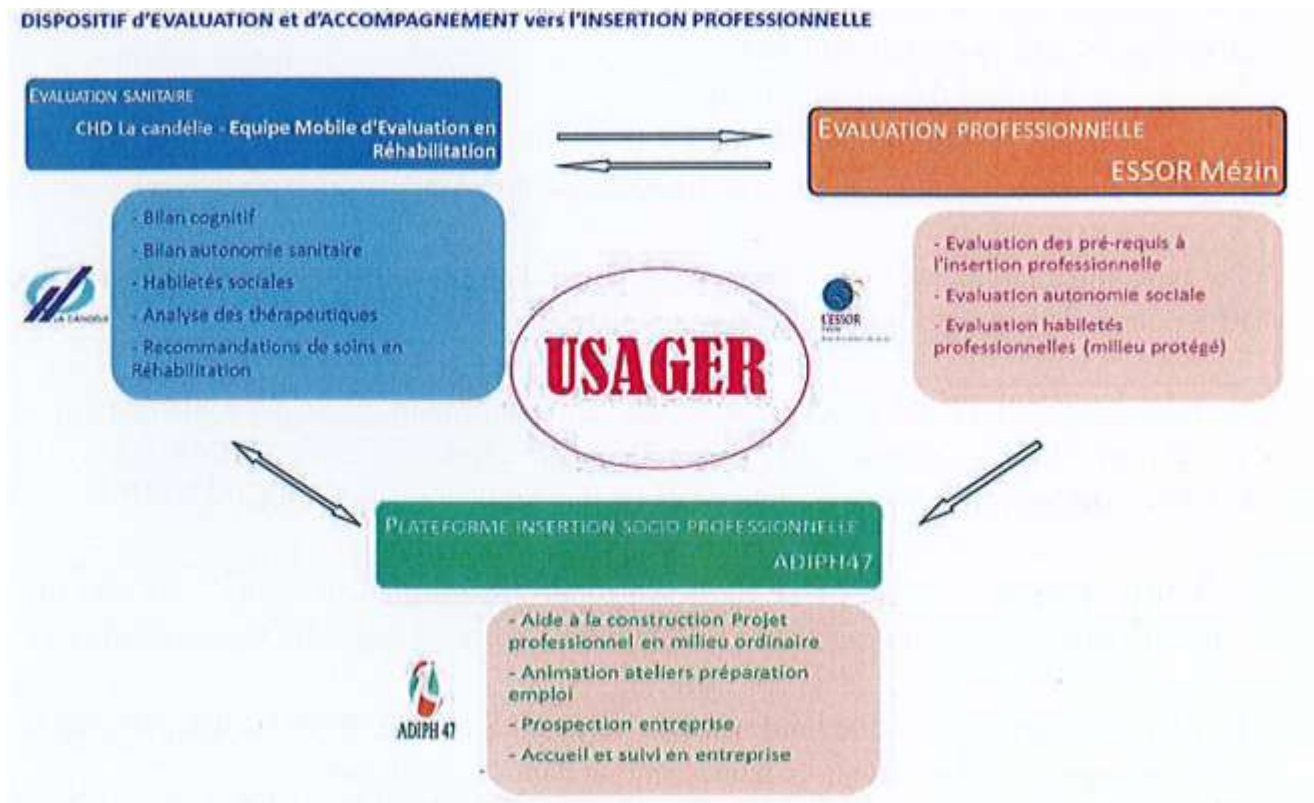
L'UNAFAM est un partenaire privilégié pour la mise en place de dispositifs de réhabilitation psychosociale et d'aide aux aidants qui fait partie de l'offre de réhabilitation psychosociale.

Ainsi, une rencontre avec la famille est proposée systématiquement à l'Usager lors de sa prise en charge en service de Réhabilitation et des rencontres familiales sont régulièrement organisées au cours de la prise en charge en RPS pour faire le point sur l'évolution des projets.

Le Pôle Adolescent a sollicité l'aide du service de RPS pour réfléchir sur les possibilités d'accompagnement des parents de jeunes entrants dans la schizophrénie.

La réhabilitation psycho-sociale s'attache également à développer des actions visant à permettre l'inclusion scolaire et/ou professionnelle. Ainsi, un travail de partenariat avec le secteur médico-social et associatif a été initié. Un dispositif permettant une mise en commun des compétences spécifiques de chacun au profit de l'utilisateur a été élaboré.

Le schéma ci-dessous présente cette collaboration entre l'équipe EMER, la plateforme de l'ADIPH47 et l'ESAT de l'ESSOR à Mézin.



➤ Education thérapeutique et psychoéducation

La psychoéducation, ou éducation thérapeutique permet de prévenir les risques et les rechutes, et d'améliorer la prise en charge et de la qualité de vie des patients.

Le CH déploie un programme de psychoéducation (validé par l'ARS) pour les patients souffrant de troubles bipolaires qui a pour objectif d'aider le patient à mieux gérer sa maladie en améliorant ou maintenant : sa qualité de vie son autonomie et son adhésion au traitement.

Le pôle « PERSPECTIVES » a également mis en place un programme d'ETP sur la schizophrénie «Comment mieux vivre ma schizophrénie» validé par l'ARS en novembre 2018.

Psychoéducation Schizophrénie : a démarré en extra via l'Equipe Ambulatoire de Réadaptation Sociale (EARS) avec le Dr Domergue, déployé en intra et en extra depuis 2016/2017 avec le Dr Laffort.

3.2.1.4 La prise en charge des psychoses émergentes

Le repérage précoce des psychoses émergentes ainsi que leur prise en charge organisée dès l'entrée dans la maladie se développe dans plusieurs territoires en France.

Ces dispositifs sont à ce jour reconnus comme de véritables leviers d'amélioration dans l'accompagnement et le soin à destination des personnes souffrant de troubles psychotiques. Il est à noter qu'il n'existe pas à ce jour d'organisation du repérage et de la prise en charge structurée de cette population spécifique en Lot-et-Garonne.

Pour ce faire, l'objectif est avant tout de mettre un dispositif de coordination entre les services de psychiatrie de secteur adulte, de réhabilitation psychosociale et de psychiatrie de l'adolescent.

3.2.1.5 L'offre de soins et d'accompagnement en addictologie

- **Parcours addictologie¹²** : initié au départ sur le territoire de Marmande/ Tonneins, il est en cours de généralisation sur l'ensemble du Département depuis avril 2018. Cette démarche a pour objectif d'assurer un continuum dans le parcours du patient qui va de la prévention, aux soins jusqu'à la réinsertion sociale et professionnelle. Pour se faire, les objectifs stratégiques retenus sont :
 - Garantir l'accessibilité des personnes présentant des conduites addictives, ou en situation de risque, à la prévention, aux soins, à la prise en charge médico-sociale en établissement ou en ambulatoire.
 - assurer la continuité des interventions des différents acteurs impliqués dans la prévention, le soin et l'accompagnement
 - promouvoir la qualité et la pertinence des interventions auprès des personnes présentant des conduites addictives, pour éviter les dommages somatiques, psychiques et sociaux.

Une coordinatrice départementale a été financée par l'ARS NA pour œuvrer à la mise en œuvre du parcours.

Le plan d'actions du parcours en addictologie sera validé en avril 2019. Ces actions se déclinent autour d'objectifs stratégiques que sont :

- l'accessibilité
- la continuité et la fluidité du parcours
- la qualité et l'efficience

- **Les 2 CSAPA de Lot-et-Garonne :**

- ✓ La Sauvegarde sur le bassin Villeneuve/Fumel et Agen
Actuellement sur Agen, les délais d'attente pour un 1^{er} rendez-vous avec un médecin sont de 1 mois 1/2, comme sur Villeneuve/Lot.
Pour un rendez-vous avec un infirmier, les délais sont de 10 à 15 jours à Agen et de plus d'un mois pour Villeneuve /Lot.
Le psychologue est en cours de recrutement sur Agen, et les délais sont de 15 jours pour Villeneuve.
En ce qui concerne les travailleurs sociaux, il faut compter 3 semaines pour l'assistante sociale d'AGEN, alors qu'il n'y en a pas sur Villeneuve. Un éducateur spécialisé vient de prendre ses fonctions à Agen, tout comme sur Villeneuve.
- ✓ L'ANPAA 47 sur le bassin Marmande/Tonneins, Nérac et Agen.

¹² Labellisation des parcours de santé en addictologie en Lot-et-Garonne-annexe n°5

- **CAARUD** : 1-La Sauvegarde.

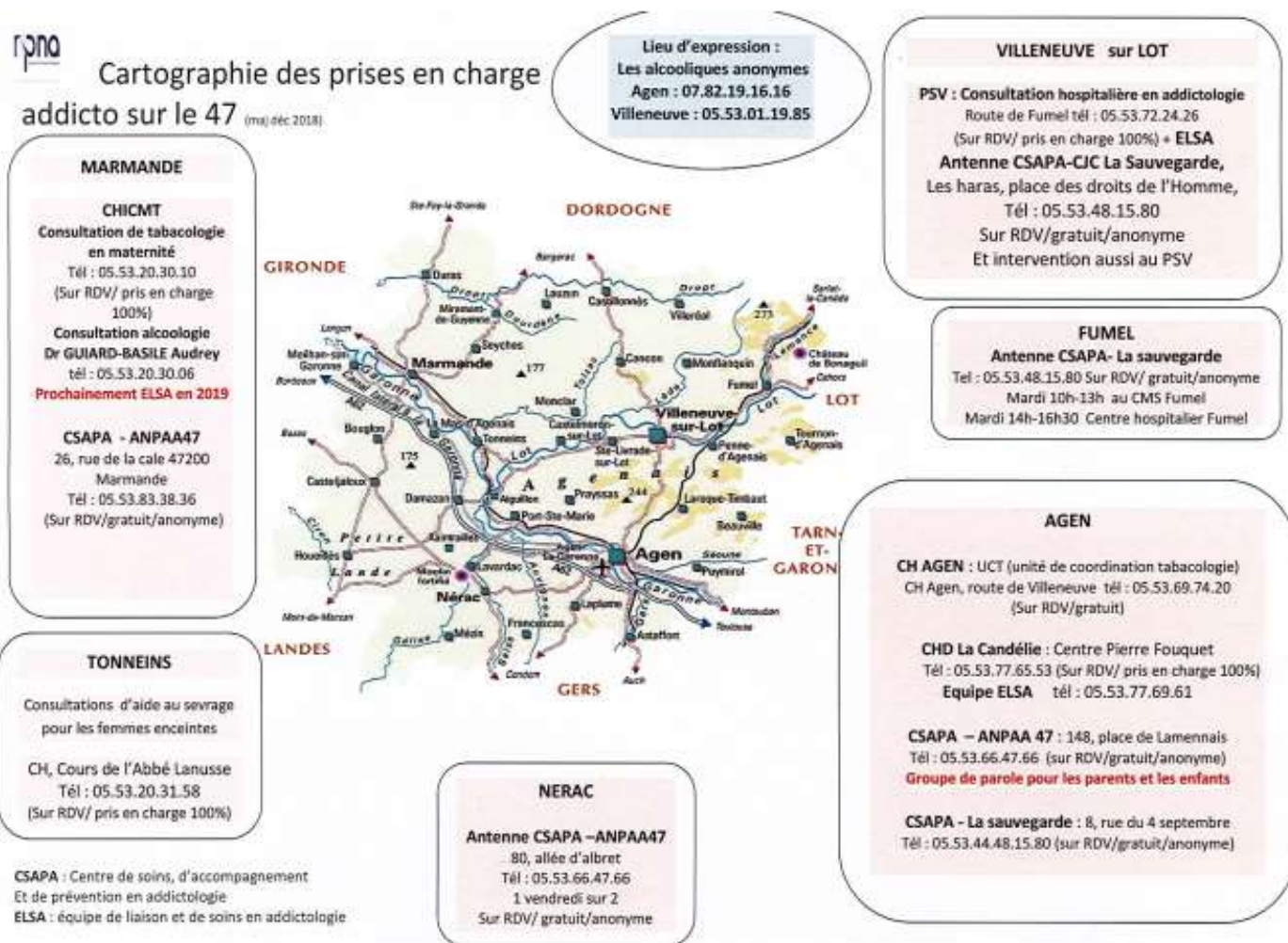
En 2018, ce service a effectué 46 maraudes et a rencontré 479 personnes

Quelques données sur les kits d'échanges de seringues :

VILLES	KITS DISTRIBUES	BACS DISTRIBUES	BACS RECUPERES
Villeneuve/Lot	295	55	42
Marmande	124	13	15
Agen	798	104	97

- **Service addictologie** :

- CH : Pierre Fouquet et l'équipe ELSA
- Equipe ELSA du CH de Villeneuve/Lot et une infirmière du CSAPA consulte tous les 15 jours sur le site
- L'équipe ELSA interviendra au CH de Marmande, fin 2019.



3.2.1.6 Prise en soins des migrants-demandeurs d'asile

Leur accompagnement psychologique est assuré par l'EMPP. Leur vulnérabilité psychologique est importante (au Centre d'Accueil et d'Orientation –CAO) ; une orientation est donc effectuée avec leur accord vers l'EMPP. L'équipe rencontre les personnes soit dans les locaux du CAO, soit dans des permanences extérieures. Des points et un travail en étroite collaboration sont effectués avec l'équipe.

En 2017¹³, 9 personnes du CAO étaient suivies par l'EMPP, 3 ont été hospitalisées au CH. 27 personnes du CADA, étaient suivies par l'EMPP, soit 20 femmes et 7 hommes.

L'équipe de l'EMPP assure aussi l'interface entre le secteur de la psychiatrie et le CADA, en facilitant l'élaboration des prises en charge autour d'un projet sanitaire et social. Certaines situations débouchent sur une amorce de soins psychologiques, cependant les personnes souhaitent parfois une simple médication afin d'apaiser leur stress ou leurs difficultés à dormir et sont orientées vers un médecin généraliste. Les renoncements au suivi psychologique sont dus parfois au barrage de la langue, malgré la pratique de l'anglais pour les intervenants ou de l'intervention ALIZE, offrant des possibilités d'interprétariat. A noter que dans ce genre d'accompagnement la confiance est indispensable et qu'elle demande du temps !

Après évaluation, l'EMPP oriente les personnes souffrant de troubles psychiques importants vers les médecins psychiatres du CMP Artaud à Agen. En 2017, 4 personnes ont bénéficié d'un suivi psychiatrique, (2 femmes et 2 hommes). 2 ont été hospitalisées au CH (1 homme et une femme). Les suivis psychiatriques post hospitalisation ou post suivi EMPP, sont généralement effectués par le CMP Artaud.

En 2018¹⁴ : 54 admissions sur les diverses structures pour migrants pour le secteur Agen/Nérac, soit environ 5 admissions par mois (21% de la file active). Depuis le début 2019 : une quinzaine d'entretiens par semaine.

Le CADA de Tonneins qui compte 60 places, aurait besoin de l'intervention de l'EMPP, qui ne le peut pour le moment au regard de ses effectifs.

¹³ Données DDCSPP 47-2019

¹⁴ Données EMPP 47-janvier 2019

3.2.1.7 Les établissements pénitentiaires de Lot-et-Garonne

- **La maison d'arrêt d'AGEN**

L'établissement implanté au cœur de la cité date de 1860. Sa surface est de 5.454 m² bâtie et non bâtie. En plus d'un secteur administratif, l'établissement compte trois secteurs de détention construits sur deux niveaux :

-le quartier des hommes de 119 places (dont 5 cellules de 2 lits réservées aux arrivants, 2 pour l'isolement et 2 disciplinaires)

-le quartier des femmes (17 places dont 1 réservée aux arrivantes et 1 disciplinaire)

-enfin le quartier de semi-liberté (dispose de 5 cellules de 2 lits)

Du fait de son architecture, l'encellulement individuel est pratiquement impossible à mettre en œuvre. Au quartier des hommes, la moitié des cellules sont à couchages multiples.

La maison d'arrêt accueille les personnes placées sous main de justice suivant le principe de détention provisoire et les condamnés qui ont à subir une peine d'emprisonnement dont le reliquat n'excède pas 2 ans au moment de la condamnation. La maison d'arrêt ne reçoit que des détenus majeurs hommes et femmes dépendant prioritairement des juridictions d'AGEN/AUCH/BORDEAUX. La maison d'arrêt possède une capacité théorique d'accueil de 146 places. Les détenus sont répartis dans 55 cellules (en grande majorité des dortoirs, pouvant accueillir entre une et six personnes.

Les détenus bénéficient de 16 postes de travail, de service général : 6 aux cuisines, 4 postes auxiliaires d'étage chez les hommes et un chez les femmes (nettoyage des locaux et distribution des repas), 2 postes de maintenance, 1 poste de cantinier, 1 en buanderie, 1 poste de bibliothécaire, 1 poste d'auxiliaire aux corvées extérieures.

3 formations sont proposées aux hommes : découverte des métiers, formation d'agent de propreté et hygiène et une formation peinture. Pour les femmes ; seule la formation agent de propreté et hygiène est proposée. Pour l'enseignement, une convention a été signée en 2011 avec le Ministère de l'Education Nationale, pour permettre entre autre de développer à tous les niveaux du parcours de formation une approche différenciée, en soutenant ceux qui en ont le plus besoin.

Pour le développement culturel et sportif, la bibliothèque est accessible du lundi au vendredi, ainsi que la salle de musculation, sous certaines conditions.

- **Le Centre de détention d'EYSSES**

Le centre de détention de Eysses, est situé à Villeneuve sur Lot, est composé de plusieurs bâtiments distincts : les bâtiments de détention A, B, C, D et QD/QI, la salle de sport Euronef pour les détenus et enfin la caserne Homme/Femme et la salle de musculation pour le personnel.

Le bâtiment principal de l'ancienne Abbaye, datant de 1803, accueille aujourd'hui les services administratifs et le bâtiment D sur trois niveaux. Les bâtiments A, B, C, de configuration identique (structure bipale sur trois niveaux) furent construits en 1975 et 1976 sur les 19ha du domaine. Le site s'étend sur une superficie de 19 ha dont 4 de bâti et comprend donc de nombreux espaces verts. Cette situation implique une importante consommation de temps du personnel pour les déplacements internes.

Un espace atelier est dédié au travail pénitentiaire et à la formation professionnelle.

Des personnes parmi les détenus travaillent au service général pour l'entretien des locaux communs et la buanderie. Il existe un espace sportif et un gymnase ainsi qu'un espace socio-culturel. Un nouvel espace parloir a été mis en service en décembre 2014 et depuis janvier 2016, une maison d'accueil des familles de personnes détenues pour un accueil de 24 à 72 H, la MAFADE, est située au 52 rue Henri Auzias à Villeneuve sur Lot. Les bâtiments ont fait l'objet entre 2010 et 2016 d'une réfection importante en particulier les installations sanitaires, introduction de l'interphonie et de l'eau chaude en cellules, électricité, changement du mobilier de détention.

D'une capacité de 294 places théoriques (loi pénitentiaire), ce centre de détention dispose d'une capacité opérationnelle de 250 places et concerne une population adulte masculine majeure. Le centre de détention accueille des personnes condamnées, qui purgent de longues peines.

Toutefois, l'établissement accueille de plus en plus de personnes condamnées à de courtes peines, et plus jeunes. L'établissement n'est pas adapté pour le handicap. L'établissement ne reçoit pas de mineurs et n'est pas doté de quartier femmes/enfants.

Pour les détenus incarcérés pour des problèmes de violences sexuelles et/ou intrafamiliales, le CHD la CANDELIE a mis en place depuis 2012 par le biais de son Unité médico-psycho-judiciaire (UMPJ), un travail de veille à la continuité des soins entre le milieu carcéral et la société grâce à un partenariat avec les 2 Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP) de la maison d'arrêt d'AGEN et du centre de détention d'EYSSES. L'objectif étant de faciliter la continuité des soins en gardant le même thérapeute à la sortie de prison pour éviter la rupture des soins.¹⁵

¹⁵ Annexes 15 : Unité Médico-Psycho-Judiciaire CHD la CANDELIE

















3.2.2 L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT

3.2.2.1 Le maillage territorial

MEDICO-SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • 4 CAMSP 	<ul style="list-style-type: none"> • 550 places en ESAT
	<ul style="list-style-type: none"> • 10 CMPP 	<ul style="list-style-type: none"> • 232 places en foyers d'hébergement
	<ul style="list-style-type: none"> • 6 IME et 1 IMPRO 	<ul style="list-style-type: none"> • 392 places en SAVS
	<ul style="list-style-type: none"> • 12 maisons relais 	<ul style="list-style-type: none"> • 40 places en SAMSAH
	<ul style="list-style-type: none"> • 6 GEM (+1 à venir) 	<ul style="list-style-type: none"> • 338 places en foyer
	<ul style="list-style-type: none"> • 75 places d'ITEP 	<ul style="list-style-type: none"> • 213 places en FAM
	<ul style="list-style-type: none"> • 55 places de SESSAD 	<ul style="list-style-type: none"> • 158 places en MAS
SOCIAL : 6 CHRS	<ul style="list-style-type: none"> • 4 à Agen 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 à Marmande
	<ul style="list-style-type: none"> • 1 à Villeneuve-sur-Lot 	
LHSS <i>(Lits haltes soins santé)</i>	5 places localisées à Agen pour l'ensemble du département, gérées par l'association SAUVEGARDE. Pour des personnes vieillissantes ou en errance, nécessitant un temps d'accompagnement plus long	Volonté d'extension de 2 à 3 lits supplémentaires pour l'ensemble du département
ACTH <i>(Appartements de coordination Thérapeutique)</i>	11 places localisées à Agen, pour l'ensemble du département. Pour les pathologies lourdes.	

OFFRE MEDICO-SOCIALE SANTE MENTALE LOT-ET-GARONNE



Les Territoires de Santé									
	Agenais		CAMSP		ESAT		ISEP		SESSAD
	Marmandais		CDGI		FAM		ITEP		
	Villeneuvois				IME		MAS		

Délégation Départementale du Lot-et-Garonne, 2018

STRUCTURES	AGEN	BOE	BOIN-ENCONTRE	FOULAYROINNES	LAYRAC	MEZIN	PONT DU CASSE	ALLEZ ET CAZENEUVE	CASSENEUIL	CASTELMORON SUR LOT	MONTPEZAT D'AGENAIS	SAINTE LIVRADE SUR LOT	TOURNON D'AGENAIS	VILLENEUVE SUR LOT	AGUILLON	CLAIRAC	DAMAZAN	ESCASSEFORT	MARMANDE	MIRAMONT DE GUYEM	SAINTE LEON	TONNEINS	
CAMSP	/ ALGEEI + CH												90 ALGEEI					/ ALGEEI					
CMPP	/												30					/ ALGEEI					
SESSAD	26 + 12 +2 PLANETE AUTISME	25 TRISOMIE 21						10						16			32						10
ESAT			50	150 + 30 + 45		60				72					69				51	68			
IME			36		60 + 26			52		50						72	43						
MAS IMPRO				54																			
MAS					42		48																68
ITEP							38																25
ISEP								15															22
FAM									63 + 12			9	54										75
SAMSAH																	40						

En Lot-et-Garonne¹⁶ le nombre de places pour jeunes handicapés de 20 à 59 ans est similaire au régional mais ce département est moins bien doté en places de SESSAD, surtout sur le Villeneuvois. Pour les adultes handicapés, là encore le département est moins bien équipé en places d'ESAT

¹⁶ Diagnostic territorial Lot-et-Garonne –janvier 2018

3.2.2.2 Les prestations offertes par les établissements médicosociaux :

- Pour les enfants et adolescents

Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (**CAMSP**) assurent la prévention précoce, le dépistage, le diagnostic et le traitement pour les bébés et les jeunes enfants jusqu'à 6 ans susceptibles de présenter des troubles psychologiques ou du comportement, des difficultés de relation au sein de la famille, de développement psychomoteur ou du langage, d'adaptation scolaire ou sociale. La mission d'un CAMSP est aussi d'être un lieu d'accueil et d'écoute des parents, de leurs souhaits et de leurs questions. La raison d'être d'un CAMSP est d'aider l'enfant, sa famille, les adultes qui ont des responsabilités à son égard, par des actions menées dans les locaux d'un CAMSP, à domicile et sur les différents lieux de vie de l'enfant : de prévention, de diagnostic et de traitement auprès des enfants, de guidance parentale et d'entretiens familiaux, de liaisons, de coordination et de coopération avec les partenaires extérieurs.

Les Centres Médico-Psycho-Pédagogique proposent des soins aux enfants et aux adolescents. Sous autorité médicale, un CMPP pratique le diagnostic et le traitement des enfants relevant d'une thérapeutique d'ordre médicale, psychothérapeutique, psychopédagogique, orthophonique ou psychomotrice.

La finalité d'un Institut Médico Educatif (**IME**) est de préparer les jeunes à s'insérer dans les meilleurs conditions professionnelles et sociales en milieu ordinaire à chaque fois que possible ou en milieu protégé à chaque fois que nécessaire. L'accompagnement du jeune en pluridisciplinaire. Il associe des actions pédagogiques, éducatives, professionnelles. Un plateau thérapeutique est également à disposition.

Les Institut Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (**ITEP**) proposent différentes modalités d'accompagnement : internat, internat séquentiel, semi-internat, externat qui sont mises en place en collaboration étroite avec le jeune et sa famille. Un ITEP sous forme de dispositif (en fonctionnement avec un SESSAD) dépasse la logique de l'institution pour offrir, seul ou en coopération une diversité d'interventions modulables "intra et extra muros", adaptables au projet du jeune dans une visée d'inclusion. Les missions du dispositif sont à visée soignantes, éducatives et pédagogiques. Le fonctionnement s'effectue à partir du projet personnalisé d'accompagnement de chaque jeune dans le but de favoriser son inclusion en milieu ordinaire.

Pour un accompagnement des jeunes à domicile:

Les Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (**SESSAD**) : Les professionnels interviennent auprès des jeunes dans les structures scolaires, les lieux de vie de l'enfant ainsi que dans les locaux du SESSAD, en individuel ou en groupe. Le choix du lieu d'intervention est réfléchi et posé en fonction des besoins du jeune. Ils interviennent pendant et hors temps scolaire en respectant la scolarité, le rythme et les besoins de chaque jeune tout au long de la semaine. Il propose un accompagnement éducatif, thérapeutique et pédagogique.

- Les prestations d'hébergement, vie sociale

Les maisons relais sont des habitats communautaires de petite taille associant la jouissance de logements privatifs à la présence de lieux collectifs. Un hôte (ou un couple d'hôtes) est chargé du fonctionnement de la maison, ainsi que de son animation et de sa convivialité.

Les foyers d'hébergement pour adultes ont pour principales missions :

Promouvoir et assurer l'éducation, les soins, l'insertion sociale des adultes en situation de handicap qui rencontrent des difficultés familiales, sociales, et personnelles.

Evaluer et prévenir les risques sociaux et médico-sociaux, informer, conseiller et orienter.

Proposer une aide à l'insertion sociale et professionnelle, à la vie active, à l'information et aux conseils sur les aides techniques.

Proposer une assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif, contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique.

Proposer un accompagnement à la personne adapté à ses besoins, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge.

Les Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (**SAVS**) ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes en situation de handicap psychique et moteur, par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Cette mission d'accompagnement des personnes dans leur insertion sociale et/ou professionnelle se traduit concrètement par :

- Une évaluation des besoins et des capacités d'autonomie
- L'identification de l'aide à mettre en œuvre et l'apport d'informations et de conseils personnalisés
- Le suivi et la coordination des actions des différents intervenants
- Une assistance dans les actes quotidiens de la vie
- Un soutien des relations sociales et familiales
- Un appui contribuant à l'insertion scolaire, universitaire, professionnelle
- Un suivi éducatif et psychologique

Cette activité se caractérise par un suivi personnalisé sous forme d'entretiens individuels réguliers, de visites à domicile, d'accompagnements dans différents types de démarches (administratives, rendez-vous médicaux, courses, etc.) et dans la mise en lien avec des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires du territoire.

Un Foyer d'Accueil Médicalisé (**FAM**) est une structure d'hébergement qui accueille des adultes gravement handicapés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante et d'un suivi médical régulier.

Une Maison d'Accueil Spécialisée (**MAS**) est un lieu de vie où l'équipe éducative s'emploie à créer une atmosphère chaleureuse et stimulante pour le plus grand profit des résidents. La MAS a pour objectif d'aider les résidents à vivre, à acquérir de l'autonomie et un peu de vie sociale.

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (**CHRS**) ont pour vocation d'accueillir, pour une durée déterminée, les populations les plus démunies, personnes et familles en situation de détresse sociale, personnes expulsées ou privées de logement, personnes sortant d'établissements médicaux, sociaux ou pénitentiaires, de réfugiés ou de demandeurs d'asile.

Les structures dénommées lits halte soins santé accueillent (**LHSS**) temporairement des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue.

Les Appartements de Coordination Thérapeutiques(**ACTH**) proposent un hébergement « à titre temporaire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion ».

Pour un accompagnement des adultes à domicile:

Les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (**SAMSAH**) ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soin, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées en favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels et l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

- **Pour les adultes et leur activité professionnelle :**

Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (**ESAT**) ont pour mission de valoriser des personnes accueillies par l'accès au travail, de monter en compétences des personnes par les formations et soutiens, de favoriser l'insertion en Milieu Ordinaire de Production et de favoriser l'autonomie et l'intégration sociale des personnes accueillies.

Les foyers d'hébergement pour adultes ont pour principales missions :

- Promouvoir et assurer l'éducation, les soins, l'insertion sociale des adultes en situation de handicap qui rencontrent des difficultés familiales, sociales, et personnelles.
- Evaluer et prévenir les risques sociaux et médico-sociaux, informer, conseiller et orienter.
- Proposer une aide à l'insertion sociale et professionnelle, à la vie active, à l'information et aux conseils sur les aides techniques.
- Proposer une assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif, contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique.
- Proposer un accompagnement à la personne adapté à ses besoins, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge.

3.2.2.3 Les Groupes d'Entraide Mutuelle(GEM)

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des outils d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en grande fragilité. Ils reposent sur la philosophie de la « pair-aidance », c'est-à-dire du soutien par les pairs qui rencontrent des difficultés similaires et sont donc à même d'apporter un soutien, une écoute, un partage d'expériences autour des troubles et du parcours de chacun.

La « pair-aidance » part aussi du principe que chaque personne est experte, de par son expérience, de la maladie.

À travers ce partage, c'est la sortie de l'isolement qui est recherchée, la reconstruction du lien social et un mieux-être pour les personnes. En regroupant des personnes ayant des difficultés communes, les GEM valorisent le soutien mutuel et facilitent le lien social, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Ils sont au nombre de 7 sur le département, tous sont à destination du handicap psychique.

- 1 sur Marmande: GEM « ARC EN CIEL», administrateur Association Arc en ciel
- 1 sur Miramont de Guyenne: GEM «la ruche d'entraide», administrateur SOLINCITE
- 1 sur Agen: GEM «AAP», administrateur F.SOLERA
- 1 sur Casteljaloux: GEM «la grande rue du GEM», administrateur SOLINCITE
- 1 sur Fumel: GEM «la sauce du lien», administrateur Association RIHZOMME
- 1 sur Villeneuve/Lot: GEM «Entraide et vous», administrateur SOLINCITE
- 1 sur Tonneins: GEM «jeunes de Tonneins», administrateur SOLINCITE- pour les 18/25 ans



L'implantation de GEM en Lot-et-Garonne pourrait être complétée sur les communes de Duras /Castillonnès et Monflanquin/Nérac et Mézin.

3.2.3 LA COOPERATION AUTOUR DES ENJEUX DE SANTE MENTALE EN LOT-ET-GARONNE

3.2.3.1 Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) *En annexe 11, exemples de fiches actions.*

Dans le Lot-et-Garonne, il y a 3 CLSM : CLSM d'AGEN, un pour la ville de Marmande et le 3^{ème} pour l'agglomération du Grand Villeneuvois. (CAGV).

En 2019, le CLSM de Marmande s'étend à son tour à l'échelle de l'agglomération. Celui d'Agen en fera de même fin 2019.

Le CLSM est un espace de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, le service de psychiatrie publique, les représentants d'usagers, l'ensemble des professionnels et des bénévoles du territoire pour la définition en commun des politiques locales et des actions à entreprendre pour l'amélioration de la santé mentale de la population concernée.

Le CLSM a une action de décloisonnement des pratiques professionnelles par la mise en place d'outils de prévention et d'insertion entre les différents partenaires (conventions, création de structures répondant aux besoins locaux, etc.). Le CLSM définit la politique locale et les actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population.

Pour le CLSM d'AGEN, les axes de travail retenus sont :

- ↳ Accès aux soins
- ↳ promotion de la santé mentale
- ↳ Inclusion dans la cité
- ↳ Un axe de travail transversal permet la mise en œuvre d'une Cellule de Concertation des Cas Complexes (4C)
- ↳ Une formation sentinelle de la prévention de la crise suicidaire est également proposée aux acteurs locaux volontaires du territoire de la ville d'Agen.

Pour le CLSM du GRAND VILLENEUVOIS, les thématiques retenues-sont :

- ↳ Information-formation en santé mentale
- ↳ Parcours de santé mentale
- ↳ Lutte contre les stigmatisations en santé mentale
- ↳ aide aux aidants
- ↳ Observation en santé mentale
- ↳ Concertation autour des situations psycho-sociales complexes

Pour le CLSM de VAL de GARONNE, les actions retenues sont :

- ↳ Inclusion dans la cité et lutte contre l'exclusion
- ↳ Parcours de la personne âgée atteinte de troubles psychiques.
- ↳ Parcours de la femme enceinte atteinte de troubles psychique et/ou handicap mental
- ↳ Lutte contre la stigmatisation
- ↳ Aide à la résolution de situations psychosociales complexes

Chaque CLSM fait un diagnostic partagé de son territoire, afin de mettre en œuvre des réponses en lien avec les préoccupations de terrain.

Les rencontres entre les acteurs locaux sur chaque axe de travail permettent de répondre à des problématiques locales et de proposer par la suite la mise en œuvre d'actions concrètes.

Pour faire suite à un appel à projet en lien avec leurs missions de coordination, les coordonnateurs des 3 CLSM du département, travaillent à la mise en place d'une « interface numérique », outil recensant les professionnels et structures œuvrant dans le domaine de la santé mentale en le Lot-et-Garonne. Cette plateforme sera opérationnelle au 2^{ème} semestre 2020. Elle se déclinera en 2 versions : une à destination des professionnels et structures et l'autre à destination des usagers. Dans un 1^{er} temps, seront indiqués les professionnels et structures partenaires des CLSM, adhérant à la démarche, puis en fonction des besoins et sous réserve des moyens, cet outil s'ouvrira à d'autres acteurs.

3.2.3.2 Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) « santé mentale »

Une convention de partenariat a été signée le 12 octobre 2017 pour mettre en place le groupement de coopération sanitaire « SANTE MENTALE DE LOT ET GARONNE ». Celui-ci a pour objet de fédérer l'ensemble des établissements et acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire de Lot et Garonne autour de la définition et de la mise en œuvre d'une stratégie cohérente commune entre tous les acteurs concernés par la santé mentale (approche en termes de filière).

Il regroupe l'ensemble des acteurs du soin, d'accompagnement médico-social et social, soit 35 membres :

- le Centre Hospitalier Départemental «la Candélie»
- le Centre Hospitalier d'AGEN-NERAC
- le Centre Hospitalier de FUMEL
- le Centre Hospitalier de CASTELJALOUX
- l'EHPAD du MAS d'AGENAIS
- le Centre Hospitalier Intercommunal MARMANDE-TONNEINS
- l'EHPAD de PUYMIROL
- le Pôle de Santé du VILLENEUVOIS
- le Centre Hospitalier de PENNE D'AGENAIS
- l'EHPAD de MEZIN
- l'EHPAD ASTAFFORT
- l'EHPAD SOS
- l'EHPAD de MONFLANQUIN
- l'EHPAD de CANCON
- l'EHPAD de TOURNON D'AGENAIS
- l'association L'ESSOR
- l'association L'AMICALE LAÏQUE
- l'association SOLINCITE
- l'association SAUVEGARDE
- l'association Notre Dame de Pitié
- l'association ALGEEI
- l'association APRES
- l'association ADAPEI 47
- la Résidence les Ecrins d'ALIENOR
- l'association AMICALE
- l'association « MAISON DES ADOLESCENTS 47 »
- l'association du SPORT ADAPTE MARMANDAIS et sa maison Arc-en-Ciel
- l'EHPAD « Ma Maison » (Petites Sœurs des Pauvres)
- l'UNAFAM 47
- l'association « Planète AUTISME »
- l'association « L'ARCHE »
- l'association HANDISSIAD 47
- le Groupement de Coopération Sanitaire Médico-Social
- l'association Regain Coordination
- l'association LA PALOMA

Le GCS santé mentale, travaille autour des axes suivants :

➤ L'autisme

L'objectif est de faciliter les collaborations et complémentarités entre le secteur sanitaire et médico-social compte tenu de la forte mobilisation du secteur associatif

Différents projets sont en cours de réalisation :

- projet d'habitat inclusif à Laroque-Timbaut
- projet d'accueil de répit et d'aide aux aidants à Villeneuve/Lot.

➤ L'accès aux soins somatiques des personnes handicapées psychiques

Le CH La Candélie a mis en place le dispositif HANDI Santé, validé au plan régional.

➤ La prise en charge des personnes âgées désorientées

- A la faveur d'une enquête menée en juin 2017 « EHPAD et santé mentale » en Lot-et-Garonne¹⁷, des pistes de travail ont été envisagées :
- Créer un protocole en EHPAD d'identification des troubles psychiatriques (afin de mieux les distinguer des troubles somatiques)
- Mettre en place une procédure claire sur les modalités d'hospitalisation en psychiatrie : identifier les services de recours (selon le niveau d'urgence) et communiquer les coordonnées d'un interlocuteur privilégié pour chaque résident suivi
- Renforcer les équipes de secteurs et l'EMGP. Détacher régulièrement des professionnels du CH en EHPAD pour mieux suivre les résidents, conseiller les équipes sur site, échanger dans le cadre de réunions pluridisciplinaires et proposer des formations (dans l'idée de réduire le nombre d'hospitalisations superflues)
- Développer les moyens d'accueil pour la prise en soins de patients poly pathologiques au profil complexe
- Créer des unités d'hébergement spécifiques pour les résidents souffrant de troubles psychiatriques encore jeunes.

➤ Le parcours de vie des personnes handicapées psychiques

¹⁷ Enquête EHPAD et santé mentale-juin 2017-GCSMS Lot-et-Garonne

4. DIAGNOSTIC PARTAGE

En septembre 2017, les membres de la commission spécialisée en santé mentale du CTS 47, ont proposé en séance plénière de cette même instance, d'envoyer un questionnaire (sur le modèle de celui élaboré par la DD ARS des Deux-Sèvres, joint en annexes) aux EHPAD/ Etablissements pour adultes et enfants handicapés/établissements sanitaires/ Associations d'usagers et des familles/ SSIAD du département/PJJ.

La participation des familles et des représentants d'usagers à cette enquête, a mis ainsi en exergue le fait qu'ils sont des acteurs incontournables de qualification et d'expression des besoins.

29 questionnaires ont été retournés à la Délégation Départementale du Lot-et-Garonne :

- 10 questionnaires pour les adultes
- 10 pour les enfants et adolescents
- 4 pour les personnes âgées
- 5 pour la périnatalité et enfants jusqu'à 6 ans.

Le but était d'identifier les freins, les faiblesses mais aussi de mettre en avant les leviers et les forces existantes sur le territoire.

5 facteurs de risques ont été clairement identifiés comme potentiellement à l'origine de ruptures de parcours :

- **l'accès aux diagnostics et aux soins**
- **les prises en charge par défaut et les hospitalisations inadéquates**
- **l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux**
- **l'accès aux soins somatiques**
- **la prévention et gestion des situations de crise**

Ces facteurs de risque ont ensuite été déclinés par public :

- Périnatalité et enfants de moins de 6 ans
- Enfants et adolescents
- Adultes
- Et personnes âgées

Vous trouverez en annexe n° 2 le récapitulatif de ces travaux ainsi que les constats dressés par les CLSM du département en annexe 10.

Cet important travail de mise à plat permet d'établir les grandes lignes d'un diagnostic territorial partagé pour le Lot-et-Garonne comme suit :

4.1 ACCES AUX SOINS DE LA POPULATION, AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

Appelle des améliorations indispensables en matière de délais et de réactivité. Les compétences techniques sont généralement présentes mais en nombre insuffisant (ex. CAMSP). Des progrès ont été accomplis ces derniers temps mais la coordination des acteurs, le travail en réseau, le décloisonnement entre le sanitaire et médico-social sont à amplifier. De véritables carences sont constatées pour des spécialités mal couvertes comme l'orthophonie, la psychogériatrie ou encore « l'embouteillage » : longs délais d'attente du centre de ressources autisme.

Les délais d'attente :

Dans 35.3% des cas, ce sont les délais d'attente dans une structure qui étaient identifiés.

Dans le rapport d'activité de l'ALGEEI 2018¹⁸, pour les **CMPP et CAMSP**, les délais d'attente pour un 1^{er} rendez-vous sont de 30 jours.

Plus précisément pour le **CMPP D'AGEN**, les délais d'attente ne cessent de croître :

- 2015 : 27 jours
- 2016 : 28 jours
- 2017 : 32 jours

A contrario, pour le **CAMSP d'AGEN**,

- 2015 : 47 jours
- 2016 : 41 jours
- 2017 : 40 jours

Pour le **CAMSP de MARMANDE**, en 2017, les délais d'attente pour la prise en charge des nouveau-nés et nourrissons, allaient de 9 mois à 1 an.

Pour les CMP adultes du CH :¹⁹

Pour les rendez-vous infirmiers sur AGEN, les délais se sont allongés, passant de 7 à 10 jours, ceci est notamment lié à une augmentation de la file active. Pour les rendez-vous médicaux, les délais sont toujours de 2 mois. Pour les villes de Villeneuve et de Fumel, les délais de consultations infirmiers allaient de 3 à 6 semaines en 2017, ils sont à ce jour de 2 à 4 semaines. Des réorganisations médicales ont pu comme sur Tonneins, permettre de passer de 2 mois en 2017 à 3 semaines en 2019.

¹⁸ ALGEEI-rapport d'activité des structures du Lot-et-Garonne-2018

¹⁹ Délais de 1^{er} RDV en CMP adultes et enfants CH la Candélie- annexe 7

Pour les CMP enfants du CH :²⁰

	1er RDV SOIGNANT	1er RDV MEDICAL	OBSERVATIONS
FILIERE INFANTO	2019	2019	
AGEN	5 semaines	6 semaines	Cette évaluation des délais de 1er RDV a été menée en mai 2019, elle est susceptible d'évoluer au cours de l'année scolaire en fonction du niveau de sollicitation des équipes
NERAC	3 semaines	6 semaines	
MARMANDE	1 semaine	1 semaine	
CASTELJALOUX	1 semaine	2 semaines	
MIRAMONT	2 semaines	1 mois	
VILLENEUVE	entre 1 et 7 semaines selon âgés et urgence	3 semaines	
FUMEL	3 semaines	1 mois	

Les situations d'urgence ou de crise sont toutefois reçues dans les 48 heures

4.2 ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PAR LES ETABLISSEMENTS OU SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

sont aussi confrontés à une demande croissante avec des familles en difficulté, une offre de services dont l'implantation est à revoir (cela est noté particulièrement pour le secteur de l'enfance et de l'adolescence SESSAD, ITEP, IME...). L'aide aux aidants est en phase de déploiement et nécessite un soutien notamment technique. Les dispositifs d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire, notamment dans le secteur du handicap psychique sont insuffisants. Pour l'insertion professionnelle, le développement du job coaching est attendu.

Le concours des entrepreneurs, en lien avec les professionnels de santé mentale est attendu.

Enfin, en matière de logement, les logements adaptés sont encore à développer.

4.3 SITUATIONS DE DEFAUT DE PRISE EN CHARGE OU LES PRISES EN CHARGE INADEQUATES

sont nombreuses. Elles renvoient à une indispensable fluidité des dispositifs entre le secteur sanitaire, médico-social et social. Les acteurs du sanitaire ont le sentiment depuis des années d'être le dernier lieu d'accueil pour les situations les plus lourdes avec parfois peu de solutions d'aval. Les partenariats évoluent favorablement désormais mais des renforts d'équipement sont utiles; comme pour l'accueil familial thérapeutique, l'HJ pour enfants et CATTP, conversion vers l'ambulatorio...)

En Lot-et-Garonne, les hospitalisations vouées à être longues sont de 43.1%, alors qu'elles sont de 32.6% au niveau régional.

²⁰ Délais de 1^{er} RDV en CMP adultes et enfants CH la Candélie annexe 7

D'après *l'Observatoire des populations long cours 2018*,

- En 2017, au CHD LA CANDELIE, parmi les 102 personnes hospitalisées, 41 personnes étaient hospitalisées de façon inadéquate, (soit 40,2% vs 37,6% en NA).
- 26.4% des hospitalisations inadéquates étaient dues notamment à un manque de places et pour 17.5% des cas dues à un manque de dispositif adapté. Pour pallier cette problématique, le rapport de l'Observatoire propose en Lot-et-Garonne, la création de places à court terme des patients LC en établissement sanitaire pour l'année 2017 : (*cf. tableau annexe 12*) comme suit :
 - MAS 15 dont 4 places adaptées
 - FAM : 2 dont 1 place adaptée
 - FDV : 15 dont 3 adaptées
 - ESAT/FH : 1
 - pour les personnes âgées : 9 places d'EHPAD dont 3 adaptées
 - UHR : 2
 - 3 places d'hébergements accompagnés
 - 5 autres places pour un autre dispositif

Pour le long terme, le nombre de places à créer en Lot-et-Garonne serait (*cf. tableau en annexe 13*) :

- MAS : 8 dont 5 places adaptées
- FDV : 3 dont 2 places adaptées
- ESAT : 2 places
- EHPAD : 4 places dont 1 adaptée
- hébergement d'accueil : 2 places
- 1 place pour un autre dispositif

4.4 CONTINUE ET LA COORDINATION DES PRISES EN CHARGE justifient aussi des progrès, notamment avec l'identification d'âges clés dans les parcours :

- 3 ans (dépistage tardif)
- 6 ans (scolarisation en milieu ordinaire ?)
- 10-12 ans (HJ et après ?)
- 18 ans (Amendements Creton)
- 45 ans pour les personnes handicapées vieillissantes
- 85 ans et plus pour la prise en compte des troubles du comportement

Pour ces différents moments de la vie, la question de la préparation des transitions est nécessaire. L'anticipation n'est pas toujours suffisante. L'information et la compréhension des familles restent incertaines.

4.5 ACCES AUX DROITS est assuré d'une manière assez large avec les différents dispositifs locaux développés par l'Assurance maladie, les PASS, la PTA ou encore les services d'aides aux sans-abris et les différents centres et services sociaux. Pour autant, un sujet reste récurrent, celui des transports et de leur prise en charge. Dans un département rural, cette question est avancée par l'ensemble des acteurs.

4.6 ACCES AUX SOINS SOMATIQUES est un domaine où les avancées sont les plus significatives avec une réelle prise de conscience de cette question pour les personnes ayant des troubles psychiatriques. Le CH La Candélie offre désormais une réponse pour les personnes handicapées, le CHIC Marmande Tonneins a aussi des protocoles dédiés mais ce sujet appelle des collaborations renforcées avec la médecine de ville (généralistes, kinés, dentistes...) pour mieux prendre en compte les besoins spécifiques. Des formations communes entre professionnels sont attendues. Reste néanmoins pour le secteur libéral, la faible densité de professionnels et les déplacements vers les lieux ressources

4.7 PREVENTION ET LA GESTION DES SITUATIONS DE CRISE suscitent de fortes attentes. Une meilleure sensibilisation des professionnels de santé libéraux pour prévenir les crises est souhaitée. L'anticipation des situations est là aussi nécessaire face à des accueils par défaut. Le renfort des services d'urgences en concours de professionnels spécialisés est à noter. En outre, le travail de prévention en établissements et services par des équipes issues des CMP, ou EMPP apparaît très utile et gagnerait à être amplifié. Cela vaut également pour les interventions à domicile. La mise en place de CMP pivot par le CH La Candélie est un facteur d'optimisation de l'existant. Les 3 CLSM apportent leur concours par le biais des cellules de concertation des situations psychosociales complexes.

La lutte contre le suicide est en cours de redynamisation avec un relais prévu entre les équipes du CH La Candélie et l'association SAFED basée en Dordogne. De plus, le CH souhaite déployer le dispositif Vigilans dont la généralisation a été annoncée dans toutes les régions en 2020.

4.8 EDUCATION A LA SANTE ET LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DES TROUBLES PSYCHIQUES ET DU HANDICAP PSYCHIQUE a connu ces dernières années un développement très important grâce à l'émergence des CLS, CLSM qui contribue largement à une évolution dans ce domaine. Les initiatives portées par le CH la Candélie, les collectivités locales et le secteur associatif à la faveur de la semaine d'information à la santé mentale, sont très nombreuses et couvrent l'ensemble du département. Néanmoins, le CH la Candélie porte une histoire d'enfermement toujours très présente chez les Lot-et-Garonnais. Le redéploiement vers l'ambulatoire et les méthodes actuelles de prises en charge (comme l'HAD) devraient permettre progressivement une évolution d'image. Les actions d'éducation thérapeutiques peuvent aussi être largement augmentées.

En annexe : fiches actions CLSM-éducation à la santé et lutte contre la stigmatisation.

4.9 CARTOGRAPHIE DE L'EXISTANT SUR LE TERRITOIRE DE LOT-ET-GARONNE

Lors des réunions de travail de la commission spécialisée en santé mentale, est apparue la nécessité d'une connaissance partagée de l'ensemble des ressources du département entre les partenaires.

A cet effet, les partenaires ont construit avec l'appui de l'ORS NA, plusieurs cartographies faisant apparaître les différentes étapes d'un parcours de santé.

Une cartographie a alors été réalisée par tranche d'âge :

- les enfants de 0 à 12 ans,
- les adolescents de 12 à 18 ans,
- les adultes (hors addictologie), et
- les personnes âgées.

Le parcours a été scindé en 5 étapes :

- la prévention
- le repérage
- le diagnostic
- la prise en charge
- l'accompagnement

Cette cartographie, a mis en exergue la faiblesse en Lot et Garonne des professionnels et structures de prévention, et ce quel que soit l'âge de la personne (cf. annexe 1).

**CE DIAGNOSTIC SERA ENRICHIS A LA FAVEUR DES DIFFERENTS TRAVAUX
SUR LES FILIERES DE LA SANTE MENTALE EN LOT-ET-GARONNE.**

DIAGNOSTIC PARTAGE : FORCES ET FAIBLESSES DE L'OFFRE DE SANTE MENTALE DE LOT-ET-GARONNE



5. ORIENTATIONS STRATEGIQUES TERRITORIALES RETENUES AU REGARD DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE

En écho aux problématiques constatées pour l'élaboration du diagnostic territorial, le projet Lot-et-Garonnais s'inscrit dans les priorités suivantes de façon à éviter les ruptures de parcours identifiées en amont :

- repérer précocement les troubles et améliorer les diagnostics
- assurer l'accès aux soins y compris somatiques
- conforter l'accompagnement médico-social
- développer la prévention et veiller à anticiper les situations de crise
- lutter contre la stigmatisation
- et agir sur les déterminants sociaux et environnementaux

5.1 REPERER PRECOCEMENT LES TROUBLES ET AMELIORER LES DIAGNOSTICS

- veiller en particulier à la prise en charge des troubles anxieux ou d'épisodes dépressifs légers et aux liens avec la médecine générale
- conforter les ressources rares (orthophonistes, psychiatres...)
- renforcer les capacités de diagnostic (EDAP, CRA...)
- mieux former les intervenants de la MDPH aux thématiques de l'autisme, du handicap psychique par exemple.

5.2 ASSURER L'ACCES AUX SOINS Y COMPRIS SOMATIQUES

- faciliter le travail en réseau
- problématique transport
- coordination des acteurs
- formation conjointe entre GCS « santé mentale » et « médicosocial »
- fluidité des prises en charges
- revoir les taux d'équipement en services
- travail sur la démographie médicale
- améliorer les modalités de prise en soin des personnes âgées

5.3 CONFORTER L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

- réviser l'offre territoriale par le biais des CPOM.
- aller vers davantage d'ambulatoire
- aider les aidants et travailler avec les familles
- développer les formules alternatives en matière de logement :
Maison d'accueil et d'hébergement temporaire, accueil de jour, personnes handicapées...
- soutenir les équipes par l'intervention sanitaire
- insérer en milieu ordinaire via des outils comme le job coaching en sus de la plateforme portée par l'ADIPH (association départementale pour l'insertion des personnes en situation de handicap).

5.4 DEVELOPPER LA PREVENTION, L'ANTICIPATION DES SITUATIONS DE CRISE

- former les professionnels de l'enfance aux repérages des troubles du neuro développement
- aller vers ; développement de l'ambulatoire sanitaire
- améliorer le diagnostic précoce et la réponse à la crise

5.5. LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION

- poursuivre la mobilisation dans le cadre des SISM
- développer les actions des CLSM avec comme par exemple celles en lien avec les services sanitaires des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) dans les domaines de la prévention, lutte contre les stigmatisations
- prévenir la stigmatisation via les CLS.

5.6. AGIR SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX

- la lutte contre la précarité et le mal logement
- le parcours en addictologie : assurer un continuum en allant de la prévention, soins et réinsertion sociale et professionnelle
- prise en charge des migrants

En complément de ces 6 thèmes initialement retenus par le groupe de travail PTSM 47, les membres de la commission s'engagent à œuvrer en direction des publics spécifiques :

- améliorer la prise en charge des personnes détenues en confortant les soins psychiatriques en CD et en MA et en disposant par exemple de la télémédecine.
- amplifier les dispositifs de lutte contre le suicide, avec la formation des sentinelles, des référents suicides et des gestions de crise, avec le dispositif VIGILANS
- soutenir l'action menée en direction des victimes de psycho traumatismes avec le projet du CMP Agen et de la cellule psycho judiciaire.

6. CONCLUSION

Ce diagnostic partagé permet de rendre compte de l'offre en santé mentale sur le département de Lot-et-Garonne portée par des acteurs et institutions impliqués souhaitant améliorer la situation des personnes présentant des troubles psychiques.

L'ambition du collectif réuni pour l'élaboration du diagnostic partagé du PTSM de Lot-et-Garonne est d'intervenir le plus tôt possible. L'accent est donc mis sur la prévention en associant les acteurs de la médecine générale, les acteurs des champs médico-sociaux, sociaux et sanitaires.

L'analyse de l'offre départementale a permis de dégager des points forts et d'identifier des axes d'amélioration.

Il s'agira d'amplifier le virage ambulatoire déjà largement débuté dans le département partant des initiatives du CH La Candélie (CMP pivot, diminution des hospitalisations inadéquates...) et des liens avec la ville via les CLSM.

Une vigilance est aussi apportée à la rupture du parcours avec l'importance des relations entre les acteurs au sein des futures CPTS.

Enfin, l'accompagnement des publics spécifiques sera renforcé avec les travaux autour du GCS santé mentale qui démarre après le temps de sa constitution (autisme, personnes âgées désorientées, accès aux soins,...)

Ces axes de travail seront repris dans les 20 actions proposées dans le plan d'actions suivant, et feront l'objet d'un travail de tous les acteurs impliqués dans les mois à venir.

7. PLAN D' ACTIONS

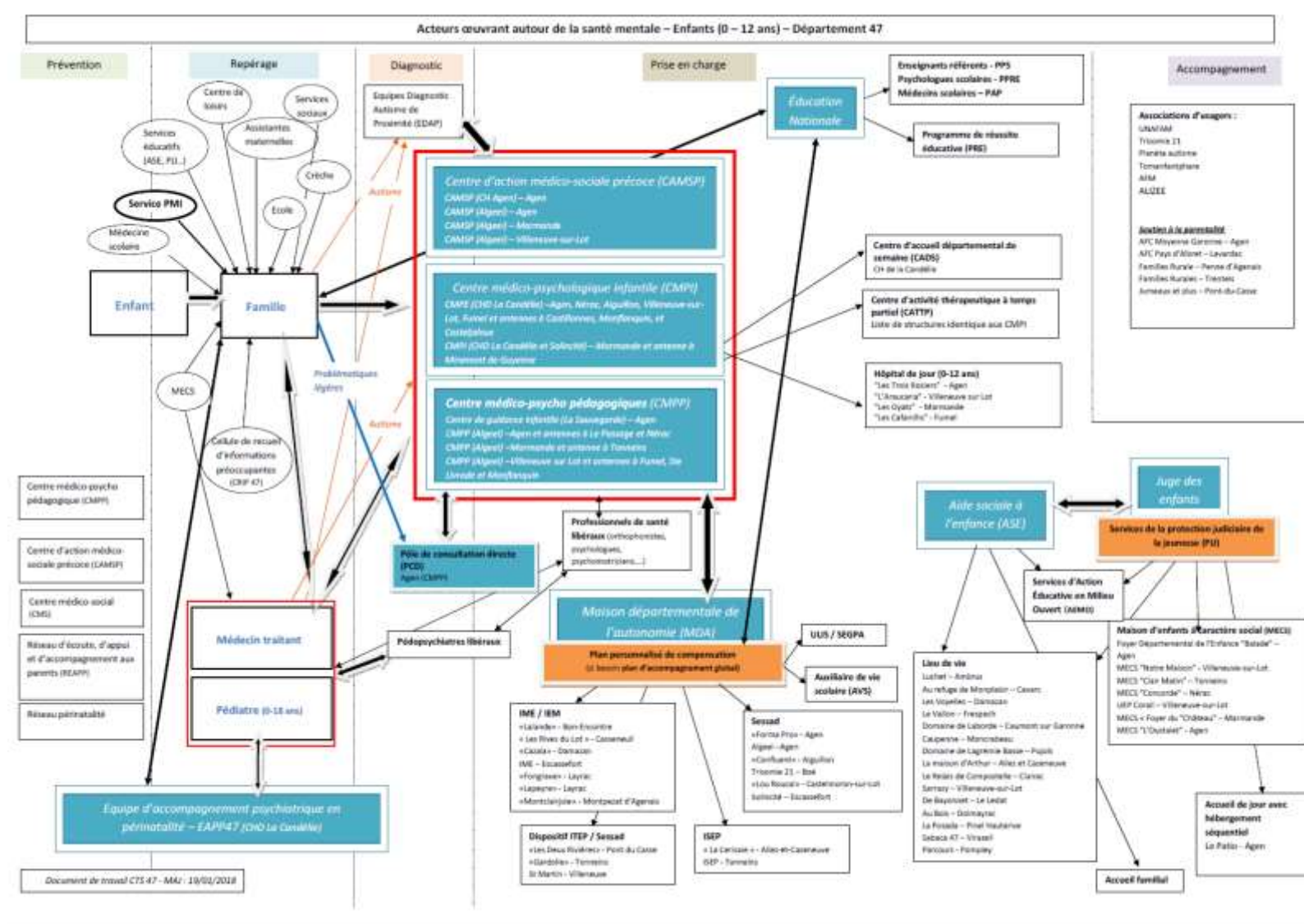
- ACTION 1.** Veiller à la prise en charge des troubles anxieux ou épisodes dépressifs légers chez l'adulte
- ACTION 2.** Travailler la problématique de démographie médicale en psychiatrie
- ACTION 3.** Améliorer la prise en charge des personnes âgées
- ACTION 4.** Développer la formation aux troubles du neuro développement et renforcer les modalités d'accompagnement
- ACTION 5.** Lutter contre la précarité et le mal logement en santé mentale
- ACTION 6.** Déployer le parcours santé en addictologie sur l'ensemble du département
- ACTION 7.** Faciliter l'accès aux soins en addictologie pour les personnes hébergées en CHRS
- ACTION 8.** Renforcer les Consultations Jeunes Consommateurs(CJC) et développer « l'aller vers »
- ACTION 9.** Renforcer les équipes ELSA
- ACTION 10.** Développer une équipe mobile en addictologie
- ACTION 11.** Améliorer la prise en charge des détenus
- ACTION 12.** Amplifier les dispositifs de lutte contre le suicide
- ACTION 13.** Soutenir l'action menée en direction des victimes de psycho traumatisme
- ACTION 14.** Améliorer le parcours de santé mentale des migrants
- ACTION 15.** Prendre en charge des psychoses émergentes
- ACTION 16.** Favoriser la prise en charge de la santé mentale des adolescents
- ACTION 17.** Améliorer la prise en charge en psychiatrie adulte des patients des structures médico-sociales
- ACTION 18.** Mettre en œuvre le projet de réhabilitation psycho-sociale
- ACTION 19.** Optimiser le parcours de soin en santé mentale des enfants de 0 à 12 ans.
- ACTION 20.** Mettre en place du dispositif CESAR de resocialisation à destination des personnes suivies pour problème d'addiction

8. ANNEXES

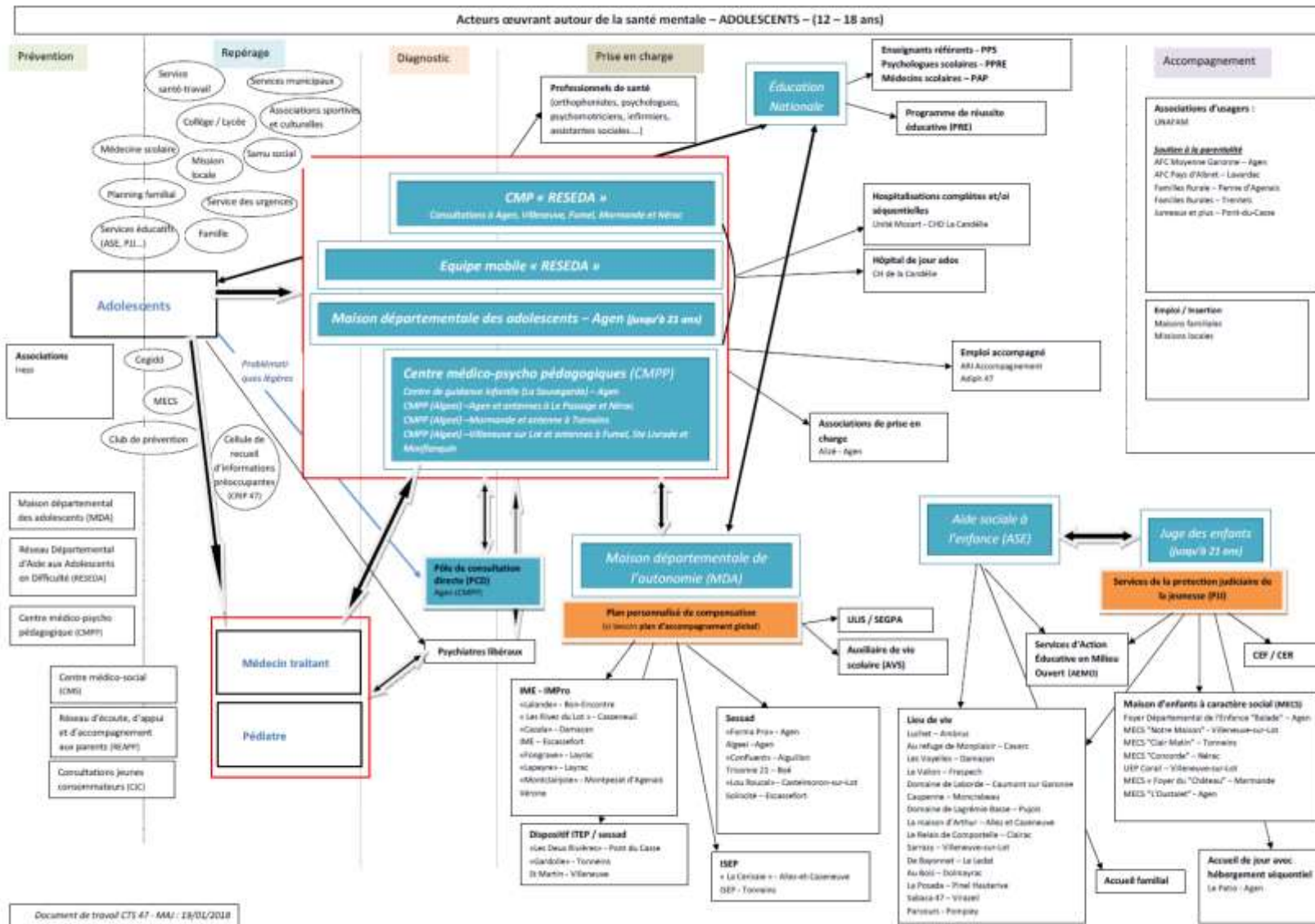
- ANNEXE N° 1 : CARTOGRAPHIE DES OFFRES**
- ANNEXE N° 2 : RETOUR DES QUESTIONNAIRES PTSM**
- ANNEXE N° 3 : PARCOURS DE SANTE EN ADDICTOLOGIE-PREVENTION DSDEN 47/DDARS 47**
- ANNEXE N° 4 : STRUCTURES SPECIALISEES EN ADDICTOLOGIE**
- ANNEXE N° 5 : LABELLISATION DES PARCOURS DE SANTE EN ADDICTOLOGIE EN LOT-ET-GARONNE**
- ANNEXE N° 6 : RAPPEL SUICIDANT-CH LA CANDELIE**
- ANNEXE N° 7 : DELAIS DE 1ER RDV EN CMP DU CH ADULTES ET ENFANTS**
- ANNEXE N° 8 : LIEUX D'INTERVENTION DES PASS EN LOT-ET-GARONNE**
- ANNEXE N° 9 : EMER**
- ANNEXE N° 10 : CONSTATS DES CLSM**
- ANNEXE N° 11 : FICHES ACTIONS CLSM POUR LA PROMOTION ET L'EDUCATION A LA SANTE ET LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION**
- ANNEXE N° 12 : REPARTITION DES PLACES SPECIFIQUES ENVISAGEABLES A COURT TERME**
- ANNEXE N° 13 : REPARTITION DES PLACES SPECIFIQUES ENVISAGEABLES A 3 ANS OU A PLUS LONG TERME**
- ANNEXE N° 14 : PROJET SERVICE UMPJ**
- ANNEXE N° 15 : LETTRE DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS NOUVELLE-AQUITAINE**
- ANNEXE N° 16 : LISTE DES PARTICIPANTS (Les institutions et leurs représentants – Les groupes de travail)**
- ANNEXE N°17 : VALIDATION DU DIAGNOSTIC PAR LE CTS ET CLSM**

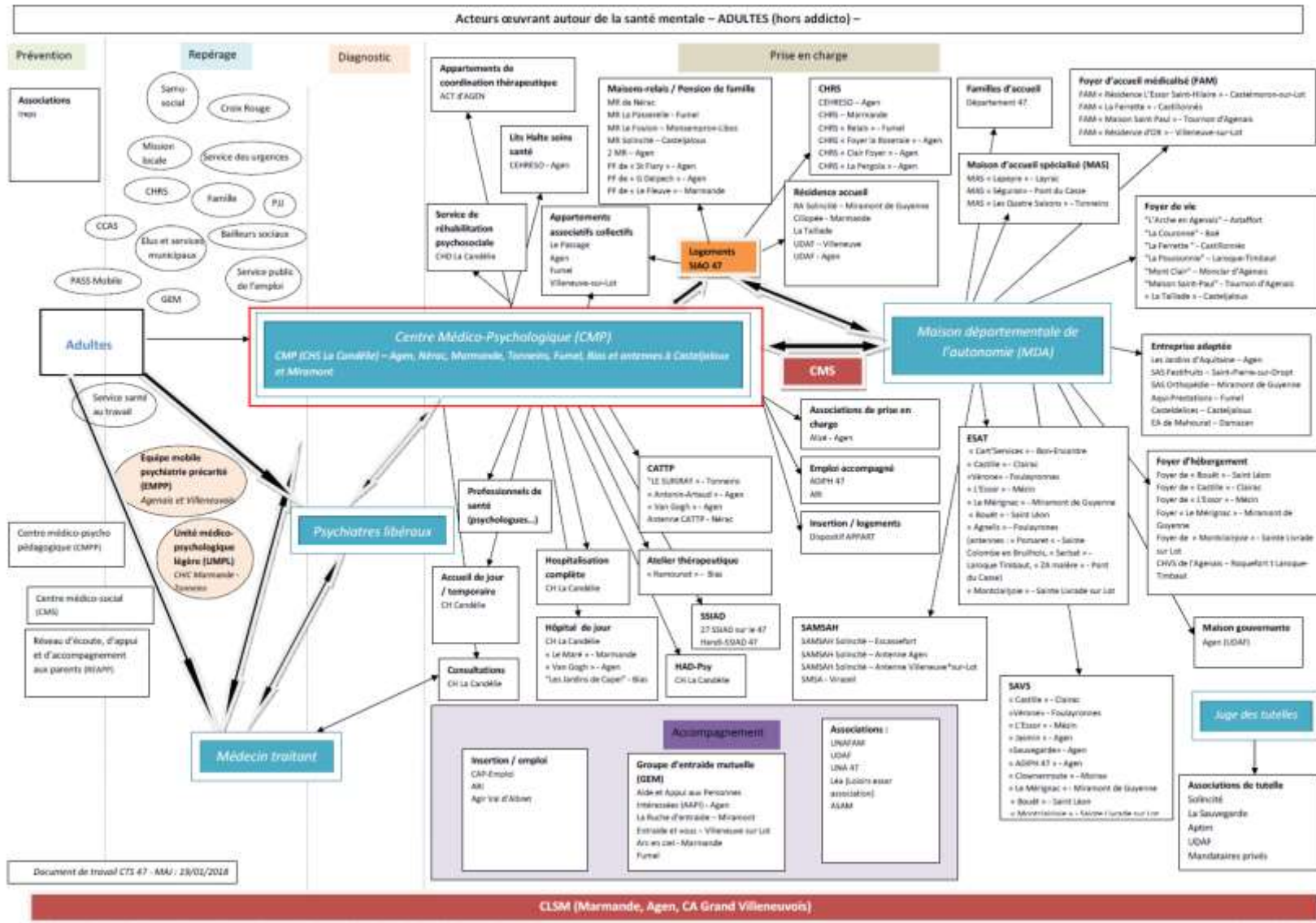
ANNEXE 1 : CARTOGRAPHIE DES OFFRES

→ ENFANTS

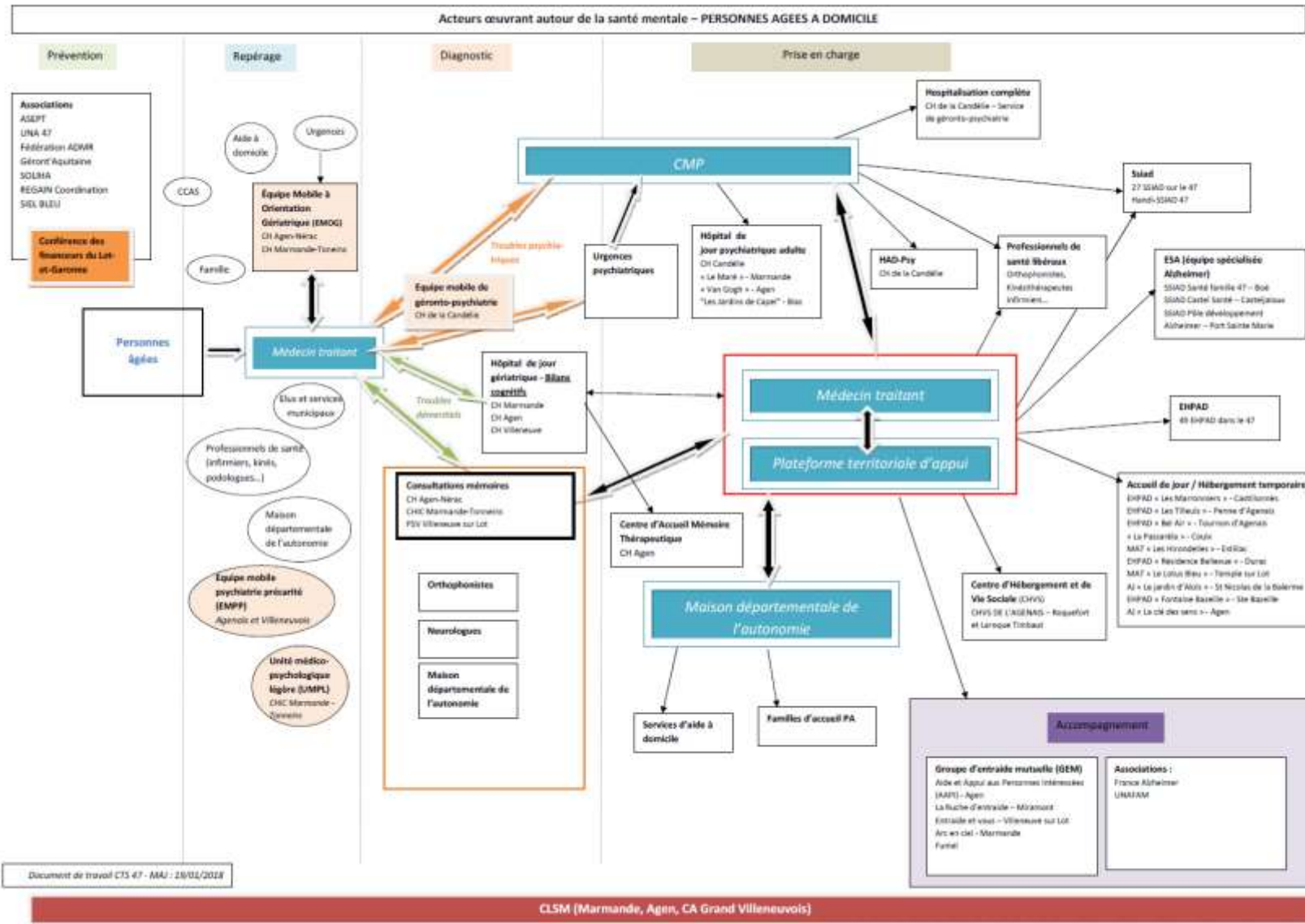


→ ADOLESCENTS





→ PERSONNES AGEES



ANNEXE 2 : RETOUR DES QUESTIONNAIRES PTSM

Questionnaires PTSM

Périnatalité et enfants de – de 6 ans

	Forces du territoire	Difficultés, faiblesses, dysfonctionnement	Besoins objectivés du territoire	Leviers, actions, propositions
Repérage précoce, accès diagnostic et soins	<ul style="list-style-type: none"> -maillage pluri professionnel -personnels formés -partenariat crèches, écoles... -accès direct pour les plus petits -associations comme Planète Autisme ou Coup de Cœur autisme, CRA 	<ul style="list-style-type: none"> -de +en+ d'enfants avec des moyens constants -problématique de non remboursement de transport et d'orthophoniste, voire kiné -peu de solutions après le diagnostic, temps d'attente pour le CRA trop long 	<ul style="list-style-type: none"> -besoin places SESSAD -sensibiliser les médecins généralistes et pédiatres -manque d'orthophonistes libéraux et médecins spécialisés -moyens pour faire face aux demandes qui ne cessent d'augmenter 	<ul style="list-style-type: none"> -plus de moyens -plus de coordination des partenariats -développer les réseaux -augmenter le nombre d'ortho mais aussi de kiné à compétences neuromotrices -remboursements CPAM
Situations, hospitalisations inadéquates	<ul style="list-style-type: none"> -partenariat avec le CH de PELLEGRIN, neuro pédiatrie et génétique, CH Agen/Nérac, PSV, Toulouse 	<ul style="list-style-type: none"> -liste d'attente importante pour hôpitaux de jour 	<ul style="list-style-type: none"> -renforcer les partenariats avec les structures sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> -développer l'offre de soins CATTP et hôpitaux de jour -réhabiliter l'accueil familial thérapeutique -redéployer les places hôpital de jour en SESSAD
Accès aux accompagnements médico-sociaux (soutien aux aidants, à l'entourage)	<ul style="list-style-type: none"> -partenariats PMI, judiciaires, crèches, écoles, réseau périnat, implication des parents, CRA, formation des aidants Unité d'enseignement externalisée maternelle autisme, REAP 	<ul style="list-style-type: none"> -besoins en augmentation alors que moyens constants -chronophage des partenariats -absence de guidance parentale : errance des familles après le diagnostic -pas assez d'école pour accueil TSA -engorgement des HDJ/SESSAD/IME -peu d'intervention à domicile faute de moyens. -embolisation des structures environnantes 	<ul style="list-style-type: none"> -aide aux familles de plus en plus précarisées -situations familiales complexes : parents et fratrie déjà suivies... 	NR

Accès aux soins somatiques	<ul style="list-style-type: none"> -partenariats CH Agen/Nérac, TLSE/BX, PMI, médecins et paramédicaux libéraux, pédiatrie du CHICMT/PSV -création de plateforme 	<ul style="list-style-type: none"> -manque de pédiatres et spécialistes libéraux (ORL/OPH/dentiste) -problème des kinés et remboursement de soins -accès tardif au CMPI pour enfant autiste 	<ul style="list-style-type: none"> -accompagner les familles pour qu'elles emmènent enfants vers les libéraux (pb social) 	<ul style="list-style-type: none"> -développer le partenariat avec les CAMPS, les services de pédiatrie, -améliorer la formation des dentistes pour prise en charge d'enfants handicapés -augmenter le nombre d'assistante sociale -créer un annuaire des professionnels et médecins spécialistes accueillant des enfants porteurs de TSA
Prévention et gestion des crises	<ul style="list-style-type: none"> -partenariat avec les structures petite enfance -partenariat avec réseau handicap rare NA -écoute des parents par ARS -équipe mobile pour une réponse dans les 48 heures 	<ul style="list-style-type: none"> -gestion de la liste d'attente -ressources humaines insuffisantes -peu de connaissance de l'autisme par la MDPH, pour anticiper les situations difficiles -pas d'établissement pour handicap moteur IEM/SESSAD UEMA sur Marmande 	<ul style="list-style-type: none"> -une offre de soins plus conséquente en libéral et en ESMS -promouvoir des rencontres à thèmes avec les différents partenaires de la petite enfance -former à l'autisme 	<ul style="list-style-type: none"> -accès PCH +tôt pour plus d'interventions intensives -remboursements CPAM
	Forces du territoire	Difficultés, faiblesses, dysfonctionnement	Besoins objectivés du territoire	Leviers, actions, propositions

Questionnaires PTSM

Enfants/adolescents

	Forces du territoire	Difficultés, faiblesses, dysfonctionnement	Besoins objectifs du territoire	Leviers, actions, propositions
Repérage précoce, accès diagnostic et soins	<ul style="list-style-type: none"> -maillage territorial -Multi partenariat -1^{er} accompagnement rapide(AS/Dr)-72h pour ados -associations autisme/CRA -Plateforme Réussite Educative -diagnostic de +en +précoce -professionnels formés à l'écoute des parents 	<ul style="list-style-type: none"> -manque de places SESSAD/ITEP -manque de médecins -manque de communication entre les partenaires -manque de travailleurs sociaux dans les collèges et lycées et de soignants -temps d'attente CRA +longue que pour les – de 6 ans. -peu de réponse après le diagnostic et peu de solution de scolarisation -saturation en orthophonie libérale -insuffisance d'offres de soins pour les pathologies les + lourdes -peu de place HDJ/CATTP -problème de transports dans les milieux ruraux -listes d'attente donc perte de fluidité des parcours -insuffisance des lits d'accueil séquentiel 	<ul style="list-style-type: none"> -beaucoup de demande de bilan donc les prises en charge sont retardées -place en ITEP/SESSAD ITEP/IME/SESSAD IME -conventionnement avec le secteur sanitaire ado -accompagner les parents à la compréhension de ce qui est dit aux consultations pour éviter l'errance 	<ul style="list-style-type: none"> -ne plus compter l'activité des CMPP à l'acte -analyser les besoins au niveau des bassins de population -mettre en place des échanges entre les différentes structures hospitalières et extra hospitalières -améliorer la formation des professionnels pour l'autisme -augmenter les moyens humains -favoriser les partenariats -faciliter les prises en charge complémentaires (ortho) -CRA -conventionnement avec le sanitaire -suivi des dispositifs partagés entre ESMS et sanitaire -formation-remise à niveau
Situations, hospitalisations inadéquates	<ul style="list-style-type: none"> -MOZART, services de pédiatrie, équipe d'urgence psy -partenariat avec CH lors des synthèses 	<ul style="list-style-type: none"> -parfois délai d'hospitalisation trop long même si urgence -problème des week-ends -attente pour un diagnostic différentiel trop long -places de SESSAD/IME pour les 12 ans difficiles -sortie précoce de l'HDJ sur Marmande -pas ou peu de séjours thérapeutiques en milieu spécialisé adapté -si crise de l'ado pendant la fermeture du service : parents démunis 	<ul style="list-style-type: none"> -développer les partenariats CMPP/CH (neuro/cardio/pédiatrie) -développer le réseau des libéraux -annuaire des associations et services existants -plateforme de soins -dispositifs partagés entre ESMS /sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> -développer l'offre de soins HDJ -développer CATTP pour diminuer les hospit temps plein -développer la coopération HDJ/MOZART -création d'une équipe mobile de soutien -créer un dispositif interactif sanitaire/ESMS -pôle de ressources et conventionnements

<p>Accès aux accompagnements médico-sociaux (soutien aux aidants, à l'entourage)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -partie intégrante du projet de l'enfant, lien et participation des parents -soutien aux parents, thérapie familiale -guidance parentale/AS du CMPP et un professionnel -partenariat avec PMI/scolaires... -différentes associations 	<ul style="list-style-type: none"> -retrait de postes à l'éducation nationale -manque d'IME et d'accompagnants sociaux-familiaux -réseau de transports -à 12 ans : difficile de trouver des accompagnements pour ateliers -sexualité non préparée pour les ados autistes -peu d'intervention au domicile faute de moyens -arrêt de la protection judiciaire à l'entrée en MS, alors que la famille a des difficultés++ -familles désocialisées, ne maîtrisant pas l'info -isolement rural, donc problème de transport -répartition inégale des équipements 	<ul style="list-style-type: none"> -SESSAD PRO/IME PRO -répertoire de l'existant -augmenter le nombre d'assistantes maternelles pour les enfants en besoin de placement -élaboration d'un guide simple pour informer les usagers et leur famille -développer les partenariats -population de plus en plus précarisée-situations familiales complexes -CRA -repenser la répartition des places sur le territoire -transport pour le nord du département -accompagnement social des familles -formation gratuite pour les aidants 	<ul style="list-style-type: none"> -organiser des stages dans des établissements adultes du 47 ou hors 47 -travail individuel et personnel par des chargés d'insertion -développer l'accompagnement à domicile -partenariat avec les services sociaux -augmenter les places d'accueil de jour -formation des aidants
<p>Accès aux soins somatiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> -plateau technique du CH -PASS MOBILE/CMPP/CMPI/IDE scolaires -PRE et les services de pédiatrie des CH47 ou des CHU -la majorité des praticiens exercent en secteur I -partenariat PMI/éducation nationale/ les libéraux/CMPP -bilan CPAM et soutien des institutions pour accompagner vers des praticiens 	<ul style="list-style-type: none"> -délais pour consultation OPH/ORL ou examens différentiels -manque de généralistes et de spécialistes -manque de formation autisme pour les Dr et les pédiatres -difficulté des familles : négligence du suivi somatique : renforcer les mesures de protection de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> -développer les partenariats CMPP/CH (neuro, cardio, péd) -développer le réseau des libéraux -information sur l'existant -accompagner les familles précarisées pour aller vers soins libéraux ou hospitaliers -postes non pourvus : prestations extérieures explosent les budgets -identification d'un lieu pour la globalité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> -formation autisme -ULISSE/TSA collèges-lycées SESSAD et SESSAD PRO -partenariat, communication, information -CRA -offres d'emplois partagés sur même bassin -développer les interventions à domiciles -conventionnement et partenariat approfondis

<p>Prévention et gestion des crises</p>	<ul style="list-style-type: none"> -CMPP travaille à la prévention de la souffrance psy des ados et enfants -accompagnement psycho et consultations psychiatrique, partenariat avec les services d'urgences -écoute des parents/L'ARS -relais handicaps rares NA 	<ul style="list-style-type: none"> -méconnaissance de l'autisme par la MDPH -fermeture MOZART le week-end -liste d'attente -manque de coordination entre les différentes structures -pas de présence de pédopsychiatres aux urgences -dispositifs passerelles jeunes /adultes trop limités -pas assez de prise en charge à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> -PCPE/SESSAD -besoin d'une coordination CH/urgence psy des CH généraux et des services de pédiatrie -un interlocuteur unique si hospitalisation en urgence -étoffer l'offre de soins libérale et institutionnelle -ceux qui bénéficient de passerelles ont besoin d'un suivi thérapeutique pour la transition -besoin de + en + de point relais 	<ul style="list-style-type: none"> -créer une cellule autisme à la MDPH -mise en place de suivi de réponse -CRA -équipe mobile CH -transformation des établissements (offre de soins) -partenariats sanitaire/S/MS/scolaire, possibilité d'aller et retour pour fluidifier -information et formation des acteurs de manière croisée
	<p>Forces du territoire</p>	<p>Difficultés, faiblesses, dysfonctionnement</p>	<p>Besoins objectifs du territoire</p>	<p>Leviers, actions, propositions</p>

Questionnaires PTSM

Adultes

	Forces du territoire	Difficultés, faiblesses, dysfonctionnement	Besoins objectivés du territoire	Leviers, actions, propositions
Repérage précoce, accès diagnostique et soins	<ul style="list-style-type: none"> -urgences psy-CH -CH pôle ressource-suivi somatique -réseaux, dynamique interprofessionnelle, volonté de coordination, partenariat -CMP/HDJ -CRA/SAMSAH/ESAT/associations 	<ul style="list-style-type: none"> -méconnaissance des dispositifs du 47 -pénurie de psychiatres, spécialistes et généralistes -difficulté d'établir un diagnostic différentiel entre organique et psy -délai de diagnostic psy est long chez l'adulte -accès aux soins + difficile -accompagnement défaillant, donc une prévention de la crise aléatoire -listes d'attente pas toujours actualisées, où sont les places en 47 ? -difficulté d'avoir un 1^{er} RDV -peu de formation pour prise en charge des adultes TSA -coordination difficile entre service psy et ESMS. -difficulté des urgences à répondre aux demandes des ESMS 	<ul style="list-style-type: none"> -professionnels de santé, de coordination entre les différents services -une cartographie claire du territoire pour apporter des réponses adaptées -rapprocher les ressources du sanitaire et du MS -soutien aux familles -besoin de places d'ESAT pour adultes TSA -développer des services de proximité -besoin de +de réactivité pour évaluation et consultation -job coaching -aller au-devant des malades -Mas comme à Grignols 	<ul style="list-style-type: none"> -dédier des unités de vie en structures d'accueil spé pour adultes handicapés psy -personne ressource ou référente dans les CH -former les professionnels hospitaliers à l'accueil et accompagnement des pers handicapées psy -développer l'ambulatoire pour les ESMS -travail + appuyé entre sanitaire et MS -formation des professionnels et des aidants, aides par les pairs -ouverture sur l'extérieur pour favoriser et pérenniser les partenariats -créer une équipe mobile de CS -développer les partenariats par conventionnement -rencontres régulières avec les professionnels du soin-se connaître pour se reconnaître -informatisation généralisée du dossier usager-patient et suivi des orientations en « live »
Situations, hospitalisations inadéquates	<ul style="list-style-type: none"> -conventionnement avec CH pour patient stabilisé -commission des situations complexes 	<ul style="list-style-type: none"> -manque de psychiatres et de place en psychiatrie -hospitalisation en psychiatrie sans prise en compte du somatique -absence de dispositif alternatif pour les personnes dans le déni de la maladie 	<ul style="list-style-type: none"> -développer les partenariats conventionnés entre sanitaire psy et ESMS -structure intermédiaire entre CH et services de droit commun -favoriser les soins en ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> -proposer aux établissements à accueil De jour de développer un service d'accueil et de suite à domicile -évolution de l'offre et création de poste en FAM -constitution d'un Pool d'équipes spé à l'accueil des personnes H psy à l'hôpital

		<ul style="list-style-type: none"> -liens quasi inexistant entre les différents établissements d'où pb de continuité des soins -difficulté des services généraux d'appréhender la maladie psy -pb des sorties non anticipées -manque de coordination entre le sanitaire et les ESMS -rigidité des agréments et modalités d'hébergement 	<ul style="list-style-type: none"> -de postes en FAM pour accompagner les personnes en hospitalisation -besoin de frontières + perméables vers MS pour ceux qui attendent une sortie d'hospitalisation (évaluation graduelle-adaptation progressive -structures intermédiaires pour retour à la vie ordinaire (SAMSAH, service d'accueil...) -diminuer l'embolisation de l'hôpital pour accueillir les urgences -complémentarité secteur MS pour accueillir le patient qui pourrait sortir du sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> -développer des outils @de liaison entre établissements d'hébergement et d'hospitalisation -formation du personnel -nommer un Dr ressource pour aider les équipes -développer le service mobile psy pour les situations d'urgence pour éviter des hospit ou des absences de solutions. -création de cellules tampon-espace d'échange, coordi entre les professionnels des 2 secteurs pour une prise en charge plus globale et fluide
<p>Accès aux accompagnements médico-sociaux (soutien aux aidants, à l'entourage)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -acc de jour, temporaire, associations d'aide aux aidants -maillage des établissements MS-GEM -dispositif d'appartement et d'intervention à domicile/ PCPE -, CRA, formation des aidants 	<ul style="list-style-type: none"> -pas assez de places en acc temporaire et de jour -difficulté de repérage sur le territoire -manque de places d'accueillants familiaux -lourdeur, lenteur administrative pour constitution et obtention des dossiers d'acc temporaire -synergie sanitaire/MS -manque de formation du handicap psy 	<ul style="list-style-type: none"> -établir des liens entre demandeurs et acteurs du MS -créer des places d'acc spé pour handicapés vieillissants -manque de lisibilité de l'offre et de la spécificité des missions de chacun -renforcement de la collaboration entre acteurs du sanitaire et du MS -besoin de lieux de rupture sur mode séquentiel, lieu de ressource -développer les aides à domicile -job coaching, logements adaptés -améliorer la lisibilité de l'offre 	<ul style="list-style-type: none"> -lien entre les AS de la PCH serait levier de repérage opérationnel sans moyens supplémentaires -développer une coopération étroite entre établissement et famille -rencontres et partenariats des instances identifiées à partir des besoins et dossiers précis sur base données /CDPH -partenariat avec entreprises job coaching -référentiel de structures avec spécialité et rôle de chacune -augmenter places SAVS/SAMSAH/SSIAD spé comme handissiad

<p>Accès aux soins somatiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> -GEM/HDJ/ateliers thérapeutiques/CH HANDISSIAD/SAMSAH -conventionnement avec des pharmaciens -centre cs somatique CH-pôle ressource CH 	<ul style="list-style-type: none"> -manque de généralistes, spécialistes sensibilisés à la question du handicap -pas d'identification des professionnels sensibilisés au handicap et TSA -accès difficile pour TSA 	<ul style="list-style-type: none"> -accessibilité des cabinets de libéraux et de formation de ceux-ci -renforcer le dialogue entre acteurs -développer la notion de pairs aidants et ETP 	<ul style="list-style-type: none"> -HDS 47 : élargir ses compétences-SPASAD -tte formation ou sensibilisation au handicap psy des professionnels du somatique -tte démarche commune entre acteurs du sanitaire et MS pour mieux comprendre les contraintes respectives -tt outil permettant d'identifier les personnes ressource formées et sensibilisées au handicap psy -télémédecine -impulser une dynamique de coopération entre sanitaire et ESMS -formation et stages communs
<p>Prévention et gestion des crises</p>	<ul style="list-style-type: none"> -conventionnement avec CH pour pers accueillies vieillissantes -réactivité des services urgences comme pompiers -prévention de crises cadrées par procédures ARS -dossier partagé pour développer la médecine de parcours -diversité des partenariats (ANPAA/CEGID) bonne réactivité des autorités 	<ul style="list-style-type: none"> -accessibilité au service d'urgence -peu de possibilité de séjours de rupture par manque de lieux adaptés -difficile hospitalisation et/ou suivi en cas de décompensation -gestion de l'évènement improbable, difficulté à conceptualiser d'où faiblesse de la dynamique d'anticipation -pas/peu de complémentarité des équipes -absence de dispositif -samu n'a pas toujours la même lecture de l'urgence -pas ou peu de synthèse d'hospitalisation et/ou cs 	<ul style="list-style-type: none"> -modes nouveaux d'accueil pour les situations complexes -prévention, dépistage diagnostic pour meilleure prise en charge -renforcement des lieux d'accueil sur l'ensemble du territoire -création de lieux dédiés pour prises ne charge nocturnes -développer l'ETP -formation –information collèges lycées sur le handicap psy 	<ul style="list-style-type: none"> -intervention d'IDE psy de secteur dans les établissements -développer les modes d'accueil séquentiels et diversifiés -mener des campagnes de communication sur le handicap psy -action en établissement de promotion de la santé -mise à disposition de retours d'expérience pour renforcer la prévention -renforcer l'équipe mobile 24h/24 -action de sensibilisation des équipes SAMU du handicap psy -former les professionnels aux prodromes -favoriser l'habitat au cœur de la cité, donnant statut de citoyen aux PH
	<p>Forces du territoire</p>	<p>Difficultés, faiblesses, dysfonctionnement</p>	<p>Besoins objectivés du territoire</p>	<p>Leviers, actions, propositions</p>

Questionnaires PTSM

Personnes âgées

	Forces du territoire	Difficultés, faiblesses, dysfonctionnement	Besoins objectifs du territoire	Leviers, actions, propositions
Repérage précoce, accès diagnostic et soins	<ul style="list-style-type: none"> -accès au médecin généraliste -accès consultation mémoire -SGP1 et 2 au CH -HDJ pour les consultations -CMP psy de Fumel 	<ul style="list-style-type: none"> -délai cs spécialiste (dentiste, cardio...) de plus les salles ne sont pas toujours adaptées... -frais de transport freinent la prise en charge -pas assez de places d'hospit au CH -peu de psychiatre disponible pour diagnostic -psychiatres pas assez mobiles et pas assez spécialisés en gériatrie -si urgence psy : hospit au CH difficile -absence de cs psy mensuelle comme avant 	<ul style="list-style-type: none"> -réponse du CH plus rapide quand appel pour urgence -cs mensuelle de psychiatre dans les EHPAD et visite régulière d'une IDE PSY 	<ul style="list-style-type: none"> -création plateforme d'écoute pour PA -formation intra-muros personnel CH -poste IDE psy en EHPAD
Situations, hospitalisations inadéquates	<ul style="list-style-type: none"> -services de médecine G/CH/CMP/médecin généraliste dans la démarche 	<ul style="list-style-type: none"> -dr généraliste parfois injoignable V/S/D -tps d'attente pour hospit trop long -les demandes d'intervention doivent être faites par écrit -manque de coordination EHPAD/CH 	<ul style="list-style-type: none"> + de lits PA -visite en EHPAD avec équipe mobile et psy pour évaluation -besoin IDE psy 	<ul style="list-style-type: none"> -psychiatre en EHPAD -visite IDE psy pour préconisations
Accès aux accompagnements médico-sociaux (soutien aux aidants, à l'entourage)	<ul style="list-style-type: none"> - France Alzheimer + formation des aidants -CMP/CLIC/MAIA -formation des aidants par associations 	<ul style="list-style-type: none"> -famille difficilement mobilisable en EHPAD -pas assez d'assistante sociale en EHPAD -cohabitation PA et PA à trouble psy 	<ul style="list-style-type: none"> -plateforme d'appel pour les pbs sociaux -création d'équipe mobile d'assistantes sociales en EHPAD -petites unités de vie à créer 	<ul style="list-style-type: none"> -plateforme et équipe AS
Accès aux soins somatiques	<ul style="list-style-type: none"> -hôpital sur chaque territoire 	<ul style="list-style-type: none"> -délais de cs, retour sans courrier, attente aux urgences -absence d'IDE la nuit quand retour des urgences -pb de remboursement d'ambulance ou VSL et moins de médecins généralistes 	<ul style="list-style-type: none"> -gériatre de garde -besoin de généralistes 	<ul style="list-style-type: none"> - plateforme d'appel ayant avis médecin gériatre

<p>Prévention et gestion des crises</p>	<ul style="list-style-type: none"> -pompiers réactifs -EMGP/SIRA 	<ul style="list-style-type: none"> -difficulté d'accès aux urgences psy -15 à revoir demande par écrit -de moins en moins de médecins 	<ul style="list-style-type: none"> -équipe mobile post évaluation par téléphone -venue d'une IDE psy pour les urgences 	<ul style="list-style-type: none"> -CMP recevant plus vite les résidents pour une évaluation psy -formation des agents des EHPAD du handicap psy -budget augmenté pour 100% psychologues en EHPAD -faire intervenir l'équipe mobile psy
	Forces du territoire	Difficultés, faiblesses, dysfonctionnement	Besoins objectivés du territoire	Leviers, actions, propositions

ANNEXE 3 : PARCOURS DE SANTE EN ADDICTOLOGIE-PREVENTION DSDEN 47/DDARS 47

Parcours Santé en milieu scolaire de Lot-et-Garonne

Fiche Action

Fiche n° 1 : Parcours santé en addictologie

Se saisir de la thématique : définition de la thématique

Enquête escapad septembre 2018

Globalement les jeunes de la région NA présentent un profil de surconsommation comparativement à celui de leurs homologues métropolitains quelle que soit la substance. Trois jeunes sur quatre déclarent une consommation récente d'alcool et un sur dix une consommation régulière. Près de trois sur dix se déclarent fumeurs quotidiens. Le niveau d'usage régulier de cannabis ne se démarque toutefois pas du reste du pays, malgré une propension plus élevée à l'expérimenter. Près de 8% des jeunes déclarent par ailleurs avoir expérimenté une autre drogue illicite.

1

Comprendre les enjeux : pourquoi s'intéresser à cette thématique ?

Expertise collective INSERM 2014

L'adolescence constitue la période de transition entre l'enfance et la vie d'adulte. Il s'agit d'un intervalle de temps débutant vers l'âge de 10-11 ans chez les filles et plutôt 12-13 ans chez les garçons, pour s'achever autour de 18 ans, voire au-delà dans certaines sociétés. Si l'adolescence s'accompagne de nombreux changements physiologiques et physiques, c'est aussi une période de maturation et d'évolution psychologique complexe, en lien avec la rupture avec l'enfance et les nombreuses interrogations vis-à-vis de la future vie d'adulte, et avec une forte signature sociale. C'est une période au cours de laquelle l'adolescent s'affranchit progressivement du lien de dépendance aux parents, en affirmant ses propres désirs, par la recherche de nouvelles figures d'identification, mais aussi par la recherche de nouvelles expériences associant souvent une certaine résistance aux règles établies. Dans le désir d'émancipation vis-à-vis des parents et d'intégration dans un nouveau groupe, celui des pairs, avec la recherche de leur reconnaissance, l'adolescence constitue également une phase de curiosité, de prises de risque et de défi.

Dans ce contexte, et au gré des opportunités, l'adolescence est propice à l'expérimentation de l'usage de substances psychoactives et de comportements particuliers, dont la répétition est susceptible d'entraîner un abus, voire une dépendance.

Ainsi les niveaux de consommation de certains produits chez les jeunes de 10-18 ans, tels que l'alcool, le tabac ou encore le cannabis, sont élevés, et leurs conséquences sanitaires et sociales constituent une préoccupation de premier plan en santé publique. Même si, au regard de la toxicité des substances psychoactives, le positionnement des addictions comportementales fait encore débat, la pratique problématique des jeux vidéo/Internet et des jeux de hasard et d'argent constitue une préoccupation de santé publique plus récente, en particulier concernant les adolescents.

Enfin, il est important de souligner que chez les adolescents, l'ensemble des conduites addictives peuvent avoir un impact sur le développement. Dans une période clé d'apprentissage scolaire et de découverte émotionnelle, la prise de substances psychoactives, comme la pratique problématique de jeux, pourront entraver le parcours de vie et constituer un handicap ou une « perte de chance » pour l'avenir.

Création 14/12/2018 MAJ 27/02/2019

Les objectifs poursuivis : sur quoi veux-tu agir en milieu scolaire ?

- **Objectif(s) général (aux) : Prévenir les conduites addictives des adolescents**
 - Prévenir l'initiation ou en retarder l'âge
 - Eviter les usages réguliers
 - Repérer au plus tôt les usages précoces et réguliers et promouvoir une prise en charge adaptée

- **Objectifs Spécifiques :**
 - Augmenter les compétences psychosociales chez 50 % des élèves ciblés
 - A partir des données de la littérature, repérer au moins 50 % des adolescents ayant des usages / comportements problématiques (avec ou sans substances)
 - Orienter tous les adolescents repérés vers une intervention brève
 - Augmenter chez les adultes de la communauté éducative les connaissances concernant les caractéristiques de l'adolescence vis-à-vis des conduites à risque liées ou non à des substances psychoactives.
 - Augmenter les orientations de première ligne en installant des « points prévention jeunesse » (CJC) au sein des établissements scolaires de l'Agenais (consultations avancées)

2

Les stratégies et les modalités d'actions

- **Modes d'intervention**
 - Formation de personnel pluri-catégoriel de la communauté éducative de l'Education nationale (culture commune vulnérabilité du jeune et conduites à risque, sentinelle de consommation/conduites à risque, développement des compétences psychosociales des élèves,...)
 - Intervenants extérieurs auprès des élèves (consultations avancées CJC)
 - Déploiement de programme d'intervention probante (unplugged)
 - Appui des CESC à la méthodologie de projet
 - Implication des CVC et CVL

● **Actions/outils**

- Journée culture commune autour du comportement de dépendance des enfants et des adolescents de l'ensemble des personnels de la communauté éducative des établissements ciblés (personnel de direction, CPE, enseignants, médico-social, surveillant,...) par des intervenants extérieurs (AGIR33, CHS La Candélie, Ireps) et présentation du parcours (formation développement des CPS, formation équipe sentinelle,...) 20/03/2018
- 2 Journées de formation d'équipe pluri-catégorielle sentinelle par établissement au repérage précoce des situations et orientation (AGIR 33) et accompagnement des équipes formées (2 sessions en 2018 et accompagnement en 2019-2020)
- Formation complète des personnels de l'Education Nationale au développement des Compétences Psychosociales des enfants et des adolescents par l'IREPS
3 sessions de formation de 6 jours (personnels volontaires des 10 établissements concernés (enseignants, AED, personnels de direction, CPE,...) et une session de 4 jours pour le personnel santé-social de l'EN
Début novembre 2018 – fin mars 2019
- Déploiement du programme probant unplugged sur 3 établissements pilotes en 2019
- Mise en place de consultations avancées de Consultation Jeune Consommateur (CJC) en interne aux 10 établissements du parcours

3

● **Public visé**

L'ensemble des élèves des 6 collèges (Joseph Chaumié, Dangla, Ducos du hauron, Théophile De Viau, Jasmin, la Rocal) et des 4 lycées (Palissy, de Baudre, Lomet, Monnet) du territoire de l'Agenais 8100 élèves

● **Porteur(s) du projet**

Lycée De Baudre pour l'ensemble des 10 établissements de l'Agenais avec les chefs d'établissements (ou leur représentants) des collèges et lycées de l'Agenais en lien avec la DSDEN et la DDARS.

● **Partenaires**

- DDARS
- DSDEN
- CSAPA (ANPAA et Sauvegarde)
- IREPS
- AGIR 33
- CHS Candélie (Pôle addictologie)

● **Opérateurs extérieurs à l'établissement**

- Associations intervenant sur cette thématique : Sauvegarde, ANPAA, IREPS, AGIR 33, CHS de la Candélie (Pôle addictologie),...

● **A développer...**

- Les liens avec le parcours santé en addictologie porté par une chargée de mission de la Sauvegarde et les actions associées notamment au sein de l'Agglomération d'Agen
- Lien avec les actions du Contrat Local de Santé de la Communauté d'Agglomération d'Agen

● **Indicateur(s) de l'action / Evaluation (dont auto-évaluation ?)**

Nombre de projets d'établissement ou de CESC comportant développement des CPS et lien avec la prévention des conduites addictives

Evaluation du niveau de CPS des élèves

Evaluation du niveau de connaissances des caractéristiques de l'adolescent vis-à-vis des conduites à risques

% de jeunes repérés à risque et évolution

4

● **Calendrier / Echancier :**

ANNEXE 4 : STRUCTURES SPECIALISEES EN ADDICTOLOGIE



STRUCTURES SPECIALISEES en ADDICTOLOGIE en LOT ET GARONNE

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

- **ANPAA 47 :**
148, place Lamennais, 47000 AGEN - Tél. : 05 53 66 47 66
Antenne MARMANDE : rue de la cale
Consultation avancée : NERAC (centre hospitalier)
- **SAUVEGARDE :**
8, rue du 4 septembre, 47000 AGEN - Tél. : 05 53 48 15 80
Antenne VILLENEUVE/LOT : MSP des haras, place des droits de l'homme
Consultation avancée : FUMEL (centre hospitalier)

Consultations Jeunes Consommateurs

SAUVEGARDE : tel pour horaires et rendez-vous 05 53 48 15 80
AGEN : 8, rue du 4 septembre 47000 AGEN
VILLENEUVE-SUR-LOT : CISD Pôle de santé du villeneuvois / Espace des haras.

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues

SAUVEGARDE : 8, rue du 4 septembre 47000 AGEN, 05 53 48 15 80

ETABLISSEMENTS DE SANTE

- **Centre Hospitalier Départemental de la Candélie, Pont du Casse**
Département d'addictologie, centre Pierre Fouquet : 05 53 77 67 00 (secrétariat : 05 53 77 67 53)
Consultations, hospitalisations de jour, hospitalisations complètes, sevrages simples et complexes, soins de suite et réadaptation, Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) commune avec le CH Agen
- **Centre hospitalier d'Agen-Nérac : 05 53 69 70 71**
Consultations, sevrages simples, unité de coordination de tabacologie, ELSA commune avec le CH de la Candélie
- **CHIC de Marmande : 05 53 20 30 40**
Consultations, sevrages simples, ELSA en cours de constitution
- **Centre hospitalier de Villeneuve/Lot : 05 53 72 23 23 (secrétariat CISD : 05 53 72 24 26)**
Consultations (CISD), sevrages simples, ELSA

Structures spécialisées en addictologie en Lot et Garonne – mai 2018

Labellisation des parcours de santé en addictologie



Célia Barbosa
Coordinatrice de projets



Labellisation des parcours de santé en addictologie Cadre de la démarche

SCHEMA REGIONAL DE SANTE

2018-2023:

- Axe 1 : renforcer l'action sur les déterminants de santé
- Axe 2: organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé
- Axe 3: garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge



*Améliorer la santé de toutes
et tous en Nouvelle-Aquitaine*



Labellisation des parcours de santé en addictologie Cadre de la démarche

LA LOI
DE MODERNISATION
DE NOTRE SYSTÈME
DE SANTÉ



La loi est organisée autour de 4 piliers :

1. Renforcer la prévention et la promotion de la santé
2. Faciliter au quotidien les parcours de santé
3. Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé
4. Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire



Labellisation des parcours de santé en addictologie Cadre de la démarche



- Feuille de route définie par le cahier des charges avec un « parcours cible » décliné en objectifs stratégiques et en priorités



- Extension du périmètre d'intervention à l'ensemble du Lot-et-Garonne



Labellisation des parcours de santé en addictologie

Rappel de la démarche

Enjeux de la Labellisation Parcours

- Dans un continuum qui va: de la prévention, aux soins, à la réinsertion sociale et professionnelle
- Éviter les ruptures de prises en charge et gagner en lisibilité
- Encourager une dynamique partenariale locale
- Identifier et légitimer des bonnes pratiques



Labellisation des parcours de santé en addictologie

Trois Objectifs stratégiques

Objectif stratégique 1 : accessibilité

- garantir l'accessibilité des personnes présentant des conduites addictives ou en situation de risques de conduites addictives à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale en établissements ou en ambulatoire

Objectif stratégique 2 : continuité et fluidité

- assurer la continuité (donc l'absence de rupture) des interventions des différents acteurs impliqués dans la prévention, le soin et l'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives

Objectif stratégique 3 : qualité et efficacité

- promouvoir la qualité et la pertinence voire l'efficacité des interventions auprès des personnes présentant des conduites addictives, afin notamment d'éviter les dommages somatiques, psychiques et sociaux

Mobiliser l'ensemble des acteurs



STRUCTURES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DANS LE PARCOURS DE VIE



PREMIERS ENSEIGNEMENTS

- **MANQUE DE LISIBILITÉ DE LA FILIÈRE**
 - Difficulté à repérer les structures existantes et leurs spécificités
 - Structuration de la filière en trois niveaux faiblement repérée
- **DEMANDE FORTE EN FORMATION**
 - Demande présente chez l'ensemble des acteurs participants aux groupes de travail
 - Demande d'avoir une culture commune sur les addictions
- **Mobilisation différente selon les territoires**



PREMIERS ENSEIGNEMENTS

Des thématiques manquantes ?

Personnes âgées	Logement
Personnes sous main de Justice	Réduction des risques
Personnes en situation de handicap	Migrants
	Autres...
Milieus festifs	



PREMIERS ENSEIGNEMENTS

○ ARTICULATION AVEC LES AUTRES DÉMARCHES TERRITORIALES

- Nécessaire articulation avec les autres démarches territoriales (CTS, CLS, CLSM) et avec les autres professionnels de coordination (PTA, animateurs de santé publique, chargés de mission....)
- Projets territoriaux avec des échelles territoriales distinctes / lassitude des acteurs devant multiplication des réunions / perte de sens



PREMIERS ENSEIGNEMENTS

○ NÉCESSITÉ D'UNE INSTANCE DE COORDINATION DÉPARTEMENTALE?

- Mise en place d'un comité de suivi / d'une table stratégique ?
- Intégration au CTS?
- Animation conjointe avec la préfecture via la Mildeca?



PARCOURS DE SANTE EN ADDICTOLOGIE



AGEN / NERAC

PARCOURS SANTE EN ADDICTOLOGIE priorisation des problématiques - Agen/Nerac

PARCOURS PUBLIC VULNERABLE

- Journée territoriale de sensibilisation aux addictions
- Expérimentation d'une équipe mobile
- Sensibilisation aux addictions sur site

Femmes

- Formation: addictions et femmes
- Formation intervention précoces

Jeunes Parentalité

- Maison des jeunes
- Écrans, parlons-en
- Consultations avancées CJC



OBJECTIF 1 : ACCESSIBILITE

Objectif opérationnel

- *Développer des actions de prévention*

Actions proposées

- Maison des jeunes
- *Écrans, parlons-en!*

OBJECTIF 1 : ACCESSIBILITE

Objectif opérationnel

Améliorer la sensibilisation des professionnels aux problématiques addictives

Actions proposées

- Journée territoriale addictions
- Sensibilisation / formation des professionnels aux addictions sur site

OBJECTIF 1 : ACCESSIBILITE

Objectif opérationnel

Développer des actions d'allers en direction des publics vulnérables

Actions proposées

- Expérimentation d'un dispositif de proximité
- Mise en place de microstructures

OBJECTIF 1 : ACCESSIBILITE

Objectif opérationnel

Rendre visible l'offre et améliorer la connaissance du réseau de santé en addictologie

Actions proposées

1. Guide des ressources
2. Mise en place d'un outil de communication à destination des femmes
3. Mise en place d'outils de communication à destination des parents

OBJECTIF 2 : continuité et fluidité

Objectifs
opérationnels

- Consolider l'offre de service du CSAPA en addictologie

OBJECTIF 2 : CONTINUITÉ ET FLUIDITÉ

Objectif opérationnel

Consolider l'offre de service du CSAPA

Actions proposées

- CJC : points de consultations de proximité
- Parcours santé addicto/Éducation nationale

OBJECTIF 3 : QUALITÉ ET EFFICIENCE

Objectifs opérationnels

Renforcer la prévention et le repérage des risques et la connaissance des conduites à risque

Faciliter l'accès aux connaissances sur les addictions et leur prise en charge

Améliorer le repérage et l'accompagnement des femmes et harmoniser les pratiques entre le champ de l'addictologie et la périnatalité

OBJECTIF 3 : QUALITÉ ET EFFICIENCE

Objectif opérationnel

- Renforcer la prévention et le repérage des risques et la connaissance des conduites à risque

Actions proposées

- Prévention : état des lieux

OBJECTIF 3 : QUALITÉ ET EFFICIENCE

Objectif opérationnel

- Faciliter l'accès aux connaissances sur les addictions et leur prise en charge

Actions proposées

- Actions de formation

OBJECTIF 3 : QUALITÉ ET EFFICIENCE

Objectif opérationnel

Actions proposées

- Améliorer le repérage et l'accompagnement des femmes – harmoniser les pratiques

1. Création d'outils pour les professionnels
2. Journée territoriale femmes et addictions

PARCOURS DE SANTE EN ADDICTOLOGIE



Villeneuve-sur-Lot / Fumel

PARCOURS SANTE EN ADDICTOLOGIE priorisation des problématiques -

Précarité
Publics
fragilisés

- ❖ Se connaître, connaître les addictions. Rencontre entre professionnels
- ❖ Expérimentation d'un bus maraude

Femmes

- ❖ Création d'une affiche / support de communication : *addictions où en parler?*
- ❖ Formation : les addictions au féminin
- ❖ Création d'outils pour les professionnels
- ❖ Groupes de parole pour les jeunes femmes

Jeunes

- ❖ Prévention : état des lieux
- ❖ Sensibilisation des professionnels jeunesse aux addictions
- ❖ CJC : structure d'appui pour les établissements scolaires
- ❖ Mise en place d'outils de communication à destination des parents
- ❖ Réseau parentalité adolescents

Lisibilité

- ❖ Guide des ressources

OBJECTIF 1 : ACCESSIBILITE

Objectifs
opérationnels

- *Rendre visible l'offre et améliorer la connaissance du réseau de santé en addictologie*
- *Améliorer la sensibilisation des professionnels sur les problématiques addictives*
- *Favoriser la rencontre entre usagers et professionnels et développer des actions d'aller-vers en direction des publics vulnérables*

OBJECTIF 1 : ACCESSIBILITE

Objectif opérationnel

Rendre visible l'offre et améliorer la connaissance du réseau de santé en addictologie

Actions proposées

1. Guide des ressources
2. Mise en place d'un outil de communication à destination des femmes
3. Mise en place d'outils de communication à destination des parents

OBJECTIF 1 : ACCESSIBILITE

Objectif opérationnel

Améliorer la sensibilisation des professionnels sur les problématiques addictives

Actions proposées

1. Sensibilisation / formation des professionnels aux addictions

OBJECTIF 1 : ACCESSIBILITE

Objectif opérationnel

Développer des actions d'aller-vers en direction des publics vulnérables

Actions proposées

- Mettre en place des « permanences mobiles » évolutives et adaptables à la demande
- Mise en place de « maraudes » Agglomération Grand Villeneuvois
- Microstructures

OBJECTIF : continuité et fluidité

Objectifs opérationnels

- Faciliter le repérage et l'orientation
- Consolider l'offre de service du CSAPA en addictologie

OBJECTIF 2 : CONTINUITÉ ET FLUIDITÉ

Objectif opérationnel

- faciliter le repérage et l'orientation, améliorer la connaissance du réseau

Actions proposées

- Organiser des temps d'échanges de pratiques sur les addictions
- Réseau parentalité adolescents

OBJECTIF 2 : CONTINUITÉ ET FLUIDITÉ

Objectif opérationnel

- Consolider l'offre de service du CSAPA en addictologie

Actions proposées

- CJC: structure d'appui pour les établissements scolaires
- Réseau parentalité adolescents

OBJECTIF 3 : QUALITÉ ET EFFICIENCE

Objectifs opérationnels

Renforcer la prévention et le repérage des risques et la connaissance des conduites à risque

Faciliter l'accès aux connaissances sur les addictions et leur prise en charge

Améliorer le repérage et l'accompagnement des femmes

Harmoniser les pratiques entre le champ de l'addictologie et la périnatalité

OBJECTIF 3 : QUALITÉ ET EFFICIENCE

Objectif opérationnel

- Renforcer la prévention et le repérage des risques et la connaissance des conduites à risque

Actions proposées

Prévention : état des lieux
Parcours santé addictions éducation nationale
Groupe de paroles pour les jeunes femmes

OBJECTIF 3 : QUALITÉ ET EFFICIENCE

Objectif opérationnel

- Faciliter l'accès aux connaissances sur les addictions et leur prise en charge

Actions proposées

1. échanges sur les connaissances expérientielles l'ADDICTION AU FEMININ
2. Sensibilisation des professionnels jeunesse aux addictions

OBJECTIF 3 : QUALITÉ ET EFFICIENCE

Objectif opérationnel

- Améliorer le repérage et l'accompagnement des femmes

Actions proposées

1. Création d'outils pour les professionnels
2. Journée territoriale femmes et addictions

PARCOURS DE SANTE EN ADDICTOLOGIE



Marmande / Tonneins

Quatre groupes de travail

1. Jeunesse
2. Précarité
3. 1^{er} recours dont co-morbidité psychiatrique
4. Femmes et périnatalité

LE PLAN D'ACTION

Objectif stratégique 1 / L'ACCESSIBILITÉ

Garantir l'accessibilité des personnes présentant des conduites addictives ou en situation de risques de conduites addictives à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale en établissements ou en ambulatoire

5 Objectifs opérationnels

Améliorer la connaissance du réseau de santé en addictologie
Organiser des consultations avancées à partir des CSAPA
Faciliter l'accès aux informations des structures existantes
Favoriser la rencontre entre usagers et professionnels

10 actions envisagées

4 promoteurs : CHIC, CHD, CSAPA, CPAM

Partenaires départementaux et locaux

Objectif stratégique 1 / L'ACCESSIBILITÉ

- Structuration de l'offre de soins en addictologie au CHIC de Marmande
- Structuration de la réponse apportée aux comorbidités psychiatriques du patient en lien avec le CMP
- Information et orientation vers le Centre d'Examen de santé
- Amélioration de la connaissance du réseau de soins en addictologie

Objectif stratégique 1 / L'ACCESSIBILITÉ

- Mise en place de temps dédiés aux femmes dans les CSAPA
- Information sur le thème des addictions « femmes et périnatalité »
- Expérimentation d'une équipe mobile en addictologie
- Amélioration de la primo prescription de TSO
- Accès aux soins et à la prévention en addictologie dans les zones isolées

LE PLAN D'ACTION Objectif stratégique 2 / continuité et fluidité

Assurer la continuité (donc l'absence de rupture) des interventions des différents acteurs impliqués dans la prévention, le soin et l'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives

2 Objectifs opérationnels

- Organiser des temps d'échanges de pratiques sur les addictions
- Consolider l'offre de service du CSAPA en addictologie

2 actions envisagées

1 promoteur
Partenaires départementaux et locaux

Objectif stratégique 2 / continuité et fluidité

- Échanges de pratiques entre les professionnels du champ médico-social, entre les professionnels intervenant auprès des jeunes
- Adaptation des modalités de fonctionnement (horaires d'intervention, travail hors les murs, etc.)

LE PLAN D'ACTION OBJECTIF STRATEGIQUE 3 / qualité & efficience

Promouvoir la qualité et la pertinence voire l'efficacité des interventions auprès des personnes présentant des conduites addictives, afin notamment d'éviter les dommages somatiques, psychiques et sociaux

4 Objectifs opérationnels

Faciliter l'accès aux connaissances sur les addictions et leur prise en charge

Améliorer le repérage et l'accompagnement des femmes

Harmoniser les pratiques entre le champ de l'addictologie et la périnatalité

Renforcer la prévention et le repérage des risques et la connaissance des conduites à risque

8 actions envisagées

3 promoteurs

Partenaires départementaux et locaux

45

Objectif stratégique 3 / Qualité et efficacité

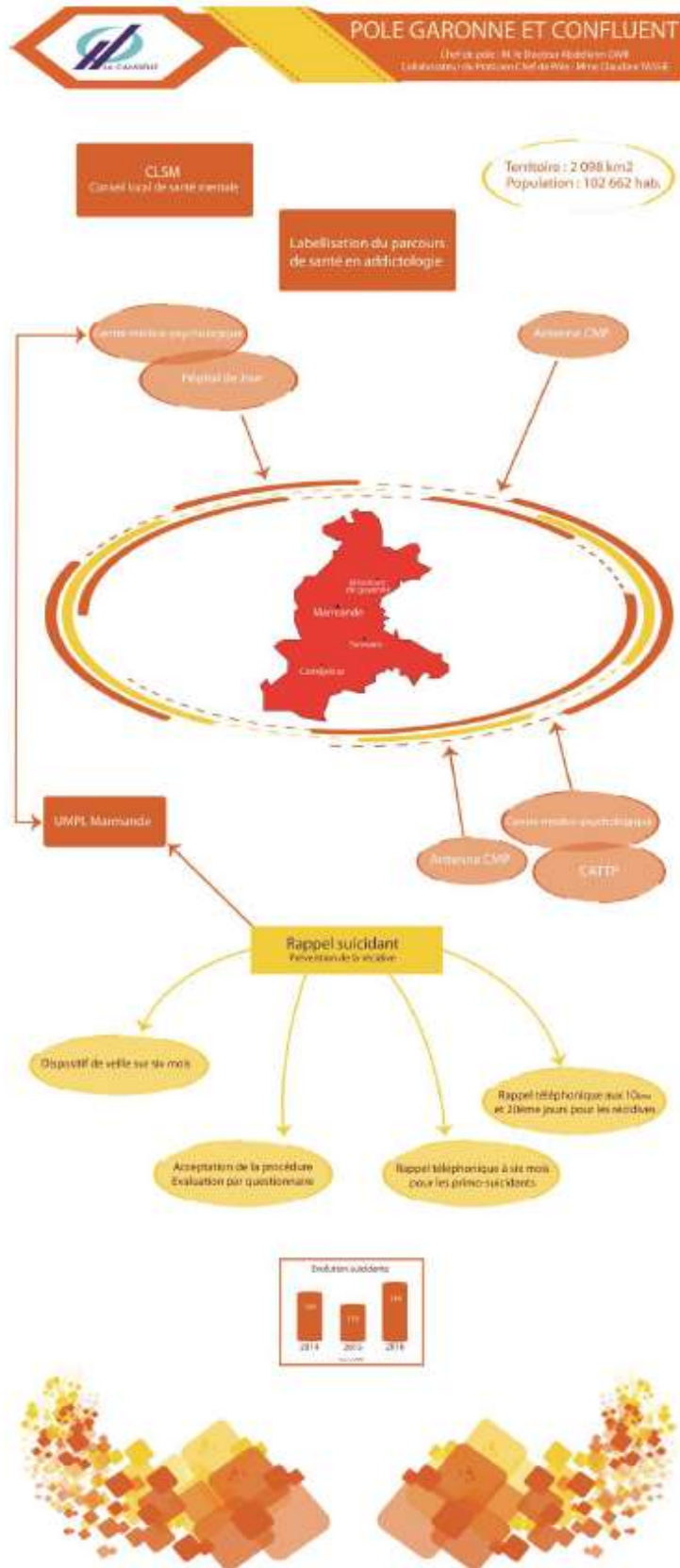
- Reconnaissance du poste de sage-femme addictologue dans l'équipe ELSA.
- Organisation d'un colloque auprès des jeunes sur le thème des addictions
- Organisation d'une formation sur les thèmes des addictions auprès des jeunes scolarisés
- Organisation d'une formation-action des professionnels confrontés à l'accueil des usagers ayant des conduites addictives
- Sensibilisation des professionnels des champs social et médico-social, santé, éducatif et / ou futurs professionnels pour faciliter le repérage et l'orientation
- Organisation d'une formation auprès des professionnels du champ médico-social aux problématiques addictives chez les femmes

Objectif stratégique 3 / Qualité et efficacité

- Formation en addictologie auprès des médecins généralistes et des pharmaciens
- Formation en addictologie auprès des autres professionnels de premier recours



ANNEXE 6 : RAPPEL SUICIDANT-CH LA CANDELIE



ANNEXE 7 : DELAIS DE 1^{ER} RDV EN CMP DU CH ADULTES ET ENFANTS

DELAIS DE 1er RDV EN CMP adultes et enfants					
CMP	1er RDV INFIRMIER		1er RDV MEDICAL		OBSERVATIONS
	2017	2019	2017	2019	
AGEN	7 jours	10 jours	2 mois	2 mois excepté urgences pour lesquelles des temps de consultations médicales sont en place quotidiennement , à raison de 2 h Par jour	une nette augmentation de la file active patients, qui représentait, fin 2016 , 35 nouveaux patients par mois, et qui représente à ce jour 72 nouveaux patients par mois en moyenne
NERAC		2 à 3 jours		3 mois	
MARMANDE	2 à 3 semaines	7 à 10 jours	2 à 3 mois	entre 2 et 3 semaines	
TONNEINS	entre 7 et 10 jours	entre 7 et 10 jours	2 mois	3 semaines *	* grâce à une réorganisation médicale
MIRAMONT DE GUYENNE	7 à 15 jours	7 à 15 jours	1 à 2 mois	1 mois	
CASTELJALOUX	7 à 15 jours	2 à 4 semaines *	1 à 2 mois	1 mois	* un accroissement des délais lié à une augmentation de la file active
VILLENEUVE	3 à 4 semaines avec 6 infirmiers	2 à 3 semaines avec 10 infirmiers	1,5 mois avec 6 médecins	2 mois avec 4,5 médecins	* pour des situations d'urgence, le 1er entretien peut être mené rapidement par l'infirmier de permanence
FUMEL	6 semaines avec 4 infirmiers	4 semaines avec 4 infirmiers mais moins d'activité CATT	4 à 6 semaines	2 mois	
FILIERE ADOLESCENTE		1 semaine *		1 mois*	* les délais de 1er rdv (infirmiers et médicaux) sont ramenés à 48 h dans des situations d'urgence
DELAIS DE 1er RDV EN CMP ENFANTS					
FILIERE INFANTO	1er RDV SOIGNANT		1er RDV MEDICAL		OBSERVATIONS
	2017	2019	2017	2019	
AGEN	1er entretien exclusivement médical	5 semaines	2 mois (2 médecins)	6 semaines	
NERAC	2 semaines	3 semaines	2 mois	6 semaines	
MARMANDE	inexistant	1 semaines	8 à 9 semaines *	1 semaine	* 1er entretien médical en 2017 parfois effectué par un psychologue sur Marmande
CASTELJALOUX	inexistant	1 semaine	9 semaines	2 semaines	
MIRAMONT	inexistant	2 semaines	1,5 mois	1 mois	* pas d'infirmier au CMP1, prêt d'un infirmier de Marmande 0,5 jour par semaine
VILLENEUVE	2 mois	entre 1 et 7 semaines en fonction de l'âge et urgence	3 mois	3 semaines	
FUMEL	1 mois	3 semaines	1 mois	1 mois	
Les situations qui concernent les situations d'urgence ou de crise sont toutefois reçues dans les 48 heures					

ANNEXE 8 : LIEUX D'INTERVENTION DES PASS EN LOT-ET-GARONNE

PASS	Commune d'implantation de la PASS	Type de PASS	Code commune lieu mobilité	Commune de mobilité	Lieu de mobilité
CH AGEN	AGEN	General	47001	Agen	Association caritative coup de pouce
CH AGEN	AGEN	General	47001	Agen	Centre social de Tapie
CH AGEN	AGEN	General	47001	Agen	Mission locale
CH AGEN	AGEN	General	47001	Agen	Participation aux maraudes de la Croix Rouge
CH AGEN	AGEN	General	47001	Agen	Régie de quartier de Montanou
CH AGEN	AGEN	General	47001	Agen	Restos du Cœur
CH AGEN	AGEN	General	47195	agen	bébés Croix rouge Bon-Encontre
CH AGEN	AGEN	General	47195	Nérac	Centre socioculturel Samazeuil
CH AGEN	AGEN	General	47195	Nérac	permanences CH NERAC
CH VILLENEUVE - PSV	VILLENEUVE-SUR-LOT	General		FUMEL	SECOURS POPULAIRE
CH VILLENEUVE - PSV	VILLENEUVE-SUR-LOT	General		Villereal	CROIX-ROUGE
CH VILLENEUVE - PSV	VILLENEUVE-SUR-LOT	General	47106	Fumel	Restos du Cœur
CH VILLENEUVE - PSV	VILLENEUVE-SUR-LOT	General	47203	Penne d'Agenais	Restos du Cœur
CH VILLENEUVE - PSV	VILLENEUVE-SUR-LOT	General	47252	Saint-Livrade	Restos du Cœur
CH VILLENEUVE - PSV	VILLENEUVE-SUR-LOT	General	47252	VILLENEUVE-SUR-LOT	Restos du Cœur
CH VILLENEUVE - PSV	VILLENEUVE-SUR-LOT	General	47300	VILLENEUVE-SUR-LOT	SECOURS POPULAIRE
CHIC MARMANDE-TONNEINS	MARMANDE-TONNEINS	General	47157	Marmande	CCAS
CHIC MARMANDE-TONNEINS	MARMANDE-TONNEINS	General	47157	Marmande	Centre d'Accueil et d'Orientation des migrants (CAO)
CHIC MARMANDE-TONNEINS	MARMANDE-TONNEINS	General	47157	Marmande	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)
CHIC MARMANDE-TONNEINS	MARMANDE-TONNEINS	General	47157	Marmande	Hébergement d'urgence
CHIC MARMANDE-TONNEINS	MARMANDE-TONNEINS	General	47157	Marmande	Mission locale
CHIC MARMANDE-TONNEINS	MARMANDE-TONNEINS	General	47157	Marmande	Restos du Cœur
CHIC MARMANDE-TONNEINS	MARMANDE-TONNEINS	General	47157	Marmande	Secours catholique
CHIC MARMANDE-TONNEINS	MARMANDE-TONNEINS	General	47310	Tonneins	CCAS

ANNEXE 9 : EMER



« Resocialiser c'est rendre sa liberté à la personne »

La Réhabilitation

« Spécialité visant à rétablir le niveau des fonctions fonctionnelles et sociales »

« Les interventions visent à soutenir la personne, à renforcer ses compétences, à l'aider à retrouver la sécurité et la liberté d'agir, à la conduire à mobiliser sa force pour se rétablir. Les trois piliers angulaires du rétablissement :

- ◆ L'Espoir,
- ◆ La volonté d'agir,
- ◆ L'action responsable »

MISSIONS EQUIPE MOBILE

Evaluation transdisciplinaire selon 5 dimensions :

1. Insight
2. Dépression
3. Estime de soi
4. Autonomie
5. Plainte cognitive

Bilan neuropsychologique

Diagnostic éducatif

Recommandation d'accompagnement adapté et personnalisé.

Proposition d'orientation au sein de la filière de réhabilitation

POPULATION CIBLEE
Sujet suivi en hospitalisation, CHP et en HDJ

- ⇒ Sujet atteint de schizophrénie de préférence dès les premiers signes de la maladie, hors crise.
- ⇒ Sujet atteint de trouble bi-polaire, hors crise.
- ⇒ Certains troubles de personnalité, troubles anxieux, au cas par cas

Critères d'exclusion :
Addiction (ou absence de démarche de soins active en cours)
Déficience intellectuelle

DEMANDE D'INTERVENTION

➤ Sur prescription médicale, module rendez-vous dossier patient, Equipe Mobile d'Evaluation en Réhabilitation.

DELAI DE REPONSE

Dans les deux semaines suivant la demande.

MODALITES D'INTERVENTION

- Reception de la prescription : étude du dossier patient
- Déplacement de l'équipe EMER dans l'unité
- Modalités de passage des lettres d'évaluation dans le service de réhabilitation
- Analyse des résultats de l'évaluation en présence de membres de l'équipe d'accueil et de son équipe
- Présentation d'EMER
 - dans le dossier patient
 - A la prochaine consultation
 - A l'équipe so

EMER

COMPOSITION

Equipe Mobile d'Evaluation en Réhabilitation

- Binôme déplacement :
 - Infirmière
 - Ergothérapeute
- Médecin psychiatre référent
- Neuropsychologue
- Psychologue
- Psychomotricienne
- Assistante Sociale
- Assistante médico administrative
- Cadre coordinateur


Nous joindre

Equipe Mobile d'Evaluation en Réhabilitation


EMER
Centre Hospitalier Départemental La Candélie
Pôle PERSPECTIVES
Service de Réhabilitation
47916 AGEN CEDEX 9

Téléphone : 05 53 77 68 41
Télécopie : 05 53 77 79 05
Messagerie : EMER@chcandele.fr

Jours et horaires d'ouverture
Du lundi au vendredi de 09:00 à 17:00



EMER



POLE PERSPECTIVES
SERVICE OF REHABILITATION
EQUIPE MOBILE d'EVALUATION en REHABILITATION

ANNEXE 10 : CONSTATS DES CLSM

Les constats des 3 CLSM du territoire sont :

- Une **mauvaise lisibilité de l'offre de santé** du territoire
- Une **prise en charge de plus en plus complexe** des publics en situation de précarité :
 - Phénomène de pauvreté amplifié, isolement social (mobilité, acculturation)
 - Insuffisance de connaissances sur les troubles psychiques (addiction,...) par les professionnels accueillant des publics en situation de précarité
 - Intervention de la psychiatrie trop tardive entraînant des situations de crise
- Des **difficultés d'accès à la santé et aux soins** :
 - 1.1 Pénurie médicale
 - 1.2 Coût des prises en charge psychologiques
 - 1.3 Offre limitée pour les publics isolés en matière de structures sociales
 - 1.4 Saturation des services spécialisés en psychiatrie et en addictologie
 - 1.5 Insuffisance de prise en charge précoce, le CMP n'étant pas la porte d'entrée dans le parcours patient
- Des **risques de rupture dans le parcours de soins** :
 - Arrêts de traitement ou problèmes d'observance pour les usagers non hébergés et non suivis par un service qui peut aller au domicile
 - Prises en charge difficiles sur le long terme (durée de séjour au CH trop courte)
 - Insuffisance de communication entre les professionnels (ville/hôpital, sanitaire/social...)
- La cité n'est pas assez **inclusive** :
 - Les déterminants sociaux environnementaux et territoriaux de la santé mentale ne sont pas suffisamment pris en compte.

ANNEXE 11 : REPARTITION DES PLACES SPECIFIQUES ENVISAGEABLES A COURT TERME (Lot-et-Garonne surligné)²¹

Tableau 37 : Répartition par départements des places spécifiques envisageables à court terme

	Charente-Maritime (17)	Charente (16)	Lot-et-Garonne (47)	Lot (46)	Haute-Garonne (31)	Hautes-Pyrénées (65)	Gers (32)	Mayenne (53)	Deux-Sèvres (10)	Deux-Sèvres (11)	Mayenne (53)	Deux-Sèvres (10)	Deux-Sèvres (11)	Mayenne (53)	Deux-Sèvres (10)	Deux-Sèvres (11)
Structure MS pour adultes handicapés - MAS																
MAS sans précision	6	31	3	11	6	57	10	2	1	13	3	5	12	14	34	104
MAS - Handicap psy	7	16			28					0		1		1	24	
MAS - Troubles du cpt		19	1		20					0	2			2	32	
MAS - Autisme	2	1	1		7					0	1	6		7	14	
MAS - Charte de H.					0					0	3			3	3	
MAS - Scérose en P.					1	1				0	0			0	1	
MAS - Démence					1	1				0				0	1	
MAS - Médicalisée	1				1					0				0	1	
Structure MS pour adultes handicapés - FAM																
FAM sans précision	12	54	9	1	12	108	8	1	4		4	6	10	20	182	
FAM - Personnes vieillissantes	1	4			2	7			0					0	7	
FAM - Handicap psy	1	1			2	4			0	1	1			2	6	
FAM - IMC, pbl neurologiques ou cérébrolésés	2				1	3			0	1				1	4	
FAM - Autisme	2		1		3				0					0	3	
FAM - Troubles du cpt ou sécurité	2				1	3			0					0	3	
FAM - Appartement	2				2				0					0	2	
FAM - Spécialisé précarité	1				1				0					0	1	
FAM - Polyhandicap					1	1			0					0	1	
Structure MS pour adultes handicapés - MAS et FAM																
MAS et FAM					1				0					0	1	
MAS et FAM - Autisme					1				0					0	1	
MAS et FAM - Traumatisme crânien					0			1	1					0	1	
Structure MS pour adultes handicapés - FDV																
FDV sans précision	7	18	3	12	6	46	4	2	4	10	10	14	12	10	46	102
FDV - Handicap psy				2		2				0	1	2		3	5	
FDV - Pbl neurologiques	1				1					0				0	1	
FDV - Déficiences visuelles				1		1				0				0	1	
Structure MS pour adultes handicapés - ESAT - FH																
ESAT - FH	1	4	3	1	1	10	2	1		3	1	1	2	2	6	19
Structure pour personnes âgées																
Maison de retraite, EHPAD	15	40	1	6	15	77	12	1	3	16	6	17	15	18	56	148
EHPAD - Petite structure contenant					1					0				1	1	2
EHPAD - Adapté à une pathologie*	1	1			2		1		1					0	3	
EHPAD - Structure fermée	2	3		1	3	9				0	2	2		4	13	
EHPAD - Adapté à une pathologie psychiatrique	2	4		2	1	9	1	6	7	1	2	1		4	20	
EHPAD - sans alcool	1				1					0				0	1	
EHPAD - spécialisé précarité	1				1					0				0	1	
Structure Médicalisée					1	1				0				0	1	
Résidence séniore et RPA	1	7			8					0	1			1	9	
UHR				2	2	4				0	1			1	5	
USCD	4	3			1	8				0	1			1	9	
Hébergement étayé																
Appartement associatif, maison relais	1				1					0				0	1	
Appartement associatif/thérapeutique	9	3	1	4	17		1	1	2	1	2	2	2	5	24	
Communauté thérapeutique		1			1				0			2	2	3		
Maison communautaire					0	1			1					0	1	
Maison de la réhabilitation					0				0			2	2	2		
Maison familiale collective		1			1				0					0	1	
Maison relais	2	6			8				0			2	2	10		
Maison thérapeutique					0				0			1	1	1		
Résidence accueil et ass.	1				1			1	1					0	2	
Famille d'accueil	3	4	2	7	16	1	2	5	8	4	2	1	5	12	36	
Famille Gouvernante			2		2			1	1	2		1		3	6	
SAVS, SAMSAH	14			1	15			1	1		3	2	5	10	26	
Autre dispositif																
Str. adaptée (pathologie ou tranche d'âge)**	4		5	2	11			1	1	1	2	1		4	16	
Structure ciblée***	1				1				0		1			1	2	
Addictologie	1				1				0					0	1	
Soins palliatifs	2	1			3	1		1						0	4	
Résidence accueil					0	1	1	2		4	1			5	7	
HAD					0				0	1				1	1	
Etab. Spécialisé****	1	7			8				0					0	8	
Unité spécialisée	5				5	1		1	3		1	4	8	14		

* ISA, Alzheimer, troubles de la personnalité (auteur d'agression sexuelle)

** liste en Annexe

*** 1 place en foyer en Belgique et 2 place à la FH

**** CRPS, Montclair ou Adhoration

²¹ Source : rapport OPLC NA 2018

ANNEXE 12 : REPARTITION DES PLACES SPECIFIQUES ENVISAGEABLES A 3 ANS OU A PLUS LONG TERME (Lot-et-Garonne surligné)²²

Tableau 40 : Répartition par départements des places spécifiques envisageables dans les 3 ans ou à plus long terme

	Dordogne (24)	Gironde (33)	Lot-et-Garonne (47)	Pyrenees-Atlantiques (64)	Bas-Pyrénées (65)	Corrèze (19)	Creuse (23)	Haute-Vienne (87)	Charente (16)	Charente-Maritime (17)	Deux-Sèvres (79)	Vienne (86)	Lot-et-Garonne (47)	Lot-et-Garonne (47)
Structure MS pour adultes														
MAS	21	6	3	3	33	3		3	1	3	7	13	24	60
MAS - Autisme	18		2	20						1			1	21
MAS - Handicap psy		1			1			0					0	1
MAS - Médicalisé	1			1				0					0	1
MAS - Troubles du cpt		4	3	7				0	1				1	8
MAS - Chorée de H.			1	1				0					0	1
MAS - Retard mental			1	1				0					0	1
FAM	14	18	5	2	39	1		1	3	1	1	1	5	45
FAM fermé	2			2				0					0	2
FAM - Spécialisé*	1			1				0					0	1
FAM - Vieillesant	1			1				0					0	1
FAM - Handicap psy	4			4				0	1	2			3	7
FDV	1	9	2	1	3	16	3	3	1	4	5	2	12	31
FDV - Handicap psy			1	1				0					0	1
FDV - Troubles du cpt			1	1				0	1				1	2
ESAT, FH	3		2	5			1	1	1	2			3	9
Structures pour personnes âgées														
Maison de retraite, EHPAD	9	2	3	3	5	22	3	3	2	5	6	4	17	42
EHPAD - Adapté à une pathologie psychiatrique	1		1	2				1	1	1			2	5
Hébergement étayé														
Appartement associatif/thérapeutique	7	1	1	1	10			0	2				2	12
Famille acc. et FO				0			2	2					0	2
Famille d'accueil	2			2				0	3				3	5
Famille Gouvernante				0				0	1				1	1
Ferme thérapeutique				0				0			1		1	1
SAVS, SAMSAH	7		1	8				0		2		1	5	11
Autre dispositif														
SSR	1			1				0					0	1
Etab. Spécialisé**		4		4				0					0	4
Unité spécialisée***				0			1	1		1			1	2
Str. adaptée (pathologie ou tranche d'âge)	1			1				0	1	1			2	3
Résidence accueil			1	1				0		1			1	2

* Acteurs de violences sexuelles
 ** CRPS, Montlaur ou Rénovation
 *** Liste en annexe

²² Source : rapport OPLC NA 2018

ANNEXE 13 : PROJET SERVICE UMPJ



Projet de service UMPJ

Unité médico-psycho-judiciaire (UMPJ)

Pôle Agen Albret

Projet de service

Préambule

L'UMPJ est une unité fonctionnelle à vocation intersectorielle mise en place au sein du pôle Agen Albret (Centre hospitalier La Candélie, Lot-et-Garonne) depuis le 1^{er} octobre 2012.

L'équipe de cette unité intervient sur deux lieux :

- Le **CMP A. Artaud d'Agen** (centre médico-psychologique)
- **L'USMP de la maison d'arrêt d'Agen** (unité sanitaire en milieu pénitentiaire)*

Ainsi, l'équipe de l'UMPJ travaille en permanence avec un principe essentiel : **dedans / dehors**. Ce fonctionnement a été défini pour les **patients** de manière à faciliter la continuité des soins dans certaines situations (*garder le même thérapeute à la sortie de prison évite parfois les ruptures de soin*), et aussi pour les **soignants** de manière à favoriser la prise de distance avec le lieu d'exercice (*ne pas oublier que nous sommes des soignants rattachés à un hôpital psychiatrique qui intervient en détention*) et ne pas se faire happer par les logiques carcérales.

Au CMP A. Artaud d'Agen, l'équipe de l'UMPJ reçoit des personnes présentant une problématique de **violences sexuelles et/ou intrafamiliales** qu'elles soient, ou non, dans un parcours judiciaire (pré ou post-sentenciel). Une convention avec le SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation) et le SAP (service de l'application des peines) précise le partenariat santé-justice dans les situations d'obligation de soin. Concernant l'injonction de soin, le cadre est précisé par la loi du 17 juin 1998 relative au suivi socio-judiciaire

* Depuis 2015, l'équipe psychiatrique de l'USMP du Centre de détention d'Eysses n'est plus rattachée au Pôle Agen Albret mais au Pôle Vallée du Lot



Projet de service UMPJ

Au sein de l'USMP de la maison d'arrêt d'Agen, l'équipe de l'UMPJ reçoit toutes les personnes détenues qui en font la demande et parfois sur sollicitation du personnel pénitentiaire. Une convention avec le Centre hospitalier Agen-Nérac (CHAN) précise les modalités d'organisation des soins somatiques et psychiatriques au sein de l'USMP.

Le principe dedans / dehors et les conventions mentionnées assurent une **fonction d'intercontenance psychique** (Ballier et Ciavaldini, 1996). En effet, dans la prise en soin d'une personne placée sous main de justice (PPSMJ), les trois cadres Justice / Soins / Social sont intimement interdépendants et ils devront devenir intercontenants. Ballier et Ciavaldini (1996) précisent que « c'est cette fonction d'intercontenance qui se révélera, à terme, véritablement thérapeutique. ».

Missions

L'UMPJ s'articule autour de cinq missions :

1. **Assurer une consultation médico-psycho-judiciaire (CMPJ)** accueillant des personnes présentant une problématique de violences sexuelles et/ou intrafamiliales sous soins pénalement ordonnés, ou non, habitant sur le Lot-et-Garonne
2. **Veiller à la continuité des soins** entre le milieu carcéral et la société par un travail en partenariat avec les deux USMP du département (Unités sanitaires en milieu pénitentiaire de la maison d'arrêt d'Agen et du centre de détention d'Eysses).
3. **Développer un rôle de prévention des conduites violentes** dans le cadre des violences sexuelles et des violences intrafamiliales.
4. **Proposer un appui ou un éclairage "expertal" à d'autres soignants de lieux de soins sur le département** en termes de conseil sur les prises en charge d'auteurs de violences sexuelles. Cette mission s'effectue en partenariat avec le CRIAVS d'Aquitaine (Centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles).
5. **Participer à des actions de formation et de recherche** avec des universités, l'ENAP (Ecole nationale de l'administration pénitentiaire), l'ENM (Ecole nationale de la



magistrature), l'ARTAAS (Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles), être également un lieu d'accueil pour des stagiaires.

Personnel affecté

Afin d'assurer ces missions, l'UMPJ fonctionne grâce à une équipe pluridisciplinaire associant :

- 2 psychiatres à temps partiel (0.2 ETP)
- 1 psychologue à temps plein*
- 2 infirmiers à temps plein

A ce jour, ces postes sont occupés par :

- **Docteur F.A. Aubat**, médecin psychiatre, expert
- **Docteur S. Douillard**, médecin psychiatre
- **Madame S. Chéné**, psychologue clinicienne, criminologue
- **Madame C. Maron**, infirmière
- **Monsieur J. Roussel**, infirmier

Les deux médecins psychiatres interviennent **chacun une demi-journée par semaine à l'USMP**. Leurs interventions sur la CMPJ sont comprises dans leur consultation extra-hospitalière au CMP A. Artaud.

La psychologue intervient **une demi-journée tous les 15 jours à l'USMP** et le reste du temps est consacré à la CMPJ.

Les infirmiers interviennent à hauteur de **quatre jours par semaine à l'USMP** et une journée sur la CMPJ.

* Il existe un deuxième poste actuellement occupé par une psychologue rattachée au CHAN qui intervient à temps plein à l'USMP sur un financement du CHD La Candélie. A compter du 1^{er} janvier 2018, ce poste a vocation à intégrer l'UMPJ.



Lors des congés annuels, cette répartition du temps de travail est modifiée de manière à garantir une présence minimale de l'équipe psychiatrique sur l'USMP. Ainsi, en période de congés, une **demi-journée de consultation psychiatrique** est assurée ainsi qu'une **présence infirmière quatre jours** par semaine. Le temps de présence des psychologues sera défini lorsque le deuxième poste sera rattaché à l'UMPJ.

Par ailleurs, une partie du personnel du CMP A. Artaud est mise à disposition par le secteur pour compléter l'activité de la CMPJ. C'est le cas de **l'assistante sociale, du cadre de santé paramédical, du collaborateur du praticien chef de pôles et des secrétaires médicales.**

Pour finir, en fonction des problématiques psychiatriques, les équipes des CMP (psychiatres, infirmiers, psychologues) du département continuent à recevoir des patients sous soins pénalement ordonnés. Dans le projet initial déposé par le Dr F. Aubat et Sabine Chéné auprès du directeur du CHD La Candélie en 2012*, il est bien précisé que la CMPJ n'a pas vocation à être l'unique lieu de prise en soins des personnes placées sous main de justice mais de diversifier l'offre de soins sur le département et de répondre à une augmentation du nombre de personnes sous soins pénalement ordonnés.

* Cf. *Projet d'ouverture d'une consultation externe médico-psycho-judiciaire*, Fabien Aubat et Sabine Chéné, avril 2012.



Equipe pluridisciplinaire

Médecin Psychiatre
Dr Fabien A. AUBAT

Collaborateur du praticien chef de pôle
M. Fabrice MALGAROLI

Psychologue clinicienne, Criminologue
Mme Sabine CHENE

Cadre de santé:
M. Sébastien MERLENT

Infirmiers
Mme Leïla GUENANECHÉ
M. Jérémy ROUSSEL

Secrétaires
Mme Christelle LALO
Mme Audrey VICK

Horaires du secrétariat

Du lundi au vendredi de 9h à 17h

Téléphone : 05 53 77 85 50
Fax : 05 53 48 83 47

Adresse

70 Avenue d'Italie - 47000 AGEN



UNITE MEDICO-PSYCHO-JUDICIAIRE (UMPJ)



70, avenue d'Italie
47000 Agen

Tel : 05 53 77 85 50
Fax : 05 53 48 83 47

Consultations du lundi au
vendredi de 9h à 17h

Centre médico-psychologique (CMP)
A. Artaud
Pôle Agen Albret
CHD La Candélie

L'UMPJ est :

Une unité de soin intersectorielle. Elle accueille, en priorité, des personnes présentant une problématique de violences sexuelles et/ou intra-familiales qu'elles soient, ou non, dans un parcours judiciaire (pré ou post-sentencielle).

Si la personne est sous soins pénalement ordonnés, l'UMPJ pourra se mettre en lien avec :

- Les Conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP)
- Les Juges de l'application des peines (JAP)
- Les médecins coordonnateurs

Missions

- Proposer des consultations avec :
 - Psychiatre
 - Psychologue
 - Infirmier(e)
- Assurer une continuité des soins entre le milieu carcéral et la société
- Développer un rôle de prévention des conduites violentes
- Intervenir auprès de soignants du département afin d'assurer des relais de soins au plus près des patients

L'UMPJ propose :

- Des consultations avec un psychiatre
- Des entretiens infirmiers individuels
- Des psychothérapies individuelles
- Des consultations en binôme psychologue-infirmier(e)
- Des groupes de paroles thérapeutiques

**ANNEXE 14 : LETTRE DU DIRECTEUR GENERAL DE
L'ARS NOUVELLE-AQUITAINE VALIDANT LES TRAVAUX DU PTSM
EN DATE DU 19/07/2018**



Délégation départementale de Lot-et-Garonne

Direction de la Délégation départementale
Dossier suivi par : Eric Morival
Téléphone : 05 53 98 83 01
Fax : 05 53 96 82 99
Courriel : ars-dd47-direction@ars.sante.fr

Docteur Imad CHAABAN
Président de la commission spécialisée en santé mentale
Conseil Territorial de Santé de Lot-et-Garonne
748, avenue du Maréchal Leclerc
47000 AGEN

Bordeaux, le

Objet : validation de la démarche du Projet territorial de santé mentale du Lot et Garonne

Monsieur le Président,

Par courrier en date du 28 février 2018, vous m'informez des modalités d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) en Lot-et-Garonne.

Tout d'abord, je vous remercie de votre implication ainsi que de celle de vos partenaires au sein de la commission, sachant qu'un important travail de diagnostic a d'ores et déjà été établi avec notamment l'envoi et l'exploitation d'un questionnaire en 2017. Je vous invite d'ailleurs à m'adresser l'état des lieux effectué car, comme vous le savez, il s'agit d'une étape incontournable pour asseoir le PTSM.

Vous mettez également l'accent sur la collaboration ville – hôpital en insistant sur les pistes de travail identifiées, sur le rôle du médecin généraliste et les collaborations à renforcer avec l'ensemble des acteurs de santé notamment les infirmiers dans le cadre de nouvelles pratiques avancées.

L'articulation avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour l'orientation et la prise en compte des parcours de santé est aussi soulignée, tout comme le lien avec l'assurance maladie pour les questions de transport soulevées par de nombreux acteurs locaux.

Enfin, vous avez identifié plusieurs populations qui nécessitent une vigilance particulière : les adolescents, les enfants ou adultes souffrant de troubles autistiques, et les personnes âgées avec le nécessaire repérage de la fragilité liée à l'âge, à la diminution voire au développement de démences.

Un dernier sujet est évoqué. Il concerne les addictions dont le traitement relève d'une activité de médecine mais est très lié aux problématiques de santé mentale et nécessite de prendre appui sur la démarche de labellisation du parcours de santé en addictologie, telle qu'elle est désormais généralisée depuis le Marmandais à l'ensemble du Lot-et-Garonne avec le concours d'une chargée de mission, Madame Célia BARBOSA.

La démarche que vous initiez appelle de ma part, les observations suivantes :

- Je prends acte du portage du PTSM par la commission spécialisée en santé mentale du Conseil Territorial de santé du Lot et Garonne : elle associe depuis sa création l'ensemble des acteurs de premier recours et établissements sanitaires et médico-sociaux concernés ; de ce fait, la commission spécialisée en santé mentale demeure l'entité légitime et fédératrice pour porter le PTSM ;

- La définition du territoire proposé, à savoir le département du Lot et Garonne, contribue à une stratégie territoriale globale à laquelle je souscris pleinement ;
- La méthodologie portée par la commission spécialisée en santé mentale s'inscrit totalement dans l'esprit et les attendus des PTSM, à savoir l'élaboration d'un diagnostic territorial concerté et partagé avec les acteurs du territoire, et élargi aux membres du GCS Santé mentale. J'attire votre attention sur l'association des acteurs incontournables aux travaux du PTSM : MDPH, DDCSPP, la PJJ, le SPIP, les GEM, les usagers, les associations de famille....comme rappelé dans l'instruction du 5 juin 2018 relative aux PTSM.
- Le diagnostic partagé devra porter sur les dix points mentionnés à l'article R 3224-3 du code de la santé publique, résultant du décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017, ainsi que des préconisations d'actions ; sur cette base, le projet territorial de santé mentale devra constituer un document stratégique et opérationnel décrivant les orientations, les projets et les actions prioritaires au regard des besoins territoriaux, en cohérence avec les six priorités réglementaires attendues des PTSM et le Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine. Le diagnostic territorial concernera les publics spécifiques suivants : enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes placées sous main de justice, personnes en situation de précarité, personnes isolées, réfugiés/migrants, personnes avec conduites addictives et les victimes de psychotraumatisme ;
- Je vous saurais gré de veiller aux réponses offertes sur le territoire départemental à partir d'un panier de services identifiés sur les 3 bassins de santé de proximité du Lot-et-Garonne : Marmande / Tonneins, Agen / Nérac et Villeneuve / Fumel avec la mise à disposition d'équipes mobiles si besoin et de l'amplification de l'activité sectorielle en lien avec les acteurs libéraux de santé et le secteur médico-social ;
- J'attire également votre attention sur les modalités et les indicateurs d'évaluation de la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale qui devront être cohérents avec les résultats attendus ;
- Enfin, il conviendra de conforter l'approche inclusive de vos travaux dans la cité en veillant à la prise en considération du logement, du travail ou de la citoyenneté et de la culture dans vos réflexions et propositions d'actions concrètes.

Le calendrier de travail à l'échelle régionale est exigeant mais, au regard des problématiques soulevées, il m'apparaît très important que le PTSM de Lot-et-Garonne puisse être présenté en septembre prochain aux instances du Conseil Territorial de Santé.

Conformément à l'article L.3221-2 du code de la santé publique, j'arrêterai le diagnostic territorial puis le projet territorial de santé mentale, après avis du Conseil Territorial de santé de Lot-et-Garonne et des CLSM constitués. A l'issue, les modalités de déclinaison et de contractualisation pour la mise en œuvre du PTSM, sous la forme d'un contrat territorial de santé mentale, pourront s'engager avec l'Agence.

Dans l'intervalle, la Délégation Départementale du Lot et Garonne, au titre de l'animation territoriale vous accompagnera dans l'élaboration du projet territorial et échangera avec vous sur les orientations et les projets.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma considération distinguée.

ANNEXE 15 – PARTICIPANTS

- **Institutions et représentants**

Prénom NOM	Qualité	Institution
Mme Maryse ARNAUD	Directrice par intérim	CH LA CANDELIE
Mme Isabelle BERDINELLE	Coordinatrice CLSM	CH LA CANDELIE
M. Eric BERGUIO	Directeur	ESAT et foyer de l'ESSOR
Dr Vincent BISQUEY	Président CME	CH LA CANDELIE
Dr Annie CAPPIELLO	Directrice actions de santé - PMI	CD 47
Dr Imad CHAABAN	Représentant	URPS médecins libéraux Nouvelle-Aquitaine
	Président commission spécialisée santé mentale	CTS 47
M. Stéphane CORNUAULT	Directeur général adjoint	ALGEEI
M. François CUESTA	Directeur	CH LA CANDELIE
Mme Magali DEWERDT	Directrice	ALGEEI
Mme Cécile DURGUEIL	Directrice ITEP Gardolle	APRES 47
M. Thierry FABRE	Directeur adjoint	MDPH 47
Mme Céline GARNIER	Directrice des études / Epidémiologiste	ORS Nouvelle-Aquitaine
Mme Céline GUE	Pilote MAIA - secteur Agen Nérac	PTA 47
Mme Isabelle HALLAK	Chargée de mission démocratie sanitaire	DDARS 47
Mme Evelyne HANTUTE	Chef de service	UEMO AGEN - PJJ
M. Eric MORIVAL	Directeur	DDARS 47
Mme Bénédicte SAMSON	Directrice	CPAM 47
Mme Michèle LEICK	Coordinatrice CLSM	CH LA CANDELIE
Mr Victor ROYER	Chargé de mission	CH LA CANDELIE
Mme Christine DUBOUILH	Orthophoniste	URPS orthophonistes

- **Composition des groupes de travail**

N°de l'action	Thème de l'action	pilotes	institutions
1	Troubles légers en psychiatrie	Dr I.CHAABAN Dr V.BISQUEY	URPS ML-NA CHD LA CANDELIE
2	Démographie médicale	Dr I.CHAABAN Dr V.BISQUEY	URPS ML-NA CHD LA CANDELIE
3	Personnes âgées	G.BARBOSA L.GAVAZZI V.ROYER	GCSMS 47 CHD LA CANDELIE CHD LA CANDELIE
4	Troubles du neuro développement	Dr L.TANDONNET V.ROYER L.FRANZONI S.CORNUAULT	CHD LA CANDELIE CHD LA CANDELIE Planète autisme ALGEEI
5	Précarité, mal logement	M.LEICK I.BERDINELLE S.PERINET D.BLANDINIÈRE E.LATOUCHE	CHD LA CANDELIE CHD LA CANDELIE CHAN AZALEE Résidence habitat jeunes-Villeneuve/Lot
6	Parcours santé en addictologie 47	Dr O.JACQUIEZ C.BARBOSA	CHD LA CANDELIE CSAPA LA SAUVEGARDE
7	Accès aux soins addicto/CHRS	C.BARBOSA Dr C.FRANCOIS	CSAPA LA SAUVEGARDE DD ARS 47
8	CJC et aller vers	C.BARBOSA Représentant	CSAPA LA SAUVEGARDE CSAPA ANPAA 47
9	Renforcer les équipes ELSA	Dr O.JACQUIEZ	CHD LA CANDELIE
10	Equipe mobile en addictologie	C.BARBOSA Représentant	CSAPA LA SAUVEGARDE CAARUD SAUVEGARDE
11	Prise en charge des détenus	Dr F.AUBAT	CHD LA CANDELIE
12	Lutte contre le suicide	C.COURREGES V.ROYER représentant	CHD LA CANDELIE CHD LA CANDELIE SAFED
13	Victimes de psychotraumatismes	V.ROYER Dr V.BISQUEY	CHD LA CANDELIE CHD LA CANDELIE
14	Santé mentale des migrants	D.CONSTANT M.VIGUIET-OLIVE	CADA SAUVEGARDE LA SAUVEGARDE
15	Psychoses émergentes	Dr LARRIEU Dr LAFFORT Dr TANDONNET	CHD LA CANDELIE CHD LA CANDELIE CHD LA CANDELIE
16	Santé mentale des adolescents	S.CORNUAULT C.DURGUEIL	ALGEEI APRES GARDOLLE 47
17	Hospitalisations au long cours	Dr V.BISQUEY E.BERGUIO	CHD LA CANDELIE L'ESSOR
18	Réhabilitation psychosociale	Dr LAFFORT L.GAVAZZI	CHD LA CANDELIE CHD LA CANDELIE
19	Santé mentale des 0-12 ans	Représentant S.CORNUAULT PIJ	CHAN ALGEEI CHD LA CANDELIE
20	Coordination extra-hospitalière acteurs en addictologie	C.BARBOSA Représentant Représentant	CSAPA LA SAUVEGARDE CSAPA ANPAA 47 CHD LA CANDELIE

ANNEXE 16 – VALIDATIONS DU DIAGNOSTIC PAR LE CTS 47 ET LES 3 CLSM

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTE DE LOT-ET-GARONNE (CTS47)



Dossier suivi par : HALLAK Isabelle

Téléphone : 05.53.98.83.11

Courriel : Isabelle.hallak@ars.sante.fr

Avic du Conseil Territorial de Santé de Lot-et-Garonne Relatif au Diagnostic territorial de santé mentale

A Agen, le 21 octobre 2019,

En qualité de Présidente du Conseil Territorial de Santé de Lot-et-Garonne, et en vertu des exposés réguliers des travaux de la commission spécialisée en santé mentale du CTS 47 relatifs au PTSM 47, en assemblée plénière, je confirme la validation du diagnostic du PTSM 47 par les membres du CTS 47.

Christine GONZATO-ROQUES

Présidente du CTS 47

CLSM D'AGEN

De : LAUZZANA Nadège (AGGLO) <nadege.lauzzana@agglo-agen.fr>

Envoyé : vendredi 25 octobre 2019 16:34

À : isabelle.hallack@ars.sante.fr

Cc : BERDINELLE Isabelle <isabelle.berdinelle@ch-candelie.fr>; LABONNE Alexia <alexia.labonne@agglo-agen.fr>

Objet : : Consultation pour le diagnostic du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)

Monsieur le Directeur de l'ARS,

En tant que Conseillère municipale déléguée à la santé et Présidente du CLSM d'Agen, co-porté par la Ville et le CHD Candelie, j'ai pris connaissance du diagnostic territorial élaboré dans le cadre du Projet territorial de santé mentale (PTSM) du Lot et Garonne que vous avez bien voulu porter à ma connaissance.

Je vous remercie de ce partage d'informations et de cette sollicitation.

Je ne peux me prononcer que favorablement sur la pertinence de cette démarche, l'intérêt du diagnostic et l'esprit collaboratif et transversal des propositions d'axes et actions à mettre en place.

Je ferai trois remarques selon moi importantes à prendre en compte dans la vision globale d'un projet territorial :

- Le besoin de lisibilité et de facto de visibilité sur l'intervention des acteurs et des actions portées
- Une vision prospective avancée avec une possible mutualisation des services et des moyens des acteurs pour rejoindre cet objectif de meilleure visibilité
- Garder au centre du projet territorial l'intérêt prioritaire des citoyens : une facilitation de l'accès aux soins par des portes d'entrée visibles, démocratisées et simplifiées ; une prise en charge de l'accompagnement des familles et des aidants dans leurs démarches et une continuité de parcours de soins assurée pour les patients.

Vous remerciant de notre investissement commun sur ce sujet,

Veuillez agréer Monsieur le Directeur mes sentiments les meilleurs.

Nadège LAUZZANA

Conseillère municipale déléguée à la Santé

Présidente du CLSM d'AGEN



CLSM DU GRAND VILLENEUVOIS

Villeneuve-sur-Lot, le 05 février 2020, ¶

¶

Madame HALLAK, bonjour, ¶

Je viens par le présent mail confirmer que la Communauté d'Agglomération du Grand Villeneuvois valide, pour ce qui la concerne, **dans le cadre du Conseil Local de Santé Mentale du Grand Villeneuvois**, le diagnostic du Projet Territorial de Santé Mentale de Lot-et-Garonne. ¶

Bien cordialement, ¶

--¶

Joel PONSOLLE ¶

Directeur Général Adjoint ¶

Communauté d'Agglomération du Grand Villeneuvois ¶

jponsolle@grand-villeneuvois.fr ¶

05.53.71.96.50 ¶

06.86.06.82.74 ¶



¶

Sainte-Bazelle, le 6 novembre 2019

Madame Christine VOINOT
Adjointe aux affaires sociales
Référénte santé de Val de Garonne
Présidente du C.L.S.M. de V.G.A.

à

Madame HALLAK
À l'attention de Monsieur l'inspecteur de l'A.R.S.

Monsieur l'Inspecteur,

Au nom de Val de Garonne Agglomération et en tant que référénte santé Présidente du C.L.S.M. du marmandais, je vous prie de trouver dans ce mail la validation du projet territorial de santé mentale du Lot-et-Garonne.

En effet, le travail réalisé est d'une grande qualité car visant à faciliter l'accès aux soins et à améliorer le parcours de santé mentale en Lot-et-Garonne.

Veuillez agréer, Monsieur l'Inspecteur, l'assurance de mes respectueuses salutations.

Christine VOINOT

