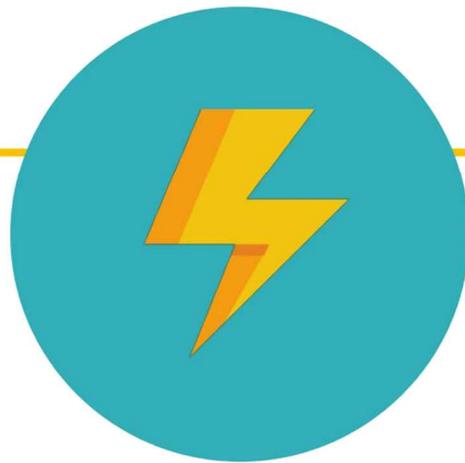


Projet Territorial de Santé Mentale du Limousin

Diagnostic



Janvier 2020 – V5

Sommaire

Introduction

1. Le cadre règlementaire4
2. Le contexte régional.....6

I – La définition du territoire retenu

1. Définition juridique8
2. Définition géographique.....8

II – Les modalités d’élaboration

1. La méthodologie 8
2. Les acteurs et participants aux groupes de travail Démarche A3 et Volets Départementaux9

III – Les indicateurs du territoire

1. Géographie et démographie 10
2. Les déterminants socio-économiques du territoire..... 14
3. Les indicateurs de santé 20
4. Indicateurs relatifs aux ressources et à l’offre 28

Diagnostic territorial partagé

Préambule à la démarche diagnostic partagé.....	33
I – Faciliter les contacts entre les acteurs de santé mentale pour améliorer l'organisation en parcours.....	34
II - Améliorer le parcours des adolescents.....	39
III - Améliorer l'attractivité médicale.....	44
IV - Communication et promotion de la santé mentale.....	47

Volets départementaux

Introduction volets départementaux.....	55
1. Repérer précocement les troubles psychiques - Organiser l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.....	56
2. Organiser des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture	71
3. Organiser l'accès aux soins somatiques.....	96
4. Organiser la prévention et la gestion des situations de crise.....	104
5. Organiser les conditions du respect de la promotion des droits des Personnes.....	108
6. Agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux.....	116

Introduction

1. Le cadre réglementaire

Le Projet Territorial de Santé Mentale, est désormais inscrit dans le Code de la Santé Publique par l'article 69 de la Loi de modernisation de notre système de santé.

Il repose sur une démarche partenariale rassemblant l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale. Il s'agit de co-construire avec l'ensemble de nos partenaires un projet territorial, afin de proposer la meilleure réponse aux besoins des personnes concernées par un problème de santé mentale, dans une logique de parcours de soins et de vie.

Le Projet Territorial de Santé Mentale a pour objet « *l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture* »¹.

Pour y parvenir, le Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale précise que celui-ci doit :

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

Il est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels, établissements de santé, établissements et services sociaux et médico-sociaux travaillant dans le champ de la santé mentale « *à un niveau territorial suffisant* »², représentants des usagers, collectivités territoriales, contrats locaux de santé, conseils locaux de santé mentale

Conformément aux dispositions de l'article R.34-24.2 du Code de la Santé Publique reprises par l'instruction **DGOS du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale**, l'ARS anime la démarche d'élaboration initiée par les acteurs. L'ARS veille au respect des dispositions législatives et réglementaires, à l'association de tous les acteurs concernés, à la pertinence du choix du territoire retenu ainsi qu'au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant³.

Par un courrier reçu le 4 janvier 2018 Directeur Général de l'ARS Nouvelle Aquitaine a mandaté le CH Esquirol de Limoges en qualité d'établissement coordonnateur des travaux associant les différents établissements de santé mentale (publics et privés) relevant des trois départements de l'ancienne région Limousin.

¹ Article 69 de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

² Art. L. 3221-2.-I du Code de la santé publique

³ Article R. 3224-2.-III du Code de la santé publique

Ainsi le Projet Territorial de Santé Mentale comporte toujours 3 volets :

- **1^{ère} étape: un diagnostic territorial partagé**
- **2^{ème} étape: un projet territorial de santé mentale**
- **3^{ème} étape: le contrat qui en découle, soit l'engagement des acteurs entre eux et auprès de l'ARS.**

Les dix attendus du Décret du 27 juillet 2017 constituant autant de points relatifs au diagnostic et aux pistes d'action, doivent être pris en compte dans ces travaux, soit:

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

Il revient plus particulièrement, à la phase diagnostic du PTSM de répondre aux 6 priorités définies par ce même Décret, à savoir :

- 1) Organiser les conditions du repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles,
- 2) Organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale,
- 3) Organiser les conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins,
- 4) Organiser les conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence,

- 5) Organiser les conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d’agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles,
- 6) Organiser les conditions d’action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

2. Le contexte régional

Le Directeur Général de l’ARS a arrêté le 17 juillet 2018 le Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028.

Ce dernier a trois composantes :

- ☐ Le cadre d’orientation stratégique (COS) qui détermine les objectifs stratégiques de l’ARS et les résultats attendus à 10 ans, en lien avec la stratégie nationale de santé, pour améliorer l’état de santé de la population et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans la région.
- ☐ Le schéma régional de santé (SRS) est établi pour une période de 5 ans sur la base d’une évaluation des besoins et de l’offre de santé
- ☐ Le programme régional d’accès à la prévention et aux soins des personnes le plus démunies (PRAPS) a pour objet de faciliter l’accès et l’égalité au système de santé dans sa globalité et d’améliorer le parcours des personnes les plus démunies.

Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) du Limousin a pour singularité de couvrir trois départements : la Corrèze, la Creuse et la Haute – Vienne et rassemble 734 860 habitants (375 169 pour la Haute-Vienne, 239 535 pour la Corrèze et 120 156 pour la Creuse).

L’ensemble des acteurs (usagers et représentants des usagers, acteurs du soin, acteurs de l’accompagnement, acteurs institutionnels) représentés dans le Comité de Pilotage (COFIL) territorial devait résoudre une réelle complexité :

Construire un projet de santé mentale unique pour le territoire limousin, tout en respectant les spécificités territoriales.

Le COFIL territorial a choisi de retenir la méthodologie suivante :

- **une démarche dite A3** (à 3 départements), transversale à l’ensemble du territoire limousin. Elle traite de sujets arrêtés en COFIL territorial qui nécessitent d’être travaillés en associant des acteurs des 3 départements (tels que l’attractivité médicale ou les innovations par exemple)
- **une démarche Volets départementaux**, prenant en compte les spécificités départementales, qui a été élaborée en travaillant sur les 6 priorités et les 10 attendus du décret du 27 juillet 2017 et avec la méthodologie de parcours de l’ANAP, utilisée depuis 2014 par les acteurs corrèziens et ayant abouti à un premier diagnostic en 2016.

Le PTSM s'inscrit dans un calendrier resserré rappelé ci-dessous :

- Réunion de lancement le 7 mai 2018 ;
- Elaboration du diagnostic partagé pour la fin de l'été ;
- Elaboration du Projet lui-même pour le 31 décembre 2018.

Au regard des contraintes, ce dernier a été revu :

- Révisions du diagnostic en février, octobre et décembre 2019 ;
- Elaboration du Projet pour janvier 2020.

Concernant l'offre de soins, il a pu s'appuyer sur les travaux préalables réalisés en 2016-2017 dans le cadre de la filière santé mentale du Projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT du Limousin).

Le PTSM est présenté ici dans sa première étape: son Diagnostic territorial partagé.

L'objectif de cette phase diagnostic est de produire des constats partagés et des pistes d'action afin que la phase d'élaboration du projet, initiée en septembre 2018, débouche sur des projets et des plans d'action concrets à soumettre à la validation de l'ARS pour le début d'année 2020.

La méthodologie de l'ANAP, fondée sur l'identification de points forts, points faibles, pistes de travail par des groupes de travail associant tous les acteurs, conduit à dégager des axes de travail structurants ainsi que de nombreux points concrets.

Le PTSM du Limousin repose sur plusieurs principes :

- 1) **La prise en compte de l'individu dans son parcours de santé et de vie et non plus uniquement sa prise en charge sanitaire.** Le PTSM devra donc travailler sur l'ensemble des éléments du parcours : la prévention, les soins, les modalités d'accompagnement et d'insertion.
- 2) **Le projet doit permettre l'association de tous les acteurs** d'un territoire, sanitaire, médico-sociaux, sociaux, professionnels de santé libéraux de premier recours, éducation nationale, acteurs de la cité au contact de personnes qui sont porteurs de troubles psychiques et usagers dans le cadre d'une démarche ascendante et non plus descendante.
- 3) La psychiatrie doit faire évoluer ses pratiques, et innover pour mieux répondre aux besoins de la population. **Le PTSM est une chance de co-construire** avec les acteurs de proximité des réponses utiles et concrètes au bénéfice des personnes souffrant de handicap psychique.

I- La définition du territoire retenu

1. Définition juridique

Le territoire de santé mentale est défini à l'article L.3221-2 du Code de la Santé Publique comme un niveau suffisant pour permettre :

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

2. Définition géographique



La délimitation de ce territoire a été logiquement celle du territoire du GHT du Limousin, à savoir les 3 départements de l'ex-région Limousin : la Corrèze, la Creuse et la Haute-Vienne.

Ce territoire est cohérent en matière de parcours de soins : offre de proximité, offre de recours sur les villes centres et offre de recours et d'expertise. Il compte une population d'environ 735 000 habitants.

II- Les modalités d'élaboration

1. La méthodologie

Conformément à la lettre de cadrage du 4 janvier 2018, le PTSM prend en compte les spécificités propres à chaque territoire et doit donc contenir un volet départemental. Dans le cadre de cette déclinaison départementale, il a été convenu :

- de positionner les GCS Santé mentale en qualité d'acteurs clé de la démarche,
- de veiller à une pleine association de l'ensemble des partenaires institutionnels et notamment des Conseils Départementaux,
- de laisser une place majeure à la représentation des usagers au sein des différentes phases de la conduite de ce projet.

Chacun des groupes de travail du diagnostic du Projet Territorial de Santé Mentale a associé des usagers et représentants des usagers, des professionnels hospitaliers, professionnels de santé libéraux, des acteurs de l'accompagnement (champ social et médico-social) et des acteurs institutionnels.

1.1. Le Comité de Pilotage

Le Comité de Pilotage est l'instance qui valide les étapes d'élaboration du diagnostic territorial en lien et avec la supervision des Délégations départementales de l'Agence Régionale de Santé pour la partie Démarche A3.

Il réunit les acteurs des 3 départements du territoire de santé du Limousin.

Il s'est réuni à trois reprises, une fois, le 15 mai 2018, avant les réunions des groupes de travail pour coordonner le travail de chaque acteur et définir la composition de ceux-ci, une seconde fois, le 5 juillet pour un point d'étape sur l'avancée de chaque groupe de travail et enfin le 19 octobre afin d'entériner les derniers points travaillés.

Il se réunira à l'issue de l'élaboration du volet diagnostic, puis à chaque étape majeure d'élaboration de ce travail.

1.2. Les Groupements de Coopération Sanitaire

Le GCS Santé Mentale et Handicap Psychique 19, le GCS Services Inter-Etablissements Creusois 23 et la commission ad hoc Haute-Vienne du GCS Santé Mentale et Handicap du Limousin, se sont également réunis pour le diagnostic du PTSM. Ils ont choisi les participants à chaque groupe de travail.

2. Les acteurs et participants aux groupes de travail Démarche A3 et Volets Départementaux

23 groupes de travail se sont réunis pour co-construire le Diagnostic partagé du PTSM.

Pour la Démarche A3, 5 groupes de travail correspondant aux thématiques définies comme prioritaires se sont réunis, comptabilisant 122 acteurs.

Pour le Volet Départemental, 6 groupes de travail se sont réunis par départements comptabilisant 137 acteurs pour la Haute-Vienne, 99 acteurs pour la Corrèze et 66 acteurs pour la Creuse.

- **Groupe 1** : Repérer précocement les troubles psychiques - Organiser l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ;
- **Groupe 2** : Organiser des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture ;
- **Groupe 3** : Organiser l'accès aux soins somatiques ;
- **Groupe 4** : Organiser la prévention et la gestion des situations de crise ;
- **Groupe 5** : Organiser les conditions du respect et de la promotion des droits des personnes ;
- **Groupe 6** : Agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux ;

III- Les indicateurs du territoire

Compte tenu de la diversité des sources (INSEE, Statiss 2016, ORS ...) et des périodes de référence, les indicateurs du territoire présentés ici sont prioritairement élaborés dans un souci d'homogénéité à partir des données figurant dans le projet régional de santé Nouvelle Aquitaine 2018-2023, complétés de différents apports ciblant le territoire limousin

1. Géographie et démographie

1.1 . Un territoire étendu à faible densité démographique

Le territoire Limousin est composé des 3 départements de l'ex région Limousin : La Haute-Vienne, la Corrèze et la Creuse. Il est caractérisé par le contraste entre ses aires urbaines et des zones rurales étendues à faible démographie.

Sur une superficie vaste de 16 942 km², c'est un des territoires les moins peuplés de la France métropolitaine, avec une population de 733 500 habitants et une densité de 43,83 habitants par km². Les projections démographiques le concernant sont en hausse, portées par ses deux principales aires urbaines, celle de Limoges en Haute – Vienne (environ 280 000 habitants) et celle de Brive en Corrèze (environ 102 000 habitants), et principalement liées aux flux migratoires.

En revanche, le solde décès –naissances du territoire est déficitaire et le taux de personnes de plus de 60 ans est le plus élevé de France.

Données	LIMOUSIN	Corrèze	Creuse	Haute - Vienne	France métropolitaine
Superficie en km ²	16 942	5 857	5 565	5 520	543 963
Estimations de population 01/01/2015	733 500	238 700	119 400	375 400	64 277 200
Nombre d'habitants au km ²	43,83	41	21	68	118

Insee, Estimations de population 2015, RP2008 ET 2013
Réalisation ARS Nouvelle –Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

Le nombre d'habitants du territoire limousin, estimé à 733 500 selon une estimation de population de l'INSEE 2015 est en baisse par rapport au nombre d'habitants du territoire lors du dernier recensement de 2012, qui était de 738 633 (soit – 5 133habitants).

Dans une région où « *la démographie est dynamique autour des grandes agglomérations, grâce aux migrations* », la Corrèze et la Creuse perdent des habitants (respectivement -0,2 % et - 0,5 %), alors que la situation reste quasiment stable en Haute – Vienne (+0,1%).

Données	Corrèze	Creuse	Haute - Vienne	France métropolitaine
Part de la population vivant dans les grandes aires urbaines en 2013 (2)	60,2%	26,9%	76,8%	82,8%

Indicateurs sociaux départementaux, Statiss NA - 2016

Un solde naturel du territoire déficitaire :

- En 2013 : le solde annuel (décès – naissance) était déficitaire : - 2 405
- En 2014 : le solde annuel (décès – naissance) était aussi déficitaire mais dans une proportion moindre : -2 080

Données	LIMOUSIN	Corrèze	Creuse	Haute - Vienne	France métropolitaine
Naissances domiciliées 2013	6675	2055	897	3723	779883
Naissances domiciliées 2014	6697	2094	879	3724	779279
Décès domiciliés 2013	9080	3161	1881	4038	556410
Décès domiciliés 2014	8777	3046	1866	3865	545029

Statiss 2016 - Source : Insee, recensement de la population, estimation de la population, statistiques de l'Etat civil :IGN

La Creuse et la Corrèze présentent un niveau de mortalité significativement supérieur à la valeur nationale.

La Creuse occupe le 95ème rang des 100 départements français et la surmortalité touche aussi bien les hommes que les femmes. En Corrèze elle n'est marquée que chez les hommes.

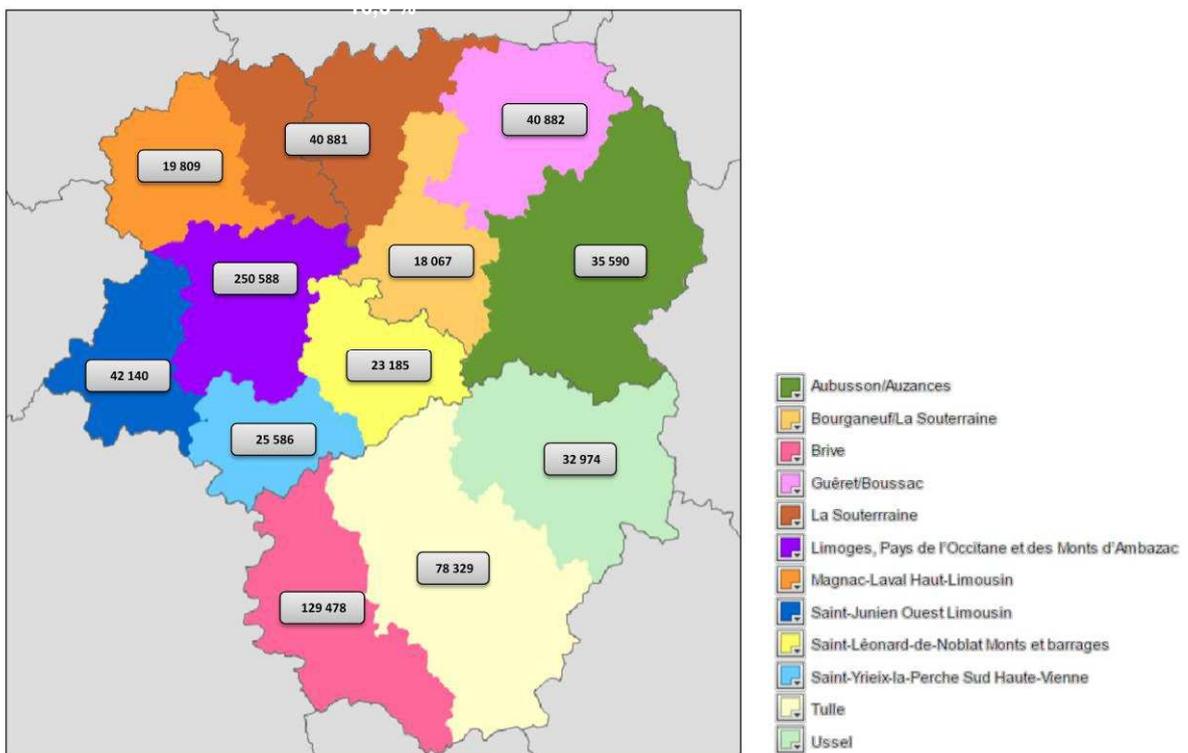
1.2. Approche de la répartition de la population du territoire en fonction des temps d'accès à l'offre de soins de proximité

Le territoire étant étendu et les zones rurales vastes, la cartographie ci-dessous répertoriant des territoires de proximité en fonction de l'accès à l'offre de soins de proximité a été établie en 2017 dans le cadre des travaux préalables au projet santé mentale du GHT.

Elle a privilégié le critère d'un déplacement si possible inférieur à 40 mn entre le lieu de vie du patient et l'accès à l'offre de soins de proximité en santé mentale et en particulier au centre médico-psychologique (CMP). Elle prend en compte la répartition actuelle de l'offre de soins de proximité sur le territoire.

L'objectif est d'apporter des éléments quantifiés à la réflexion sur la structuration de l'offre de soins de proximité.

Cartographie de la population des territoires de santé mentale du Limousin



Source: INSEE RP 2013

1.3. Les caractéristiques socio-démographiques de la population

1.3.1 Répartition par tranches d'âge

La tranche d'âge la plus importante du Limousin est celle des 25-54 ans avec 261 304 habitants. La 2^{ème} tranche d'âge la plus importante dans la région Limousin est celle des 65 à 74 ans avec **80 672** habitants.

Structure par âges de la population					
Effectifs par classe d'âge au 1 ^{er} janvier 2015					
Classes d'âge	LIMOUSIN	Corrèze	Creuse	Haute – Vienne	France métropolitaine
0 - 4 ans	35 691	11 079	4 947	19 665	3 862 222
5 - 9 ans	38 875	12 654	5 742	20 479	3 961 770
10 - 14 ans	39 629	12 953	6 116	20 560	3 960 663
15 - 19 ans	38 908	12 565	5 660	20 683	3 804 391
20 - 24 ans	36 703	10 226	4 607	21 870	3 762 132
25 - 54 ans	261 304	84 501	40 439	136 364	24 919 999
55 - 59 ans	52 344	17 291	9 436	25 617	4 087 043
60 - 64 ans	54 747	18 202	9 868	26 677	3 991 627
65 - 74 ans	80 672	27 098	14 605	38 969	5 747 822
75 - 84 ans	63 591	21 920	12 269	29 402	4 026 219
85 ans ou plus	32 856	11 181	6 439	15 236	1 858 190
Ensemble	735 320	239 670	120 128	375 522	63 982 078

Statiss 2016 – Source : Insee, recensement de la population, estimation de la population, statistiques de l'Etat civil :IGN

1.3.2 Une population importante de personnes âgées de plus de 75 ans

La population du territoire est âgée : la proportion des personnes âgées de 75 ans ou plus en 2015 en Limousin s'élevait à **13.1% de la population**, alors qu'elle était de 11,3 % pour l'ensemble de la région et de **9,3 % en métropole**.

Début 2015, le territoire limousin comptait plus de personnes âgées de 65 ans et plus (177 119) que de jeunes de moins de 20 ans (153 103).

Le PRS 2018-2023 constate que la Creuse est le département le « plus âgé » avec plus d'une personne sur sept âgée d'au moins 75 ans.

Proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus en 2015

	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Limousin
Nombre de 75 ans ou plus	33 154	18 735	45 158	97 047
Part des 75 ans ou plus (%)	13,7	15,6	12,0	13,1

Tableau transmis par l'ORS - Insee RP 2015

1.3.3 Le lieu de vie des personnes de 75 ans ou plus sur le territoire

Lieu de vie des personnes de 75 ans ou plus sur le territoire limousin (en %)	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Nouvelle-Aquitaine	France
vivant en couple, en couple ou seules avec leur(s) enfant(s), Autre cas (ne vivant pas seules)	52,0	51,9	51,8	54,1	51,8
vivant en institution	10,1	11,7	8,9	9,5	9,7
Vivant seules	37,9	36,4	39,3	36,4	38,5

Données Diagnostic PRS 2018-2023 - Source : Insee, REP 2013 , Indicateurs sociaux départementaux
Réalisation ARS NA, Pôle études, statistiques et évaluation

A partir de 75 ans, plus de 36 % des habitants du territoire vivent seuls. C'est en Corrèze (37,9%) et surtout en Haute-Vienne (39,3%) que ce constat est le plus marqué par rapport à la moyenne de la Nouvelle Aquitaine (36,4%).

La part des personnes vivant en institution est assez comparable à celle qu'on observe en métropole.

2. Les déterminants socio-économiques du territoire (emploi, chômage, précarité)

2.1. Les principaux secteurs économiques du territoire limousin

A l'instar de la région Nouvelle Aquitaine, le territoire du Limousin se caractérise par « une très forte spécificité agricole ». Le pourcentage d'agriculteurs parmi les actifs (5,1 % en Corrèze, 11,7% en Creuse et 3,4% en Haute – Vienne) est plus élevé qu'en France métropolitaine (2,4 %).

Les 2 secteurs économiques les plus importants du territoire limousin sont :

- L'administration publique, l'enseignement, la santé humaine et l'action sociale,
- Le commerce, les transports et services divers.

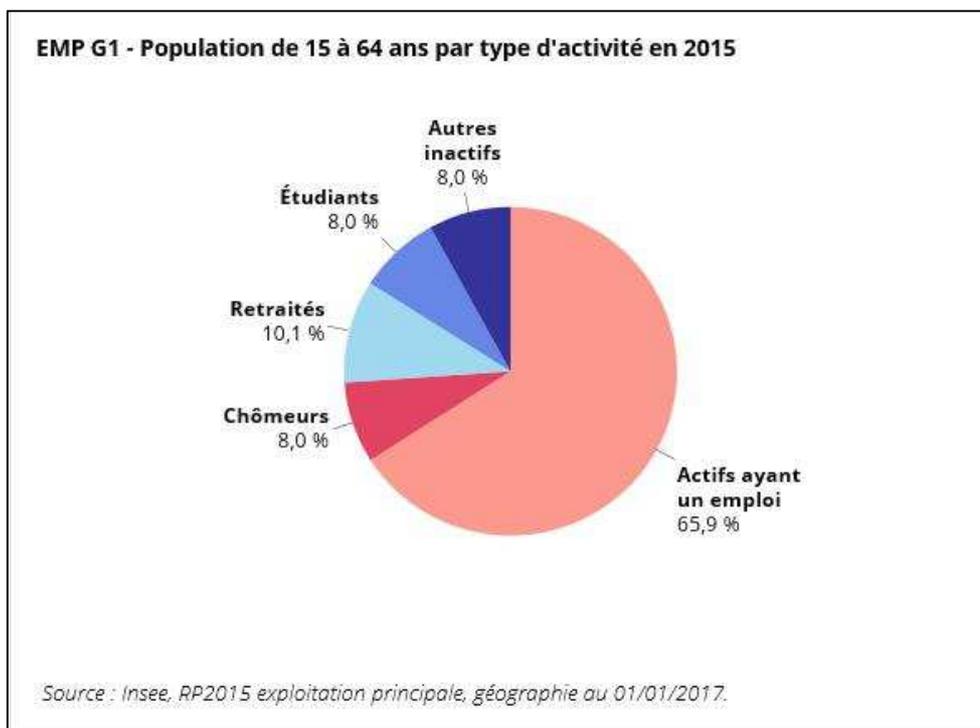
Deux secteurs spécifiques à la région Nouvelle aquitaine soutiennent particulièrement l'emploi depuis 2007, y compris sur le territoire limousin :

- Le secteur de la santé qui est bien implanté en Haute – Vienne et en Creuse
- Les secteurs « hébergement médico-social » et « action sociale sans hébergement », qui sont particulièrement bien représentés, en lien avec la part élevée des personnes âgées.

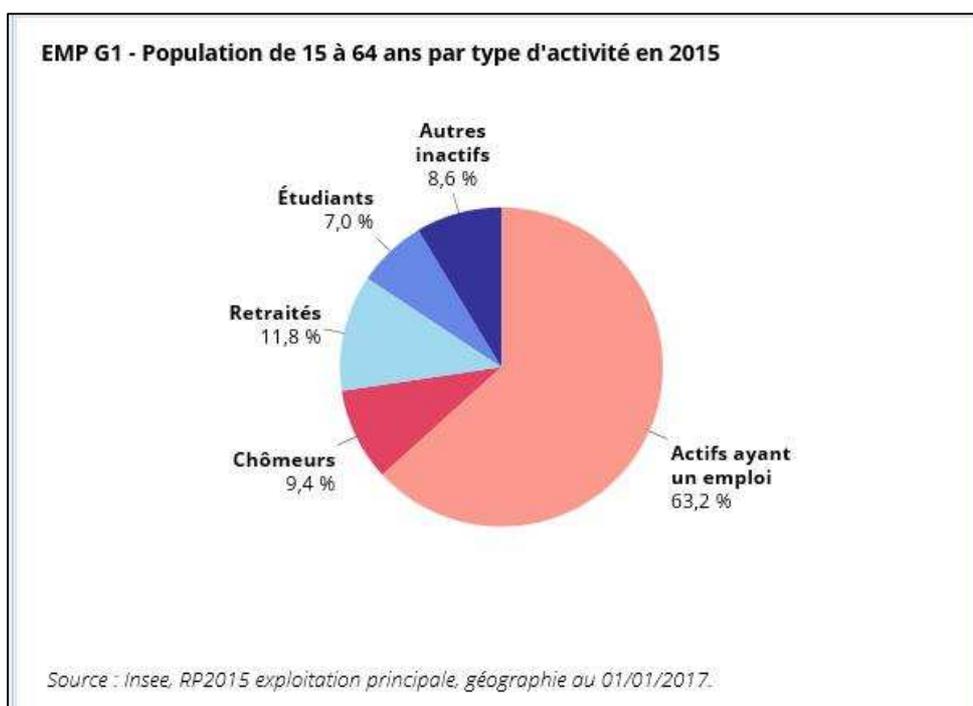
2.1.1. Répartition de la population active dans les différents groupes socio-professionnels

Population de 15 à 64 ans par type d'activité

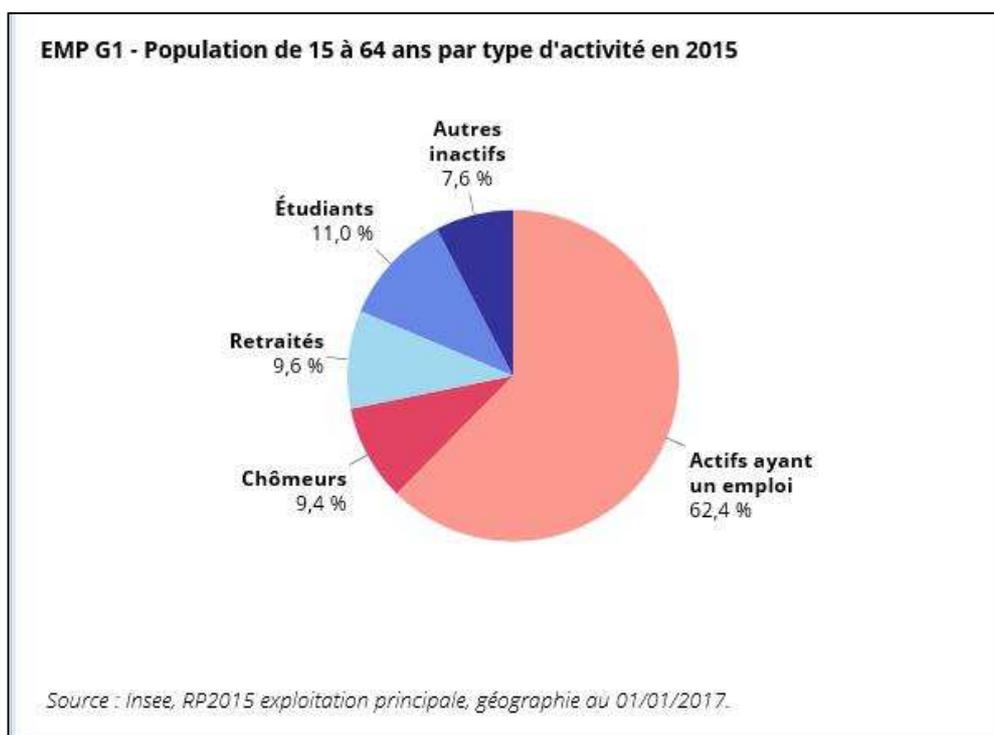
En Corrèze :



En Creuse :



En Haute Vienne :



2.1.2. Répartition de la population active de 15 à 64 ans selon la catégorie professionnelle sur le territoire limousin (en %)

	Corrèze	Creuse	Haute - Vienne	Nouvelle Aquitaine	France métropolitaine
Agriculteurs exploitants	3,9	9,1	2,6	2,6	1,4
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	7,1	7,4	6,0	7,1	5,9
Cadres et professions intellectuelles supérieures	9,2	7,9	11,9	11,9	15,7
Professions intermédiaires	23,0	19,4	25,0	23,8	24,6
Employés	30,8	31,4	29,3	29,9	28,6
Ouvriers	25,3	23,6	23,6	23,8	22,5

Données Diagnostic PRS 2018-2023 - Source : RP 2013, Exploitation complémentaire Réalisation ARS NA, Pôle études, statistiques et évaluation

2.1.3. Répartition des emplois selon le secteur d'activité sur le territoire limousin

	Corrèze	Creuse	Haute - Vienne	Nouvelle Aquitaine	France métropolitaine
Nombre d'emplois (salariés et non salariés)	95 544	40 926	141 014	2 345 426	26 740 068
Agriculture	5,1 %	11,7 %	3,4 %	4,8 %	2,4 %
Industrie	13,9 %	10,3 %	12,8 %	11,9 %	12,2 %
Construction	6,8%	5,9%	5,7%	6,7%	6,1%
Commerce Transports Services divers	39,9 %	31,9 %	40,1 %	43,2 %	48,2 %
Administration Santé publique Enseignement Santé humaine Et action sociale	34,3 %	40,3 %	37,9 %	33,3 %	31,1 %
Dont Santé humaine	8,7 %	11,0 %	11,3 %	8,0 %	7,4 %
Dont Hébergement médico-social et social Social sans hébergement	11,0 %	14,8 %	10,8 %	9,8 %	7,8 %

Données Diagnostic PRS 2018-2023

Source : Insee, estimations d'emplois localisés 2015 (provisoires), Drees, RPPS et ADELI, Réalisation ARS NA, Pôle études, statistiques et évaluation

2.2. Le contexte socio-économique

Comme précisé au sein du PRS 2018-2023 L'emploi « a plus reculé en Creuse, en Corrèze et en Haute-Vienne que sur l'ensemble de la région, davantage à cause du faible dynamisme démographique que de la structure sectorielle. »

Indicateurs de précarité et de pauvreté sur le territoire limousin	Corrèze En %	Creuse En %	Haute - Vienne En %	Nouvelle Aquitaine	France métropolitaine
Taux de chômage	8,3	9,7	10,0	9,8	10,0
Médiane revenu disponible par UC (en €)	18 880	17 301	19 118	19 360	19 786
Part des minima sociaux dans les revenus	1,3	2,0	1,9	1,5	1,4
Taux de pauvreté	13,8	19,5	15,1	13,3	14,3
Intensité de la pauvreté	18,8	20,2	21,9	19,9	21,0
Part des jeunes en risque d'exclusion	3,9	4,5	3,6	3,5	3,7

Données Diagnostic PRS 2018-2023 - Source : Insee, Filosofi 2012, taux de chômage localisés 2015 (moyenne annuelle) - Réalisation ARS NA, pôle études, statistiques et évaluation

2.2.1. Le taux de chômage

Le taux de chômage pour le territoire du Limousin est passé de 6.3% en 2008 à 9.8% à aujourd’hui. Il est en Corrèze et Creuse inférieur, et en Haute-Vienne égale à celui de la France métropolitaine.

- Le taux de chômage des femmes est de 9.4% contre 10.1% pour les hommes.
- Les 15-24 ans connaissent un taux de chômage de 25.1%.
- Pour les 25-49 ans, le taux de chômage atteint 9.2%.
- Chez les 50 ans et plus, il atteint 6.3%.

2.2.2. Un territoire touché par la précarité

La part des personnes vivant sous le seuil de pauvreté est plus forte qu’en France métropolitaine en Haute – Vienne et plus encore en Creuse.

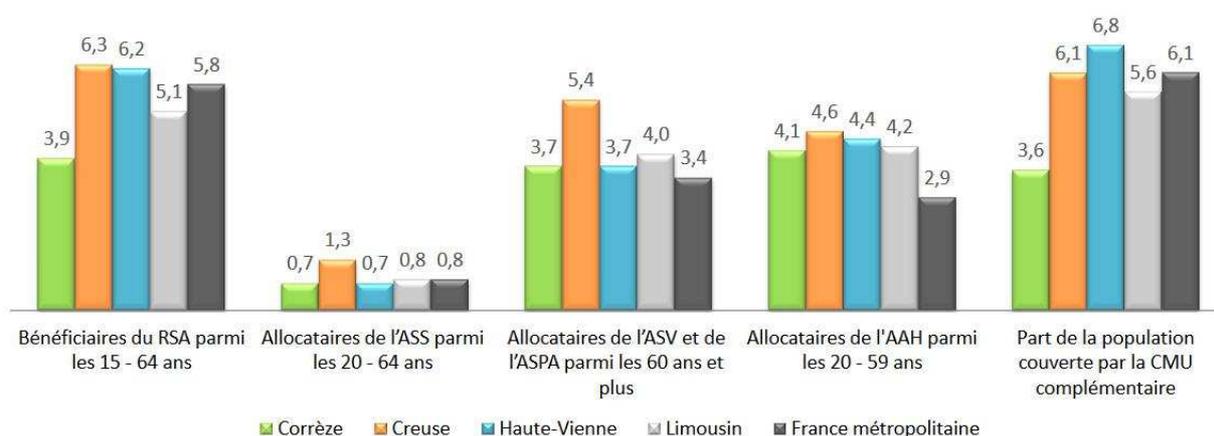
Le diagnostic du projet régional de santé observe que les espaces de la Nouvelle Aquitaine les plus éloignés des villes sont les plus touchés par la pauvreté. Elle est particulièrement marquée en Creuse avec un cinquième des habitants en situation de pauvreté. La part de jeunes en situation d’illettrisme y est aussi élevée ainsi que celle en risque d’exclusion.

▪ Le nombre des allocataires des minima sociaux

En 2013, plus de 25 000 limousins bénéficient du Revenu de Solidarité Active (RSA).

La proportion de séniors bénéficiant du minimum vieillesse est une des plus élevées en France.

La proportion d’allocataires de l’Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) est la plus forte en France. La part des allocataires de minima sociaux (RSA, ASS, ASV, AAH, CMLU,...) s’élève à 4,2% sur le territoire limousin.



Source : Insee

12

En matière de recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU –C) sur le territoire, il est noté une réelle disparité. Le diagnostic du projet régional de santé 2018-2023 observe que fin 2014 la Creuse enregistre le plus fort taux de bénéficiaires (8% de la population) et la Corrèze le plus faible (4,5%).

- **Le taux d'allocataires de l'AAH**

Le taux d'allocataires de l'AAH, rapporté à la population âgée de 20 à 64 ans, est supérieur ou proche de 4% en Creuse, Haute-Vienne et Corrèze, supérieur à la moyenne de la région qui est de 3,3 %

En Limousin, 15 914 personnes étaient allocataires de l'AAH en 2015.

Allocataires AAH				
2015 - CCMSA, CNAF, INSEE				
	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Limousin
Nombre d'allocataires AAH	4 926	2 747	8 241	15 914
Taux d'allocataires pour 100 personnes de 20-59 ans (en%)	4,4	5,0	4,5	

- **La proportion des ménages imposables**

Foyers fiscaux non imposables

INSEE – DGFIP 2015				
	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Limousin
Part foyers fiscaux non imposables (en %)	60,3	67,3	59,2	54,4

- **Le taux de recours à la CMUc**

En 2015, le nombre de personnes ayant recouru à la CMUc s'élevait à 40 046, soit une moyenne de part de bénéficiaires de 8,03 %.

Bénéficiaires de la CMUc

ARS, SNIIRAM 2015				
	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Limousin
Nombre de bénéficiaires de la CMUc	9 074	6 261	24 711	40 046
Part de bénéficiaires (en %)	5,6	8,9	9,6	ND
<i>(% parmi l'ensemble du régime général)</i>				

3. Les indicateurs de santé

3.1. Décès et espérance de vie en 2014 sur le territoire limousin

L'espérance de vie sur le territoire limousin est proche de la moyenne nationale.

Indicateurs de précarité et de pauvreté sur le territoire limousin		Corrèze	Creuse	Haute - Vienne	Nouvelle Aquitaine	France métropolitaine
Nombre de décès en 2014		3046	1866	3865	59 563	545 028
Espérance de vie à la naissance	H	79,3	76,9	79,3	79,4	79,3
	F	85,3	84,8	85,8	85,4	85,4
Espérance de vie à 60 ans	H	22,5	21,3	23,4	23,3	23,1
	F	27,4	26,9	28,2	27,7	27,7

Données Diagnostic PRS 2018-2023 - Source : Insee, estimation de population et statistique de l'état civil Réalisation ARS NA, pôle études, statistiques et évaluation

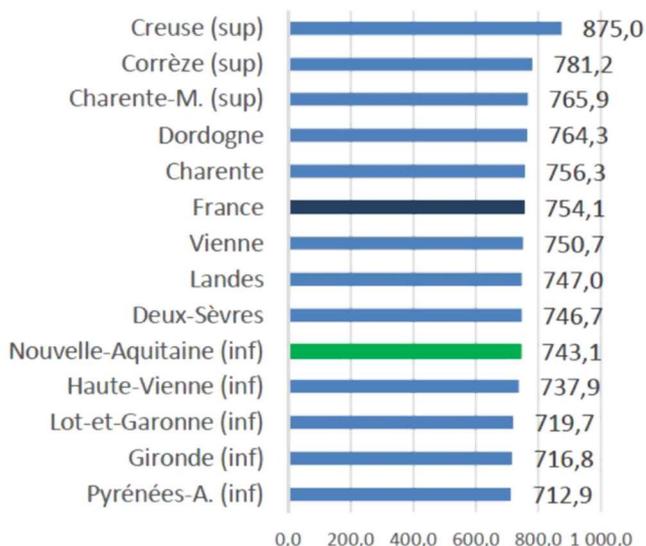
3.2. Mortalité

Le diagnostic du projet régional de santé 2018 – 2023 fait état « *d'un taux standardisé de mortalité de 743,1 pour 100 000 habitants en Nouvelle Aquitaine au cours de la période 2011-2013, très proche du niveau national (754,1)* ». Néanmoins, les écarts de mortalité à l'intérieur de la région sont importants comme le montre le schéma ci-dessous.

Deux départements du territoire limousin présentent un niveau de mortalité significativement supérieure à la valeur nationale : la Corrèze et la Creuse.

Le taux de mortalité le plus élevé, celui de la Creuse, est 23 % plus fort que le moins élevé, celui des Pyrénées – Atlantiques. La mortalité de la Creuse occupe le 95^{ème} rang des départements français.

Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants) par département en Nouvelle Aquitaine
Figure 69 du PRS Nouvelle aquitaine 2018-2023



Source : CépiDC2011-2013, Insee, réalisation ORS Aquitaine

- En complément, une étude Inserm CépiDc 2010-2014 des taux standardisés de mortalité permet de disposer d'une approche plus détaillée des différentes tendances intervenant dans l'évolution de cet indicateur

Taux standardisés de mortalité

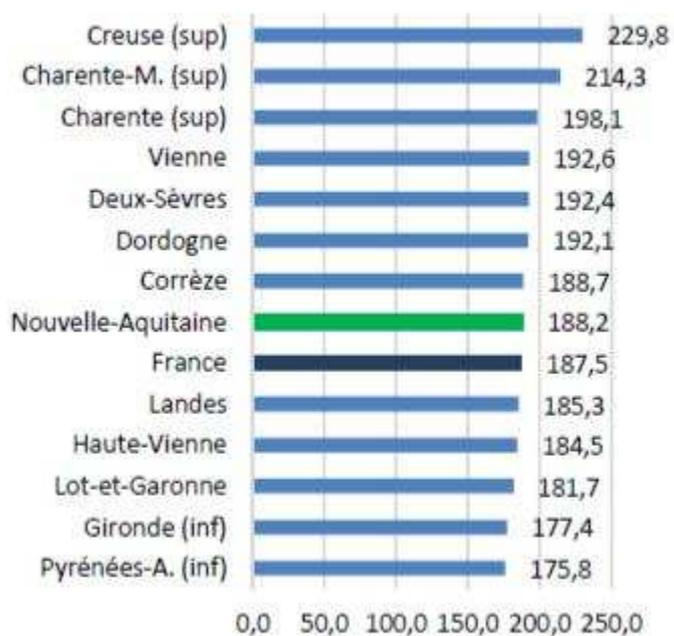
2010 – 2014 – Inserm CépiDc				
	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Limousin
Mortalité générale Hommes	1221	1354	1 152	ND
Mortalité générale Femmes	712	759	657	ND
Mortalité prématurée Hommes	282	345	274	ND
Mortalité prématurée Femmes	130	139	124	ND
Nombre annuel moyen de décès liés à l'alcool Hommes	64	53	89	206
Nombre annuel moyen de décès liés à l'alcool Femmes	14	10	20	44
Nombre de décès annuel moyen par suicide	52	31	72	155
Taux standardisé de mortalité par suicide	19,3	21,4	18,1	ND

3.2.1. Mortalité prématurée

Sur le territoire limousin, seule la Creuse présente une surmortalité prématurée marquée par rapport à la valeur nationale.

La part des décès prématurés est 2 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes comme le constate le diagnostic du projet régional de santé.

Taux standardisé de mortalité prématurée par département en Nouvelle Aquitaine Figure 73 du PRS NA



3.2.2. Les tentatives de suicide et la mortalité par suicide

Les constats établis par le diagnostic du projet régional de santé 2018-2023 concernent à la fois les tentatives de suicides et la mortalité par suicide et se penchent sur la situation des jeunes et celles des adultes. Concernant le territoire limousin, le dossier « *Faits marquants en Limousin* » réalisé en 2012 par l'ORS apportent encore aujourd'hui des précisions intéressantes.

▪ Le suicide chez les jeunes

→ Les déclarations de pensées suicidaires et les tentatives de suicide

Selon l'enquête « *Regards sur la santé des collégiens et des lycées limousins* » réalisée par l'ORS en 2018, 13% des garçons et 25 % des filles de 13 à 19 ans déclarent avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Le projet régional de santé 2018-2023 souligne que « *qu'elle que soit l'enquête, les déclarations d'idées suicidaires sont plus élevées chez les filles que chez les garçons* » et il ajoute que « *la proportion de tentatives de suicide déclarées est différente suivant la filière scolaire* »

→ Les hospitalisations des jeunes en MCO suite à une tentative de suicide

Nombre de séjours hospitaliers en MCO et taux bruts de recours à l'hospitalisation pour 100 000 jeunes en 2015 :

Hospitalisations en MCO suite à une tentative de suicide	Corrèze	Creuse	Haute - Vienne	Nouvelle Aquitaine	France métropolitaine
Nbre de séjours des 10-19 ans	52	26	118	1 848	14 653
Taux des 10-14 ans	208,0	162,6	189,9	178,9	120
Taux des 15-19 ans	203,7	283,6	373,1	378,8	260,2

Source ATIH Insee – Exploitation ORS

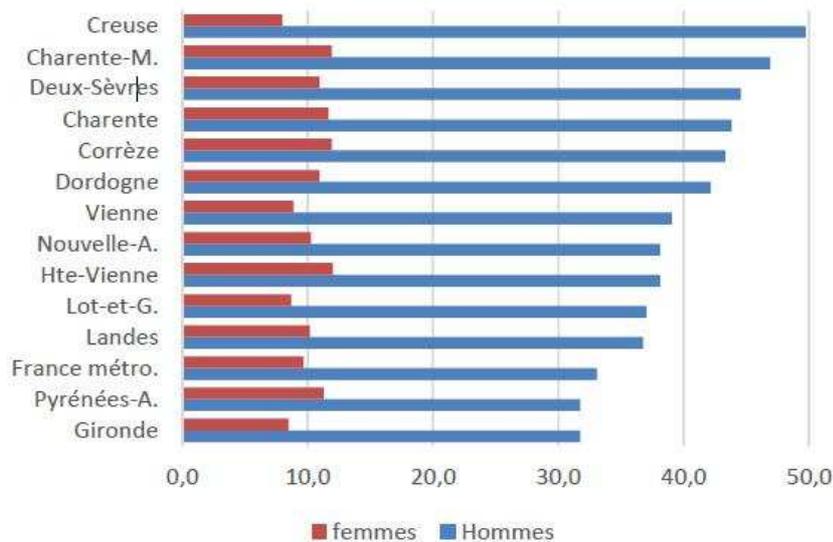
→ Les décès par suicide chez les jeunes

Le diagnostic du projet régional de santé 2018-2023 souligne qu' « *au cours de la période 2009-2013, 17 jeunes de Nouvelle aquitaine sont décédés chaque année en moyenne par suicide. 80 % de ces décès sont masculins et près de 20% sont survenus chez des adolescents âgés de 10 à 14 ans* ».

- **Le suicide chez les adultes**

→ La mortalité par suicide sur le territoire Limousin

Figure 285. Taux standardisés de mortalité par suicide des habitants de Nouvelle-Aquitaine, en 2009-2013 (pour 100 000)



Sources : CépiDC, Insee – Exploitation ORS

Au cours de la période 2009-2013, la Creuse est le département de la Nouvelle Aquitaine dans lequel la mortalité par suicide masculine est la plus élevée.

Déjà, sur la période 2000-2009, l'ORS avait constaté 177 décès par suicide en moyenne chaque année en Limousin dont 77% concernaient des hommes.

Ce taux brut de mortalité masculin augmente progressivement chez les hommes jusqu'à environ 50 ans, diminue ensuite fortement jusqu'à 75 ans et progresse ensuite fortement chez les hommes âgés. Chez les femmes, il augmente jusqu'à 50 ans et reste relativement stable ensuite.

En 2012, 153 décès par suicide de personnes résidant en Limousin ont été rapportés. Ces décès ont concerné 115 hommes et 38 femmes, soit un ratio de 3 hommes pour une femme, répartition identique au national.

C'est dans la classe d'âges la plus élevée de 85 ans et au-delà que le nombre de décès par suicide est le plus important, suivie de la classe d'âges des personnes entre 50 et 54 ans chez laquelle 20 décès par suicide ont été constatés.

3.2.3. Prévalence des addictions et décès liés à des pathologies liées à l'alcool

Selon un état des lieux régional sur les addictions et leurs conséquences publiés par l'ORS en juillet 2014 (Enquête Espace – ORS 2009-2011-2013) :

L'alcool est la substance addictive la plus répandue en France.

Chez les jeunes :

A l'entrée du collège (classe de 6ème), 73% des jeunes ont déjà goûté au produit et 89 % en fin de 3ème d'après l'enquête réalisée par l'ORS et le Rectorat de Limoges dans le cadre de l'évaluation du projet ESPACE. L'expérimentation se fait souvent en famille (dans 84% des cas) et ce sont le cidre et le champagne qui sont les plus consommés chez les plus jeunes (respectivement 56% et 47%,).

Par ailleurs, en fin de collège, un jeune sur 5 déclare avoir déjà été ivre, soit 22% des garçons et 17% des filles.

A 17 ans, des consommations régulières (au moins 10 fois dans le mois) sont notées chez 10% des jeunes en Limousin, d'avantage chez les garçons que chez les filles (respectivement 15% et 5%).

Les consommations excessives répétées dans le mois (5 verres ou plus en une même occasion 3 fois dans le mois) touchent quant à elles 18% des jeunes limousins et les ivresses répétées (au moins 3 dans l'année) près du quart (24%).

L'expérimentation de l'ivresse aurait diminué en Limousin depuis la dernière enquête ESCAPAD passant de 62% en 2008 à 55% en 2013. Malgré un niveau de consommation élevée, le Limousin se place en position plutôt favorable comparativement au reste de la France (différences non significatives).

Chez l'adulte :

Chez l'adulte, les différences entre les sexes sont plus accentuées encore.

Ainsi, si en Limousin une femme sur 10 consomme régulièrement de l'alcool (plus de 10 fois dans le mois), cette pratique est retrouvée chez près de 30% des hommes (respectivement 9% et 29%).

Le baromètre de l'ORS réalisé en médecine générale estime en Limousin à 19% la patientèle masculine consommant de l'alcool tous les jours et à 3% la patientèle féminine (données 2011-2012).

Morbidité et mortalité liées à l'alcool sur le territoire :

Sont recensées comme pathologies liées aux consommations d'alcool les cancers de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, les cancers du larynx, les cancers de l'oesophage, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, les maladies alcooliques du foie et les cirrhoses du foie.

Chaque année sont admises en affection longue durée pour ces pathologies environ 330 personnes de moins de 65 ans en Limousin dont 80% sont des hommes.

Les décès liés à l'alcool se chiffrent quant à eux à environ 288 décès par an dont 150 chez les moins de 65 ans : plus de 80% des décès prématurés concernent les hommes.

Si la région se situe dans la moyenne nationale, et légèrement en dessous pour les femmes, on notera que la Creuse, le nord de la Haute-Vienne et la Haute-Corrèze sont particulièrement touchés

3.2.4. Prévalence des addictions et décès liés à des pathologies liées au tabac, cannabis et autres drogues

- **Tabac**

Les taux de mortalité liés au tabac sont, dans la moyenne nationale, plus mauvais pour les hommes que pour les femmes, mais avec comme pour l'alcool, des disparités territoriales : une situation plus mauvaise en Creuse, en Haute-Corrèze et dans le sud-est de la Haute-Vienne.

Les admissions en ALD prématurées liées au tabac augmentent de façon importante ces dernières années chez les femmes et les hommes.

Il est constaté une proportion de fumeurs du même ordre en Limousin qu'au niveau national, aussi bien dans la population adulte que chez les plus jeunes (27% chez les 15-75 ans, 33% à 17 ans). Le pourcentage d'expérimentateurs à 17 ans a baissé au cours de la dernière décennie, de même que celui des consommateurs quotidiens, malgré une remontée récente.

- **Cannabis**

Le Limousin est la région affichant les scores les plus faibles au niveau national. L'expérimentation du cannabis a considérablement baissé au cours de la décennie ainsi que la consommation régulière

- **Autres drogues illicites**

Les niveaux d'expérimentation affichés sont globalement du même ordre qu'au niveau national, voire inférieurs (champignons hallucinogènes), et ne montrent pas d'évolution.

3.2.5. La consommation de médicaments psychotropes

En Limousin en 2016, 115 185 femmes et 65 356 hommes, ont bénéficié d'un remboursement de médicaments psychotropes.

Consommation de psychotropes

2016 – ARS – SNIIRAM – DCIR - INSEE

	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Limousin
Nombre de bénéficiaires inter-régimes ayant eu un remboursement psychotropes				
Hommes	20 513	11 230	33 613	65 356
Femmes	36 332	18 546	60 307	115 185
Taux standardisés pour 100 habitants				
Hommes	17,6	18,1	19,5	ND
Femmes	26,1	25,7	29,3	ND

3.3. La prise en charge en ALD

Le dispositif des affections longues durées (ALD), mis en place dans le cadre de l'article L324.1 du code de la sécurité sociale, permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique nécessitant un traitement prolongé. Une liste des ALD, ayant un caractère habituel, de gravité établie par décret ouvre droit à une prise en charge à 100 % pour les personnes souffrant de ces affections.

Selon le diagnostic du projet régional de santé 2018-2013, onze millions de personnes en France métropolitaine souffrent au moins d'une maladie chronique, parmi elles 1 million résident en Nouvelle-Aquitaine. Près d'une personne sur cinq bénéficie d'au moins une prise en charge pour ALD en 2015 dans la région et ses départements.

Personnes bénéficiant d'une prise en charge en ALD au 1^{er} janvier 2015 par département

Hospitalisations en MCO suite à une tentative de suicide	Corrèze	Creuse	Haute - Vienne	Nouvelle Aquitaine	France métropoli-taine
Population	240 481	120 872	375 856	5 844 177	63 697 865
Nombre de bénéficiaires d'une ALD	48 516	26 517	70 763	1 071 524	11 033 462
Part de population standardisée %	16,6 %	17,1 %	16,7 %	16,6 %	17,3 %
Femmes %	52 %	51 %	52 %	51 %	51 %
Données Diagnostic PRS 2018-2023 Source : base de données assurance maladie inter-régimes SNIIRAM– Recensement de population INSEE 2013					

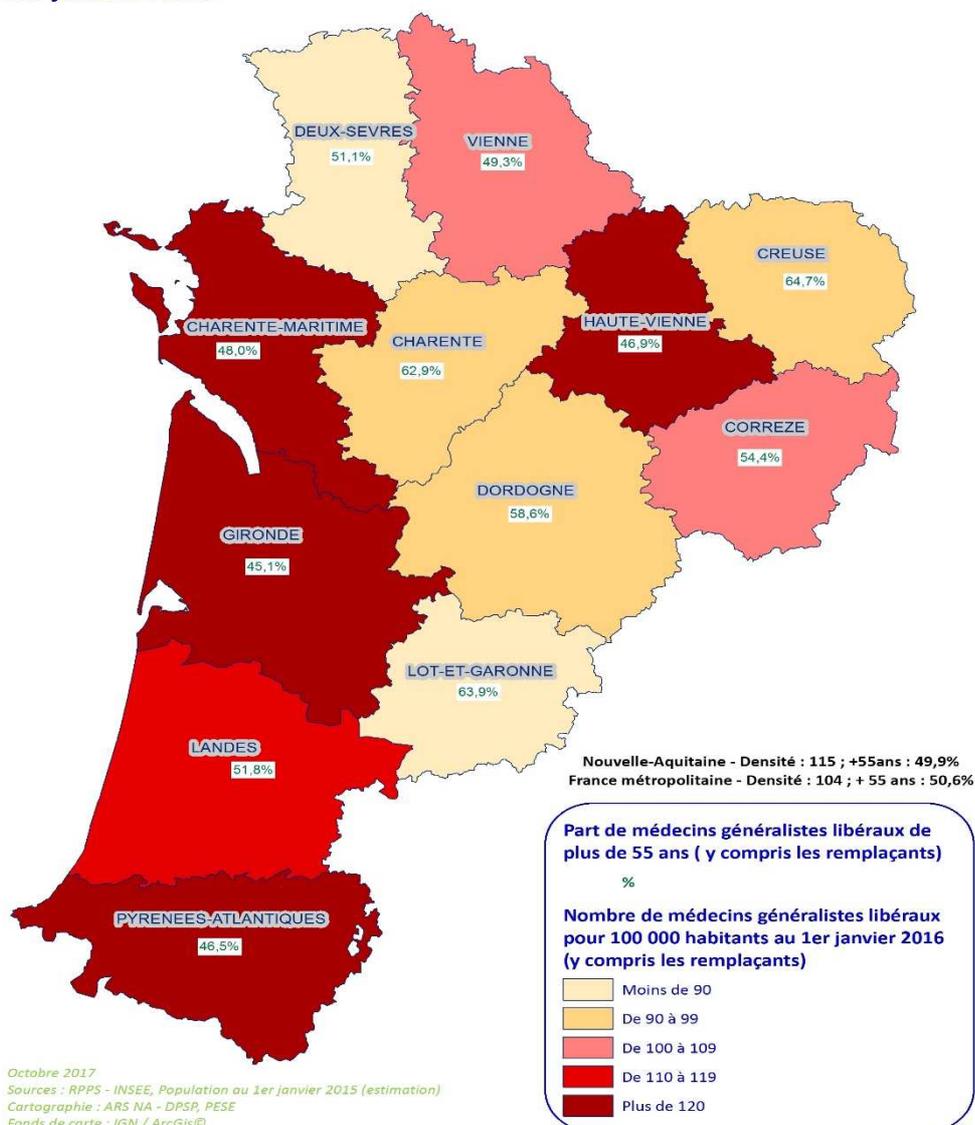
4. Indicateurs relatifs aux ressources et à l'offre

4.1. Densité de médecins généralistes, spécialistes et infirmiers libéraux

Les médecins généralistes libéraux ou mixtes

Densité des médecins généralistes libéraux et part des plus de 55 ans

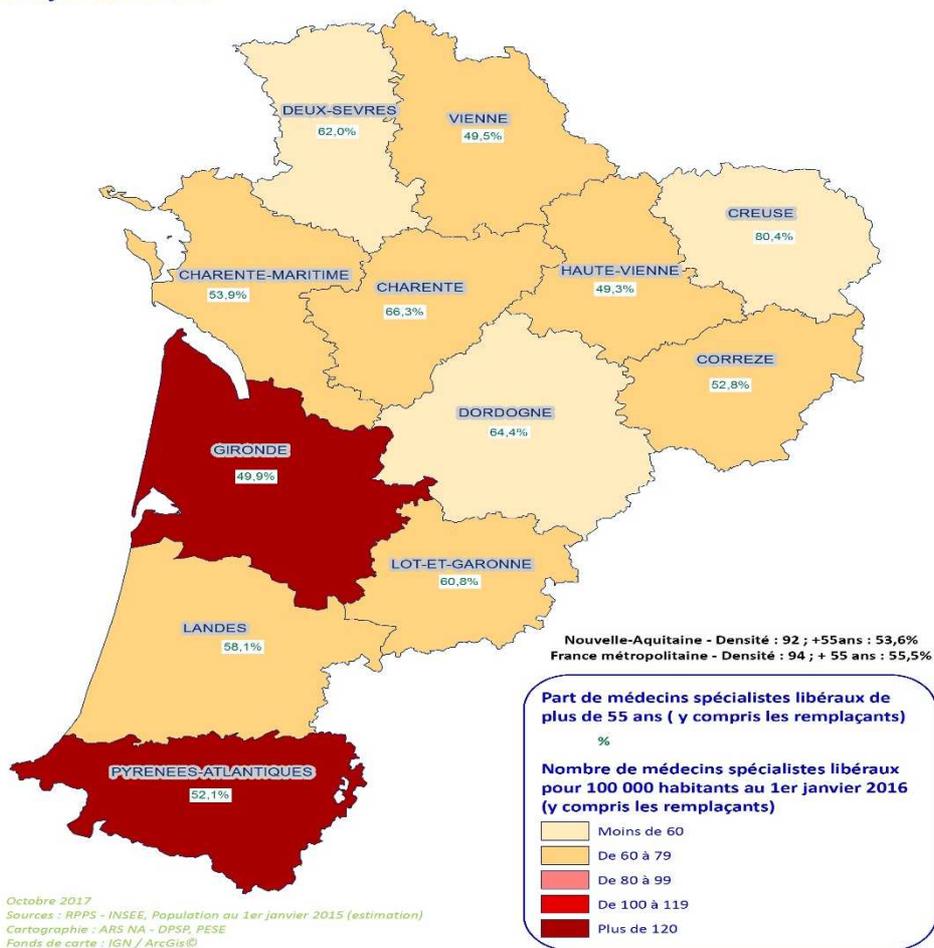
Au 1er janvier 2016



Les médecins spécialistes libéraux ou mixtes

Densité des médecins spécialistes libéraux et part des plus de 55 ans

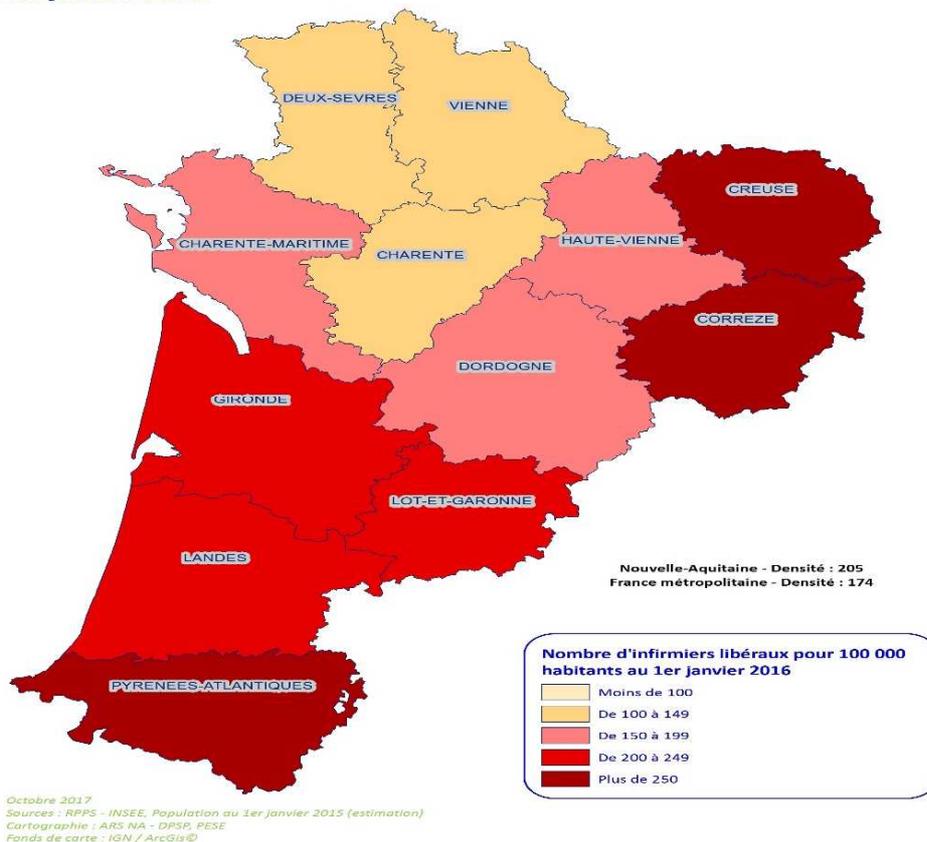
Au 1er janvier 2016



Les infirmiers libéraux

Densité des infirmiers libéraux

Au 1er janvier 2016



4.2 Les établissements autorisés en psychiatrie générale sur le territoire limousin au 1^{er} janvier 2017

	Nombre d'établissements de psychiatrie générale			
	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble
19 Corrèze	3*	-	1	4*
23 Creuse	1	1	-	2
87 Haute-Vienne	1	1	-	2
Territoire limousin	5*	2	1	8*
Nouvelle Aquitaine	24*	14	9	47*
<p>*Moins un en 2018</p> <p style="text-align: right;">Données Diagnostic PRS 2018-2023 Source : Finess au 01 01 2017 Réalisation ARS NA, DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation</p>				

4.3 Les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie infanto-juvénile sur le territoire limousin au 1er janvier 2017

	Nombre d'établissements infanto-juvéniles			Ensemble
	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	
19 Corrèze	1			
23 Creuse	1			
87 Haute-Vienne	1			
Territoire limousin	3	0	0	3
Nouvelle Aquitaine	21	1	7	29
<p style="text-align: right;">Données Diagnostic PRS 2018-2023 Source : Finess au 01 01 2017 Réalisation ARS NA, DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation</p>				

- Les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie « publique » adulte et infanto-juvénile sur le territoire limousin au 1^{er} janvier 2017

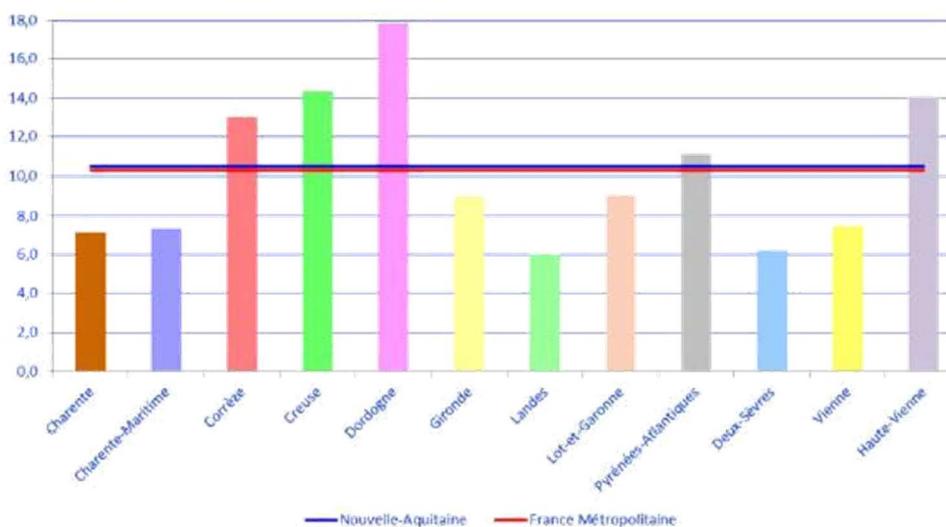
Nombre de lits d'hospitalisation complète autorisés de filières de psychiatrie et santé mentale dans les 5 établissements autorisés en psychiatrie du territoire du PTSM						
	23	19			87	Total
FILIERES		Brive	Tulle	Ussel CHPE		
Unité d'évaluation et d'orientation						22
Filière psychiatrie périnatale						8
Filière enfant et adolescents			3		3	20
Filière soins intensifs sécurisés CHPE				48	48	48
Filière soins aigus et soins sans consentement	52	42	32	54	128	147
Filière santé justice				2	2	4
Filière réhabilitation	18			38 9 21	68 (1)	70
Filière troubles addictifs	14			10	10	43
Filière du sujet âgé	26			30	30	50
Lits complémentaires	10					10
TOTAL	120	42	35	212	289	364

(1) Pour la corréze : 30 lits pour déficits autistes, 28 lits de réhabilitation psychosociale
10 lits de réhabilitator

Travaux préparatoires au PTSM Limousin
Données 2017

Figure 185. Taux d'équipement en hospitalisation temps plein en psychiatrie générale pour 10 000 habitants au 31 décembre 2015 en Nouvelle-Aquitaine

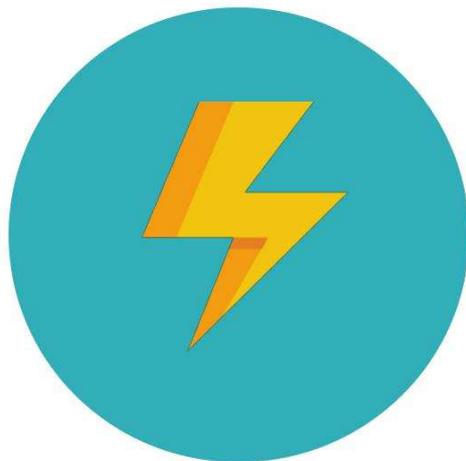
(nb lits pour 10 000 habitants)



Source : DREES, Enquête SAE 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation

Diagnostic territorial partagé



Préambule à la démarche diagnostic partagé

Le diagnostic territorial partagé comprend **un état des ressources disponibles** et **identifie les insuffisances** dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et **préconise des actions** pour y remédier.

Dans le contexte particulier du PTSM limousin, dont le territoire regroupe la Corrèze, la Creuse et la Haute - Vienne, le Comité de pilotage du PTSM LIMOUSIN – COPIL- a choisi d'organiser la conduite du diagnostic territorial partagé autour de deux axes :

- Un premier axe concerne tous les sujets nécessitant d'être travaillés en associant des acteurs de chacun de ces 3 départements. Il doit permettre de faire émerger une vision commune de ce qui est souhaitable et/ou possible, pour mieux répondre aux besoins des usagers-patients sur le territoire.

C'est la démarche dite « A3 ».

- Le deuxième axe regroupera les travaux spécifiques à chacun des départements, en tant que territoires de proximité.

La démarche A3 territoire limousin présente les constats et pistes d'action dégagés par les groupes de travail, qui se sont réunis sur 5 grandes thématiques préalablement définies comme prioritaires par le COPIL:

- 1) Faciliter les contacts entre les acteurs de santé mentale
- 2) Améliorer le parcours des adolescents
- 3) Favoriser les innovations dans le champ de la santé mentale
- 4) Améliorer l'attractivité médicale
- 5) Assurer la communication et promotion de la santé mentale

La présentation du diagnostic ci-dessous se veut le reflet sincère des nombreux échanges qui ont eu lieu au sein des groupes de travail.

A l'issue de ce travail, il a paru plus pertinent d'intégrer les constats et pistes d'action du groupe 3 relatif aux innovations au sein des autres thématiques.

I- Faciliter les contacts entre les acteurs de santé mentale pour améliorer l'organisation en parcours.

Un des grands enjeux en matière de santé mentale est dans la façon dont tous les acteurs, y compris la personne concernée elle-même, conçoivent le parcours de soins et de vie. En effet, le patient va recourir à un ensemble varié et complexe de dispositifs de soins et d'accompagnement qui vont constituer des réponses adaptées à différents moments de son parcours.

Les conditions sont-elles alors créées pour que la personne, « dans une vision espérante », croit elle-même dans la possibilité d'atteindre « le rétablissement », pas forcément l'éradication de la maladie mais un état de bien être physique, mental et social satisfaisant ? Pour que l'ensemble des professionnels agissent en ce sens et le plus précocement possible ?

La politique de coopération entre l'ensemble des acteurs, acteurs du soin, acteurs de l'accompagnement, acteurs institutionnels et représentants des usagers, est – elle suffisamment organisée et efficiente pour permettre un bon fonctionnement en parcours ?

Le rôle et la place de l'utilisateur et des aidants sont-ils suffisamment reconnus pour qu'ils soient des leviers des évolutions nécessaires ?

La personne est-elle bien intégrée au bon dispositif ?

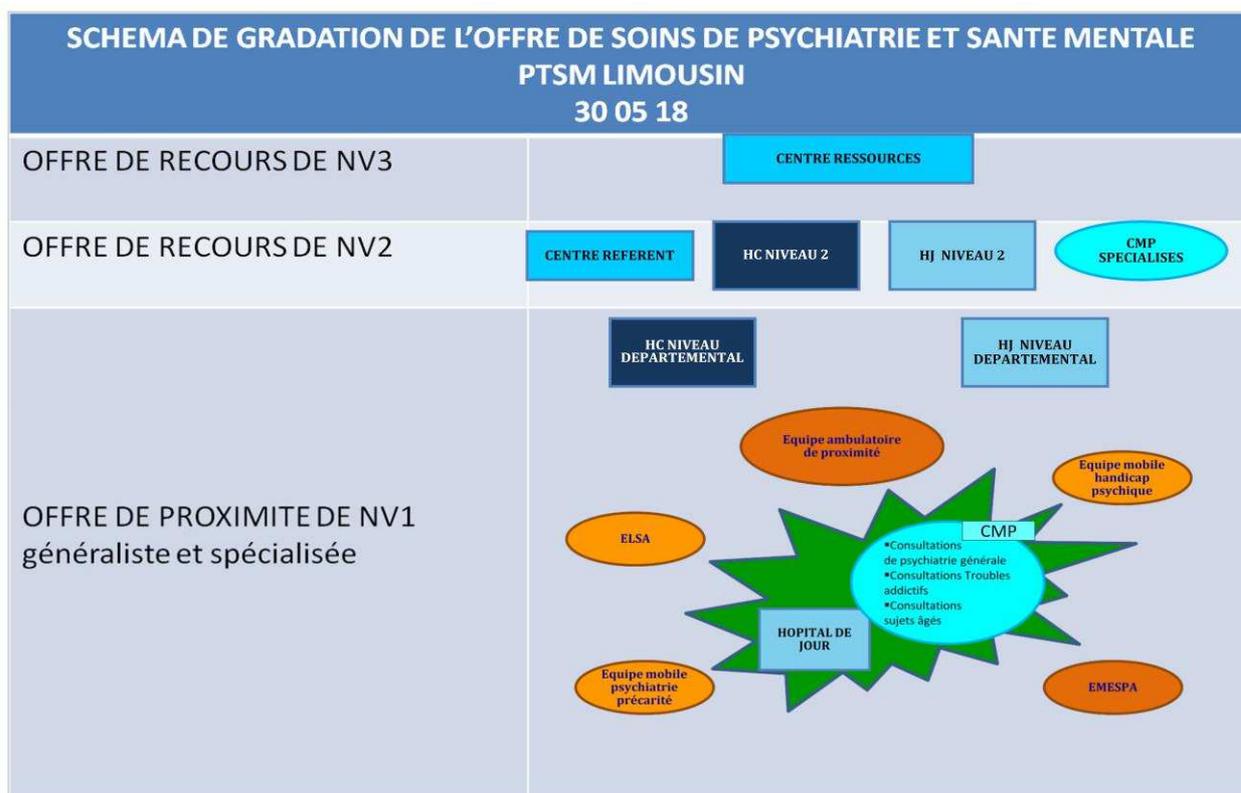
Les freins les plus fréquemment cités tiennent à :

- L'insuffisance de l'accompagnement financier à la mise en œuvre du virage ambulatoire :
- Le fait que la rémunération au parcours ne soit pas encore en place freine le virage ambulatoire pour les établissements qui l'ont déjà pris,
- La couverture encore insuffisante des équipes mobiles et des structures sociales et médico-sociales nécessaires pour étayer l'utilisateur sur et à proximité de son lieu de vie.



- Un consensus sur la structuration des parcours de soins et de vie sur le territoire qui, avec le parcours des blessés de l'encéphale, correspondent aux parcours évoqués dans le cadre du Décret du 27 juillet 2017 relatif au projet Territorial de Santé Mentale.

➤ **Un accord sur la gradation de l'offre de soins sur le territoire**



➤ **Une aptitude réelle à organiser les coopérations sur le territoire**

- **Au niveau institutionnel avec en premier lieu le GCS Santé Mentale et Handicap du Limousin** (mutualisation des métiers rares) **puis les GCS départementaux,**
 - **Au niveau des parcours :** Comités de suivi des parcours, intervention des équipes mobiles dans les structures médico – sociales, participation des structures médico-sociales aux réunions de synthèse du secteur sanitaire consacrées au projet de soins et de vie du patient...
- Une progression récente de la coordination de parcours sur le territoire limousin, en particulier dans la gestion des situations complexes : Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT), Plateforme Territoriale d'Appui (PTA), Programme Pour les Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).
- **Des efforts importants accomplis au cours des 10 dernières années en matière de repérage précoce,** et ceci dans chacun des parcours de soins : les parcours de pédopsychiatrie en particulier en lien avec le monde de l'éducation, le parcours des personnes ayant des troubles addictifs, les équipes mobiles psychiatrie – précarité.
- Les actions mises en place dans le cadre des CLS, puis des CLSM sur le territoire, a joué un rôle déterminant.
- En Creuse un dispositif innovant est mis en place dans le cadre du Plan santé + 23, qui comporte le recrutement d'un coordinateur, de 14 animateurs santé publique dont deux fléchés « addictions » portés par l'ANPAA.

- **Présence d'acteurs locaux mobilisés sur la question de la prévention du suicide**
 - Organisation de formations au repérage de la crise suicidaire portée par le CH Esquirol pour l'ensemble du territoire
 - Capacité des établissements à structurer les portes d'entrée (guichet unique CMP, CMPP en Corrèze, Unité d'évaluation et d'orientation Morel en Haute – Vienne...)
 - Une unité d'actions contre le suicide en Creuse (UACS)
- **Une implantation assez large des CMP et Hôpitaux de Jour sur les différents territoires de santé mentale de proximité ou de bassins de vie de territoire** mais qui nécessite aujourd'hui des réajustements du fait des variations de la population dans les territoires ruraux et plus encore de la pénurie médicale.



POINTS
FAIBLES

- Peu de partenariats entre les établissements hospitaliers et les médecins généralistes : de nombreuses difficultés de communication sont relevées.
- De même, les partenariats entre le secteur sanitaire et social sont peu développés entraînant des ruptures dans le parcours des personnes suivies.
- Manque de lisibilité de tous les outils et dispositifs d'accompagnement : Plusieurs groupes de travail font remonter qu'il devient de plus en plus complexe de connaître l'ensemble des dispositifs d'un territoire alors que ceux-ci se diversifient dans les différents secteurs pour apporter des réponses ciblées.
- De nombreux questionnements liés aux différents dispositifs de coordination : Les modalités de mise en œuvre semblent trop confuses aujourd'hui et le mode opératoire diffère suivant les acteurs.
- **En matière de repérage précoce, des disparités importantes sur le territoire** en fonction des parcours et des partenariats.
- **Un repérage de la crise suicidaire à améliorer** : Insuffisance de réponses ciblées adaptées aux publics plus à risque (jeunes adolescents, étudiants, agriculteurs...), manque de lieu d'écoute, de lieu de parole pour les jeunes, plus particulièrement en dehors des grandes villes, méconnaissance et difficulté à traiter les questions de harcèlement par la communauté éducative (enjeu de connaissance et de formation), délai d'attente assez longs ou très longs sur certains territoires de proximité pour accéder aux soins.
- **De réelles difficultés à faire vivre les CMP les plus distants.** Notamment en Creuse, actuellement largement portés par les équipes non médicales compte – tenu de la pénurie médicale.
- **Difficultés pour gérer au mieux le retour à domicile** : Manque d'homogénéité dans l'organisation des suivis, difficultés dans la transition d'un établissement à l'autre, défaut de structuration des filières d'aval ; les dispositifs de suivi à domicile ne sont pas en capacité de suivre tous les patients qui le nécessiteraient à leur retour à domicile.



- **Trouver en priorité des solutions simples aux difficultés évoquées en termes de transmission d'information aux médecins généralistes compte – tenu du rôle pivot qu'ils jouent dans le parcours**
 - Etudier l'envoi systématique par messagerie sécurisée d'une lettre de sortie concomitante à la sortie comportant un minimum d'informations.
 - L'envoi des comptes-rendus plus complets sous 8 jours reste une priorité. La mise en œuvre du programme Hôpital numérique sur le territoire a montré que c'était un objectif atteignable.

- **Promouvoir le lien entre les équipes mobiles et les médecins généralistes pour le suivi des cas concrets.**
 - Travailler sur le territoire la possibilité de déclenchement des équipes mobiles par les médecins généralistes sur le modèle des Equipes Mobiles Personnes Agées (EMPA) de Corrèze
 - S'appuyer sur les Plateformes Territoriales d'Appui, dont c'est une des missions, pour créer le lien avec les médecins généralistes.

- **Répondre à la demande d'information/ formation des médecins généralistes dans le champ de la santé mentale.**
 - Développer des formations très spécifiques, sur le modèle de l'Intervention de médecins addictologues au sein des maisons de santé en Haute-Corrèze
 - Relancer le DU de psychiatrie générale pour les médecins généralistes mais également pour les personnels non médicaux

- **Construire une cartographie comportant l'ensemble des dispositifs et des acteurs du territoire** sur un site dédié actualisé en temps réel de façon interactive par des acteurs référents représentant toutes les composantes, qui seraient responsables de la fiabilité de l'information.

- **Créer un modèle pour la coordination de parcours**
- Déterminer le coordonnateur qui définira l'acteur le plus à même d'assurer la coordination,
- Poursuivre la réflexion sur le processus de décision au sein des parcours,
- Harmoniser la fonction de coordonnateur de parcours en déterminant un socle commun,
- Créer des préconisations claires concernant le lien entre le médecin généraliste et le coordonnateur de parcours,
- Interroger le rôle des pharmaciens dans la coordination de parcours
- **Systématiser un plan d'action pour améliorer le repérage sur tous les territoires**
- Se doter en particulier d'un plan de formation à disposition des acteurs de santé mentale limousin, intégrant tous les intervenants (IREPS).
- **Des dispositifs innovants à s'approprier pour réduire le risque suicidaire.**
 - Conventionnement avec l'Association Ecoute & Soutien qui intervient sur plusieurs bassins de population,
 - Projet de mise en place du dispositif « Vigilans »,
 - Formations auprès de professionnels prenant en charge des adultes, personnes âgées, enfant et adolescents,
 - Formations sentinelles, formation intervention de crise, formation évaluateurs, formation de formateurs (dispensées par un PUH formateur national)
- Déployer sur l'ensemble du territoire, **un modèle d'offre de soins de proximité**. Celui-ci doit prévoir **le déploiement d'un panier de soins** grâce à l'action conjointe de trois types de structures composant le un centre de proximité de santé mentale – CPSM- tel que mis en place en Haute-Vienne : un CMP, un hôpital de Jour et des équipes mobiles.
- **Revoir la localisation des centres de proximité de santé mentale sur une base interdépartementale**, en tenant compte des besoins de la population et de la pénurie médicale. Dans ce cadre il peut être proposé de promouvoir l'action conjointe de l'exercice territorial partagé, avec le recours à la télémédecine, ainsi que la délégation de compétences et les dispositifs innovants pour faire vivre l'offre de proximité sur les sites distants.
- **Mieux structurer les équipes mobiles existantes** et les généraliser sur le territoire pour qu'elles puissent jouer pleinement leur rôle autour du patient, de ses aidants et des professionnels qui assurent son accompagnement, notamment les médecins généralistes, lorsqu'ils sont désignés comme médecin traitant, ou le cas échéant promouvoir le recours au médecin traitant.
- **Prendre connaissance et évaluer les dispositifs destinés à faciliter le retour à domicile** (ex : existence d'un dispositif sur Limoges associant Soins santé (SSIAD) et ACTID 87 (SAAD/ aide à la vie quotidienne) pour sécuriser le retour à domicile de personnes de plus de 60 ans après une hospitalisation).

II– Améliorer le parcours des adolescents

La situation concernant la prise en charge des adolescents présente de réelles disparités sur le territoire : la raréfaction des médecins pédopsychiatres et la très grande difficulté dans laquelle se trouve la Creuse, impacte évidemment fortement l'offre de soins. La baisse du nombre des médecins généralistes sur certains territoires est un autre facteur aggravant.

Les vides territoriaux en termes de démographie médicale rendent difficilement lisible la réponse effective de « niveau 1 » dans chacun des 3 départements, d'où la difficulté du diagnostic. Qu'en est-il des possibilités réelles des acteurs d'assurer leurs missions et de les assurer avec le niveau de qualité requis ?

Le territoire dispose néanmoins de réels atouts qu'il convient de conforter car il s'agit d'un chantier prioritaire du PTSM.



- La **qualité des relations de proximité** entre les acteurs du soin, de l'accompagnement, les acteurs institutionnels (sanitaire, ASE et social, PJJ, Education Nationale, MDPH, médico-social...) est une réalité forte au sein de chaque département et entre les 3 départements dont les frontières sont poreuses si besoin.
- La **qualité de l'offre de soins** de recours de niveau 2 du CH Esquirol, les avis spécialisés, l'expertise accessible, est soulignée par l'ensemble des acteurs.
- L'**équipe mobile Ad'hoc** du CH Esquirol assure de façon programmée et anticipée un travail de régulation en prévention des situations de crise auprès des Etablissements médico-sociaux des 3 départements
- Parmi les portes d'entrée, **les 3 Maisons des adolescents ont un rôle reconnu pour l'orientation et l'accès aux soins.**



- **Plusieurs points faibles concernent la prévention et/ou le repérage précoce, y compris la prévention des situations de crise :**
- Le défaut de repérage précoce, la perte de chance qui y est liée, les freins à la prévention et l'impact de différents facteurs d'inégalités sociales ont été évoqués ; la régression des relais spécialisés (Rased, Clis) au sein de l'École, est évoquée comme ayant un impact particulier en ce sens.
 - la réticence des parents des jeunes publics à intégrer les actions de groupes ou associations d'usagers afin d'accéder à des informations et formations.
 - Le non remboursement des prises en charge assurées par des psychologues ou psychomotriciens de ville limite l'accès à des soins précoces de certaines catégories sociales exposées.
 - Les insuffisances de la coordination entre acteurs pour l'anticipation et la prévention des situations de crise, principalement dans le champ social et du handicap, sont également soulignées.
 - L'absence de médecin traitant dans les parcours des mineurs et jeunes adultes, notamment en institutions sociales et médico-sociales (que les acteurs estiment concerner de 30 à 40% de ces publics, ce qu'il sera intéressant de valider à partir des données de la CPAM), constitue également une réelle problématique.
- **L'accès à l'hospitalisation complète, localisée sur la Haute-Vienne, des adolescents de Corrèze et de Creuse, est un autre point à travailler :** La difficulté à faire respecter les protocoles de demande d'accès aux soins travaillés en amont en commun notamment sur l'Hospitalisation complète et les « urgences » a été pointée par le groupe de travail.
- Les « grands ados » (17-20 ans) ont sur l'ensemble du territoire insuffisamment accès aux soins de réhabilitation psychosociale associant les acteurs du sanitaire, de l'inclusion sociale, scolaire et professionnelle, même si des évolutions nouvelles sont en cours avec le centre référent de réhabilitation psychosociale. Les conséquences en sont un accès insuffisant au logement et au logement accompagné pour les plus fragiles, le renoncement aux études et à la formation professionnelle, un accès insuffisant à l'intégration par l'emploi, protégé ou non....
- **La multiplication des instances de coordination concernant les cas complexes Handicap/MDPH, RAPT, ASE – départements- nécessitent des clarifications sur la complémentarité de ces dispositifs et les missions de chacun...**

De réelles disparités sur le territoire

En Creuse : une situation difficile en termes de démographie médicale à résoudre, des points d'appui à conforter

- Sur le CH de La Valette l'offre de soins, initialement bien structurée peut se maintenir grâce à l'investissement des psychologues et des équipes de soins mais se délite tout de même du fait de l'absence de médecins pédopsychiatres. La diminution du nombre de médecins traitants est un facteur aggravant
- Le maintien d'une réponse incomplète mais pertinente est soutenu par différents points d'appui : Les portes d'entrée, mentionnées en juin 2017 dans les travaux de la Filière santé Mentale du PMP du GHT, apportaient une réponse organisée comprenant :
 - Les 3 CMP : CMP La Souterraine, CMP Guéret, CMP Aubusson
 - Le CMP-CATTP spécifique LOKALADO
 - Les consultations avancées au lycée de Felletin, au lycée agricole d'Ahun, Boussac-Bourganeuf, à la Souterraine.
 - Le CSAPA et des Consultations Jeunes Consommateurs,
 - La Maison des Adolescents,
 - Un projet d'équipe mobile adolescents
- L'offre de soins médicale de pédopsychiatrie sur la Creuse est également portée par le CMPP des PEP (1 pédopsychiatre), les 7 médecins psychiatres libéraux et le médecin pédopsychiatre de La Clinique de Chatel- Guyon (Viersat – Creuse)
- La qualité de la relation de proximité (sanitaire, ASE et social, PJJ, Education Nationale, MDPH, médico-social...) constitue un point d'appui.
- La MDA, portée par les PEP, est une porte d'entrée reconnue, qui joue son rôle dans la prévention, l'orientation et l'accès aux soins.
- La mise en place d'une unité de vie renforcée - permettant de travailler sur la régulation des écarts de comportements - au sein du CDEF 23 « Villado », quoique souffrant du manque de médecins pédopsychiatres, apparaît aux professionnels comme une vraie réponse à la problématique de certains jeunes.
- Les relations avec l'Education Nationale – lien avec les référents en santé scolaire, déplacement des équipes de secteur dans les collèges et les lycées – fonctionnent en Creuse.

En Corrèze : stabiliser la démographie médicale, promouvoir des évolutions

- La pédopsychiatrie en Corrèze est rattachée au CH de Brive et dessert l'ensemble du Département.
- La situation de la démographie médicale, bien améliorée globalement, reste très sensible concernant les médecins pédopsychiatres. Un recrutement est toujours en attente et 2 médecins exerçant sur le territoire (au CMPP des PEP) prendront vraisemblablement leur retraite dans les années à venir.

La densité des médecins généralistes est également faible en Haute Corrèze.

- Il a été souligné pour ce département la nécessité d'améliorer les partenariats avec l'Education Nationale : liens avec les référents en santé scolaire, déplacement équipe mobile ou de secteur dans les collèges et les lycées

En Haute-Vienne :

- En Haute-Vienne l'offre de soins dédiée aux adolescents, quoique soumise à une baisse des effectifs médicaux du CH Esquirol depuis 3 ans (- 2 ,20 ETP de médecins pédopsychiatre) reste bien structurée. Toutefois, une certaine déstabilisation existe liée à la sur-sollicitation dont fait l'objet la discipline, accentuée par les vides territoriaux et en particulier aux incertitudes quant au devenir de la pédopsychiatrie en Creuse.
- Il existe une difficulté à gérer les priorités pour à la fois répondre aux besoins et conserver une qualité mise en place au fil des années
- La coopération avec les partenaires, établissements médico-sociaux ou du secteur social (ASE...) ou avec l'Education Nationale (liens avec les référents en santé scolaire, déplacement équipe mobile ou de secteur dans les collèges et lycées ainsi qu'à l'Université) s'appuient sur des partenariats anciens et conventionnés



PISTES D'ACTION

Le groupe de travail diagnostic propose les axes de travail suivants :

- **Formaliser et rendre lisible l'accès à l'offre de soins de niveau 1 dans chaque département**
 - Suivre l'initiative de la CORREZE : « guichet unique » pour l'accès aux consultations de niveau 1 en CMP et CMPP dans chaque département,
 - Affirmer et organiser la place du médecin traitant et celle du médecin généraliste dans les établissements sociaux et médico-sociaux,
 - Interroger et sécuriser les délégations de compétences ou pratiques avancées des infirmiers.
- **Redéfinir la place et rappeler les attributions des psychologues**, notamment au sein des structures et établissements du champ social et médico-social, **et ceci notamment en :**
 - **Soutenant et sécurisant la mise en place de thérapies d'accompagnement et de soutien au sein du secteur social et médico-social** de type thérapies brèves, régulant le comportement, le sommeil, l'agitation, ou les angoisses des jeunes en foyer ou en famille d'accueil notamment.

- **Organiser une interface - formations communes, supervision des pratiques et formations croisées – entre les professionnels du secteur sanitaire, du secteur social et du secteur médico-social** précisant les missions de chacun et les droits des personnes mineures
- **Retravailler et contractualiser avec l'ensemble des acteurs les protocoles d'accès à l'offre de soins de niveau 2**, à l'hospitalisation notamment, et ceci 7 jours sur 7 jours et 24h/24h.
Définir les acteurs posant les « indications » de recours
- **Etayer les prises en charge renforcées hors hospitalisation complète sur l'ensemble du territoire**
- **Etendre / renforcer le fonctionnement de l'équipe mobile de soutien en pédo psychiatrie du CH ESQUIROL** soit par extension de l'équipe « 87 », soit par essaimage des pratiques sur les 2 autres départements
- S'associer – avec les représentants des usagers- à l'opportunité de la construction d'une action «premier secours en santé mentale» sur le territoire, en lien avec les partenaires : Education nationale, Université, milieu de l'emploi protégé, Missions Locales, professionnels, bailleurs.
- **Mettre à profit l'expérience de la Creuse, de médiateurs en santé, SANTE +23.**
- Travailler à des supports d'éducation à la santé **3.0** ou « Snapchat », adapté aux adolescents et jeunes adultes
- **Diversifier l'offre en prise en charge** (MDA, Local Ados, sanitaire) et en psychothérapies pour les adolescents afin de conserver leur adhésion dans un accompagnement à long terme (art-thérapie, psychomotricien, ergothérapie)
- Travailler sur les fragilités spécifiques aux publics de jeunes majeurs issus des parcours pluri institutionnels (ASE, IME, PJJ...)

III – Améliorer l’attractivité médicale



Une offre de soins publique et privée conséquente et structurée sur le territoire travaillant en partenariat :

En Haute-Vienne :

- Un établissement hospitalier public :
 - Disposant de plusieurs services hospitalo-universitaires,
 - Proposant une offre de soins de recours de niveau 2 et 3 structurée pour la quasi-totalité des parcours,
 - Développant des dispositifs innovants,
 - Manifestant historiquement une capacité importante à se réorganiser ;
- Une complémentarité sans tensions et des échanges fructueux entre l’offre de soins publique et l’offre de soins privée ;
- Une politique ancienne et structurée de coopération entre les acteurs du soin, de l’accompagnement, les représentants des usagers et les acteurs institutionnels.

En Corrèze :

- Des acteurs de santé mentale (acteurs du soin, de l’accompagnement, représentants des usagers, acteurs institutionnels) regroupés dans un GCS 19 qui se sont engagés depuis 2014 dans une structuration des parcours de soins et de vie, initiée dans le cadre d’un Diagnostic piloté par l’ANAP,
- Une offre de soins de recours de niveau 2 et 3 sur le CH du Pays d’ Eygurande dont le dispositif relatif aux soins intensifs et sécurisés pour malades difficiles.

En Creuse :

- Un établissement hospitalier qui s’est réorganisé il y a quelques années en filières, dans un contexte de démographie médicale alors moins défavorable.
- De bonnes coopérations avec les acteurs du social et du médico-social, qui vont pouvoir se renforcer dans le cadre du GCS Service Inter-Etablissements Creusoises (SIC)

➤ **Un GCS Santé Mentale et Handicap à vocation territoire Limousin qui facilite les coopérations**

➤ **Une Fédération Recherche et Innovation en Psychiatrie du Limousin** qui dispose de professionnels formés à la recherche (ingénieurs, ARC...)



- **Un nombre important de postes de psychiatres vacants**

La situation reste stable sur la Haute-Vienne.

Les difficultés de recrutement médical sont aiguës sur la Creuse.

Les difficultés sont bien moindres en Corrèze qu'en 2016 et 2017, même si quelques inquiétudes subsistent.

- **Des difficultés récurrentes de recrutement**

Malgré une augmentation constante du nombre d'internes à former, le Limousin a des difficultés pour capter les internes qui, en fin de formation, retournent dans leur région d'origine.

Les professionnels manifestent leur crainte d'intégrer un établissement en pénurie médicale, de devoir faire face à une activité trop importante et d'avoir des contraintes beaucoup plus lourdes de gardes et de trajets itératifs.

L'insécurité au niveau des parcours professionnels, la crainte de s'enfermer dans une situation sans avoir de possibilités de mutation, sont évoquées.

Le « climat » de l'établissement qui recrute, la cohérence de son management/gouvernance (Direction-PCME-Chefs de pôle-Direction des soins), parfois mis à rude épreuve par le contexte de pénurie médicale, est activement observé par les médecins susceptibles d'être recrutés.

Les conditions d'installation personnelles jouent évidemment un rôle clef : recherche d'emploi plus difficile pour les conjoints, inquiétudes quant aux possibilités offertes aux enfants, accès à la vie culturelle moindre que sur une grande ville...

- **L'exercice territorial partagé : des difficultés remontées**

- Les médecins assurant un exercice territorial évoquent des emplois du temps morcelés, le ressenti d'un manque de stabilité, des changements fréquents des affectations pour répondre aux besoins des établissements d'accueil, une insécurité dans leurs projets personnels et dans les conditions d'exercice et de maîtrise de leur environnement professionnel.



- **Agir sur l'attractivité globale du territoire**

- **Valoriser et optimiser les atouts du territoire de santé mentale limousin dans une politique de communication partagée** : échelle humaine, solidarité, dimension hospitalo-universitaire, accès à la recherche, facilités de communication avec les équipes expertes, espace éthique commun ...

➤ **Innover en matière de recrutement sur les territoires en pénurie**

- Déterminer au sein de chaque établissement une politique institutionnelle de recrutement portée conjointement par la Direction, la PCME et la collectivité médicale
- **Présenter systématiquement aux candidats le Projet du Pôle, de la Filière de soins.**
- **Faciliter particulièrement en zones rurales, les conditions d'accueil des jeunes médecins** : aide éventuelle à la recherche d'emplois des conjoints ...

➤ **Faciliter et sécuriser les conditions de l'exercice partagé**

- **Déterminer les lieux d'exercice partagé en prenant en compte les temps et la fréquence des déplacements.**
- **Agir sur l'offre de soins pour créer des conditions d'exercice partagé facilitées et sécurisées**
- **Mettre en place des outils de partage des données efficaces permettant des échanges fluides entre les professionnels sur l'ensemble du territoire.**
- **Développer la e-psychiatrie entre les établissements** (télé médecine : téléconsultation, télé expertise, staffs par visio-conférence ...) pour limiter les déplacements et faciliter le recours à l'expertise.

IV- Communication et promotion de la santé mentale

Définition de la promotion de la santé mentale

La promotion de la santé mentale englobe toutes les actions contribuant à améliorer la santé mentale des individus, c'est-à-dire, selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'«état de bien-être» dans lequel une personne «peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté».



La reconnaissance du rôle et de la place des représentants des Usagers

- Les différentes associations d'usagers et de représentants des usagers ainsi que **le Pôle des Usagers pour le Centre Hospitalier Esquirol** (premier pôle spécifique aux usagers en France) ont fait avancer des concepts essentiels pour le patient et ses accompagnants sur le territoire : l'alliance thérapeutique, le pouvoir d'agir, le rétablissement, le rôle des pairs aidants, la nécessité de l'éducation thérapeutique, l'inclusion des personnes ayant des troubles psychiques dans les associations sportives, culturelles et sociales,...
- Sur le territoire, de nombreuses actions de communication en santé mentale existent : semaines d'information en santé mentale, conférences, questions/réponses, ...

En Haute-Vienne :

- Collectif SISM : au-delà des semaines d'information sur la Santé Mentale, diverses associations se mobilisent afin de déployer des actions de communication en santé mentale. En mars, juin et octobre de chaque année, sur une thématique ciblée, les villes du département permettent au public de s'informer sur les troubles psychiques, de participer à des actions de déstigmatisation associant professionnels de la santé mentale mais également usagers et représentants d'usagers.
- La création du Pôle des Usagers a mis en œuvre de nombreuses actions de promotion de la santé mentale
 - ✓ Les Journées du Pôle des Usagers : intervention de professionnels des Représentant d'usagers sur différents thématiques
 - ✓ Les rencontres représentant d'usagers/professionnels
 - ✓ Une page sur le site internet du CH Esquirol spécifiquement dédiée au Pôle des Usagers
- Manifestations des GEM périodiquement sur l'ensemble du territoire
- Journées portes ouvertes annuelles (GEM - Pôle des Usagers – SAMSAH).

- Volonté de faire évoluer positivement l'image de la maladie mentale auprès des différentes populations (élus, usagers, familles, professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, grand public, ...)
- Activité Sportive Adaptée : le CH Esquirol a développé, en partenariat avec le Comité Départemental de sport, 2 dispositifs d'activité sportive
 - ✓ *Passerelle Sport Santé Mentale (PSSM)* : des groupes homogènes de patients stabilisés pratiquent une activité de gymnastique volontaire en centre-ville de Limoges
 - ✓ *Sport* : au vu des résultats de la PSSM et de la demande de patients, mise en place de séances sportives en gymnases à Limoges sur créneaux ordinaires (basket, gym, badminton, marche nordique...).
- Renforcement de la démocratie sanitaire : participation des usagers et des représentants d'usagers dans les instances de gouvernance, dans les CLSM, CLS, dans les groupes de travail transversaux
 - ✓ Participation aux instances de gouvernance du Chef de pôle du Pôle des Usagers
 - ✓ Actions de sensibilisation aux troubles psychiques et à leurs retentissements auprès des acteurs/partenaires sur le terrain d'implantation des CLSM auxquels s'associent les usagers
 - ✓ Groupes de travail transversaux associant les professionnels, les représentants d'usagers et les usagers qui ont permis la création d'outils facilitant la gestion de parcours (fiche de liaison patient/CHE/EMSS, SMS de rappel de Rdv...)
 - ✓ Travaux collaboratifs en GCS Santé Mentale du Limousin
- Création de l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient en Psychiatrie du Limousin (UTEP), regroupant les 5 établissements de psychiatrie et santé mentale du Limousin (CH Esquirol, CH Brive, CH Tulle, CHPE, CH La Valette).
 - ✓ Labellisation de programme d'éducation thérapeutique du patient à domicile qui prévoit la participation des Médiateurs Santé Pair
- Soutien à la promotion de la formation
 - ✓ Formation destinée aux aidants et proches de personnes souffrant de troubles psychiques (temps de formation associé à un temps d'échange)
 - ✓ Formation destinée aux aidants et proches de traumatisé crânien.
 - ✓ Programme Pro-Famille

En Corrèze :

- Des actions de promotion de santé sont réalisées par les 3 établissements détenteurs d'autorisation en psychiatrie (CHPE, CH Tulle, CH Brive) de manière sporadique. Il n'existe pas de concertation départementale. Toutefois, des actions sont organisées par les 3 établissements détenteurs d'autorisation en psychiatrie. Celles-ci prennent différentes formes: stands d'information dans les halls d'accueil des hôpitaux, organisation de soirées débat en collaboration avec l'UNAFAM, projection de films suivi d'un débat, journées portes ouvertes... Une campagne de communication: interview de médecins ou de patients par la presse locale, diffusion interne et externe des actions, reportages radio...

- L'UTEP départementale, portée par le CH de Brive en MCO, s'engage sur des actions en santé mentale en s'appuyant sur les autres établissements psychiatriques du département.
- L'UTEP et le Groupement en Santé Mentale proposent de mieux coordonner les actions et de les rendre plus lisibles

En Creuse :

- Plusieurs équipes du Centre Hospitalier La Valette ont des missions de promotion et de prévention de la santé mentale

- ✓ Le CSAPA qui réalise des actions de prévention des addictions, en partenariat avec l'ANPAA, mais également les animateurs « santé publique » issus du plan Santé + 23.
- ✓ L'unité d'actions contre le suicide, qui propose également des temps de sensibilisation/formation auprès des acteurs de terrain sur la thématique du suicide, ainsi que des actions de sensibilisation auprès du grand public. Ce travail est généralement réalisé en partenariat avec l'association Ecoute Et Soutien et la MSA. Deux animateurs Santé Publique du plan Santé + 23 ont aussi reçu cette mission dédiée au suicide sur le département de la Creuse.
- ✓ Tous les ans, à l'occasion des SISM, l'établissement organise des manifestations dont les objectifs sont la déstigmatisation de la maladie mentale, la prévention et/ou la promotion de la santé mentale. Selon les thèmes abordés, ces interventions peuvent cibler des professionnels spécifiques ou se destiner au grand public.

A titre d'exemple, au cours de l'année 2017, se sont tenues les manifestations suivantes :

- Exposition d'œuvres réalisées par les patients de l'hôpital de jour du CATTP de Blessac et d'Evaux les Bains
- Exposition « l'art-thérapie en milieu hospitalier : fresques réalisées dans le cadre du projet « 5 de cœur » et d'œuvres réalisées en atelier d'art-thérapie
- Spectacle : 5 de cœur - Création artistique réalisée dans le cadre du dispositif Culture et Santé
- Café Débat : la place de la famille dans le soin psychiatrique
- Table ronde : l'art dans le soin
- Atelier de sensibilisation autour de la maladie mentale et du handicap psychique - avec la participation de l'association « Diversidées »
- Conférence : accès et maintien dans l'emploi lorsque l'on vit avec des troubles ou un handicap psychique : quelles solutions ?

- Sur le territoire Limousin, la stigmatisation de la santé mentale est toujours une réalité qui présente de nombreuses conséquences négatives : Elle rend plus difficile l'accès aux soins, renforçant parfois les patients dans le déni de la maladie et complique également l'insertion sociale et professionnelle.
- La reconnaissance du rôle et de la place des usagers ne s'est pas organisée de façon homogène sur l'ensemble du territoire limousin.
- La politique de communication en matière de santé mentale s'est développée de façon inégale sur chacun des départements

- Les professionnels rencontrent encore des difficultés à laisser l'utilisateur co-construire son projet de vie.
- Encore trop peu de programmes d'éducation thérapeutique autorisés. La lourdeur d'élaboration du dossier est aussi soulignée.
- Insuffisance de formation aux troubles psychiques pour les professionnels et les usagers, et d'accompagnement des acteurs de la cité.



➤ **Promouvoir une politique de communication sur tout le territoire**

- Développer l'information au grand public
- Promouvoir un plan territorial de communication et d'information afin de changer l'image de la santé mentale et de lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale
- Favoriser les actions d'information et de sensibilisation (médias, revues professionnelles, actions de promotion dans la cité, ...)
- Faire connaître, faciliter, voire créer l'accès aux « tiers lieux » pour permettre des activités solidaires
- Mieux communiquer sur la place et le rôle de la personne de confiance (informations orales, complétés par des supports d'informations)
- Décliner dans la prise en charge de l'addiction les actions dédiées à la communication et à la promotion de la santé mentale
- Formaliser des outils pour améliorer l'efficacité des temps partagés entre les professionnels, l'utilisateur et son entourage

➤ **Professionaliser la communication en santé mentale :**

Sensibiliser les journalistes aux retombées de la communication en matière de santé mentale.

Sensibiliser les professionnels à la nécessité de communiquer davantage et de développer un langage de « vulgarisation », un langage accessible au public

S'appuyer sur des professionnels de la communication s'étant spécialisés en santé mentale.

➤ **Faire de la promotion de la santé mentale l'affaire de tous, usagers et professionnels**

– **Au bénéfice des usagers :**

Développer l'autonomie, le pouvoir d'agir et de décider de l'utilisateur par le renforcement des compétences psychosociales et de l'estime de soi à travers une approche positive de la santé mentale mettant en avant la possibilité de construire sa vie. Impliquer les personnes ayant des troubles psychiques et celle de leurs proches dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs parcours de santé et de vie.

Développer les actions de promotion et d'éducation à la santé pour mieux prévenir et accompagner les personnes (nutrition, sport, addictions, sexualité, ...)

Promouvoir les programmes d'éducation thérapeutique pour rendre les usagers acteurs de leur santé, les aider à acquérir ou maintenir des compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie.

➤ **Développer l'inclusion de personnes ayant des troubles psychiques dans des associations**

Développer l'expertise d'usage (pair aidant, médiateur santé pair, GEM, ...).

Développer un dispositif de formation pour les accompagnants familiaux, les acteurs de la cité pour renforcer les compétences, approfondir les connaissances des troubles psychiques et des traitements, ...

– **Au bénéfice des professionnels :**

Approfondir dans la formation initiale des métiers de l'accompagnement sanitaire, social et médico-social, **un module sur les troubles psychiques.**

Développer un dispositif de formation continue pour ces mêmes professionnels pour renforcer les compétences et les connaissances des troubles psychiques.

– **Au bénéfice de la communauté :**

Finaliser le maillage territorial par le développement des dispositifs de concertation et de coordination : conseils locaux de santé mentale, des contrats locaux de santé, ...Améliorer la lisibilité de ces dispositifs et les faire connaître.

Développer le partage d'expériences territoriales des Comités des Usagers dans une volonté de mutualisation et de déploiement des réponses déjà opérantes et pouvant s'adapter à d'autres territoires.

Formaliser un répertoire territorial de l'offre de soins et de l'accompagnement.

Le concept de rétablissement

Le rétablissement est un état subjectif qui permet à la personne de prendre conscience d'un retour à une bonne santé mentale malgré la maladie dans une dynamique d'inclusion sociale.

Elle a bénéficié des techniques de soins et d'accompagnement qui lui ont permis de reprendre confiance en elle et de retrouver sa place dans la société ; Elle peut à nouveau appartenir à un groupe social.

En Haute-Vienne :

La réhabilitation psycho-sociale

- Développement d'un réseau destiné à promouvoir et développer la réhabilitation psycho-sociale par la coopération et la coordination sur les territoires en associant les représentants des usagers, les acteurs du soin et de l'accompagnement et les acteurs institutionnels : par l'organisation de rencontres annuelles, de sites internet, production de brochures, contribution au newsletter via les Centres Ressource et les centres référents.
- L'un des premiers objectifs des partenaires de ces réseaux est de construire ensemble une approche parcours de la personne pour fluidifier les parcours de soins et de vie, en s'appuyant par exemple sur la mise en place de comités techniques regroupant l'ensemble des acteurs concernés.
- Dans le cadre de formations proposer à l'ensemble des acteurs du soin et de l'accompagnement concernés un programme annuel de formation intégrant :
 - des journées de sensibilisation sur le territoire
 - Des formations à la démarche de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive
 - Des séminaires spécifiques pour les internes et les psychiatres
 - Des actions de formation/information pour les accompagnants

Les blessés de l'encéphale

Le Pôle des blessés de l'encéphale accompagne les cérébrolésés dans leur réinsertion familiale, sociale et professionnelle et ce tout au long de leur vie sur l'ensemble du territoire Limousin et les départements limitrophes. Cet accompagnement en vue d'une meilleure autonomie de la personne cérébrolésée est favorable à la promotion du rétablissement et du pouvoir d'agir.

Le Centre de Ressources Traumatisme Crânien Limousin (CRTCL) œuvre en faveur d'une meilleure insertion sociale, familiale et professionnelle des cérébro-lésés. Il a pour missions :

- Aider à organiser l'action de l'ensemble des organismes spécifiques et non spécifiques accompagnant les personnes cérébro-lésées de la région Limousin afin d'améliorer la cohérence de leur prise en charge.
- Stimuler et nourrir la réflexion des divers intervenants afin d'augmenter leur collaboration et leur complémentarité ; rationaliser leurs interventions afin de tracer et d'améliorer le parcours de soins et de réinsertion des traumatisés crâniens.

- Développer des actions de formation initiale et continue des professionnels intervenants dans l'accompagnement des personnes cérébro-lésées afin d'améliorer la qualité de la prise en charge.
- Développer la construction et la diffusion d'outils standardisés tenant compte des recommandations pour la pratique clinique et en faisant bénéficier tous les acteurs de l'expérience du pôle Adrien Dany et de ses implications scientifiques.
- Analyser les besoins spécifiques en matière de prise en charge des traumatisés crâniens pour hiérarchiser les offres nouvelles nécessaires répondant aux besoins non couverts.
- Constituer un interlocuteur unique pour les professionnels et les usagers permettant leur orientation vers l'information ou l'offre la mieux adaptée, par l'intermédiaire de la diffusion d'outils.
- Assurer un travail partenarial au niveau national
- Action d'éducation et de conseil à destination des aidants.

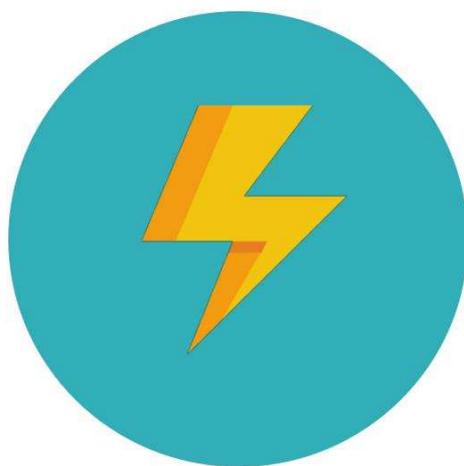


Difficultés encore présentes sur le territoire pour les professionnels à laisser l'utilisateur co-construire son projet de vie pour éviter les ruptures liées à son parcours de vie.



- Développer les actions de promotion et éducation à la santé pour mieux prévenir et accompagner les personnes (nutrition, addictions, sexualité, appréciation des besoins, sport, professionnalisation...)
- Développer l'autonomie, le pouvoir de l'utilisateur d'agir et de décider par le renforcement des compétences personnelles et de l'estime de soi à travers une approche positive de la santé mentale mettant en avant la possibilité de construire sa vie.
- Impliquer les personnes ayant des troubles psychiques et celles de leurs proches dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs parcours de santé et de vie.

Volets Départementaux



Introduction volets départementaux

Ce deuxième axe du diagnostic relatif au territoire de santé du LIMOUSIN vise à mettre en exergue les points communs et les spécificités des 3 départements susceptibles de définir des pistes d'amélioration venant renforcer une synergie déjà engagée entre les partenaires du territoire.

Au niveau de chaque territoire départemental ce sont donc les membres des GCS de santé mentale et les représentants des partenaires institutionnels mobilisés par les délégations départementales de l'ARS qui ont conduit cette démarche.

Nous avons conservé en annexe le relevé fidèle de ces travaux qui retracent la richesse des échanges et viendront ultérieurement étayer la réflexion relative au plan d'action.

Toutefois afin de parvenir à une synthèse nous nous appuierons sur la matrice de présentation la plus opérante à ce stade : relever les points forts, points faibles, ainsi que les pistes d'amélioration évoquées à ce premier stade de réflexion pour chacun des thèmes de travail préalablement définis.

Cela n'évitera pas quelques redondances dans la mesure où certains thèmes ou parcours ont été abordés dans la démarche transversale interdépartementale « A3 » mais ceci ne doit que donner plus de force à la recherche de cohérence.

Un grand nombre de préoccupations sont communes aussi ne ferons-nous une référence à un département en particulier qu'en regard de ses singularités, notamment en réalisant un « focus » sur certaines initiatives ou réalisations.

1 – Repérer précocement les troubles psychiques - Organiser l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

1 – Repérer précocement les troubles psychiques - Organiser l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

Attendus du décret du 27 juillet 2017 concernant la priorité 1

1 - L'accès de la population au diagnostic et aux soins psychiatriques

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

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

9 - L'organisation de la permanence des soins

Le projet territorial de santé mentale a pour **priorité l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles** (Art. R. 3224-5 du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017).

Dans chaque volet départemental a été constitué un groupe de travail 1 dont l'objectif a été d'élaborer un diagnostic partagé sur :

- Le repérage précoce des troubles psychiques
- L'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico- sociaux

L'analyse comparée de l'existant et des différentes évolutions à promouvoir sur les 3 départements est stimulante en termes de benchmarking.

1. Le repérage précoce

Les enjeux du repérage précoce sont considérables pour le patient afin de limiter la perte de chances.

Des dispositifs ciblés et des actions existent dans les 3 départements, mais globalement la situation pourrait être beaucoup améliorée au regard des besoins du patient, notamment grâce à une meilleure formation de l'ensemble des acteurs intervenant dans la proximité de la personne quant à la compréhension des troubles psychiques, des comportements problématiques, au repérage des signes de la crise.

Un autre enjeu est l'extension et l'accessibilité des dispositifs efficaces en matière de repérage précoce sur l'ensemble du territoire et le renforcement des missions des acteurs qui vont dans la proximité (structures sanitaires ambulatoires ...) et la connaissance des dispositifs existants.



1.1. Les atouts en matière de repérage précoce au sein de chaque département

- Le réseau périnatalité Nouvelle Aquitaine est actif dans chaque département. Il organise la coordination, la concertation et la communication nécessaires entre tous les professionnels de la périnatalité, tout au long du suivi et de la prise en charge de la grossesse, du post partum et du 0-3 ans.
- Existence d'une équipe de psychiatrie périnatale aujourd'hui structurée sur les 3 départements (affectation récente d'un médecin psychiatre à mi-temps en Corrèze).
- Une Maison des adolescents active existe sur chacun des 3 départements.
- Des interventions de professionnels sont organisées dans les lycées et collèges des différentes filières : actions de prévention en addictologie, interventions des professionnels de pédopsychiatrie auprès des nouveaux instituteurs en Creuse, des classes de soutien...
- Existence d'un dispositif de repérage et de prévention du suicide sur le territoire (en lien avec l'association Ecoute et Soutien basée à Brive), déployée en Haute-Vienne (antenne à Limoges, permanences à Bellac et St Yrieix) et en Creuse.
- Les contrats locaux de santé et conseils locaux en santé mentale existants jouent un rôle important dans le repérage. Un conseil local en santé mentale départemental est en cours de structuration en Creuse.

- Les équipes mobiles assurent de façon renforcée leurs missions de repérage précoce, telles que l'Equipe Ambulatoire de Proximité (EAP) du CH Esquirol en s'appuyant sur des augmentations de l'amplitude horaire d'intervention.
- Mise en place de 14 animateurs de santé publique spécialisés en Santé Mentale en Creuse recrutés dans le cadre du Plan Santé+ 23, dont plusieurs d'entre eux auront une spécialité en Santé Mentale (suicide, addiction,) et qui interviendront dans les territoires des Contrats Locaux de Santé.



1.2. Les défaillances dans le repérage précoce au niveau départemental

- Le manque de formation des acteurs intervenant dans la proximité de la personne (professionnels du secteur social et médico-social, bénévoles, accompagnants familiaux, personnels de l'éducation, bailleurs sociaux...) sur les maladies psychiques, notamment le repérage des premiers signes annonçant une crise.
- La nécessité d'étendre les actions et dispositifs concourant au repérage pour avoir une meilleure couverture des besoins.
- La difficulté à accompagner vers le soin la population issue du monde rural et des quartiers difficiles (freins sociaux et culturels).
- Les troubles psychiques sont encore trop souvent repérés au moment de la crise.
- Le manque d'information des enseignants accentué par la raréfaction des ressources au sein des services de santé en milieu scolaire (insuffisance de repérage des troubles du spectre autistique).
- La stigmatisation qui freine l'implication des acteurs présents dans la proximité de la personne.
- L'articulation insuffisante pour le repérage précoce avec certains acteurs du parcours.
- La nécessité de retravailler les missions de repérage précoce de nombreuses structures ambulatoires
- Le dispositif de prévention et de repérage du suicide est encore insuffisant, parfois morcelé (en Corrèze notamment).



1.3. Faire du repérage précoce une priorité dans chaque département

- **Participer activement à la mise en place d'un plan de sensibilisation et de formation ambitieux au niveau du territoire limousin pour promouvoir le repérage précoce avec comme objectif de construire un réseau « adresseur efficace »**

- Poursuivre le développement des contrats locaux de santé et des conseils locaux en santé mentale sur chacun des trois départements, ceux-ci étant un des lieux efficaces du repérage précoce
- Travailler sur les délais d'attente à un premier entretien dans chacun des trois départements (Mettre en place un outil pour suivre les délais d'attente).
- Evaluer les dispositifs jouant un rôle dans le repérage précoce. Etendre ou dupliquer ceux qui s'avèrent efficaces de façon à avoir une bonne couverture du territoire.
- Finaliser le projet de création d'un Centre de diagnostic et de prise en charge précoce des psychoses au CH Esquirol.
- Redéfinir les missions des structures de soins ambulatoires en matière de repérage sur les 3 départements.
- Renforcer les temps d'interventions de l'équipe de liaison en Creuse.
- Pour les départements disposant de coordinateurs de parcours, développer leur mission de repérage précoce
- Mettre en œuvre des actions de sensibilisation spécifiques pour des publics ciblés : monde rural, quartiers difficiles...
- Continuer à développer les partenariats avec les acteurs clefs du repérage.
- Accompagner les familles et les aidants pour un avis, une écoute, ou une prise en charge suite à un premier repérage et les accompagner dans les démarches administratives

2. L'accès à l'offre de soins : les portes d'entrée

L'accès à l'offre de soins est largement conditionné par la structuration et la connaissance des portes d'entrée à la fois par la population et par les acteurs qui orientent les patients dont les médecins généralistes.

La méconnaissance des portes d'entrée est le sujet qui a été évoqué le plus spontanément et le plus fréquemment par les groupes de travail.



2.1. Structuration des portes d'entrée dans le secteur sanitaire : de réels points forts

- **Les Urgences psychiatriques** : les Urgences psychiatriques, implantées au niveau des principaux Hôpitaux MCO, même si des aspects de prise en charge et d'accueil peuvent être améliorés, sont globalement bien structurées et bien connues sur les 3 départements. C'est le premier dispositif d'entrée que les médecins généralistes consultés citent.
- **Les Centres de proximité en santé mentale et les CMP sur le territoire** : Les CMP sont bien identifiés dans chacun des 3 départements par les acteurs comme la « porte d'entrée de proximité », précieuse dans bien des cas pour les personnes qui ne se rendraient pas sur les sites hospitaliers principaux du fait de la distance et de la stigmatisation. Des CPSM (Centres de proximité en santé mentale) ont été mis en place par le CH Esquirol, dispositif développé avec l'objectif de mettre en place le panier de soins complet (consultations et hôpital de jour).
- **Les Unités d'évaluation et d'orientation type Morel** : Le CH Esquirol dispose d'une Unité d'évaluation et d'orientation, l'Unité Morel, créée pour que les partenaires, et au premier chef les médecins généralistes, disposent d'un numéro de téléphone unique pour adresser en consultation et/ou en hospitalisation un de leur patient qui sans relever des Urgences psychiatriques nécessite d'être pris en charge par un dispositif susceptible de poser une indication et d'orienter immédiatement.
- **Les Conseils locaux de santé mentale** : leur action est largement approuvée par les groupes de travail qui soulignent que ce lien avec la Ville avait besoin d'être structuré et permet de repérer, d'orienter vers les soins et d'accompagner des personnes sans demande ou perdues de vue avant l'aggravation de leur état et la crise.
- **Les MDA** : les Maisons des adolescents jouent leur rôle d'accès aux soins pour ce public dans les 3 départements.
- **Les EMPP (Equipe mobile psychiatrie précarité)** : les EMPP sont anciennement et bien structurées en Haute-Vienne et en Creuse (cette dernière ayant été récemment renforcée). Les équipes santé – précarité, plus récentes en Corrèze, sont dans une phase de montée en charge.



2.2. Les différents manques concernant les portes d'entrée

- **Les Dispositifs d'entrée en prévention et en gestion de la crise** : il n'existe pas sur le territoire d'équipe mobile de crise identique à celle expérimentée dans d'autres établissements de la région ou du territoire national.
- **Les délais d'attente** pour accéder aux soins ne sont connus précisément sur aucun des 3 départements. Les protocoles et outils nécessaires pour les mesurer ne sont pas en place.



2.3. Les Pistes d'action concernant les portes d'entrée

- **Connaissance des dispositifs** : Construire une cartographie comportant l'ensemble des dispositifs et des acteurs du territoire limousin sur un site dédié actualisé en temps réel de façon interactive en s'appuyant sur l'investissement des acteurs départementaux dans une logique de parcours.
- Mettre en place les protocoles et outils nécessaires sur les 3 départements pour mesurer les délais d'attente.
- Promouvoir la mise en place de centres de proximité en santé mentale en Corrèze et en Creuse à partir des centres médico-psychologiques.
- Approfondir l'intérêt et la faisabilité de la mise en place d'un dispositif tel que L'unité d'évaluation et d'orientation Morel en Corrèze et en Creuse. Mettre en place la communication adaptée pour faire connaître ce type de dispositif aux partenaires (médecins généralistes...)
- Etudier l'opportunité de mettre en place une Unité d'Action Contre le Suicide (UACS) en Corrèze et en Haute-Vienne sur le modèle existant de la Creuse.
- Améliorer l'accès aux soins psychiatriques des personnes âgées en Corrèze, y compris pour celles présentant une co-morbidité neurocognitive.
- La télémédecine, largement abordée dans la démarche A3 est reconnue comme une porte d'entrée aujourd'hui essentielle par les acteurs des 3 départements.

3. L'accès à l'offre de soins ambulatoire

(Détails présentés en Annexe 1 diagnostic PTSM– Haute-Vienne – Corrèze – Creuse)

Dans son rapport annuel 2018 pour l'activité 2017, l'Observatoire des populations prises en charge au long cours dans les établissements sanitaires de psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine indique que 30,8% des hospitalisations au long cours n'étaient ni justifiées, ni nécessaires. Les quatre profils identifiés de patients suivis au long cours sont les suivants : patients autonomes dont l'hospitalisation était nécessaire et justifiée cliniquement ; patients psychiatriques vieillissants en attente de structures adaptées ; patients au très long cours avec maintien de l'hospitalisation considéré comme justifié et nécessaire par les équipes ; patients stabilisés hospitalisés depuis longtemps en situation d'insatisfaction de prise en charge.

Il existe un réel consensus des acteurs du territoire sur la nécessité du virage ambulatoire, dans une approche partagée du parcours du patient dans lequel « *le domicile est le Centre de gravité, l'hospitalisation l'exception* ».

Cette évolution est soutenue par une nouvelle reconnaissance des droits et de la citoyenneté de l'utilisateur, de son pouvoir d'agir, et de l'importance pour lui de garder une vision espérante dans un parcours où il accède à l'inclusion sociale, à l'insertion professionnelle si c'est possible et au rétablissement.

L'état des lieux du déploiement sur le territoire des structures, dispositifs et modes de prise en charge et d'accompagnement indispensables pour assurer la qualité et la sécurité du patient vivant à domicile met en évidence des disparités entre les départements.



3.1. Un virage ambulatoire nettement enclenché sur le territoire malgré des disparités.

Le virage ambulatoire est nettement enclenché en Haute-Vienne :

Une prise en charge est toujours recherchée en alternative à l'hospitalisation qui peut comporter à la fois des consultations et/ou des interventions d'équipe mobile et/ou une hospitalisation de jour, ainsi que le recours à différentes structures sociales ou médico – sociales (SSIAD ...), à des structures de maintien à domicile, l'accessibilité à un groupe d'entraide mutuelle (GEM, représentés dans la carte ci-après). Ces derniers sont au nombre de 8 dans la région ex-Limousin et constituent des outils précieux d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en grande fragilité.

Le département bénéficie d'une offre de soins de proximité structurée :

- **Des Centres de proximité en santé mentale** (CMP, Hôpital de Jour) qui couvrent le territoire, zones urbaines et zones rurales.
- **Des équipes mobiles** qui apportent une offre de soins généraliste mais aussi une offre de soins spécialisée dans la proximité.

L'équipe mobile de pédopsychiatrie (EMP), L'équipe ambulatoire de proximité (EAP), l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), l'équipe mobile d'évaluation et de soins pour les personnes âgées (EMESPA) qui intervient dans les ESMS et au domicile

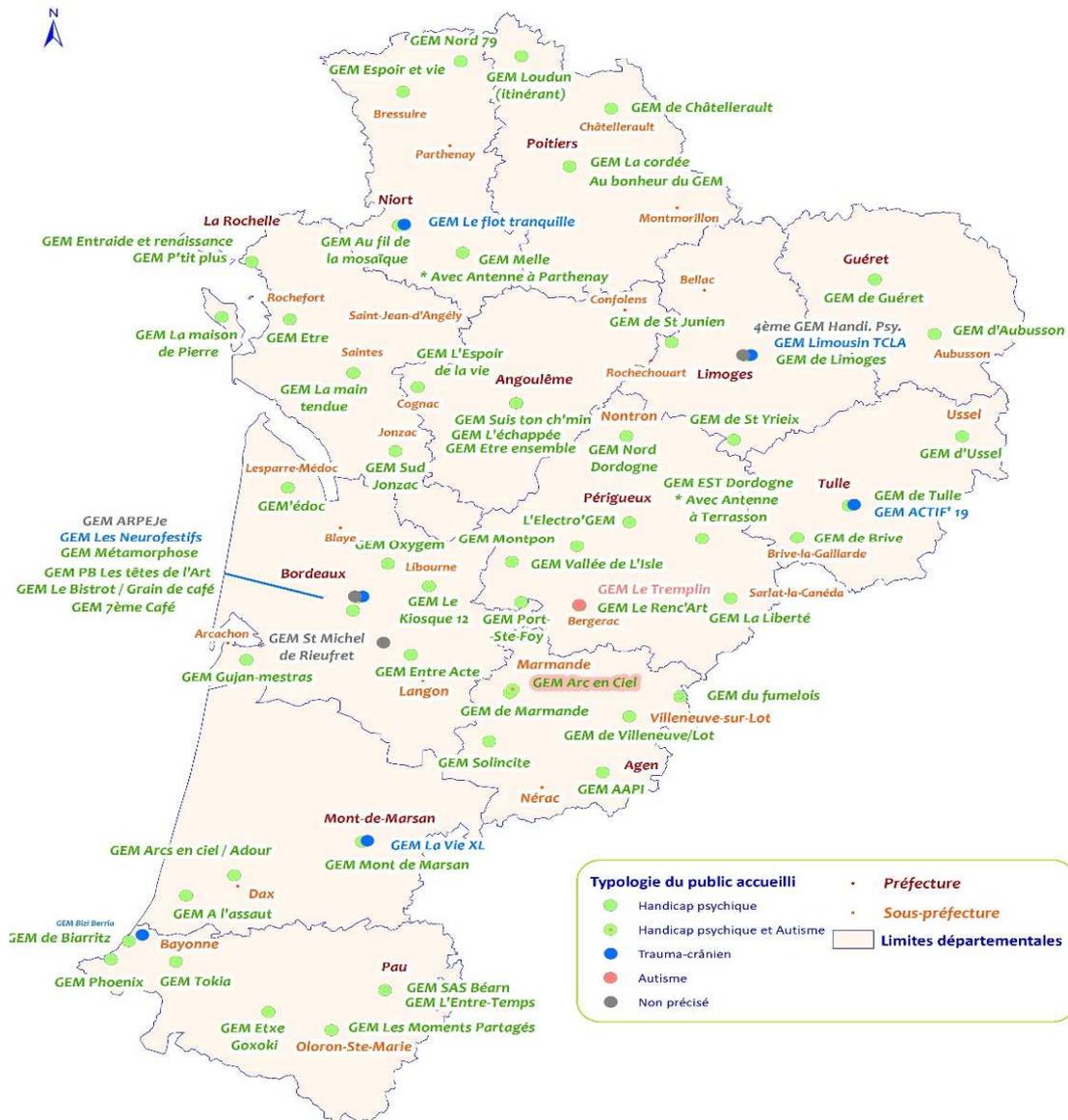
des patients, l'équipe mobile handicap psychique, qui intervient dans les ESM, l'équipe mobile pour traumatisés crâniens (réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle)

- Une équipe de liaison au CHU.
- Un renforcement de l'activité de CATTP qui était moindre mais se développe à nouveau avec le développement de la réhabilitation psychosociale



LES GEM EN NOUVELLE-AQUITAINE

Situation en Avril 2018



Source : ARS Nouvelle-Aquitaine - DOSA
 Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, PESE Avril 2018
 Fonds de carte : IGN©

Le virage ambulatoire est également amorcé en Corrèze

La coopération s'y est activement développée depuis 2015, portée par le Diagnostic des parcours de soins en santé mentale réalisé avec le concours de l'ANAP.

- **Les CMP** sont bien déployés sur le territoire corrézien :
 - L'accès aux soins en santé mentale est proposé à partir des 3 CMP Adultes du département (psychiatrie adultes). En Haute Corrèze : CMP d'Ussel et ses 2 antennes de Bort les Orgues et de Merlines.
 - Pour les enfants et adolescents à partir des 2 CMP enfants : CMP Tulle et CMP Brive. La demande urgente est toujours prise en compte et un premier rendez-vous est proposé rapidement.
- **L'activité CATTP** y est également bien déployée :
 - CATTP CHPE à Ussel et Café thérapeutique, CATTP CHPE à Merlines, CATTP à Bort, Ateliers thérapeutiques à Brive.
- **Plusieurs équipes de liaison existent en Corrèze :**
 - *A partir de la Haute Corrèze* : une équipe mobile de la psychiatrie générale et de la précarité, une équipe mobile en lien avec le médico-social sur l'ensemble du département et une équipe mobile sur les addictions avec des consultations avancées sur 5 communes de la Haute Corrèze.
 - *A partir de la Moyenne Corrèze* : une équipe mobile de psychiatrie générale et personnes âgées.
 - *A partir de la Basse Corrèze* : une équipe mobile de psychiatrie générale et personnes âgées, une équipe santé précarité, une équipe de liaison avec le médico-social.

Le virage ambulatoire est également amorcé en Creuse

La Creuse dispose de CMP/CATTP et Hôpitaux de Jour implantés dans les 6 bassins de vie du département.

Elle dispose également d'une Equipe Mobile Psychiatrique de Précarité, d'une Equipe Mobile de Psychiatrie de la Personnes Agée, d'équipe mobile de pédopsychiatrie et d'une UACS.

Le CH La Valette est doté d'une ELSA et d'une équipe de liaison au CH de Guéret (ainsi que de temps d'intervention de liaison au sein des CH d'Aubusson et de Bourgneuf).

Des temps de CATTP existent aussi dans les 6 bassins de vie

Par contre, l'activité de l'établissement est actuellement impactée par la pénurie médicale.

Des expérimentations de téléconsultations, initiées notamment avec le CH Esquirol, viennent toutefois apporter de nouvelles perspectives

En outre, Depuis 2018 le département de la Creuse et plus particulièrement le Bassin de vie de Boussac peut bénéficier d'une expérimentation de la téléconsultation en psychiatrie réalisée par le Dr Dominique DISCAZEAUX, psychiatre de Bordeaux, en partenariat avec la MSP et l'EHPAD de Boussac. La première téléconsultation de psychiatrie en Creuse a eu lieu le 11 mai 2018 dans des conditions satisfaisantes qui ont gagné par la suite en qualité technique.

L'expérimentation est la suivante :

Le médecin traitant diagnostique un besoin de consultation psychiatrique pour son patient et lui propose un rendez-vous. S'il est d'accord, il l'inscrit sur la plate-forme d'échange sécurisé de données PAACO/Globule (Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication) et remplit une fiche de liaison médecin/psychiatre.

Par la suite, le patient se présente à l'accueil de l'EHPAD où le personnel l'accueille physiquement, vérifie si les données de facturation sont exactes et accompagne le patient à la téléconsultation.

3.2. Un virage ambulatoire bien enclenché mais insuffisamment préparé

Les groupes de travail constatent que le virage ambulatoire est enclenché mais pour l'instant insuffisamment préparé en raison notamment :

- D'un manque de formation,
- D'un manque de places d'hébergement en structure (SSIAD...),
- Du peu de moyens humains pour la gestion du maintien au domicile,
- Par l'absence d'équipes mobiles (équipe mobile handicap psychique par exemple).



3.3. Les pistes d'action pour améliorer l'accès à l'offre de soins ambulatoire

Coopération :

- Développer le lien entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico- sociaux qui portent le virage ambulatoire et les médecins généralistes sur l'ensemble du territoire.

Dispositifs :

- Valider le projet de transformation des CMP et Hôpitaux de jour en Centre de proximité en santé mentale en Corrèze et en Creuse, en développant l'accès à l'offre spécialisée de recours de niveau 1 et 2 dans la proximité par la télémédecine.
- Développer des activités de consultation mémoire en Creuse
- Poursuivre le déploiement des équipes mobiles, acteur clef du virage ambulatoire
- Développer les solutions d'aval pour fluidifier les parcours
- Développer les services de soins à domicile

4. L'accès à l'offre d'accompagnement sociale et médico-sociale

L'accès à l'offre d'accompagnements sociaux et médico-sociaux et l'accès à l'offre de soins sont les deux composantes essentielles sans lesquelles les acteurs ne peuvent pas se situer dans une logique de parcours efficiente. Le patient, à chaque étape de son parcours, doit pouvoir recourir à l'une et/ou à l'autre en fonction de ses besoins.

L'étaillage, social, médico-social, associatif et sanitaire est nécessaire pour accompagner le patient qui vit à domicile.



4.1. Les points forts de l'accès à l'offre sociale et médico-sociale sur le territoire

- Le maillage du territoire en matière d'offre sociale et médico-sociale est non négligeable, mais des manques subsistent qui pénalisent la fluidité des parcours.
- L'accès à l'offre médico-sociale est facilité sur le territoire par la qualité de la coopération, avec néanmoins quelques partenariats à améliorer (celui avec les médecins généralistes par exemple).
- Les dispositifs d'orientation : Chacune des MDPH travaille en lien avec ses partenaires à améliorer les processus d'orientation. Le dispositif RAPT (La réponse accompagnée pour tous) sur les trois départements recherche une solution à chaque situation complexe. Il existe aussi en Corrèze un dispositif piloté par le Conseil départemental qui priorise les orientations et régule l'accès aux ESMS.
- En Creuse, un projet de pôle de compétence et de prestations externalisées (PCPE) a été déposé et est en cours de création.



4.2. Les difficultés d'accès à l'offre sociale et médico-sociale sur le territoire

- La méconnaissance des structures et dispositifs présents sur le territoire, au sein de chaque département et aussi d'un département à l'autre, peut être un frein à l'accès des usagers.
- Le manque de structures adaptées aux besoins des personnes est évoqué dans les trois départements. En Haute-Vienne, la problématique des personnes handicapées vieillissantes est régulièrement évoquée. En Corrèze, il est constaté que les délais d'attente pour l'accès en structures médico-sociales sont parfois longs. Ces délais contribuent largement à des ruptures de parcours préjudiciables. Les retours vers les dispositifs de soins sont fréquents faute de relais médico-social. En Creuse, l'absence de SAMSAH constitue un manque au moment où l'amplification du virage ambulatoire apparaît plus que jamais une des solutions aux difficultés rencontrées sur le territoire ». Dans son rapport annuel 2018 pour l'activité 2017, l'Observatoire des populations prises en charge au long cours dans les établissements sanitaires de psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine pointe des différences importantes entre la prise en charge optimale renseignée par le médecin et le lieu de sortie effectif. 33,1% des patients ont vu leur hospitalisation maintenue pour des raisons en lien avec un problème d'équipement.
- La gestion des listes d'attente qui ne sont pas centralisées et mises à jour au fil de l'eau, malgré la qualité des échanges avec les MDPH, reste un problème partagé sur l'ensemble du territoire,

avec des enjeux de lisibilité, de cohérence dans les propositions aux usagers et d'adéquation aux besoins.

4.3. Pistes d'action pour améliorer l'accès à l'offre sociale et médico-sociale



- Développer le lien entre les structures sanitaires et le médecin traitant (ou médecin coordinateur) des personnes accompagnées en établissements sociaux et médico-sociaux.
- Construire une cartographie comportant l'ensemble des dispositifs et des acteurs du territoire limousin sur un site dédié actualisé en temps réel de façon interactive en s'appuyant sur l'investissement des acteurs départementaux.
- Développer des actions de coopération spécifiques pour conforter les partenariats insuffisants.

5. L'accès au logement

Les groupes de travail partagent le constat du Rapport Laforcade relatif à la santé mentale selon lequel « *Dans la logique de parcours sans rupture, la question du logement et du maintien dans ce logement est la première clé du succès* ».

Ils évoquent aussi le questionnement du Docteur Barrès dans son rapport de mars 2016 ; « *Comment les personnes peuvent – elles cheminer vers le rétablissement si elles sont sans abri, hébergées dans leur famille ou par des proches dans des conditions précaires, en logement précaire (squats, ...) ou en situation précaire dans leur logement personnel (logement insalubre ou rendu insalubre du fait de l'incurie), hébergées temporairement dans les dispositifs sociaux, sans solution de relais (CHRS, centre d'hébergement d'urgence, lits halte soins santé...) ?* » (Rapport sur l'intervention des équipes de psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des patients atteints de troubles psychiques.)

La situation en matière d'accès au logement sur le territoire varie significativement selon les territoires concernés. Mais les manques qui persistent deviennent particulièrement sensibles alors que le virage ambulatoire progresse et que le déploiement de la réhabilitation psychosociale est en cours.

5.1. Une progression encore insuffisante mais significative des possibilités

Le logement dans l'habitat inclusif accompagné: (hors orientation MDPH)

Sur l'ensemble du territoire limousin, l'objectif est d'augmenter l'offre de logements tout en diversifiant les types d'hébergement : hébergement collectif, semi collectif, individuel, autonome ou semi autonome.

En Haute-Vienne, L'offre d'habitat inclusif (familles gouvernantes, résidence accueil...), s'est beaucoup développée depuis 10 ans mais reste insuffisante par rapport aux besoins.

A ce jour, sont présents sur le territoire haut-viennois :

- RAPHA 87 :

Dispositif élaboré conjointement par 4 associations/fondations visant à mettre en place des personnes « accueillants familiaux » hébergeant des personnes en situation de handicap
A ce jour **5 familles** ont été identifiées sur le territoire de la Haute-Vienne

➤ Maison-Relais :

Au nombre de 2 sur la Haute-Vienne ; elles sont respectivement situées sur les communes de Limoges (association habitat humanisme) et à Couzeix (association espoir) (agglomération de limoges Nord/Ouest)

➤ Famille Gouvernante :

4 dispositifs d'une capacité de **6 personnes** chacun colocalitaires sur **2 sites distincts** (2 Limoges et 2 Le Palais-sur-Vienne – agglomération de limoges Est). 24 places au total.

➤ Résidences Accueil : **2 résidences**

- **RA PRISM** :

- Cussac (communauté de communes Ouest Limousin) : 10 appartements
- La Bastide (Limoges Nord) : 10 appartements
- La ZUP (Limoges Ouest) : 10 appartements

- **RA UDAF** :

- Bellac (communauté de communes Haut Limousin en Marche) : 20 places

➤ Appartement de Coordination Thérapeutique - (21 places) – Limoges Intra-muros

- Pôle Universitaire d'Addictologie en Limousin : **11 places**

8 appartements (single)

+ 3 en 2018 (dont 1 place ACT accueil famille et 2 places ACT précarité)

- Pôle de territoire : **10 places** : Suite à l'appel à projet ARS 2017, le CH Esquirol vient de se voir autoriser l'ouverture de 10 ACT pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique,

- 6 logements individuels, meublés, de type F1
- 2 logements type F2 pouvant accueillir chacun 2 personnes (éventuellement des couples).
- Ces logements accueilleront des patients en situation de handicap psychique

➤ Une expérimentation dans le cadre du dispositif « le logement d'abord » va aussi se mettre en place.

En Corrèze, plusieurs dispositifs existent ou sont en cours concernant le logement alternatif (Mise en place de 3 COPIL Hébergements alternatifs concernant 3 typologies d'hébergement : les résidences d'Accueil, les Familles Gouvernantes, les logements diffus).

A ce jour, sur le territoire corrézien :

➤ **Haute Corrèze:**

- 5 appartements de coordination thérapeutique - en projet (CH Pays d'Eygurande)
- 15 studios en résidence d'accueil créés en 2007 comme structure expérimentale en France (à Eygurande),
- 10 studios en construction à Ussel (portés par le CHPE),

- Familles gouvernantes (UDAF), en cours : 2 logements prévus en 2020 (3 places)
- Appartements diffus - en cours (Fondation J. CHIRAC)
- **Moyenne Corrèze:**
- Résidence d'accueil (à Tulle) - en projet
- Familles gouvernantes (UDAF) - en cours : 2 logements prévus en 2020 (3 places)
- **Basse Corrèze :**
- 24 studios en résidence d'accueil (à OBJAT)
- Familles gouvernantes (UDAF) - en cours. 2 logements en 2019 + 2 logements prévus en 2020 (3 places)
- Appartements diffus - en cours (ADAPEI)
- Studios en Résidence d'accueil (ADAPEI)
- 2 Appartement de Coordination Thérapeutique en attente de reconnaissance juridique.
- Baux glissants signés avec « Brive Habitats »
- 3 Appartement de Coordination Thérapeutique en Addictologie portés par le CSAPA 19 drogues illicites (1 à BRIVE, 1 à Malemort, 1 à TULLE)
- 2 ACT et baux glissant portés par le CHPE

En Creuse, il existe des équipements en logements « tests » ou « tremplins » : Logement ALT ACCES, Appartements associatifs, appartements portés par l'APAJH.

En outre, un travail coopératif est également en place avec l'ensemble des partenaires sur l'offre/besoin en habitat des personnes en situation de handicap. Fruit de cette coopération, un plan d'actions est mis en place et est porté par le Plan Particulier pour la Creuse (PPC).

Par ailleurs, la Creuse dispose d'une autorisation pour 5 ACT en addictologie (2 à Aubusson et 3 à Bussière Dunoise).

5.2. Des besoins importants encore insatisfaits sur le territoire

- **La stigmatisation** : le logement, et en particulier en milieu ordinaire, révèle toujours à travers de multiples situations concrètes la réalité de la stigmatisation des malades psychiatriques.
- **La permanence de l'accompagnement** est parfois insuffisante dans l'habitat inclusif (c'est souvent quand il n'y a plus d'animateur que les crises se déclenchent).
- **Les insuffisances en matière de logement dans l'habitat inclusif :**

En Haute-Vienne : les besoins croissent à la mesure du virage ambulatoire.

En Corrèze, les acteurs sont demandeurs d'une accélération des projets de logements adaptés en cours. Les groupes de travail soulignent que la question des financements « cloisonnés » pose problème.

En Creuse, des dispositifs se développent mais il manque des solutions transitoires. A l’instar de la Corrèze, des problèmes liés à la tarification figent les parcours des usagers.



5.3. Les pistes d’action pour améliorer l’accès au logement

- Mettre en œuvre et évaluer les dispositifs récemment autorisés
- Accélérer les projets d’habitat inclusif sur les 3 départements
- Développer les ACT sur le territoire en fonction du virage ambulatoire et du développement de la réhabilitation psychosociale
- Développer l’offre de logements adaptés sur le territoire.
- Structurer la politique du logement sur le territoire creusois

2- Organiser des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture

Attendus du décret du 27 juillet 2017 concernant la priorité 2

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

3 - Les situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes

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

Le projet territorial de santé mentale a pour **priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.** (Art. R. 3224-6 du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017).

A ce titre, il prévoit :

4. Les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ;
5. Le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire.

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

Il est impossible ici sous peine de trop alourdir le diagnostic, de remonter l'intégralité des échanges réalisés par les GT sur chaque parcours dans chacun des volets départementaux.

Le choix a été fait de faire une présentation d'ensemble de chacun des parcours identifiés par le COPIL territorial, en conformité avec le Décret du 27 juillet 2017, pour en avoir une vision globale.

Elle sera assortie pour chacun d'entre eux des principales pistes d'action évoquées par les groupes de travail.

Les GT ont eu pour principal objectif de mettre en évidence les ruptures et risques de rupture liés à différents manques au sein des parcours ce qui les a fréquemment amenés en corollaire à évoquer les points forts de chacun d'entre eux.

Les parcours identifiés et validés par le COPIL territorial, en lien avec les travaux préparatoires du PTSM 2017 et en conformité avec le décret du 27 juillet 2017 sont :

1. Le parcours de psychiatrie périnatale de 0 – 3 ans
 2. Le parcours des enfants de 3– 11 ans.
 3. Le parcours des adolescents de 12 à 17 ans
- Annexes diagnostic PTSM
(Organisation pédopsychiatrie
présentée en annexe 5)*
4. Le parcours des personnes en situation ou à risque de handicap psychique nécessitant des soins aigus et/ou soins sans consentement
 5. Le parcours des personnes en situation ou à risque de handicap psychique nécessitant des soins de réhabilitation psycho-sociale
 6. Le parcours des personnes en situation de précarité
(Détails Haute-Vienne présentés en annexe 2 – Annexes diagnostic PTSM)
 7. Le parcours des personnes placées sous-main de justice
(Détails Haute-Vienne présentés en annexe 3 – Annexes diagnostic PTSM)
 8. Le parcours des personnes ayant des conduites addictives
 9. Le parcours des personnes souffrant de psycho-traumatisme
 10. Le parcours de la psychiatrie de la personne âgée
 11. Le parcours des blessés de l'encéphale
(Détails Haute-Vienne présentés en annexe 4 – Annexes diagnostic PTSM)

Il n'est pas possible de rappeler ici pour chaque parcours la structuration exacte de chaque filière de soins, à laquelle il faudrait d'ailleurs adjoindre l'ensemble des acteurs partenaires (social, médico-social ...). Mais il sera joint en annexe au présent rapport un document modélisant l'ensemble de l'offre de soins sur le territoire limousin, réalisé en 2017 dans le cadre des travaux préparatoires au PTSM.

2.1. Le parcours de psychiatrie périnatale de 0 – 3 ans

Le parcours de psychiatrie périnatale s'appuie sur le territoire sur le réseau périnatalité Nouvelle Aquitaine qui est actif dans chaque département. Il organise la coordination, la concertation et la communication nécessaires entre tous les professionnels de la périnatalité, tout au long du suivi et de la prise en charge de la grossesse, du post partum et du 0-3 ans.

L'équipe de psychiatrie périnatale du CH Esquirol y participe activement (actions de formation pluri-partenariales, groupes de travail, évaluations ...).

Dans sa dimension territoriale, le réseau peut intervenir en fonction des appels : aux Urgences périnatales, en Pédiatrie, sur les lieux de vie des bébés et de leurs familles.

Chaque département a mis en place une équipe de psychiatrie périnatale, mais il existe néanmoins de réelles disparités dans la couverture des besoins.

En Haute-Vienne : l'équipe de psychiatrie périnatale a plus de 15 ans d'existence et assure une offre de soins structurée et graduée :

- L'offre de soins de niveau 2 n'existe que sur le 87 : 4 dyades mère – bébé (+ 2 HC femmes) et 3 places de jour (mère et bébé) à l'UHMB.
- Les partenariats entre elle et l'ensemble des acteurs concernés du 87, qui se sont progressivement développés depuis 15 ans, sont très étayés. Elle assure des consultations de périnatalité, comprend une équipe mobile périnatalité, travaille en lien étroit avec la Maternité, la Néonatalogie et la Réa pédiatrique du CHU.

Elle joue un rôle moteur sur le territoire limousin, assurant par exemple des consultations de périnatalité en Creuse.

En Corrèze : Une équipe de psychiatrie périnatale départementale, portée par le CH Brive travaille en partenariat avec le réseau régional psychiatrie Périnatalité. Elle propose aujourd'hui une offre territoriale repérée et coordonnée avec la présence d'un temps de pédopsychiatre dédié. Elle travaille en partenariat étroit avec la PMI et le CAMSP (PEP). Un réseau mère bébé est également porté par le CH de Tulle.

Toutefois, le dispositif ne comporte ni places d'hospitalisation de jour en psychiatrie périnatale, ni équipe mobile, et souligne des difficultés pour assurer la couverture du territoire départemental, associée à des temps de trajet longs (dispersion des sites d'intervention).

En Creuse : il existe une équipe de psychiatrie périnatale. Des consultations de périnatalité sont assurées par l'équipe du CH Esquirol à la Maternité de Guéret et au CMP Pédopsychiatrie du CH de La valette. Toutefois, les besoins ambulatoires sont insuffisamment couverts.



- Compléter l'offre de soins en psychiatrie périnatale en Corrèze en créant des places d'hospitalisation de jour tout en maintenant la coopération avec le CH Esquirol. Des places d'hospitalisation de jour ont été également envisagées pour la Creuse
- Proposer une organisation médicale commune pour la Creuse et la Haute-Vienne

2.2. Le parcours des enfants de 3 – 11 ans

L'offre de soins proposée sur le territoire dans le parcours des enfants de 3-11 ans présente des disparités importantes entre les 3 départements (comme d'ailleurs dans le parcours Ados) principalement en raison de la démographie médicale.

Les groupes de travail départementaux ont choisi de travailler le parcours des enfants 3-11 ans en distinguant plusieurs groupes homogènes d'enfants.

2.2. 1. Parcours des enfants présentant des troubles psychiques avec maintien en milieu ordinaire (enfants scolarisés)

En Haute-Vienne : l'offre de soins est structurée avec plusieurs points forts : une bonne accessibilité, la possibilité de consultations en urgences avec un Médecin pédopsychiatre (délai maximum de 72 heures), l'activité de Liaison au CHU, l'équipe mobile de Pédopsychiatrie, la mise à disposition par l'Education Nationale d'un enseignant au CH Esquirol, ou encore un dispositif innovant tel que l'Unité de soins intensifs du soir (**USIS - Détails présentés en annexe 6 – Annexes diagnostic PTSM**)

En Corrèze : l'offre de soins ambulatoire est organisée et graduée (CMP Brive-Tulle –Egletons et consultations avancées Uzerche et Objat ; HJ ; ...) Le maillage avec les partenaires du réseau existe depuis de nombreuses années.

La réponse sanitaire reste limitée et certainement insuffisante eu égard aux besoins (liste d'attente et délais de prise en charge trop longs). La liaison et la coordination avec la médecine de ville sont insuffisantes. Le partenariat avec l'éducation nationale (politique inclusive) doit être approfondi.

En Creuse : l'offre de soins, en raison de la pénurie médicale, a été restructurée en 2015 (fermeture de l'HJ Collegram). En 2017 était constaté une présence médicale insuffisante sur les CMP, une moindre activité de CATTP et de groupes. Néanmoins les équipes pluri-professionnelles (IDE, psychologues ...) tentent de maintenir une réponse aux besoins.

Le CH Esquirol apporte un soutien pour le maintien de l'offre en Creuse ainsi que les CMPP et le privé.



PISTES D'ACTION

- Réfléchir et pallier les problématiques de pénurie médicale
- Développer la télémédecine sur tout le territoire
- Développer la délégation de compétences aux IDE sur tout le territoire et confier de nouvelles missions aux psychologues
- En Corrèze, développer la coordination entre la pédopsychiatrie et l'Education Nationale en lien avec les PEP.

2.2.2. Parcours des enfants présentant des troubles psychiques suivis par le secteur social (ASE), la PJJ....

En Haute-Vienne, des difficultés de fonctionnement et de coordination entre le secteur sanitaire et l'ASE existent, liées à la saturation de l'ASE.

En Corrèze, les relations entre les différents services sociaux du département et l'inter secteur de pédopsychiatrie pourraient être améliorées. Les soins psychiques ne font pas partie intégrante du projet global éducatif. Une meilleure concertation est indispensable.

Toutefois, une meilleure coordination des réponses est engagée entre les CMP enfants et les CMPP. Un guichet unique est en projet. Des instances de régulation de cas complexes existent.



PISTES D'ACTION

- Pour la Haute-Vienne : Renforcer l'Equipe mobile de Pédopsychiatrie 87 pour être en capacité de mieux répondre aux demandes de l'ASE 87 et de la PJJ. Développer le partenariat avec la justice et plus particulièrement les juges aux affaires familiales.
- Pour la Corrèze : Retravailler le partenariat entre le dispositif ASE et l'inter secteur de pédopsychiatrie en s'appuyant sur le schéma départemental de l'enfance 19. Mise en place du Projet Pour l'Enfant (PPE) et son référentiel départemental.

2.2.3. Parcours des enfants présentant des troubles psychiques suivis par le secteur médico-social

Sur le territoire limousin, des points forts existent dans la réponse apportée à ce public, qui s'appuient sur des coopérations étayées de longue date entre les acteurs.

Ainsi, l'Equipe mobile de Pédopsychiatrie pour le Médico-social se déplace dans les établissements médico-sociaux sur l'ensemble du territoire limousin. De nombreuses améliorations ont été mises en place : unité de surveillance des traitements médicamenteux, utilisation du MEOPA, coordonnateurs de parcours, demi-journée d'accueil des patients des ESMS...

Mais des difficultés persistent ou s'ancrent aussi sur le territoire :

- Le manque de places dans les structures médico-sociales pour enfants avec le maintien des jeunes de plus de 20 ans ;
- La complexité du travail partenarial avec les équipes du médico-social (ITEP...) : manque de formation de ces professionnels et peu de stabilité des équipes médico-sociales en place, générant des ruptures ;
- La disparition des places d'internat dans les structures médico-sociales au profit des SESSAD ;
- Les missions et objectifs des différents acteurs ne sont pas suffisamment repérés et connus ;
- Les instances de régulation de cas complexes existantes ne couvrent pas toutes les situations complexes.



PISTES D'ACTION

- Formaliser la collaboration entre la Pédopsychiatrie et la MDPH pour les suivis concomitants
- Mettre en place des lits dédiés en Pédopsychiatrie pour les patients des établissements médico-sociaux
- Clarifier les rôles et missions des différents acteurs afin de fluidifier le parcours des jeunes : Développer une dynamique d'évaluation partagée et améliorer l'expertise commune et pluridisciplinaire tout au long du parcours de l'enfant.

2.2.4. Parcours des enfants présentant des pathologies somatiques à expression psychiatrique

Une consultation maladies rares a été mise en place en Haute-Vienne mais la liaison et la coordination avec la médecine de ville, le suivi de grossesse et l'accompagnement psychologique des mineures ou des personnes en situation de handicap sont insuffisants.

2.3. Le parcours des adolescents de 12 à 17 ans

Ce parcours est présenté dans le cadre de la démarche A3.

2.4. Le parcours des personnes en situation ou à risque de handicap psychique nécessitant des soins aigus et/ou soins sans consentement

Ce parcours concerne les personnes souffrant de troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles psychotiques, troubles de la personnalité.

L'offre de soins de ce parcours, historique, est traditionnellement bien structurée dans les établissements. Elle est bien identifiée des interlocuteurs, y compris des médecins généralistes.

Les établissements rencontrent de réelles difficultés pour accueillir le plus rapidement possible les patients en situation de crise (difficultés accentuées par l'absence de places dans les structures d'aval).

Soins sans consentement (au 01/12/2018)

87 CH Esquirol			19 CH Brive - CH Tulle - CH Pays d'Eygurande			23 CH La Valette		
Territoire	66	Admission directe intra ou extra établissement ,post-urgences et inter-établissements (transferts rapprochement familial)	Brive	11	Admission directe ou post urgences	Saint Vaury	22	Admission directe ou post urgences
UHS	4	Admission 87/23	Tulle	11	Admission directe ou post urgences			
Pôle Universitaire de l'adulte et de la Personne Agée (PU2PA)	17	unité C spécifique. Soins intensifs. Admission directe intra ou extra établissement et post-urgences	Ussel	65	-dont 15 admissions intra-département - dont 50 autres lits (UMD/USIP): admission France entière			
Pôle Universitaire d'Addictologie du Limousin (PUAL)	15	Admission directe intra ou extra établissement et post-urgences						
Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PUPEA)	10	SPDRE, OPP ou soin libre à la demande des représentants de l'autorité parentale.accueil de patients du 87/19/23						
TOTAL	112			87			22	221

En Haute-Vienne, le CH Esquirol, de par son entente avec le CH la Valette, accueille en unité fermée et en Unité Hospitalisation Sécurisée des patients en provenance de la Creuse.

- Chaque patient, dès lors de sa sortie de crise, a accès à toutes les thérapeutiques non médicamenteuses et à tous les ateliers des unités
En outre, les programmes de soin peuvent également être organisés en ambulatoire
- Travail d'unicité et d'accessibilité sur le site internet du CH Esquirol de l'ensemble des documents réglementaires à l'attention des professionnels de santé du 87 (péril imminent, SDT, SDRRE)

- Protocole avec la maison d'arrêt de Limoges venant préciser les règles de vie s'appliquant aux détenus hospitalisés au sein du CH Esquirol (courrier, visites...)
- Convention Santé-Justice-Police (en cours de validation) ayant pour but d'harmoniser les procédures en lien avec la justice et la police
- Partenariat étroit avec le commissariat de Limoges et le Président du TGI

En Corrèze, Le CH Pays d'Eygurande intervient en appui sur l'ensemble du département.

Une concertation médico soignante a travaillé sur *l'harmonisation des documents de soins sous contraintes*, la *fluidification des flux inter-établissements*, la gestion des situations de crise, *l'harmonisation des bilans somatiques* avant transfert en psychiatrie. Des difficultés persistent toujours concernant les transports ou la mobilisation des médecins pour la production des certificats médicaux.

En Creuse, la pénurie médicale ne facilite pas la fluidité des parcours d'autant que ce type d'unités de soins nécessite la présence médicale en continu.

Le CH La Valette dispose de 22 lits d'hospitalisation pour adultes à temps complet, en Soins Sans Consentement (SSC). Ces lits sont installés dans une unité de soins intersectorielle, rattachée au pôle de psychiatrie adulte, dédiée à ce type d'hospitalisation, l'unité « Henri-Ey ». Elle permet de répondre aux spécificités des hospitalisations sans consentement (lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013).

Elle assure l'accueil, l'évaluation et la prise en soins des patients présentant des troubles psychiatriques aigus et nécessitant pour un temps limité des soins et une surveillance constante.

Ses missions sont :

- Accueillir toute personne en situation de crise aigüe psychiatrique,
- Assurer une prise en soins définie avec le patient dans un cadre contenant tout en recherchant son consentement libre et éclairé,
- Amener le patient à être acteur de son projet de soins personnalisé,
- Evaluer les ressources, les potentiels et les besoins du patient (la participation active de son environnement familial est recherchée),
- Travailler en collaboration avec l'ensemble des unités extra hospitalières (CMP/HJ/CATTP) et des acteurs du territoire, en vue de la préparation et de l'organisation de la sortie du patient.

Cette Unité d'hospitalisation a pour objectif le diagnostic, la stabilisation du comportement, l'élaboration du projet de soins individualisé et la préparation à la sortie (milieu ordinaire ou orientation vers une autre structure).



PISTES D'ACTION

- Travailler avec les structures d'aval du sanitaire et les ESMS à la fluidification des parcours
- Clarifier le fonctionnement des transports et retravailler sur la procédure de soins sans consentement avec la Médecine de ville.

2.5. Le parcours des personnes en situation ou à risque de handicap psychique nécessitant des soins de réhabilitation psychosociale

Le territoire limousin conduit des avancées très importantes en matière de réhabilitation psychosociale, s'inscrivant pleinement dans la politique de l'ARS Nouvelle Aquitaine.

Le CH Esquirol a été labellisé en 2017 Centre référent de réhabilitation psychosociale pour les 7 départements de la zone nord de la Nouvelle Aquitaine. L'expertise qu'il développe ainsi que ses missions de réseau et formation bénéficient pleinement à l'ensemble des acteurs concernés du territoire limousin : usagers et représentants des usagers, acteurs du soin et de l'accompagnement.

Sur la région ex-Limousin, les centres labellisés suivants assurent les soins de niveau 1 : la Clinique la Jonchère à Saint Maurice (87), le CH Pays d'Eygurande (19) et le CH La Valette de Saint-Vaury (23).

En Haute-Vienne, la structuration de la réhabilitation est structurée selon l'approche du handicap qui est consensuelle : Loi de 2005 relative au handicap et Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) adoptée par l'OMS en mai 2001.

- La clinique de la Jonchère a été labellisée « structure de soins de RPS » de proximité en décembre 2018.
- Le CH Esquirol et ses partenaires de parcours (EMSS, conseil départemental, ARS...) proposent une structuration de la réhabilitation autour de la notion de Groupes Homogènes d'Usagers (GHU).
- Un GHU est un groupe de personnes en situation de handicap qui présente les mêmes besoins d'évaluation, de soins et d'accompagnement.
- Face à ce GHU, un groupe de professionnels est défini. Il a la responsabilité de la construction du parcours pour cette population donnée.
- 3 GHU peuvent être distingués sans qu'il soit possible de présenter ici tous les points forts, points faibles et pistes d'action qui ont été travaillés par le groupe de travail :
 - Groupe Homogène d'Usagers N°1 (GHU) : **Le parcours des personnes en situation ou à risque de handicap psychique.**
 - Groupe Homogène d'Usagers N°2 (GHU) : **Le parcours des personnes en situation de handicaps associés**
Cas complexes : * définition de l'HAS « *situation dans laquelle une présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé. Le patient se retrouve ainsi exposé à un risque accru d'hospitalisation non-programmé et de ruptures dans son parcours* »
* Article 14 de la Loi Modernisation du Système de Santé de 2016 : « *lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux. Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier, en veillant à leur intégration dans la prise en charge globale du patients* ».

- Groupe Homogène d'Usagers N3 (GHU) : **Le parcours des personnes présentant un polyhandicap** (incluant le handicap rare).

- L'offre au CH Esquirol représente 192 lits et places dont 30 dédiées au C2RL et 90 aux hôpitaux de jours (30 X3). Cette filière est également en charge de 10 ACT et appuie les travaux de l'UTEP. En outre, une MAS accueille 55 résidents au profit du GHU 3.
- La prise en charge s'articule autour du concept de Parcours. Cette approche se veut adaptée à chaque GHU et répond à des besoins différents des usagers.
- Dans chaque programme, le travail en réseau permet de solliciter les bons acteurs au bon moment dans le cadre du projet de vie de la personne.
- Le travail partagé entre professionnels et un changement de posture professionnelle sont privilégiés pour mener à bien ces dynamiques de rétablissement.

Le GHU N°1 :

Dans le cadre du GHU Handicap psychique, le C2RL propose une réhabilitation psychosociale en coordination avec l'ensemble des acteurs de chaque parcours de soins et de vie. Cette approche thérapeutique est destinée à favoriser le rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques en leur permettant de prendre conscience de leurs ressources et de les renforcer en les accompagnants dans la gestion de leurs difficultés.

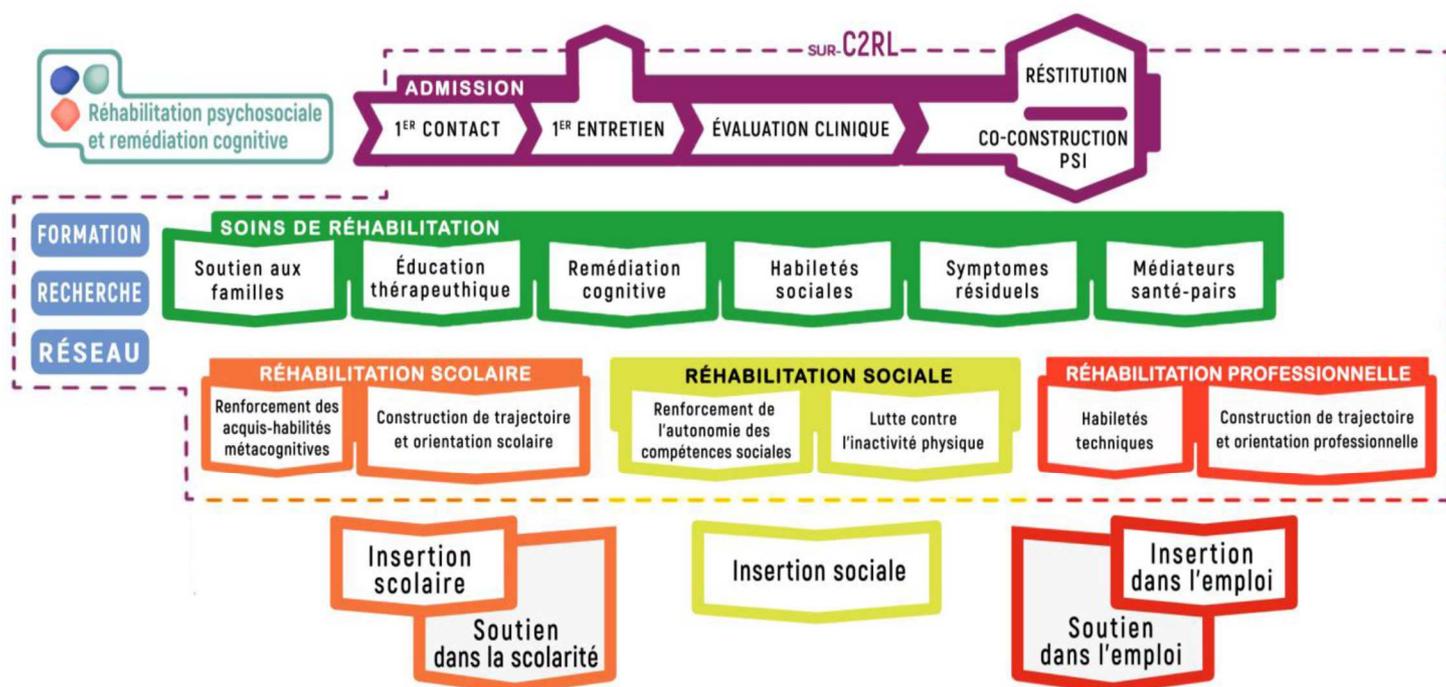
Elle mobilise plusieurs outils de soins, de méthodes et d'accompagnement individualisés telles que la remédiation cognitive, les mises en situations professionnelles et scolaires, l'ETP, la dynamique du « aller vers » ...

Cette prise en charge de GHU « handicap psychique » est aujourd'hui structurée et travaille à la poursuite de son évolution sur le territoire.

L'équipe du C2RL est constitué de :

ETP		ETP	
Médecins psychiatres	1.6	Ergothérapeute	1
Neuropsychologue	2.8	Aide-soignant (FF Job Coach) ^o	1
Cadre de santé	1	Assistant social	0.7
IDE	8.60	Attaché de recherche	0.5
ASH	1	Interne	0.5
AMA 1	1	MSP (en cours)	2

Articulation et structuration du C2RL



Le GHU N°2 :

Autant la problématique du handicap psychique est une problématique résolue (recherches, méthodes, organisations, recommandations, structurations via l'ARS), autant celle des handicaps associés est en cours de construction.

Le CH Esquirol a dédié une unité d'Hospitalisation complète, une équipe mobile spécifique en lien avec nos partenaires ainsi qu'un groupe de prospection dans le but de construire un parcours pour ces usagers qui sont, pour le moment, les « laissés-pour-compte » de la réhabilitation psycho-sociale

Le GHU N°3 :

Pour les personnes en situation de polyhandicap, le réseau de professionnels est bien installé au niveau de la région Nouvelle Aquitaine et au niveau national (équipes relais handicap rare, Centre Référent Autisme, Cerfa, Réseau National épilepsie ...).

En Corrèze, deux établissements (CH du Pays d'Eygurande et CH Brive) ont répondu à l'appel à projet de l'ARS pour être désignés Centre de proximité de niveau 1. Seul le Centre du CH du Pays d'Eygurande a été labellisé.

➤ **Porté par le CH Pays d'Eygurande :**

- CMP équipe mobile de Réhabilitation psychosociale
Sur l'ensemble de la Corrèze du CHPE (création à budget constant).

ETP		ETP	
Psychiatrie	0.8	Job Coach	0.5
Cadre de santé	0.2	Infirmier	3
Neuropsychologue	0.5	Ergothérapeute	0.5
Assistante sociale	0.5	Secrétaire médicale	0.5

- 1 HJ en Réhabilitation Psycho-Sociale sur Brive à disposition des patients de la Corrèze passe de 10 places à 20 places 2019 (à budget constant).

ETP		ETP	
psychiatre	0.4		
Cadre de santé	0.5	Infirmier	1
Assistante sociale	0.7	Job Coach	0.5
Ergothérapie	0.5	Neuropsychologue	0.5
Éducateur technique spécialisé	1	Éducateur	1
Moniteurs d'atelier	2	Secrétaire médicale	
CATTP mobile de réhabilitation psychosociale			
Cadre de santé	0.1	Infirmier	1
Éducateurs	2		

- 7 Appartements thérapeutiques de réhabilitation psychosociale (à budget constant).

ETP		ETP	
Infirmiers	1.5	Éducateur	1
AMP	1		

➤ **Porté par le CH de Brive :**

- HJ de 20 places

ETP		ETP	
Psychiatre	0.5		
Cadre	0.4	IDE 5	5
Educ Spécialisé	1	ETP ergothérapeute	1
Temps d'assistante sociale partagé avec les services de psychiatrie adulte		Affectation de temps de neuropsychologue en cours	

En Creuse, l'ensemble des acteurs est prêt, et en capacité de structurer la réponse départementale, en s'appuyant dans le sanitaire sur une équipe pluriprofessionnelle motivée entraînée par un médecin psychiatre impliqué, et formé en matière de RPS et sur de fortes volontés médico-sociales. Mais les problèmes de mobilité et de transport des personnes sont aigus sur un territoire vaste, âgé et rural freinant l'accès aux soins et à l'inclusion.

L'établissement dispose d'une filière de prise en charge en réhabilitation psycho-sociale.

Cette filière a pour objectif d'accompagner des personnes atteintes de troubles psychiques, dont l'état est médicalement déclaré stabilisé, dans un processus de réadaptation sociale, professionnelle, familiale et culturelle. Elle est composée des unités suivantes :

- Une unité d'hospitalisation complète Jean Bancaud (18 lits),
- Un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel CATTTP implanté à Saint-Vaury,
- Un Atelier Thérapeutique d'évaluation socio-professionnelle basé à Fleurat,
- Un Hôpital de jour « Le Maupuy », spécialisé dans la prise en charge des jeunes psychotiques, basé à Guéret,
- Une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), de 24 lits et 4 places.
- Des unités fonctionnelles à visées thérapeutiques et de réhabilitation (Ergo bois, service sport, art-thérapie, etc),
- Les CMP, équipes de secteur et hôpitaux de jours polyvalents, implantés au sein des différents bassins de vie, qui assurent quant à eux un suivi de proximité, en consultation, en hospitalisation de jour, et/ou au domicile de la personne.

Le CH La Valette travaille actuellement sur la transformation d'un de ses hôpitaux de jour, le «Maupuy», en centre de réhabilitation psycho-sociale de proximité de niveau 1, pour lequel il vient de recevoir une labellisation par l'ARS Nouvelle Aquitaine.

A cette organisation s'ajoute l'ensemble des partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire creusois, avec lesquels les équipes des structures de cette filière travaillent en étroite collaboration.



PISTE D' ACTIONS

- Poursuivre sur le territoire l'évolution engagée en Haute Vienne pour que tous les patients en situation ou à risque de handicap psychique, à qui la RPS peut donner des chances supplémentaires, puissent en bénéficier
- Se mettre en situation de mobiliser progressivement sur l'ensemble du territoire tous les outils aujourd'hui bien identifiés de la RPS (outils de remédiation cognitive,)
- Développer progressivement la coopération nécessaire sur tout le territoire avec l'ensemble des acteurs concernés, professionnels, collectifs, structures, associations ... : usagers et représentants des usagers (importance des MSP et de la pair aide), acteurs du soin, acteurs de l'accompagnement...
- En Creuse : Structurer le parcours de réhabilitation psychosociale sur le territoire en s'appuyant sur la volonté de coopération des acteurs et sur le plan santé 23+

2.6. Le parcours des personnes en situation de précarité

Le parcours des personnes en situation de précarité a été organisé et consolidé depuis 2002 en Haute-Vienne autour de l'équipe mobile psychiatrie – précarité (EMPP). Il est également bien établi et depuis plusieurs années en Creuse, où l'EMPP a été récemment renforcée au regard de besoins. Il est plus récent en Corrèze mais se structure activement.

L'efficacité des acteurs en matière de précarité repose sur leur capacité « à aller vers » des populations qui sinon accèdent difficilement aux soins, ce qui nécessite des interventions au niveau des associations caritatives et humanitaires, des structures sociales (CHRS, Halte soins santé...), des Maisons du département et également des partenariats renforcés avec les PASS hospitalières, les portes d'entrée et structures ambulatoires des structures sanitaires (CMP, équipes mobiles ...).

En Haute-Vienne : (Détails présentés en annexe 2 – *Annexes diagnostic PTSM*)

- Le parcours est structuré autour de 2 acteurs :
 - Le parcours des personnes en situation de précarité est structuré mais les délais d'attente peuvent être longs. Ainsi, il est de 2 mois pour obtenir un rdv avec le médecin de l'EMPP. Par ailleurs, différentes ruptures sont évoquées : les soins cessent pour les étrangers et demandeurs d'asile en procédure « Dublin » (transit) du fait de leur départ du territoire français. Les ruptures peuvent également être liées aux difficultés de logement, à l'absence d'interprètes et aux moyens de transport.
 - Par ailleurs, le parcours s'articule également autour des Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO) ainsi que de la PASS du CHU.

En Corrèze : le parcours se structure progressivement :

- Haute Corrèze et Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande
 - Conventionnement avec la PASS du CH.d'USSEL
- Moyenne Corrèze et CH TULLE
 - Existence d'une PASS. Travail en collaboration avec le pôle de psychiatrie.
- Basse Corrèze et CH BRIVE
 - Regroupement de la PASS et de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité et mise en place d'une Equipe Mobile Santé Précarité extrahospitalière.
 - PASS : 1 ETP assistante Sociale + 0,5 ETP médecin somaticien + 1 ETP IDE
 - EMPP : 1 ETP éducateur spécialisé +0,5 ETP IDE

En Creuse : existence d'une EMPP, d'un CADA, d'un SIAO, d'une maison relai.

- En Creuse les dispositifs 115, SIAO et Hébergement d'Urgence (CHRS) sont gérés le Comité D'accueil Creusois (CAC).
- En matière d'accompagnement social, médico-social, juridique et sanitaire, les personnes en situation de précarité et / ou d'exclusion, disposent également :
 - Des différents services du Conseil Départemental et de l'Etat,
 - D'un temps d'assistant social par le CH de Guéret dans le cadre de la PASS, visant à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, de professionnels (AS, CESF, etc.) rattachées à certains CCAS (notamment : Guéret, Aubusson, La Souterraine et Bourganeuf),
 - D'une équipe mobile de psychiatrie de précarité, dont la mission est d'aller à la rencontre des personnes en situation de précarité et/ ou d'exclusion, d'évaluer leurs besoins en matière de prise en charge psychiatrique, et éventuellement de les orienter vers une structure adaptée (hospitalisation complète, hôpital de jour, consultation en CMP). L'EMPP est portée par le CH La Valette, et a une dimension départementale.
 - D'associations ayant vocation à accompagner ces publics : l'ESCALE (ALT), le CAC (SAO, CHRS, chantier d'insertion, etc.), GIP « Trace de Pas » (maison relais), ACCES (ALT et aides spécifiques ponctuelles), etc.
 - Bien que perfectible, le maillage entre ces différents acteurs est relativement bien structuré et fonctionnel sur le territoire.



PISTE D' ACTIONS

- Maintenir et conforter le dispositif en Haute-Vienne et en Creuse
- Poursuivre son développement en Corrèze.
- Continuer à travailler avec les partenaires pour limiter/éviter les ruptures évoquées.
- Maintenir/disposer des possibilités suffisantes d'interprétariat

2.7. Le parcours des personnes placés sous-main de justice

Le parcours des personnes sous-main de Justice concerne les personnes incarcérées, les personnes ayant des soins pénalement ordonnés, les personnes en obligation de soins et les personnes en suivi socio-judiciaire (crimes graves, obligations de signalement).

Il s'agit de personnes (détenus, auteurs de violences sexuelles ...) qui sont fréquemment en situation de rupture, et dans des situations extrêmement complexes, avec un risque majoré d'interruption du lien thérapeutique malgré les efforts des professionnels pour mettre en place le suivi.

Ex : Troubles de la personnalité associés à des problèmes d'addiction, pas de famille, pas de logement ; problématique des personnes sorties de prison ...

Il existe une discordance entre le parcours judiciaire et le parcours de soins (difficultés fréquentes à maintenir le lien thérapeutique lorsque le parcours judiciaire s'achève). Ces parcours nécessitent une coopération renforcée entre tous les partenaires.

En Haute-Vienne : (Détails présentés en annexe 3– Annexes diagnostic PTSM)

L'offre de soins, portée par le CH Esquirol, est à la fois une offre de proximité et de recours structurée et graduée autour :

- Du CMP violences Pinel, du CMP Foucault (Centre de soins des auteurs de violences sexuelles) ;
- Des 4 lits HC de l'Unité Delay (hospitalisation des détenus - Maison d'Arrêt de Limoges) ;
- Du Centre d'expertise psychiatrique ;
- Du centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS).

Toutes les personnes sous-main de justice sont prises en charge. Les demandes urgentes sont assurées dans les 8 jours (l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée se situe au CH de Cadillac - UHSA).

Par ailleurs, la maison d'arrêt de Limoges comporte un quartier Mineur (intitulé des textes) de 10 places, un quartier de détention pour femmes de 11 places, un quartier de détention pour hommes de 62 places, et un quartier de détention en semi-liberté pour hommes de 5 places (données au 1^{er} janvier 2019, source : Observatoire international des prisons).

Le DSP de l'USMP (dispositif de soins psychiatrique de l'Unité sanitaire en milieu pénitentiaire) intervient.

Un psychologue y rencontre tous les mineurs et participe aux réunions pluridisciplinaires mensuelles institutionnelles avec la PJJ et le service pénitentiaire.

Des liens réguliers et étroits ont été tissés avec les éducateurs et le psychologue de la PJJ autour des prises en charge personnalisées des mineurs.

En outre, ont été mises en place des thérapies de groupe (addicto, psychiatrie générale, sport adapté). Des interventions du psychiatre et du psychiatre addictologue se font en lien avec les problématiques présentées.

En Corrèze :

- Le parcours de soins et de vie pour les personnes sous-main de justice est insuffisamment structuré. Il est encore nécessaire d'identifier l'offre de soins de proximité et de mieux la structurer pour les auteurs de violences sexuelles tout en organisant l'accès à l'offre de soins de niveau 2 au CH Esquirol.
- L'organisation de la PJJ repose sur une organisation régionale dont le service territorial est basé à Limoges. Une unité départementale assure les interventions en milieu ouvert après jugement. Des conventions existent ensuite pour proposer aux mineurs des solutions d'hébergement et un accompagnement éducatif avec notamment la MECS de La Providence ou des CEF. Un partenariat étroit a été formalisé en Haute Vienne avec, par exemple, la création d'une commission enfants/adolescents à difficultés multiples. Cette commission qui se réunit tous les mois regroupe l'Education Nationale, la MDPH, la PJJ et la pédo psychiatrie. Il est envisagé de créer le même dispositif en Corrèze.
- L'organisation cible du parcours est identifiée. Travaillée dans le cadre du GCS 19 (portage de la filière Santé Justice par le CH Tulle), sa mise en œuvre est initiée :
 - **Au Centre de détention d'Uzerche** : (Capacité de 600 places)

Intervention de professionnels du CHPE: consultation psychologue, psychiatre, entretiens IDE,
7 jours / 7 : 3ETP IDE, + 0,2 ETP psychiatre + 1,2 psycho + 0,2 ETP Assistante sociale
Intervention de l'ANPAA.
 - **A la Maison d'Arrêt de Tulle** : (Capacité de 49 places)
Intervention de professionnels au CHPE : 0,1 ETP psychiatre + 0,2 ETP de psychologue,
CSAPA 19 drogues illicites CH Brive : 0,1 ETP de psychologue.
- **Les 3 CMP du département et le CSAPA 19 drogues illicites du CH.BRIVE** assurent des suivis de patients en injonction et obligations de soins.
- **Projet** : mise en place d'un pôle d'expertise départemental.

En Creuse :

- La Creuse dispose d'une maison d'arrêt de 40 places, implantée dans le centre-ville de Guéret, préfecture de la Creuse.
- Les soins généraux et spécialisés sont assurés par une Unité Sanitaire de Niveau 1, portée par le Centre Hospitalier de Guéret, intervenant au sein même de la maison d'arrêt.

- Dans le cadre de cette US de Niveau 1, les soins psychiatriques sont réalisés par plusieurs professionnels du CH La Valette, dont un médecin psychiatre à hauteur d'une demi-journée d'intervention par semaine, d'une infirmière, et d'une psychologue (convention entre le CH Guéret et le CH La Valette).
- Une éducatrice spécialisée est également présente dans la maison d'arrêt à mi-temps afin d'aider les écroués à préparer leur sortie (conventionnement avec le SPIP). L'objectif est de permettre l'accès aux droits sociaux et aux dispositifs de droit commun des Personnes Placées sous main de justice (PPSMJ), d'évaluer les situations et de veiller à ce que les difficultés relatives à l'insertion des PPSMJ (logement, documents administratifs, santé, emploi ou formation, etc.) soient traitées, en prévision de leur sortie.
- Si nécessaire des partenariats sont formalisés pour transférer, prendre en charge et hospitaliser les PPSMJ dans des centres dédiés (UHSA, etc.). Toutefois l'organisation de ce dernier point mériterait d'être retravaillée au niveau régional, en vue d'être amélioré.



PISTE D' ACTIONS

- Développer en Corrèze et Haute Vienne une offre de logements (maison relais, résidences accueil...) accessibles à ces publics.
- Développer la prise en charge de l'Equipe ambulatoire de proximité.
- Développer les groupes de parole.
- Améliorer le repérage de la crise suicidaire pour les personnes incarcérées.
- Développer l'accès à la vie sociale et professionnelle en lien avec le Centre Réfèrent de Réhabilitation Psychosociale du Limousin (C2RL).
- Mettre en place des thérapies à médiation corporelle.
- Structurer le dispositif sanitaire pour les personnes radicalisées ou en voie de l'être.
- Formations à destination des acteurs à organiser.
- Mettre en place des formations croisées professionnels de santé /travailleurs sociaux.
- Développer l'accès à l'interprétariat.
- En Corrèze : structurer une organisation départementale de la filière santé justice dont le portage sera assuré par le CH de Tulle.

2.8. Le parcours des personnes ayant des conduites addictives

Le parcours des personnes ayant des conduites addictives est très structuré en Haute – Vienne avec une offre de soins de niveau 1, 2 et 3 portée par le Pôle Universitaire d’addictologie en Limousin et une offre médico-sociale conséquente. En Creuse, il est structuré sur le même modèle pour le niveau 1 avec le concours du CH Esquirol. En Corrèze, la structuration d’une filière départementale se poursuit.

Dans ce parcours, l’offre de prévention est particulièrement organisée par des acteurs du secteur sanitaire, médico-social, institutionnel, associatif. (En Haute-Vienne : actions **de prévention des addictions** en milieu scolaire ainsi que des consultations jeunes consommateurs délocalisées sur l’ensemble du département). En Corrèze, des actions de préventions primaires dans les lycées, collèges en collaboration avec l’association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) sont réalisées. Trois logements type Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT) ont été mis en place (Brive, Malemort et Tulle).

Néanmoins, les délais d’attente pour les primo-consultants et entre les consultations sont trop longs et la population présente des altérations des fonctions cognitives, de difficultés de logement, une précarité financière qui sont souvent à l’origine des ruptures.



PISTE D’ACTIONS

- S’efforcer de recruter des psychiatres avec une spécialisation addictologie sur le territoire.
- En Haute Vienne, organiser des plages horaires dédiée aux primo consultations assurées par chaque médecin du Pôle pour limiter les délais d’attente.
- Développer la télémédecine avec une priorité pour la Creuse.
- Développer la délégation de compétence aux infirmiers et le recours aux psychologues.
- Développer des dispositifs de logement type Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT) pour une population souvent en grande précarité.
- Développer des structures (unités) adaptées pour personnes avec pathologie associée Type syndrome de Korsakoff.
- Pour limiter la durée d’hospitalisation, réfléchir à l’organisation d’une hospitalisation séquentielle.
- Développer les liens avec les associations.
- En Corrèze : Poursuivre la structuration de la filière départementale.

2.9. Le parcours des personnes souffrant de psycho-traumatisme

Le traitement de l'état de stress post- traumatique (EPST) est aujourd'hui beaucoup mieux codifié. Les objectifs sont précis : diminuer les symptômes de répétition traumatique (flash-back, cauchemar) et d'hyperéveil (réaction de sursaut), améliorer l'évitement (impossibilité de faire certains actes de la vie courante) et l'émoussement affectif (indifférences aux autres), mais aussi traiter les co-morbidités (troubles associées) très fréquentes, dont les addictions (alcool, médicaments, drogues).

La prise en charge est un enjeu de long terme pour le devenir des personnes et l'impact sur leurs proches.

La haute autorité de santé a précisé que le soutien psychosocial est essentiel chez la plupart des patients victimes de traumatismes graves (viols, accidents, attentats, catastrophes naturelles). L'information du patient sur son trouble et sur ses droits est essentielle et peut être facilitée par le soutien d'associations de patients ou d'aide aux victimes.

De nombreuses psychothérapies se sont développées depuis 20 ans. La HAS précisait dès 2009 dans un guide en partie dédié au sujet que le traitement de choix est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) centrée sur le traumatisme ou la désensibilisation avec mouvements oculaires (EMDR : *Eye Movement Desensitization and reprocessing*²). Les techniques d'hypnose peuvent être bénéfiques sur certains symptômes (douleurs, anxiété, cauchemars). Elle ajoutait que le traitement psychothérapeutique était proposé quel que soit le délai écoulé depuis le traumatisme.

Le territoire dispose :

- Des compétences spécialisées parmi les professionnels hospitaliers et les professionnels libéraux.
- Il existe **une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) sur chacun des 3 départements**, rattachés à la CUMP zonale Nouvelle Aquitaine. La Haute-Vienne dispose, pour sa part d'une CUMP renforcée.
- En dehors de la CUMP et des unités de médico- judiciaires accueillant les victimes au moment des faits, il existe des professionnels formés au psycho traumatisme.

L'offre s'articule autour des axes suivants : En Haute-Vienne :

- Recours à l'Unité Médico Judiciaire (en lien direct avec le CHU de Limoges)
 - CUMP (composée de 35 soignants dont 10 médecins, 6 psychologues et 17 IDE)
 - Victimologie
 - Psycho-traumatisme
 - Consultation en CMP
- Cette offre est toutefois mal recensée et peu lisible pour la population.
 - La Creuse dépend de l'organisation régionale en place sur le territoire « ex limousin » en termes d'Unité Médico Judiciaire et d'Institut Médico-légal.

- La Corrèze, au-delà de la CUMP départementale, participe ponctuellement au groupe de travail de la CUMP 87
Un plan de formation intensif est déployé par les 3 établissements (CH Brive, CH Tulle, CHPE) en lien avec le SAMU 19 et la CUMP 87.
Existence de professionnels formés à l'EMDR sur les 3 établissements.



PISTE D' ACTIONS

- Afin d'apporter une meilleure lisibilité et un accès facilité aux soins : **Organiser et rendre lisible un dispositif de prise en charge globale du Psycho-traumatisme** sur le territoire en partenariat avec l'ensemble des acteurs pouvant intervenir et en lien avec le pôle régional qui découlera de l'appel à projet DGOS.
- Recenser les compétences cliniques spécifiques à l'échelle du territoire (PH, psychologues, infirmiers ...).
- Améliorer le réseau des CUMP (acteurs locaux : pompiers, préfecture, protection civile, associations de victimes...).
- Promouvoir le DU psycho traumatisme.
- Développer des formations à la détection des manifestations de souffrance psycho traumatiques auprès des partenaires (de l'éducation, du champ social, PJJ, OPRI...) et de la santé au travail (cf. groupe 6 sur les déterminants sociaux).
- Rendre accessible et différencié l'accès aux soins des victimes.
- Développer des formations au repérage+.

2.10. Le parcours de la psychiatrie de la personne âgée

Le parcours de soins et de vie de la psychiatrie de la personne âgée est bien identifié et structuré sur le territoire limousin, porté en Haute-Vienne par le Pôle hospitalo-universitaire de la personne âgée, en Corrèze et en Creuse par un corps médical et des équipes pluri-professionnelles impliquées, en lien avec l'ensemble de leurs partenaires sanitaires et médico-sociaux.

Dans son rapport annuel 2018 pour l'activité 2017, l'Observatoire des populations prises en charge au long cours dans les établissements sanitaires de psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine souligne la problématique du vieillissement : 51,8% des patients hospitalisés au long cours avaient 50 ans et plus (58,3% pour les femmes et 48% pour les hommes).

En Haute Vienne, la filière de soins est organisée par le CH Esquirol.

- Il dispose d'une équipe mobile d'évaluation et de suivi de la personne âgée (EMESPA) qui intervient au domicile, en EHPAD, dans les 3 Hôpitaux de Jour du CH Esquirol. Les infirmiers réalisent les primo consultations dans les CMP.
- Il comprend 3 unités d'hospitalisation, récemment restructurées en fonction des profils des patients, qui prennent en charge en hospitalisation des personnes âgées provenant des trois départements mais aussi de la Dordogne et de la Charente.

- Il existe un Centre Mémoire de Ressources et de Recherche pour la maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées (**CMRR**).

Plusieurs manques susceptibles de générer des ruptures existent actuellement dans le parcours :

- L'EMESPA ne peut pas suivre les patients des autres départements, et n'intervient plus en USLD au CHU ;
- Le manque de structures adaptées Alzheimer,
- Les Délais d'admission en EHPAD longs générant des embolisations des lits de psycho-gériatrie,
- Le manque de mobilité des personnes âgées pour venir jusqu'au CMP

En Corrèze, les dispositifs de psychiatrie de la personne âgée s'appuient sur un dispositif gérontologique très développé :

- Existence de 3 équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée,
- Existence innovante du dispositif PAERPA-MAIA « *Personnes âgées en risque de perte d'autonomie* » et « *Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie* »
- Une unité de soins dédiée de 15 lits de Psychiatrie de la Personne Agée au CH du Pays d'Eygurande.
- Existence d'un hôpital de jour géronto-psychiatrique au CH de Tulle.

Mais des difficultés d'orientation vers les EHPAD compte tenu de l'existence d'une pathologie psychiatrique, même stabilisée et des difficultés de coordination avec d'autres spécialités (neurologie, gériatrie...) sont à souligner.

En Creuse, l'offre de soins est structurée. Le CH La valette dispose

- D'une unité d'hospitalisation complète,
- D'un hôpital de jour et d'une EMPPA, tous dédiés à la psychiatrie du sujet âgé.
- Par ailleurs, l'EHPAD du CH La Valette est doté d'une UHR de 14 places à vocation départementale ainsi que de téléconsultation fonctionnelle dans 2 EHPAD.

En outre, les établissements sociaux et médico-sociaux sont fortement demandeurs d'une activité en télé-médecine.



PISTE D' ACTIONS

- Projet de création d'un Centre Ressources de la Personne Agée porté par le CH Esquirol (en cours)
- Développer les interventions de l'EMESPA et de l'équipe de liaison vers les USLD
- Renforcer l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée en Creuse

- Développer en Haute-Vienne et en Creuse, les dispositifs de coordination de parcours PAERPA et MAIA
- Créer une unité de SSR permettant de libérer les places en psycho gériatrie en attendant le placement en EHPAD
- Créer des unités adaptées pour personnes handicapés souffrant de troubles psychiatriques
- Développer la télémédecine (téléconsultations et télé expertise) pour les personnes hospitalisées en gériatrie par territoire de proximité
- Renforcer la coopération avec la gériatrie
- Reconnaître et soutenir les aidants, organiser des possibilités de répit en structures adaptées.

2.11. Le parcours des blessés de l'encéphale

Un parcours des blessés de l'encéphale a été très tôt organisé sur le territoire par le CH Esquirol dans une dimension de parcours de soins et de vie, aujourd'hui partagée par tous.

Les blessés de l'encéphale, comme les patients en situation ou à risque de handicap psychique, sont en effet confrontés, en fonction des séquelles de leur traumatisme, à des ruptures dans leur vie scolaire, professionnelle, sociale...

C'est au cours de ces étapes que la filière « *traumatisés crâniens* » et ses partenaires ont développé une compétence spécialisée dans la prise en charge des blessés au regard des particularités de leurs traumatismes et de leurs séquelles, laquelle constitue aujourd'hui un potentiel précieux sur le territoire.

En Haute-Vienne :

(Détails présentés en annexe 4 – Annexes diagnostic PTSM)

- La filière régionale « *traumatisés crâniens* » (traumatismes légers, modérés et sévères) est structurée en lien, en amont avec le CHU et en aval avec des structures de prise en charge (médico-sociale, sociale, insertion professionnelle...).
- Elle assure :
- Un suivi médical au **très long cours** des patients (procédure de suivi mise en œuvre avec par exemple la prise de RDV anticipée à l'initiative du service...)
 - Des activités ambulatoires développées à domicile : unités mobiles vers l'insertion professionnelle, l'insertion sociale...et pour les enfants vers la scolarité.

- Une UEROS (Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle) est intégrée dans le dispositif sanitaire en lien avec le secteur social et médico-social
- Un accès facilité aux examens somatiques (neurologie...) en lien avec les plateaux techniques du CHU et du CH Esquirol
- Implication très forte de l'association familles traumatisés crâniens (AFTC), association partenaire représentant les usagers et leurs aidants, qui porte le groupe d'entraide mutuelle trauma crânien (GEM)
- Des actions de formation sont en outre mises en œuvre auprès des professionnels par le **Centre de Ressources**, par ex pour le repérage du traumatisme crânien léger
- Echanges et complémentarités développées avec le centre référent de réhabilitation psychosociale

Le vieillissement des populations traumatisées crâniens constitue une vraie problématique en raison d'un manque de structures adaptées et spécifiques pour ces publics.

Le manque d'informations sur ce traumatisme perdure auprès du grand public et des médecins généralistes malgré les efforts de communication réalisés.

La Creuse dépend de l'organisation régionale, en place sur le territoire « ex limousin ».

En Corrèze : un groupe thématique départemental existe depuis peu regroupant les principaux acteurs. Un GEM pour traumatisés crâniens, porté par l'association départementale de parents et amis de personnes handicapées mentales, a été ouvert à Tulle depuis Juin 2018.

La prise en charge du traumatisme crânien est structurée de la façon suivante :

- **Haute Corrèze**
Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande : Conventionnement avec la MAS de Mercœur.
- **Moyenne Corrèze**
CH TULLE : HDJ : 3 places indifférenciées
GEM porté par l'ADAPEI
- **Basse Corrèze**
CH BRIVE HDJ : 5 places indifférenciées
GEM porté par l'ADAPEI en projet
MAS de Mercœur
Services portés par l'ADAPEI :
 - Dispositif d'accompagnement en SAVS
 - ESAT : 5 places dédiées
 - SAAD
 - En projet : habitat regroupé spécifique



PISTE D' ACTIONS

- Organiser la cohérence du parcours au niveau du territoire limousin en faisant bénéficier l'ensemble de la population du territoire limousin de l'expertise reconnue acquise par les équipes pluri professionnelles du Pôle des blessés de l'encéphale du CH Esquirol
- Créer des structures d'accueil adaptées pour les traumatisés crâniens vieillissants avec des professionnels formés.
- Promouvoir l'intervention d'équipes mobiles sur la Creuse et la Corrèze.
- Créer un réseau départemental en Corrèze, préciser les niveaux de recours et les conventionner avec le CH Esquirol
- Développer les actions d'information/de formation/de sensibilisation du Centre ressources traumatisés crâniens vers le grand public, les médecins généralistes et les autres professionnels concernés.

3- Organiser l'accès aux soins somatiques

Attendus du décret du 27 juillet 2017 concernant la priorité 3

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

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

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

Le projet territorial de santé mentale a pour **priorité l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.**

(Art. R. 3224-7 du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017).

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

- L'accès au suivi somatique de ces personnes par les médecins généralistes, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé ;
- En cas d'hospitalisation, l'organisation des établissements ayant une activité en psychiatrie pour assurer à leurs patients un accès aux soins somatiques, y compris spécialisés
- L'organisation, par les établissements de santé autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique, d'un accueil spécifique des personnes présentant des troubles psychiques, incluant l'accès aux investigations et aux soins spécialisés nécessaires, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.

De nombreuses études cliniques et épidémiologiques ont démontré une surmortalité des personnes ayant des troubles psychiques.

La première cause de mort des personnes vivant avec ces troubles est naturelle, loin devant les suicides, les accidents et les homicides.

Leur espérance de vie est réduite de 10 à 20 ans et leur taux de mortalité est trois à cinq fois supérieur.

D'autres études cliniques et épidémiologiques ont porté sur l'association entre maladies somatiques et psychiques. Certains médicaments psychotropes augmentent les risques de maladies cardiovasculaires, de diabète et d'obésité.

Les groupes de travail départementaux soulignent que pour apporter aux personnes concernées la réponse thérapeutique globale et de qualité qu'elles sont en droit de recevoir, une coordination efficace entre psychiatres et somaticiens, psychiatrie et médecine de ville, est indispensable.

Plusieurs axes de travail ont été déterminés :

- 1 – Le partage d'information et la coordination
- 2 – Connaissances et méconnaissances
- 3 – L'organisation médicale
- 4 – L'accompagnement
- 5 – Les droits



3.1. Les facteurs favorisant l'accès aux soins somatiques sur le territoire

En Haute-Vienne : le territoire départemental dispose de plusieurs atouts qui favorisent l'accès aux soins somatiques :

- La présence significative de temps médical dans les structures (médico-sociale, ...) favorise le suivi des problèmes somatiques,
- A chaque entrée en hospitalisation complète au CH Esquirol, un bilan somatique est réalisé,
- **La création d'Handiconsult Limousin** (Centre spécialisé d'accès aux soins somatiques des personnes en situation de handicap mental en Limousin) favorise la prise en charge des situations complexes,
- L'accessibilité du plateau technique du CHU proche, avec du personnel formé spécifiquement, permet une réactivité plus importante
- L'existence des différentes équipes mobiles du CH Esquirol facilitent les prises en charge et l'accès aux soins en intervenant pour la prise de RDV chez certains spécialistes ou pour obtenir des plages pour des examens complexes au CHU de Limoges

- L'accompagnement physique des usagers des établissements médico-sociaux (en consultation, lors d'examens ...) par des professionnels (soignants, éducatifs) de ces structures facilite la prise en charge dans les structures sanitaires MCO,
- La mise en place par la CPAM du dispositif PFIDASS (Plate-forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé), qui a pour objectif d'accompagner les assurés sociaux dans leurs démarches de soins pour ceux qui y auraient renoncé et de leur permettre d'utiliser les outils existants pour dépasser le reste à charge, ainsi que le partenariat de la CPAM avec les services sociaux des établissements sanitaires, jouent un rôle essentiel,
- La signature de la charte Jacob par le CHU de Limoges permet de sensibiliser ses professionnels à la nécessité d'un accueil spécifique mais le groupe de travail s'est interrogé sur l'existence et/ou le rôle d'une commission de réflexion sur les handicaps.
- Des temps médicaux de médecins spécialistes affectés aux consultations et prises en charges mis à disposition par d'autres établissements du département (CHU...) (stomatologie, gynécologies, neurologie, pédiatrie, hépato-gastroentérologie ...)

En Corrèze, l'accès aux soins somatiques est un axe de travail du GCS 19, initié dans le cadre du Diagnostic des parcours de soins réalisé avec le soutien de l'ANAP, qui permet aujourd'hui la mise en œuvre d'un ensemble d'actions coordonnées :

- Un protocole d'accès aux soins somatiques a tout d'abord été élaboré entre le CH du Pays d'Eygurande et les 3 CH pour les patients hospitalisés sous contrainte,
- Un groupe thématique « Accès aux soins somatiques » fonctionne au sein du GCS 19 : carnet de liaison en préparation assurant le lien entre équipes ESMS et professionnels de santé, protocole d'évaluation somatique spécifique au sein des 3 services d'urgence, interventions des équipes santé précarité,
- De nombreux établissements sont signataires de la charte Romain Jacob,
- Le cabinet dentaire du CH du Pays d'Eygurande est mis à disposition des usagers des établissements médico-sociaux du département.
- En termes d'organisation :
 - Présence d'une équipe de liaison psychiatrique dans les 3 établissements MCO de la Corrèze. Celle-ci intervient à partir des Urgences (Ussel, Tulle et Brive) et peut intervenir dans des services somatiques. A partir des Urgences, un bilan somatique est réalisé de manière systématique avant toute prise en charge psychiatrique.
 - Concernant les enfants et adolescents, les services de Pédiatrie des CH Tulle et Brive, assurent les éventuels soins somatiques
 - Temps médical de somaticien dédié aux services de psychiatrie existe dans les services de psychiatrie du département

En Creuse, le département dispose de différents atouts lui permettant de structurer une démarche associant les acteurs impliqués :

- La volonté de communiquer et de se coordonner entre tous les professionnels de la Creuse pour accompagner les patients, y compris dans leur accès aux soins somatiques, est forte (les acteurs institutionnels, associatifs, libéraux, etc. se connaissent),
- Les usagers ont accès au plateau technique complet des Centres hospitaliers du département,
- L'offre médicale somatique au CH La Valette est significative,
- Le département bénéficie d'une forte population d'infirmiers libéraux et d'un tissu associatif dense impliqués à ce niveau.
- Le CH LA Valette dispose de médecins généralistes affectés dans chacune de ses unités d'hospitalisation complète. Cette organisation permet ainsi d'assurer un suivi somatique des patients au sein même de l'unité, en coordination avec le médecin psychiatre référent de cette dernière.
- Liens et les orientations facilités avec la médecine de ville et/ou hospitalière (MCO) pour des examens complémentaires, et/ou spécialisés si cela est nécessaire.
- L'établissement dispose également d'un neurologue, et d'une vacation d'un médecin pneumologue.
- Une garde « sur place » 24/24h est organisée dans l'établissement pour notamment répondre à ces besoins, dans les unités d'hospitalisation complète ainsi que dans les structures médico-sociales de l'établissement (MAS et EHPAD).
- Aussi, un partenariat est formalisé entre le CH de Guéret et le CH La Valette afin de faciliter l'accès des patients à des soins spécialisés ou en hospitalisation.
- Enfin, l'ouverture récente de l'unité Handi'Consult, au CH Esquirol, permet aux patients du CH La Valette d'accéder un dispositif complémentaire en soins somatique en cas de besoin.

3.2. Des difficultés/obstacles nombreux dans l'accès aux soins

Les obstacles à l'accès aux soins, tel que décrits dans le rapport Jacob, sont présents sur le territoire :



En Haute-Vienne :

- Des difficultés de communication et de partage d'information (entre structures, professionnels libéraux...) peuvent se produire,

- Certaines personnes en situation de handicap qui ne sont pas suivies par des structures peuvent avoir des difficultés pour obtenir des consultations, rendez-vous, hospitalisations, en raison de leur méconnaissance du dispositif de soins,
- Ces usagers qui multiplient les risques par échappement du suivi bénéficient peu des programmes de prévention,
- Les professionnels qui prennent en charge (lors de consultations, hospitalisations...) manquent de formations/informations – idées reçues, méconnaissances qui peuvent entraîner une certaine stigmatisation, discrimination, spirale auto-aggravante,
- Un taux important d'usagers ne se présentent pas à un rendez-vous programmé,
- La désertification médicale, l'accessibilité au médecin traitant (parfois compliquée si pathologie complexe), l'absence de professionnels médicaux dans les structures, le manque de certains métiers rares (ergo, orthophoniste, psychomotricien...) et leur prise en charge financière jouent négativement,
- Le refus de soin par l'utilisateur (du fait des difficultés rencontrées : délai de RDV, prise en charge, dépassement d'honoraires, déni, manque d'approche motivationnelle) également,
- La place de l'aidant/famille pour certaines problématiques n'est pas assez valorisée (expertise d'usage),
- L'association précarité et situation de handicap constitue une double peine en matière d'accès,

En Corrèze, le groupe de travail souligne :

- L'accès aux soins somatiques des personnes en situation de handicap est parfois problématique : problèmes de transmissions d'informations, de communication, de prise en compte de la spécificité du handicap...,
- Le partenariat ville-hôpital doit s'élargir à la prise en charge des personnes en situation de handicap
- Les difficultés dans la prise en charge de la douleur des personnes souffrant de troubles psychiques,
- La problématique de la mobilité (transports ...) et de la mobilisation de ressources humaines pour la faciliter, freinent aussi l'accès aux soins.

En Creuse :

- Des ruptures de parcours interviennent liées à des problématiques de communication médecin traitant et les acteurs de santé / compréhension du patient : difficultés d'échanges,

- L'enchevêtrement des niveaux de compétences ne facilitent pas forcément la transmission des informations sur le parcours,
- Insuffisance de coordination des parcours de soins,
- Pour les professionnels relevant du champ somatique et des EHPAD, la connaissance des problématiques en santé mentale est insuffisante (identification incomplète des besoins et des personnes souffrant de troubles psychiques) et pathologies psychiatriques (manque de formation et d'information) : incidence sur la compréhension des problématiques (préjugés, représentations, stigmatisation),
- La démographie médicale en baisse et insuffisante, en offre de médecine générale et de spécialités est un facteur particulièrement aggravant,
- Plateau technique et dispositifs ne sont pas forcément connus de la population et insuffisance de lisibilité de l'offre de soins en soins somatiques et en santé mentale (filières, dispositifs).



PISTES D'ACTION

➤ **Partage d'information et coordination**

Développer :

- La conciliation médicamenteuse.
- La liaison équipe somatique, équipe mobile, équipe handicap psychique.
- Le partage entre « experts » et accompagnants.
- La fiche de liaison formalisée psychiatre - médecin généraliste.
- Un carnet de suivi des traitements en cours, des modifications, des effets secondaires et indésirables (type carnet chimio).
- L'harmonisation des pratiques, donner un corpus commun de connaissances (l'examen d'entrée en hospitalisation).
- L'identification d'un référent handicap par structure somatique.
- L'identification des lieux de proximité d'accès à l'information (tous supports): Cabinets médicaux et paramédicaux, pharmacie, structures hospitalières et médico-sociales, Caisses d'affiliation, complémentaires santé, personnel de santé de l'éducation nationale, PMI.

➤ **Connaissances et méconnaissances**



Développer :

- L'éducation thérapeutique des personnes ayant des troubles psychiques, leurs proches.
- Les formations sur les pathologies psychiatriques, l'évolution des prises en charge médicamenteuses (conséquences, surveillance) et non médicamenteuses (vocabulaire commun).
- Les formations et sensibilisations des médecins généralistes au handicap psychique : partenariat avec organisme de FMC.
- La recherche d'une acculturation institutionnelle réciproque.
- Les temps d'expertise pour les équipes médico-sociales.
- La formation des personnels, des étudiants, internes, dé stigmatisation par la banalisation.
 - Former/Sensibiliser les professionnels libéraux (IDE...), équipes MCO public/privé sur la prise en charge des personnes atteintes d'un handicap psychique.

➤ **Organisation médicale**

Il s'agit également de :

- Développer les projets innovants permettant de favoriser l'accès aux soins somatiques dont la télémédecine, les pratiques avancées, les protocoles de coopération...
- Limiter le recours aux urgences et développer les admissions directes dans les services.
- Organiser des créneaux horaires dédiés.
- Former du personnel dédié (équipe mobile liaison psy en intra MCO).
- Améliorer la lisibilité de l'offre de soins.

➤ **Accompagnement**

Il s'agit de :

- Renforcer les équipes mobiles handicap psychique.
- Développer une plateforme de service pour l'accompagnement à la santé avec des coordonnateurs de parcours/case manager/médiateur de santé (profil CESF ou autre) (physique, coordination, social).
- **Élaborer un protocole** d'accès aux soins somatiques pour les personnes en situation de handicap (en cours par le GCS 19)

➤ **Droits**

- Définition et modélisation des parcours : Identifier les besoins et la nature des demandes de la personne
- « Liaison-conseil » entre institutions/représentants des usagers : notamment en Creuse, élargir les missions de la maison des usagers du CH La Valette hors les murs de la structure et intervention de professionnels auprès des associations pour faire connaître l'institution

4 - Organiser la prévention et la gestion des situations de crise

Attendus du décret du 27 juillet 2017 concernant la priorité 4

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

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

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

Organiser la prévention et la gestion des situations de crise

L'article R 3224-8 du CSP précise :

« Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise e d'urgence.

A ce titre, il prévoit :

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

2° L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, conformément aux dispositions de l'article L. 3221-5-1 ; (Détails présentés en annexe 9– Annexes diagnostic PTSM)

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

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

Définition de la notion de crise et d'urgence

Il paraît essentiel de différencier les notions de crise et d'urgence.

Sur ce point, Le groupe de travail a adopté les définitions données dans le cadre du PTSM des Pyrénées Orientales (CH de Thuir).

- La crise en psychiatrie est un processus, et l'urgence est un état aigu.

L'urgence en psychiatrie est une demande dont la réponse ne peut être différée : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique. L'urgence en psychiatrie doit être déconnectée du lieu de prise en charge ou du mode de traitement (pas nécessairement dans un service des urgences).

L'urgence psychiatrique recouvre en réalité trois grandes catégories d'états pathologiques :

- *L'urgence psychiatrique pure par décompensation d'une affection psychiatrique lourde (mélancolie, grand état d'angoisse, agitation), qui à l'évidence nécessite une prise en charge en milieu psychiatrique après élimination par le diagnostic d'une affection organique ;*
- *Les urgences psychiatriques mixtes regroupent les malades qui présentent des manifestations organiques et psychiatriques simultanées : tentatives de suicide, délirium tremens, etc. ;*
- *Les états aigus transitoires c'est-à-dire les réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain psychologique vulnérable à la suite d'événements, conflits et détresse.*

La crise est un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, se résout exceptionnellement de manière positive et évolue au contraire vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte ».

(Détails présenté en annexe 10– Annexes diagnostic PTSM)

La coordination entre les acteurs en début de soins afin d'éviter les situations d'urgence, permet la gestion au plus près des cas.

Il perdure toutefois un manque potentiel de lien entre les acteurs pour une réponse rapide et adaptée. Les dispositifs devraient pouvoir mieux se coordonner.

L'accès au soin doit être proposé au plus tôt. Le rôle des médecins traitants est indispensable ainsi que les CMP.



- Un travail de partenariat et un maillage territorial particulièrement développé,
- Des équipes mobiles enfants, adultes, personnes âgées spécialisées ou génériques intervenant en structures ou à domicile ainsi que dans les services MCO (dont les services d'urgence),
- L'existence du dispositif PAERPA (dispositif Personnes Agées En perte d'Autonomie) en Corrèze,
- L'existence des CLS ou CLSM mais aussi des animateurs santé dans le cadre du plan Santé +23,
- Les MAIA et autres dispositifs de gestion des cas complexes (RAPT par exemple),
- Un accueil des patients en soins sous contrainte organisé au sein des 3 départements,
- L'unité Morel sur le CH Esquirol,

- L'existence d'une CUMP dans chacun des départements, ainsi qu'une CUMP renforcée sur la Haute-Vienne,
- L'appel à projet national sur la prise en charge des psycho traumatismes, incitant les établissements à structurer, coordonner et développer les activités afin de les rendre plus lisibles par la population,
- L'existence d'un plan **d'actions à la prévention du suicide piloté** dans chacun des départements (*Détails présentés en annexe 7– Annexes diagnostic PTSM*).



- Le constat partagé des « zones de fragilité » lors des changements de structures en lien ou non avec l'âge, des ruptures de parcours, des passages d'un dispositif à l'autre,
- L'insuffisance de formation / information / sensibilisation des professionnels en structure (ou non), du champ social et médico-social, au repérage des signes précurseurs de la crise ou à la connaissance des bonnes pratiques pour éviter / limiter la crise,
- Le recours inadéquat à l'hospitalisation et notamment à l'hospitalisation sous contrainte comme « solution » de gestion de la crise,
- La connaissance insuffisante de l'existence des CUMP et de leurs missions,
- La pénurie médicale dans certaines spécialités (ex pédopsychiatrie au CH La Valette).



- Développer la sensibilisation, la formation, l'information au repérage précoce de la crise et à la gestion de la crise : quel que soit le parcours et à destination des acteurs du champ social, médico-social et sanitaire,
- Travailler à une meilleure « alliance » avec l'ensemble des professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, etc.), acteurs au cœur du parcours de soins (et de vie) : missions de prévention, d'identification de communication et d'alerte.
- Développer et/ou renforcer les missions des structures de proximité (ex les CPSM en Haute-Vienne) et les équipes mobiles (adultes, enfants, personnes âgées, précarité, addictologie, liaison, etc.).
- Clarifier les portes d'entrée dans les différents dispositifs existants et en simplifier les accès.
- Créer un guichet unique de réponses aux situations complexes,
- Construire un arbre décisionnel des situations de crise ouvert à tous les acteurs intervenant dans le parcours et permettant d'orienter vers le bon interlocuteur.
- Développer / identifier des unités de prise en charge de la crise (ex Morel au CH Esquirol).

- Déployer le dispositif de l'UACS sur chaque département.
- Faire connaître le rôle de prévention et d'appui des équipes mobiles, interfaces primordiales pour organiser le repérage des situations et la gestion de crise et le soutien des aidants sur le lieu de vie.
- Organiser / formaliser et préparer les transitions dans le parcours.
- Informer / communiquer sur l'existence des CUMP et des dispositifs (consultations ou autres) de prise en charge des psycho-traumatismes.

5 - Organiser les conditions du respect et de la promotion des droits des personnes

Attendus du Décret du 27 juillet 2017 concernant la priorité 5

6 - L'accès aux droits

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

Le projet territorial de santé mentale a pour **priorité l'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles.** (Art. R. 3224-9 du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017).

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

Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale vise à développer :

- Des espaces de concertation et de coordination locales, notamment les conseils locaux de santé mentale ou toute commission créée par les collectivités territoriales ayant pour objet la santé mentale ;
- L'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits afin d'en favoriser l'accès ;
- Les réponses aux personnes en situation de soins sans consentement mentionnées aux articles L. 3211-2-1 ;
- La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et à améliorer l'information du grand public sur la santé mentale.

Tout usager du système de santé dispose de droits attachés à sa personne. Ces droits trouvent leur fondement dans les grands principes de protection des personnes.

Instauré par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le cadre légal demande en effet aux acteurs :

- De promouvoir le respect et la promotion des droits des personnes (réflexion sur la bientraitance, formation des professionnels, ...)

- D'instaurer une Commission des Usagers avec des médiateurs médicaux, paramédicaux et usagers, pour traiter les doléances et les plaintes des patients/résidents et des familles, et désamorcer des situations

En outre et ceci de façon commune aux secteurs sanitaire et médico-social, le cadre évaluatif instruit par la HAS et l'ANESM a été un levier de la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue des pratiques professionnelles autour de la thématique des droits du patient, usager, ou résident.

Parmi les droits fondamentaux, **la liberté d'aller et de venir** est essentielle dans les hôpitaux et les Établissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) concernés. Elle doit tenir compte de l'état de santé liée au handicap et à la maladie. En pratique, la problématique est de réussir à concilier, pour chaque personne, deux principes apparemment opposés : respecter la liberté d'aller et venir et assurer la sécurité.



- Beaucoup d'établissements s'attachent à être le plus ouvert possible sur la cité et ont réalisé des travaux sur ce sujet, en particulier dans le cadre de leur Comité d'éthique. C'est le cas par exemple en Creuse et en Haute – Vienne, où des travaux ont été menés sur l'ouverture des unités, l'accès à internet...
- Les établissements sanitaires et médico-sociaux, et en particulier les lieux de vie ont travaillé de la même façon sur la notion d'espace privatif, la possibilité pour la personne de conserver un « espace à soi », où s'isoler, recevoir ses proches
- Les groupes de travail ont souhaité faire un focus sur l'accès aux droits dans le cadre :
 - Des soins psychiatriques sans consentement,
 - Des pratiques de mise en isolement thérapeutique avec ou sans contention.

FOCUS ACCES AUX DROITS DANS LE CADRE DES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT



- Les établissements ont mis en place des procédures sur les soins psychiatriques sans consentement.



- On n'observe pas d'augmentation du recours aux soins sans consentement sur le territoire du Limousin, mais une part élevée du recours au dispositif de péril imminent dans le cadre des « Soins à la Demande d'un Tiers » (SDT) (constat local et tendance nationale).



- Encourager, dans la mise en œuvre des soins sans consentement, le développement des programmes de soins en ambulatoire.

FOCUS SUR LES PRATIQUES DE MISE EN ISOLEMENT THERAPEUTIQUE AVEC OU SANS CONTENTION



- Des protocoles relatifs à la mise en isolement thérapeutique avec ou sans contention sont mis en œuvre.
- Des formations spécifiques sont organisées à destination de tous les professionnels concernés pour faciliter leur connaissance et la mise en œuvre de ces pratiques.
- Des questionnements en termes de respect des droits sur le recours à la mise en isolement thérapeutique avec ou sans contention qui entrave la liberté individuelle des personnes.



- Développer les alternatives aux pratiques de mise en isolement thérapeutique avec ou sans contention (chambre d'apaisement, entretiens, traitements, ...) pour en limiter le recours.
- Partager les pratiques et réflexions autour du recours à la contention et de l'isolement.
- Suivre les indicateurs de suivi de mise en isolement avec ou sans contention.
- Faire une analyse des causes du recours à la contention et à l'isolement afin de créer des pistes d'amélioration.
- Développer les échanges autour des « retours d'expériences » dans le but de favoriser les bonnes pratiques.

- **Le droit du patient à être informé** de ses droits et de ses voies de recours dont il dispose est connu. Cette information lui est donnée par les professionnels.



- Dans les 3 départements existe un protocole spécifique relatif à la diffusion de l'information au patient.
- Les voies de recours sont inscrites dans les chartes des droits et libertés et dans le livret d'accueil dans le secteur sanitaire et dans le secteur médico-social.
- Le règlement de fonctionnement est affiché dans les unités de soins et autres structures.
- Le CH Esquirol a mis en place, à l'initiative de la Direction, des permanences d'avocat gratuites à la Maison des Usagers.



- Envisager la mise en place de permanences d'avocats ou d'autres dispositifs d'information sur les droits, à disposition des usagers, sur les différents établissements et sites dans chaque département.
- Les groupes de travail ont également largement évoqué **l'alliance thérapeutique** entre le patient et les professionnels, à laquelle participe chaque fois que possible ses accompagnants.



- Promouvoir l'implication des usagers, acteurs, et des familles/proches dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur projet de soins et de vie, incluant le projet d'accompagnement social ou médico-social.
- Co-construire l'alliance thérapeutique, l'engagement réciproque entre usager/professionnel/aidants.
- S'appuyer sur le(s) Comité(S) d'Ethique pour donner un cadre aux pratiques professionnelles et définir des recommandations de bonnes pratiques.

La promotion de la citoyenneté de l'utilisateur, de ses capacités fait activement son chemin sur le territoire limousin. Il en est de même de la prise en compte de sa parole et de celle de ses accompagnants.



- Les groupes de travail des volets départementaux mentionnent tous l'importance pour le patient de la reconnaissance de **sa capacité à agir** dans son parcours de soins et de vie, ainsi que les répercussions pour ses accompagnants.

En Haute-Vienne : le Pôle des Usagers du CH Esquirol et les associations promeuvent activement ce pouvoir d'agir dans de multiples actions concrètes et visent une co-construction partenariale usagers/professionnels. *(Détails présentés en annexe 8 – Annexes diagnostic PTSM)*

En Creuse

- Une formation à l'autodétermination est organisée au sein des établissements de l'association départementale de parents et amis de personnes handicapées mentales (ADAPEI 23). Un travail de thèse en vue d'un doctorat est en cours.
- L'association nationale « Nous aussi », association d'autoreprésentation des personnes, a créé une délégation départementale en Creuse.



- Ces évolutions induisent un réel bouleversement culturel pour l'ensemble des acteurs. Il s'agit pour les professionnels du soin ou de l'accompagnement d'aller à l'encontre de pratiques ancrées. Sous couvert de bienveillance et de recherche « d'efficacité », les professionnels ont tendance à favoriser « le faire à la place de » plutôt que de favoriser l'autonomie, l'apprentissage et *l'empowerment* (concept d'efficacité de soi). Le temps dédié à la toilette pour les personnes handicapées est un exemple.



- Reproduire et adapter le modèle « Nous aussi » adopté par la Creuse au milieu sanitaire.
- Transposer les initiatives du Pôle des Usagers de la Haute-Vienne sur l'ensemble du territoire



Les groupes de travail des trois départements ont mis l'accent sur les points suivants :

- La vulnérabilité sociale et sociétale des personnes sous mesure de protection : les problèmes parfois soulevés pour certains patients par l'insuffisance d'accompagnement et d'anticipation de situations quotidiennes (ex : ordonnance et difficulté d'aller à la pharmacie...) des manques de réactivité y compris pour assurer des besoins vitaux (nourriture, budget...),
- Et en même temps la nécessité de prendre en compte leurs capacités pour favoriser l'autonomie,
- La Creuse a également évoqué l'intérêt que se crée une relation de confiance entre les patients et les mandataires judiciaires, favorisés par les partenariats entre ceux-ci et les professionnels. Les mandataires judiciaires sont un acteur important du parcours de soin et de vie du patient.



- Développer la réhabilitation psychosociale permet de mieux évaluer les ressources du patient et les limites dues à sa maladie afin de l'accompagner pour « faire avec ».
- Intégrer le tuteur comme un acteur de la qualité de vie et du quotidien et de la sécurité de la personne.
- Étendre sur le territoire limousin le déploiement des pairs aidants, notamment sur une mission de sensibilisation des patients aux droits.
- Reconnaître « l'expertise d'usage », concrétisée par les interventions des **Pair- Aidants et des Médiateurs Santé Pairs**, le savoir expérimental des personnes et de leurs proches, est pris en compte dans le projet de soins et dans l'accompagnement.
- Développer des dispositifs tels que les groupes d'entraide mutuelle pour favoriser la réinsertion sociale des personnes handicapées afin de donner cette possibilité aux patients sur tous les territoires de santé mentale de proximité.

L'éducation à la santé s'est beaucoup développée sur le territoire auprès des patients mais aussi des accompagnants.



- Une organisation de plus en plus structurée pour développer l'éducation thérapeutique

Création Régionale de l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique (UTEPT) du patient en psychiatrie et santé mentale pour optimiser la prise en charge dans ce secteur (médicament, maladie...) en collaboration avec les hôpitaux de St Vaury, Tulle, Eygurande et Brive.

Des programmes d'éducation thérapeutique sont autorisés par l'ARS, par exemple au profit du CH Esquirol et coordonnés par l'Unité Transversale en Education Thérapeutique Psychiatrie et Santé Mentale du Limousin :

- ETP « Mieux connaître et mieux gérer au quotidien son trouble bipolaire », autorisé le 29/05/2018 jusqu'au 28/05/2022,
- ETP en santé mentale : « Renforcer l'alliance thérapeutique pour une meilleure observance médicamenteuse », autorisé le 24/02/2011, renouvelé le 01/06/2015 jusqu'au 31/05/2020 (prorogation d'un an pour permettre la restructuration du programme avec le suivant)
- ETP « Renforcer l'alliance thérapeutique autour des patients pris en charge à domicile » : autorisé le 10/11/2016 jusqu'au 09/11/2020
- ETP « L'addiction, ici on en parle » : autorisé le 19/12/2018 jusqu'au 28/12/2022
- ETP « Avec ma schizophrénie je vis ma vie » autorisé le 15/11/2019 jusqu'au 15/11/2023, coconstruit avec 5 structures et l'UTEPT Corrèze
- ETP « Avec ma dépression je passe à l'action » autorisé le 7/01/2020 coconstruit avec 2 structures et l'UTEPT Corrèze.

Existence d'ateliers d'éducation et de promotion de la santé dans les structures médico-sociales.

Des programmes d'éducation thérapeutique du patient sont également autorisés par l'ARS au profit du CHPE :

- ETP « Connaître et mieux vivre avec sa maladie », autorisation du 29/08/2013 renouvelée le 26/07/2018,
- ETP « Dépendance au cannabis », autorisation du 30/05/2018,
- ETP « Identification des ressources chez le sujet addict », autorisation du 15/05/2019.



- Améliorer l'accès à l'éducation à la santé pour les personnes présentant des troubles psychiques et leur entourage

La démocratie sanitaire au sein des établissements est une réalité notamment en santé mentale qui déploie l'expression des usagers dans de nombreux dispositifs (Maison des Usagers, instances, de gouvernance, conseil local de santé mentale, contrat local de santé des usagers, ...).

La démocratie sanitaire a connu une remarquable évolution sur le territoire limousin depuis 15 ans.

Focus sur le Pôle des usagers du CH Esquirol, dispositif innovant et unique en France cité par l'Instruction du 5 juin 2018 relative au PTSM :

Fondé sur la participation de 23 associations intervenant au CH Esquirol, le Pôle des Usagers est l'aboutissement de la politique innovante et volontaire du CH Esquirol d'associer les usagers au quotidien pour améliorer la prise en charge des patients de l'accompagnement des familles et entourages proches.

Il recueille les retours d'expériences des usagers – patients et des usagers familles en vue de formuler des pistes d'amélioration concrètes au bénéfice de l'amélioration de la qualité des soins.

Porteur de l'implication des bénévoles d'associations, le Pôle des Usagers renforce le respect des droits des patients et vise l'alliance thérapeutique.

- Les groupes de travail ont remonté le bon fonctionnement des Commissions des Usagers (CDU)
- Sur le territoire, les usagers et les représentants des usagers participent aux démarches qualité et de certifications et évaluations internes et externes (patients traceurs...)
- Il existe sur le territoire des Conseil Départementaux de la Vie Sociale (CVS.D), lieu d'expression des usagers sur des thématiques transversales et communes à chacun (bienveillance, projet de vie, ...)
- Tous les ans, les acteurs de Santé Mentale du territoire s'impliquent dans le cadre de la semaine en santé mentale et proposent des actions de communication et de dé stigmatisation à destination du grand public



- **En Corrèze** : Créer un Comité des usagers et prévoir une permanence dans les différentes structures des bassins de vie du département.



- La stigmatisation des troubles psychiques reste forte, avec une représentation péjorative des personnes en souffrance



- Continuer à lutter activement contre la stigmatisation des troubles psychiques.
- Améliorer l'information du grand public sur la santé mentale : action Psycom, campagne d'information (écoles, collèges), mobilisation des acteurs lors des semaines d'information de la santé mentale.
- Sensibiliser les professionnels et favoriser les échanges de pratiques et les formations croisées sanitaires/médico-sociales.
- Développer des formations pour les accompagnants familiaux
- Associer les pairs aidants aux équipes dans ces démarches.
- Coordonner à l'échelle du territoire limousin et rendre plus lisibles les manifestations et actions de promotion de la santé mentale.
- Généraliser l'implantation des conseils locaux en santé mentale et contrats locaux de santé sur les territoires de proximité des trois départements pour permettre à l'utilisateur de vivre pleinement sa citoyenneté.

Au regard des travaux menés, il est essentiel de souligner qu'il existe sur le territoire limousin une vraie dynamique en faveur du respect et de la promotion des droits de la personne.

6- Agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux

Attendus du Décret du 27 juillet 2017 concernant la priorité 6

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

Le projet territorial de santé mentale a pour **priorité l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.** (Art. R. 3224-10 du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017).

A ce titre, il vise à :

- Renforcer les compétences des personnes en matière psycho-sociale, notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental ;
- Prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques.

Les conditions sociales et économiques interagissent et influencent l'état de santé des populations. En 2008, l'organisation mondiale de la santé formulait ainsi la définition des déterminants sociaux de la santé : « Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie », ces circonstances étant déterminées par des forces politiques, sociales et économiques.

La promotion de la santé et l'action sur les déterminants de santé nécessitent des interventions multi niveaux, c'est-à-dire visant à la fois l'acquisition de connaissances et de compétences par les individus, mais aussi le développement des conditions propices à leur santé dans leurs différents milieux de vie : des environnements favorables à la santé.

Créer les conditions qui aideront les individus, les collectifs, à faire des choix favorables à leur santé et à adopter des comportements adaptés contribue à lutter contre les inégalités de santé.



6.1. Les points forts du territoire

6.1.1. Accessibilité de l'offre de soins et d'accompagnement en milieu rural :

- Une demande partagée de travail en réseau et d'organisation des complémentarités des acteurs sur une échelle territoriale pertinente.
- Une offre de soins départementale et non sectorielle qui permet une harmonisation des pratiques à l'échelle de la Haute-Vienne ainsi qu'une adaptation à la réalité des bassins de vie, avec des équipes mobiles transversales ou dédiées.
 - Une EMPP (équipe mobile psychiatrie précarité)
 - Equipe Ambulatoire de proximité, et EMESPA pour les sujets âgés, intervenant au domicile des patients, EMHP avec les ESMS adultes, équipes d'addictologie, de pédopsychiatrie
 - Équipes mobiles de réinsertion du parcours Traumatisés Crâniens (sociale et familiale, scolaire ou professionnelle)
- Un déploiement régional de structures et de compétences sur le territoire Limousin ou plus :
 - Equipe mobile de Pédopsychiatrie de liaison avec le médico-social du «Limousin »,
« Unité Transversale d'Education Thérapeutique du patient en psychiatrie et santé mentale » pour développer, harmoniser et coordonner une offre cohérente de programmes d'ET entre les différents établissements de soins en psychiatrie.

Centres référents Réhabilitation, CMRR, hospitalisation de pédopsychiatrie, addictions comportementales (CERJEP, G Sand),
- Un réseau périnatalité Nouvelle Aquitaine (RPNA) structuré avec un plan d'actions, intégrant notamment le repérage précoce des situations à risque, un volet formation pluridisciplinaire des professionnels, avec coordination, une information grand public et la mise en place d'une gradation des soins sur chaque territoire pour répondre aux besoins de la population en coordination avec tous les partenaires.
- Développement sur le territoire de la Haute-Vienne des interventions de l'association « Ecoute & Soutien » basée à Brive (antenne à Limoges, permanence à Bellac et St Yrieix). Contact avec les structures spécialisées présentes sur le champ de la souffrance psychologique (EMPP, CLSM).
- Dispositif porté par la Mutualité Sociale Agricole (expérimentation à venir) : forfait consultations psychologues dans les Maisons de Santé Pluridisciplinaires sur prescription du médecin généraliste.
- Une dynamique et implication des acteurs dans le cadre des conseils locaux en santé mentale et contrats locaux de santé

- Une implication institutionnelle de l'entourage et des familles (ex : pôle des usagers CH Esquirol)
- Intérêt pour le développement de nouveaux outils (télémédecine, délégation de tâches, pratiques avancées...)
- Certaines maisons de santé pluridisciplinaires intègrent les problématiques de santé mentale dans leur projet de santé

6.1.2. Accès et maintien dans le logement :

- Un taux de vacance de logements sociaux favorable.
- Une candidature retenue de l'agglomération de Limoges dans le cadre de l'AAP « Logement d'Abord ».

En Haute-Vienne : Des actions sont engagées dans le cadre des CLSM (Limoges / Saint Yrieix) favorisant la lutte contre la stigmatisation des personnes avec troubles psychiques et le maintien dans le logement.

- **Les actions d'information/sensibilisation** auprès des partenaires sur les troubles psychiques et le retentissement de ceux-ci sur la vie quotidienne. Les *bailleurs sociaux, les mandataires judiciaires et les associations d'aide à domicile* se sont très largement inscrits dans ces actions. A ce jour 17 séances ont été proposées et ont permis de sensibiliser 203 partenaires dont la moitié de bailleurs sociaux
 - **Un espace de concertation sur l'accès et le maintien dans le logement** est mis en place dans les CLSM et réunit des acteurs sur des problématiques identifiées. Les actions de sensibilisation et les situations individuelles ont révélé la nécessité de travailler sur la prise en charge et l'accompagnement des syndromes de Diogène et de Noé. A Limoges, le 29 novembre 2018, a été signé le « *Protocole d'accord pour le traitement des situations présentant le syndrome de Diogène et de Noé* » par la Ville de Limoges, le CH Esquirol et la Société de protection des Animaux de la Haute-Vienne.
 - **Le traitement de situations individuelles psychosociales complexes.** Les partenaires saisissent la cellule de coordination des CLSM lorsqu'ils sont confrontés à des situations qu'ils ne peuvent pas traiter seuls. A ce jour, parmi les 75 saisines des CLSM, la moitié concernait le logement (incurie, nuisances pour le voisinage...). L'équipe Ambulatoire de Proximité du CH Esquirol qui participe aux réunions des cellules de coordination des CLSM est régulièrement mobilisée pour faire une évaluation au domicile de la personne et assurer le suivi si nécessaire.
- Existence d'un Espace de réflexion éthique régional (EREA).
 - Deux Unités d'accueil pour personnes handicapées psychiques vieillissantes [orientation MDPH 55-70 ans, Magnac Laval, St Yrieix].
 - Deux résidences accueil gérées par l'association PRISM et UDAF.

En Corrèze : le CLSM d'Ussel a mis en place une réflexion sur le maintien dans le logement/situation complexe en collaboration avec le CH Pays d'Eygurande, un bailleur social et le CCAS.

Le CLSM de Brive est en cours de constitution en collaboration avec le CH de Brive et le CCAS de la ville de Brive (plénière : 1^{er} semestre 2019)

En Creuse : Constitution d'un CLSM départemental Creusois – un CLSM unique pour l'ensemble du département porté par le Conseil départemental de la Creuse et coordonné par le Centre Hospitalier La Valette.

Installation le 29 janvier 2019

6.1.3. Public enfants / jeunes :

- Des nombreux partenariats sont actifs sur l'ensemble du territoire Limousin. Ils ont pour mission essentielle de croiser les dynamiques et de pallier les difficultés de repérage ou de suivi des populations jeunes.

A ce titre, on dénombre :

Dispositifs identifiés	HAUTE-VIENNE		CORREZE		CREUSE		Autres partenaires
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	
Dispositif "décrocheurs scolaires" dans un objectif de re-scolarisation.	X		X			X	87 : HJ Ado
Réalisation de bilans de santé obligatoires en milieu scolaire.		X		X	X		87 : Réalisé par la médecine scolaire
Des partenariats MDPH / Education Nationale.	X		X		X		
Existence de consultations de pédopsychiatrie délocalisées au SMUPPS et présence Psychologue temps partiel.	X					X	
En addictologie, des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) délocalisées sur le territoire Limousin.	X		X		X		
Association AIDS : approche sur les jeunes, la précarité et la prostitution.	X			X		X	87 : Entr'AidSida + MDA 23 : MDA- Mission locale – CDEF...
Une unité de soins intensifs du soir.	X			X		X	
Une équipe de liaison avec les établissements sociaux et médico-sociaux et les établissements de l'Education Nationale.	X			X		X	23 : Partenariat s existants mais pas sous forme d'équipe de liaison (directe av services de pédo)
Une équipe mobile Adolescents.	X						
Un centre d'action médico-sociale précoce	X		X		X		

- Par ailleurs, un partenariat existe avec les services de l'Education Nationale, et notamment la promotion de la santé en faveur des élèves, cadre favorable au développement d'actions en direction de ce public spécifique. Dans ce cadre, les soignants et éducateurs du CH Esquirol sont amenés à intervenir pour évaluer les enfants en milieu scolaire. En outre, la Maison des Adolescents de Limoges conduit également des actions de promotion de la santé.

6.1.4. Souffrance au travail :

- Existence de plateformes téléphoniques mises en place par les ordres (Médecins, IDE), par la chambre de commerce et d'industrie et la mutualité sociale agricole.
- En Corrèze, appui de l'association « écoute et soutien ».
- Une unité de consultation de pathologies professionnelles et environnementales implantée au CHU de Limoges.

6.1.5. Public Migrants:

- Présence de l'office français de l'immigration et de l'intégration à Limoges.
- Personnels formés et sensibilisés aux approches transculturelles (ethno-psy).
- Interventions ponctuelles des équipes du CH du Pays d'Eygurande au CADA de Peyrelevade.

6.1.6. Détenus :

- Une prise en charge globale de la santé en milieu carcéral (santé mentale, somatique).
- La montée en charge du centre médico-psychologique spécifique pour le suivi Judiciaire.
- Un partenariat efficient avec les services de la justice.
- Des dispositifs de repérage et d'accompagnement, des lieux ressources : les groupes d'entraide mutuelle, développement des médiateurs santé, des pairs-aidants, maison des adolescents, point d'accueil et d'écoute jeunes, des associations actives (Entraid'sida, associations d'usagers, de familles...)

6.1.7. Prévention et promotion de la santé mentale

Les établissements se sont positionnés depuis quelques années sur des appels à projet visant à développer, déployer des stratégies de promotion de la santé mentale dans un cadre « hors les murs ». A telle enseigne,

➤ En Haute-Vienne

- Mise en place de 8 coordonnateurs de parcours de soins en santé mentale (action AAP 2016-2018)
- Amélioration du repérage du risque suicidaire des jeunes de quartiers prioritaires de Limoges (hors les murs 2016-2018)
- Formation des partenaires de la prise en charge et de l'accompagnement amenés à intervenir dans le parcours de santé mentale. Axe de travail concret : le repérage des symptômes et l'accompagnement vers les soins Limoges (hors les murs 2016-2018)
- Renforcer l'alliance thérapeutique autour des patients pris en charge à domicile (Education thérapeutique du patient)
- Limiter la présence et l'exposition aux substances toxiques présentes dans l'environnement intérieur des mères/futures mères et des jeunes enfants (jusqu'à 6 ans) (AAP Hors les Murs 2017 -2019)

- Promotion de la santé et prévention des comportements addictifs chez les jeunes sous main de justice (AAP Hors les Murs 2018 -2020)
- Mise en place de l'équipe de détection et d'intervention précoce (e-D.I.P), candidature déposée dans le cadre d'une réponse coordonnée par le CHU de Limoges (établissement support du GHT) – (AAP Hors les Murs Avril 2019).

➤ **En Creuse :**

Un projet inscrit dans le dispositif hors les murs, relatif au développement de notre équipe de Lutte contre le suicide (UACS) comprenant le développement :

- De la prévention du suicide,
- Du repérage des personnes à risque suicidaire.



6.2. Les points faibles sur le territoire

6.2.1. Accessibilité de l'offre de soins et d'accompagnement en milieu rural :

- Souffrance psychique et risque suicidaire personnes en milieu rural (notamment des agriculteurs).
- Peu d'interactions entre les dispositifs de prévention du suicide en milieu rural pilotés par la MSA (Agri 'Ecoute) et les équipes des centres hospitaliers.
- Coopération peu développée avec les médecins traitants dans le repérage et l'orientation.
- Insuffisance du réseau de transport pour amener vers les points de consultations / prises en charge.
- Difficultés de mobilité liées à la non prise en charge de transports par l'assurance maladie.
- Problème de mobilité ou d'addictions susceptibles d'aggraver l'isolement social de la personne. Certains patients ne répondant pas aux critères de PC des transports sont dans l'impossibilité d'être autonome dans leurs déplacements.
- Frein à l'accès aux programmes d'éducation thérapeutique en milieu rural. Insuffisance d'une offre adaptée et d'une couverture territoriale intégrale.

6.2.2. Difficultés d'accueil, d'accès et de maintien dans le logement :

- Certains logements, y compris dans le parc social, présentent un environnement physique non sécurisé et/ou non adapté :
 - Conditions d'hébergement /de logement : parasites, nuisances sonores, habitat dégradé..., susceptibles d'aggraver les troubles schizophréniques (hypersensibilité)
 - Localisation (ex : quartiers avec trafics pour des personnes avec addictions)
 - Voisinage peu compréhensif, faisant pression sur le bailleur pour expulsion.

- Difficultés du repérage des situations individuelles de logement non décent / indigne. Le problème est aggravé avec les marchands de sommeil et/ou avec propriétaires occupants en milieu rural dont le logement n'est souvent plus en conformité avec les règles sanitaires, écologiques ...
- Des relations insuffisamment développées avec les bailleurs sociaux dans la compréhension globale des besoins des personnes avec troubles psychiques/pathologies psychiatriques et pour définir un environnement « stabilisant ».
- Insuffisance d'accompagnement dans le logement.
- En Creuse, maison-relais insuffisamment présente sur le territoire (uniquement 1 à la Souterraine).
- Insuffisance de logements alternatifs et/ou inclusifs avec une centralisation sur l'agglomération de Limoges (existence de 11 appartements de coordination thérapeutique fléchés addictologie).
- Manque de famille d'accueil thérapeutique.

6.2.3. Public enfants / jeunes :

- Besoin d'un maillage de l'offre suffisant en proximité afin notamment d'éviter des renoncements/ retards de soins et/ou des temps de transports importants.
- Besoin d'amélioration du repérage des fragilités chez les jeunes de tous âges : la nécessité d'accompagnement au soin repose sur la dynamique partenariale.
- Besoin de poursuivre le développement des coopérations avec l'Éducation Nationale, notamment dans le repérage précoce des fragilités / troubles et pour accompagner dans les milieux de vie des enfants.
- Accompagnement du public spécifique des étudiants.
- Peu de réponses pour les jeunes en insertion professionnelle (hors Éducation Nationale et SMUPPS).
- Connaissance insuffisante de l'environnement global de l'enfant notamment des éventuelles pathologies psychiatriques des parents (problématiques du secret partagé, des articulations entre les intervenants du soin)
- Collaboration insuffisamment structurée entre la psychiatrie et l'aide sociale à l'enfance, également avec la protection judiciaire de la jeunesse
- Délais d'attente en pédopsychiatrie trop importants.

- Nécessité d'approches préventives innovantes pour les addictions sans produits (jeux, réseaux sociaux...)
- Lieux ressources insuffisants pour les parents en difficultés éducatives avec leur (s) enfant(s).
- Manque de lisibilité des pratiques partenariales de suivi et de prise en charge des jeunes dans une logique de continuité de parcours au-delà du sanitaire.
- En Creuse, problème d'accueil pour les enfants autistes relevé. Pas de centre parental sur ce département.

6.2.4. Souffrance au travail :

La souffrance psychique se situe en 2^{ème} position des signalements des maladies à caractère professionnel après expertise du médecin du travail (en 1^{er}, TMS)

En 2014, sur ex-Limousin, la prévalence de la souffrance psychique au travail était la suivante :

- 1,1 chez les hommes et 2,4 chez les femmes,
- 1,6 chez les hommes et 3,4 chez les femmes (*pour les 10 régions participantes - chiffres DIRECCTE - exploitation ORS*),
- Etude ORS limousin en 2014 médecins libéraux, sages-femmes
 - Épuisement : 20% des médecins et 19% des sages-femmes,
 - Burn out sévère : 10% chez les médecins et 9% chez les sages-femmes,
 - Pensées suicidaires : 17% des médecins et 9% des sages-femmes,
 - Tentative de suicide : 4% chez médecins et sages-femmes.
- Etude ORS limousin en 2016 infirmières, aides-soignantes :
 - Souffrance psychique retrouvée chez 4/10 IDE et 1/2 AS, davantage en EHPAD et cliniques.
 - Recours aux psychotropes dans les 12 mois chez 1/3 IDE et 4/10 AS.
 - Pensées suicidaires dans les 2 ans chez 12% des IDE et 15% des AS.
 - 10% des IDE et 15% des AS présentent effectivement un burn out complet : plus de 20% en EHPAD (AS comme IDE) et 22% des AS en cliniques.
 - 16% à 17% des IDE et des AS ont déjà consulté (voire sont suivis).

- 1/5 des IDE et 1/4 des AS se sentent personnellement menacés par le burn out.
- 1/4 des IDE et 1/3 des AS sont en état d'épuisement professionnel.
- 10% à 15 % sont effectivement en burn out complet.
- Importance du renforcement des connaissances en santé mentale des services de santé au travail.
- Sujet spécifique des professionnels de santé (cf. étude ORS/CRSA Limousin).
- Difficultés des ressources médicales au sein du service de santé au travail pour assurer ses missions.

6.2.5. Offre de soins :

- Importance de conditions et modalités d'accueil adaptées.
- Problème d'accessibilité financière : consultations de psychologues libéraux non remboursées.
- Déficit de professionnels de santé sur le département de la Creuse

6.2.6. Entourage, citoyenneté, réseau social :

- Les troubles psychiques sont encore trop stigmatisés et les entourages peu préparés à accompagner leurs proches.
- Manque de lisibilité des ressources (loisirs, sport y compris adapté, lieux de socialisation, personnes ressources/aidantes...) et des besoins non couverts sur le territoire (à repérer à une échelle territoriale pertinente).
- Offre insuffisante en soins de supports (pratiques sportives, éveil musical, en accompagnement psychologique...) pour les enfants atteints de maladies chroniques.
- Besoins de communiquer et d'informer pour contribuer à la lutte contre l'isolement et à l'accès à la culture.

6.2.7. Réassignation sexuelle :

- Parcours de réassignation hormono-chirurgicale : convention entre le CHU (centre habilité à pratiquer les interventions chirurgicales)
- Parcours structuré sur 2 années de suivi réalisé au CH Esquirol à l'Unité Foucault :
 - Evaluation psychiatrique de contre-indication
 - Evaluation sexologique
 - Evaluation psychologique
 - Tests psychométriques

6.2.8. Public Migrants:

- Cumul de difficultés et de risques de fragilisation (conditions de vie, pauvreté, logement, parcours de vie, isolement, absence de demande de soins, psycho traumatisme...).
- Jeunes migrants mineurs isolés (fragilités en matière d'hébergement, d'encadrement, d'évaluation et de PC coordonnées) : situations complexes avec des besoins de travail en réseau formalisé.
- Besoin de développer des prises en charge transculturelles (consultations, médiations en ethnopsychiatrie).
- Besoin de prise en charge globale de la santé de ces personnes durant les phases intermédiaires de procédure d'examen des demandes d'asile

6.2.9. Détenus :

- Difficultés de la poursuite des soins engagés suite à l'incarcération.
- Problèmes d'identitovigilance liés à des données contradictoires ou/et incomplètes fournies par l'administration pénitentiaire. Difficultés de tracer les patients.
- Manque d'articulation entre les procédures SDRE (HO D398) avec l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Cadillac : besoin de clarifier les protocoles dans la région pénitentiaire de Nouvelle Aquitaine pour les patients provenant en particulier de la Creuse.
- Mise en place problématique des conditions d'exercice de la parentalité en sortie d'incarcération pour préserver les relations mère enfant

PISTE D' ACTIONS



Développer le travail en réseau et la coordination des acteurs à une échelle territoriale pertinente par la conclusion de conseils locaux en santé mentale et de contrats locaux de santé sur l'ensemble du territoire Limousin.

- **Poursuivre la promotion de la santé mentale dans tous les milieux, et notamment chez les jeunes**

Repérage des fragilités le plus précocement possible

Milieux prioritaires :

Petite Enfance,
Santé scolaire,
Jeunes en insertion professionnelle,
Médecine universitaire (Développement du partenariat CHE-SMUPPS),

Milieux professionnels (services de santé au travail), et notamment chez les agriculteurs,
Milieu carcéral.

➤ **Favoriser l'accessibilité des dispositifs d'accompagnement et de soins**

En rapprochant les dispositifs des personnes : Maison Des Adolescents, déploiement des dispositifs favorisant le « Aller Vers » dans les milieux de vie des personnes...

En développant les moyens de mobilité des personnes : organisation et mutualisation de transports...

En développant dans le cadre d'une coordination de l'UTEP les programmes d'ETP en santé mentale dans une logique de proximité, de lisibilité, et d'accessibilité

En renforçant les partenariats et coopération entre le secteur sanitaire et l'Aide Sociale à l'Enfance ainsi que la PJJ

En engageant un travail avec l'OFII sur la prise en charge des problématiques de santé mentale des migrants

En développant la coordination sanitaire des dispositifs d'aide au public jeune adulte, étudiant, pour une approche globale des addictions et conduites à risque.

Améliorer la santé et la qualité de vie au travail en accompagnant la mobilisation des employeurs, des services de santé du travail, de la **Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT)**, des pouvoirs publics, des organisations paritaires et des professionnels de santé.

➤ **Améliorer l'accès et le maintien dans le logement**

En développant la connaissance de la santé mentale par les bailleurs sociaux (déstigmatisation, prise en compte des conditions et environnement nécessaires aux personnes atteintes de pathologies mentales dans l'attribution de logement ou lors de l'élaboration de projets immobiliers, mise en place d'actions conjointes de maintien dans le logement...).

En augmentant l'offre de logement et/ou d'accueil alternatif et adapté

En prenant en compte les environnements de vie et de prise en charge en développant une approche de design social (réfléchir sur les lieux de prises en charge, de vie temporaires et d'habitation des personnes prises en charge dans une logique de co-construction de solution).

➤ **Elaborer des projets innovants dans une logique de parcours de vie en proposant de dépasser les cloisonnements administratifs et financiers**

➤ **Elargir la palette d'offre de soin et bien-être ; développer les approches corporelles (relaxation, automassage, socio-esthétique.) ; travailler sur les rythmes biologiques, le sommeil, l'alimentation, l'estime de soi pour renforcer le lien social.**