

PTSM

Projet Territorial
de Santé Mentale de la Gironde



28 JUIN 2019





AVIS RÉGLEMENTAIRES

Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé après les consultations prévues au IV de l'article L. 3221-2 du Code de la santé publique.

Le projet territorial de santé mentale est arrêté pour une durée de cinq ans.

Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont publiés par l'agence.

Ils peuvent être révisés selon la même procédure que celle prévue pour leur élaboration et après les mêmes consultations.

Article L3221-2 (code de la santé publique) :

IV. - Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé **après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé** mentionné à l'article L. 1434-10. Le diagnostic et le projet territorial de santé mentale peuvent être révisés ou complétés à tout moment.

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé informe des diagnostics et des projets territoriaux de santé la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie et assure leur publication.

Les avis sollicités en Gironde :

1. Avis du **CLSM du Sud Gironde**, le 6 juin 2019
2. Avis du **CLSM de Bordeaux**, le 20 juin 2019
3. Avis de la **Commission Santé Mentale** du Conseil Territorial de Santé de la Gironde, le 20 juin 2019
4. Information au **Groupement de Coopération Sanitaire de Psychiatrie Publique de la Gironde**, le 24 juin 2019
5. Avis du **Conseil Territorial de Santé** de la Gironde, le 28 juin 2019



SOMMAIRE

I. CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET ET ÉTAT DE L'OFFRE DU DÉPARTEMENT....9

INTRODUCTION ET PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE.....	10
1. L'ÉLABORATION DU PTSM	10
Le cadre réglementaire et le contexte territorial de la Gironde.....	10
Le cadre réglementaire pour l'élaboration du PTSM	10
La définition du territoire couvert par le PTSM	11
La démarche d'élaboration du diagnostic du PTSM de la Gironde.....	13
La méthodologie d'élaboration et gouvernance	13
Les acteurs du diagnostic territorial partagé.....	14
Le calendrier d'élaboration du diagnostic territorial partagé.....	15
2. LES PRINCIPALES DONNÉES ISSUES DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ	18
Les caractéristiques du territoire	19
Les caractéristiques socio démographiques	19
L'emploi et le chômage.....	21
Les ménages	21
Le logement	23
Les principaux indicateurs de santé	24
Espérance de vie.....	24
La mortalité.....	24
Les suicides	24
Dépistages.....	25
Les affections de longue durée	25
La prise en charge des addictions.....	26
Les personnes sous main de justice	26
Focus sur la santé mentale	27
Les soins somatiques et la prévention	27
Les taux de recours aux soins sans consentement sont plus élevés en Gironde.....	30
L'offre sanitaire : une offre de soins inégalement répartie	31
Les professionnels de santé	31
Les disparités sont importantes.....	32
Les établissements de santé du territoire.....	34
En psychiatrie publique	35
Pour la psychiatrie générale	38
Pour la psychiatrie infanto-juvénile	39
Des alternatives nombreuses à l'hospitalisation complète	41
Des dispositifs de coopération, un atout pour le territoire	42



Une offre médico-sociale importante.....	44
Dispositifs à destination des mineurs et jeunes adultes.....	46
La prise en charge des adultes handicapés.....	47
La prise en charge des personnes âgées.....	48
La coordination des parcours.....	50
Les défauts de prise en charge.....	52

II. ANALYSE DES BESOINS ET FORCES DU TERRITOIRE53

INTRODUCTION 54

Priorité 1 - Repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles 56

Priorité 2 - Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale 67

Priorité 3 - L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins..... 77

Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence..... 84

Priorité 5 - Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques 90

Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale 98

III. PLAN D'ACTION RETENU.....107

- 1.** Rendre lisible l'offre en santé mentale et faciliter l'orientation des usagers et des professionnels ...111
- 2.** Déployer des projets de télémédecine en psychiatrie 113
- 3.** Améliorer les organisations internes (CMP...)..... 115
- 4.** Déployer des dispositifs mobiles en faveur des jeunes (y compris migrants et mineurs non accompagnés)..... 117
- 5.** Développer des dispositifs de partenariat avec l'Education nationale..... 121
- 6.** Prévenir les ruptures de parcours scolaire des adolescents et favoriser leur accès aux soins 123
- 7.** Améliorer le parcours de soins et favoriser le soin dans le cadre de vie du patient..... 126
- 8.** Diffuser les bonnes pratiques de réhabilitation psycho-sociale et les soins de rétablissement sur l'ensemble du territoire..... 129



9. Soutenir le logement et l'emploi inclusifs	131
10. Créer un dispositif de soins intersectoriel pour les 16-25 ans	134
11. Déployer une filière territoriale graduée en addictologie	136
12. Améliorer le parcours de soins somatiques des patients souffrant de troubles psychiques	137
13. Pérenniser et déployer des actions de prévention « hors les murs »	139
14. Structurer le dispositif de la prévention du suicide en Gironde	141
15. Déployer l'offre de soins en réponse au psychotraumatisme	144
16. Organiser un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques (y compris l'organisation des transports en urgence)	146
17. Renforcer les liens entre le médecin généraliste et le psychiatre pour prévenir l'urgence et la crise	148
18. Promouvoir l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités physiques et sportives	151
19. Promouvoir la santé mentale	154
20. Renforcer le pouvoir de décider et d'agir des personnes et promouvoir leur implication	156
21. Renforcer les compétences psychosociales des étudiants	158
22. Soutenir la parentalité	160
23. Organiser la gouvernance territoriale en santé mentale et déployer les dispositifs de coopération et de réseaux	162
Les Indicateurs clés de suivi du PTSM de gironde	164

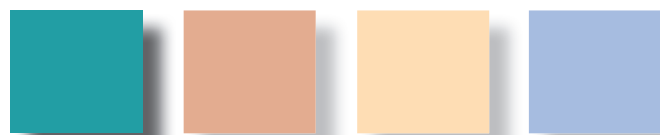
IV. ANNEXES 165

A. TABLE DES ABRÉVIATIONS	166
B. SITOGRAPHIE	171
C. COMPOSITION DU GROUPE PROJET ET DU COMITÉ DE PILOTAGE	175
D. STRUCTURES ET ÉTABLISSEMENTS AYANT CONTRIBUÉ AU DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ ...	177
E. COURRIERS D'ENGAGEMENT DANS LA DÉMARCHÉ D'ÉLABORATION DU PTSM DE GIRONDE	181



PARTIE I

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE EN SANTÉ MENTALE SUR LE DÉPARTEMENT 33





INTRODUCTION ET PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE

1. L'élaboration du PTSM

LE CADRE RÉGLEMENTAIRE ET LE CONTEXTE TERRITORIAL DE LA GIRONDE

LE CADRE RÉGLEMENTAIRE POUR L'ÉLABORATION DU PTSM

La **santé mentale** est définie comme un état d'équilibre résultant « d'interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne » (rapport *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, É. Couty, 2009).

La **politique de santé mentale** a été consolidée et élargie dans la *Loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé*. Elle comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion.

Le **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)** a pour objet d'améliorer l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Il permettra en outre de favoriser la constitution d'un « panier de services disponibles sur l'ensemble du territoire en termes d'accès aux soins de proximité, de méthodes éprouvées, de continuité de prise en charge sans rupture et d'accès à des soins plus spécialisés sur un territoire de recours » (rapport Laforcade, 2016).

Le décret du 27 juillet 2017 précise qu'un PTSM 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 ambulatoire 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, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

Le PTSM cible les personnes présentant une souffrance et/ou des troubles psychiques, y compris les personnes à risque et présentant un handicap psychique, mais aussi la population générale et les proches aidants. Il s'agit de promouvoir la santé mentale, et notamment auprès des populations prioritaires.

Le PTSM est élaboré à l'initiative des professionnels et des établissements et services des champs sanitaire, social et médico-social, en collaboration avec les représentants des patients et des familles.

Le **Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS)**, après avis des conseils locaux de santé mentale et du Conseil Territorial de Santé, **arrêtera le diagnostic territorial partagé puis le PTSM**.

Les actions tendant à mettre en œuvre le PTSM font l'objet d'un **contrat territorial de santé mentale** conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions. Le contrat territorial de santé mentale définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. Selon leur territoire d'application, ces actions peuvent être déclinées au sein de conseils locaux de santé mentale.



LA DÉFINITION DU TERRITOIRE COUVERT PAR LE PTSM

- Définition juridique

Le territoire de santé mentale est défini à l'article L3221-2 du Code de la Santé Publique comme un niveau suffisant pour permettre :

- L'association de l'ensemble des acteurs (les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et 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.

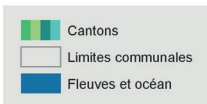
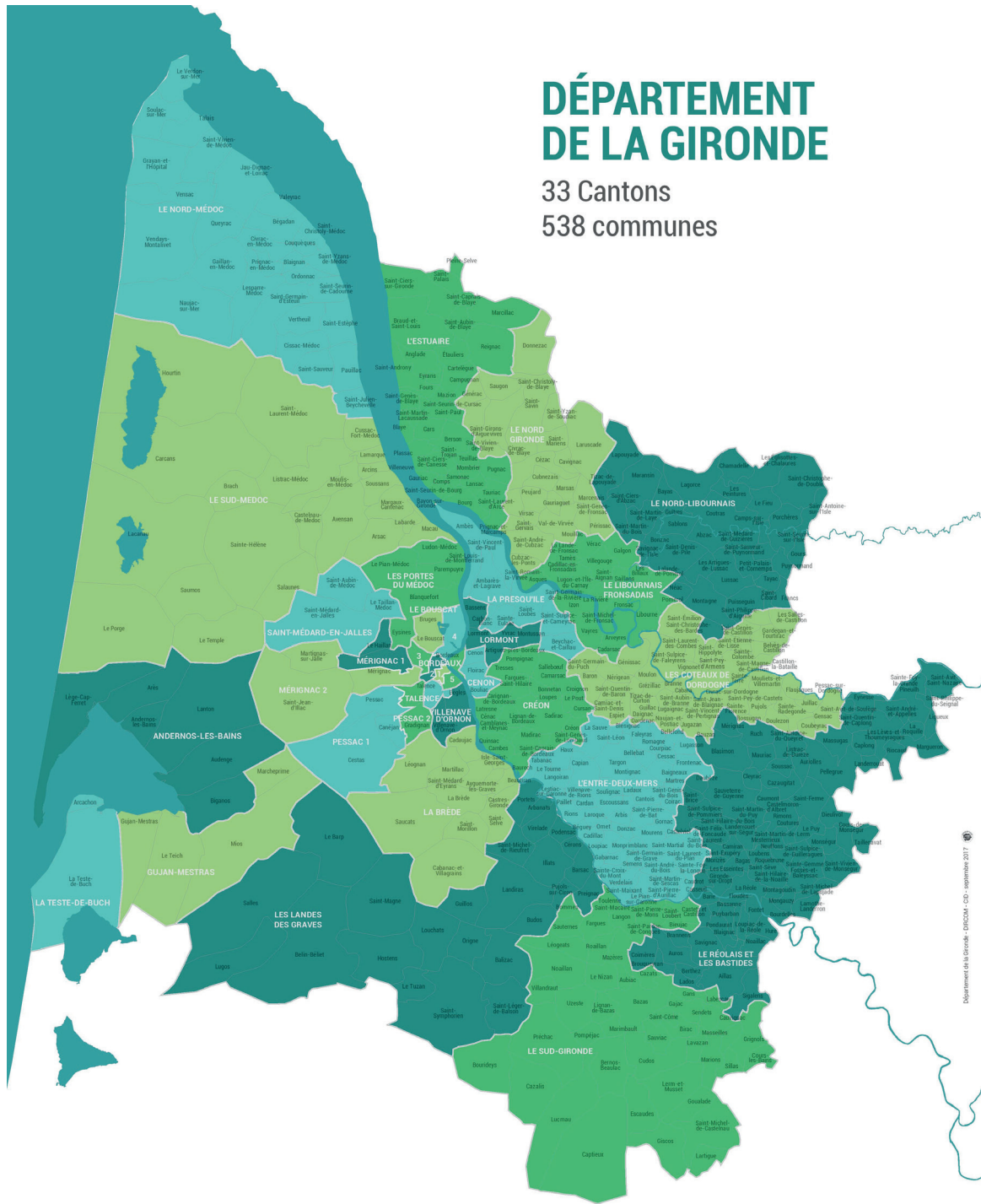
- Définition géographique

En Nouvelle-Aquitaine, les territoires de démocratie sanitaire correspondent aux départements. Ainsi, la déclinaison de la politique régionale est organisée au niveau départemental. Le territoire du PTSM est donc celui du département de la Gironde.



DÉPARTEMENT DE LA GIRONDE

33 Cantons
538 communes



© 2017-02 - D partement de la Gironde - Sources : CD33 - Pr fecture de la Gironde - IGN Paris 2017



Département de la Gironde - DICOHM - CDD - septembre 2017



LA DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU DIAGNOSTIC DU PTSM DE LA GIRONDE

La politique de santé mentale est conçue comme une action globale et comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale où tous les acteurs sont associés (y compris ceux du logement, de l'hébergement et de l'insertion). Cette politique repose sur l'élaboration d'un PTSM réalisé à partir d'un diagnostic partagé, qui est un état des lieux des ressources pointant les insuffisances et des préconisations pour y remédier.

Le PTSM de la Gironde est élaboré sous l'égide de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et il est co-porté par le Groupement de Coopération Sanitaire Psychiatrie Publique 33 (GCS PP 33) et le Conseil Territorial de Santé de la Gironde (Commission Santé Mentale).

LA MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION ET GOUVERNANCE

La gouvernance du diagnostic partagé du PTSM de la Gironde a reposé sur la constitution d'un groupe projet, d'un comité de pilotage élargi et de groupes de travail.

- **Le groupe projet** est composé des pilotes et co-pilotes des groupes de travail, du GCS PP 33, de la commission Santé Mentale du CTS 33 et de représentants ARS Nouvelle-Aquitaine de la Délégation Départementale 33 (DD 33). Il coordonne les groupes de travail pour en garantir la cohérence et s'assure de la mise en œuvre du plan d'action du PTSM 33.
- **Le comité de pilotage élargi** est composé des membres du groupe projet et de l'ensemble des représentants des acteurs parties prenantes du PTSM 33. C'est l'instance qui valide les grandes étapes d'élaboration du diagnostic territorial et du plan d'action du PTSM.
- L'implication effective des acteurs concernés dans un travail collectif et décloisonné avec l'appui de l'ARS est une condition incontournable de réussite de la démarche. C'est pourquoi en Gironde, le choix a été fait d'une démarche participative à travers la mise en place de **six groupes de travail** déclinant les six priorités du décret du 27 juillet 2017. Chaque groupe de travail était piloté par un membre du GCS Psychiatrie Publique 33 ou un membre de la Commission Santé Mentale du CTS 33. Pour plus d'efficacité, le groupe projet a fait le choix méthodologique de limiter le nombre de participants aux groupes de travail, en les incitant à mobiliser leurs réseaux.

A noter que le GCS Psychiatrie Publique 33 a détaché une professionnelle du Centre Hospitalier Charles Perrens, pour coordonner l'ensemble de la démarche et co-piloter les groupes de travail avec l'Agence Régionale de Santé, Délégation Départementale de la Gironde (ARS DD 33).

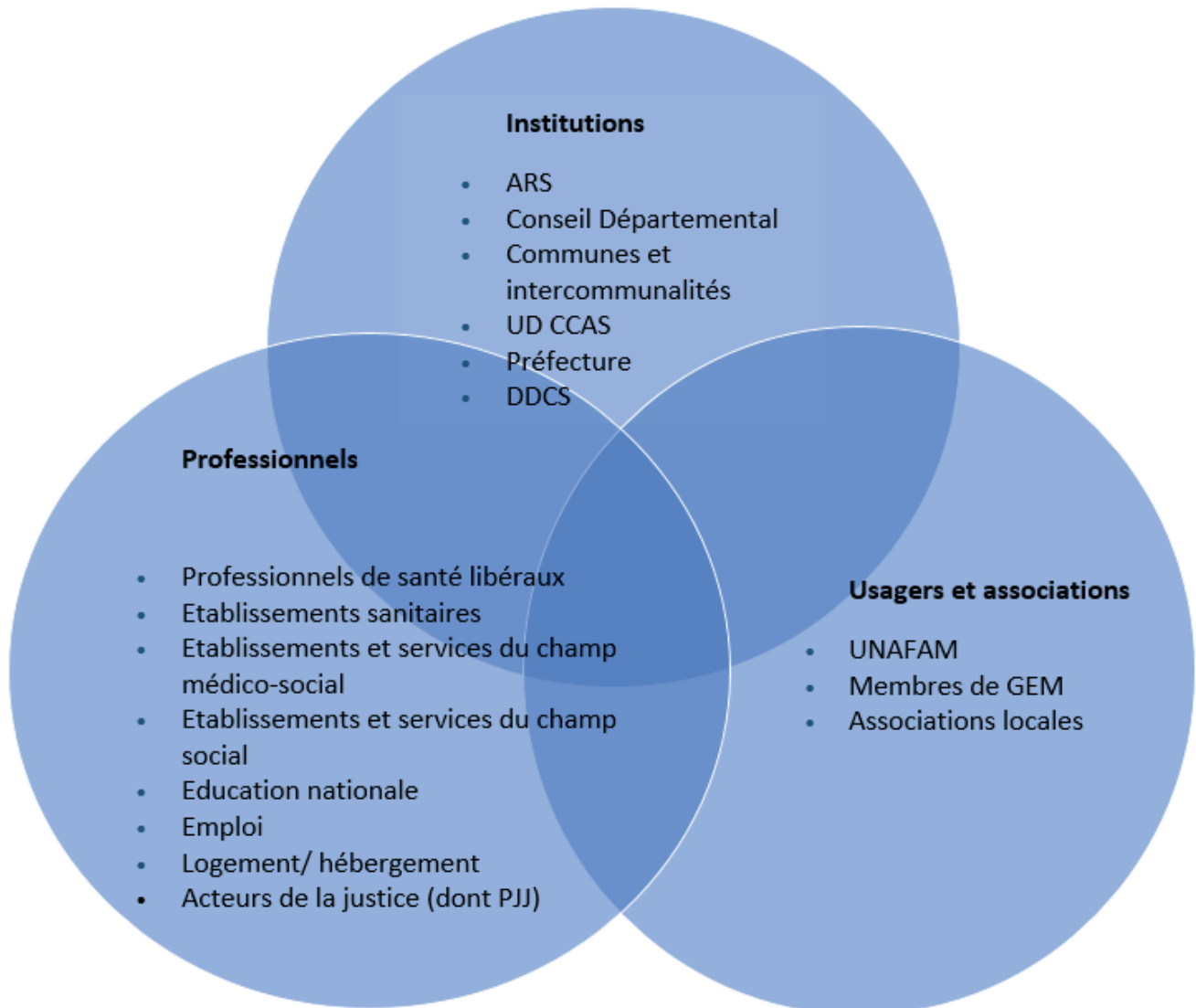
L'ARS DD 33 a également mis à disposition de chaque pilote des outils de travail pour faciliter le recueil des données.



LES ACTEURS DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ

Au total, ce sont **119 acteurs** qui ont activement contribué à l'élaboration du diagnostic du PTSM. Cette participation a pu prendre différentes formes : lors des réunions des groupes de travail, par courriel, téléphone ou entretien.

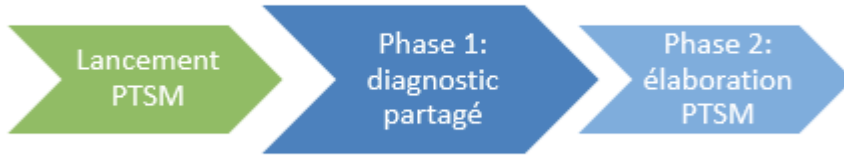
Cette démarche a mobilisé les professionnels de tous les secteurs qui contribuent à l'amélioration des parcours de santé et de vie des personnes (sanitaire, social, médico-social, logement, emploi, représentants des usagers et des familles).



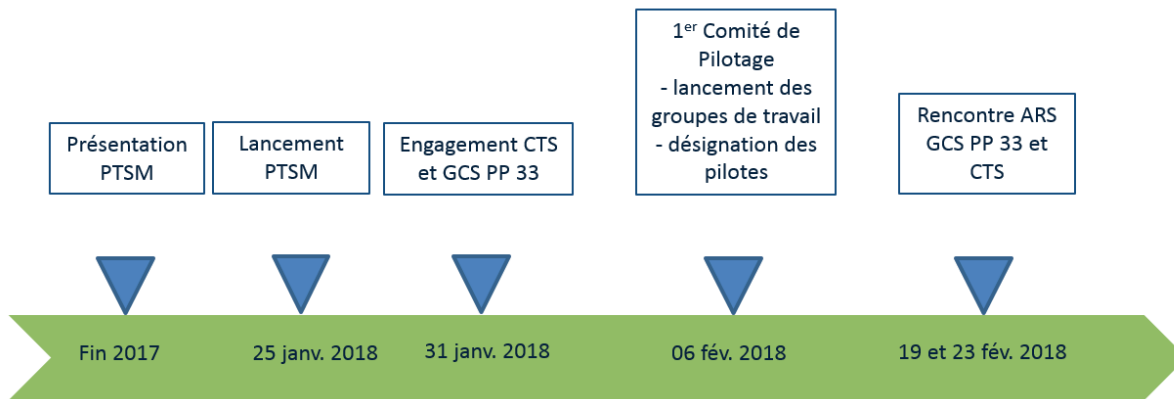


LE CALENDRIER D'ÉLABORATION DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ

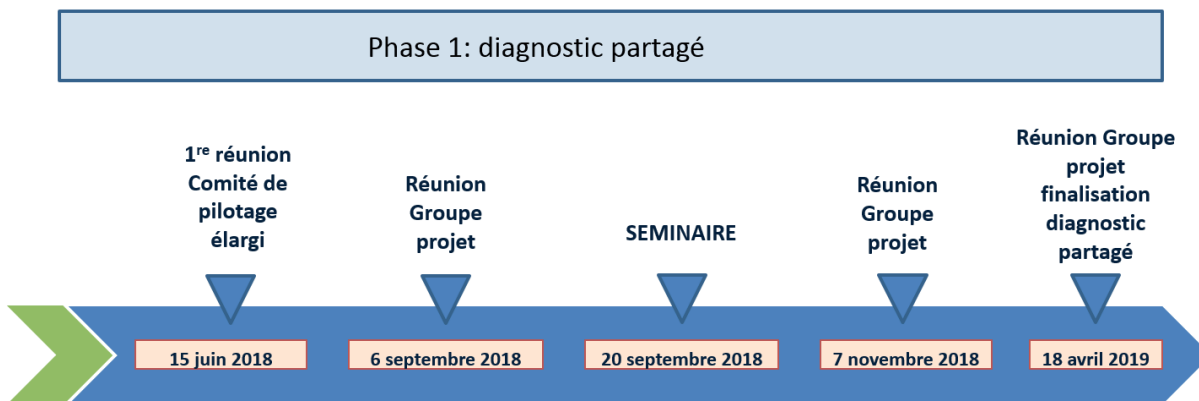
Rappel de la démarche



Phase de lancement

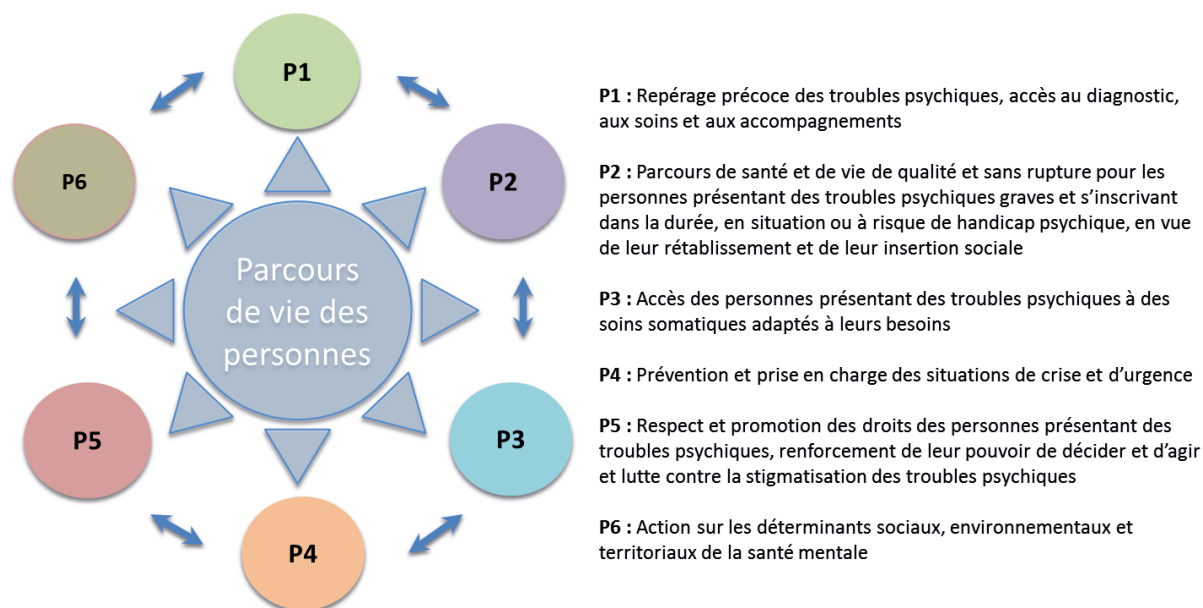
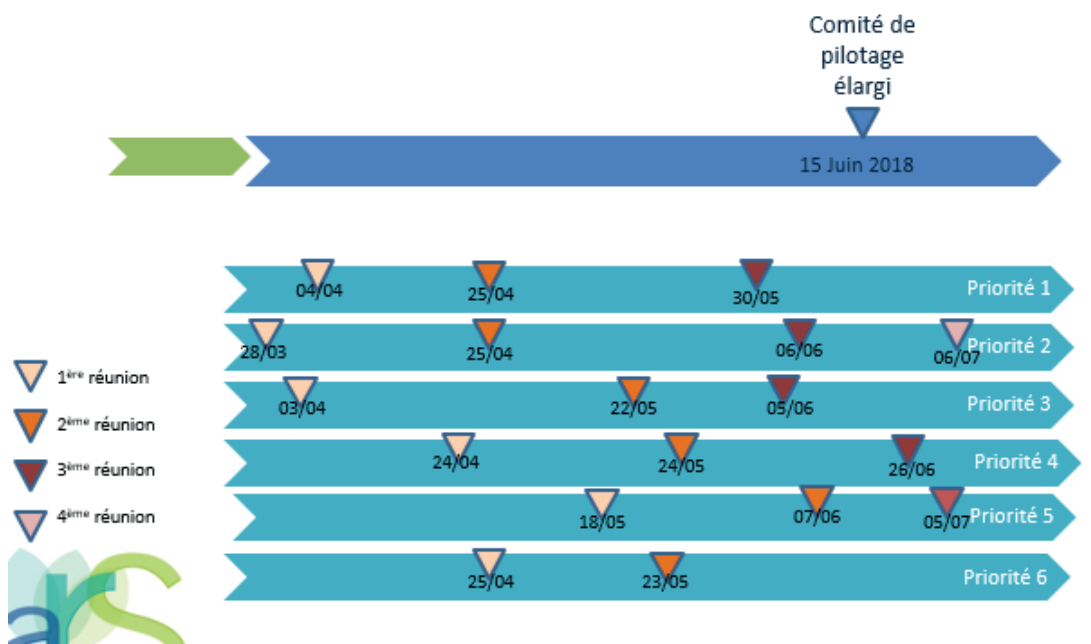


Phase 1 : élaboration du diagnostic partagé





Calendrier des groupes de travail



18 rencontres ont eu lieu entre le 28 mars 2018 et le 6 juillet 2018.

119 professionnels se sont investis dans les différents groupes de travail.

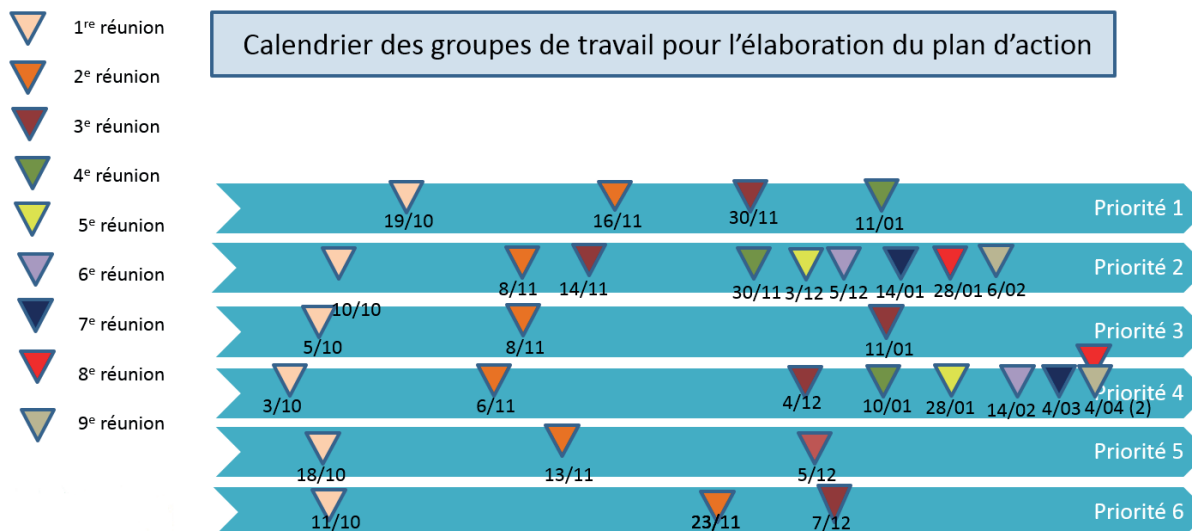
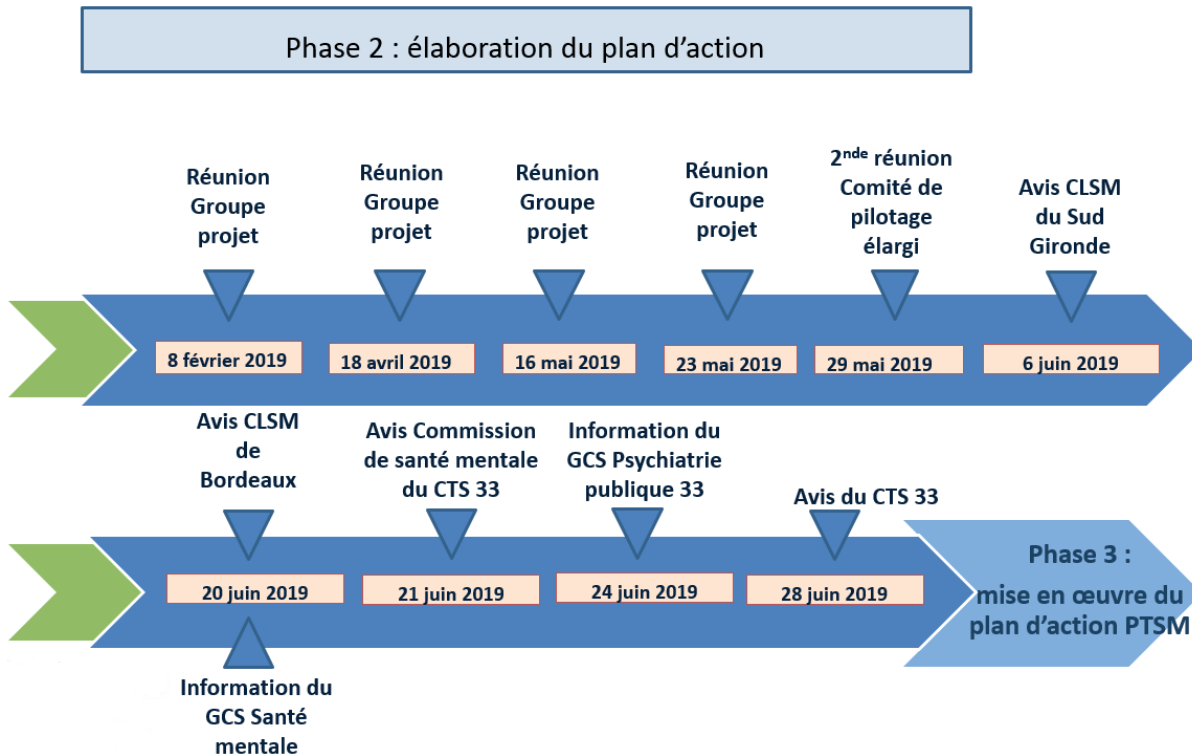
- Priorité 1 : 39 personnes et 23 structures représentées
- Priorité 2 : 19 personnes et 14 structures représentées
- Priorité 3 : 31 personnes et 23 structures représentées
- Priorité 4 : 20 personnes et 15 structures représentées
- Priorité 5 : 14 personnes et 9 structures représentées
- Priorité 6 : 6 personnes et 5 structures représentées



Cinq structures ont également été consultées par mail, téléphone ou entretien.

Le diagnostic a fait l'objet d'une concertation auprès de l'ensemble des acteurs du territoire girondin lors d'une journée de séminaire le 20 septembre 2018. Elle a réuni **125 participants** (80 structures). Les conclusions des travaux menés par les 6 groupes de travail ont ainsi pu être partagées. Le diagnostic a été amendé grâce à la participation des acteurs aux ateliers l'après-midi.

Phase 2 : élaboration du plan d'action





2. Les Principales données issues du diagnostic territorial partagé

Le PTSM de la Gironde repose sur **un travail exhaustif de recensement d'indicateurs** venant alimenter le diagnostic réalisé sur un territoire traversé par de nombreuses dynamiques, ainsi que sur une présentation détaillée de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale contribuant à l'accompagnement dans le domaine de la santé mentale.

La partie ci-dessous propose un **extrait des données principales** de ce travail de recherche.

Pour une connaissance approfondie de certains indicateurs ou données, le lecteur pourra se reporter aux annexes qui reprennent la structure ci-dessous présentée et permettent d'avoir une vision globale des spécificités girondines.

Outre la présentation diagnostique approfondie du territoire, le lecteur pourra se reporter à ce document pour consulter les ressources en santé mentale **à la manière d'un répertoire**.



LES CARACTÉRISTIQUES DU TERRITOIRE

LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES

La population

Une démographie de la Gironde très dynamique

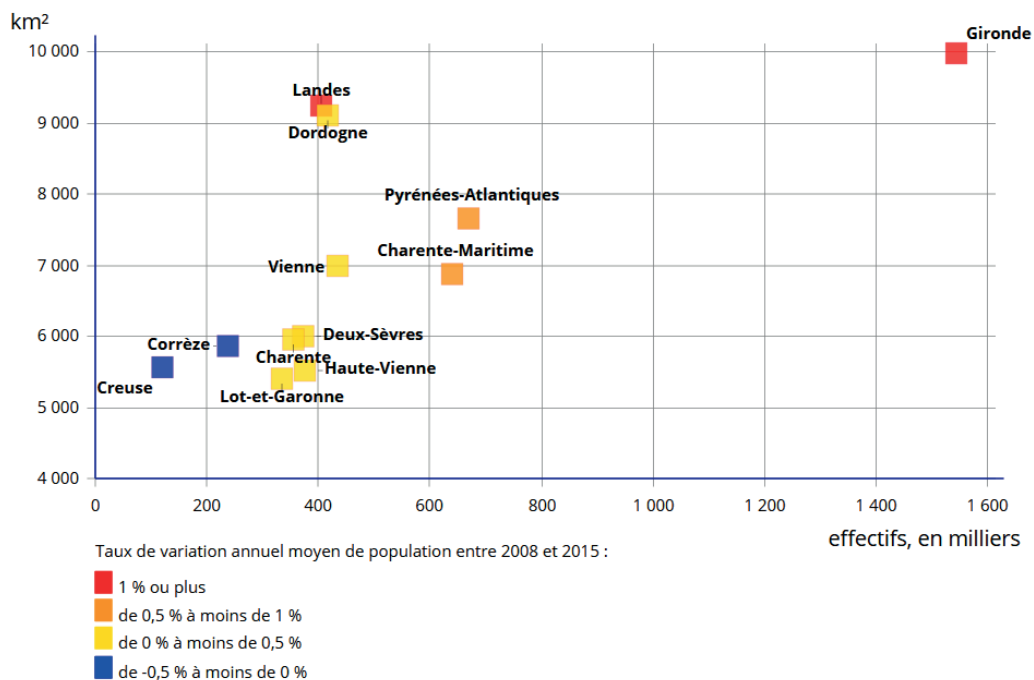
Ce département de 1543000 habitants en 2015 représente, du point de vue de sa population, **un quart de la population de la Nouvelle-Aquitaine**.

Département le plus jeune de la région, 313725 personnes avaient moins de 18 ans en 2013 soit 21 % de la population totale.

C'est aussi un territoire qui connaît le taux de variation annuelle de la population le plus fort entre 2008 et 2015 en comparaison avec les onze autres départements de la région Nouvelle-Aquitaine.

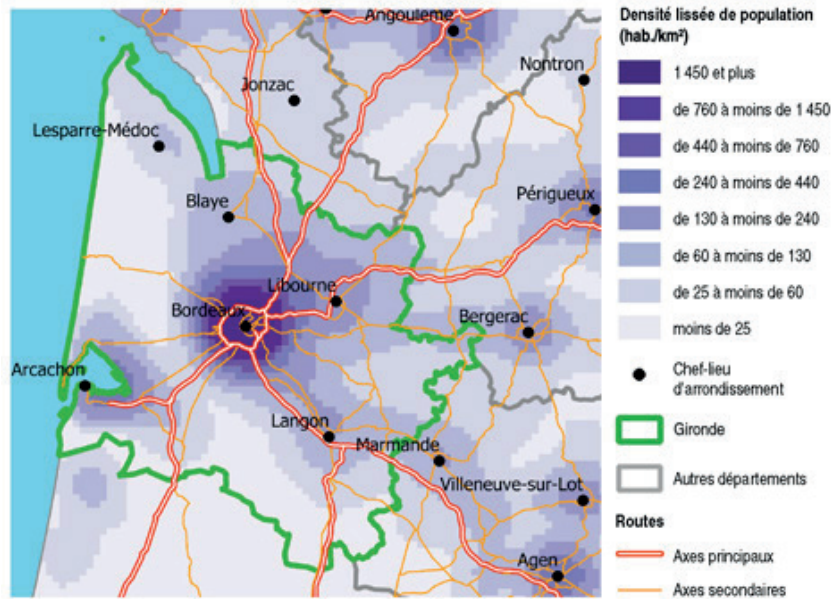
La Gironde en tête

Superficie, population en 2015 et variation annuelle de population entre 2008 et 2015 des douze départements de la Nouvelle-Aquitaine

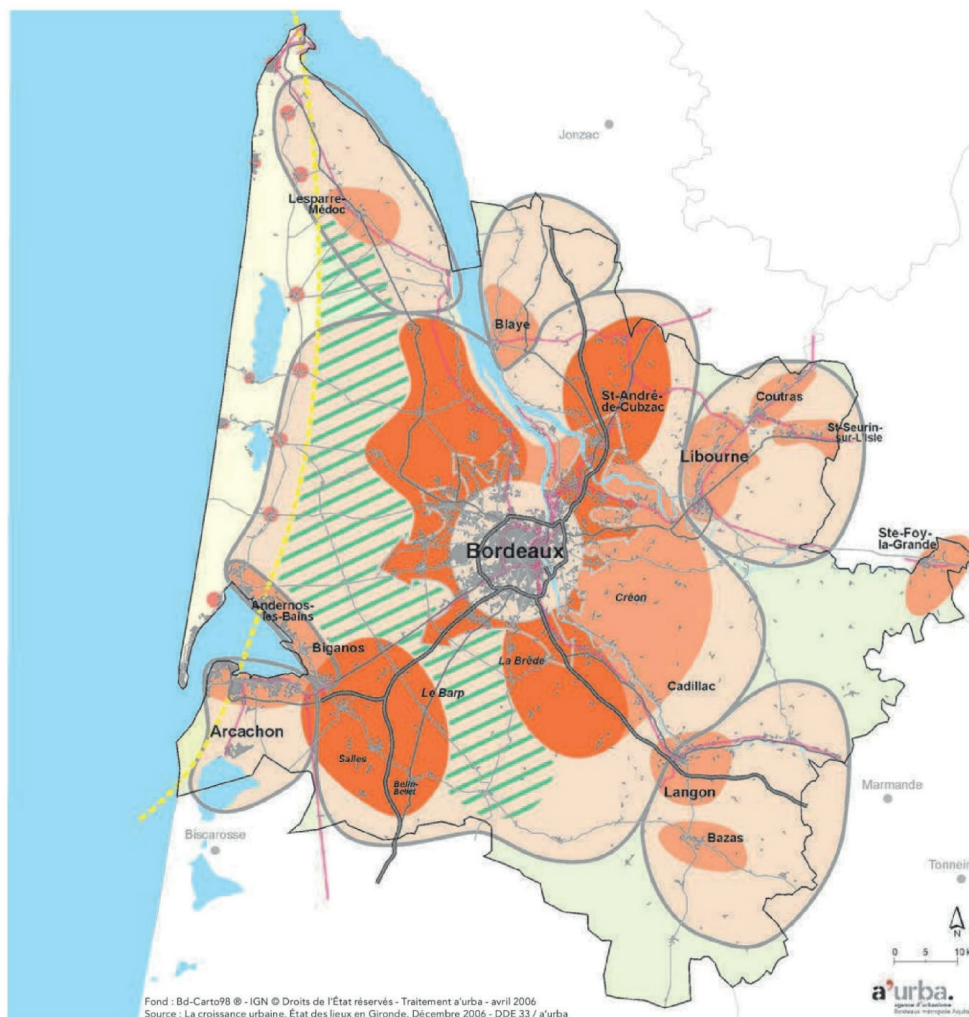


La population girondine essentiellement concentrée dans et autour de la Métropole bordelaise

Avec plusieurs bassins ruraux : Nord Gironde, Médoc et Sud Gironde où se concentrent des problématiques sociales. En période estivale, on note un afflux temporaire de personnes le long du littoral girondin, en particulier sur le Bassin d'Arcachon.



Le dynamisme du territoire girondin se traduit par une forte urbanisation et des conséquences diverses sur les espaces géographiques. La disparition de zones périurbaines absorbées par les banlieues qui s'étendent, la saturation des réseaux de transports et l'augmentation des flux pendulaires ont un impact sur la qualité de vie des Girondins.



Carte : Agence d'urbanisme Bordeaux métropole Aquitaine (A'Urba), avril 2006.

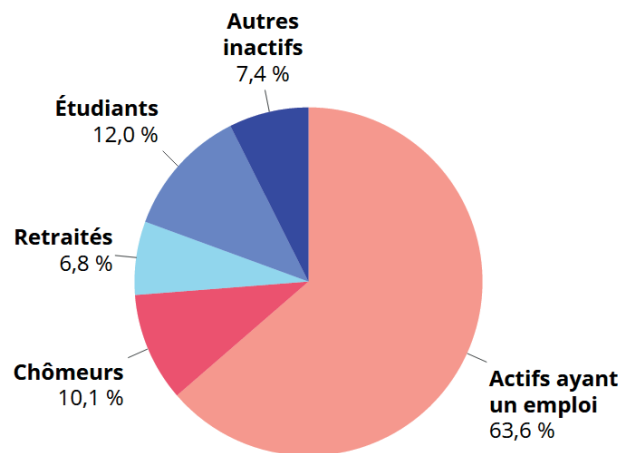


L'emploi et le chômage

Un département attractif en termes d'emploi.

En 2015, 682000 emplois étaient pourvus en Gironde, soit un tiers des emplois de la région, majoritairement tertiaires.

La Gironde est très attractive pour les cadres et professions intellectuelles supérieures du fait de la concentration d'entreprises nécessitant un haut niveau de qualification. Les revenus du travail contribuent à l'organisation spatiale de la Gironde avec des territoires ruraux plus pauvres que la Métropole bordelaise.



Source : Insee, RP2015 exploitation principale, géographie au 01/01/2017.

En 2014, un peu plus de 7 % des personnes âgées de 15 à 64 ans était bénéficiaires de minima sociaux.

Les chômeurs représentaient 10 % de la population en 2015, en augmentation de deux points par rapport à 2010.

La population girondine est globalement formée, toutefois 30 % environ de la population de plus de 16 ans en 2011 ne détenait aucun diplôme ou le seul diplôme national du brevet.

Les ménages

La majorité des ménages est composée d'une famille, mais l'on observe un peu plus d'un tiers des ménages composés d'une seule personne. La composition des familles est variable : environ 40 % ont des enfants, 40 % n'en ont pas et 15 % sont des familles monoparentales. Presque 38 % des personnes âgées de plus de 75 ans vivent seules, contre 8,4 % en institution. La moitié d'entre elles vivent en couple ou avec un proche.

Le taux de pauvreté des ménages girondins présente de fortes disparités régionales en raison de zones périphériques plus pauvres

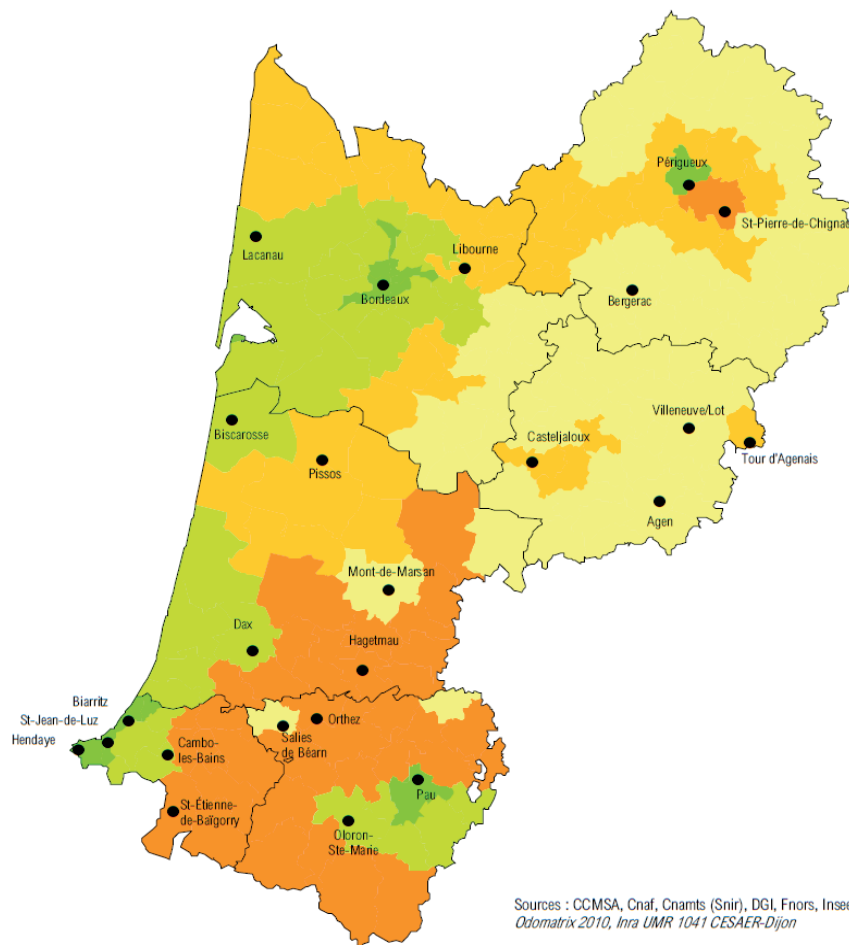
Si 13 % des Girondins, soit 190000 personnes, sont pauvres, on constate une prévalence de ce phénomène dans les zones rurales du Médoc et du Sud Gironde qui constituent un arc de pauvreté traversant également le Libournais.



La Métropole bordelaise est également marquée par une organisation spatiale présentant d'importants contrastes économiques et sociaux. Certains quartiers de la Métropole concentrent des populations pauvres corrélativement à des situations de logement indigne.

On observe par ailleurs une progression des loyers importante par rapport à la moyenne nationale, ce qui contribue à la reconfiguration démographique et spatiale des espaces urbains et périurbains du département.

Inégalités socio-sanitaires en Aquitaine en 2010 – typologie des cantons aquitains



Sources : CCMSA, Cnaf, Cnamts (Snir), DGI, Fnors, Insee, Insem (CépiDc), Odomatix 2010, Inra UMR 1041 CESAER-Dijon

- Classe 1 :** Zones généralement rurales, caractérisées par de fortes proportions d'agriculteurs exploitants et de personnes âgées, une certaine précarité, une offre médicale peu élevée et un éloignement des services de soins, une sous-mortalité par rapport à l'ensemble de la région, hormis pour les morts violentes
- Classe 2 :** Zones généralement assez peu peuplées, caractérisées par une forte surmortalité par rapport à la moyenne aquitaine, une proportion élevée d'ouvriers, des situations de précarité fréquentes, un temps d'accès généralement élevé aux services de soins
- Classe 3 :** Zones généralement assez peu peuplées (certaines étant montagneuses), caractérisées par une forte proportion d'agriculteurs exploitants, une situation socio-économique assez favorable, un temps d'accès aux généralistes plutôt élevé et une surmortalité par rapport à la moyenne aquitaine pour la mortalité générale, les maladies des appareils circulatoire et respiratoire
- Classe 4 :** Zones urbaines, fortement peuplées, caractérisées par une population socialement plutôt favorisée, une proximité des services de soins et une offre médicale importante, une sous-mortalité par rapport à la moyenne aquitaine pour la mortalité générale et prématurée mais une surmortalité par cancers
- Classe 5 :** Zones très urbanisées, globalement en sous-mortalité, avec des caractéristiques propres à cette urbanisation : offre de soins diversifiée à proximité, population plutôt jeune, importance du mode de vie isolé, situations socio-économiques contrastées



Le logement

On observe de fortes disparités territoriales dans l'offre de logement et des inégalités d'accès au logement selon les populations.

165000 personnes sont éligibles aux aides à la personne et notamment aux prestations d'aide au logement (ALF, ALS, APL), soit une augmentation de 5 % depuis 2008.

L'arc de pauvreté constitué par les zones rurales du Médoc, du Libournais et du Sud Gironde ainsi que des quartiers pauvres de la Métropole concentrent des situations d'habitat indigne.

Certaines personnes âgées connaissent de réelles difficultés à maintenir un cadre de vie décent dans leur logement. En Gironde, le taux de croissance annuel moyen du nombre de foyers concernés par les aides au logement est supérieur aux taux régional et national.

La population étudiante concernée par ces aides ainsi qu'une forte croissance du parc de logement locatif social expliquent en partie les différences entre ces taux.

Le coût du foncier est en constante augmentation en Gironde et engendre une spécialisation sociale des territoires défavorable à la mixité sociale.

Depuis 2012, la Gironde est classée, avec 17 autres départements français, comme département « à forte activité » en matière de recours au droit au logement opposable (DALO), avec les deux tiers des recours néo-aquitains émanant du département.

Les jeunes, les personnes âgées et les personnes handicapées rencontrent des difficultés d'accès au logement.

Les jeunes sont essentiellement concernés par des critères de solvabilité. La fragilité financière et des logements inadaptés expliquent un accès plus difficile au logement pour les personnes âgées et handicapées.

Les problématiques autour du maintien à domicile nécessitent une réponse adaptée.

D'autres populations spécifiques comme les gens du voyage (règles d'urbanisme contraignantes, précarité de l'habitat) ou les saisonniers (prix très élevés des logements en période estivale sur le littoral girondin) sont confrontés à des situations défavorables pour accéder au logement.

En ce qui concerne les actifs, on remarque que la Métropole bordelaise polarise plus l'emploi que le logement (68,5 % des emplois girondins s'y concentrent) ce qui engendre une forte demande de logements à proximité du lieu de travail et contribue au phénomène de mobilité pendulaire.



LES PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTÉ

Espérance de vie

Une espérance de vie à la naissance quasi identique à celle de la France métropolitaine : 80,1 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes.

Toutefois, il est constaté, pour les personnes souffrant de troubles psychiques, une espérance de vie nettement raccourcie par rapport à la population générale.

Les projections officielles montrent un vieillissement important de la population d'ici 2030 avec une augmentation globale des classes d'âge de 60 ans et plus. En 2013, on comptait 261831 personnes de plus de 65 ans, soit 17 % de la population totale et 86741 personnes de plus de 85 ans, soit 6 % de la population totale.

La mortalité

Les décès prématurés sont essentiellement liés aux conduites à risques. Les territoires ruraux comme le Médoc ou le Nord Gironde sont marqués par une surmortalité en comparaison avec les autres portions du territoire girondin. Les cancers se manifestent plus dans le Nord Gironde et le Libournais.

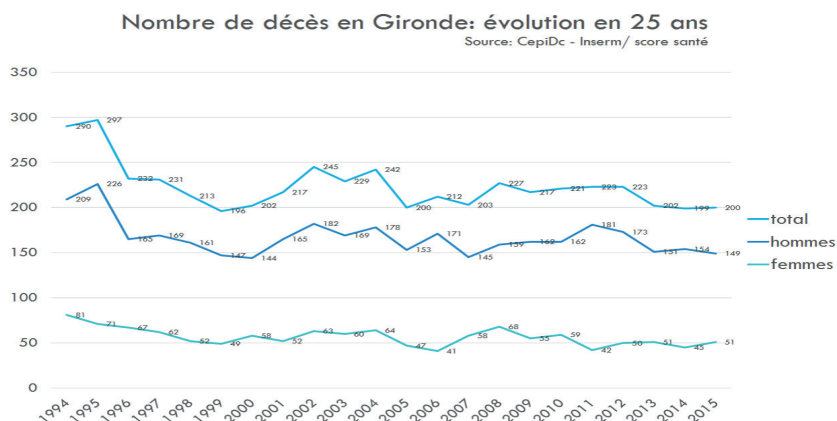
Les territoires ruraux, et plus particulièrement l'est du département, sont marqués par des causes externes de mortalité comme les suicides ou les accidents de la route.

Les suicides

Le département présente le plus faible taux de suicide de la région (200 décès en 2015) mais le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide le plus élevé.

Les hommes se suicident plus que les femmes. Le recours aux médicaments est la principale cause de mortalité par suicide.

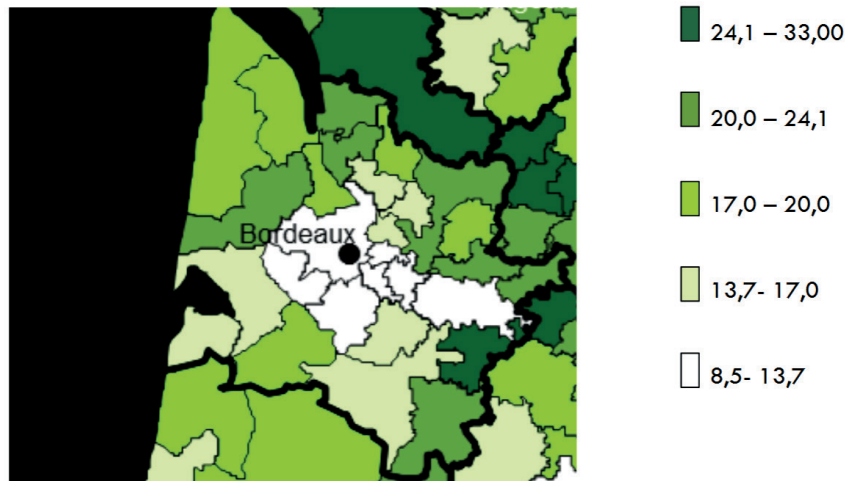
La majorité des patients hospitalisés pour tentative de suicide souffrent de troubles psychiques, en particulier des troubles de l'humeur.





Gironde: taux standardisé de mortalité par suicide 2005- 2014

Source: Atlas de la Santé Nouvelle Aquitaine 2019 - ORS



Sources : Inserm-CépiDc, Insee. Exploitation : ORS Aquitaine

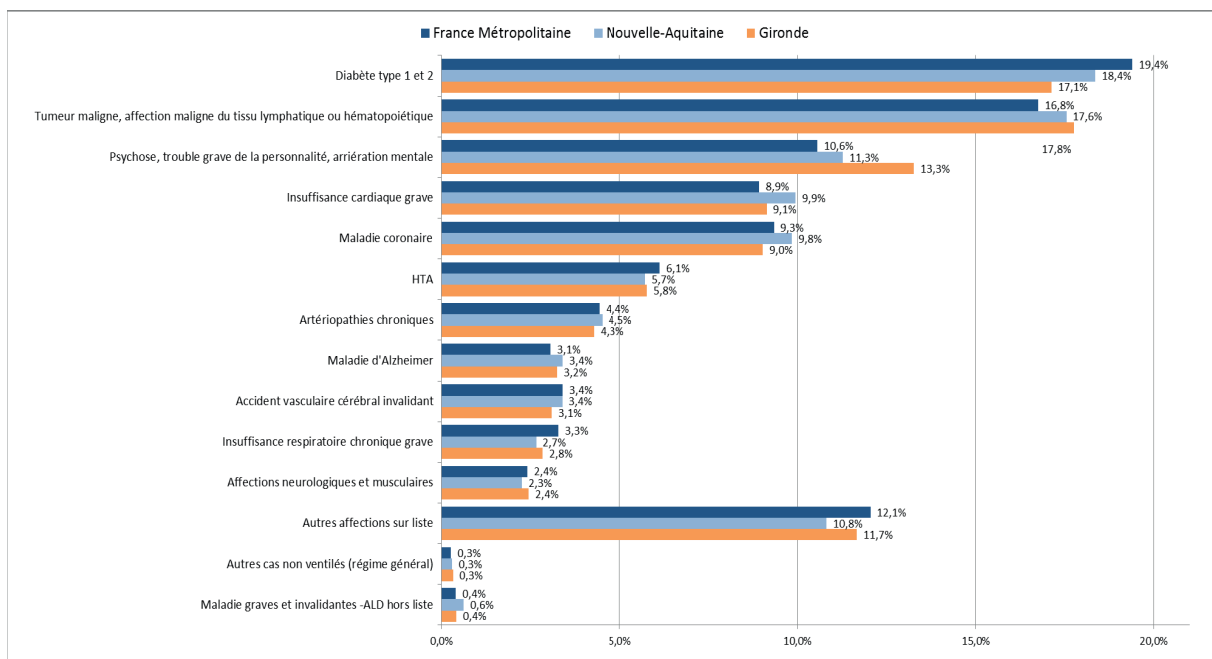
Dépistages

En ce qui concerne les dépistages organisés, le taux de dépistage du cancer du sein se situe dans la moyenne nationale. En revanche, les cancers colorectaux sont encore insuffisamment dépistés, un peu plus de 30 % des hommes de 50 à 74 ans ont réalisé un examen en 2014.

Les affections de longue durée

En Gironde, plus d'une personne sur six est prise en charge pour affection de longue durée (ALD), soit 267597 personnes en 2015.

Parmi les causes de cette prise en charge, on relève des affections psychiatriques comme les psychoses, les troubles graves de la personnalité ou les déficiences cognitives sévères. Ces troubles arrivent en troisième position du point de vue de la prévalence des ALD.



Source : base de données assurance maladie inter-régimes SNIIRAM, champs : régime général, mutualité sociale agricole



La prise en charge des addictions

L'enquête ESCAPAD de 2017 menée par l'observatoire des drogues et des toxicomanies auprès de 3330 jeunes de 17 ans montre que les taux de consommation d'alcool et de tabac sont supérieurs en Nouvelle-Aquitaine au taux constaté à l'échelle nationale.

75 %, contre 66 % au plan national, des jeunes a consommé dans le mois, 10 %, contre 8,4 % au plan national a consommé au moins 10 fois. 28,5 % des jeunes, contre 25 % au plan national fume au moins une cigarette par jour. 44,7 % contre moins de 40% au plan national a expérimenté le cannabis.

La Gironde enregistre un taux élevé d'admission en ALD au titre de pathologies liées aux addictions.

Les CSAPA du département ont reçu 2230 jeunes consommateurs et 480 personnes de l'entourage dans le cadre d'une activité de consultation jeunes consommateurs (CJC).

Les personnes sous main de justice

La population placée sous main de justice (PPSMJ) est particulièrement sujette aux troubles psychiatriques. Selon une enquête remontant à 2004, 36 % des personnes incarcérées présentaient des troubles psychiques.

Les tentatives de suicide sont surreprésentées en milieu carcéral, avec un taux de mortalité par suicide 7 fois supérieur à celui de la population générale pour les hommes incarcérés et 20 fois supérieur pour les femmes incarcérées.

Le Service médico-psychologique régional (SMPR), rattaché au Centre hospitalier Charles Perrens, a pris en charge 1320 patients en 2015.



FOCUS SUR LA SANTÉ MENTALE

Dans le champ de la santé mentale, **les affections psychiatriques de longue durée sont en augmentation globale de 48 % entre 2005 et 2012**, avec un nombre total de cas de 33556 en 2012.

Les taux de personnes prises en charge en santé mentale (troubles de l'humeur, addiction, troubles psychotiques, déficiences mentales) pour les bénéficiaires du régime général âgés de 18 à 64 ans sont quasiment identiques aux taux nationaux avec toutefois **une plus forte prévalence des troubles de l'humeur (19,3 pour mille) en Gironde par rapport à la moyenne nationale (16,8 pour mille)**.

Les taux de recours globaux en établissement en Gironde montrent **un recours plus élevé pour troubles psychotiques en Gironde par rapport à la moyenne régionale en 2015**. Les taux standardisés de recours en hospitalisation en temps plein pour troubles psychotiques, bipolaires et dépressions sévères sont légèrement supérieurs en Gironde par rapport à la moyenne néo-aquitaine en 2015.

En ce qui concerne le taux standardisé de recours ambulatoire, on observe un taux inférieur pour les patients suivis pour addiction en Gironde au taux moyen néo-aquitain.

Les statistiques reflètent une concentration des lits de prise en charge à temps complet dans les établissements « monodisciplinaires » à hauteur de 89,8 % en 2015 contre 65,9 % en Nouvelle-Aquitaine (et un taux sensiblement identique à l'échelle nationale). Cela s'explique par la présence de deux établissements psychiatriques : le CH Charles Perrens et le CH de Cadillac. Le taux est tempéré par la présence du CH de Libourne, hôpital généraliste doté d'un service de psychiatrie (site de Garderose).

La densité de places alternatives au temps complet pour 100000 habitants en Gironde est inférieure à la moyenne néo-aquitaine et 10 fois moindre par rapport à la moyenne nationale.

La durée moyenne d'hospitalisation pour troubles mentaux sévères (troubles envahissants du développement et déficience) **est plus élevée en Gironde** par rapport à la moyenne néo-aquitaine (+ 9 jours) et encore plus par rapport à la moyenne nationale (+ 37 jours).

Les soins somatiques et la prévention

Au niveau de **l'articulation ville-hôpital, la part des patients sans suivi spécialisé en aval** (aucun contact avec un psychiatre dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation) **est plus faible** (47,1 %) **que le taux national** (51,6 %).

Pour **les troubles mentaux sévères, la part des patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant est plus élevée en Gironde** (45,7 %) **qu'au niveau national** (34,6 %) et 81,2 % des patients souffrant de troubles mentaux sévères n'ont pas de consultation avec un médecin traitant deux mois après leur sortie d'hospitalisation (contre 75,1 % au niveau national).

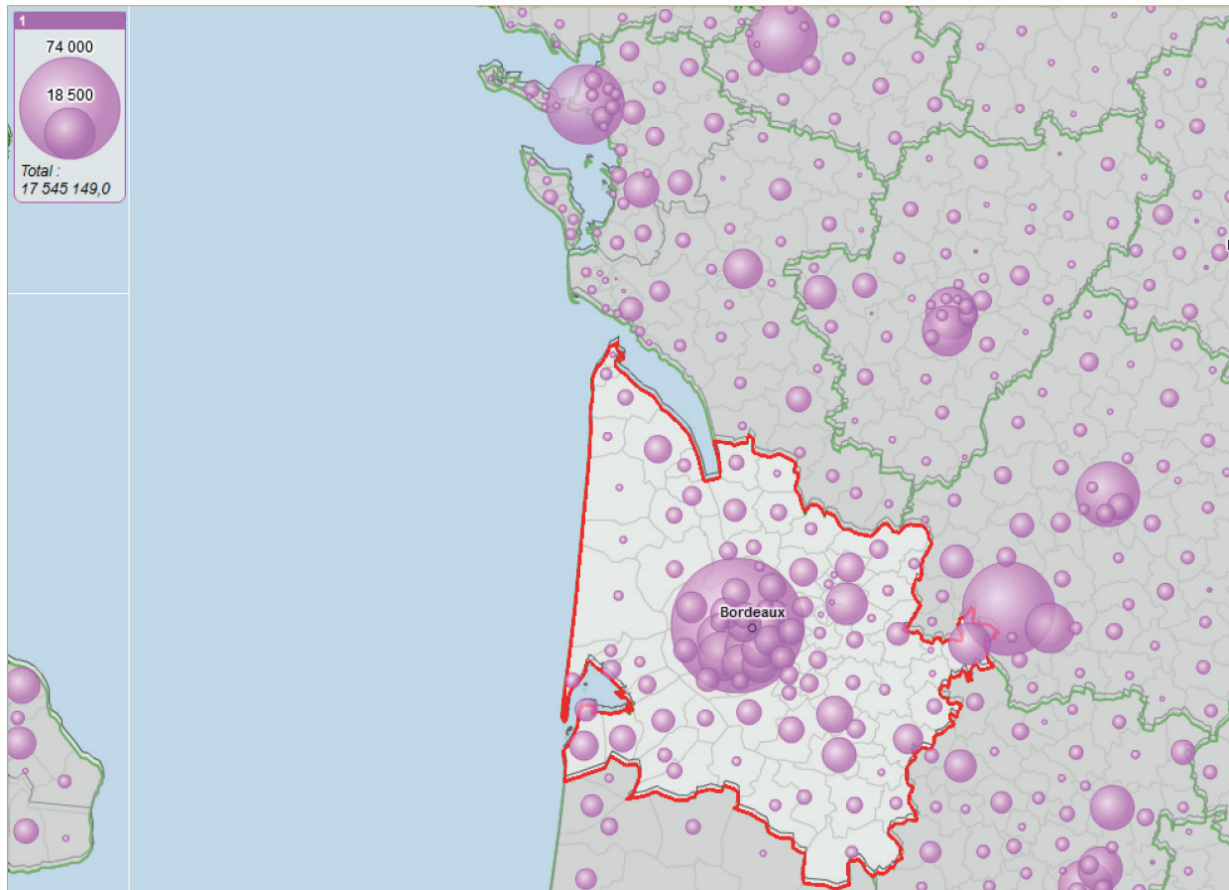
Pour les patients souffrant de troubles mentaux sévères, seulement 16,3 % a eu accès à des soins somatiques courants (dentaires, gynécologiques, contraceptifs, ophtalmologiques) **dans les deux années suivant la sortie d'hospitalisation**, soit 4 points de moins par rapport à la moyenne nationale en 2013.

Globalement, **les patients girondins souffrant de troubles et de déficiences ont un plus faible accès aux actes de prévention classique dans les deux ans suivant la sortie d'hospitalisation** par rapport à la moyenne nationale (-10 points) ; même constat pour les actes de dépistage et de vaccination (cancer du sein et du col de l'utérus, vaccination DT polyo) avec un taux 5 points inférieur à la moyenne nationale.



Les données cartographiées issues de ScanSanté et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) montrent une polarisation des journées PMSI sur la Métropole bordelaise et une répartition des flux de patients psychiatriques selon une logique sectorielle partagée entre les deux établissements de santé mentale du département ou incluant un secteur de psychiatrie dans le cas du CH de Libourne.

Journées PMSI PSY au lieu de résidence, Total activité temps plein, 2017 - source : ATIH



On observe **des flux de patients beaucoup plus distendus pour les jeunes suivis en psychiatrie infanto-juvénile selon une logique interdépartementale** qui traduisent une prise en charge de jeunes girondins à l'extérieur du département.

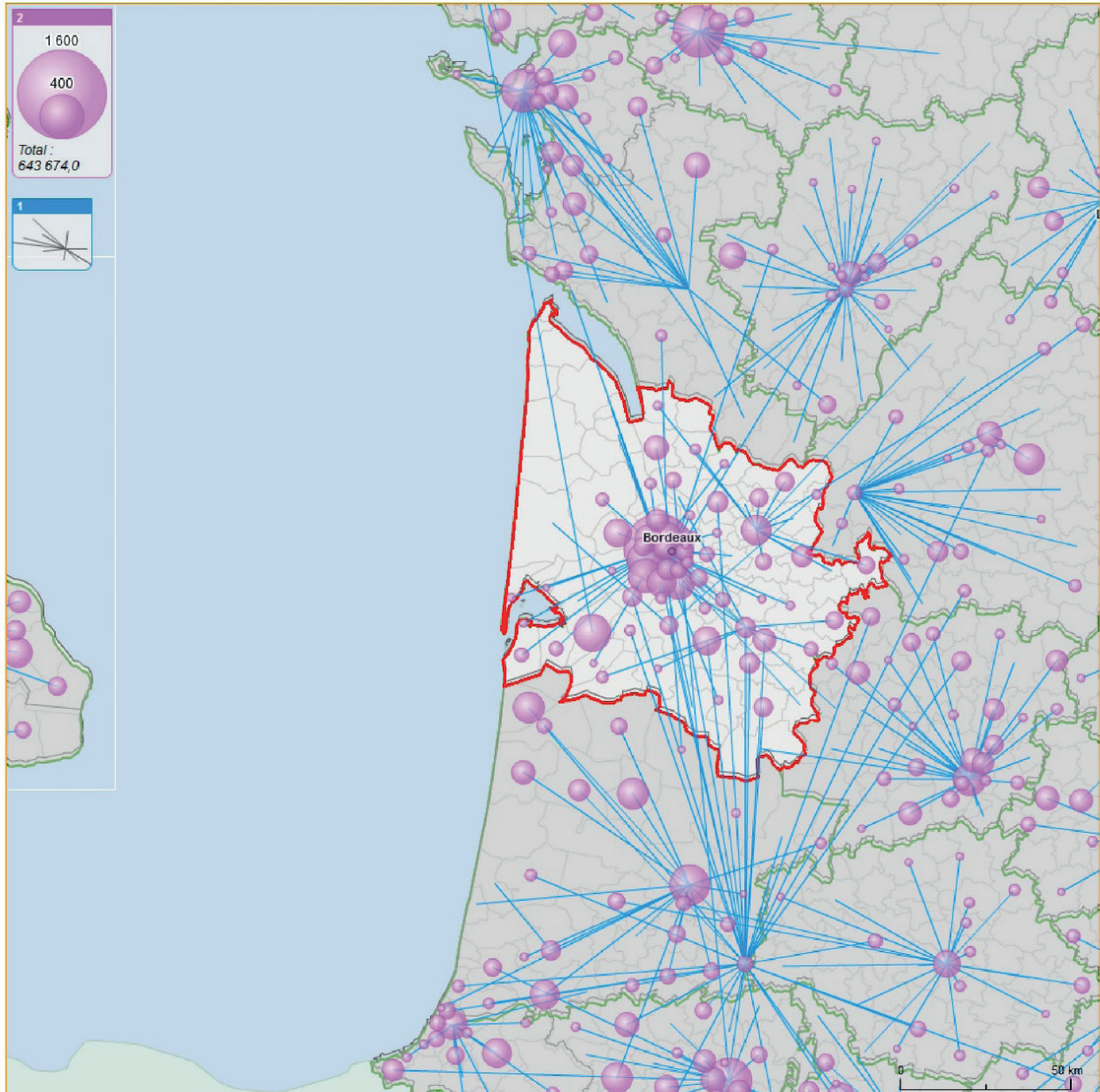


Cartographie consommation/production

France par code géographique PMSI

1 - Vue globale des pôles d'attraction PSY, Total activité temps plein - 0-17 ans, 2017 - source : PMSI

2 - Journées PMSI PSY au lieu de résidence, Total activité temps plein - 0-17 ans, 2017 - source : ATIH



© Carticque



Les taux de recours aux soins sans consentement sont plus élevés en Gironde

151,5 pour 100000 habitants en Gironde et 132,9 pour 100 000 habitants au niveau national en 2015.

Le recours aux soins psychiatriques en cas de **péril imminent sans tiers (SPI) sont moins courants en Gironde** (10,9 pour 100 000 habitants) qu'au niveau national (28,5 pour 100 000 habitants).

On observe **un plus fort taux d'hospitalisation sans consentement à la demande d'un tiers (SDT) en Gironde** qu'au niveau national (respectivement, en 2015, 93,7 pour 100000 habitants contre 75,9 pour 100000 habitants).

La part des mains levées du juge des libertés et de la détention est, en 2015, presque deux fois plus élevée en Gironde (15,1 %) qu'au niveau national (8,7 %).

L'OFFRE SANITAIRE : UNE OFFRE DE SOINS INÉGALEMENT RÉPARTIE

Les professionnels de santé

Le département de la Gironde est mieux couvert en **médecins généralistes** qu'au niveau national.

Les psychiatres libéraux sont également caractérisés par une densité supérieure par rapport au niveau national mais sont en revanche plus âgés que la moyenne nationale.

Les territoires ruraux sont moins bien dotés en spécialistes, signe d'une plus faible démographie médicale par rapport aux centres urbains.

Professionnels de santé libéraux : densités pour 100 000 habitants selon les territoires de proximité

Disciplines	Bassin	Bordeaux	Méto Nord Ouest	Méto Rive droite	Méto Sud Ouest	Libournais	Médoc
Médecins généralistes	111	163	106	129	105	30	92
Médecins spécialistes dont :	84	306	114	94	101	54	34
Pédiatres*	21	46	31	31	55	3	-
Psychiatres	4	76	13	12	16	3	1
Infirmiers	352	232	209	241	254	236	249
Orthophonistes	34	48	47	48	45	28	39
Psychologue	38	87	39	29	42	20	15
Psychomotriciens	1	10	8	6	4	5	2

Disciplines	Nord Gironde	Sud Gironde	Gironde	Nouvelle-Aquitaine	France métropolitaine	Écart de densité dans le département par rapport à la Nouvelle-Aquitaine	Écart de densité dans le département par rapport à la France métropolitaine
Médecins généralistes	93	107	115	103	94	12 %	23 %
Médecins spécialistes dont :	30	49	117	77	89	51 %	31 %
Pédiatres*	11	4	27	18	24	52 %	14 %
Psychiatres	3	3	20	9	10	113 %	96 %
Infirmiers	205	280	248	205	174	21 %	42 %
Orthophonistes	39	27	41	25	30	67 %	37 %
Psychologues	18	25	40	24	28	71 %	45 %
Psychomotriciens	6	6	6	3	3	77 %	78 %

* Densité pour 100000 jeunes âgés de moins de 15 ans.



Les disparités sont importantes

Certains territoires ont très peu de professionnels libéraux, notamment le Médoc et le Sud Gironde, plus particulièrement sous-dotés en médecins généralistes, kinésithérapeutes ou encore psychologues.

Le Nord Gironde et le Libournais sont également des territoires moins attractifs que la Métropole bordelaise d'un point de vue de la démographie des professionnels de santé.

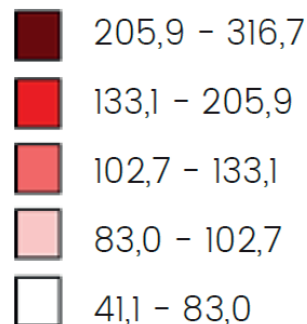
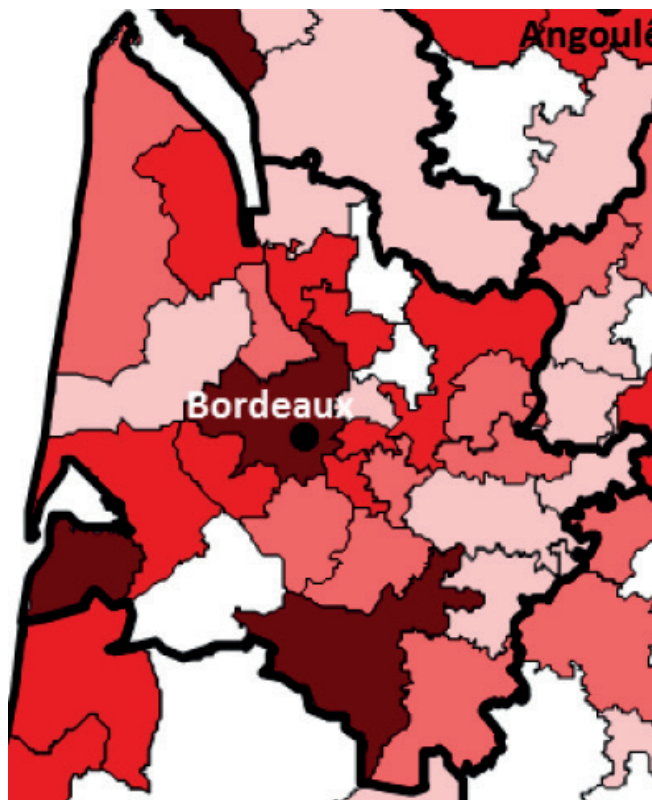
La densité d'infirmiers dans les territoires ruraux est plus élevée qu'au niveau de la Métropole bordelaise.

Les médecins sont sous-représentés dans les territoires du Bassin d'Arcachon et de la Métropole sud-ouest par rapport aux autres professionnels de santé.

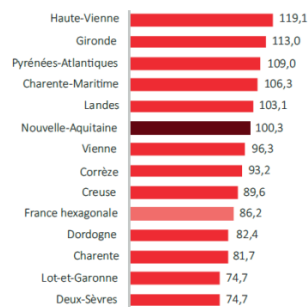
Les psychiatres libéraux sont fortement concentrés sur la Métropole bordelaise au détriment de territoires comme le Bassin d'Arcachon, le Libournais, le Médoc, le Nord et le Sud Gironde (76 psychiatres libéraux à Bordeaux - sans tenir compte du reste de la Métropole - contre 1 psychiatre libéral pour 100000 habitants dans le Médoc).

Les médecins généralistes libéraux se concentrent sur la Métropole bordelaise et sur le sud du Bassin d'Arcachon. Les médecins généralistes libéraux exerçant dans les zones du nord-est de la Gironde sont plus âgés qu'ailleurs dans le département.

Carte de la densité en médecins généralistes libéraux en 2017 (pour 100 000 habitants)



en Nouvelle-Aquitaine par départements





Offre sanitaire

	Gironde (Département) 2017	Nouvelle Aquitaine (Région) 2017	France 2017
Densité de gériatres*	10,7	10,5	15,6

source : RPPS - 2017

	Gironde (Département) 2016	Nouvelle Aquitaine (Région) 2016	France 2016
Densité de médecins généralistes**	181,4	166,3	155,2

source : RPPS - 2016

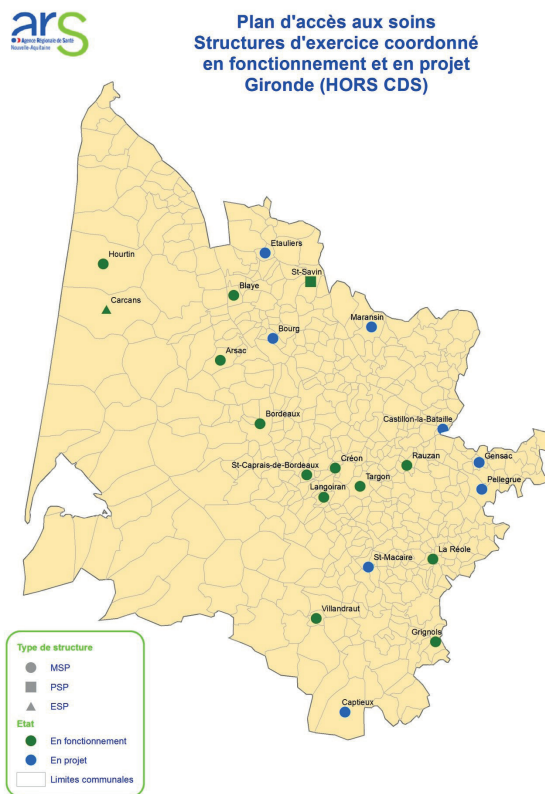
	Gironde (Département) 2015	Nouvelle Aquitaine (Région) 2015	France 2015
Unités spécialisées dans la psychiatrie du sujet âgé	2	17	145
(1) - Densité de places d'UHR*	26,7	29,4	19
(2) - Densité de places d'UCC*	7,6	10,9	9,7

source : FINESS, SAE - 2015

(1) - Unités d'hébergement renforcé
 (2) - Unités de réhabilitation cognitivo-comportementales

* pour 100 000 habitants de 65 ans +
 ** pour 100 000 habitants

Le nombre de **maisons de santé pluriprofessionnelles** est en augmentation : en 2018, le département en comptait 13. On relève une absence de telles structures dans les territoires du Bassin d'Arcachon. Ces structures se concentrent sur les zones périurbaines et rurales du reste du département, en particulier limitrophes de la Charente-Maritime, de la Dordogne et du Lot-et-Garonne.





Les établissements de santé du territoire

Seize établissements de santé public et soixante-dix-sept structures privées offrent des soins hospitaliers à la population girondine.

Établissements de santé publics en Gironde



Source : ARS Nouvelle-Aquitaine – Information GHT DOSA 11/2018. Fond de carte : IGN, découpage au 01/01/2018. Cartographie : ARS NA/DPSP/Pôle études, statistiques et évaluation – 05/11/2018.

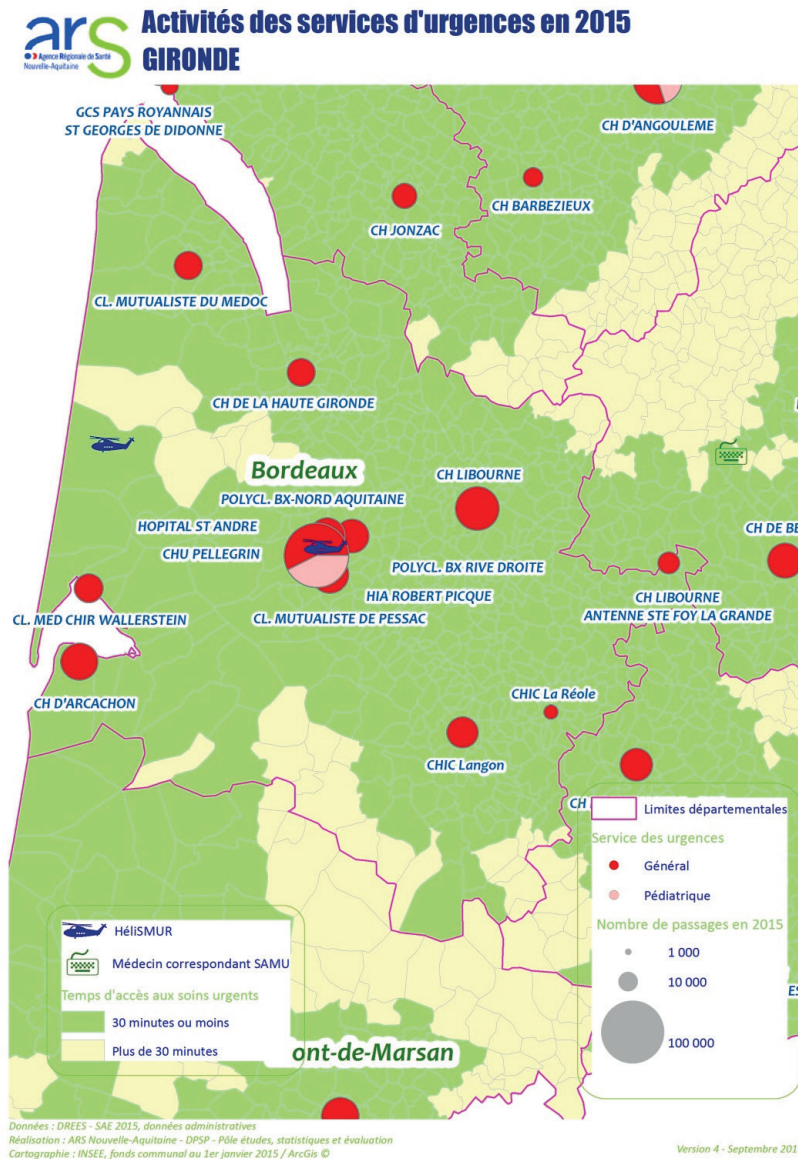
En 2017, les quatorze structures de médecine d'urgence de la Gironde avaient pris en charge **408941 passages**.

Un quart des passages concernait des patients mineurs, 15 % des patients étaient âgés de plus de 75 ans, 12 % des patients provenaient de l'extérieur du département.



L'âge moyen des patients pris en charge en urgence était de 41 ans en 2017. La durée moyenne de passage était de 4h40 avec un diagnostic à 62 % médico-chirurgical et 32 % traumatologique, la psychiatrie représentant 2 % des diagnostics établis en urgence.

En obstétrique, un tiers des prises en charge est assuré par le CHU offrant la seule maternité de type 3 dans le département, les deux autres maternités de type 2 étant situées à la polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine et au Centre hospitalier de Libourne.



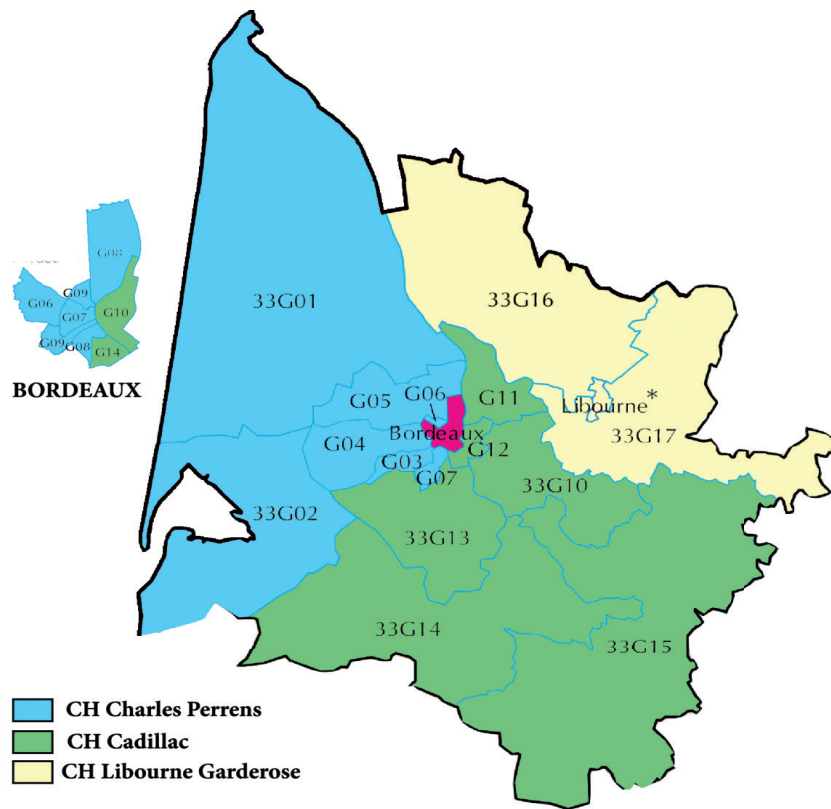
En psychiatrie publique

La prise en charge est organisée en secteurs adultes et infanto-juvéniles répartis entre les trois établissements assurant des soins en psychiatrie.

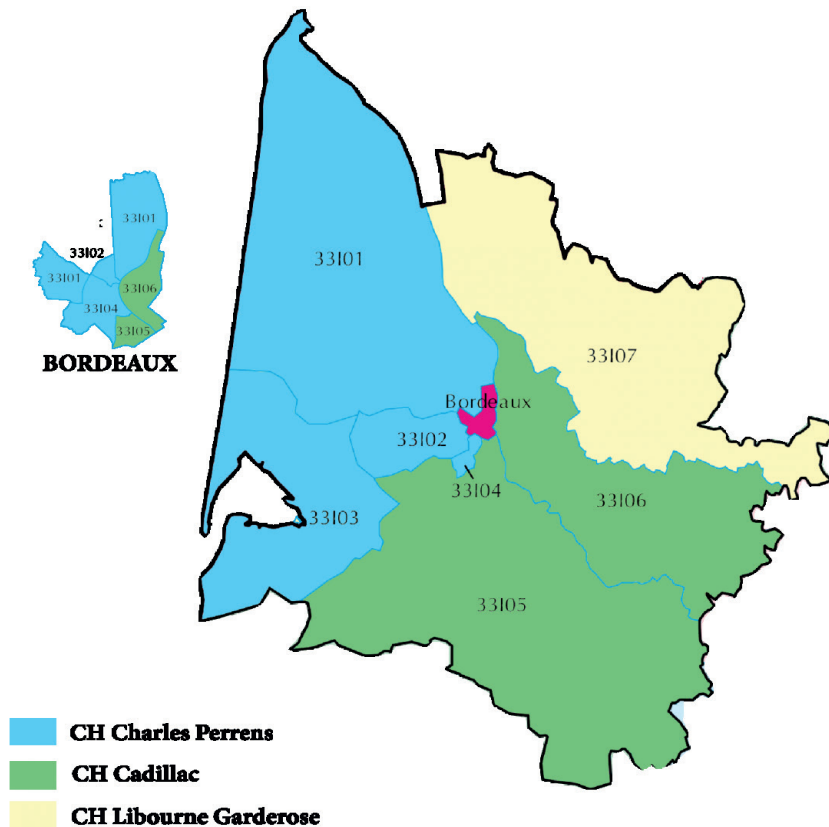
Le Centre hospitalier Charles Perrrens prend en charge les patients issus de la moitié ouest du département (et de la Métropole), le Centre hospitalier de Cadillac prend en charge ceux issus du quart sud-est et le CH de Libourne (Garderosse) ceux provenant d'un tiers nord-est.



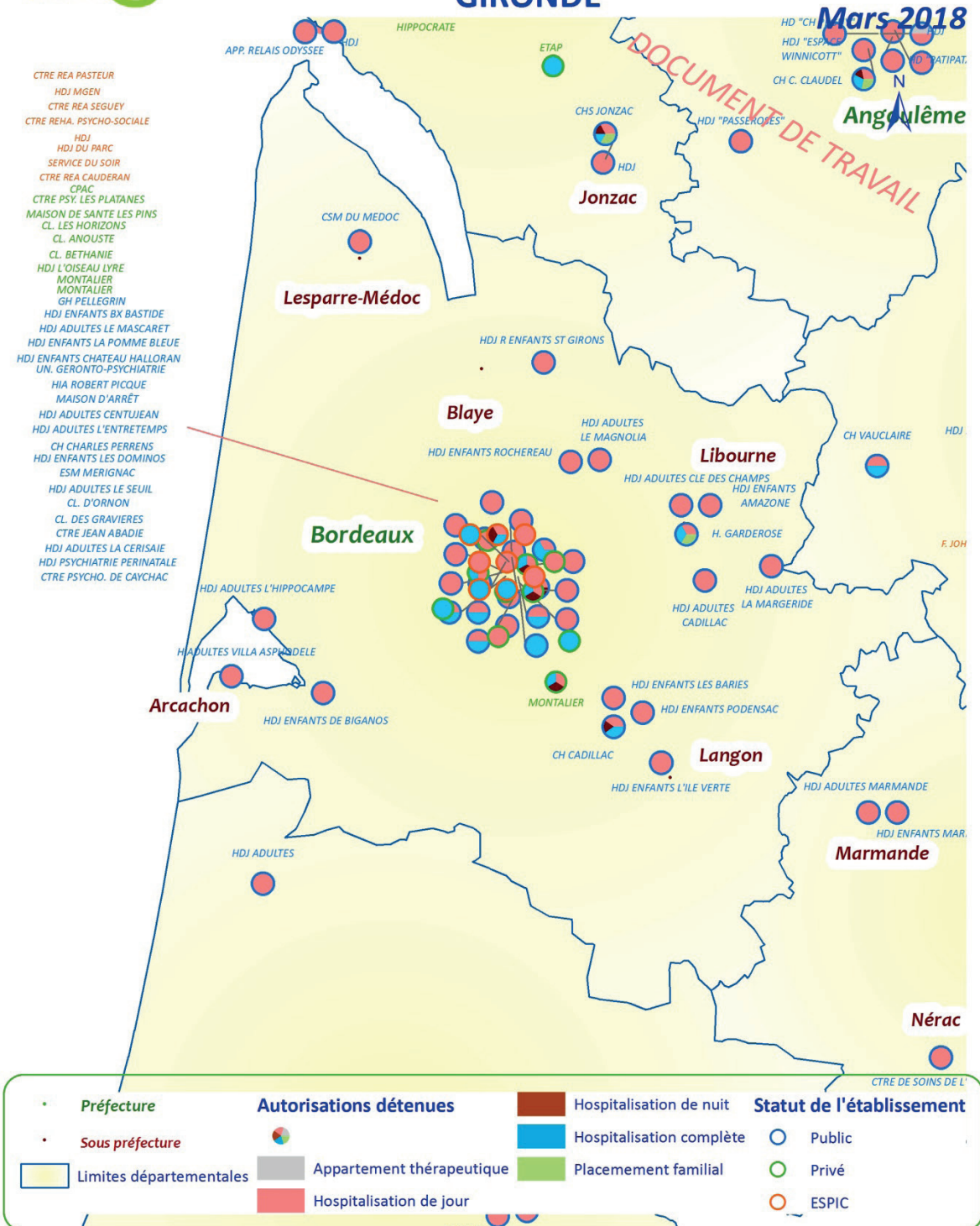
LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE ADULTE



LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE



L'OFFRE HOSPITALIERE EN PSYCHIATRIE EN GIRONDE



On observe que **le Médoc est géographiquement isolé** par rapport au reste du territoire avec une prise en charge extra-hospitalière limitée et éloignée de la Métropole, participant de l'enclavement de ce territoire du point de vue de l'offre de soins. Le territoire girondin dispose de centres médico-psychologiques et d'hôpitaux de jour outre la prise en charge à temps complet.

Le taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile en 2015 en Gironde se mesure notamment grâce au nombre de lits (et placements thérapeutiques), soit 76 et 1,4 lits et places pour 1000 mineurs de moins de 16 ans.



Pour la psychiatrie générale

La Gironde compte 1462 lits à temps complet (et placements thérapeutiques) et 1,6 lits et places pour 1000 habitants de plus de 16 ans.

- La capacité d'accueil en psychiatrie se concentre sur une offre publique, avec 1091 lits en 2015.
- Le privé (lucratif et non lucratif) dispose de 391 lits.
- 848 places permettent d'accompagner des patients à temps partiel (dont 529 dans le public) et l'on dénombre 58 CMP et 15 CATTP.

Les établissements publics, moins nombreux que les structures privées, proposent la majorité de l'offre à temps plein et à temps partiel avec plus de 60 % des lits et places réparties dans le public.

Au niveau de la densité d'équivalents temps plein (ETP) moyens annuels dans les établissements sanitaires proposant une offre de soins en psychiatrie générale, la densité d'ETP de psychiatres en Gironde est de 12,1 pour 100 000 habitants, supérieure à la moyenne régionale de 9,5 ETP.

En revanche, on compte moins d'ETP des autres personnels médicaux par rapport à la moyenne régionale (1,7 en Gironde contre 2,4 en Nouvelle-Aquitaine).

La différence de la densité d'ETP en psychiatrie générale entre l'offre de personnels soignants et socio-éducatifs dans le département et la moyenne régionale est particulièrement notable : on relève 164,8 ETP moyens de personnels soignants et socio-éducatifs contre 191,2 à l'échelle de la région.

Au cours de l'année 2015, les établissements psychiatriques girondins ont accueilli **46300 patients (soit 20,9 % de la totalité des patients de Nouvelle-Aquitaine)**.

Cette file active est à 82,7 % ambulatoire.

Un patient sur quatre pris en charge a moins de 16 ans.

Au niveau de l'activité, 518231 journées à temps plein ont été comptabilisées en 2015 (soit plus d'un quart des journées à l'échelle de la Nouvelle-Aquitaine), 151108 à temps partiel.

Dans ces journées, 15975 renvoient à la prise en charge de mineurs de moins de 16 ans à temps plein et 44101 à temps partiel.

On dénombre 488548 actes (soit plus d'un quart des actes réalisés en Nouvelle-Aquitaine en 2015) dont 132645 à destination des mineurs de moins de 16 ans.

La Gironde est le premier département de la région en termes de prise en charge ambulatoire assurée notamment par les CMP et les consultations dans les services de psychiatrie.

La prise en charge à domicile est aussi développée avec une proportion de 15,8 %.



Pour la psychiatrie infanto-juvénile

L'offre repose sur une série de dispositifs et de structures publiques et privées.

La densité de lits d'hospitalisation à temps complet pour les mineurs de moins de 16 ans est presque deux fois inférieure en Gironde (14,5 lits pour 100000 habitants de moins de 16 ans) par rapport à la moyenne néo-aquitaine en 2015 (27 lits pour 100000 habitants de moins de 16 ans) et légèrement inférieure à la moyenne nationale (16,6 lits pour 100000 habitants de moins de 16 ans).

Toutefois, la densité de places d'hospitalisation partielle est de 112,4 places pour 100000 habitants de moins de 16 ans en Gironde et de 96,3 en Nouvelle-Aquitaine (70,7 à l'échelle nationale). On dénombre 5 unités spécialisées dans la prise en charge des adolescents en Gironde et 23 à l'échelle de la Nouvelle-Aquitaine en 2015.

Le taux de pédopsychiatres pour 100000 jeunes de moins de 16 ans est de 17,7 en Gironde en 2016, 12,7 à l'échelle néo-aquitaine et 6,7 à l'échelle nationale.

Les taux de recours des moins de 17 ans sont beaucoup plus élevés en Gironde par rapport à la moyenne nationale en 2015. Il est de 377,2 pour 10000 enfants de moins de 11 ans en Gironde contre 315,9 à l'échelle nationale, la différence est plus importante encore pour le recours à un psychiatre hors établissement de santé : 230,7 contre 88 à l'échelle nationale.

Pour les 12-17 ans la différence entre le taux de recours à un psychiatre hors établissement de santé en Gironde et à l'échelle nationale est particulièrement marquée : 336,5 contre 151,8 et 451,4 contre 423,9 pour un recours à un psychiatre en établissement de santé pour ces populations.

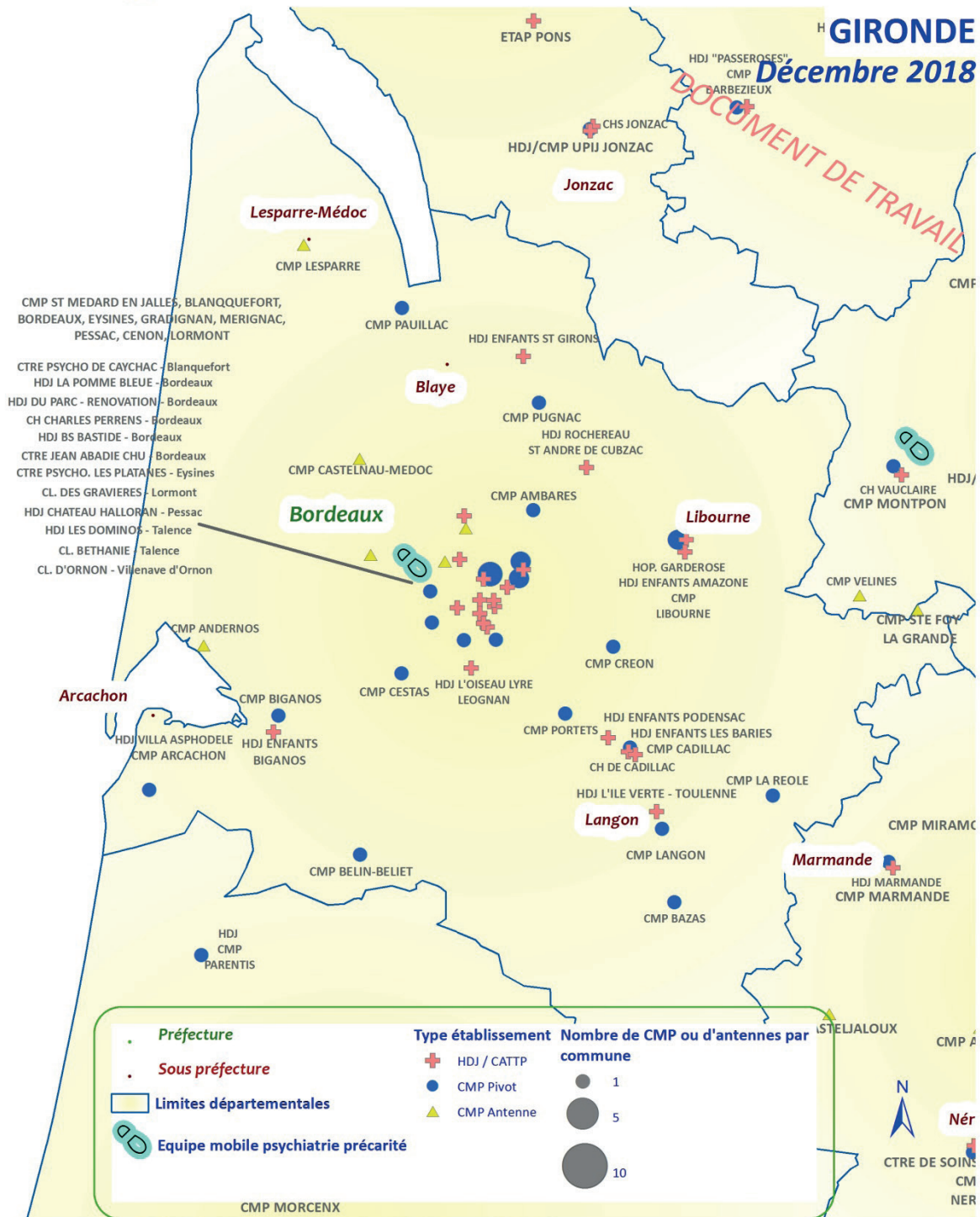
La part des mineurs consommant des psychotropes est plus élevée en Gironde qu'à l'échelle nationale : 53,3 mineurs pour 10000 « consommateurs » mineurs girondins contre 43,9 à l'échelle nationale.

On observe une consommation plus élevée d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et de neuroleptiques chez ces mineurs par rapport aux statistiques agrégées à l'échelle nationale.

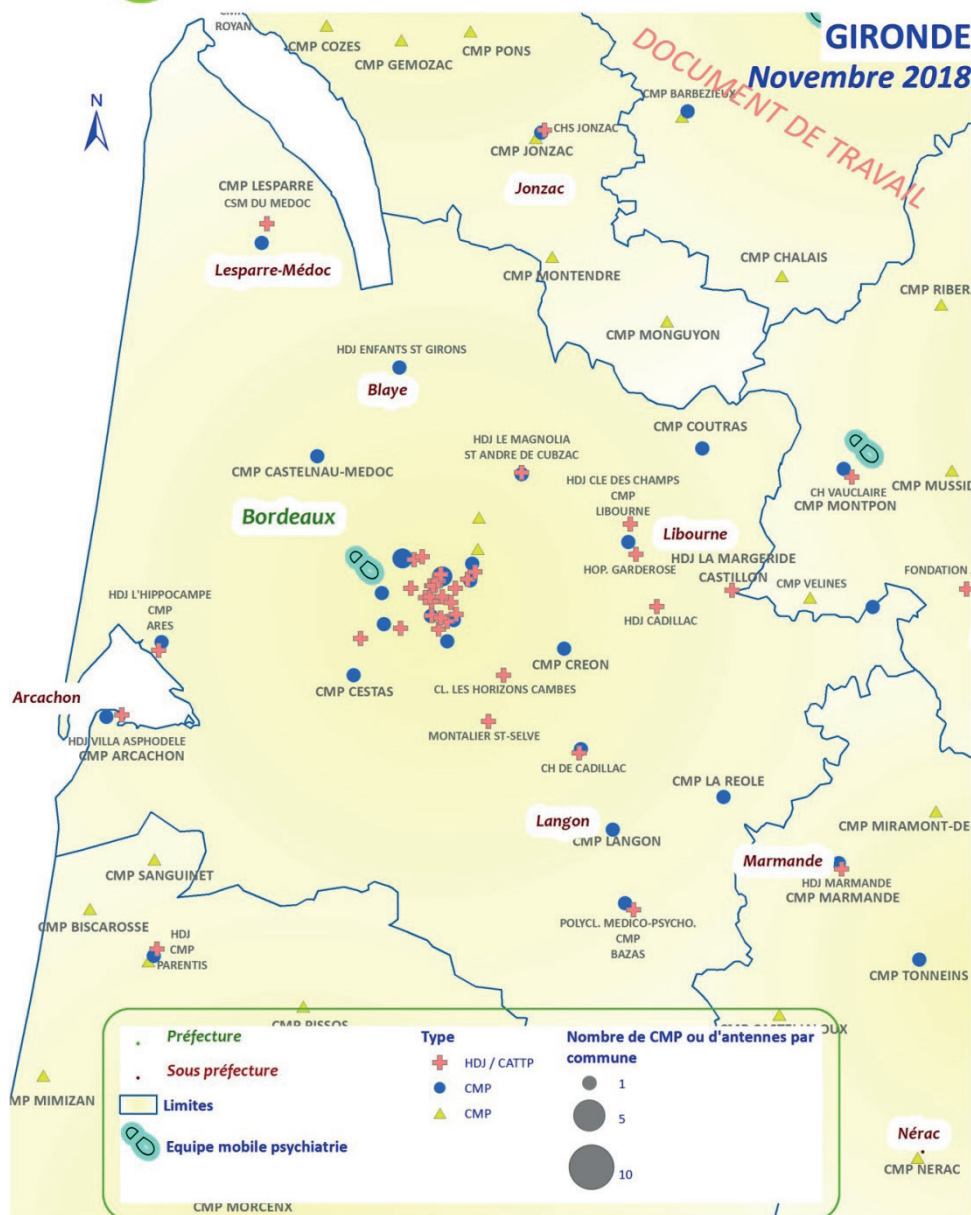
Le taux d'hospitalisation à temps partiel des mineurs est plus élevé à l'échelle départementale (32,1 pour 10000 habitants de 12-17 ans) qu'à l'échelle nationale (22 pour 10000 habitants de 12-17 ans) en 2015.

Même observation pour les taux de recours à temps plein en psychiatrie des 0-17 ans en 2015 : 16,4 mineurs pour 10000 habitants de moins de 17 ans en Gironde contre 12,5 selon la moyenne nationale.

Plusieurs alternatives à l'hospitalisation complète sont proposées en Gironde, notamment en hôpitaux de jour, CATTP, CMP ou CMPEA. De nombreuses associations, essentiellement concentrées sur la Métropole bordelaise, participent à l'accompagnement des enfants présentant des troubles du spectre autistique (TSA).



Sources : FINESS - ARHGOS au 25/11/2018 / Enquête CMP / Diamant Cube RTC
Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, PESE
Fonds de carte : IGN©



Sources : FINESS - ARHGOS au 25/11/2018 / Enquête CMP / Diamant Cube RTC
 Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, PESE
 Fonds de carte : IGN ©

Des alternatives nombreuses à l'hospitalisation complète

L'« hospitalisation à domicile » (HAD) en psychiatrie est déployée à titre expérimental au sein des Centres hospitaliers Charles Perrens et de Libourne et l'on constate une corrélation entre l'augmentation du nombre de journées réalisées en HAD et la baisse de la durée moyenne de séjour (7 jours de moins entre 2015 et 2018 pour les unités intra-hospitalières du pôle BSM du CH Charles Perrens avec une augmentation sur la même période de 80,8 % de journées HAD).

Les trois centres hospitaliers psychiatriques ont créé divers **dispositifs locaux ou équipes mobiles pour prendre en charge des populations spécifiques** au plus près de leurs lieux de vie, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes souffrant du trouble du neuro-développement, les populations précaires, les patients suivis en addictologie etc.



Les trois établissements disposent également d'un service d'accueil familial thérapeutique (SAFT) qui permettent une prise en charge dans un milieu familial substitutif.

Des dispositifs de coopération, un atout pour le territoire

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) « Alliance de Gironde » permet la coordination de dix établissements publics de Gironde ayant établi un projet médical et de gestion commun afin de répondre de manière plus adaptée aux besoins de santé de la population girondine.

Les résultats recherchés par le GHT sont :

- De faciliter le parcours de soins des patients ;
- D'améliorer l'accès aux soins et la permanence des soins sur le territoire ;
- D'élargir le champ des spécialités (médicales et chirurgicales) disponibles sur le département en renforçant les équipes hospitalières publiques ;
- D'optimiser les plateaux techniques.

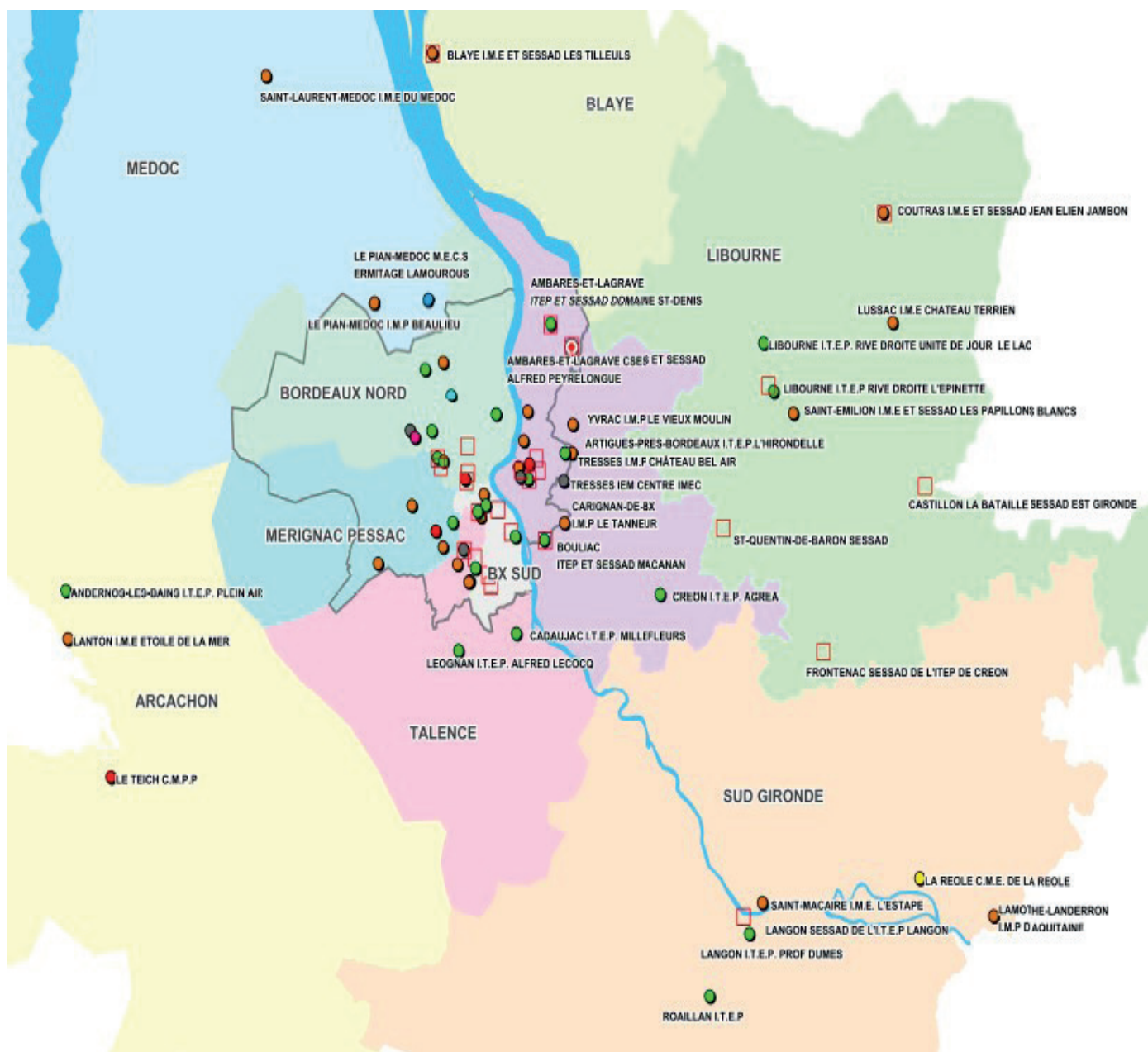
Le projet médico-soignant partagé, approuvé le 21 décembre 2017 par le Directeur général de l'ARS, définit 13 filières de soins : la cancérologie, la cardiologie, la chirurgie et l'anesthésie-réanimation, la gériatrie et le SSR gériatrique, la périnatalité, la psychiatrie, l'éducation thérapeutique, les urgences, l'imagerie, la biologie et la pharmacie, la neurologie et la prévention, ainsi que des objectifs transversaux, concernant le système d'informations, la gestion de la démographie médicale, la coordination des parcours et la gestion de l'aval, le management de la qualité et la gestion des risques.





D'autres modalités de coopération existent à travers les **groupements de coopération sanitaire (GCS)** qui permettent une coopération entre les trois établissements publics de santé mentale du département : **le GCS Psychiatrie publique 33** et une coordination portant sur **la santé mentale, le handicap, le vieillissement et la précarité dans le cadre des 3 GCS de santé mentale, GCS Rives de Garonne (pour le Sud Gironde), du Libournais (pour Garderose) et Bordeaux Arcachon Médoc (avec le Centre hospitalier Charles Perrens).**

Une offre médico-sociale importante



LES SIGLES DES EMS :

	C.A.E.P - Centre d'Accueil pour Enfants Handicapés	(1)
	C.M.E. Centre Médico-Educatif	(1)
	CMPP Centre Médico-Psycho-Pédagogique	(4)
	I.E.M Institut Education Motrice	(4)
	I.M.E. Institut Médico-Educatif	(23)
	I.M.PRO Institut Médico-Professionnel	(1)
	I.T.E.P. Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique	(23)
	I.VISU Etablissement pour Déficients Visuels	(1)
	M.E.C.S Maison d'Enfants à caractère Social	(1)
	SESSAD Services d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile	(26)

Les Zones d'Animation Pédagogique (ZAP)

	ARCACHON		LIBOURNE
	BLAYE		MEDOC
	BORDEAUX NORD		MERIGNAC PESSAC
	BORDEAUX RIVE DROITE		SUD GIRONDE
	BORDEAUX SUD		TALENCE

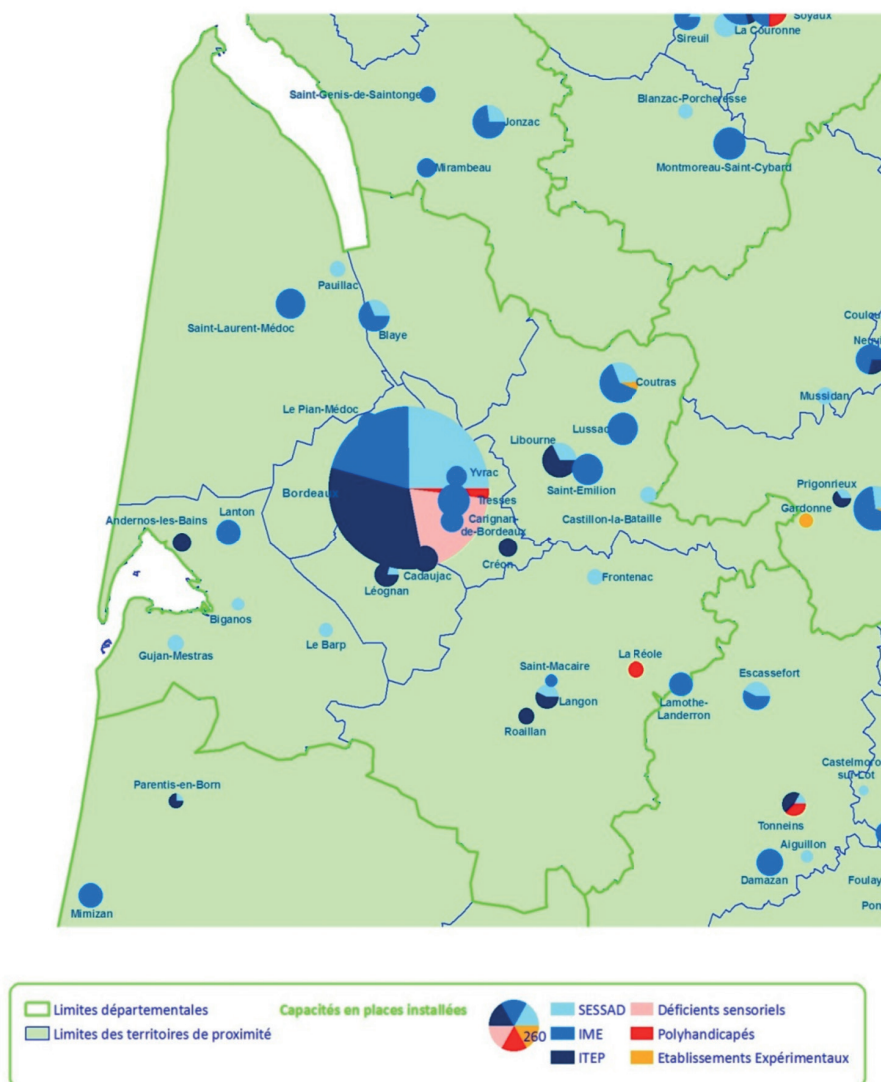


En Gironde, 33500 personnes sont indemnisées par une allocation au titre du handicap. 26800 personnes bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) soit 3 allocataires pour 100 adultes âgés de 20 à 64 ans.

Fin 2016, **les établissements et services médico-sociaux de Gironde proposent 10800 places dans 225 structures accompagnant des personnes en situation de handicap.** Deux places sur trois sont concentrées dans la Métropole bordelaise.

3196 places sont consacrées à l'accueil des enfants et adolescents handicapés, majoritairement en IME et ITEP et essentiellement sur la Métropole bordelaise.

Capacités d'accueil dans les structures pour enfants et adolescents handicapés en 2016 en Gironde.



Sources : FINESS 10/2016

Fonds IGN 2015 découpage au 01/01/2016

Exploitation et réalisation : ARS Nouvelle Aquitaine/DPSP/Pôle études, statistiques et évaluation - 16/01/2017



DISPOSITIFS À DESTINATION DES MINEURS ET JEUNES ADULTES

La maison des adolescents (MDA) accompagne les jeunes de 11 à 25 ans mais aussi leurs parents. Plusieurs antennes sont situées à Bordeaux, dans le Médoc, dans le Sud-Gironde et sur le Bassin d'Arcachon.

Des points d'accueil écoute jeunes (PAEJ) pour les jeunes de 13 à 25 ans complètent le dispositif.

La protection de l'enfance en Gironde dépend du Département.

En 2019, **12000 enfants relèvent de l'aide sociale à l'enfance (ASE)**, 4300 enfants sont accueillis en placement, 6000 bénéficient d'une aide éducative dans leur famille. Le budget de la protection de l'enfance s'élève à 236 millions d'euros en 2019.

Entre 2012 et 2018, on observe une augmentation de 22 % du nombre d'enfants confiés au Département, notamment en raison du dynamisme démographique au niveau départemental.

Autre facteur expliquant cette hausse, **l'augmentation du nombre de mineurs non-accompagnés (MNA)**. On en dénombrait 600 en 2017, soit une augmentation de 531 % par rapport à 2011 (95 MNA). **La Gironde est le quatrième département accueillant le plus de MNA**, majoritairement âgés de 15 à 17 ans. L'accueil de ces enfants est assuré par le CDEF ou par le secteur associatif habilité par le Département.

Le Centre départemental de l'enfance et de la famille (CDEF) est un centre d'accueil d'urgence, d'observation et d'orientation pour les enfants, adolescents et jeunes adultes et leur famille le cas échéant. En 2019, le CDEF disposera de 548 places d'accueil pouvant proposer un accompagnement pour des nouveau-nés jusqu'aux 21 ans. En 2016, on relevait 595 admissions au CDEF (pouponnière, petite enfance, enfance, adolescents et placements familiaux d'urgence), soit une augmentation de 4,2 % entre 2014 et 2016.

Neuf lieux de vie permettent d'accueillir entre 5 et 10 enfants ne pouvant être accueillis dans le dispositif classique de l'ASE. Ces lieux sont essentiellement présents en milieu rural.

Les **Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS)** permettent un accueil temporaire des mineurs en difficulté rencontrant de graves problèmes familiaux. Les MECS sont des structures sociales ou médico-sociales pouvant être publiques ou gérées par des associations ou fondations. Elles sont habilitées par l'ASE et financées par le Département. Les MECS pouvaient accueillir 1654 jeunes en 2017.

Les services de la **Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)** assurent la prise en charge de mineurs qui lui sont confiés dans ses établissements publics et gère différents types d'établissements : les centres éducatifs fermés (CEF), les centres éducatifs renforcés (CER) et Unités éducatives de CER (UECER) et les établissements de placement éducatif (EPE).

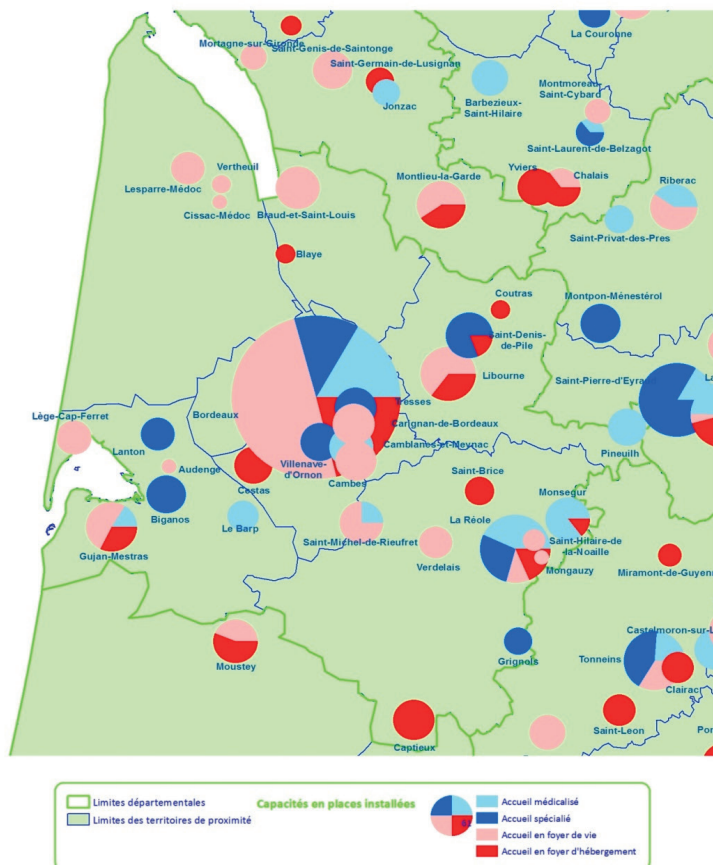
En 2016, le taux d'occupation dans les CEF était de 50 % et de 75 % dans les CER.

Les services d'action éducative en milieu ouvert et d'insertion (STEMO-STEMOI) contribuent à l'action des dispositifs en faveur de la justice des mineurs. En milieu pénitentiaire, les services éducatifs au sein des établissements pénitentiaires pour mineurs (SEEPM) assurent une prise en charge des mineurs outre l'intervention éducative au sein des quartiers pour mineurs des établissements pénitentiaires assurée par des éducateurs des STEMO auprès des mineurs incarcérés.

LA PRISE EN CHARGE DES ADULTES HANDICAPÉS



Capacité d'accueil dans les structures pour adultes handicapés en 2016 GIRONDE



Sources : FINESS 10/2016
Fonds IGN 2015 découpage au 01/01/2016
Exploitation et réalisation : ARS Nouvelle Aquitaine/DPSP/Pôle études, statistiques et évaluation - 16/01/2017

Les foyers de vie permettent d'accueillir des adultes handicapés disposant d'une certaine autonomie et ne relevant pas de foyers d'accueil médicalisés (FAM) ou de Maisons d'accueil spécialisées (MAS). Ces adultes ne sont toutefois pas aptes au travail en ESAT.

Les foyers d'accueil médicalisés (FAM) accueillent des personnes handicapées physiques ou mentales dont l'état de dépendance nécessite l'assistance d'une tierce personne.

Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) accueillent des adultes ayant besoin d'une aide humaine et technique permanente en raison de leur grande dépendance.

Le département de la Gironde est moins bien équipé que la région avec des taux d'équipement départementaux en établissements (MAS, FAM et foyers de vie) inférieurs aux taux régionaux et nationaux.

Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) sont au nombre de 20 en Gironde mais ne couvrent ni le Médoc ni le Nord-Gironde.

Trois places sur quatre se situent dans la Métropole bordelaise mais certains SAVS spécialisés interviennent dans tout le département.



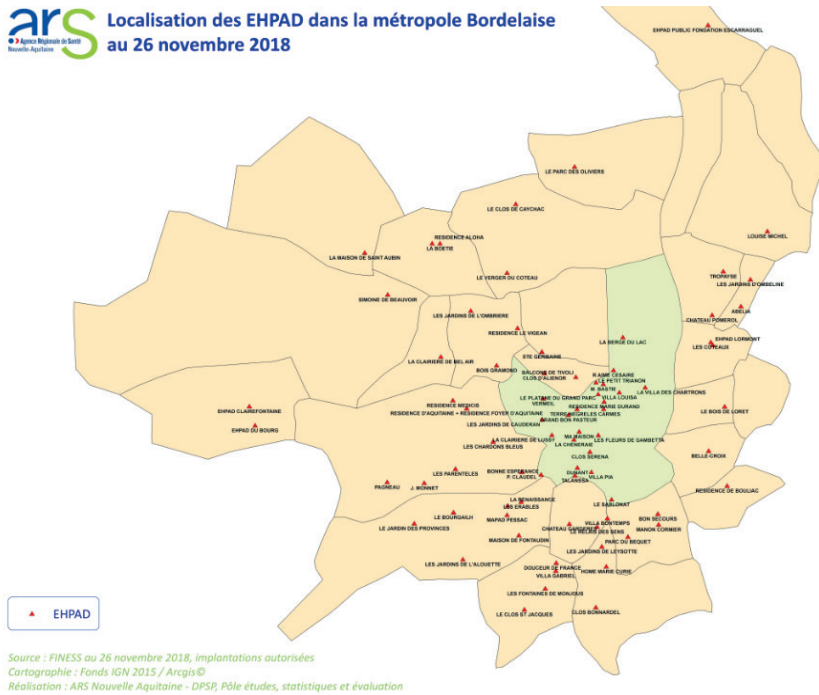
LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES



Localisation des EHPAD en Gironde (hors métropole) au 1er juin 2018



Source : FINESS au 1er juin 2018, implantations autorisées
 Cartographie : Fonds IGN 2015 / Arcgis®
 Réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPS, Pôle études, statistiques et évaluation

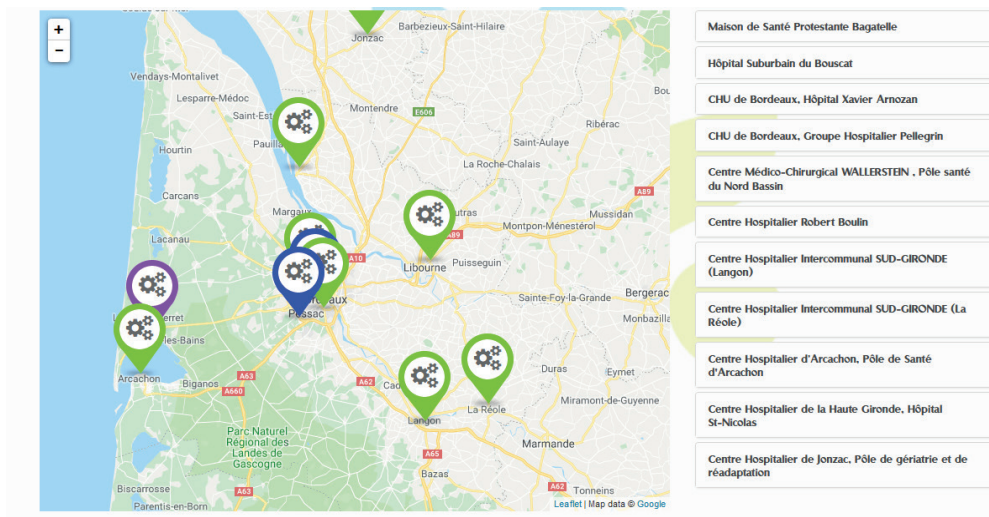


Environ 33000 personnes bénéficiaient de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) en Gironde en 2014. Un quart des bénéficiaires est âgé de plus de 75 ans.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) sont répartis dans l'ensemble du département et offrent 20500 places dans 311 structures (EHPAD, résidences autonomie, Unité de soins de longue durée – USLD, SSIAD et SPASAD). Bordeaux intra-muros compte 23 EHPAD (97 en prenant en compte ceux implantés sur le territoire de Bordeaux Métropole). Le Nord Gironde compte 8 EHPAD. **Avec 120 lits ou places médicalisés pour 1000 personnes âgées d'au moins 75 ans**, tous types d'établissements et services confondus en places médicalisées, **la Gironde affiche un taux d'équipement plus faible par rapport à la région**. Ce département est moins bien équipé que la région pour les USLD ainsi qu'en SSIAD.

Les territoires de proximité sont plutôt homogènes au regard de leur taux d'équipement. Pour l'accueil des personnes souffrant de la maladie Alzheimer, la Gironde présente un taux d'équipement proche du niveau régional, mais des disparités infra-départementales sont observées : le territoire du Bassin d'Arcachon offre deux fois plus de places que le territoire du Libournais pour les personnes âgées de 75 ans ou plus.

Les consultations mémoire sont réparties sur le territoire.





LA COORDINATION DES PARCOURS

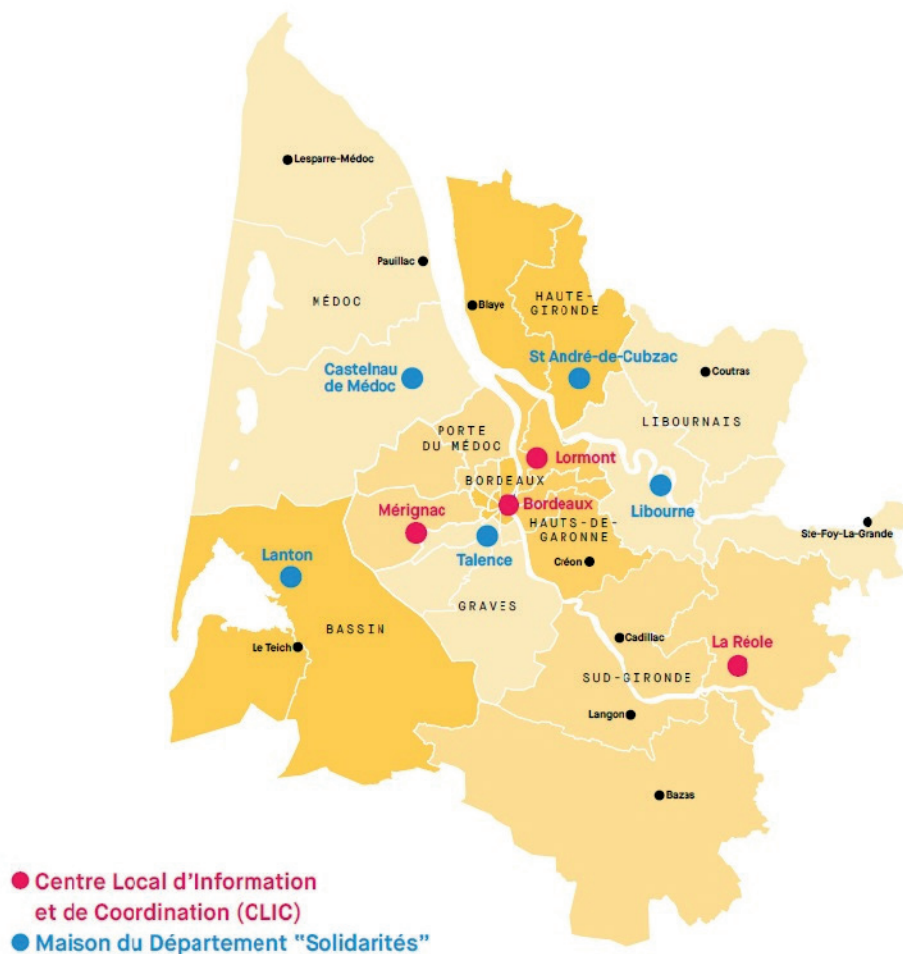
La multiplicité des dispositifs dédiés à l'accompagnement coordonné des populations spécifiques

Il existe de nombreux lieux et dispositifs de coordination des parcours en fonction des publics et/ou des pathologies concernées. Le but de ces lieux et dispositifs est de coordonner le parcours de soins et de promouvoir une approche qui permette une meilleure coordination du parcours de santé.

Les plateformes territoriales d'appui (PTA) permettent de coordonner les parcours de santé complexes et de limiter les ruptures de parcours ou les hospitalisations inutiles.

La méthode pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) permet d'assurer une meilleure lisibilité du système d'aides et de soins pour les personnes âgées de plus de 60 ans en s'inscrivant dans une approche pluri-professionnelle. Il existe 9 points de réception de proximité en Gironde.

Cinq **centres locaux d'information et de coordination (CLIC)** permettent aux personnes âgées et à leur entourage de s'informer sur leurs droits en Gironde. Deux associations, l'association France Alzheimer et France Parkinson, apportent un soutien aux malades et à leurs proches.





Le dispositif réponse accompagnée pour tous (RAPT) vise à limiter les ruptures de parcours pour les personnes en situation de handicap en coordonnant les acteurs du champ du handicap.

La MDPH de la Gironde a déployé en 2017 l'expérimentation portant sur le **Plan d'accompagnement global (PAG)** qui permet d'apporter une réponse individualisée et coordonnée aux personnes handicapées. Ces instances permettent une articulation entre les secteurs sanitaire, social et médico-social qui sont un enjeu majeur dans le parcours de santé de la personne, en particulier dans le champ de la santé mentale.

En 2017, sept PAG ont été élaborés et mis en place.

Le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO/115) a pour objectif de répondre à des situations d'urgence sociale, notamment en répondant aux demandes d'hébergement d'urgence. 450663 appels à destination du 115 ont été émis en 2015.

Les équipes de soins primaires (ESP) permettent aux professionnels de santé d'élaborer un projet de santé commun pour une patientèle donnée. Elles peuvent s'intégrer à des formes de coopération comme les maisons de santé pluri-professionnelles ou sous des formes moins intégratives.

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) visent principalement à améliorer l'offre de soins au niveau d'un territoire et à coordonner l'action de professionnels de santé. Il n'existe pour l'instant aucune CPTS en Gironde.

Un réseau de santé, l'Escale Santé en Sud Gironde, permet un meilleur accès aux soins et une coordination entre professionnels de santé.

Les contrats locaux de santé (CLS) visent à réduire les inégalités territoriales de santé et comportent un axe de travail concernant la santé mentale. Les CLS existants couvrent les territoires du Libournais, de la Haute Gironde, du Médoc, de Bordeaux, de Bordeaux Métropole.

Le conseil local de santé mentale (CLSM) permet une coordination des acteurs participant à la prise en charge en santé mentale et de définir une stratégie commune de promotion de la santé mentale.

Deux CLSM, celui de la ville de Bordeaux et celui du Sud Gironde, permettent le développement d'une stratégie locale en santé mentale.

Les ateliers santé ville (ASV) permettent aux élus locaux de se coordonner dans leur travail sur les questions de santé en associant les habitants.

Les quartiers prioritaires de la ville (QPV) visent à compenser les écarts de niveau de vie avec des quartiers plus favorisés.

En Gironde, 15 communes regroupant 23 QPV sont concernées. La majorité des QPV se trouvent sur le territoire de Bordeaux Métropole ainsi que dans quelques zones rurales.



LES DÉFAUTS DE PRISE EN CHARGE

Malgré ces dispositifs, il demeure encore des **situations de défaut de prise en charge** se traduisant par une prise en charge inadéquate ou insuffisante en Gironde.

La psychiatrie est particulièrement concernée par ces situations, notamment au regard du nombre d'hospitalisations de très longue durée ou du manque de coordination des acteurs sur le parcours de santé du patient.

Le non-recours aux soins psychiatriques, la forte stigmatisation sociale, le manque de communication entre acteurs, la mauvaise articulation entre la ville et l'hôpital sont des facteurs identifiés par les groupes de travail du PTSM qui se concrétisent en une prise en charge inadaptée au détriment du patient.

En 2017, une étude **sur 415 patients au long cours** a été réalisée et a montré que ces derniers occupaient 26,1 % de la capacité des établissements étudiés, représentant 140353 journées d'hospitalisation.

Les résultats de cette étude ont montré, pour le secteur public (qui concentre 76 % de ces patients), qu'une prise en charge alternative, notamment en établissement médico-social pour adultes handicapés ou pour personnes âgées, serait plus adaptée.

On observe plus **d'un tiers d'hospitalisations au long cours inadéquates** dans le secteur public. Le manque de places dans des établissements adaptés à ces patients (FAM, MAS, ESAT, foyer d'hébergement, foyer occupationnel, IME) est le principal facteur explicatif d'une part importante d'hospitalisations inadéquates.

L'état des lieux territorial ainsi synthétisé a fait l'objet d'une analyse par les groupes de travail dont le résultat est présenté sous la forme de tableaux synthétisés dans la partie qui suit.



PARTIE II

ANALYSE DES BESOINS ET FORCES DU TERRITOIRE





INTRODUCTION

Cette partie analytique est issue des réunions des groupes de travail qui ont œuvré à l'élaboration d'un diagnostic territorial partagé et se sont efforcés de **relever les forces et faiblesses des structures et dispositifs existants**.

A partir de ce travail commun, **les acteurs du diagnostic partagé** ont proposé des **pistes d'amélioration** résumées dans les tableaux *infra*.

Ces tableaux synthétiques ont été élaborés conformément à la méthodologie de travail dans le cadre de laquelle chaque groupe a analysé une des six priorités définies et précisées par le *décret du 27 juillet 2017 et l'instruction N°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 explicitant les modalités de rédaction des PTSM*.

Les priorités présentées dans les tableaux sont les suivantes, elles-mêmes déclinées en axes afin d'appréhender les problématiques liées à la santé mentale dans leur globalité :

- **Priorité 1 – Repérer les troubles précoces et améliorer l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements**
 - Axe 1 : sensibilisation des acteurs au repérage des signes d'alerte
 - Axe 2 : partenariat entre psychiatrie et médecine générale
 - Axe 3 : accès au diagnostic et au suivi psychiatrique
 - Axe 4 : accès aux expertises au niveau régional ou national
 - Axe 5 : accompagnements sociaux et médico-sociaux
 - Axe 6 : partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux
- **Priorité 2 – Permettre un parcours de santé et de vie sans rupture en vue du rétablissement et de l'insertion sociale des personnes présentant des troubles psychiques**
 - Axe 1 : l'organisation d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité
 - Axe 2 : l'organisation de l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale
 - Axe 3 : l'organisation du maintien dans le logement ou de l'accès au logement
 - Axe 4 : l'organisation du maintien dans l'emploi ou de l'accès à l'emploi
 - Axe 5 : l'organisation du maintien ou de l'accès à la scolarisation et aux études
 - Axe 6 : l'organisation de l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives
 - Axe 7 : l'organisation du soutien aux familles et aux proches aidants
- **Priorité 3 – Améliorer l'accès des personnes présentant des troubles psychiques aux soins somatiques**
 - Axe 1 : le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé
 - Axe 2 : l'organisation par les établissements de santé autorisés en MCO d'un accueil et d'un accompagnement adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques
 - Axe 3 : l'organisation de l'accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie
 - Axe 4 : L'organisation d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les établissements



Priorité 4 – Prévenir et prendre en charge les situations de crise et d'urgence

- Axe 1 : l'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise d'urgence
- Axe 2 : l'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques
- Axe 3 : l'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide ou en sortie)

• Priorité 5 – Promouvoir les droits des personnes présentant des troubles psychiques et renforcer leur pouvoir d'agir afin de déstigmatiser la santé mentale

- Axe 1 : le respect et la promotion des droits
- Axe 2 : la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques
- Axe 3 : le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches
- Axe 4 : le développement des modalités de soutien par les pairs

• Priorité 6 – Agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

- Axe 1 : les actions visant à agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale
- Axe 2 : les actions visant le renforcement des compétences psychosociales (CPS)

Le travail de synthèse des pistes d'amélioration proposées par les groupes de travail s'est concrétisé par un **plan d'actions duquel découle une série de fiches action.**



PRIORITÉ 1

Repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

1. LES CONSTATS

Le groupe de travail sur la priorité 1 a mis en avant plusieurs constats :

CONSTATS GÉNÉRAUX

- **La lisibilité et la connaissance des acteurs et des services dans le champ de la santé mentale restent complexes.** La mise en œuvre d'un outil unique et partagé permettrait une meilleure lisibilité de l'offre et faciliterait l'orientation des usagers et des professionnels.
- **Les Plateformes Territoriales d'Appui sont développées afin de faciliter l'accueil, l'information et l'orientation des professionnels et des usagers et d'apporter un soutien à la coordination des situations complexes.** Pour cela, des plateformes sont développées au niveau départemental, avec des outils facilitant la coordination des professionnels (annuaires, systèmes d'informations partagés etc.)
- Territoire rural, le **Sud Gironde a fait l'objet d'une analyse spécifique.** Les participants ont notamment souligné :
 - Un impact négatif important en termes de socialisation des situations des adolescents non demandeurs associé à un retard dans l'accès aux soins.
 - La nécessité d'améliorer les conditions d'un repérage précoce et de l'accès aux soins de des adolescents présentant une clinique du repli et/ou de l'agir sans demande.
 - Le recours à l'hospitalisation ou aux dispositifs d'urgence pourraient diminuer grâce à un travail d'amont.
- **Les enjeux liés à la télémédecine ont été analysés et il a été constaté pour la Gironde :**
 - de fortes **disparités en termes de couverture médicale** alors que La Gironde est le département le plus étendu de France métropolitaine.
 - la télémédecine est un **moyen d'économiser du temps de déplacement** de professionnels dans le cadre de téléconsultations ou de télé expertises.
 - **les populations accueillies en ESMS ont plus de difficultés d'accès aux soins que les autres** alors que l'accès aux soins spécialisés des publics fragiles est une priorité des GCS santé mentale du territoire.
 - **Les acteurs sont déjà mobilisés dans le champ de la télémédecine comme en témoigne un nombre important de projets menés par différents acteurs en milieu sanitaire et médico-social** : CHU/Xavier Arnoz, GCS Rives de Garonne, TéléAVC, TéléEEG, dialyses, Téléodontologie, imagerie médicale : Krypton, télésurveillance des DMIC, suivi au domicile en cancérologie, plaies et cicatrises etc.



CONSTATS SUR DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES



- Dans certains territoires du département, le repérage précoce est impossible en raison du **délai d'attente des CMPI et du manque d'offre libérale alternative ce qui entraîne un retard de prise en charge (jusqu'à 18 mois d'attente)**. A défaut de meilleure solution, les établissements scolaires orientent les familles vers la MDPH, alors que le jeune n'a bénéficié d'aucune prise en charge de première intention. La prise en charge précoce et globale, avant 30 mois, permet d'infléchir des trajectoires développementales défavorables voire déficitaires, à un âge particulièrement sensible aux remaniements.
- Pour **les adolescents**, les familles et les établissements scolaires orientent vers les consultations et hospitalisations souvent dans l'urgence de la crise, voire vers la MDPH pour une admission en établissement médico-social. **Aussi bien pour les enfants que pour les adolescents, les délais de prise en charge sont trop longs**. Un premier rendez-vous obtenu plus précocement permettrait de réduire les ruptures de parcours. Le travail **des équipes mobiles spécialisées « petite enfance » ou « adolescence »** (en lien avec les médecins généralistes, la PMI, les établissements scolaires) montre que **les orientations vers les soins sont plus adaptées quand le dépistage est précoce et qu'elles peuvent diminuer le recours aux orientations MDPH**.
- Pour **les jeunes en situations complexes**, il est constaté que **les équipes des MECS, des établissements Protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ), voire médico-sociaux (ITEP notamment)**, peuvent se trouver en difficulté pour accompagner certains jeunes en situation de crise. **Le recours à l'hospitalisation psychiatrique est difficile, pas toujours justifié, et non durable**.
- **Pour certains jeunes**, il est constaté des hospitalisations en psychiatrie récurrentes suite à crises classiques, avec un diagnostic non définitif et nombreux allers-retours entre structures sociales et psychiatrie.
- **Les difficultés scolaires** de certains jeunes sont ressorties lors du diagnostic. Elles peuvent se traduire par une déscolarisation voire une désocialisation qui peut perturber l'accès aux soins ou leur continuité. Lorsque le jeune et sa famille n'ont bénéficié d'aucune aide extérieure au milieu scolaire (CMP par exemple), ils ont **plus de difficultés à se saisir des propositions faites lors des réunions d'équipe éducative**. Les propositions de soins ou de bilans des enseignants sont parfois directement adressées aux familles sans concertation préalable avec le psychologue ou le médecin de l'éducation nationale. Les participants s'accordent sur :
 - La nécessité d'un repérage précoce du « décrochage ».
 - L'importance du réseau constitué de l'infirmier de l'établissement, du médecin scolaire, du médecin généraliste, du pédiatre et éventuellement des services de soins de psychiatrie.
 - Le travail avec les familles.
 - La question de la continuité des soins et de la scolarité, toutes deux liées.
- **La population migrante** est en forte augmentation sur le département (40 % en 2015-2018) et concerne de façon croissante des mineurs, en famille ou isolés. Il est constaté une **surreprésentation des enfants de migrants en termes de morbidité, de difficultés éducatives et d'échec scolaire** et un moindre accès aux dispositifs d'aide et aux soins.
- **La situation des mineurs non accompagnés (MNA) est préoccupante**. Ils sont confiés au Département de Gironde sont orientés sur des structures d'hébergement et d'accompagnement éducatif sur le territoire girondin (Métropole, Sud Gironde, Bassin d'Arcachon) et ce, jusqu'à leurs 18 ans. Ce sont des jeunes qui, pour la plupart, ont subi des parcours migratoires complexes (originaires d'Afrique Sub-saharienne ou des régions de l'Afghanistan, Pakistan, Bangladesh), longs et traumatiques et dont l'avenir après la majorité est très incertain en termes de régularisation. Les participants ont souligné les constats suivants pour les MNA :



- **Des difficultés de repérage des troubles psychiques par les équipes éducatives** qui ne sont pas formées.
- Une méconnaissance et des **représentations négatives** que les jeunes peuvent avoir sur les professionnels **de la santé mentale**.
- De nombreux MNA sont âgés de 15 à 18 ans, ce qui implique une **difficulté de repérage de la structure** à saisir (enfant, adolescent, adulte).
- Les **délais d'attente pour les rendez-vous** (CMP, CMPEA, Consultation transculturelle etc...)
- Accès limité au secteur libéral avec une affiliation CMU-C parfois interrompue (renouvellements longs, changement de modalités administratives à la majorité)
- La complexité de la clinique qui nécessite une approche transculturelle et des diagnostics complexes (cognitifs, psychiatriques, transculturels) nécessitant une approche pluridisciplinaire.
- **Les structures spécialisées accueillant des migrants** (consultation transculturelle, EMPP) **n'ont pas de compétence pédopsychiatrique** et ne trouvent pas de relais auprès des structures pédopsychiatriques.
- **Les équipes pédopsychiatriques sont en difficulté pour accueillir les familles migrantes** : obstacle de la sectorisation, délais d'accueil, faible développement de l'interprétariat, manque de formation transculturelle des professionnels, absence de validité des outils diagnostics habituels (notamment orthophoniques et psychologiques).



2. ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSES ET PISTES D'AMÉLIORATION

Analyse - Diagnostic Global	
Axe1 - Sensibilisation des acteurs au repérage des signes d'alerte	
Forces	
<p>Existence de supports représentant des outils d'aide au repérage des 1^{ers} signaux d'alerte (ex : « Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent » - « Une école bienveillante face aux situations de mal-être des élèves ») disponibles en ligne pour le réseau de l'Education Nationale.</p> <p>Existence d'une MDA (Maison Des Adolescents) avec antennes.</p> <p>Existence de nombreux dispositifs d'information ou d'intervention sur le territoire pouvant servir de socle à une amélioration de la sensibilisation au repérage des troubles psychiques de la petite enfance à la personne âgée (PMI, MDPH, acteurs sociaux et médico-sociaux...).</p> <p>Un programme de prévention du risque suicidaire en cours de déploiement sur le territoire existe depuis 2013 et a permis de former plus de 800 personnes formant un réseau animé par des référents territoriaux.</p> <p>Existence de plusieurs structures de repérage et notamment le programme Monalisa, permettant de lutter contre l'isolement de la personne âgée.</p> <p>Le Réseau périnatalité offre une prise en charge précoce permettant de limiter les risques sur la santé mentale des mères et de leurs enfants.</p>	
Faiblesses	Pistes d'amélioration
<p>Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>L'offre diversifiée en santé mentale est peu lisible ce qui impacte son efficacité.</p> <p>Les structures de repérage sont insuffisamment sensibilisées et coordonnées pour orienter rapidement vers une détection de troubles psychiques (crèches, écoles, centres de loisirs, médecine du travail, services RH entreprises, Pôle Emploi, bailleurs sociaux, associations...).</p> <p>Certains professionnels de première ligne sont isolés et ne trouvent pas suffisamment de relais pour orienter après repérage.</p>	<p>Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>L'offre de services en santé mentale devrait être référencée à l'échelle du département afin d'améliorer sa lisibilité et de faciliter l'accès aux ressources.</p> <p> Cf. Fiche action n°1</p> <p>Ce référencement doit inclure les structures de veille et de repérage.</p> <p>Des équipes mobiles de consultations spécialisées pour la petite enfance et les adolescents  Cf. Fiche action n°4</p> <p>permettraient un meilleur repérage et prise</p>



<p>Les partenaires non spécialisés issus des secteurs social et médico-social manquent de formation et d'informations pour repérer les signes liés à des troubles psychiatriques.</p> <p>Il est globalement constaté un manque de sensibilisation à la maladie mentale de certains secteurs, en particulier le monde du travail. De même, le grand public n'y est pas sensibilisé. En outre, les acteurs manifestent une connaissance imprécise de l'organisation du programme national de prévention.</p> <p>Les jeunes ne viennent pas spontanément sur des groupes de paroles, les actions de prévention doivent donc s'opérer dans les lieux où ils se trouvent.</p> <p>Les initiatives d'accès aux soins en santé mentale (identifier le bien-être/ mal-être, les points d'appuis et les conduites ressources) sont entravées par des représentations péjoratives. La MDA est présente aujourd'hui sur 4 territoires (Bordeaux, Médoc, Sud Gironde, Bassin) avec 7 lieux de permanences, son implantation territoriale est partielle avec des territoires non couverts (Blayais, Libournais).</p> <p>Les médecins généralistes ne sont pas assez sensibilisés au risque suicidaire.</p> <p>Les urgences pédiatriques sont insuffisamment articulées avec la permanence des soins psychiatriques.</p> <p>Les milieux de vie de l'enfant comme l'école ou le domicile sont insuffisamment ciblés par des actions de prévention en santé mentale. En milieu scolaire plus particulièrement, les équipes sont</p>	<p>en charge et pourraient réduire les délais d'obtention d'un premier rendez-vous en CMP ou en structures spécialisées.</p> <p>Les professionnels, notamment de premier recours, doivent être mieux formés en santé mentale. Ces professionnels formés pourraient constituer un réseau (réseaux médicaux, coordinateurs territoriaux, référents, sentinelles etc.). Une attention particulière doit être portée sur les formations croisées entre professionnels et associations d'usagers.</p> <p>Les MDA ont des missions de formation/ sensibilisation en direction des professionnels qui œuvrent auprès des adolescents. Un développement plus large de ces actions serait souhaitable. La gratuité de ces espaces de formation étant la condition de l'accès à grand nombre de professionnels, un modèle économique reste à trouver.</p> <p>Il conviendrait de poursuivre le développement de l'approche partenariale entre les établissements et les différents services (rencontres régulières MDA/IDE scolaire, MDA/missions locales, services et établissements sociaux) et développer des actions de prévention/sensibilisation autour de la santé mentale des adolescents. Un développement des antennes territoriales de MDA et une augmentation des plages horaires d'accueil-écoute des jeunes et des parents seraient un plus pour le territoire.</p> <p>Les bilans de santé CPAM, limités à un diagnostic somatique, pourraient être étendus à des bilans psychiques.</p> <p>La formation du grand public via l'expérimentation de l'action de repérage précoce type « <i>Premiers secours en santé mentale</i> » permettrait de sensibiliser tous</p>
--	--



<p>souvent désarmées face aux troubles psychiques des enfants et des adolescents.</p> <p>Les familles et les professionnels de l'urgence peuvent contribuer à la banalisation des signes d'alerte.</p>	<p>les acteurs.</p> <p>Une meilleure coordination entre acteurs passe par un développement d'outils communs et l'adoption de positions et connaissances communes pour améliorer le repérage et son traitement.</p>
--	--

Axe 2 - Partenariat entre psychiatrie et médecine générale

Forces

Les CMP forment un maillage territorial nécessaire à la prise en charge et l'accès aux 1^{ers} soins spécialisés et sont complémentaires à l'action des médecins généralistes.

Le déploiement des espaces de coopération locaux tels les CLS, CLSM et l'URPS permettent une complémentarité indispensable dans le champ de la santé mentale.

Faiblesses

Pistes d'amélioration

Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :

Les médecins généralistes de premier recours peuvent rencontrer des difficultés à orienter leurs patients vers une consultation de psychiatre dans un délai raisonnable.

Les délais d'obtention d'un premier rendez-vous avec un psychiatre en CMP sont trop longs (de 2 à 6 mois en moyenne en fonction des territoires).

La prise en charge est parfois inadaptée avec une orientation inadéquate vers un service d'urgences.

Malgré le maillage territorial existant, l'offre en santé mentale est inégalement répartie sur le département avec des carences dans le Médoc, le Sud Gironde et la Haute Gironde.

Il est relevé par ailleurs l'existence de patients sans médecins traitants pouvant générer des ruptures ou bien un accompagnement tardif dans les soins.

Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :

Un partenariat efficace entre la psychiatrie et la médecine générale passe par la mise en place d'outils partagés qui permettraient un meilleur accès aux soins et un suivi conjoint

Cf. Fiche action n°12




(ex. : formations croisées/stages de comparaison, fiche de liaison URPS, messagerie sécurisée, plateformes de partage d'informations, dossier médical partagé, chemins cliniques communs).

La téléconsultation/téléexpertise doit être déployée en appui de l'action des médecins généralistes.

Cf. Fiche action n°2

L'expérimentation des consultations remboursées chez les psychologues libéraux, pour enfants et adultes pourrait être déployée aux fins de compléter les opportunités de consultation et prises en charge.



	L'identification et l'accompagnement des patients vers un médecin traitant doivent être systématique, en particulier au sortir d'une prise en charge ambulatoire ou hospitalière.
Axe 3 - Accès au diagnostic et au suivi psychiatrique	
Forces	
<p>De nombreuses structures sanitaires et médico-sociales (CMPEA CAMPS CMPP) permettent aux jeunes un premier accès aux soins spécialisés, notamment des troubles autistiques, des évaluations de retards de langage, des Dys etc.... et un parcours d'orientation coordonné avec les PMI présentes sur tout le territoire</p> <p>D'autres structures spécialisées comme les centres experts, ressources ou de référence permettent d'établir un diagnostic et contribuent au suivi psychiatrique des patients (schizophrénie, bipolarité, autisme, déficits de l'attention et hyperactivité, pathologies anxieuses et dépression, <i>dysphorie du genre</i>, réhabilitation, prévention de la délinquance sexuelle, prise en charge post-traumatique etc.).</p>	
Faiblesses	Pistes d'amélioration
<p>Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Les CMP et CMPEA sont fortement sollicités dans leur mission de bilan-diagnostic et le territoire est insuffisamment couvert, notamment dans les milieux ruraux, ce qui engendre des difficultés d'accès aux soins.</p> <p>Il existe encore des freins à l'accès au soin, d'ordre psychologique, financier et/ou de mobilité.</p> <p>Les CMP et CMPP sont parfois mal différenciés en milieu rural où l'adressage se fait surtout sur le critère de la proximité géographique.</p> <p>Des liens entre les CMPP et la MDPH insuffisants.</p> <p>Les jeunes placés sous-main de justice particulièrement sujets à des ruptures de parcours caractérisées par un manque de continuité dans les suivis sanitaires généralistes et spécialistes.</p> <p>Des "urgences" psychiatriques saturées, notamment en raison du triplement depuis 3 ans des passages d'enfants de moins de 15 ans.</p> <p>Les CAMSP manquent de places alors même que les PMI ou l'Education Nationale adressent de plus de plus de demandes dans ces structures.</p> <p>La prise en charge néonatale en CAMSP manque de relais et il est difficile d'adresser des patients</p>	<p>Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Etude de l'organisation optimisée des CMP et CMPEA en ouvrant les périodes d'accueil et en proposant des plages d'urgence, points d'amélioration évoqués également dans le cadre de l'enquête ARS sur les CMP du territoire.</p> <p> Cf. Fiche action n°3</p> <p>Développer au profit des jeunes des équipes mobiles ressources spécialisées pour "aller au-devant" des personnes se trouvant dans des structures sociales, médico-sociales, les familles d'accueil et les services et établissements accueillant des jeunes au titre de l'ASE.</p> <p> Cf. Fiche action n°4</p> <p>Une meilleure coordination territoriale des acteurs devrait se traduire par le développement de réponses communes à des projets de dispositifs partagés</p> <p> Cf. Fiche action n°23</p> <p>(par exemple : appel à manifestation d'intérêt sur la plateforme de repérage précoce des enfants souffrant de TND/TSA; plateformes PCPE, dispositifs liés à l'emploi ou au logement...).</p>



diagnostiqués vers des structures adaptées.
Une population d'adolescents en refus scolaire est repérée. Leur déscolarisation plus ou moins franche, progressive ou brutale, entraîne une désocialisation qui peut perturber l'accès aux soins ou leur continuité et empêche qu'une démarche diagnostique puisse être menée pour aboutir à une offre de soin accessible.

Les situations personnelles se complexifient et il est nécessaire de prendre en compte de multiples problématiques sociales, culturelles, environnementales, médicales, psychologiques, de violence conjugale, de recompositions familiales...
On observe un phénomène similaire avec une insuffisance de la prise en charge des pluridéficiences à haut risque et du développement concomitant de troubles psychiques secondaires.

En raison de la crise migratoire, il est constaté un flux important de migrants (+ 40 % entre 2015 et

Afin de réduire les délais d'accès à une prise en charge adaptée, il conviendrait de **créer un dispositif de consultation partagé entre la pédopsychiatrie et les établissements scolaires ce qui permettrait de diagnostiquer plus précocement eu égard à l'engorgement des CMP.** 🔍 [Cf. Fiche action n°5](#)

La création, à titre expérimental, d'une Équipe mobile attachée à une Unité de Soins et de Maintien de la Scolarité (USMS), pourrait répondre aux besoins d'adolescents d'une Zone d'Animation Pédagogique déterminée (Métropole Bordelaise), 🔍 [Cf. Fiche action n°6](#)
et favoriser un maintien en milieu scolaire.

Il convient également de cibler des territoires moins urbanisés comme le Sud Gironde où pourrait être **créée une équipe mobile à destination des adolescents non demandeurs de soins.**
🔍 [Cf. Fiche action n°6](#)

La généralisation d'espaces de coopération tels que les CLSM sur l'ensemble du territoire contribuerait à prendre en compte les aspects multidimensionnels de la santé mentale sur l'ensemble du département. Les situations complexes, qui sollicitent de nombreux acteurs, pourraient être analysées grâce à des outils communs de repérage et une coordination des structures.

Il est nécessaire de former les professionnels sur les TSA et l'accompagnement et le diagnostic des troubles DYS.

L'amélioration du repérage via les réseaux d'aides spécialisées, les référents, les sentinelles (ex. : réseau d'aide aux élèves en difficulté type Rased, ex. sentinelle prévention risque suicidaire) doit permettre un meilleur accès au diagnostic.

La poursuite de l'expérimentation sur les



<p>2018) et en particulier une augmentation de mineurs primo-arrivants (de 8 000 en 2016 à 25 000 en 2018 sur le plan national, la Gironde représentant le 4^{ème} département accueillant) pour lesquels l'accueil et l'accompagnement peut s'avérer insuffisant et insatisfaisant.</p>	<p>coordonnateurs de parcours diagnostic (ex le "case manager" au sein du Centre Ressources Autisme) permet un meilleur diagnostic chez les patients et une coordination des parcours de soins.</p> <p>Un renfort du rôle des infirmiers au regard des possibilités permises par les pratiques avancées infirmières (IPA) en psychiatrie pourraient aussi apporter une première réponse aux demandeurs de soins.</p> <p>Il est relevé la nécessité de créer une équipe ressource de pédopsychiatrie transculturelle. 🔍 Cf. Fiche action n°4</p> <p>La spécificité de la prise en charge de cette population vulnérable doit faire l'objet d'une action visant à accompagner la souffrance psychique des MNA. 🔍 Cf. Fiche action n°4</p>
--	---

Axe 4 - Accès aux expertises au niveau régional ou national

Forces

Plusieurs structures expertes, référentes ou ressources sont réparties dans la métropole bordelaise. Elles prennent en charge diverses pathologies : schizophrénie, bipolarité, autisme, déficits de l'attention et hyperactivité, pathologies anxieuses et dépression, *transgender*, réhabilitation psycho-sociale, violences sexuelles, post-traumatisme etc. et proposent une prise en charge adaptée pour les patients nécessitant des soins spécialisés.

Faiblesses

Les faiblesses constatées par le groupe de travail portent sur une identification insuffisante des structures expertes, référentes ou ressources et leur concentration dans la métropole bordelaise (Casperтт à Lormont et l'offre du CHCP à Bordeaux).

Pistes d'amélioration

Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont centrées autour d'une meilleure communication sur les ressources d'expertise et une clarification des positionnements respectifs des différents centres.

Axe 5 - Accompagnements sociaux et médico-sociaux

Forces

La démarche nationale « réponse accompagnée pour tous » et la création de Pôles de Compétences et de Prestations Externalisée (PCPE) permettent une prise en charge améliorée des personnes handicapées, de leur famille et aidants.

Faiblesses

Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :




Il demeure encore des personnes en situation de

Pistes d'amélioration

Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :

Afin d'améliorer la coordination entre les



<p>handicap sans solution d'accompagnement.</p> <p>Des difficultés de coordination entre les structures d'accueil d'urgence, comme le centre départemental de l'enfance, et les structures de suivi psychiatrique en dehors des situations critiques ont été relevées.</p> <p>Une information parfois incomplète du dossier administratif MDPH à élaborer aux fins d'accéder aux soins ou aux structures idoines peut perturber le choix de l'orientation optimale.</p>	<p>acteurs, au travers de la structuration de l'animation d'une politique territoriale de santé mentale.</p> <p> Cf. Fiche action n°23</p> <p>Porter à la connaissance des partenaires, les conditions et les délais relatifs à l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux et notamment ceux liés à l'instruction des mesures par la MDPH.</p> <p>Une précision de l'articulation et des missions des SAMSAH et SAVS ainsi qu'un assouplissement du recours à l'un ou l'autre des dispositifs en lien avec la MDPH permettrait d'éviter des doublons d'orientations.</p>
<p>Axe 6 - Partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux</p>	
<p>Forces</p>	
<p>Les trois groupements de coopération sanitaires regroupant les secteurs sanitaires et médico-sociaux prestataires de santé mentale (notamment par la mise à disposition de temps de psychiatres au sein des ESMS), sont un atout pour le territoire.</p> <p>Une autre force est celle des Groupes de coordination locale en santé mentale (GCLSM) qui permettent, au sein de certains CMP, d'analyser des cas complexes grâce à l'éclairage de professionnels issus de secteurs différents.</p>	
<p>Faiblesses</p>	<p>Pistes d'amélioration</p>
<p>Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Une insuffisance de traitement de fond des situations complexes mêlant des problématiques psychiatriques et sociales et des liens insuffisants entre le secteur de la l'ASE/ PJJ et le secteur sanitaire.</p>	<p>Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Le développement de la télémédecine doit permettre de renforcer le lien entre la psychiatrie et le secteur médico-social au profit des personnes âgées et des personnes handicapées.</p> <p> Cf. Fiche action n°2</p> <p>L'action des Groupe de Coordination locale en Santé Mentale (GCLSM) est à valoriser, généraliser, au sein de l'ensemble des CMP de Gironde.</p> <p> Cf. Fiche action n°7</p> <p>Le déploiement sur l'ensemble du territoire et la structuration des CLSM pourrait répondre aux besoins de santé communautaire.</p>



	<p>La création d'une culture commune et le décloisonnement des secteurs doivent passer par des formations communes, des stages d'immersion et des actions de sensibilisation (colloques, conférences).</p>
--	--



PRIORITÉ 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

1. LES CONSTATS

Le groupe de travail sur la priorité 2 a mis en avant plusieurs constats :

CONSTATS GÉNÉRAUX

- **Les suivis ambulatoires de patients souffrant de troubles psychiatriques graves doivent s'inscrire dans une prise en charge pluridisciplinaire**, et intégrer des soins orientés sur le rétablissement, en particulier via le renforcement de l'action des SAMSAH et SAVS. Le nombre de places dans ces structures est insuffisant et leur **répartition est très inégale sur le territoire**. De plus, **La spécificité des missions confiées aux SAMSAH et aux SAVS est largement méconnue d'un grand nombre de professionnels de santé**.
- **La carence de ressources**, tant humaines que matérielles, **et le cloisonnement de la prise en charge** peuvent être à l'origine de ruptures de parcours, et, pour les professionnels, de situations d'épuisement.
- Les **délais trop longs d'obtention d'un premier rendez-vous**, les **délais d'orientation par la MDPH** et **le déficit de places disponibles sur certains territoires** sont un frein important au repérage précoce des troubles psychiques.
- **L'hospitalisation à domicile (HAD)** est déployée à titre expérimental en psychiatrie. Il existe 3 équipes d'HAD (2 en psychiatrie adulte pour un total de 30 places, 1 en pédopsychiatrie pour un total de 10 places) toutes situées au CH Charles Perrens. On observe une corrélation entre augmentation du nombre de journées d'HAD et la diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) des unités intra-hospitalières du pôle BSM du CH Charles Perrens.
- Malgré la **volonté de développer des alternatives à l'hospitalisation complète**, les équipes hospitalières sont confrontées à des difficultés pour réunir les conditions permettant de mettre en œuvre la sortie (retour à domicile, structures d'aval, environnement socio-familial). Cette problématique génère **l'allongement de la durée d'hospitalisation sans bénéfice pour le patient**.
- Parmi les enjeux de vie sociale des personnes présentant des troubles psychiques figurent, en première ligne, le **logement et l'emploi**. Ces deux domaines sont parfois considérés de manière distincte alors que fortement imbriqués et souvent, **les dispositifs existants sont mal coordonnés, notamment en raison du niveau de technicité exigé pour y recourir et les articuler**. Les personnes présentant des troubles psychiques sont particulièrement vulnérables et ne formulent pas nécessairement de demande de soins et/ou d'accompagnement. **Leur maintien en logement et/ou dans leur statut de salarié peut être sérieusement menacé du fait de difficultés importantes** : impayés, troubles du voisinage, insalubrité du logement, isolement, absence injustifiées au travail, conflit avec l'équipe, etc. A noter que Bordeaux Métropole et le Département de la Gironde ont été retenus suite l'appel à manifestation d'intérêt « Logement d'abord ».
- L'accès aux activités sportives et à la culture a fait l'objet d'un traitement spécifique. Malgré la mise en place d'un dispositif spécifique (Plateforme Sport et Troubles Psychiques) initié par le Comité départemental du sport adapté 33, on observe que **l'offre d'activités physiques et sportives (APS) et d'activités physiques adaptées (APA) à destination du public en situation de handicap psychique reste encore inégale sur l'ensemble du territoire girondin**. A cela s'ajoute le manque de lisibilité sur la présence d'APA et/ou d'APS au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux.



- Les situations de handicap psychique, pour des raisons multifactorielles, peuvent rendre encore plus problématique **l'accès à la culture**. Malgré les diverses actions des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, il est constaté une inadaptation de l'offre. Il conviendrait de consolider les partenariats et l'accès aux dispositifs culturels pour renforcer le pouvoir d'agir des personnes en situation en handicap. Il faudrait d'abord référencer l'offre culturelle puis déterminer les carences à corriger afin de garantir un accès égalitaire quel que soit le handicap ou la situation de la personne.

CONSTATS SUR DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES

- Pour **les personnes prises en charge au long cours** en secteur sanitaire, on constate qu'un quart des journées d'hospitalisation correspondent à leur situation. **Pour deux tiers des patients, la prise en charge hospitalière n'est plus adaptée** mais se heurte à la difficulté du retour ou l'absence d'alternative adaptée.
- Pour les personnes se trouvant dans des **situations complexes**, des **commissions de situations médico-psycho-sociales complexes**, mises en place par le CHU de Bordeaux et le CH de Cadillac ont pour objectif une concertation inter-institutionnelle des acteurs du sanitaire, social et médico-social du territoire. Cette **démarche de case management** s'inspirant des MAIA, **doit être renforcée**.
- **Pour les personnes accédant à un dispositif de réhabilitation psychosociale (RPS)** en vue de leur rétablissement, on observe, malgré la création de centres de RPS, des territoires tel le **Libournais et le Blayais non pourvus en soins de proximité**. Il existe par ailleurs une hétérogénéité et une pluralité d'offre et des pratiques de RPS sur le territoire contribuant au **manque de lisibilité de l'offre globale**. L'initiative Aquirehab du C2RP à destination des professionnels et des usagers permet de répertorier l'offre en RPS.
- **Pour l'entourage des personnes vivant avec des troubles psychiques et confrontés à la justice pénale, il est constaté une** complexité des procédures judiciaires et des difficultés à apporter du soutien au proche placé sous main de justice. L'UNAFAM aide ce public spécifique.
- En ce qui concerne les **jeunes**, le groupe a constaté :
 - Une augmentation significative des signalements d'élèves dont le comportement difficile perturbe le fonctionnement des classes.
 - Des équipes enseignantes en souffrance et démunies et des personnels AESH en difficulté et démunies face à des enfants avec des comportements décalés voire « violents ».
 - Le recours de plus en plus fréquent à des aides externes aux écoles, en l'absence de stratégies pédagogiques adaptées à la prévention des ruptures scolaires.
 - L'absence de dispositifs soins-études pour les adolescents engagés ou souhaitant s'engager dans des études professionnelles

A titre d'exemple sur le manque de coordination entre le soin et les études, à l'hôpital de jour du Parc, il a été relevé que:





- 25 % des adolescents en demande d'admission sont déjà inscrits dans un parcours scolaire professionnel, et ne sont donc pas admis en HdJ.
- 20 % des patients déjà admis à l'HdJ se révèlent dans l'incapacité de suivre une scolarité de type lycée général, conduisant pour certains à une rupture de prise en charge.



2. ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSES ET PISTES D'AMÉLIORATION

Analyse - Diagnostic Global
Axe1- L'organisation d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité
Forces
<p>Les structures sanitaires de secteur (CMP et CMPEA) couvrent l'ensemble du territoire girondin.</p> <p>Le département est doté de centres experts d'appui dans la région bordelaise (centre expert schizophrénie, centre expert bipolaire, centre ERIOS, centre de référence régional des pathologies anxieuses et dépressives, réseau mère-enfant, centre ressource Autisme, centre expert Asperger, centre de référence Déficit attentionnel et hyper activité).</p> <p>Le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète et de déploiement d'équipes mobiles pour le repérage précoce et les soins intensifs ambulatoires soutiennent le dispositif :</p> <ul style="list-style-type: none">• Équipes d'HAD adulte sur Charles Perrens, équipes mobiles ACCESS (venant en appui des structures sociales et médico-sociales), EPIC, Équipe mobile ELISA pour le repérage Précoce des 12/16 ans sur le CH de Libourne, unité de géronto-psychiatrie ambulatoire de Cadillac unité d'évaluation gériatrique du CHU, EAGP (Equipe d'Appui Gérontologique de Proximité) d'AEIS qui intervient sur tout le Val de l'Eyre au domicile des personnes âgées de plus de 75 ans. Cette équipe travaille en partenariat avec l'Equipe Mobile de Gériatrie Extrahospitalière du CH d'Arcachon.• Des dispositifs de repérage et de soins sont disponibles pour les plus démunis : 3 EMPP interviennent sur le territoire et s'adressent aux personnes en grande précarité (et les migrants pour l'EMPP du CHCP), Plateforme santé vulnérabilité de Bordeaux, dispositif Care. <p>Les contrats locaux de santé (CLS) déployés sur le territoire sont le cadre d'une collaboration intersectorielle permettent la mise en œuvre d'actions concrètes en réponse à des besoins repérés et partagés en particulier en matière de santé mentale.</p> <p>Le développement des CLSM sur l'ensemble du territoire girondin (aujourd'hui 3 CLSM sont actifs : Bordeaux, Sud Gironde et le Grand Libournais).</p> <p>La mise en place à venir des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) sur l'ensemble du territoire sera un atout pour la connaissance et la coordination des différents acteurs.</p> <p>La mise en œuvre du dispositif coordonné de « réponse accompagnée pour tous » (PCPE) devrait permettre de répondre aux situations les plus complexes.</p> <p>Les MAIA permettent de fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus, en perte d'autonomie et qui a le souhait de rester à domicile.</p>



Faiblesses	Pistes d'amélioration
<p>Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Une équipe sociale de proximité doit accompagner les personnes présentant un trouble mental sévère et persistant dès le début du parcours dans une logique de prévention du handicap.</p> <p>Un cloisonnement des prises en charge qui deviennent inadaptées aux besoins des personnes du fait du régime des autorisations et des financements différenciés (ex FO-FAM/ SAMSAH-SAVS) crée des ruptures de parcours.</p> <p>Il est repéré une insuffisance en SAMSAH et en SAVS avec une répartition inégale sur le territoire girondin (notamment sur les territoires du Bassin, Médoc, Nord Gironde et Métropole rive droite).</p> <p>L'articulation et les missions des SAMSAH et des SAVS restent à préciser.</p> <p>Il est constaté également un retard au développement d'un « case management » social</p> <p>Des difficultés dans la communication des informations utiles à la fluidité des parcours sont ainsi relevées.</p> <p>L'offre sanitaire libérale ou hospitalière est essentiellement concentrée sur la Métropole de Bordeaux avec des psychiatres libéraux principalement conventionnés en secteur 2.</p> <p>Ceci amène une difficulté d'accès aux soins avec essentiellement un recours à la psychiatrie publique entraînant une saturation de la capacité d'accueil des CMP et recours inadéquats à des soins hospitaliers d'urgence.</p> <p>Les dispositifs mobiles (en particulier HAD, EMPP etc.) ne couvrent pas tout le territoire.</p> <p>Un certain nombre de personnes en situation de handicap psychique vivent à domicile sans prise en charge adaptée.</p> <p>Certains patients sont hospitalisés ou accueillis au long cours sans projet de soins ou d'accompagnement adaptés.</p>	<p>Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Il conviendrait de renforcer et d'optimiser les SAMSAH et les SAVS  Cf. Fiche action n°7 pour améliorer le parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiques graves en rendant accessible un accompagnement médico-social inclusif, souple et adapté.</p> <p>Le développement des gestionnaires de cas (réfèrent de parcours) ou « case manager » pour les patients présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée  Cf. Fiche action n°7</p> <p>à l'instar de ce qui a été mis en œuvre dans le cadre des MAIA devrait permettre d'accompagner de manière intensive et au long cours les patients en situation complexe.</p> <p>Le Déploiement d'un dispositif départemental de télémédecine en psychiatrie devrait permettre de réduire les inégalités d'accès aux soins.  Cf. Fiche action n°2</p> <p>La création et/ou le développement des équipes d'hospitalisation à domicile (HAD) en psychiatrie sur l'ensemble du territoire.  Cf. Fiche action n°7</p>



De plus, les situations de ruptures (sanitaire et sociale) fréquentes chez les jeunes confiés aux services d'aides à l'enfance (en particulier MECS, ITEP) entre 16 et 21 ans, se traduisant souvent par une précarisation voire des parcours d'errance.

Les unités de soins adultes comme pédopsychiatriques sont souvent en difficulté pour accueillir la tranche 15/18 ans, souvent hospitalisés dans des unités de psychiatrie adultes.

Les difficultés d'accès aux soins sont repérées notamment des étudiants malgré une diversité d'offre mais qui est inégalement répartie sur le territoire. Il n'existe pas de dispositif spécifique : CMP (en particulier de Bordeaux et communes de la Métropole accueillant les étudiants telles que Pessac, Mérignac (proximité des universités), Pass-Mirail, HDJ du Parc, le centre de réhabilitation, la MGEN, clinique Béthanie, CEID etc.

Une fréquence du recours aux urgences générales et psychiatriques des 16-18 ans dans des contextes de crise ou situations aiguës.

Une faiblesse de prise en charge spécialisée des troubles du comportement alimentaire (TCA) en particulier chez les adultes.

Pour l'addictologie, Il est constaté de nombreux opérateurs publics, privés, sanitaires et sociaux avec des services de niveau 1 et 2. Le niveau 3 est identifié.

Le département dispose de services de prévention et d'un réseau d'addictologie, mais il conviendrait de rendre l'offre plus lisible pour les bénéficiaires et les professionnels de santé de 1^{er} recours ou de spécialité.

Une part majoritaire de la population détenue présente des troubles psychiatriques et constitue une population complexe tant en termes de gestion de la détention que de préparation à la sortie pour l'administration pénitentiaire.

Une absence de lieu de soins spécifiques des personnes sous injonction ou obligation de soins orientés principalement vers les CMP généralistes.

La Mise en place d'une Commission des situations médico-psycho-sociales complexes dans les Centre Hospitaliers devrait permettre d'améliorer les parcours de soins et de coordination entre les professionnels du secteur sanitaire et social pour éviter les hospitalisations inadéquates.

La création de dispositifs intersectoriels gradués pour les 16-25 ans orientés vers les pathologies émergentes.

 **Cf. Fiche action n°10**

Il peut être envisagé de compléter les dispositifs existants auprès des jeunes adultes avec des structures coordonnées expérimentales type « Pass mirail ».

Structurer la filière et l'offre de soins graduée en addictologie sur le territoire de la Gironde  **Cf. Fiche action n°11**



Axe 2 - L'organisation de l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale

Forces

Labélisé par L'ARS Nouvelle-Aquitaine en 2017, le Centre Référent de Réhabilitation Psychosociale de niveau 2 (C2RP) situé à la Tour de Gassies en partenariat avec le CH Charles Perrens.

Faiblesses

Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :

Il existe sur le territoire une hétérogénéité et une pluralité d'offre des pratiques de psycho réhabilitation.

La lisibilité et la connaissance des spécificités des offres sont perfectibles

La problématique des adolescents et jeunes adultes, étudiants, jeunes en errance et en rupture (notamment sortant des MECS, des ITEP, IME) entraîne une discontinuité dans les suivis.

Ces difficultés sont renforcées par le défaut d'orientation entre les dispositifs d'aides à l'enfance et le secteur médico-social ainsi qu'un manque d'anticipation des situations sont repérées.

Pistes d'amélioration

Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :

Une cartographie des ressources départementales en Réhabilitation Psychosociale (annuaire « Aquiréhab ») et un déploiement des pratiques de réhabilitation psycho-sociale de proximité sur l'ensemble du territoire devraient permettre de favoriser l'accès au réseau de réhabilitation psychosociale et ainsi participer à la promotion des soins de rétablissement.

 **Cf. Fiche action n°8**



La création de CHRS ou maison relais pour jeunes adultes avec équipe médico-sociale, sanitaire et éducative, en particulier pour les jeunes majeurs sortant des structures d'aides à l'enfance (ex : ITEP, MECS), permettrait d'éviter des ruptures de suivi et un meilleur accès à une offre de réhabilitation psychosociale.

Axe 3 - L'organisation du maintien dans le logement ou de l'accès au logement

Forces

Des partenariats et associations sont correctement repérés sur le département pour faciliter l'organisation du maintien dans ou de l'accès au logement : ARI-ASAI, SIAO, le programme « Un chez soi d'abord » SAMU Social etc.



Faiblesses	Pistes d'amélioration
<p>Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>L'élément dominant des situations face auxquelles bailleurs et employeurs se sentent démunis est la multitude des difficultés socio-économiques auxquelles les personnes en souffrance psychique sont confrontées, et leur intrication qui nécessitent une approche globale et coordonnée.</p> <p>La répartition de l'offre de logement et d'hébergement est essentiellement située sur la Métropole bordelaise et l'offre de logement (dont le parc social représente 20 %) est saturée à Bordeaux.</p> <p>Une précarité importante notamment dans le centre-ville de Bordeaux (personnes sans domicile, squats, hébergement chez des tiers y compris chez les jeunes).</p> <p>Des difficultés d'accès au logement pour les étudiants et les jeunes sortants des dispositifs d'aide à l'enfance ont été mis en évidence.</p> <p>Le logement demeure un secteur faiblement inclusif pour les personnes souffrant de troubles psychiques (déficit d'accompagnement et rôle des curateurs ; réticences bailleurs et des employeurs ; tarif des logements au regard de l'AAH). Le manque de connaissance sur la santé mentale pour l'orientation vers un logement en milieu ordinaire pénalise ces personnes.</p>	<p>Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>La création d'une Equipe Mobile Inclusive par le Logement et l'Emploi (EMILE) permettrait l'accès et le maintien en logement et à l'emploi comme priorité pour des personnes souffrant de troubles psychiques.</p> <p> Cf. Fiche action n°9</p> <p>Une équipe psychosociale pourrait former les bailleurs sociaux sur la maladie psychique et lutter contre les discriminations touchant les personnes souffrant de troubles psychiques et favoriser l'accès au logement.</p> <p> Cf. Fiche action n°9</p> <p>Dans la même optique, il faudrait valoriser le rôle des agences immobilières sociales pour faciliter la recherche d'appartements.</p> <p>L'augmentation du nombre de places en FAM pour le handicap psychique sévères devrait répondre à un réel besoin d'hébergement.</p>



Axe 4 - L'organisation du maintien dans l'emploi ou de l'accès à l'emploi

Forces

Des partenariats et associations sont correctement repérés sur le département pour faciliter l'organisation du maintien dans l'emploi ou de l'accès à l'emploi : ARI Insertion 33, projet expérimental « l'emploi d'abord » Handamos !, le Clubhouse

Faiblesses

Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :

Les réponses sont soit institutionnelles (ESAT), soit ponctuelles et fractionnées (Organisme de Placement spécialisé (OPS) : SAMETH Cap Emploi ; Projet Personnalisé Scolarisation (PPS handicap psychique) et ne permettent pas un accompagnement durable vers et en emploi.

Des inégalités d'accès et de maintien à l'emploi (stigmatisation) sont repérées dans le territoire.

Un manque de lien et de communication entre les partenaires (médecins du travail, médecins-conseil CPAM) et le secteur sanitaire et social est mis en évidence.

Pistes d'amélioration

Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :

La création d'une Equipe Mobile Inclusive par le Logement et l'Emploi (EMILE) permettrait l'accès et le maintien en logement et à l'emploi comme priorité pour des personnes souffrant de troubles psychiques.

 **Cf. Fiche action n°9**

Il conviendrait de lever les freins d'accès à l'emploi et les discriminations que connaissent les personnes en situation de handicap psychique, via des actions de formation, de sensibilisation des employeurs, des actions de destigmatisation (ex dans le cadre des SISM).

L'évaluation du dispositif « Club House » et l'identification des conditions de réussite de cette modalité d'accompagnement permettrait de transférer certaines modalités d'accompagnement à d'autres dispositifs.

Un travail sur les indications MDPH permettrait l'accès à des dispositifs en milieu ordinaire ou accompagné de façon souple.

Axe 5 - L'organisation du maintien ou de l'accès à la scolarisation et aux études



Forces

Le département de la Gironde possède des équipements scolaires spécialisés répondant à toutes les classes d'âge tant dans le milieu ordinaire que dans des milieux sanitaires ou médico-sociaux.

La répartition territoriale de ces dispositifs reste satisfaisante.

L'existence d'un espace Santé Étudiants (ESE) et la volonté de collaboration avec l'Education Nationale sont des forces relevées.





Faiblesses	Pistes d'amélioration
<p>Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes</p> <p>Une augmentation significative des signalements d'élèves dont le comportement difficile perturbe le fonctionnement des classes</p> <p>Les personnels AESH se retrouvent en difficulté et démunies face à des comportements décalés voire « violents ».</p> <p>Les équipes enseignantes insuffisamment sensibilisées ou formées entraînant un recours fréquent à des aides externes aux écoles et l'absence de stratégies pédagogiques adaptées à la prévention des ruptures scolaires.</p> <p>Il a été fait le constat de l'absence de dispositifs soins-études pour les adolescents fragiles engagés ou souhaitant s'engager dans des études professionnelles créant des pertes de chance de suivre une formation adaptée.</p>	<p>Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Une sensibilisation des personnels scolaires  Cf. Fiche action n°5 (Conseillers pédagogiques, enseignants et AESH) afin de mettre en place des actions préventives pour éviter les ruptures scolaires et limiter le recours aux réponses externalisées et médicalisées.</p> <p>L'expérimentation de la création d'une Unité Soins Études Professionnelles  Cf. Fiche action n°6 (en lien avec l'hôpital de jour du Parc) permettrait d'améliorer l'accès à une prise en charge des adolescents.</p>

Axe 6 - L'organisation de l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives

Forces

De nombreux dispositifs existent sur le territoire (le Conseil National des Loisirs et du Tourisme Adaptés (CNLTA), la Fédération Santé Mentale France, le Comité Départemental du Sport Adapté en Gironde (CDSA33), la Plateforme Sports et troubles psychiques, le pôle Culture santé, etc.)

Faiblesses	Pistes d'amélioration
<p>Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>La répartition de l'offre sur le territoire girondin est essentiellement concentrée sur la Métropole bordelaise et les dispositifs sont méconnus.</p> <p>L'offre culturelle du département n'est pas toujours adaptée pour les populations souffrant de troubles psychiques.</p>	<p>Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Favoriser l'accès et l'offre d'activités physiques adaptées (APA) et d'activités physiques et sportives (APS)  N°18 à destination d'un public en situation de handicap mental et/ou psychique en développant sur l'ensemble du territoire.</p> <p>Améliorer l'accès aux dispositifs culturels, aux loisirs et aux vacances.  Cf. Fiche action n°18 Améliorer la communication concernant les dispositifs existants et le développement</p>



	<p>d'initiatives sur l'ensemble du territoire via les CLSM et CLS devrait permettre un meilleur accès à l'offre territoriale.</p> <p>Développement des concepts partagés (ex. Auto-école sociale; actions ou lieux culturels partagés ...) permettrait de rompre l'isolement social et favoriserait le lien social et la solidarité.</p>
<p>Axe 7 - L'organisation du soutien aux familles et aux proches aidants</p>	
<p>Forces</p>	
<p>Il est constaté une meilleure prise en compte des droits des patients avec la création du concept de démocratie sanitaire, dans le sillage de la loi du 4 mars 2002.</p> <p>Le développement d'associations d'usagers et de proches d'usagers mais, aussi, d'expériences innovantes telles que la mise en place de médiateurs de santé pairs, "maison des usagers », sont autant d'atouts forts dans le soutien aux familles.</p> <p>La création d'une "consultations Familles Sans Patient" (CFSP) à l'hôpital Charles Perrens est bien identifiée sur le territoire.</p>	
<p>Faiblesses</p>	<p>Pistes d'amélioration</p>
<p>Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>L'entourage se trouve généralement démuné face à la complexité des procédures judiciaires des personnes vivant avec des troubles psychiques et confrontés à la justice pénale.</p> <p>Même si les usagers et les associations de proches d'usagers sont mieux représentés dans les instances des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, il conviendrait de renforcer leur représentation et l'implication des usagers et de leurs proches.</p> <p>La stigmatisation des maladies psychiques, des patients qui en souffrent et des institutions psychiatriques reste malgré tout très prégnante.</p>	<p>Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>L'orientation, vers les associations de familles de l'entourage des personnes vivant avec des troubles psychiques et confrontés à la justice pénale devrait être systématisée.</p> <p>Structurer et mettre en œuvre une politique de démocratie sanitaire sur le territoire. 🔍 Cf. Fiche action n°19</p> <p>L'organisation de l'accès des familles et des aidants à des temps et des lieux de répit permettrait aux proches de préserver leur propre santé.</p>



PRIORITÉ 3

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins



1. LES CONSTATS

Le groupe de travail sur la priorité 3 a mis en avant plusieurs constats :

CONSTATS GÉNÉRAUX

- Des territoires avec peu de ressources.
- Les liens entre la médecine somatique et la médecine psychiatrique doivent être renforcés.
- Les personnes souffrant de troubles psychiatriques présentent une **prévalence majorée de pathologies cardiovasculaires et oncologiques** en raison de l'exposition à des facteurs de risques multiples : tabac, stress, surcharge pondérale, sédentarité, etc. Il en résulte une mortalité accrue pour cette population et une réduction de l'espérance de vie.
- Des praticiens peu sensibilisés aux pathologies et aux filières de soins.
- Outre les problématiques somatiques analysées par le groupe, il faut souligner que près d'**une personne sur cinq souffrirait au cours de sa vie d'un épisode dépressif caractérisé** (EDC) pouvant expliquer certaines comorbidités somatiques et psychiatriques.
- Des recours inadéquats aux services d'urgence.
- Peu d'espaces de repérage précoce.

2. ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSES ET PISTES D'AMÉLIORATION

Analyse – Diagnostic Global	
<p>Axe 1 - Le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé</p>	
<p>Forces</p>	
<p>Le territoire dispose de nombreuses ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Des ressources de professionnels de santé médicaux et paramédicaux sur le territoire, 3 EP Santé mentale, des maisons de santé, des professionnels libéraux, des médecins et infirmiers scolaires, services de santé au travail, etc. ✓ SOS médecins est déployé sur la métropole ✓ Des dispositifs de PASS à destination des publics précaires au sein des établissements sanitaires ✓ Des dispositifs d'HAD somatiques spécialisés ✓ Des dispositifs de coordination (CLIC, MAIA, PTA etc.) ✓ Des plateformes spécialisées en soins somatiques au bénéfice de patients atteints de troubles psychiques (ex. Plateforme HIA) ✓ Des consultations spécialisées fléchées (ex : soins bucco dentaires au CHU) ✓ Des outils de liaison (courriers de sortie, fiche de liaison URPS, plateformes partagées type PAACO, messagerie sécurisée, ville hop entre le CHU et les médecins généralistes, etc.) ✓ Une charte nationale médecine générale et la psychiatrie de secteur 	
<p>Faiblesses</p>	<p>Pistes d'amélioration</p>
<p>Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Un nombre élevé de personnes présentant des troubles psychiques ne sont pas suivis par un médecin traitant.</p> <p>Malgré la densité de l'offre, il est constaté une inégalité des ressources médicales sur le territoire (en particulier médoc, sud gironde, blayais).</p> <p>SOS médecin réalise un suivi qui reste ponctuel et sur la seule zone géographique de la Métropole bordelaise.</p> <p>Les médecins généralistes se retrouvent isolés dans le suivi des populations aux troubles psychiques L'accès aux soins somatiques généralistes et/ou spécialisés (dont bucco-dentaires, gynécologie, cardiologie...) reste inégalitaire.</p>	<p>Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Un recensement des patients, suivis en CMP ou en hospitalisation, sans médecin traitant peut-être organisé pour un relai de prise en charge par la médecine de ville.</p> <p>Développer les outils de télémédecine.  Cf. Fiche action n°2</p> <p>Développer les outils de partenariats tel les espaces de consultation partagés (les maisons médicales, créer dans les CMP une consultation de médecine générale, des plateformes de soins partagés).  Cf. Fiche action n°12</p> <p>Déployer des dispositifs innovant au titre desquels les pratiques infirmières avancées (IPA) en psychiatrie ou intégrant le suivi somatique et psychiatrique des patients (ex IPA somaticiennes).</p>



<p>Il est constaté une faiblesse des échanges bilatéraux entre les médecins généralistes et les professionnels de la psychiatrie dans le parcours somatique (compte rendu d'hospitalisation) en raison de la non utilisation des outils et/ou supports mis à disposition.</p> <p>Un manque de lisibilité sur les actions de prévention pour les médecins généralistes est mis en évidence.</p> <p>Un défaut de sensibilisation à la santé mentale est pointé dans le cursus universitaire des médecins</p> <p>L'absence d'un système d'information partagée, interopérable est regrettée ainsi qu'un manque de coordination avec la médecine de ville.</p>	<p>Expérimenter le dispositif type <i>Ville hôpital</i> au sein des établissements psychiatriques du département.</p> <p>Former à la prise en charge psychiatrique lors des études de médecine générale (via la création du D.U santé mentale notamment) et des études de médecine spécialisée (dentistes, pharmaciens...).</p> <p>Accueillir les externes et internes en médecine générale dans les établissements de santé mentale et dans les ESMS.</p> <p>Déployer les plateformes de partage d'information (type PAACO) et un système d'information partagée (messagerie sécurisée, dossiers interopérables, etc.).</p>
--	--

Axe 2 - L'organisation par les établissements de santé autorisés en MCO d'un accueil et d'un accompagnement adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques

Forces

Il existe de nombreuses conventions entre les EPS du territoire et les secteurs SMS (MAS, FAM, EHPAD, etc.).

Des procédures d'accueil sont en expérimentation au sein des services d'urgence (Ex, CH Libourne, CHU, CH Langon, CH BLAYE, etc.) pour les personnes handicapées.

Des équipes mobiles psychiatrie urgences ou de liaison existent au sein de tous les EPS MCO de Gironde.

Des dispositifs dans le cadre du projet médical partagé (PMSP) du Groupement hospitalier de territoire (GHT) sont étudiés pour améliorer l'accès au sein des établissements : type fiche de liaison, procédure d'accueil, échanges professionnels, filières partagées.




Des dispositifs de télémédecine somatique (ex. CHU, CH sud Gironde), télémédecine et handicap (GCS rive de Garonne et Adapei ; GCS CHCP et EHPAD secteur médoc) se développent (développement de la télémédecine : dispositif de lecture des EEG des EPS de santé mentale (Electroencéphalogramme) avec le CHU de Bordeaux).

Des partenariats avec des cliniques privées pour des filières privilégiées (Radio, Cardio, ORL, etc.) se mettent en place.

Le projet COSMOS est actif depuis 2016 (CCECQA).

Le CHU de Bordeaux effectue un accueil spécialisé au sein du pôle odontologie et du service génétique dans le cadre de sa filière handicap.



Faiblesses	Pistes d'amélioration
<p>Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Il est constaté des difficultés à prendre en charge des patients pluri-pathologiques par défaut de connaissance des procédures (ex : prise en charge somatique d'un patient dément, psychiatrique dans un établissement MCO ou l'inverse).</p> <p>Il est repéré également une faiblesse de la formation des intervenants somatiques en santé mentale.</p> <p>Il a été mis en évidence qu'il existe peu de filière personnalisée aux urgences ou au sein des services spécialisés des EPS MCO publics.</p> <p>Les urgences deviennent le principal point d'entrée pour les patients atteints de troubles psychiatriques</p>	<p>Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Créer des parcours de soins au sein des établissements MCO (2 parcours au sein des services d'urgence et pour des soins spécialisés programmés)  Cf. Fiche action n°12</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Création d'outils communs entre les établissements MCO et de psychiatrie (type fiche de liaison aux urgences, procédures d'accueil et de sortie, chemin clinique ➤ Formation des professionnels de santé à la santé mentale (Formation des personnels de 1er recours, accueil en stage d'internes en médecine générale dans les EPS et les ESMS, etc...). <p>Structurer la formation des professionnels de santé à la connaissance de la santé mentale  Cf. Fiche action n°12 pour développer les interactions entre le secteur MCO et psychiatrique. Poursuivre la sensibilisation des professionnels hospitaliers à la prise en charge du handicap psychique.</p> <p>Développer l'offre en télémédecine et téléconsultation MCO.  Cf. Fiche action n°2 Déployer l'offre d'HAD spécialisée.</p> <p>Identifier les filières pouvant faire l'objet de conventions spécifiques (neurologie, pédiatrie, maternité, cardiologie, etc.).</p> <p>Déployer des équipes de psychiatrie et de pédopsychiatrie de liaison (médicales ou IDE).</p> <p>Projet d'un Centre de ressources handicap/santé à Bagatelle avec une mise en place d'une structure ambulatoire pour les personnes handicapées en collaboration avec la fondation John Bost.</p>



Axe 3 L'organisation de l'accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie

Forces

Des ressources médicales somatiques au sein des EPS en santé mentale (CH Cadillac : 3 postes dont vacations urgentistes clinique rive droite (Lormont), CH Libourne : 0,5 ETP médecin somaticien sur le pôle psychiatrique et 0,2 ETP sur le FAM. Nuits et week-end assurés par un interne des urgences, CH Charles Perrens : 2,5 ETP médicaux somatiques et 1 ETP infirmier dédié).

Le Projet médico-soignant du GHT propose deux actions ciblées : « Faciliter le parcours de soins somatiques pour les patients de psychiatrie » et « Création d'une plateforme de soins psychiatriques et somatiques »

Faiblesses

Pistes d'amélioration

Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :

L'insuffisance de temps de médecine générale au sein des établissements publics de santé mentale.

Un manque de mobilité des spécialistes dans les établissements psychiatriques.

Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :

Créer des plateformes de soins psychiatriques et somatiques et déploiement d'équipes de liaison en soins somatiques.

 **Cf. Fiche action n°12**

Poursuivre le développement de l'offre de soins somatiques en EPS de santé mentale.

Développer des équipes mobiles somatiques à l'instar des équipes mobiles de psychiatrie en MCO (ex-EMSP).

Permettre aux équipes d'HAD spécialisées d'intervenir en établissement psychiatrique (ex. : maladies infectieuses, plaies et cicatrisations, fin de vie).

Conventionner pour des soins spécialisés (odontologie, cardiologie, neurologie, etc.).

Déployer des Infirmiers aux pratiques Avancées (IPA) ayant un rôle de coordination en soins somatiques (lien entre les CMP, les équipes mobiles, HAD, ESMS) et partager les ressources.



Axe 4 - L'organisation d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Forces

Une stratégie régionale de développement de l'éducation thérapeutique (68 programmes en cours).

Les UTEP portent des programmes d'éducation thérapeutique dans chaque établissement du GHT.

Les axes de développement régional de la « prévention hors les murs » (nutrition, santé mentale, sport adapté, addictions et en particulier moi(s) sans tabac, prévention en santé mentale des étudiants, etc. sont dispensés, ainsi que l'axe de Prévention MST/sexualité par la Maison des Adolescents et les axes de prévention déployés par les professionnels du secteur addictologie (ex CAARUD).

Existence de supports Anesm : 2 guides (« Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux » - « Les comportements problèmes : prévention et réponses »)

Faiblesses

Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :
Une coordination entre les acteurs en matière d'ETP est à développer.

L'accès aux programmes d'éducation thérapeutique des personnes souffrant de pathologies psychiatriques reste difficile.

Les programmes d'éducation thérapeutique sont trop « hospitaliers ».

Il existe peu de programmes d'éducation thérapeutique en ambulatoire qui permettraient une plus forte proximité avec les patients.

Une absence de repérage précoce de situations de vulnérabilité au domicile pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques non diagnostiqués

Pistes d'amélioration

Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :
Déployer des actions de prévention en santé mentale « hors les murs » et d'éducation à la santé.

 **Cf. Fiche action n°13**

Déployer un programme de prévention pour les détenus hospitalisés (ex « prendre soin de soi » à l'Unité de Consultation et de Soins ambulatoires (UCSA) (Maison d'arrêt de Gradignan) avec l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA).

Développer les séances individuelles d'éducation thérapeutique.

Développer les programmes d'éducation thérapeutique à partir des Maisons de Santé Pluridisciplinaires.

Déployer la diffusion de campagnes nationales (vaccination, lutte contre le cancer, maladies chroniques) dans les lieux de soins où sont accueillies les personnes souffrant de pathologies psychiatriques et par les associations d'usagers

Croiser les campagnes de prévention somatique/psychiatrique.

Intégrer cette thématique (campagnes croisées) dans la filière « prévention » GHT.



	<p>Développer les actions de prévention relative aux risques somatiques en lien avec les traitements liés à la pathologie psychiatrique.</p> <p>Former et soutenir les professionnels d'aide à domicile pour aider au repérage des fragilités des personnes suivies.</p> <p>Permettre la participation des personnes aux bilans de santé proposés par les CPAM, aux dépistages organisés et aux suivis périodiques.</p> <p>S'appuyer sur les partenaires des établissements sociaux pour développer des programmes à destination des publics défavorisés : centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie, CCAS, Centres sociaux, Centres d'hébergement et de réadaptation sociale, foyer de jeunes travailleurs, foyers d'hébergement, établissements médico-sociaux, certains secteurs de la PJJ et/ou des tutelles</p>
--	--



PRIORITÉ 4

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

1. LES CONSTATS

Le groupe de travail sur la priorité 4 a mis en avant plusieurs constats :

CONSTATS GÉNÉRAUX

- **En Gironde, le CépiDc relève 200 décès par suicide en 2015.** Si de département présente le plus faible taux de mortalité par suicide de la région (14,7 pour 100 000), il a le **plus fort taux d'hospitalisation pour tentative de suicide** (228,5 pour 100 000 habitants). Les données produites par le dispositif Oscour (organisation coordonnée de la surveillance des urgences) font état, pour la Gironde en 2017, de 812 patients admis aux urgences pour TS dont 46 récidivistes (6 %). **Les territoires présentant les taux de mortalité par suicide les plus élevés sont Le Sud Gironde, le Libournais, la Haute Gironde et le Médoc.**
- **La sensibilisation du public au repérage et la formation des professionnels de santé à la prise en charge du risque suicidaire** permettent de diminuer la mortalité et la morbidité suicidaire. **L'exhaustivité des données sur les tentatives de suicide tient également aux bonnes pratiques de codage pour ne pas sous-estimer leur nombre.** En 2016, le Haut Conseil de la Santé Publique a présenté des préconisations pour l'amélioration de l'organisation du dispositif de formation. En 2017, le Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide a été mandaté par la Direction Générale de la Santé pour élaborer un nouveau programme de formation selon différents niveaux d'intervention : les sentinelles, les évaluateurs et les intervenants de crise. L'année 2019 est dédiée au déploiement en Gironde de la nouvelle formation de formateurs avec le soutien de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et l'association Rénovation.
- **La problématique du transport lors d'une urgence a été soulevée par le groupe de travail. L'absence d'effecteur et la disponibilité aléatoire d'un vecteur de transport sanitaire adapté rendent le sujet complexe et chronophage.** Un groupe de travail du CLSM de Bordeaux, composé de représentants de différentes institutions (établissements référents en psychiatrie, SAMU Centre 15, UNAFAM, Gendarmerie Nationale, Police Nationale, Préfecture, ARS, CHU, PJJ, URPS, Associations d'usagers, Université de Bordeaux, Mairie, CTS) a procédé à un état des lieux et relevé, à partir de situations types, les difficultés et les freins rencontrés dans ce domaine. Une recherche de solutions visant à répondre aux exigences légales et à la forte attente sociétale (notamment les associations d'usagers) a été engagée.

Divers constats sur des points précis ont également été faits par le groupe de travail de cette priorité :

- Un **manque de lien entre psychiatres et médecins généralistes** et absence de langage commun.
- Un **délai d'attente élevé pour une prise en charge en CMP** et problématique de **l'accessibilité à l'offre de soins libérale** (disponibilité et coût). Cette situation est illustrée par le nombre élevé, au SECOP du CH Charles Perrens, d'évaluations d'urgence ne donnant pas lieu à une hospitalisation (60 % environ).
- L'inégalité de la démographie médicale au niveau du territoire : sur 312 psychiatres référencés en Gironde, 268 sont installés sur le territoire de Bordeaux Métropole.
- L'inégalité de la répartition territoriale des équipes mobiles
- Des représentations négatives autour des maladies psychiatriques et de la psychiatrie, ce qui peut représenter un obstacle ou un frein pour consulter un psychiatre, en particulier au sein d'un EPSM.



CONSTATS SUR DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES

- La problématique du **psycho-traumatisme** et le parcours des **victimes de violences conjugales** ont fait l'objet d'une analyse spécifique par le groupe de travail qui a constaté :
 - Une absence de données chiffrées fiables sur la population générale et sur l'intégralité du département, et de rares données dans la littérature sur les populations vulnérables (patients suivis pour un motif psychiatrique, femmes enceintes, mineurs...).
 - Une absence de filière spécifique territoriale à ce jour.
 - De nombreuses compétences disponibles sur le territoire permettant une prise en charge globale des victimes, mais non coordonnées voire même non connues les unes des autres.
- Le groupe de travail a également travaillé sur la **postvention à destination des professionnels de santé. La postvention constitue un ensemble d'interventions contribuant à diminuer les impacts traumatiques des morts violentes sur les survivants et à réduire le risque de contagion.** En 2014, le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès estimait à 8 885 le nombre de décès par suicide en France. Environ 6 endeuillés directs et 20 endeuillés indirects seraient touchés. Le décès par suicide est associé chez l'entourage à des réactions pathologiques fréquentes de deuil, de stress et de crise suicidaire. **La postvention a ainsi été identifiée comme une composante essentielle de la prévention du suicide.** A noter que la postvention parfois difficile à assumer quand le professionnel est connu des 3 ESM de la Gironde. Il a été relevé par le groupe que :
 - **La temporalité des actions managériales à mettre en œuvre est difficile à tenir**, selon l'impact traumatique au sein de l'ESM ou du pôle.
 - **La CUMP est trop souvent sollicitée par les professionnels** du SAMU exposés à ce type d'évènement, ce qui traduit un besoin de soulager les équipes et de réorienter vers d'autres structures associations.
 - **Un effet de contagion** et une plus grande vulnérabilité des équipes dans certains services.
 - Plus globalement, la nécessité de renforcer la prise en charge de **l'épuisement professionnel (burn-out)**.
- **La situation de la psychiatrie infanto-juvénile** a été analysée et le groupe a fait le constat suivant :
 - Une **pénurie de pédopsychiatres** sur le territoire de la Gironde et leur **inégaie répartition**.
 - Un **délai d'obtention d'un premier rendez-vous trop long** pour obtenir une évaluation limitant les possibilités de prévenir les situations de crise. Cela entraîne un recours par défaut au SECOP et aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux.
 - Des hospitalisations inadéquates de certains enfants et adolescents en secteur adulte, faute de lits disponibles dans les unités de pédopsychiatrie.

2. ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSES ET PISTES D'AMÉLIORATION

Analyse - Diagnostic Global

Axe1 L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise d'urgence

Forces

De nombreux dispositifs existent et sont en lien : EPIC et consultations famille sans patient (CFSP), SAMU centre 15, CUMP, CMP, HAD et VAD IDE, psychiatrie périnatale Bordeaux métropole, Plateforme Santé Vulnérabilité de Bordeaux, les « CoRistes », forces de l'ordre, SDIS, associations usagers structurées sur le territoire etc.

Les équipes des CMP des EPS en santé mentale bénéficient de dispositifs de mobilité liées aux missions de secteur.

Les CMP, les consultations EPIC et Famille sans patient (CFSP) ainsi que les Équipes mobiles à destination du médico-social (Elisa, HERMES et ACCESS), permettent de limiter les prises en charge sans consentement et s'emploient à une meilleure communication avec l'entourage, notamment par la réalisation d'entretiens infirmiers et un suivi médical régulier.

Les dispositifs s'inscrivent dans une approche partagée entre le sanitaire et le médico-social : EMPP, PASS psy CH Charles Perrens, GCLSM (Bordeaux), Equipe Mobile adulte autisme, Equipe mobile Addiction parentalité, EMGP (Bassin d'Arcachon et Médoc), Elisa, Hermes, Accès, Equipe mobile secteur médicosocial rives de Garonne etc...

Une démarche « Réponse accompagnée pour tous » en sortie d'ESMS portée par les SAMSAH, SAVS, équipes de secteurs et l'HAD est opérationnelle sur le territoire.



Faiblesses	Pistes d'amélioration
<p>Il est constaté un manque de lisibilité et connaissance des dispositifs existants en matière de prévention de la crise et de l'urgence.</p> <p>Les dispositifs sont essentiellement situés sur la Métropole bordelaise.</p> <p>Un manque de lien/interface entre les urgences et les médecins généralistes est mis en évidence.</p> <p>Il est constaté également une absence de référentiels communs et de lieux de partage des connaissances</p> <p>L'EPIC et la CFSP couvrent partiellement le territoire.</p> <p>La répartition territoriale des EMPP est non finalisée.</p> <p>La postvention est parfois difficile à assumer et à organiser quand le professionnel décédé (décès brutal ou suicide) est connu des 3 établissements de santé mentale (ESM) de la Gironde.</p> <p>La temporalité des actions managériales à mettre en œuvre est difficile à tenir, selon l'impact traumatique au sein de l'ESM ou du pôle</p>	<p>Rendre lisible l'offre de santé mentale et faciliter l'orientation des usagers et des professionnels en référençant l'offre de service et en créant une « plateforme » de santé mentale, en y associant un numéro unique. 🔍 Cf. Fiche action n°1</p> <p>Favoriser l'accès à un avis spécialisé pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours en particulier les médecins généralistes et ce, dans des délais répondant à la nature des situations, sans pour autant avoir recours aux services d'urgence. 🔍 Cf. Fiche action n°17</p> <p>Généraliser les Groupes de Coordination Locale en Santé Mentale (GCLSM) à l'ensemble des CMP du territoire permettrait de traiter les situations complexes en amont de l'urgence.</p> <p>Poursuivre le déploiement des équipes mobiles d'urgence et de crise (Dispositifs type « EPIC ») ainsi que les EMPP sur l'ensemble du territoire.</p> <p>Créer les modalités organisationnelles de la postvention au sein des ESM de la Gironde pour les équipes exposées au suicide ou décès brutal d'un collègue pour limiter la contagion et prendre en charge les personnes endeuillées. 🔍 Cf. Fiche action n°14</p> <p>Développer une ou des équipes mobiles ressources (EMR) auprès des structures sociales et médico-sociales pour enfants (Cf. Priorité 1).</p>



Axe 2 L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques

Forces

Des dispositifs existent pour la participation des professionnels de la psychiatrie aux services d'urgences des établissements de santé (nuit et week-end compris) : le SECOP, psychiatrie d'urgence (CH Saint-André, CH Lesparre, CH Langon, CH Arcachon, Polyclinique les Quatre Pavillons + services pédiatriques, CapLib CH Libourne).

La création au SECOP de 5 lits de post-urgence dédiés aux enfants, adolescents et jeunes adultes

Faiblesses

L'absence d'effecteur et la disponibilité aléatoire d'un vecteur de transport sanitaire adapté rendent le sujet complexe et chronophage et les enjeux sont majeurs, ils se nouent au confluent de règles juridiques, morales et éthiques.

Cette situation met en évidence un manque de coordination entre acteurs (professionnels de santé, pompiers, police).

Les dispositifs de post-urgence sont peu développés pour les enfants, adolescents et jeunes adultes

La permanence des soins manque de coordination, notamment en pédopsychiatrie.

La prise en charge sectorielle n'est actuellement pas structurée spécifiquement pour les patients souffrant d'un trouble psychotraumatique.

Il n'existe actuellement aucune filière sanitaire sur la métropole bordelaise dédiée à la prise en charge au long cours des victimes de violences conjugales.

Pistes d'amélioration

Élaborer une convention/ un protocole départemental visant à organiser un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, intégrant le SAMU, les urgences (y compris l'organisation des transports en urgence).

Cf. Fiche action n°16

Réflexion à mener quant à la mise en œuvre d'une permanence des soins (PDS) mutualisée territoriale entre le secteur public et privé (Participation des professionnels libéraux à la permanence des soins (partenariats) ?).

Participation à la promotion de la mise en place des pratiques avancées infirmières (spécialisation urgence et crise).

Développer les projets de télémédecine/téléconsultation d'urgence (ex. consultations partagées entre le psychiatre et le médecin traitant).

Coordonner les différents acteurs intervenant dans le champ du psycho-traumatisme de la Gironde afin de déployer un dispositif gradué en psychotraumatisme (du niveau 1 au niveau 3) et déployer une offre de dépistage (ex violences faites aux femmes) et de formations partenariales.

Cf. Fiche action n°15



Axe 3 L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide ou en sortie)

Forces

La lettre de liaison et le courrier type URPS sont disponible à l'ensemble des médecins du territoire.

Les compte-rendu d'hospitalisation sont quasi systématiquement envoyés.

Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de la Gironde (SPIP) et ses antennes, SOS suicide, SOS Amitiés, l'Association Phénix écoute et paroles, etc. constituent un réseau de partenaires qui concourent à la continuité du suivi existant avant l'hospitalisation.

Les dispositifs comme la formation des formateurs et des sentinelles par l'Association Rénovation, les CMP notamment par la réalisation d'entretiens infirmiers et un suivi médical régulier, assurent un suivi après une tentative de suicide.

La mise en place du dispositif Suicide Unité de Veille Ambulatoire - Psychiatrie (SUVA - Psy) dispositif type Vigilans en expérimentation dans le Médoc.

L'offre de formation au risque suicidaire est en en cours de structuration.

Faiblesses

Il est constaté une absence de médecin traitant déclaré pour beaucoup de patients suivis en psychiatrie.

On observe un manque de coordination entre la psychiatrie et les acteurs du domicile (médecin traitant, paramédicaux, famille, autres intervenants).

La lettre de liaison et courrier type URPS sont peu utilisés par les médecins et le compte rendu d'hospitalisation adressé tardivement ou pas adressés.

Le dispositif spécifique de suivi post-tentative de suicide ne couvre pas l'ensemble du territoire.

La sensibilisation du public au repérage et la formation des professionnels de santé à la prise en charge du risque suicidaire nécessitent une organisation en fonction des territoires.


Pistes d'amélioration

Utilisation de fiches avec coordonnées de référence des dispositifs d'urgence.

Création d'outil partagés d'information (plaquettes, guides, répertoires, grilles de repérage)

Déployer le dispositif Suicide Unité de Veille Ambulatoire - Psychiatrie (SUVA - Psy) à l'ensemble du territoire.

 **Cf. Fiche action n°14**

Contribuer à la baisse des tentatives de suicide et de décès par suicide en Gironde en développant les formations pour les intervenants auprès des personnes à risque suicidaire (force de l'ordre, élus, SAMU centre 15, éducation nationale, MDA, MSA, EHPAD, CHRS etc.) et mailler le territoire de professionnels formés.  **Cf. Fiche action n°14**

Rentorcer le rôle des pairs-aidant et des « sentinelles » au repérage des situations à risque.

Transposer le dispositif Ville Hop (cf. CHU) aux structures psychiatriques.



PRIORITÉ 5

Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

1. LES CONSTATS

Le groupe de travail sur la priorité 5 a mis en avant plusieurs constats :

CONSTATS GÉNÉRAUX


- Les droits des usagers doivent être mieux pris en compte, comme indiqué par les textes législatifs et réglementaires depuis 2002. **Les institutions de contrôle des droits, qu'elles soient internes aux établissements (CDU) ou externes (CGLP, HAS, CDSP) renforcent leur action.** La multiplication des associations d'usagers invite les établissements à intégrer de nouveaux partenaires dans l'élaboration des projets. Par ailleurs, il est à noter que **les associations de patients peuvent avoir des demandes et revendications différentes des associations de proches d'usagers.** Il convient donc d'œuvrer parallèlement sur ces deux populations cible et d'adopter une méthodologie de projet plus intégrative.
- Pour les personnes présentant des troubles psychiques et à la recherche d'un logement ou désireuses de s'y maintenir, et ce malgré l'initiative ASAIS lancée en 2013 avec InCité puis élargie à DomoFrance et à Mesolia. On relève encore de **nombreux obstacles à l'accès à un logement de droit commun** pour les personnes présentant des troubles psychiques. Il convient d'**amplifier les partenariats entre bailleurs sociaux et acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires** afin de répondre aux enjeux de mixité sociale et d'égalité des chances dans l'habitat.
- Les **problématiques liées à la prévention** ont été analysées de manière approfondie par le groupe de travail. Selon l'Insee en 2012 plus de 85 % des décès prématurés pourraient être évités par des **actions de prévention** alors que seuls 38 % des décès pourraient être évités par une amélioration de la prise en charge du système de soins. Depuis plusieurs années, les établissements hospitaliers de Gironde et le GCS Rives de Garonne participent activement, avec le soutien financier de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, à l'offre de **promotion de santé « hors les murs »** (en lien avec les CLS et CLSM). Depuis 2019, les projets de **prévention sont portés à l'échelle du GHT** et couvrent diverses thématiques. Pour autant, le déploiement de ces programmes de prévention est encore récent et laisse **certaines zones du département ou certaines thématiques non couvertes.**
- En dépit des validations scientifiques dont elle bénéficie, **l'approche du rétablissement** reste relativement marginale, car peu connue des structures et des personnels pouvant la mettre en œuvre. Il en va de même des approches et outils connexes du rétablissement : la réadaptation psycho-sociale, la remédiation cognitive, etc.
- **La Gironde compte 14 GEM.** Ils sont un lieu de partage d'expérience sur le parcours de santé des personnes. Ils semblent donc un lieu propice pour engager des actions d'éducation thérapeutique.



2. ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSES ET PISTES D'AMÉLIORATION

Analyse - Diagnostic Global
Axe 1 Le respect et la promotion des droits
Forces
<p>Les associations de représentants d'usagers (UNAFAM, Psy'Hope, etc.) jouent un rôle important dans le respect et la promotion des droits des usagers et mènent des actions concrètes en ce sens : déploiement d'outils d'information à destination du grand public, sessions de formation (ex. : programme Profamilles de l'UNAFAM).</p> <p>Les CLSM de Gironde œuvrent à cette promotion des droits et permettent une meilleure sensibilisation des acteurs travaillant dans le champ de la santé mentale.</p> <p>Les usagers sont mieux représentés grâce au dynamisme des associations et leur présence dans les instances institutionnelles (Conseil de surveillance, CDU, comité d'éthique, conseils de la vie sociale, loi de 2002 pour le secteur médico-social, etc.).</p> <p>Des lieux d'accueil des usagers comme la Maison des Usagers du CH de Cadillac ou le point d'accès au droit du CH Charles Perrens concourent à garantie des droits.</p> <p>L'action des pairs aidants est reconnue et se traduit par des recrutements (CH de Cadillac, Association Rénovation, Association ARI et GCSMS « un chez soi d'abord »).</p> <p>Les GEM répartis sur le territoire et le Clubhouse de Bordeaux œuvrent à la défense des droits des usagers.</p> <p>Les établissements sanitaires développent une politique de protection des droits des usagers, notamment au travers de l'application des dispositions des lois de 2011 et 2013 concernant les soins sans consentement dans les établissements publics de santé mentale, ainsi que des dispositions relatives aux personnes sous curatelle/ tutelle.</p> <p>Le contrôle du respect de la réglementation est assuré notamment par la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) et les audiences pluri-hebdomadaires du Juge des libertés et de la détention au sein des établissements de santé mentale permettent de vérifier la régularité des procédures d'hospitalisation.</p> <p>Le respect des droits des usagers est contrôlé par des autorités nationales indépendantes comme le Contrôleur Général des lieux de privation de liberté qui publie des rapports publics sur ses visites ou encore la Haute Autorité de Santé qui accrédite en fonction de critères concernant le respect des droits des usagers (ex. : liberté d'aller et venir, isolement et contention).</p> <p>Les droits des personnes en situation de handicap tendent à être mieux garantis, notamment grâce à l'aménagement des modalités d'accueil à la MDPH (ex. : décentralisation sur les MDSI pour aide à la constitution des dossiers) ou par leur mention dans un guide du handicap en Gironde et de plateformes d'orientation sur les droits (ex. : défenseur des droits, Conseil Départemental d'Accès au Droit de la Gironde, etc.). L'existence d'une offre de transports adaptés (ex. : Mobibus) permet d'offrir des solutions de mobilité aux personnes en situation de handicap. Diverses plateformes (ex. : projet de PTA en Gironde, Handamos!, PCPE) concourent à l'accomplissement de droits sociaux tels le droit au logement ou au travail.</p> <p>Les populations vulnérables sont prises en charge grâce à l'action des permanences d'accès aux soins de santé somatiques et psychiatriques. Les équipes mobiles psychiatrie précarité et des plateformes de santé vulnérabilité concourent à la couverture des besoins des populations vulnérables.</p>



<p>Un diplôme universitaire en santé mentale dont les enseignements sont dispensés au CH Charles Perrens accorde une importance particulière dans la formation des professionnels à la promotion des droits des usagers.</p>	
Faiblesses	Pistes d'amélioration
<p>Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Une méconnaissance de l'offre en matière d'aide aux aidants, particulièrement visible pour le nouveau métier de Technicien Coordinateur de d'Aide Psychosociale aux aidants (TCAP).</p> <p>Un manque de lisibilité des informations pour l'accès aux droits, les personnes souffrant de troubles psychiques ne pouvant par ailleurs parfois pas accomplir certains droits en raison de dérogations concernant notamment le droit de vote, le droit du travail et certains droits sociaux, le droit au logement, le droit de grève en ESAT, les restrictions apportées sur la mobilité, etc.</p> <p>Le logement et l'emploi demeurent des secteurs faiblement inclusifs pour les personnes souffrant de troubles psychiques (déficit d'accompagnement et rôle des curateurs ; réticences bailleurs et des employeurs ; tarif des logements au regard de l'AAH). Le manque de formation pour l'orientation vers un logement ou un emploi adaptés pénalise ces personnes.</p> <p>Le déploiement des soins de « rétablissement » est parcellaire.</p>	<p>Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>La promotion et le respect des droits passent par le déploiement d'un projet de démocratie sanitaire sur le territoire.</p> <p> Cf. Fiche action n°19</p> <p>Outre cette action, le groupe de travail identifie des actions qui permettraient un meilleur accomplissement des droits des usagers :</p> <p>La diffusion du référentiel européen Facile à Lire et à Comprendre (FALC) pour produire des supports de communication et d'information clairs et accessibles à tous.</p> <p>L'accès au transport doit passer par l'utilisation d'outils numériques propices à la solidarité de proximité. Les possibilités offertes par le covoiturage en ce sens doivent également pouvoir être étendues aux personnes souffrant de troubles psychiques.</p> <p>L'accès et le maintien dans l'emploi doit passer par des solutions innovantes en matière d'intérim pour les personnes souffrant de troubles psychiques (ex. : gérer l'absentéisme par une organisation anticipée des remplacements pour faciliter l'insertion par l'économique).</p> <p>Les maisons des usagers et les points d'accès au droit doivent être généralisés en institution et les usagers et leurs représentants doivent être encouragés à participer aux dispositifs de gouvernance ainsi qu'aux comités éthiques.</p> <p>Au regard de l'augmentation des populations non-francophones, il est nécessaire de déployer une offre d'interprétariat sur le territoire (publics migrants, étrangers et accès aux soins sans consentement)</p>



Axe 2 La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

Forces

De nombreuses actions de sensibilisation visant à lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques existent et sont portées notamment par des structures de coopération qu'elles soient institutionnelles ou associatives.

Une offre locale en sport adapté (fédération sportive) contribue à déstigmatiser les personnes souffrant de troubles psychiques.

Le développement en cours des CLSM sur l'ensemble du territoire girondin qui déploient en thématique centrale les actions de destigmatisation.

Les actions menées auprès des élèves et des étudiants pour faire évoluer les représentations (ex. : interventions du CHCP à l'Institut de Journalisme de Bordeaux Aquitaine ; la prévention « hors les murs dans les collèges et les lycées » notamment en addictologie et les campagnes de prévention réalisées par les MDA).

En ce qui concerne la santé des étudiants, un *Escape Game* a été créé et un programme d'actions de prévention hors les murs en lien avec l'Espace Santé Étudiants (ESE) sur le repérage de la dépression et des pathologies psychiatriques (spectacles, plaquettes, bus d'information, etc.).



La Semaine d'information en santé mentale donne lieu à des actions locales ouvertes à tous comme des colloques, des formations, tables ronde, etc.

D'autres initiatives sont à mentionner : l'action des jeunes en service civique auprès de personnes souffrant de troubles psychiques ; école « Ludosens » de Bègles, programme « Osons ici et maintenant » ; collectifs « semaine du vivre ensemble » à Libourne animés par le GEM ; Journées de Montalier (Saint-Selve) ; Duo Day ARS Nouvelle-Aquitaine ; formations internes à la MGEN, Festival R Festif, Association Rénovation, etc.).

Un diplôme universitaire en santé mentale dont les enseignements sont dispensés au CH Charles Perrens accorde une importance particulière dans la formation des professionnels à la promotion des droits des usagers.

Le déploiement d'une offre de Conseils de la vie sociale au sein des institutions et les outils législatifs de promotion des droits en institution médico-sociale (Loi 2002-2).



Faiblesses	Pistes d'amélioration
<p>Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Les actions de sensibilisation ont des difficultés à toucher le grand public, si bien que les acteurs sont parfois dans « l'entre soi ».</p> <p>Les actions de la Semaine d'information de la santé mentale (SISM) sont insuffisamment valorisées malgré le nombre d'actions menées ; les thématiques annuelles des SISM sont parfois difficiles à élaborer par manque de compétences internes ou choix d'un thème trop spécifique. Plus généralement, les actions mobilisent souvent des personnes déjà sensibilisées. Les problématiques liées aux troubles psychiques sont à intégrer davantage dans les actions de soutien à la parentalité.</p>	<p>Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Le déploiement des CLSM sur l'ensemble du territoire doit permettre d'appuyer les actions de déstigmatisation des troubles psychiques et toucher le grand public.</p> <p>Une équipe psychosociale pourrait former les bailleurs sociaux sur la maladie psychique pour lutter  Cf. Fiche action n°9 contre les discriminations touchant les personnes souffrant de troubles psychiques et favoriser l'accès au logement. Dans la même optique, il faut valoriser le rôle des agences immobilières sociales pour faciliter la recherche d'appartements.</p> <p>Il faudrait promouvoir sur les territoires de proximité des actions de sensibilisation à la santé mentale à destination du grand public.  Cf. Fiche action n°19</p> <p>D'autres actions ont été envisagées par le groupe de travail :</p> <p>Former aux « Premiers secours en santé mentale » (Programme de la fédération Santé Mentale France, l'INFIPP et l'UNAFAM).</p> <p>Optimiser l'harmonisation des pratiques professionnelles en généralisant des actions de formation (notamment croisées avec l'implication des usagers) à destination de publics en contact avec les personnes souffrant de troubles psychiques : médecins généralistes, élus, bailleurs sociaux, responsables associatifs, juges, avocats, journalistes, salariés des établissements sociaux et médico-sociaux.</p> <p>Communiquer auprès du grand public via un partenariat avec l'Institut de Journalisme Bordeaux Aquitaine (IJBA) (projet dans le cadre du CLSM de Bordeaux).</p> <p>Valoriser les actions portées par des usagers (dans le cadre des GEM, ou des associations) et créer des espaces partagés favorisant l'accès aux loisirs et à la culture.</p>



	<p>Sensibiliser les étudiants à la santé mentale et les jeunes en formation.</p> <p>Le sport est un levier d'intégration et il convient de poursuivre les actions de sport adapté vers un retour à la pratique de droit commun.</p>
<p>Axe 3 Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches</p>	
<p>Forces</p>	
<p>Les effets positifs des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) pour les bénéficiaires sont tangibles et permettent d'améliorer les capacités à faire face aux crises, de mieux connaître et gérer les traitements, et de faciliter la communication avec les proches et les professionnels de santé (auto-évaluation). Le déploiement d'unités UTEP au sein des établissements de Gironde concourt à ces effets.</p> <p>La rencontre des personnes malades avec des pairs aidants a des effets positifs sur la dé- et la prévention de l'isolement.</p> <p>Les réunions collectives de la MDPH pour l'aide à l'écriture du projet de vie sont bénéfiques car les personnes participantes se sont senties reconnues et ont pu mesurer l'intérêt du projet de vie pour l'évaluation du dossier.</p> <p>Le développement en cours des CLSM sur l'ensemble du territoire girondin est un atout pour le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, tout autant que l'action des associations d'usagers en santé mentale et les pratiques de pair aideance.</p> <p>Les actions de formation à destination des familles et des fratries (ex. : formation TSA au CRA pour les familles, formations pro famille UNAFAM) sont importantes et permettent une meilleure compréhension de la maladie mentale par les personnes aidant au quotidien leur proche souffrant de troubles psychiques.</p>	
<p>Faiblesses</p>	<p>Pistes d'amélioration</p>
<p>Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Les programmes ETP sont encore trop souvent hospitaliers. Les petites structures manquent de moyens et de compétences pour porter ces programmes. Ces derniers sont insuffisamment connus du grand public.</p> <p>Une partie des patients éprouve des difficultés pour accéder aux programmes en raison de sa précarité et/ou du manque de moyens pour se déplacer.</p>	<p>Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Afin de mieux répondre aux besoins des patients, il convient de promouvoir les soins de « rétablissement ».</p> <p>Cf. Fiche action n°8</p> <p>L'implication des GEM dans l'élaboration des programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) permettrait une meilleure prise en compte des demandes et des droits des usagers.</p> <p>Cf. Fiche action n°20</p>



<p>Les programmes ETP ne sont pas toujours au cœur des pratiques professionnelles alors qu'ils pourraient bénéficier à plus de patients, ce qui explique en partie leur faible file active.</p> <p>La place des aidants dans le soin n'est pas assez valorisée et reste encore questionnée.</p> <p>Les dossiers d'accès aux aides sont souvent trop complexes (ex. : MDPH et nécessité de porter un projet de vie formalisé).</p> <p>En psychiatrie infanto-juvénile, il manque des programmes ETP.</p> <p>Les programmes ETP restent globalement concentrés sur la Métropole.</p>	<p>D'autres actions ont été envisagées afin de mieux garantir les droits des usagers :</p> <p>Développer sur la ville des programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient en renforçant la coordination entre les médecins de 1^{er} recours, les Maisons de Santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les ressources en santé mentale.</p> <p>Faciliter l'accessibilité des programmes ETP aux patients avec peu de moyens pour se déplacer.</p> <p>Déployer des ateliers d'aide à l'écriture du projet de vie sur les pôles accueil MDPH ou dans les MDSI.</p> <p>Améliorer le niveau de « littératie en santé », déterminant de la santé, par la réalisation d'actions d'information et de formation en santé afin de permettre aux individus de prendre des décisions concernant leur santé (<i>empowerment</i>).</p> <p>Le soutien aux aidants apparaît fondamental dans l'accomplissement des droits des usagers. Les actions d'aide aux aidants doivent être généralisées et le métier de Technicien Coordinateur de l'Aide-Psychosociale aux Aidants mieux connu.</p>
--	--

Axe 4 Le développement des modalités de soutien par les pairs

Forces

Des Journées de rencontre entre médiateurs santé pairs sont organisées par l'ARS NA.

Des Rencontres des médiateurs santé pairs ont lieu lors de séminaires de formation à Paris.

Le Développement de CLSM sur l'ensemble du territoire girondin est en cours, intégrant des médiateurs dans les instances (ex CLSM Ville de Bordeaux, le Grand Libournais et Sud Gironde).

Le recrutement de médiateurs dans les institutions publiques et privées est engagé (CH, Associations, GCSMS « un chez soi d'abord).



Des formations spécifiques à destination des aidants et des médiateurs santé pair sont (Parlons psy à Bordeaux avril 2019)

Le déploiement en cours des GEM sur le territoire et le Club House de Bordeaux favorisent le soutien par les pairs et permettent de lutter contre l'auto stigmatisation.

Faiblesses	Pistes d'amélioration
<p>Les faiblesses constatées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Les médiateurs de santé pair ressentent un certain isolement du fait du faible nombre de recrutements et de l'absence de statut stabilisé.</p> <p>Malgré leur rôle joué auprès des personnes souffrant de troubles psychiques, le statut d'« aidant » est peu reconnu.</p>	<p>Les pistes d'amélioration proposées par le groupe de travail sont les suivantes :</p> <p>Renforcer le maillage et l'action des GEM sur le territoire. 🔍 Cf. Fiche action n°21</p> <p>Valoriser le travail des médiateurs de santé / pairs pour leur apporter soutien et reconnaissance institutionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none">• Prévoir le financement de leur formation.• Communiquer sur leur rôle et leurs missions• Favoriser les espaces d'échanges et de co-construction entre médiateurs santé / pair. <p>Poursuivre le développement des dispositifs de pair-aidance tout public avec une attention particulière pour les personnes réfugiées. Le per-interprétariat est à développer dans tous les territoires.</p>



PRIORITÉ 6

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

1. LES CONSTATS

Le groupe de travail sur la priorité 6 a mis en avant plusieurs constats :

CONSTATS SUR DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES

- **Pour les personnes en situation complexe, les acteurs qui participent à l'accompagnement des futurs et nouveaux parents sont nombreux, mais ne disposent pas toujours d'outils ou de moyens de coordination.** Les outils de coordination ne sont pas mis en place de façon uniforme : le staff-médico-psycho-social existe ainsi dans la quasi-totalité des maternités, mais avec des degrés de maturité différents selon les structures.
- **Pour les personnes présentant des troubles psychiques et désireuses d'accéder au logement, l'articulation des compétences sanitaires, sociales et environnementales, ainsi que la coopération avec les bailleurs et les mandataires** sont lacunaires face aux problématiques :
 - **D'incurie ou constats apparentés mettant en péril le maintien dans le logement**
 - **D'accès au logement individuel ou collectif des usagers en santé mentale**
- **Pour les étudiants**, l'entrée dans l'univers des études est facteur de déstabilisation pour certains : liberté, autonomie, rythmes de vie, difficultés financières, inégalités, choix de son orientation peuvent mettre à mal l'équilibre psychique. **La frontière entre fragilité passagère, mal-être et véritable pathologie psychiatrique est parfois ténue.** Les enjeux de santé mentale pour les étudiants se cristallisent autour de l'appropriation de facteurs protecteurs en santé mentale, l'évitement des passages à l'acte et l'accès à des interlocuteurs en santé mentale.

2. ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSES ET PISTES D'AMÉLIORATION

Analyse – Diagnostic Global
Axe 1 Les actions visant à agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale
Axe 2 Les actions visant le renforcement des compétences psycho-sociales
Forces
Le soutien à la parentalité
<p>Les Staffs médico-psycho-sociaux en maternité et l'Entretien Périnatal-Précoce (EPP) sont des outils devenus incontournables dans le suivi des futures mères.</p> <p>Un recensement est actuellement en cours par le Réseau Périnatalité Nouvelle Aquitaine de toutes les interventions en Santé Mentale dans les maternités.</p> <p>La coordination de la PMI avec les acteurs de soins institutionnels ou libéraux est opérante avec :</p> <ul style="list-style-type: none">- Offre de soins de proximité : réseau sages-femmes libérales- Développement des actions de soutien des compétences parentales par des acteurs généralistes (Café des parents en structure sanitaire) ou spécialisés (Institut de la Parentalité) : ateliers habiletés parentales, programmes d'intervention basés sur le renforcement des CPS, consultations spécialisés, conférences grand public. <p>De plus, l'existence de guide de ressources soutien à la parentalité sur certaines zones (guide Métropole) est apprécié.</p>
La promotion du bien-être, notamment pendant la période périnatale, la petite enfance, en milieu scolaire/ universitaire ainsi que dans le milieu du travail
<p><u>Avant 3 ans, les forces repérées sont :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- le dossier de suivi des nouveau-nés vulnérables- l'Unité Mère-Enfant du CHCP- la formation des assistantes maternelles par l'intermédiaire des RAM (+ GRETA, IPERIA)
<p><u>En milieu scolaire, les forces repérées sont :</u></p> <p>Le réseau des équipes de santé scolaire et la visite médicale des enfants âgés de 6 ans sont des atouts.</p> <p>Il y a une réflexion en cours sur une relance de la visite pour les enfants âgés de 3-4 ans</p> <p>Les programmes de formation/information santé propres à chaque établissement scolaire et l'articulation avec des initiatives globales : « À vos marques, prev', santé ! » en collège (2018 – portage CD33 : formation des collégiens et objectif d'émergence d'un réseau départemental entre les collèges et les différents acteurs compétents en matière d'activités physiques et sportives de santé-bien être sont initiés dans le département.</p> <p>L'Espace Santé Étudiants (Université Bordeaux/Centre Hospitalier Charles Perrens) :</p>



Consultations Santé Mentale pour les étudiants ; commission de suivi des situations préoccupantes dans le cadre ; prévention formation/information santé ; déstigmatisation ; renforcement des CPS ; formation d'acteurs sentinelles est une force pour le développement du bien être des étudiants.

Le projet Servi-Share (application digital) soutenu par Bordeaux Métropole, l'INSERM et l'Université de Bordeaux) est une carte interactive et fonctionnelle (noms des structures, offre de prestations précisée, horaires détaillés, conditions d'admission spécifiées, types de professionnels, coûts annoncés...) produites avec les jeunes après enquêtes, répertoriant les services de santé - gratuits, peu chers ou sans avance de frais - sur Bordeaux, et testée de façon probante en 2016 auprès de 300 étudiants. Le projet Servi-Share – en renforçant les capacités des personnes à se saisir des informations et à les appliquer – favoriserait l'accès au soin via une carte interactive sous forme de web-app.

En MFR et lycée agricoles, des actions de prévention du suicide portées par la MSA (formation, information, déstigmatisation, renforcement des CPS) sont développées.

Des programmes contre le harcèlement en milieu scolaire (campagne rectorat 2018 pôle PPS ARS DD 33) ont été développés.

Le programme de renforcement des compétences psychosociales portés par l'ARS, dans le cadre de contrats cadre entre l'ARS et le rectorat, ou en mode projet sur des fonds de prévention spécifique (Fonds de prévention du tabagisme, addictions) participe pleinement au bien-être.

Enfin, le développement des programmes approchant les CPS en lien avec des programmes basés sur la pleine conscience s'amplifie.

En milieu professionnel

Le réseau des services de santé au travail et les actions de prévention et d'accompagnement vers le soin porté par certaines mutuelles (MSA auprès des agriculteurs : système de soutien téléphonique, possibilité d'intervention d'urgence 24/24, procédure type CUMP afin d'améliorer la gestion des situations de crise) se développe.

La lutte contre le mal logement

Les dispositifs de facilitation de l'accès au logement des usagers en santé mentale

Les dispositifs de logement variés dans le cadre de partenariats entre des structures institutionnelles (sanitaires, médico-sociales ou sociales) avec des associations et/ou des bailleurs (appartements thérapeutiques ; appartements de transition ; baux glissants ; activités d'inter-médiations les entre différents partenaires émergent de plus en plus.

Les partenariats entre institutions sanitaires et médico-sociales peuvent faciliter les entrées en EHPAD, FAM, MAS ou FO (dispositif de soutien et d'accompagnement à l'entrée, séjours séquentiels (CH Libourne).

La lutte contre l'habitat indigne

De plus en plus de communes mettent en place un Contrôle local de l'offre locative (ex : commission de validation des logements à Libourne, Lesparre).

Le Plan Départemental d'accueil, D'hébergement et d'Insertion (PDHI) par son action 14, soutient la constitution de dispositifs locaux partenariaux de lutte contre l'habitat indigne.



La fiche action du PDLHml33 propose un guide pratique aux maires du département, leur indiquant comment gérer ces situations, guide qui pourrait intéresser les 9 Pôles Territoriaux de Solidarité (PTS) des MDSI et organismes de protection juridique => réflexion en cours au sein du pôle santé environnement ARS DD33 + groupe de travail en cours instauré par les MAIA mais centré sur les situations de Diogène.



Le maintien dans le logement et l'insertion dans la cité

Le suivi intensifié des usagers concernés par un enjeu de maintien dans la cité se développe : double suivi équipe de secteur + pôle auquel est rattaché l'appartement à Charles Perrens ; cellule de veille santé mentale ville/hôpital à Libourne, « un chez soi d'abord » porté par l'ARI ; sur le sud-Gironde projet d'équipe en soutien aux professionnels d'aide à domicile auprès des personnes atteintes de troubles psychiques.

La dimension logement des Programmes DiAir (Délégation interministérielle à l'accueil et à l'intégration des réfugiés), coordonnées par la Préfecture, permet de mettre en œuvre des actions répondant aux besoins des étrangers primo-arrivants installés sur leurs territoires.

La lutte contre l'isolement social, en particulier des personnes âgées

Nous pouvons constater une variété et une densité de dispositifs existants de lutte contre l'isolement au niveau de la Métropole (Dispositif Monalisa, les GEM, Club house, PAERPA, Université du temps libre, Ateliers Santé Ville, etc.). Les réseaux locaux portés par les CLIC, les CCAS, MAIA, EHPAD, RPA favorise la lutte contre l'isolement, d'autre part, certaines mutuelles portent également des actions pour les personnes âgées (ateliers du bien vieillir, ateliers PEPS EUREKA, etc.

Faiblesses	Pistes d'amélioration
<p><u>Le soutien à la parentalité</u></p> <p>Une évaluation positive des staffs, mais n'existent pas dans toutes les maternités.</p> <p>Les EEP (Entretien Prénatal Précoce) sont systématiquement proposés, mais constat que 30 % seulement de femmes en bénéficient et pas nécessairement celles qui en auraient le plus besoin</p> <p>Les lieux d'accueil parents/enfants ne sont pas présents sur l'ensemble du territoire.</p> <p>Les PMI ont parfois une image avec une connotation sociale négative forte dans le recours à ces services.</p>	<p><u>Le soutien à la parentalité</u></p> <p>Garantir, structurer et ancrer la présence d'un staff médico-psycho-social dans l'ensemble des maternités du département.  Cf. Fiche action n°22</p> <p>Coordonner l'intervention des acteurs pivots de l'accompagnement des futurs ou nouveaux parents (acteurs libéraux (médecins, sages-femmes, psychologues, psychiatres), services de maternité, services de psychiatrie).  Cf. Fiche action n°22</p> <p>Mettre en place des formations aux troubles du lien pour les acteurs pivots de l'accompagnement (sages-femmes libérales, médecins généralistes, professionnels des services de maternité et néonatalogie).</p>



Il manque une évaluation systématique des facteurs de risques auxquels sont exposées les femmes enceintes (Santé Mentale, addictions, précarité).

Augmenter le nombre de femmes bénéficiant d'un EEP (objectif de 50 %) et favoriser son inclusion dans le parcours de soins.

Mettre en place et diffuser un auto-questionnaire proposé aux femmes enceintes (expérience hors région).

Finaliser et diffuser l'annuaire de toutes les interventions en santé mentale en maternité.

Favoriser la perception de la PMI comme un acteur de prise en charge accessible à tous, sans connotation sociale.

Développer les compétences parentales : ateliers habiletés parentales, programmes d'intervention basés sur renforcement des CPS, conférences grand public, consultations spécialisées.

Décliner un guide des ressources soutien à la parentalité sur l'ensemble du territoire et intégrer le champ santé mentale dans les forums « petite enfance ».

Adapter les dispositifs d'aide à la parentalité aux populations migrantes (exemple : formation au maternage dans différentes cultures)

La promotion du bien-être, notamment pendant la période périnatale, la petite enfance, en milieu scolaire/ universitaire ainsi que dans le milieu du travail

La promotion du bien-être, notamment pendant la période périnatale, la petite enfance, en milieu scolaire/ universitaire ainsi que dans le milieu du travail

Le dossier de suivi des nouveau-nés vulnérables est actuellement limité aux grands prématurés.

Élargir le dossier de suivi des nouveaux nés vulnérables à d'autres vulnérabilités (troubles du lien notamment et troubles des interactions : lourdes répercussions sur le développement de l'enfant).

Il manque de personnels (médecins/ IDE scolaires) pour effectuer les visites médicales en milieu scolaire


Les actions de formation en milieu scolaire qui sont dépendantes de la politique de chaque établissement

Garantir la réalisation de la visite suivie médicale des 3 / 4 ans, puis des 6 ans. Élargir sa réalisation aux IDE scolaires ?

Le développement reste partiel des antennes de la MDA

Renforcer la coordination entre l'équipe éducative et l'équipe de santé scolaire (secret partagé)



	<p>Développer les actions de formation santé dans les institutions scolaires en partenariat avec d'autres acteurs (ex : ateliers mieux-être développés par la MSA dans les 6 MFR et lycées agricoles, 450 participants).</p> <p>Déployer les CPS sur le temps scolaire ; travail en cours avec l'Éducation Nationale dans le cadre du parcours de santé de l'enfant.</p> <p>Améliorer ou maintenir le capital de santé mentale des étudiants pendant leur étude :</p> <ul style="list-style-type: none">• Fluidifier le parcours de soins en santé mentale des étudiants• Améliorer les représentations de la santé mentale et organiser les réponses utiles dans la communauté universitaire• Permettre aux étudiants de renforcer leurs aptitudes et compétences psychosociales en santé mentale. <p> Cf. Fiche action n°21</p> <p>Prendre en compte la population des 16/25 ans en dehors du système scolaire, en favorisant l'accompagnement de ce qui peut être un temps d'errance au moment de la déscolarisation (point de rupture) > CIO, Missions Locales, Points Écoute Jeune, MDA, Réseau Santé Social Jeunes, logiciel SAFIR.</p> <p><u>La lutte contre le mal logement</u></p> <p>Un manque de prise en compte des cohabitations « subies » entre un usager en santé mentale et son ou ses aidants est mis en évidence</p> <p><u>La lutte contre le mal logement</u></p> <p>Faciliter l'accès et le maintien dans le logement des usagers en santé mentale, en promouvant une approche coordonnée de ces enjeux entre les différents acteurs pivots de l'accompagnement (FA)</p> <p>Favoriser les partenariats entre structures sanitaires et bailleurs sociaux (baux glissants, équipes suivi logement, dispositifs transitoires, accès à de la formation pour les professionnels représentant les bailleurs sociaux).</p> <p>Favoriser l'articulation des compétences</p>
--	---



<p><u>La lutte contre l'isolement social, en particulier des personnes âgées</u></p> <p>Les territoires ruraux sont les plus dépourvus de structures de repérage et d'accompagnement, y compris sur des dispositifs de première intention (ex : pas de CLIC de niveau II/III à Libourne).</p> <p>Nous constatons un manque d'adaptation des prises en charge aux populations à risque spécifiques (migrants, etc.) et un manque de prise en compte de l'isolement de l'aidant.</p>	<p>sanitaires, sociales et environnementales dans la résolution des situations d'incurie.</p> <p>Favoriser l'intégration dans la cité des usagers en santé mentale (repérage des situations à risque, suivis conjoints ville/hôpital, actions de communication santé mentale et participation aux évènements structurants (semaine bleue, etc.).</p> <p>Prendre en compte les besoins de logement des usagers en santé mentale hébergés par un aidant (contexte de cohabitation subie) avec :</p> <ul style="list-style-type: none">• Anticipation des entrées en institution• Favorisation de l'accueil de jour ou séjours temporaires permettant de tester la capacité de vie en institution. <p>Proposer un guide s'adressant aux maires du département en cas de situation d'incurie (démarches à effectuer et annuaire des structures ressources et intervenants de premier niveau). Initiative à l'état de projet, porté par le service santé environnement de l'ARS DD33.</p> <p><u>La lutte contre l'isolement social, en particulier des personnes âgées</u></p> <p>Développer sur l'ensemble des territoires les dispositifs de première intention existants sur la Métropole.</p> <p>Prendre en compte l'isolement social de l'aidant :</p> <ul style="list-style-type: none">• Développement de formations, informations et espace de paroles pour les aidants (ex : parcours santé des aidants MSA, ateliers sur le repositionnement et la prévention contre la perte des liens affectifs, annuaire des dispositifs d'aide et de soutien).• Prise en compte des relations d'aidants spécifiques (accueil frères/sœurs UNAFAM). <p>Prendre en compte l'isolement professionnel (lien avec la promotion de la qualité de vie au travail - exemples des actions mises en place par la MSA autour de la prévention du suicide</p>
--	--



	<p>chez les agriculteurs, avec des interventions dans les lycées agricoles, et auprès des professionnels sur les exploitations, interventions d'urgence, soutien type CUMP). Favoriser le développement de la littératie numérique comme levier d'inclusion dans une société où le numérique joue un rôle essentiel.</p>
--	--

Les constats établis au cours du travail de diagnostic territorial partagé et analysés de manière synthétique dans la présente partie ont donné lieu à la définition, par les groupes de travail, de fiches action compilées dans la partie suivante.



PARTIE III

FICHES ACTION





Cette partie présente une feuille de route alimentée par des fiches action découlant des réunions des six groupes de travail du PTSM.

INTITULÉS DES FICHES ACTION

PILOTES PRESENTIS

1	Rendre lisible l'offre en santé mentale et faciliter l'orientation des usagers et des professionnels	→	Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP)
2	Déployer les projets de télémédecine en psychiatrie	→	Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Rives de Garonne + Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Bordeaux Arcachon Médoc (BAM) + Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux (URPS-ML)
3	Etude de l'optimisation de l'organisation des CMP/CMP-IJ (Infanto-Juvenile)	→	Agence Régionale de Santé Délégation Départementale de la Gironde (ARS DD 33)
4	Déployer les dispositifs mobiles en faveur des jeunes (y compris migrants et mineurs non accompagnés)	→	Rénovation + Centre Départemental de L'Enfance et de la Famille CDEF + GCS Psychiatrie publique 33
5	Développer des dispositifs de partenariat avec l'Éducation Nationale	→	Education Nationale + GCS Psychiatrie publique 33
6	Prévenir les ruptures de parcours scolaire des adolescents et favoriser leur accès aux soins	→	Rénovation + CH Cadillac
7	Améliorer le parcours de soins et favoriser le soin dans le cadre de vie du patient	→	GCS Psychiatrie publique + structures SAMSAH et SAVS + Association pour l'Éducation et l'Insertion Sociale (AEIS)
8	Diffuser les bonnes pratiques de réhabilitation psycho-sociale et les soins de rétablissement sur l'ensemble du territoire	→	Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN) + Centre Référent de Réhabilitation Psychosociale (C2RP) + ARI Insertion + Société d'Hygiène Mentale d'Aquitaine (SHMA) + Centre Montalier + L'Envol (Centre Hospitalier Cadillac)
9	Soutenir le logement et l'emploi inclusifs	→	ARI Insertion + Centre d'Accueil d'Information et d'Orientation (CAIO) + Les 3 GCS Santé Mentale
10	Développer une offre de soins intersectorielle graduée au profit des 16-25 ans	→	CHCP + CH Cadillac
11	Déployer une filière territoriale graduée en addictologie	→	Services/ Pôles addictologie – Services Niveau 3 – Services Niveau 2 – CSAPA du territoire
12	Améliorer le parcours de soins somatiques des patients souffrant de troubles psychiques	→	GHT Alliance de Gironde + URPS



INTITULÉS DES FICHES ACTION

PILOTES PRESENTIS

13	Pérenniser et déployer des actions de prévention « hors les murs et d'éducation à la santé	→	Les établissements de santé mentale
14	Structurer le dispositif de la prévention du suicide en Gironde	→	CHCP – Rénovation
15	Déployer un dispositif global et gradué de la prise en charge du psychotraumatisme	→	CHCP
16	Organiser un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques (y compris l'organisation des transports en urgence)	→	Préfecture
17	Renforcer les liens entre le médecin généraliste et le psychiatre pour prévenir l'urgence et la crise	→	CHCP + URPS-ML
18	Promouvoir l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités physiques et sportives	→	Rénovation + Plateforme sport et troubles psychiques + Comité Départemental du Sport Adapté de la Gironde
19	Promouvoir la santé mentale (Promouvoir un projet de Démocratie sanitaire sur le territoire et lutter contre la stigmatisation)	→	Union Nationale des Amis et Familles de Maladies psychiques (UNAFAM) + Conseil Locaux de Santé Mentale (CLSM) du territoire
20	Renforcer le pouvoir de décider et d'agir des personnes et promouvoir leur implication	→	Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) du territoire) + ARS + Associations d'usagers ou de représentants + GHT Alliance de Gironde
21	Favoriser le bien-être en santé mentale des étudiants en s'appuyant sur les leviers promotion/éducation santé	→	Espace Santé Etudiants (soignants/étudiants relais) – Université de Bordeaux + CHCP (Pôle 3/4/7)
22	Soutenir la parentalité : coordonner l'intervention des acteurs pivots de l'accompagnement des futurs ou nouveaux parents sur la période clef des 0-3 ans	→	Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine + Psychiatrie périnatale
23	Organiser la gouvernance territoriale en santé mentale et les modalités d'animation du PTSM de Gironde	→	CHCP

+ Une fiche spécifique sur les indicateurs clés de suivi du PTSM de Gironde élaborée par Agence Régionale de Santé Délégation Départementale de la Gironde (ARS DD 33)



Ces thématiques ont été définies en prenant en compte les axes d'analyse mentionnés dans le **décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale** qui sont les suivants :

Art. R. 3224-3.-Pour établir l'état des ressources disponibles, identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et préconiser des actions pour y remédier, le diagnostic partagé prévu au II de l'article L. 3221-2 prend en compte les éléments suivants :

- 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 et du handicap psychique.

En outre, pour ces thématiques dans lesquelles s'inscrivent les fiches action, les groupes de travail ont accordé une **importance particulière aux besoins des populations spécifiques** qui sont mentionnées tout le long du PTSM, du diagnostic territorial partagé aux présentes fiches action. Le PTSM tient compte des besoins spécifiques des publics particuliers suivants :

- Les nouveau-nés, les enfants et les adolescents
- Les personnes ayant des conduites addictives
- Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion
- Les personnes placées sous main de justice
- Les personnes âgées
- Les personnes en perte d'autonomie
- Les victimes de psychotraumatisme
- Les personnes en situation de handicap
- Les personnes isolées
- Les réfugiés et migrants

Fiche action n° 1

Rendre lisible l'offre en santé mentale et faciliter l'orientation des usagers et des professionnels

Axe du PTSM :	Axes 1-4-8-9
Priorité du PTSM :	Priorités 1-2-4
Population cible :	Toutes les populations cibles
Pilote(s) opérationnel(s) :	CH Charles Perrens
Acteurs mobilisés (structures, services)	Acteur(s) associé(s) : Pour la mise en œuvre effective des actions <ul style="list-style-type: none"> L'ESEA est proposée comme porteur technique de l'action PTA PTSM : Tous acteurs de la santé mentale à référencer
Objectif général de l'action	<ul style="list-style-type: none"> Répondre aux besoins d'information de la population et des professionnels en psychiatrie et, plus largement, en santé mentale. Améliorer les possibilités d'évaluation précoce des conduites à risques. Améliorer la prise en charge sur le territoire de la Gironde : <ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'accès aux soins et réduire les délais de réponse ; Renforcer et mieux structurer le dispositif de soins ambulatoires afin d'apporter des réponses graduées et spécifiques à chaque situation Améliorer la coordination des différents acteurs concernés : <ul style="list-style-type: none"> Articuler en réseau les unités de soins spécifiques et rendre plus lisibles les spécificités de chaque structure et lieu d'accueil ; Fluidifier le parcours de soins.
Objectifs opérationnels	<p>Proposer des modalités d'accueil, d'évaluation et d'orientation :</p> <ul style="list-style-type: none"> La possibilité d'une assistance à destination des professionnels de la région via le développement de la télé-médecine et de la télé-expertise (cf. FA sur la Télé-médecine). <p>Prévenir le recours systématique au service d'urgences et sécuriser la post-urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> Création d'un lieu d'accueil unique sur la métropole bordelaise pour les évaluations de crise et d'urgence psychiatrique (adultes et enfants) ; Prévenir les ruptures de soins pour les cas complexes. <p>Organiser des journées de formation et de sensibilisation destinées aux professionnels.</p> <p>Établir une cartographie des ressources.</p>

<p>Pour parvenir à une professionnalisation de la réponse apportée tant aux usagers qu'à leurs familles ou aux professionnels amenés à les prendre en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> Création d'une ligne téléphonique dédiée tenue par un infirmier expérimenté : <p>Celle-ci serait ouverte tous les jours, week-ends et jours fériés compris, de 10h à 18h, et permettrait d'apporter information, conseil et orientation dans le champ de la psychiatrie. En cas de besoin, l'infirmier pourrait solliciter le médecin régulateur du SECOP.</p> <ul style="list-style-type: none"> Développement d'un site internet dédié dispensant des informations tant aux professionnels qu'aux usagers : <ul style="list-style-type: none"> Comportant un annuaire numérique des ressources Disposant d'un algorithme alimentant un robot conversationnel pouvant délivrer en continu des informations aux professionnels et faciliter l'orientation des patients ; Proposant des programmes de formations ou des tutoriels de formation Développement d'outils pour le déploiement de la Télé-médecine et la télé-expertise comme Microsoft Skype Entreprise déployé au CHCP, par exemple). Intégrer le dispositif PAACO (Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication en santé) / Globule, l'outil numérique régional de coordination utilisable en web ou en mobilité. Participer aux groupes de travail sur l'annuaire PTA pour : <ul style="list-style-type: none"> Construire un référentiel missions décrivant l'ensemble des structures et services de la santé mentale Construire un annuaire des ressources en Santé Mentale 	Description de l'action
<ul style="list-style-type: none"> Précision des étapes-clés <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place le numéro unique Établir cartographie des ressources Créer et mise en ligne du site internet Campagne d'information et de sensibilisation des acteurs sur le dispositif Développer un programme de formation Précision de l'état d'avancement <ul style="list-style-type: none"> Personnes atteintes de troubles psychiques, Familles des patients atteints de pathologies psychiatriques, Professionnels de santé, Structures médico-sociales Services de secours ... 	Étapes de mise en œuvre de l'action
<ul style="list-style-type: none"> Personnes atteintes de troubles psychiques, Familles des patients atteints de pathologies psychiatriques, Professionnels de santé, Structures médico-sociales Services de secours ... 	Publics ciblés
<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> Participation à l'analyse des besoins <input type="checkbox"/> Participation à l'organisation de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/> 	Démarche participative associant les citoyens
<ul style="list-style-type: none"> Création de 2 ETP IDE pour couvrir la plage d'ouverture du numéro unique Création de 0,5 ETP de webmaster pour assurer la création, le suivi et le fonctionnement du site internet dédié Financement du déploiement des outils de Télé-médecine, télé-expertise 	Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires



Indicateurs de suivi et d'évaluation :	
Indicateurs d'activité	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et type d'appels sur le numéro unique • Nombre de consultations du site internet • Types de publics touchés par les formations
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution passages injustifiés aux urgences • Meilleure organisation du parcours de soins • Meilleure coordination des acteurs
Méthode d'évaluation envisagée	Questionnaires, entretiens, observations...
Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilance : Participation de tous les acteurs au recensement et définition claire et lisible de leurs interventions – Actualisation régulière des données • Atout : Portage technique par ESEA – Construction en cours du site santé.fr • Besoin d'un appui fort de l'ARS pour répondre au recensement
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	Pilotage par l'intermédiaire du GCS PP 33, articulation avec le GHT Alliance 33 et conventions éventuelles avec les acteurs institutionnels
Calendrier de mise en œuvre de l'action	Déploiement des actions sur les exercices 2020-2021

RÉDACTEURS : ANTENNE PTA 33 - CH C. PERRENS

Fiche action n°2

Déployer des projets de télémédecine en psychiatrie

Axe du PTSM :	Transversal
Priorité du PTSM :	1-2-3
Population cible :	Toute population
Pilote(s) opérationnel(s) :	GCS santé mentale, handicap, vieillissement et précarité Rive de Garonne et des secteurs Bordeaux-Arcachon-Médoc - URPSML
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Acteur(s) associé(s) : Pour la mise en œuvre effective des actions</p> <ul style="list-style-type: none"> Requis : Centres hospitaliers/Professionnels de santé 1^{er} recours/Libéraux de Gironde (Mobilisation ressources/Pilotage/Organisation) Requérants : ESMS de Gironde/MT des résidents (Analyse des besoins/Mobilisation ressources/Pilotage/Organisation/Médecins généralistes), structures des établissements public de santé sur sites distants (CMP, SMPR etc...) Bénéficiaires : Patients/Résidents et leurs familles, détenus (maison d'arrêt Gradignan). Accompagnement : GIP ESEA/ARS/Conseil Régional/Conseil Départemental/CPAM (Organisation/Pilotage) Fournisseurs de solutions : Industriels Fonctions support : services informatiques (Organisation/Mobilisation des ressources) CPAM
Objectif général de l'action	Améliorer l'accès aux soins par un dispositif territorial de télémédecine en santé mentale
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'accès aux soins somatiques des populations atteintes de pathologies et handicap psychiques hébergées en ESMS, établissements psychiatriques (et sous réserve de faisabilité, pour les détenus de la maison d'arrêt de Gradignan) Faciliter l'accès aux services de psychiatrie pour les patients du territoire via la télémédecine Faciliter l'accès aux soins en milieu carcéral

<ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'accès aux soins somatiques et psychiques pour les patients du secteur médico-social : <ul style="list-style-type: none"> Etendre le dispositif télémédecine handicap du GCS Rives de Garonne au profit des autres GCS santé mentale du département Etendre l'utilisation du dispositif télémédecine en EHPAD sur les EHPAD non couverts Etudier les modalités d'extension des projets de télémédecine en cours sur les structures accueillant des mineurs Améliorer l'accès aux soins somatiques pour les patients des centres hospitaliers psychiatriques : <ul style="list-style-type: none"> Etudier la pertinence et la faisabilité de permettre l'accès à des consultations avancées via la télémédecine Faciliter le recours à la psychiatrie en intégrant la télémédecine aux pratiques des centres hospitaliers psychiatriques : <ul style="list-style-type: none"> Etudier les modalités d'organisation de la téléconsultation au profit des patients des CMP éloignés des centres hospitaliers Identifier les sites et les profils de patients qui pourraient bénéficier de ce dispositif (notamment le SMPR) Etendre le dispositif au profit des médecins de 1^{er} recours disposant d'un équipement adapté 	Description de l'action
<ol style="list-style-type: none"> Recensement des structures non couvertes par la télémédecine Définition des besoins sur le territoire Recensement des centres experts pouvant répondre à ces besoins Construction d'un projet médical commun sur le département en télémédecine Construction d'outils communs (procédures d'accès, circuits de facturation, workflows) Réflexion sur l'intégration de ce nouvel outil dans les structures Identification des points d'accès pour les patients du territoire non directement pris en charge dans une structure équipée Equiper des structures, des cabinets libéraux Formation des professionnels Actes de télémédecine tests. Evaluation des projets. Fonctionnement en routine. Ouverture des stations de télémédecine des établissements en tant que centres ressources pour les patients du territoire. <p>Précision de l'état d'avancement : => Projets télémédecine handicap (adulte) sur le Sud Gironde. => Projet Télémédecine en EHPAD (CHU) depuis 5 ans. => Projet Télémédecine en EHPAD en développement sur le département.</p> <p>Action déjà en cours : Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mise en œuvre <input checked="" type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/></p>	<p>Etapes de mise en œuvre de l'action</p> <p>Publics ciblés</p> <p>Démarche participative associant les citoyens</p>
<ul style="list-style-type: none"> Personnes hébergées en ESMS ou établissements psy. Personnes nécessitant des soins psychiatriques sur le territoire, y compris identifié par son médecin traitant Tous types d'âges (personnes âgées/adultes/enfance et adolescence). Prise en charge de tous types de pathologies somatiques pour les personnes souffrant de pathologies psychiatriques. <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> si oui :</p> <p>Participation à l'analyse des besoins <input type="checkbox"/> Participation à l'organisation de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/></p>	

Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	<p>Moyens matériels/informatiques : utilisation d'une plateforme de télémédecine, équipement informatique et visio des sites concernés, raccordements réseaux adéquats</p> <p>Moyens humains : temps médicaux et infirmiers / temps de coordination des projets</p> <p>Charges : Poste de télémédecine / Accès à un meilleur réseau (au besoin) / Achats de licence pour une solution de télémédecine / Abonnement annuel à la solution de télémédecine / Achat de matériels connectés</p> <p>Ressources financières : AAC Télémédecine (ARS) AMI Télémédecine (Conseil Régional)</p>
Indicateurs d'activité	<p>Indicateurs de suivi et d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de sites équipés : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Nombre de sites experts. ➢ Nombre de sites requérants. • Nombre de téléconsultations réalisées. • Nombre de télé expertises réalisées. • Nombre d'incidents techniques survenus. • Satisfaction des patients. • Satisfaction des professionnels.
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction des patients par rapport aux consultations présentielles. • Limitation du recours aux transports. • Transfert de compétences entre experts et requérants. • Baisse des hospitalisations. • Augmentation/Baisse du temps passé par les professionnels d'ESMS sur la gestion d'une situation donnée (coûts cachés en temps).
Méthode d'évaluation envisagée	<ul style="list-style-type: none"> • Remontée des statistiques d'activité des centres experts/requérants. • Questionnaires de satisfaction patients/professionnels.
Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	<ul style="list-style-type: none"> • Points de vigilance : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Harmonisation des solutions de télémédecine ➢ Populations spécifiques avec des besoins différents ➢ Médecine de ville à associer ➢ Accroissement de l'activité des centres experts ➢ Transmission et confidentialité des données • <u>Pré-requis</u> : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Réseau performant • <u>Atouts</u> : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Territoire avec dynamique enclenchée. ➢ Accompagnements par l'ARS et le Conseil Régional.
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	<ul style="list-style-type: none"> • Protocoles d'accès aux actes de télémédecine • Conventions de télémédecine • Processus de facturation des actes • Outils de télémédecine communs
Calendrier de mise en œuvre de l'action	<p>T0 : Recensement des structures non couvertes par la télémédecine</p> <p>T0 + 3 mois : Définition des besoins sur le territoire</p> <p>T0 + 6 mois : Recensement des centres experts pouvant répondre à ces besoins</p> <p>T0 + 9 mois : Construction d'un projet médical commun sur le département en télémédecine +</p>

	<p>-sélection d'une solution de télémédecine commune</p> <p>T0 + 15 mois : Construction d'outils communs (procédures d'accès, circuits de facturation, workflows)</p> <p>T0 + 18 mois : Réflexion sur l'intégration de ce nouvel outil dans les structures + identification des points d'accès pour les patients du territoire non directement pris en charge dans une structure équipée</p> <p>T0 + 20 mois : Equipement des structures + Formation des professionnels</p> <p>T0 + 24 mois : Actes de télémédecine tests</p> <p>T0 + 36 mois : Evaluation des projets</p> <p>T0 + 42 mois : Fonctionnement en routine</p> <p>T0 + 48 mois : Ouverture des stations de télémédecine des établissements en tant que centres ressources pour les patients du territoire</p>
--	---

RÉDACTEURS : CH CADILLAC - CH C. PERRENS

Fiche action n° 3

Etude de l'optimisation de l'organisation des CMP/CMP-IJ (Infanto-Juvenile)

Axe du PTSM	Axe 1
Priorité du PTSM	Priorité 1
Population cible	Structures CMP et CMP-IJ du département de la Gironde
Pilote(s) opérationnel(s)	Groupe de Coopération Sanitaire Psychiatrie Publique 33 (GCS PP 33)
Acteurs mobilisés (structures, services)	Acteur(s) associé(s): Pour la mise en œuvre effective des actions <ul style="list-style-type: none"> Gestionnaires CMP Gestionnaires CMP-IJ Professionnels amont (1^{er} recours) et aval (ESMS, hopitaux...) PTA
Objectifs généraux de l'action	<ul style="list-style-type: none"> Permettre aux CMP et CMP-IJ d'optimiser leur fonctionnement et la fluidité et la qualité des parcours de leurs patients Favoriser l'interconnaissance et l'articulation avec les partenaires pour sécuriser la coordination des situations complexes et proposer des solutions adéquates Homogénéiser/adapter les organisations (modalités d'accueil, de gestion des demandes, catégories professionnelles mobilisées sur le 1^{er} accueil, organisation des temps collectifs, structuration et suivi des projets de soins...) Répondre à une hausse continue de la demande de soins générée par l'amélioration globale du dispositif de prévention et de repérage Soutenir la dynamique de développement des missions ambulatoires portée par les orientations stratégiques et politiques Intégrer les outils innovants (télémédecine...) Améliorer les conditions de travail des professionnels
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> Affiner, pour chaque structure, l'état des lieux réalisé lors de la dernière enquête CMP Répertorier les bonnes pratiques professionnelles Identifier les pistes d'amélioration de fonctionnement Développer la culture de l'amélioration continue par l'analyse des dysfonctionnements Proposer des modèles d'organisation

Etapes de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> Proposer un tableau de bord de pilotage des organisations et des activités Préparation et structuration de la démarche et des supports utiles pour réaliser le complément d'état des lieux des structures Réalisation d'un complément d'état des lieux des CMP et CMP-IJ (structure, service produit, activité...) Identification d'actions d'amélioration et d'actions anticipatives Hierarchisation des actions prioritaires prenant en compte la difficulté de mise œuvre et de son impact organisationnel Rédaction d'un bilan départemental Proposition d'un référentiel partagé Précision de l'état d'avancement => Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/>
Publics ciblés	<ul style="list-style-type: none"> Structures accueillant la population adulte (+16 ans) & Enfants/Adolescents (-16 ans)
Démarche participative associant les usagers et/ou aidants	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui : <ul style="list-style-type: none"> Associations représentant les familles, les usagers Médiateurs santé pairs Participation à l'analyse des besoins <input checked="" type="checkbox"/> Participation à l'organisation de l'action <input checked="" type="checkbox"/> Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input checked="" type="checkbox"/>
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	GSC PP 33 - A préciser
Indicateurs de suivi et d'évaluation:	Indicateurs de suivi et d'évaluation:
Indicateurs d'activité	<ul style="list-style-type: none"> Nb de CMP/CMP-IJ ayant fait l'objet de l'étude / Nb de CMP/CMP-IJ existant sur le département Etat d'avancement de l'étude → à définir lors de la préparation et de la structuration de la démarche (jalons calendaires à déterminer)
Indicateurs de résultats	Production d'un référentiel partagé
Méthode d'évaluation envisagée	Respect des échéances fixées au calendrier
Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	



<p>Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport 2018-005R « Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des CAMSP, CMPP, CMP-IJ » http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-005R_version_sept.pdf • Rapport MeaH 2008 « Organisation des CMP : bonne pratiques organisationnelles et retours d'expériences » https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/organisation-des-centres-medico-psychologiques-guide-de-bonnes-pratiques-organisationnelles/ • Fiche n° 5 ANAP novembre 2018 « Zoom sur la charte de fonctionnement des CMP – Corrèze » • Fiche outil n°3 ANAP « Support de diagnostic organisationnel des CMP » https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-tome-2-retour-dexperiences/ • Enquête CMP ARS
<p>Calendrier de mise en œuvre de l'action</p>	<p>Démarrage étude début 2020 Restitution fin 2021</p>

RÉDACTEUR : ARS DD 33

Fiche action n° 4

Déployer des dispositifs mobiles en faveur des jeunes

<p>Mettre en place des équipes mobiles de consultations spécialisées « Petite Enfance » et « Adolescence »</p> <p>Créer une équipe ressource de pédopsychiatrie transculturelle et accompagner les mineurs non accompagnés (MNA)</p> <p>Développer une ou des équipes ressources (EMR) auprès des structures sociales et médico-sociales pour les jeunes</p>	
Axe du PTSM :	Axes 1-2-3-5-6-8-10
Priorité du PTSM :	Priorité 1
Population cible :	Les nouveaux nés, les enfants et les adolescents, les jeunes migrants et les Mineurs Non Accompagnés (MNA)
Pilote(s) opérationnel(s) :	Association Rénovation – CDEF – GCS PP 33
<p>Acteur(s) associé(s) :</p> <p>Pour la mise en œuvre effective des actions</p>	
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°4.1 Mettre en place des équipes mobiles de consultations spécialisées « Petite Enfance » et « Adolescence »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Petite enfance : parents, MG et pédiatres, PMI, ASE, CMP adultes, lieux d'accueil, servicesomatiques, AED-AEMO, centres maternels, CAMSP, professionnels éducatifs, scolaires et judiciaires • Adolescence : parents, EN, services sociaux, médecins, MDSI/MECS/santé scolaire/secteur médico-social/établissements et services PJJ, MDA, SECOP, urgences pédiatriques, cliniques...
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°4.2 Créer une équipe ressource de pédopsychiatrie transculturelle et accompagner les mineurs non accompagnés (MNA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pédopsychiatrie transculturelle <ul style="list-style-type: none"> ➢ CSMI en phase 1 (secteur 01) ➢ Pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Phase 2) ➢ Tous secteurs de psychiatrie infanto-juvénile 33 (Phase 3) • Toutes structures d'accueil des migrants • Les Mineurs non accompagnés (MNA) <ul style="list-style-type: none"> ➢ L'ARS

Acteurs mobilisés (structures, services)	<ul style="list-style-type: none"> ➢ La médecine transculturelle du CHU ➢ L'équipe ressource pédopsychiatrie transculturelle du CSMI ➢ Coordonnateur Santé MNA 33 ➢ CD 33, DPEF ➢ Foyers d'accueil et d'accompagnement éducatif des MNA
Objectif général des actions	<p>Action n°4.3 Développer une ou des équipes ressources (EMR) auprès des structures sociales et médico-sociales pour les jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • ARS, CD33 et DTPJ Aquitaine Nord • Porteur(s) de projet(s) à faire émerger dans le cadre du ou des GCS Santé Mentale <ul style="list-style-type: none"> • Grace à des équipes mixtes sanitaire et médico-sociale, repérer précocement les troubles psychiques des jeunes, en réduisant les délais d'accès aux CMP infanto-juvénile et améliorer l'accès, la qualité et la continuité des soins des enfants de migrants, notamment les primo-arrivants ainsi que des Mineurs Non Accompagnés (MNA). • Eviter les ruptures de parcours des jeunes accompagnés en protection de l'enfance ou dans le secteur médico-social • Améliorer la permanence des soins du territoire et l'accès aux soins en pédopsychiatrie • Faire intervenir à la demande les professionnels de la pédopsychiatrie en appui des structures et des professionnels, indépendamment des secteurs de psychiatrie, en maillant l'ensemble du territoire
objectifs opérationnels	<p>Action n°4.1 Mettre en place des équipes mobiles de consultations spécialisées « Petite Enfance » et « Adolescence »</p> <p>Afin d'harmoniser et faciliter le parcours de soins des patients en réduisant les délais d'attente et en améliorant les coopérations avec les partenaires tout en préservant une offre de soins de proximité, il est proposé de développer des équipes mobiles spécialisées pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ L'accueil et le soin des adolescents ➢ L'accueil et le soin de la petite enfance <p>Le partenariat, plus ciblé pour ces équipes formées à ces publics particuliers, sera plus facile à coordonner. Elles initieront le relais, dans les CMPEA, pour garantir la continuité des prises en charge en cas de besoin.</p> <p>Action n°4.2 Créer une équipe ressource de pédopsychiatrie transculturelle et accompagner les mineurs non accompagnés (MNA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter un accès équitabile et pertinent aux soins en développant une consultation pédopsychiatrie transculturelle intersectorielle prenant en compte les enjeux psychiques de la migration • Renforcer la qualité des soins en proposant une activité d'évaluation spécifique intégrant l'histoire migratoire, la langue et la culture de l'enfant • Prévenir les ruptures du parcours de soin en venant en appui aux structures de 1° niveau (structures d'accueil, Education Nationale, ...) et en s'articulant avec les structures de 2° et 3° niveau éventuelles • Améliorer la formation des professionnels concernant les spécificités de la migration et du plurilinguisme. • Permettre aux professionnels de repérer les structures ressources en santé mentale du territoire à l'aide d'une cartographie dynamique (à prendre en compte dans l'annuaire de la fiche action n°2 « Annuaire PTA »)

Description des actions	<ul style="list-style-type: none"> Faciliter l'accès des MNA à l'équipe ressource de pédopsychiatrie transculturelle (secteur I01 puis extension aux autres secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de Gironde) Faciliter l'accès des MNA à la consultation de suivi transculturelle du CHU de Bordeaux Permettre un appui aux équipes éducatives sur des situations complexes nécessitant une coordination des parcours Venir étayer le maintien en établissements sociaux (MECS, Etablissements PJJ) voire médico-sociaux, des jeunes en situations complexes, présentant fréquemment des troubles importants du psychisme. Evaluer la situation individuelle du jeune sujet de la saisine dans son environnement (établissement d'accueil, partenaires existants ou manquants...) pour évaluer les conditions du maintien de l'accompagnement (si besoin conseils à l'équipe de professionnels quant à l'accompagnement, analyse de pratiques...) Rechercher et mobiliser des partenaires nécessaires pour venir étayer l'accompagnement et le projet du jeune. Si besoin, permettre un lien privilégié avec le secteur de pédopsychiatrie pour faciliter le soin (en ambulatoire, dans l'établissement, ou par hospitalisation partielle ou complète selon les cas) Possibilité d'inclure une dimension Formation dans l'intervention <p>Action n°4.1 Mettre en place des équipes mobiles de consultations spécialisées « Petite Enfance » et « Adolescence »</p> <p>Missions des équipes Petite Enfance :</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépistage et traitement des troubles du développement (TED, autisme précoce), fonctionnels, émotionnels, comportementaux ; et de la relation parents-enfant Appui et coordination des différents professionnels de la petite enfance Mener, avec les partenaires de terrain, en particulier avec la PMI, des actions de prévention, d'information et de sensibilisation Sensibilisation des professionnels de la psychiatrie (CMP adultes), des médecins généralistes, des lieux d'accueil (crèche, halte-garderie, assistante maternelle PMI, assistante familiale du Département, pouponnière) des servicesomatiques, du champ social (travailleurs sociaux, centres maternels), médico-social (CAMSP), éducatif, scolaire et judiciaire au repérage des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement chez le jeune enfant. <p>Missions des équipes Adolescence :</p> <ol style="list-style-type: none"> Accès aux soins : <ul style="list-style-type: none"> Faciliter l'accès aux soins par une réduction des délais d'accueil. Améliorer le dépistage et la prévention des situations de rupture. Etablir une évaluation comprenant un diagnostic psychiatrique et une évaluation des ressources environnementales (sociales, scolaires, familiales) Accueillir et prendre en compte rapidement l'inquiétude des parents, des partenaires de première ligne (Education Nationale, services sociaux, éducateurs, médecins) Faciliter l'adhésion des familles à la prise en charge. Cela peut nécessiter la coopération de tiers : éducateurs (AED, AEMO), du médecin généraliste ou scolaire, de l'assistante sociale, ... Parcours de soins <ul style="list-style-type: none"> Faciliter l'adhésion des adolescents aux soins qui peut demander un travail préalable avec la famille et avec des tiers faisant fonction de médiateur. Assurer la cohérence et la continuité du parcours des soins avec les différents services en amont, contemporains ou en aval de la consultation
-------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> Diminuer le recours aux services d'hospitalisation et d'urgences, assurer un relai rapide après un passage aux urgences ou à la suite d'une hospitalisation Préparer une hospitalisation Mobiliser les différents acteurs du terrain nécessaires afin d'apporter des réponses globales, complémentaires de l'action thérapeutique Assurer une complémentarité avec les CMPEA et HJ <p>3. <u>Transversalité/Coordination avec les partenaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Proposer un appui technique sur les situations difficiles rencontrées par les partenaires du secteur : MDS/MECS/santé scolaire/secteur médico-social/établissements et services de la PJJ... Permettre la visibilité de l'intervention de l'équipe par la présence d'un médecin et d'une infirmière référents, interlocuteurs de tous les partenaires concernés par les problématiques des adolescents sur le territoire Développer les liens avec les médecins généralistes et systématiser avec eux les échanges d'informations Mettre en place une activité de liaison avec les services des urgences (SECOP, urgences pédiatriques, cliniques) <p>4. <u>Information/Sensibilisation/Prévention/Etude de besoins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Mener, avec les partenaires de terrain, des actions de prévention, d'information et de sensibilisation en particulier avec la MDA Organiser, au-delà du partage régulier d'informations au cours de la prise en charge, des réunions de coordination plus générales (prévention, études des situations) avec le service de santé scolaire (IDE, Médecins) et les services sociaux Améliorer le repérage des besoins du territoire et proposer des réponses. <p>Action n°4.2 Créer une équipe ressource de pédopsychiatrie transculturelle et accompagner les mineurs non accompagnés (MNA)</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Formation</u> <ul style="list-style-type: none"> Appui aux ateliers d'accompagnement des MNA mis en place par l'équipe du CHU de Bordeaux : diffusion et délocalisation des ateliers sur tous les territoires où sont présents les MNA une fois par mois, en demi-journée ou en journée entière (apport théorique le matin et cas clinique l'après-midi) Création de schémas de parcours de soins types possibles en fonction de la symptomatologie du jeune et des ressources du territoire Organisation de rencontres entre les psychologues des différentes structures d'accueil des MNA <u>Evaluation</u> <ul style="list-style-type: none"> Appui au dispositif existant d'évaluation cognitive intégrant la dimension transculturelle dans le diagnostic par un temps partiel de psychiatre formé au transculturel, et un temps partiel de psychologue. Constitution d'une équipe pluridisciplinaire associant des professionnels formés à la clinique transculturelle (infirmier, pédopsychiatre, psychologues, orthophoniste, psychomotricien), des anthropologues et des interprètes <u>Suivi</u> <ul style="list-style-type: none"> Dispositif mobile de médecine transculturelle et/ou de psychiatrie intervenant régulièrement et/ou à la demande auprès des équipes sur des situations complexes de MNA ou sur des thématiques identifiées en lien avec les MNA (cf. ressources humaines ci-dessous) Appui à la consultation transculturelle du CHU de Bordeaux pour augmenter les plages horaires dédiées
--	---

<ul style="list-style-type: none"> o La mise en place de réunions cas complexes pour venir en appui technique et de réseau aux équipes en difficulté avec en membres permanents le psychiatre et le psychologue prévu ci-dessus o Développement d'un lieu ressource pour les professionnels avec, le cas échéant, organisation d'un accueil infirmier de l'enfant et de sa famille o Coordination et accompagnement dans la mise en place de soins pédiopsychiatriques : articulation avec les dispositifs « classiques » et/ou prises en charge spécifiques transculturelles au sein de l'équipe o Développement d'un travail en réseau partenarial, notamment avec les CADA, la PMI, l'Education Nationale et les structures accueillant des MNA. Coordination avec les structures accueillant les adultes/ parents <p>Action n°4.3 Développer une ou des équipes ressources (EMR) auprès des structures sociales et médico-sociales pour les jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Composition : équipe à dimensionner mais comportant au moins un binôme Cadre social ou médico-social + médecin pédiopsychiatre. Y adjoindre infirmier ayant une expérience en psychiatrie et/ou un psychologue. • Observation : compte tenu de ses missions, l'EMR doit réunir des compétences médicales et sociales, pour favoriser l'échange entre le social et le soin. L'ARS souhaite un portage par les GCS santé mentale. • Modes de saisine : à étudier pour une rapidité d'intervention. Une saisine directe par les établissements peut être faite, mais un contrôle par la Direction Prévention - Enfance Famille du CD Gironde, la DTPJJ, les commissions spécialisées de la MDPH (GOS) doit être intégré pour éviter les saisines abusives. • Eventuellement, en fonction de l'évaluation des résultats de l'équipe mobile, envisager la création d'une petite structure de répit et d'évaluation dédiée à ces jeunes. 	<p>Publics ciblés</p> <p>Démarche participative associant les citoyens</p> <p>Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants de 0 à 3 ans • Adolescents de 12 à 18 ans ➢ Résident sur le secteur de pédiopsychiatrie concerné • Les mineurs non accompagnés et les enfants de migrants, notamment les primo-arrivants • Jeunes en MECS, en établissements PJJ, voire médico-sociaux (ITEP notamment) <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> si oui :</p> <p>Participation à l'analyse des besoins <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à l'organisation de l'action <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/></p> <p>Action n°4.1 Mettre en place des équipes mobiles de consultations spécialisées « Petite Enfance » et « Adolescence »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipes territorialisées à créer par accord ARS <p>Action n°4.2 Créer une équipe ressource de pédiopsychiatrie transculturelle et accompagner les mineurs non accompagnés (MNA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d'accord ARS pour : • Phase 1 : file active environ 50 patients - budget 370.000 € • Phase 2 : doublement de la file active - budget 740.000 € • Phase 3 : triplement de la file active - budget 1.110.000 € <p>Action n°4.3 Développer une ou des équipes ressources (EMR) auprès des structures sociales et médico-sociales pour les jeunes</p> <p>Budget équipe mobile ressource</p>	<p>Indicateurs de suivi et d'évaluation :</p> <p>Action n°4.1 Mettre en place des équipes mobiles de consultations spécialisées « Petite Enfance » et « Adolescence »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction du délai d'accès au diagnostic et aux soins • Le cas échéant, réduction du délai d'accès aux soins d'aval • Enquêtes de satisfaction auprès des partenaires du territoire • Informations réalisées auprès des partenaires pour repérage des troubles psychiques • Nbre d'interventions hors CMP (établissements scolaires, sociaux et médico-sociaux, MDSI, Visites à domicile...) <p>Action n°4.2 Créer une équipe ressource de pédiopsychiatrie transculturelle et accompagner les mineurs non accompagnés (MNA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombres de prises en charge sur la consultation transculturelle • Nombres d'évaluation cognitive • Délai entre demande et accès aux dispositifs d'évaluation ou de suivis • Nombres d'interpellations de la Coordo Santé MNA 33 sur des situations complexes avec une entrée souffrance psychique • Nombres de formations, de rencontres entre professionnels <p>Action n°4.3 Développer une ou des équipes ressources (EMR) auprès des structures sociales et médico-sociales pour les jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapports annuels d'activité, puis évaluations <p>Indicateurs de résultats</p> <p>Diagnostic qualitatif auprès des équipes éducatives pour faire remonter la persistance de difficultés</p>
<p>Action n°4.1 Mettre en place des équipes mobiles de consultations spécialisées « Petite Enfance » et « Adolescence »</p> <p>Précision des étapes-clés</p> <p>Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/></p> <p>Action n°4.2 Créer une équipe ressource de pédiopsychiatrie transculturelle et accompagner les mineurs non accompagnés (MNA)</p> <p>Déploiement progressif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secteur IO1 en phase 1 • Pôle universitaire en phase 2 • Département en phase 3 <p>Action n°4.3 Développer une ou des équipes ressources (EMR) auprès des structures sociales et médico-sociales pour les jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire valider conjointement par le Conseil Départemental, la PJJ et l'ARS l'avant-projet : définition des missions, territoires, et financement • CD33, ARS et DTPJJ Aquitaine Nord : définir le cadre administratif : appel à projet ? Expérimentation ? • Recherche du/des porteur(s) de projet(s) • Mise en œuvre <p>Précision de l'état d'avancement =></p> <p>Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/></p>	<p>Indicateurs de résultats</p> <p>Diagnostic qualitatif auprès des équipes éducatives pour faire remonter la persistance de difficultés</p>		



Méthode d'évaluation envisagée	Questionnaires, entretiens, observations...
Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	<p>Action n°4.1 Mettre en place des équipes mobiles de consultations spécialisées « Petite Enfance » et « Adolescence »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Articulation avec les autres équipes mises en place (exemple EMR pour ASE/PJJ) <p>Action n°4.2 Créer une équipe ressource de pédopsychiatrie transculturelle et accompagner les mineurs non accompagnés (MNA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le prérequis est la nécessaire amélioration de l'offre en termes de santé mentale pour le public migrant • Les freins sont liés à une prise en charge qui se voudrait trop spécifique et qui ne trouverait alors pas de relais dans le droit commun • Les freins sont également liés à la situation instable de ces jeunes qui peuvent se retrouver sans titre de séjour à leurs 18 ans et donc la nécessité de bien baliser les parcours de soins pour éviter les ruptures <p>Vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afflux de personnes migrantes sur la Gironde, et notamment de mineurs non accompagnés • Articulation avec dispositif de soins psycho-somatiques (Coordo Santé MNA 33) • Attention portée aux MNA en détention (lien avec unité sanitaire et SMPR du quartier pour mineurs de Gradignan) • Atouts : équipe de départ formée <p>Action n°4.3 Développer une ou des équipes ressources (EMR) auprès des structures sociales et médico-sociales pour les jeunes</p> <p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Approbation conjointe par CD33, ARS, ARS et DTPJJ Aquitaine Nord • Définition exacte du périmètre de l'EMR : secteur géographique, lieux institutionnels d'interventions (MECS, PJJ + médico-social ?), et donc calibrage de l'activité prévisionnelle et de l'équipe nécessaire
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	<p>Action n°4.2 Créer une équipe ressource de pédopsychiatrie transculturelle et accompagner les mineurs non accompagnés (MNA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convention avec la médecine transculturelle du CHU • Futur accord avec l'équipe ressource de pédopsychiatrie transculturelle. • Convention entre les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile <p>Action n° 4.3 Développer une ou des équipes ressources (EMR) auprès des structures sociales et médico-sociales pour les jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorisation CD33-ARS-DTPJJ Aquitaine Nord
Calendrier de mise en œuvre de l'action	<p>Action n°4.1 Mettre en place des équipes mobiles de consultations spécialisées « Petite Enfance » et « Adolescence »</p> <p>A compter de l'accord ARS</p> <p>Action n°4.2 Créer une équipe ressource de pédopsychiatrie transculturelle et accompagner les mineurs non accompagnés (MNA)</p> <p>A compter de l'accord de l'ARS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 mois pour le partenariat avec la médecine transculturelle du CHU • A effet immédiat pour les rencontres entre professionnels <p>Action n°4.3 Développer une ou des équipes ressources (EMR) auprès des structures sociales et médico-sociales pour les jeunes</p> <p>Fin 2019 ?</p>

RÉDACTEURS : CH LIBOURNE - CH C.PERRENS + RÉNOVATION - CDEF + CSMI

Fiche action n° 5

Développer des dispositifs de partenariat avec l'Education Nationale

<p>Mettre en place d'un dispositif de consultation partagé entre la pédopsychiatrie et les établissements scolaires Action n°5.1</p> <p>Sensibiliser les personnels scolaires à la santé mentale (enseignants, conseillers pédagogique et AESH) Action n°5.2</p>	
Axe du PTSM :	Axes 1-8-10
Priorité du PTSM :	Priorité 1-2
Population cible :	Les enfants et les adolescents
Pilote(s) opérationnel(s) :	GCS PP 33 – Education nationale
Acteurs mobilisés (structures, services)	Acteur(s) associé(s) : Pour la mise en œuvre effective des actions Action n°5.1 Enseignants, psychologues et médecins de l'Education nationale, psychologues et pédopsychiatres du secteur hospitalier
Acteurs mobilisés (structures, services)	Action n°5.2 <ul style="list-style-type: none"> Équipes d'hôpitaux de jour, d'ITEP Conseillers pédagogiques ASH
Objectif général de l'action	Réduire les délais d'accès à un diagnostic et à une prise en charge adaptée pour les jeunes repérés par les établissements scolaires. Mettre en place des actions préventives pour éviter les ruptures scolaires et limiter le recours aux réponses externalisées et médicalisées
Objectifs opérationnels	Action n°5.1 <ul style="list-style-type: none"> Renforcer l'implication des psychologues et des médecins de l'éducation nationale dans le repérage et l'évaluation des troubles psychiques en milieu scolaire. Mettre en place un circuit dédié aux partenaires scolaires pour accéder à des consultations de psychologue ou de pédopsychiatre hospitaliers tout en évitant le recours systématique au CMP. Proposer des consultations en nombre limité pour réaliser un diagnostic, conseiller et définir les besoins d'accompagnement ou de prise en charge du jeune et de sa famille.

<ul style="list-style-type: none"> Le cas échéant, orienter le jeune et sa famille vers une structure de soins (CMP, CATP, hôpital de jour) et/ou les accompagner dans la constitution d'un dossier MDPH. Avec l'accord du jeune et de sa famille, rendre un avis spécialisé aux psychologues ou médecins de l'éducation nationale qui les ont adressés au Dispositif de Consultation Partagé (DCP). <p>Action n° 5.2 Diffuser le guide de pratiques recommandées servant de support au travail des équipes pédagogiques, en lien avec les partenaires de soins (ensemble de fiches « conseils »)</p> <p>Action n°5.1</p> <ol style="list-style-type: none"> Repérage par les enseignants d'une souffrance psychique, de difficultés d'adaptation ou d'apprentissage susceptible de mettre en cause la continuité du parcours scolaire Évaluation directe par le psychologue ou le médecin de l'Éducation Nationale (EN) du secteur concerné dans le cadre du DCP, en lien avec les enseignants et la famille Le cas échéant, adressage formalisé par le psychologue ou le médecin EN au psychologue ou au pédopsychiatre du secteur hospitalier concerné dans le cadre du DCP Consultations pour le jeune et sa famille dans la limite maximum de 7 rendez-vous avec le psychologue et/ou le pédopsychiatre hospitalier dans le cadre du DCP Concertation du psychologue ou du pédopsychiatre hospitalier avec le psychologue ou le médecin EN ayant adressé le jeune dans le cadre du DCP Le cas échéant, orientation du jeune et de sa famille vers une structure de soins et/ou constitution d'une demande auprès de la MDPH à l'issue des consultations dans le cadre du DCP <p>Action n°5.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Étude de situations concrètes traduisant les difficultés rencontrées par les équipes pédagogiques : écoute et accompagnement dans l'analyse du comportement de l'enfant. Il s'agit de permettre aux professionnels de mettre leurs pratiques à distance, d'analyser leurs postures et leurs réponses face aux situations critiques. Le cœur de cette réflexion porte sur une meilleure compréhension du fonctionnement psychique de certains élèves ainsi que sur les différents niveaux de réponses que l'école doit être en mesure de mettre en place en collaborant si nécessaire avec les partenaires de soins. Apport sur le développement des enfants, les difficultés psychiques. Réflexion sur les adaptations et actions à mettre en place pour sécuriser le parcours de scolarisation des enfants. Pour les AESH Apport sur le développement des enfants, la théorie de l'attachement, les difficultés psychiques. Formation sur les relations humaines pour être en capacité de prévenir, de comprendre et de réguler toute forme de problème de comportement. 	<p>Description des actions</p>
---	--------------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> Analyse de situations concrètes : écoute et accompagnement dans l'analyse du comportement de l'enfant. Il s'agit de permettre aux professionnels de mettre leurs pratiques à distance, d'analyser leurs postures et leurs réponses face aux situations critiques. Le cœur de travail doit permettre aux personnels de savoir mieux s'adapter à l'élève, afin de lui permettre de développer son autonomie et d'être ainsi disponible pour les apprentissages. Précision des étapes-clés Précision de l'état d'avancement => Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Étapes de mise en œuvre de l'action	Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/>
Publics ciblés	<p>Action n°5.1 Enfants et jeunes de 3 à 16 ans scolarisés dans les écoles maternelles, élémentaires, collèges et lycées du territoire concerné</p> <p>Action n°5.2 Conseillers pédagogiques et enseignants Accompagnants des Élèves en Situation de Handicap (AESH)</p>
Démarche participative associant les citoyens	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui :</p> <p>Participation à l'analyse des besoins <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à l'organisation de l'action <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/></p>
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	<p>Action n°5.1 Temps de psychologue et pédopsychiatre hospitaliers + temps de psychologue et médecin EN</p>
	Indicateurs de suivi et d'évaluation :
Indicateurs d'activité	<p>Action n°5.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Réduction du délai d'accès au diagnostic Le cas échéant, réduction du délai d'accès aux structures de soins et de constitution d'un dossier MDPH Facilitation de la coordination entre services hospitaliers et établissements scolaires Amélioration du repérage des troubles psychiques par les enseignants en articulation avec les psychologues et médecins EN <p>Action n°5.2 Baisse des demandes d'externalisation des recours extérieurs</p> <p>Action n°5.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Autonomie des équipes dans la prise en compte des difficultés de comportement des élèves. Evolution des pratiques : cohérence éducative bienveillante et exigeante, tissant la confiance avec les familles et les partenaires.
Indicateurs de résultats	
Méthode d'évaluation envisagée	Questionnaires, entretiens, observations...

Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	Action n°5.1 Vigilance : ce dispositif est applicable dans certains secteurs de pédopsychiatrie volontaires uniquement.
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	
Calendrier de mise en œuvre de l'action	Action n°5.1 A compter de l'accord ARS + EN

RÉDACTEURS : ÉDUCATION - NATIONALE - CH LIBOURNE

Fiche action n° 6

Prévenir les ruptures de parcours scolaire des adolescents et favoriser leur accès aux soins

<p>Créer une équipe mobile pour les adolescents non demandeurs de soins (secteur Sud Gironde) Action n°6.1 Action n°6.2 Créer à titre expérimental d'une Équipe mobile attachée à une Unité de Soins et de Maintien de la Scolarité (USMS), pour les adolescents d'une Zone d'Animation Pédagogique déterminée (Métropole Bordelaise) Action n°6.3 Créer une Unité Soins-Etudes Professionnelle</p>	
Axe du PTSM :	Axes 1-2-4-8
Priorité du PTSM :	Priorité 1
Population cible :	Les adolescents
Pilote(s) opérationnel(s) :	Association Renovation – CH Cadillac
<p>Acteur(s) associé(s) : Pour la mise en œuvre effective des actions</p>	
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°6.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Parents, psychologues, infirmières et médecins scolaires des établissements où le jeune est accueilli Médecins généraliste Assistants sociales Directeurs des établissements scolaires concernés MDA
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°6.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Groupe de travail-groupe de recherche « adolescents déscolarisés et sans soins » Education Nationale : médecins scolaires, infirmiers scolaires, professeurs, vie scolaire, ... Maison des adolescents 33 Filière psychiatrie infanto-juvénile Famille MDA
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°6.3</p> <ul style="list-style-type: none"> Education Nationale Lycées professionnels

<p>• MDA</p> <p>Favoriser un accès rapide à un diagnostic et si besoin à des soins précoces pour des adolescents non demandeurs et réaliser des actions de prévention primaire et secondaire</p> <p>Éviter que l'adolescent ne se replie et ne s'isole chez lui avec le risque d'une aggravation de son état de santé, état dépressif grave avec de possibles signes psychotiques et des comorbidités</p>	<p>Action n°6.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Proposer un diagnostic de situation et clinique précoce. Puis orienter et accompagner le jeune et sa famille vers la réponse la plus adaptée Formation et information des acteurs de première ligne ou dans la communauté sur le repérage des troubles psychiques au-delà de la souffrance sociale et des modalités d'orientation vers les soins adéquats (travail prévention primaire et secondaire) <p>Action n°6.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre des actions préventives Effectuer un repérage précoce des situations à risques Mettre en œuvre des soins précoces <p>Action n°6.3</p> <ul style="list-style-type: none"> Permettre aux adolescents inscrits dans un parcours scolaire professionnel d'accéder à une prise en charge HDJ, lorsque celle-ci est indiquée Permettre à tous les adolescents accueillis à l'Hôpital de Jour du Parc de bénéficier de la synergie « soins-études » (la scolarité facilite les soins, les soins facilitent la scolarité) Diminuer les fins de prise en charge liée à une orientation scolaire non compatible avec l'Hôpital de Jour
<p>Objectif général de l'action</p>	<p>Action n°6.1</p> <ul style="list-style-type: none"> 1er temps : réception demande et analyse pertinence 2° temps : organisation rencontre et évaluation clinique de situation 3° temps : selon diagnostic, intervention thérapeutique directe ou par mise en lien avec équipes de secteurs, ou réorientation vers social ou médico-social si besoin <p>Le délai de réponse serait dans les 72 heures suivant l'appel et pour une durée d'intervention possible de 3 mois.</p> <p>Action n°6.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Les deux premiers objectifs seront confiés une Équipe Mobile/Équipe Ressource, en partenariat avec le travail des Groupes de Prévention du Décrochage Scolaire (GPDS) et de la médecine scolaire. Le troisième objectif sera confié à une Unité de Soins et de Maintien dans la Scolarité. <p>Description du projet</p> <ul style="list-style-type: none"> L'Hôpital de Jour du Parc propose la création à titre expérimental d'une Équipe mobile attachée à une Unité de Soins et de Maintien de la Scolarité (USMS), pour les adolescents d'une Zone d'Animation Pédagogique déterminée. Cet ensemble, Équipe mobile et USMS, s'inscrit dans un partenariat en amont avec la médecine scolaire, et en aval, avec les services et médecins du réseau de soins adolescents de la Gironde, notamment le PUPEA et le CCPEA et l'UMPAJA du Centre Jean Abadie.
<p>Objectifs opérationnels</p>	<p>Action n°6.1</p> <ul style="list-style-type: none"> 1er temps : réception demande et analyse pertinence 2° temps : organisation rencontre et évaluation clinique de situation 3° temps : selon diagnostic, intervention thérapeutique directe ou par mise en lien avec équipes de secteurs, ou réorientation vers social ou médico-social si besoin <p>Le délai de réponse serait dans les 72 heures suivant l'appel et pour une durée d'intervention possible de 3 mois.</p> <p>Action n°6.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Les deux premiers objectifs seront confiés une Équipe Mobile/Équipe Ressource, en partenariat avec le travail des Groupes de Prévention du Décrochage Scolaire (GPDS) et de la médecine scolaire. Le troisième objectif sera confié à une Unité de Soins et de Maintien dans la Scolarité. <p>Description du projet</p> <ul style="list-style-type: none"> L'Hôpital de Jour du Parc propose la création à titre expérimental d'une Équipe mobile attachée à une Unité de Soins et de Maintien de la Scolarité (USMS), pour les adolescents d'une Zone d'Animation Pédagogique déterminée. Cet ensemble, Équipe mobile et USMS, s'inscrit dans un partenariat en amont avec la médecine scolaire, et en aval, avec les services et médecins du réseau de soins adolescents de la Gironde, notamment le PUPEA et le CCPEA et l'UMPAJA du Centre Jean Abadie.
<p>Description des actions</p>	<p>Action n°6.1</p> <ul style="list-style-type: none"> 1er temps : réception demande et analyse pertinence 2° temps : organisation rencontre et évaluation clinique de situation 3° temps : selon diagnostic, intervention thérapeutique directe ou par mise en lien avec équipes de secteurs, ou réorientation vers social ou médico-social si besoin <p>Le délai de réponse serait dans les 72 heures suivant l'appel et pour une durée d'intervention possible de 3 mois.</p> <p>Action n°6.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Les deux premiers objectifs seront confiés une Équipe Mobile/Équipe Ressource, en partenariat avec le travail des Groupes de Prévention du Décrochage Scolaire (GPDS) et de la médecine scolaire. Le troisième objectif sera confié à une Unité de Soins et de Maintien dans la Scolarité. <p>Description du projet</p> <ul style="list-style-type: none"> L'Hôpital de Jour du Parc propose la création à titre expérimental d'une Équipe mobile attachée à une Unité de Soins et de Maintien de la Scolarité (USMS), pour les adolescents d'une Zone d'Animation Pédagogique déterminée. Cet ensemble, Équipe mobile et USMS, s'inscrit dans un partenariat en amont avec la médecine scolaire, et en aval, avec les services et médecins du réseau de soins adolescents de la Gironde, notamment le PUPEA et le CCPEA et l'UMPAJA du Centre Jean Abadie.

	<ul style="list-style-type: none"> Elle constituera un Centre ressources pour les personnels scolaires (médecins scolaires, enseignants, infirmiers scolaires, Conseillers Principaux d'Éducation, etc.) pour les services sanitaires et les différents services sociaux. L'équipe mobile se rendra dans les établissements scolaires pour assurer des actions de sensibilisation auprès des professionnels scolaires et auprès des parents. Ils participeront à des réunions d'analyse de situation à risque avec les équipes du GPSD. L'unité de Soins et de Maintien dans la Scolarité accueillera les adolescents en cours ou à risque de rupture de parcours, à temps partiel pendant 6 semaines, pour la réalisation de bilans et la mise en œuvre de soins précoces. A l'issue de cette période, ils seront orientés vers une prise en charge adaptée. Elle aura vocation, à terme, à devenir un Centre Expert de la psychopathologie scolaire. <p>Action n°6.3 Ouverture d'une unité soins-études professionnelles au sein de l'HJD du Parc, en partenariat avec des lycées professionnels. La prise en charge comprendra 3 temps qui devront être adaptés à chaque situation selon l'état de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1^{er} temps à l'Hôpital de Jour : Poursuite des soins, ateliers thérapeutiques, cours des matières générales + ateliers technologiques ; 2^{ème} temps : Hôpital de Jour + Stages. Poursuite des soins, ateliers thérapeutiques, cours des matières générales + stages thérapeutiques + stages dans un lycée professionnel 3^{ème} temps : Hôpital de Jour + scolarité professionnelle en Lycée Professionnel <p>Poursuite des soins, ateliers thérapeutiques, cours des matières générales + formation scolaire professionnelle dans un lycée professionnel, cours et stages professionnels. Cette scolarité professionnelle sera assurée pour une part à l'Hôpital de Jour du Parc par les enseignants de l'établissement, et d'autre part, dans différents lycées professionnels avec qui l'Hôpital de Jour proposera d'établir une convention de partenariat.</p> <ul style="list-style-type: none"> Précision des étapes-clés Précision de l'état d'avancement => <p>Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/></p> <p>Action n°6.1 – 6.2 Adolescents scolarisés en collège (en âge d'obligation scolaire, soit moins de 16 ans), souffrant de troubles psychiques et en cours ou à risque de rupture de parcours</p> <p>Action n°6.3 Adolescents déscolarisés, atteints de troubles psychiatriques nécessitant une prise en charge dans une unité soins-études, et inscrits ou souhaitant s'inscrire dans des études professionnelles.</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> si oui :</p> <p>Participation à l'analyse des besoins <input type="checkbox"/> Participation à l'organisation de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/></p>
Etapes de mise en œuvre de l'action	
Publics ciblés	
Démarche participative associant les citoyens	

Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	<p>Action n°6.1 Pour le territoire Sud Gironde, l'équipe pluridisciplinaire serait articulée autour d'un psychiatre avec un éducateur spécialisé, un infirmier, un psychologue clinicien, un temps de psychomotricien et de cadre dédié. 2 Véhicules pour que l'équipe mobile puisse se déplacer sur ce vaste territoire où les moyens de déplacements collectifs sont peu développés ne facilitant pas les déplacements des jeunes et de leurs familles pour se rendre sur les lieux de soins.</p> <p>Action n°6.2 Équipe pluridisciplinaire : Psychiatre, psychologue, IDE, Éducateur spécialisé, enseignant scolaire spécialisé</p>
	Indicateurs de suivi et d'évaluation :
	<p>Action n°6.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Recueil du nombre d'interventions et évaluation du nombre de jeunes PEC avec études de l'origine et du devenir des jeunes en termes de diagnostics posés, de soins, de socialisation Questionnaire de satisfaction suite aux formations et interventions Données d'activités d'équipe mobile par le SIREM de Cadillac <p>Action n°6.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation des professionnels scolaires (nombre d'actions de sensibilisation, contenu de ses actions...) Repérage des situations à risque de rupture de parcours (nombre de situations repérées) Accès au diagnostic et aux soins précoces (nombre d'adolescents pris en charge à l'USMS) <p>Action n°6.3</p> <ul style="list-style-type: none"> Les adolescents en parcours scolaires professionnels orientés vers l'HJD) sont admis, si l'indication médicale le justifie Les adolescents accueillis à l'HJD et souhaitant s'orienter vers un parcours scolaire professionnel bénéficient de cours adaptés Les soins proposés à ces adolescents sont plus efficaces Les ruptures de parcours diminuent
Indicateurs d'activité	
Indicateurs de résultats	<p>Ils permettent de répondre à certaines interrogations et notamment l'atteinte des objectifs: qu'est-ce qui a changé? Quelles appropriations des connaissances ont été observées? Y-a-t-il un impact? Les données collectées sont le plus souvent qualitatives.</p>
Méthode d'évaluation envisagée	Questionnaires, entretiens, observations...
Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	<p>Action n°6.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Recueil du nombre d'interventions et évaluation du nombre de jeunes PEC avec études de l'origine et du devenir des jeunes en termes de diagnostics posés, de soins, de socialisation Questionnaire de satisfaction suite aux formations et interventions Données d'activités d'équipe mobile par le SIREM de Cadillac



<p>Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)</p> <p>Calendrier de mise en œuvre de l'action</p>	<p>Action n°6.1 Des protocoles seront à établir sur les modalités de saisine par les personnels scolaires permettant de préciser qui peut solliciter l'équipe mobile et après quelles autorisations et ou informations (représentants légaux, Directeurs d'établissement)</p> <p>Action n°6.3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convention avec l'Education Nationale • Convention avec des lycées professionnels publics et/ou privés
--	---

RÉDACTEURS : RÉNOVATION - CH CADILLAC

Fiche action n°7

Améliorer le parcours de soins et favoriser le soin dans le cadre de vie du patient

<p>Promouvoir et déployer des équipes « d'hospitalisation à domicile » HAD (soins intensifs à domicile)</p> <p>Renforcer et optimiser l'intervention des SAMSAH et des SAVS</p> <p>Développer le Case Management en santé mentale (réfèrent de parcours)</p> <p>Déployer les commissions de situations médico-psycho-sociales complexes à l'ensemble du territoire</p>	
Axe du PTSM :	Axes 2-3-4-5-8-10
Priorité du PTSM :	Priorité 2
Population cible :	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes en perte d'autonomie Les personnes en situation de handicap Les personnes isolées
Pilote(s) opérationnel(s) :	GCS PP 33 - Les structures porteuses de SAMSAH et de SAVS - AEIS (EAGP - Equipe d'Appui Gérontologique de Proximité)
Acteur(s) associé(s) :	
Pour la mise en œuvre effective des actions	
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°7.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Centres Hospitalier Charles Perrens, Cadillac, Libourne ARS CPAM Médecins traitants UNAFAM
	<p>Action n°7.2</p> <ul style="list-style-type: none"> CLSM du territoire, afin de créer un maillage départemental Associations gestionnaires de SAMSAH et SAVS Équipe des SAMSAH volontaires Établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ARS Département / MDPH SAD UNAFAM
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°7.3</p> <ul style="list-style-type: none"> Structures médico-sociales en charge de l'accompagnement et de la coordination auprès du public cible PTA 33

<p>Action n°7.4</p> <ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitaliers Charles Perrens Centre Hospitalier Cadillac Centre Hospitalier de Libourne CHU de Bordeaux Établissements sanitaires de réhabilitation psycho-sociale MAIA SIAO PTA Plateforme Autonomie Seniors Plateforme Santé Vulnérabilité ESMS du territoire ASE - PJJ MDPH 	Acteurs mobilisés (structures, services)
<p>Améliorer le parcours de soins des personnes souffrant de pathologie psychiatrique en décompensation et améliorer l'accès aux soins en évitant les hospitalisations et en favorisant les soins dans le cadre de vie habituel</p> <p>Action n°7.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Favoriser les alternatives à l'hospitalisation à temps complet afin, soit de lévirer, soit d'en diminuer la durée Développer et diversifier l'offre de soins ambulatoire en proposant des dispositifs intermédiaires Favoriser, maintenir l'autonomie et accélérer le rétablissement en maintenant les personnes dans leur cadre de vie. <p>Action n°7.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Favoriser un accès précoce aux soins pour les personnes rencontrant des difficultés psychiques, afin de limiter le risque d'hospitalisations inutiles Faciliter le passage des personnes d'un type de service d'accompagnement à un autre en fonction des besoins repérés, tant par la personne que par son entourage (proches, professionnels de première ligne, etc.) Renforcer le pouvoir d'agir des personnes en les aidant à s'appuyer sur leurs forces, compétences et savoirs expérimentiels. Maintenir la permanence d'un dispositif ressource, permettant aux personnes, si elles le souhaitent, de s'inscrire / se réinscrire dans la vie sociale Renforcer le travail en réseau Concourir à la résolution de cas complexes en soutenant les équipes de première ligne. Favoriser le maintien en logement ordinaire de personnes en situation de handicap psychique et préviendrait les ruptures de parcours et de soin de ces dernières Soutenir les aidants professionnels sur la gestion de cas complexes (ou critiques) en leur apportant une expertise en matière de connaissances, de mise en place de stratégies efficaces, d'outils de prise en charge et de repérage des situations de crises Prévenir l'aggravation de certaines situations, en évitant un épuisement des professionnels intervenant auprès de la personne, et des hospitalisations non justifiées 	Objectif général de l'action
	Objectifs opérationnels

<p>Action n°73 Identification / création de poste de case management en santé mentale :</p> <p>Missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer la situation complexe (besoins, attentes, problématiques, ressources et potentialités, risques) • Planifier les services nécessaires au maintien à domicile (programme personnalisé d'intervention : ressources matérielles, aides humaines, accès aux droits...) • Organiser et coordonner les interventions des professionnels • Mettre en œuvre l'éducation pour la santé <p>Action n°74 Principes de fonctionnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation d'une réunion tous les deux mois de 3 h, puis à évaluer en fonction des demandes - Examen de 3 situations lors de chaque séance - Ces commissions font l'objet d'un compte rendu et d'un bilan annuel <p>Composition des membres permanents :</p> <p>Un directeur hospitalier (direction des usagers ?), Psychiatres hospitaliers), un assistant(e) social(e), un Cadre supérieur de santé, un représentant de la Plateforme Territoriale d'Appui, Plateforme Autonomie Seniors; Plateforme Santé Vulnérabilité, MAIA du territoire, un représentant du SIAO (pour rechercher et orienter vers les solutions d'hébergement adaptées), un représentant de la MDPH (pour faciliter les orientations et l'avancement des dossiers) et de la CPAM.</p> <p>Membres invités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le patient lui-même éventuellement accompagné par un proche ou sa personne de confiance • Médecins somaticiens hospitaliers (sur pathologies associées), équipes médico-sociales concernées (établissements médico-social, EHPAD, mandataires judiciaires...), ASE si concernée, EMPP, représentant des usagers, etc. soit toute institution repérée par le CH comme pouvant participer au solutionnement de la situation en sortie. <p>Modes de saisine :</p> <p>Les équipes hospitalières</p> <p>Territoire :</p> <p>Celui de l'hôpital concerné</p> <p>Précision des étapes-clés</p> <p>Action n°72</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rencontre avec les organismes gestionnaires de Samsah et de Savs • En parallèle, travail avec la MDPH pour la mise en œuvre d'orientations mixtes Samsah – Savs • Sélection, sur la base de fiches-projet, des services habilités à porter une Equipe Mobile Ressource • Mise en œuvre des Equipes Mobiles Ressources (EMR) : recrutements des membres des équipes ; installation dans des locaux à équidistance des bornes du secteur couvert ; information des structures potentiellement requérantes ; premières interventions • Précision de l'état d'avancement => Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <p>Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/></p>		<p>Etapes de mise en œuvre de l'action</p>
<p>Action n°73</p> <ul style="list-style-type: none"> • De favoriser la continuité des soins • Permettre que les différents professionnels et partenaires du système de santé soient accessibles, en renforçant leurs responsabilités partagées et leurs actions. • Faciliter l'accès aux soins et aux services • Améliorer la circulation entre opérateurs • Assurer une continuité préventive qui limite les décompensations fortuites • Améliorer l'observance • Diminuer le nombre et la fréquence des ré hospitalisations • Réduire la durée moyenne de séjour. <p>Le case management favorise la réadaptation et augmente la qualité de vie de l'usager et de sa famille.</p> <p>Action n°74</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer une analyse pluri-professionnelle des situations complexes identifiées (psychiatrique, somatique, sociale, environnementale, etc) • Prioriser les leviers d'action en associant les partenaires internes et externes • Mesurer les enjeux, les difficultés et les éventuels freins pour les patients, l'entourage et l'organisation des structures d'accueil • Aider à la prise de décision et mettre en évidence des pistes de solution <p>Action n°71</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer ou développer des équipes dédiées comme il en existe au CHCP mais aussi dans d'autres régions de France proposant des soins ambulatoires intensifs lors de périodes aiguës • Proposer des VAD quotidiennes ou biquotidiennes par des IDE ayant une solide expérience en psychiatrie et la possibilité d'intervention d'un psychiatre, au domicile ou sur le lieu de vie des patients afin de dispenser des soins <p>Ces équipes travailleront en étroite collaboration avec le médecin traitant du patient, les familles ou les proches aidant et les professionnels du lieu de vie s'il y a lieu. Ce(s) dispositif(s) permettront d'apporter des soins aigus au plus près du patient, évitant ainsi les ruptures générées par les hospitalisations à temps complet, ou amorçant précocement le rétablissement en raccourcissant les durées d'hospitalisation.</p> <p>Ils permettent également d'aborder les sujets lorsqu'ils sont repliés au domicile et dans l'incapacité (physique ou psychique) de recourir aux dispositifs de soins classiques, en évitant le recours aux moyens habituels de gestion de la crise (Samu, pompiers) limitant ainsi le recours aux hospitalisations sans consentement</p> <p>Action n°72</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instauration d'une notification MDPH unique pour les SAMSAH et les SAVS, de façon à répondre avec souplesse et réactivité à l'évolution des besoins des personnes souffrant de troubles psychiques. • Optimiser les places et coordonner les différents organismes (à l'instar du SIAO dans le domaine de l'accès à l'hébergement) par la mise en œuvre d'un dispositif unique d'orientation vers les SAMSAH et SAVS, • Répondre aux besoins d'expertise et de soutien des équipes sanitaires ou médico-sociales (SAD, SAVS, SSIAD, etc.) girondines via les Equipes Mobiles Ressources • Extension des zones d'intervention des SAMSAH et SAVS afin de couvrir l'ensemble du territoire girondin, et en particulier les zones rurales via les Equipes Mobiles Ressources 	<p>Description des actions</p>	

Publics ciblés	<ul style="list-style-type: none"> • Patients (enfants, adolescents, adultes, sujets âgés) présentant une décompensation psychiatrique nécessitant des soins intensifs mais compatible avec un suivi ambulatoire • Patients vivant à leur domicile ou des lieux de vie sociaux, ou médico-sociaux (foyers, EPADH etc) • Enfants, adolescents ou adultes hospitalisés en psychiatrie publique <p>Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui :</p> <p>Participation à l'analyse des besoins <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Participation à l'organisation de l'action <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/></p>
Démarche participative associant les citoyens	<p>Action n°7.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipe pluridisciplinaire (IDE, psychiatre, assistante sociale, psychologue, éducateurs, cadre) • Véhicules (vélos, automobiles etc.) • Matériel informatique mobile <p>Action n°7.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moyens humains : financements supplémentaires attribués aux SAMSAH existants pour recruter des professionnels dédiés à cette mission (psychiatre, infirmière, éducateur spécialisé, assistant de service social) • Moyens matériels : financement des coûts liés aux déplacements (indemnités kilométriques ; achat, entretien et assurance de véhicule) ou à la location d'un lieu dédié sur le territoire couvert ; outils de communication (téléphones et ordinateurs portables + abonnements) <p>Action n°7.3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financement d'EIP de case manager
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	<p>Indicateurs de suivi et d'évaluation :</p> <p>Action n°7.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activité (nombre de patients admis en HAD, durée, mode d'entrée, lieux de domiciles...) • Résultats attendus: diminution de l'engorgement des lits d'hospitalisation complète • Taux d'hospitalisation temps plein <p>Action n°7.3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de case manager déployés sur le public cible • Nombre de personnes ayant bénéficié de cet accompagnement / an <p>Action n°7.4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rencontres • Nombre de situations traitées et abouties • Partenaires représentés • Nombres d'hospitalisations inadéquates en psychiatrie
Indicateurs d'activité	<p>Ils permettent de répondre à certaines interrogations et notamment l'atteinte des objectifs: qu'est-ce qui a changé? Quelles appropriations des connaissances ont été observées ? Y-a-t-il un impact? Les données collectées sont le plus souvent qualitatives.</p>

Méthode d'évaluation envisagée	<p>Questionnaires, entretiens, observations...</p> <p>Action n°7.1</p> <p>Ces équipes doivent être en lien étroit tant avec les praticiens de ville en particulier les médecins généralistes qu'avec les praticiens hospitaliers. Les HAD ne se substituent pas aux hospitalisations à temps complet lorsqu'elles sont incontournables.</p> <p>Action n°7.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser « l'aller-vers » les publics non-demandeurs de soins • Travailler en proximité avec les dispositifs de repérage précoce • Disposer d'outils d'évaluation communs et adaptés à la diversité des situations • Informer les acteurs du territoire (sanitaires, sociaux, médico-sociaux, associatifs) de l'existence des EMR, en particulier les médecins généralistes • Communiquer, à l'occasion de manifestations (colloques, journées d'étude, etc.), pour informer les usagers et les familles de l'existence des EMR et de leurs missions • Communication auprès des établissements, services et professionnels susceptibles de faire appel à ce dispositif <p>Action n°7.3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appui sur la méthode MAIA (préservation du lien avec la dynamique d'intégration) • Interdépendance des trois leviers : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Concertation clinique ➢ Appui aux professionnels ➢ Approche parcours <p>Action n°7.4</p> <p>Atouts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de plusieurs GCS sur le territoire • GHT • Partenariats existants (plateforme santé vulnérabilité, Plateforme Autonomie séniors, SIAO, CHU etc.) <p>Action n°7.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conventioneer avec les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux susceptibles de solliciter l'appui de ce dispositif • Afin d'assurer des interventions souples et rapides, les équipes mobiles devraient pouvoir bénéficier d'un fonctionnement dérogatoire leur permettant d'intervenir auprès de personnes ne disposant pas forcément d'une orientation MDPH vers un SAMSAH ou un SAVS <p>Action n°7.4</p> <p>Action à présenter aux GCS Santé Mentale concerné pour le faire connaître et le mettre en œuvre</p>
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	<p>2020</p>
Calendrier de mise en œuvre de l'action	<p>2020</p>

RÉDACTEURS : CLSM BORDEAUX - ANTENNE PTA 33 - CH C.PERRENS - RÉNOVATION

Fiche action n°8

Diffuser les bonnes pratiques de réhabilitation psycho-sociale et les soins de rétablissement sur l'ensemble du territoire

<p>Action n°8.1 Promouvoir les pratiques de réhabilitation psychosociales</p> <p>Action n°8.2 Promouvoir les soins de rétablissement</p>	
Axe du PTSM :	Axes 1-2-3-4-5-6-10
Priorité du PTSM :	Priorités 2-5
Population cible :	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes en perte d'autonomie Les personnes en situation de handicap Les personnes isolées Les personnes ayant des conduites addictives
Pilote(s) opérationnel(s)	C2RP – MGEN – ARI – SHMA – Montalier – L'Envol (CH Cadillac)
<p>Acteur(s) associé(s) : Pour la mise en œuvre effective des actions</p>	
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°8.1 Toutes structures ayant des pratiques de réhabilitation psychosociale dans le champ sanitaire et médico-social.</p> <p>Action n°8.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Responsables pédagogiques des organismes de formation (IFSJ, IRTS, etc.) Responsables R.H des structures sanitaires, sociales et médico-sociales Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA), non seulement pour financer les formations mais aussi pour inscrire le rétablissement dans leurs axes prioritaires Professionnels d'ores et déjà formés au rétablissement, constitués en « Équipe de sensibilisation », par-delà leurs spécificités professionnelles Le C2RP sur le volet « Réhabilitation Psychosociale », qui pourrait endosser le rôle de pilote de cette action Les services du <i>Working First</i> 13 et du <i>Working First</i> 13 qui, au-delà de la sensibilisation, dispensent la formation « Soins orientés rétablissement en santé mentale » (Dr Raphaël BOULOUJINNE).
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°8.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Responsables pédagogiques des organismes de formation (IFSJ, IRTS, etc.) Responsables R.H des structures sanitaires, sociales et médico-sociales Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA), non seulement pour financer les formations mais aussi pour inscrire le rétablissement dans leurs axes prioritaires Professionnels d'ores et déjà formés au rétablissement, constitués en « Équipe de sensibilisation », par-delà leurs spécificités professionnelles Le C2RP sur le volet « Réhabilitation Psychosociale », qui pourrait endosser le rôle de pilote de cette action Les services du <i>Working First</i> 13 et du <i>Working First</i> 13 qui, au-delà de la sensibilisation, dispensent la formation « Soins orientés rétablissement en santé mentale » (Dr Raphaël BOULOUJINNE).
Objectif général de l'action	Faire connaître et favoriser l'accès au réseau de réhabilitation psychosociale départementale et diffuser ces pratiques sur l'ensemble du territoire afin de favoriser leur accessibilité.

<p>Enrichir les pratiques de soins et d'accompagnement des (futurs) professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux en les ouvrant au paradigme du Rétablissement, dans ses enjeux tant théoriques que pratiques.</p> <p>Action n°8.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Recenser de manière qualitative l'offre auprès des acteurs de la réhabilitation psychosociale dans le département (indications, types de soins et d'accompagnements proposés...) Affiner le diagnostic territorial concernant les zones non pourvues ou peu accessibles à une offre de RPS. Donner une visibilité sur les offres de RPS et une facilité d'accès aux soins de RPS pour les usagers via une forme de « sectorisation » des centres de proximité. Intégrer des techniques de soins de RPS au « cœur » des secteurs (Hôpitaux de jour, CMP, etc.) <p>Action n°8.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Modifier les paradigmes (processus) d'intervention en laissant aux personnes toute la latitude nécessaire dans l'élaboration de leurs projets (de vie, de santé, d'accompagnement, etc.) Capitaliser le savoir issu de l'expérience des personnes (quelles personnes ?) Accroître l'intégration de Médiateurs de Santé Pairs, de pairs aidants et de patients experts dans les équipes 	<p>Objectifs opérationnels</p>
<p>Action n°8.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Créer un support permettant d'auditer la nature des offres existantes (spécification des options et des objectifs des dispositifs interrogés dans le domaine de l'accompagnement et du rétablissement) Cartographier l'existant sur le département et le mettre à jour de manière régulière Pérenniser les centres de proximité et le centre référent nouvellement créés afin d'assurer la poursuite du déploiement des soins de RPS sur le territoire (ARS) Favoriser la création de centre de proximité sur les territoires non pourvus (ARS) <p>Action n°8.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Sur la base du diagnostic Ars¹, contacter les établissements et services comptant des professionnels formés au rétablissement Les réunir et les constituer en équipe Solliciter le C2RP et s'assurer qu'il accepte, moyennant éventuels financements complémentaires, de jouer le rôle d'animateur/pilote de cette action Elaborer des documents, type plaquettes, synthétisant les principes du rétablissement Démarcher les acteurs à mobiliser (Cf. ci-dessus) Intégrer les OPCA à la mise en œuvre de l'action Conduire des actions de sensibilisation auprès des étudiants et professionnels en poste Évaluer les retombées de l'action (Cf. « Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action », ci-dessus) et y intégrer les réactions suscitées par cette nouvelle approche (freins, incompréhensions, etc.). <p>1 Pour la constituer, Cf. le diagnostic Ars établi en matière de « taux de pénétration » de l'approche du rétablissement dans les établissements et services girondins/néo-aquitains. Pour les personnels médicaux, solliciter les professionnels du C2RP (UGECAM).</p>	<p>Description des actions</p>
<p>Précision des étapes-clés</p> <ul style="list-style-type: none"> Rédaction de la fiche enquête. Envoi et collecte des résultats 	<p>Étapes de mise en œuvre de l'action</p>



Indicateurs de résultats	<p>Ils permettent de répondre à certaines interrogations et notamment l'atteinte des objectifs: quel est-ce qui a changé? Quelles appropriations des connaissances ont été observées? Y-a-t-il un impact? Les données collectées sont le plus souvent qualitatives.</p>
Méthode d'évaluation envisagée	<p>Questionnaires, entretiens, observations...</p> <p>Action n°8.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Former les équipes aux grands principes du rétablissement, puis aux outils de la réhabilitation psychosociale. Former des cliniciens à l'éducation thérapeutique, l'entraînement des compétences sociales, la médiation cognitive et la thérapie cognitive dans le cadre d'une offre de soin organisée à un niveau territorial <p>Action n°8.2</p> <p>Dans de nombreux établissements et services; le renversement de paradigme qu'impulse cette approche (de l'usager passif à l'usager acteur/scénariste de sa propre vie ; du professionnel omniscient au professionnel apprenant) peut « rebuter » certains professionnels</p> <p>Action n°8.1</p> <p>Evolution de l'offre en cours nécessitant sans doute des réactualisations régulières</p> <p>Action n°8.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Avec les OPCA Avec le C2RP Avec les établissements et services acceptant de mettre des professionnels à disposition pour réaliser ces actions de sensibilisation Avec les services du <i>Working First 13</i> et du <i>Housing First 13</i> pour dispenser la formation <p>Action n°8.1</p> <p>1^{er} trimestre 2020: Rédaction de la fiche enquête. 2^{ème} trimestre 2020 : Envoi et collecte des résultats 3^{ème} trimestre : Exploitation et Diffusion. Utilisation du support site <i>AquiRehab</i> à cette fin Horizon 2020 : Journée d'information et de promotion de la réhabilitation psychosociale pour présentation des résultats</p> <p>Action n°8.2</p> <p>La mise en œuvre de cette action peut être enclenchée dès sa validation obtenue</p>
Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	
Calendrier de mise en œuvre de l'action	

RÉDACTEURS : MGEN + C2RP - ARI

Publics ciblés	<p>Exploitation et Diffusion. Possibilité d'utiliser comme support de diffusion le site <i>AquiRehab</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> Horizon 2020 : Journée d'information et de promotion de la réhabilitation psychosociale pour présentation des résultats <p>Précision de l'état d'avancement => Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/></p> <p>Action n°8.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Les jeunes à l'émergence de troubles psychotiques incluant le premier épisode, pour lesquels l'objectif se pose en termes de maintien dans les études/l'insertion sociale, Les personnes présentant une pathologie psychiatrique sévère chronique que les soins de réhabilitation visent à remettre dans une trajectoire de rétablissement et d'inclusion sociale Les personnes présentant certains troubles du spectre autistique, Les personnes présentant des comorbidités psychiatriques et addictives <p>Action n°8.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Étudiants des organismes de formation en santé et en travail social Tous les professionnels en poste de ces secteurs, par le biais de la formation continue Les Médiateurs de Santé Pairs qui, systématiquement, accompagneront les professionnels en charge de la sensibilisation à cette approche. <p>Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui :</p> <p>Participation à l'analyse des besoins <input checked="" type="checkbox"/> Participation à l'organisation de l'action <input checked="" type="checkbox"/> Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input checked="" type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Action n°8.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Chargé de mission pour mise en œuvre ? <p>Action n°8.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Remboursement aux établissements et services d'origine des frais liés au remplacement et aux indemnités kilométriques des professionnels engagés dans les actions de sensibilisation au rétablissement Financement complémentaire alloué au C2RP pour prendre en charge cette mission de pilote en matière de sensibilisation à cette approche.
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	<p>Indicateurs de suivi et d'évaluation :</p> <p>Action n°8.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de retours des fiches enquête et visites sur le site <i>AquiRehab</i> Nombre de personnels formés Nombre de structures labellisées <p>Action n°8.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre d'actions de sensibilisation réalisées auprès des publics-cibles Nombre de sollicitations de l'OPCA concernant des formations portant sur le rétablissement Actualisation annuelle du diagnostic <i>As</i> mentionné <i>supra</i>, assortie d'une analyse longitudinale Nombre de professionnels intégrant l'équipe de Sensibilisation.

Fiche action n°9	
Soutenir le logement et l'emploi inclusifs	
<p>Créer une Equipe Mobile Inclusive par le Logement et l'Emploi (EMILE) Action n°9.2 Mettre en place d'une équipe psychosociale d'appui aux bailleurs sociaux Action n°9.3 Promouvoir une approche coordonnée entre les différents acteurs pivots de l'accompagnement au logement</p>	
Axe du PTSM :	Axes 3-4-5-6-10
Priorité du PTSM :	Priorités 2-5-6
Population cible :	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion • Les personnes en situation de handicap • Les personnes isolées • Les personnes âgées • Les personnes en perte d'autonomie • Personnes placées sous main de justice • Les personnes ayant des conduites addictives • Les adolescents et jeunes adultes
Pilote(s) opérationnel(s) :	ARI – CAIO – Les 3 GCS SM
Acteur(s) associé(s) :	
Pour la mise en œuvre effective des actions	
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°9.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseil Départemental / MDSI / MDPH / FSE • DDCCS • Bailleurs sociaux • Ville de Bordeaux - Bordeaux Métropole • ARS • AGEFIPH • Cellule de recherche • AEIS
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°9.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autres bailleurs susceptibles d'être intéressés par l'action • L'Équipe Psychiatrique d'Intervention et de Crise (EPIC) du CH Charles Perrrens • L'Équipe Mobile Psychiatrie-Précarité (EMPP) du CH Charles Perrrens • L'Équipe ARI-ASMS

Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°9.3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Institutions sanitaires • ARS Service Santé Environnement • DDTM – Pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne • Etablissements médico-sociaux • Les trois GCS Santé Mentale • Mairies, Communautés de communes, CLSM, CCAS • Structures sociales • UNAFAM
Objectif général de l'action	<p>Favoriser l'accès et le maintien à/dans un logement de droit commun et un emploi à des personnes présentant des troubles psychiques</p> <p>Action n°9.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déployer une équipe mobile d'appui ayant pour mission, (sur saisine des MDSI et/ou des bailleurs) d'aller-vers des personnes en situation de handicap psychique, sans logement ou fragilisées dans leur logement. • De maintenir après ses 21 ans, le jeune adulte présentant des troubles psychiques dans son logement après l'expiration de son Contrat Jeune Majeur ou de sa Notification MDPH. • Proposer un accompagnement psychosocial de transition visant à mettre chaque personne concernée en lien avec différents partenaires susceptibles de l'épauler dans la résolution des difficultés rencontrées, que celles-ci portent sur l'accès comme sur le maintien en logement ou en emploi. <p>Il s'agit, de manière inconditionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De favoriser l'accès et le maintien à/dans un logement de droit commun à des personnes présentant des troubles psychiques ; • De proposer des solutions de logement pérennes adaptées tant à la situation qu'aux souhaits des personnes ; • De mettre en place des actions de prévention de situations de ruptures pouvant conduire à la perte du logement/de l'emploi occupé par les personnes, grâce à la mise en œuvre d'une coordination et d'un partenariat étroits avec des structures relevant des champs sanitaire, social, médico-social, mais aussi avec les bailleurs privés et publics ; • D'accompagner les personnes vers l'emploi en milieu ordinaire à partir du moment où elles en expriment le souhait, et selon des modalités propres à chaque situation ; • D'organiser des rencontres intermédiaires (personne / Pôle Emploi, missions locales, OPS Cap Emploi-SAMETH, guichet unique d'Emploi Accompagné grandin (Handamos I), employeurs, bailleurs / professionnels d'EMILE) afin d'envisager les solutions mobilisables satisfaisant toutes les parties et de planifier leur mise en œuvre. <p>Action n°9.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les équipes sociales des bailleurs à la maladie psychique • Leur garantir une intervention rapide auprès des locataires dans le cadre de situations préoccupantes • Favoriser une hybridation des pratiques inter-bailleurs et bailleurs-opérateurs sociaux et médico-sociaux <p>Action n°9.3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'accès à l'évaluation psychiatrique de la personne en situation d'incurie • Favoriser l'accès au logement individuel en développant des dispositifs transitoires
Objectifs opérationnels	

	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'accès au logement médico-social (EHPAD, FAM, MAS) des usagers en santé mentale en développant la coordination avec le sanitaire. <p>Action n°9.1 Principe d'action - le Rétablissement</p> <ul style="list-style-type: none"> Des modalités d'intervention reposant sur « l'aller vers », respectant les choix des personnes. Une approche positive de la santé mentale fondée sur le pouvoir d'agir des personnes et sur leurs compétences et expériences. Une démarche orientée vers la recherche, avec les personnes, de solutions et de ressources visant à dépasser des conceptions de l'intervention trop centrées sur les limitations de participation et déficits. <p>Deux niveaux d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> Avec la personne, mise en place d'un plan d'accompagnement de transition et, en parallèle, mobilisation d'un réseau partenarial local. Une intervention directe auprès des locataires et bailleurs / travailleurs et Service Public de l'emploi ou employeurs, selon les situations à l'origine de l'intervention de l'EMILE. <p>Action n°9.2 Actuellement financée à 100% par les bailleurs sociaux, cette action se décline en deux volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le volet « Formation », qui consiste en l'animation de sessions de sensibilisation au handicap psychique auprès de membres des équipes sociales de bailleurs. Il est actuellement dispensé par une Conseillère en Economie Sociale et Familiale, professionnelle d'ASAIS, par un médecin psychiatre de l'Equipe Mobile Psychiatrie-Précarité (EMPP) et par des infirmiers de l'Equipe Psychiatrique d'Intervention et de Crise (EPIC) ; Le volet « interventions directes » assuré par des professionnels d'ASAIS. Il est mobilisé dans le cadre de situations problématiques (agressions verbales, jets d'objets, envahissement du logement, etc) mais ne nécessitant toutefois pas le recours aux forces de l'ordre ou aux dispositifs d'urgence. Dans ce cadre, les professionnels d'ASAIS, outre l'adoption d'un positionnement d'interface entre les acteurs impliqués, visant la résolution du conflit immédiat, s'attachent à réactiver le réseau partenarial local autour de la situation du locataire (services sociaux, secteur de psychiatrie, associations, etc.) afin de permettre un maintien de qualité dans le logement. <p>Action n°9.3</p> <ul style="list-style-type: none"> Créer des réseaux locaux de coordination afin de faciliter l'accès à l'évaluation psychiatrique pour les situations d'incurie ou autres constats de difficultés Mettre en place une représentation sanitaire santé mentale dans les commissions CCAPEX (Commission de Coordination des Actions de Prévention des Expulsions), en définissant en préalable sous quel mode pourrait s'effectuer cette représentation Favoriser l'intégration dans la cité des usagers en santé mentale (repérages des situations à risque, suivis conjoints sanitaire/social/environnemental). Effectuer un état des lieux des modalités de coordination existantes. Mettre en place des formations conjointes acteurs sanitaires, sociaux, environnementaux, bailleurs et mandataires à la protection des majeurs Évaluer de façon conjointe les dispositifs de type « permis de louer » récemment mis en place dans plusieurs communes du département Créer des dispositifs transitoires portés par les Centres Hospitaliers dans l'attente d'un accès à un logement pour des patients en sortie d'hospitalisation :
Description des actions	

Etapas de mise en œuvre de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> maisons-tremplins adulte, maisons-tremplins ados Créer des places d'HAD psychiatrique porté par des HAD généralistes, auxquels les services de psychiatrie apportent une compétence spécialisée pour la gestion des places concernées Favoriser l'entrée en EHPAD et structure médico-sociale Handicap, en déployant des dispositifs de coordination : séjours séquentiels, interventions équipes mobiles (IDE ou pluri professionnelle) au sein des structures Précision des étapes-clés Précision de l'état d'avancement => Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/>
Publics ciblés	<p>Action n°9.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Précision des âges, pathologies et autres données spécifiques éventuelles <p>Action n°9.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Personnes en souffrance psychique au sens large, dont porteuses du syndrome de Diogène <p>Action n°9.3</p> <ul style="list-style-type: none"> Usagers en santé mentale en recherche d'un logement indépendant ou d'une structure d'hébergement médico-social Personnes en situation d'incurie pour laquelle une évaluation psychiatrique est sollicitée Usagers en santé mentale intégrés dans la cité
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui :</p> <p>Participation à l'analyse des besoins <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à l'organisation de l'action <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/></p> <p>Action n°9.1</p> <p>Aussi bien en matière de principes et méthodes d'intervention que de coordination, ce projet unique fédérerait des actions existantes, par exemple, sur Bordeaux Métropole : celle portée, d'une part, par le CAIO et, d'autre part, par l'ARI. Il mobiliserait donc des financements déjà existants, ceux versés à l'ARI (ASAIS, via le « Logement d'abord », et ARI Insertion, au titre de l'emploi d'abord (DDCS, Conseil Départemental, etc.) et ceux dédiés au CAIO (SELF, par le CD 33).</p> <p>Action n°9.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Remboursement des frais occasionnés par l'absence des professionnels dispensant les formations ou intervenant sur le terrain Paiement des indemnités kilométriques si l'action était amenée à être mise en œuvre sur l'ensemble du Département Prévoir un financement complémentaire pour systématiser les rencontres de locataires en binôme (infirmier du CHCP et travailleur social d'ASAIS) dans une optique de prévention des difficultés. <p>Action n°9.3</p> <ul style="list-style-type: none"> Moyens RH nécessaires à la coordination des différents partenaires Moyens nécessaires à la mise en place des dispositifs transitoires Moyens nécessaires à la mise en place des dispositifs de soutien de la coordination sanitaire / médico-social

Indicateurs de suivi et d'évaluation :	
Indicateurs d'activité	<p>Action n°9.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicateur quantitatif : nombre de personnes en emploi / en logement au regard du nombre de saines adressées à l'EMILE. Indicateur qualitatif : questionnaires de satisfaction adressés aux différents bénéficiaires de l'action (personnes accompagnées, bailleurs, employeurs, MDSI, etc.) et résultat de leur exploitation + un protocole d'intervention à définir. <p>Action n°9.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de nouveaux bailleurs intégrés à l'action Nombre d'actions de formation dispensées par un Nombre de sollicitations d'interventions directes <p>Action n°9.3</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre d'évaluations psychiatriques réalisées dans le cas de situations d'incurie Nombre de formations conjointes acteurs sanitaires, sociaux, environnementaux, bailleurs et mandataires à la protection des majeurs Nombre de dispositifs de logement transitoires mis en place Nombre d'admissions en EHPAD et médico-social facilités par les dispositifs de coordination sanitaire-médico-social Nombre de places d'HAD psychiatrie créées Nombre de dispositifs de coordination ville/hôpital créés pour le maintien dans la cité
Indicateurs de résultats	<p>Action n°9.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Enquête qualitative auprès du voisinage à l'issue d'une intervention <p>Action n°9.3</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre d'évaluations psychiatriques réalisées dans le cas de situations d'incurie Nombre de formations conjointes acteurs sanitaires, sociaux, environnementaux, bailleurs et mandataires à la protection des majeurs Nombre de dispositifs de logement transitoires mis en place Nombre d'admissions en EHPAD et médico-social facilités par les dispositifs de coordination sanitaire-médico-social Nombre de places d'HAD psychiatrie créées Nombre de dispositifs de coordination ville/hôpital créés pour le maintien dans la cité
Méthode d'évaluation envisagée	Questionnaires, entretiens, observations...
Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	<p>Action n°9.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Pour une plus grande visibilité de l'action, et une assurance quant à sa mise en œuvre, pérenniser le financement de l'EMILE à l'issue d'un temps d'expérimentation au terme duquel une première évaluation sera produite. Conformément au modèle du Rétablissement, intégrer des représentants des personnes accompagnées dans les instances décisionnelles et opérationnelles de l'EMILE (Comité de Pilotage, Comités Techniques). Prévoir une campagne d'information permettant de différencier l'EMILE des actions réalisées par le GCSMS A. C. T. « Un Chez-Soi d'Abord » Bordeaux Métropole, d'une part, et la Plateforme Départementale d'Emploi Accompagné Handamos I, d'autre part. <p>Action n°9.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Cette action s'inscrit dans la continuité du Plan « Logement d'abord », qui doit être distingué du Programme « Un Chez-Soi d'Abord »

	<ul style="list-style-type: none"> Cette action peut être réalisée en appui et en complément de celle menée par l'Hôpital Charles Perrens ; en effet, le CH a mis en place, en 2017, une Équipe Psychiatrique d'Intervention et de Crise (Epic), composée d'infirmiers et d'un médecin psychiatre intervenant auprès de locataires du secteur. <p>Action n°9.3</p> <ul style="list-style-type: none"> Atout : structuration de la réflexion préexistante sur chaque territoire dans le cadre des GCS Santé Mentale
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	<p>Action n°9.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Conventions de Coopération à signer avec les différents « prescripteurs » / « adresseurs ». Convention d'engagement avec les différents financeurs. Lettre de mission destinée à la Cellule de Recherche (organisation et animation du protocole + rédaction du rapport de restitution). <p>Action n°9.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Avec l'EPIC Avec l'EMPP Avec ARIS-ASMS Avec les bailleurs partenaires et ceux qui, éventuellement, intégreront cette action. <p>Action n°9.3</p> <ul style="list-style-type: none"> Convention de coordination pour l'évaluation psychiatrique dans les situations d'incurie Convention de coopération Ville/Hôpital autour du suivi de l'intégration dans la cité des usagers en santé mentale Convention de coopération sanitaire / médico-social pour l'accès au logement EHPAD, FAM, MAS
Calendrier de mise en œuvre de l'action (optionnel)	<p>Action n°9.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Structuration du projet : deuxième semestre 2019. Démarrage de l'action : janvier 2020. <p>Action n°9.3</p> <ul style="list-style-type: none"> 2019-2022

RÉDACTEURS : ARI - CH LIBOURNE - AEIS

Fiche action n°10

Créer un dispositif de soins intersectoriel gradué au profit des 16-24 ans

Axe du PTSM:	Axes 3-4
Priorité du PTSM:	Priorité 2
Population cible:	Jeunes (16-24 ans)
Pilote(s) opérationnel(s):	CH Charles Perrens – CH Cadillac
Acteurs mobilisés (structures, services)	Acteur(s) associé(s): Pour la mise en œuvre effective des actions
	<ul style="list-style-type: none"> Services d'urgences, SECOP, UHCD, EPIC Équipes médico-soignantes de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie Partenaires de repérages précoce : UNAFAM, médecine préventive scolaire et universitaire, maison des adolescents (MDA), mission locale, MDSI, Passe-Mirail, CMPEA, CMPP, CMP, services de Pédiatrie, médecins généraliste et Pédiatres libéraux, CHU (services de Pédiatrie et d'urgences), structures médico-sociales etc.
Objectif général de l'action	<p>Pour l'aval</p> <ul style="list-style-type: none"> Médecins traitants, psychiatres libéraux, CMP et CMPEA Centres de réhabilitation niveau 1, structures médico-sociales orientées vers les jeunes adultes <p>Proposer une prise en charge spécifique des premiers épisodes de décompensation psychique par la création d'un dispositif intersectoriel pour les 16/24 ans comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> Des soins ambulatoires (équipe mobile de soins intensifs type HAD/consultations) Des lits d'hospitalisation complète
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> Limiter le recours aux urgences générales et psychiatriques des 16-18 ans dans des contextes de crise ou des situations aiguës Favoriser l'accès aux soins et à une prise en charge précoce pour ce public, en particulier les étudiants dont l'accès aux soins psychiatriques reste problématique Favoriser l'adhésion aux soins (hospitalisation à temps complet ou soins ambulatoires renforcés lorsqu'elles s'avèrent nécessaires) permettant de limiter le recours aux hospitalisations sans

	<ul style="list-style-type: none"> consentement dans les unités classiques pour adultes. Proposer des soins spécifiques en limitant la promiscuité avec des patients adultes, dont le parcours est marqué par des hospitalisations itératives Offrir un dispositif de soins pour les jeunes notamment dans la tranche 15/18 ans qui trouvent difficilement leur place dans les unités pour adultes comme les unités de pédopsychiatrie Inscrire le jeune adulte en proie à un premier épisode dans un parcours de soins adapté, en lien étroit avec les dispositifs existants Favoriser le maintien du lien social, familial, de la scolarisation et de l'inscription dans l'emploi en évitant les ruptures
Description de l'action	<p>Action 1 Création d'une unité d'hospitalisation dédiée aux jeunes de 16 à 24 ans présentant un premier épisode psychotique ou thymique pour lesquels l'état clinique justifie une hospitalisation à temps complet en psychiatrie.</p> <p>Action 2 Création d'une équipe mobile de soins renforcés ambulatoire type HAD, afin de proposer une alternative à l'hospitalisation et inscrire le jeune adulte dans un parcours de soins ambulatoire.</p> <p>Action 3 Proposer des consultations post-aigu afin de limiter la durée de l'hospitalisation afin d'organiser l'orientation (médecins libéraux, CMP /CMPEA) et/ou le rétablissement (centres de réhabilitation psychosociales, centre de réadaptation niveau 1 de proximité etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Précision des étapes-clés Précision de l'état d'avancement => <p>Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/></p> <p>Population jeune (16-24 ans) présentant un premier épisode psychotique ou une pathologie émergente pour laquelle une hospitalisation est indiquée.</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> si oui :</p> <p>Participation à l'analyse des besoins <input type="checkbox"/> Participation à l'organisation de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/></p> <p>Équipe pluridisciplinaire : Psychiatres pour adultes et pédopsychiatres, IDE, psychologues, assistante sociale, éducateur spécialisé</p>
Etapes de mise en œuvre de l'action	
Publics ciblés	
Démarche participative associant les citoyens	
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	
Indicateurs de suivi et d'évaluation:	<ul style="list-style-type: none"> Recueils d'activité PMSI Nombre de jeunes hospitalisés, et DMS Nombres d'alternatives à l'hospitalisation Nombre de ré-hospitalisations dans l'année et à 5 ans Taux de jeunes orientés vers des soins d'aval et de taux de ceux s'inscrivant dans le soin <p>Nombres de jeunes poursuivant leur scolarité et/ou leur insertion professionnelle</p>



Indicateurs de résultats	Ils permettent de répondre à certaines interrogations et notamment l'atteinte des objectifs: qu'est-ce qui a changé? Quelles appropriations des connaissances ont été observées? Y-a-t-il un impact? Les données collectées sont le plus souvent qualitatives .
Méthode d'évaluation envisagée	Questionnaires, entretiens, observations...
Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	<p><u>Vigilance:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment faire cohabiter des jeunes avec des statuts différents (mineurs/majeurs, mode d'hospitalisation) • Aspects juridiques • Poursuivre l'extension des centres de réhabilitation de niveau 1 en lien étroit avec les secteurs de psychiatrie afin de proposer une orientation précoce en réhabilitation psychosociale (en favorisant les soins de proximité) et un rétablissement rapide <p>Ce dispositif pourra éventuellement être complété par d'autres structures intersectorielles ou sectorielles (Cf. HAD et équipes mobiles).</p>
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	Organisation d'un réseau de soin orienté vers cette population cible
Calendrier de mise en œuvre de l'action	

RÉDACTEUR : CHCP

Fiche action n°11

Créer une filière territoriale graduée en addictologie

Axe du PTSM:	Axes 1-4
Priorité du PTSM:	Priorité 2
Population cible:	Personnes souffrant d'addictions, leur entourage et les professionnels de santé opérateur en addictologie ou non
Pilote(s) opérationnel(s):	Services/ Pôles addictologie – Services Niveau 3 – Services Niveau 2 – CSAPA du territoire
Acteurs mobilisés (structures, services)	Acteur(s) associé(s): Pour la mise en œuvre effective des actions <ul style="list-style-type: none"> Opérateurs d'addictologie publics et privés, sanitaires et médico-sociaux du territoire Réseaux addictions
Objectif général de l'action	Structurer la filière et l'offre de soins graduée en addictologie sur le territoire de la Gironde <ul style="list-style-type: none"> De nombreux opérateurs publics, privés, sanitaires et sociaux Des services de niveau 1 et 2 1 niveau 3 identifié Des services de prévention Un réseau d'addictologie mais une offre à rendre plus lisible pour les bénéficiaires et les professionnels de santé de 1 ^{er} recours ou de spécialité <ul style="list-style-type: none"> Structurer l'offre de santé en addictologie sur le territoire et faire connaître les parcours de soin (du repérage précoce à l'offre de recours) Coordonner les actions de prévention Recensement de l'offre sanitaire et médico-sociale en Gironde Structuration de la filière autour de projets de coopération type Pôle inter-établissements (GHT) ou d'autres dispositifs conventionnels partagés via des GCS, des GCSMS, les actions des CLS ou des CLSM Création d'outils communs (ex : repérage diagnostic type ASI) Renforcer l'offre commune de prévention en santé (ex : au travers des SISM ou du « mois sans tabac ») Faciliter l'accès aux soins de recours (enseignement, formations, recherche)
Objectifs opérationnels	
Description de l'action	

Etapas de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> Précision des étapes-clés : Inventaire des ressources ; mise en place des projets coopératifs Précision de l'état d'avancement => Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/>
Publics ciblés	<ul style="list-style-type: none"> Personnes souffrant d'addiction Entourage des patients Professionnels de santé de 1^{er} recours Opérateurs d'addictologie
Démarche participative associant les citoyens	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> Participation à l'analyse des besoins <input checked="" type="checkbox"/> Participation à l'organisation de l'action <input checked="" type="checkbox"/> Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/>
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	Ressources humaines nécessaire au déploiement des projets de coopération : un coordinateur territorial
Indicateurs d'activité	<p>Indicateurs de suivi et d'évaluation:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inventaire des ressources Projet de Pôle inter-établissements (GHT) Projets collaboratifs (GCS, GCSMS) Actions coordonnées de prévention (ex Filière GHT) Actions coordonnées d'enseignement, formation, recherche Impact des projets collaboratifs sur la lisibilité de l'offre Déploiement de l'offre territoriale de prévention Déploiement de l'offre enseignement recherche
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaires de satisfaction (usagers, professionnels) CPOM et rapport d'activité des opérateurs d'addictologie Observatoires de santé
Méthode d'évaluation envisagée	
Calendrier de mise en œuvre de l'action	Durée du PTSM

RÉDACTEUR : CHCP

Fiche action n° 12

Améliorer le parcours de soins somatiques des patients souffrant de troubles psychiques

<p>Créer des parcours de soins coordonnés Action n°12.1 Action n°12.2 Former les professionnels Action n°12.3 Expérimenter de nouveaux dispositifs de soins</p>	
Axe du PTSM :	Axes 3 -7-10
Priorité du PTSM :	Priorité 3 : Accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins
Population cible :	Toute les populations
Pilote(s) opérationnel(s) :	GHT « Alliance de Gironde » - URPS
<p>Acteur(s) associé(s) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablissements publics de santé • Médecins de ville • Universités et instituts de formation • ESMS • Associations d'usagers • UNAFAM 	
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Pour la mise en œuvre effective des actions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablissements publics de santé • Médecins de ville • Universités et instituts de formation • ESMS • Associations d'usagers • UNAFAM
Objectif général de l'action	<p>Réduire les inégalités d'accès aux soins, les ruptures de parcours, améliorer la visibilité et la qualité de la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques en formalisant les coopérations et les liens avec la médecine de ville, en limitant les pertes de chance et en travaillant sur les comorbidités.</p>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter le passage par les urgences • Diminuer le délai d'attente à une prise en charge spécialisée (Imagerie, odontologie, Ophtalmologie, gynéco...) • Améliorer le diagnostic • Faciliter l'accès aux soins en créant des outils communs entre les établissements MCO et de psychiatrie • Expérimenter de nouveaux dispositifs de soins partagés • Former des professionnels à la santé mentale
Description des actions	<p>Action n°12.1 : Créer des parcours de soins coordonnés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activité d'urgences : déployer une procédure d'accueil et de prise en charge du résident en structure accueillant des personnes en situation de

<p>handicap aux urgences et patient d'établissement psychiatrique, sous forme d'une convention de coopération relative au parcours de soins dans le cadre de l'urgence et déploiement des <u>fiches de liaison</u> aux urgences</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activité programmée : identifier les <u>filières spécialisées</u> pouvant faire l'objet de conventions spécifiques dans les établissements sanitaires de proximité ou de recours (neurologie, pédiatrie, maternité, cardiologie, gastrologie etc) et travailler à des <u>parcours partagés</u> pour les patients aux disciplines "frontières" (neurologie et psychiatrie ou géronto-psychiatrie) en systématisant les courriers de sortie • Développer des <u>conventions avec des plateaux techniques</u> publics ou privés (Imagerie, laboratoires...) • Développer les <u>consultations avancées</u> de spécialité • Déployer les <u>outils partagés</u> existant sur le territoire : Plateforme PACCO, messagerie sécurisée et expérimentation du DMP • Développer l'offre de téléconsultations et de téléexpertise • Développer les <u>démarches communes</u> de prévention en santé et d'Education thérapeutique à la santé pour les patients • Précision de l'état d'avancement => <p>Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/></p>	<p>Action n°12.2 : Former des professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer la convention en cours d'élaboration entre l'université et les ESMS pour accueillir en stage infirmier les étudiants en 2ème année de médecine. • Organiser en lien avec le département de médecine générale un axe de formation initiale et continue « Sensibiliser à la prise en charge somatique des personnes atteintes de troubles psychiques ou de handicap lors des études de médecine générale » (étudiant, interne, MG) • Structurer l'accueil en stage des externes et des internes en médecine générale dans des ESMS et sanitaires • Ouvrir largement le DU de santé mentale • Etudier la possibilité qu'un DU puisse venir conforter ces connaissances à un interne de médecine générale (handicap, psychiatrie) • Inscrire dans les axes de formations continues des établissements sanitaires « la prise en charge d'un patient souffrant de troubles psychiatriques » à l'attention des professionnels soignants (IDE, manipulateurs, aides-soignants ...) • Structurer dès la formation universitaire les médecins spécialistes à la prise en charge de patients en situation de handicap psychique (soins dentaires, gynécologie) • Mettre en place de stages inter établissements professionnalisant
<p>Description de l'action</p>	<p>Action n° 12.3 : Expérimenter de nouveaux dispositifs de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expérimentation des <u>lieux de consultations partagés</u> réunissant des activités d'accueil et de consultation en psychiatrie et des activités de médecine générale ou de médecine spécialisée (assortis de dispositif de téléconsultations), type maisons médicales, CPTS (ex dispositif mis en place entre l'EMPP et la PASS de saint André proposant soins somatiques et psychiatriques conjoints au profit des migrants ou les équipes mixtes créés au profit du GCSMS "un chez soi d'abord" à destination des publics précaires souffrant d'addictions sévères)
<p>Description de l'action</p>	<p>Description de l'action</p>



Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	<ul style="list-style-type: none"> Egalité territoriale Modalités de financement d'une consultation longue d'un patient atteint d'un trouble psychique à l'hôpital Architecture et environnement adapté (Cf. fiche plateformes de soins psychiatrique et somatique) Nombre de terrains de stage en raréfaction Répartition des stages d'internes Politique d'établissement forte Pénurie des médecins généralistes en établissement psychiatrique
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	<ul style="list-style-type: none"> Conventions de formations des établissements du territoire (sanitaires, médico-sociaux) Maquette de formation Outils partagés à modéliser
Calendrier de mise en œuvre de l'action	Durée du PTSM

RÉDACTEURS : CH CADILLAC - CHU - CH C. PERRENS

	<ul style="list-style-type: none"> Création d'équipe de soins somatiques de liaison <u>Précision des étapes-clés</u> <ul style="list-style-type: none"> Identifier un établissement volontaire pour cette expérimentation Déterminer le mode de rémunération Précision de l'état d'avancement => Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Usagers Tous les professionnels de santé
Publics ciblés	<ul style="list-style-type: none"> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui : UNAFAM Participation à l'analyse des besoins <input checked="" type="checkbox"/> Participation à l'organisation de l'action <input checked="" type="checkbox"/> Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input checked="" type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input checked="" type="checkbox"/>
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> Temps de rencontres des intervenants Temps de formalisation de outils communs, des outils de communication Formation des professionnels de santé somatiques aux troubles psychiques Mode de rémunération au sein de dispositifs innovants
Indicateurs de suivi et d'évaluation :	
Indicateurs d'activité	<ul style="list-style-type: none"> Réduction du délai d'attente Diminution passage aux urgences Formation des professionnels
Indicateurs de résultats	<p>Action n° 12.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de consultations par spécialités Délai d'attente Nombre de passages aux urgences spécialisées Nombre de procédures d'accueil formalisées, des fiches de liaison partagées, de "chemin cliniques" <p>Action n° 12.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de professionnels formés Nombre de stages, échange de pratiques, inscription au DU santé mentale Nombre de conventions signées Nombre de formations dispensées par établissement <p>Action n° 12.3</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de consultations au sein des dispositifs partagés Nombre d'équipes de liaison en soins somatiques créés
Méthode d'évaluation envisagée	

Fiche action n° 13

Pérenniser et déployer des actions de prévention « hors les murs et d'éducation à la santé

Axe du PTSM :	Axe 7
Priorité du PTSM :	Priorité 3
Population cible :	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion Les personnes en situation de handicap Les personnes isolées Les personnes âgées Les personnes en perte d'autonomie Personnes placées sous main de justice Les personnes ayant des conduites addictives Les adolescents et jeunes adultes
Pilote(s) opérationnel(s) :	Les établissements de santé mentale
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Acteur(s) associé(s) :</p> <p>Pour la mise en œuvre effective des actions</p> <p>Pilotage :</p> <ul style="list-style-type: none"> ARS, structures hospitalières du département et GCS Rives de Garonne Groupes GHT : Expert, service CHU dédié, chargés de prévention des CH du département <p>Opérationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Coordination : Chargées de prévention avec les fonctions supports des centres hospitaliers de rattachement et du GCS Rives de Garonne. Analyse des besoins, organisation, gestion de l'action: Groupes constitués par thématique composés des acteurs concernés par la thématique (ESMS, représentants d'usagers, libéraux, équipes des centres hospitaliers...)
Acteurs mobilisés (structures, services)	Pérenniser et étendre les actions de prévention « hors les murs » en favorisant la constitution de partenariats inter-établissements et inter-secteurs. Les objectifs de ces actions sont notamment de : <ul style="list-style-type: none"> Faciliter les choix individuels favorables à la santé des personnes présentant des troubles psychiques et/ou en situation de handicap. Promouvoir le bien-être, réduire la prévalence des troubles mentaux et prévenir le risque suicidaire.
Objectif général de l'action	

Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> Déployer des actions de promotion de la santé et de prévention sur des thématiques somatiques à destination des personnes présentant des troubles psychiques et/ou en situation de handicap. Thématiques possibles: Nutrition, activité physique, santé bucco-dentaire, vaccination, addiction, vieillissement, sexualité, santé environnementale... Promouvoir la santé mentale et soutenir le développement des compétences psycho adaptatives (renforcement du lien social, identification de stratégies ou d'acteurs ressources en proximité) en prévention du stress, de troubles anxio-dépressifs, de passages à l'acte suicidaires.... Assurer les relais de campagne de Santé Publiques (mois) sans tabac, octobre rose, SEV...) et l'accessibilité des messages. Favoriser la synergie entre les acteurs locaux dans une démarche de parcours et contribuer à la mise en œuvre des CLS et CLSM. AAP « hors les murs » à l'échelle du GHT en favorisant la synergie des acteurs et l'intégration de nouveaux acteurs porteur de projets de prévention. Assurer les Relais de campagne santé publique Mutualiser nos ressources sur le territoire :
Description de l'action	<p>3 Exemples :</p> <ol style="list-style-type: none"> Constitution d'un service de prévention dédié porté par le CHU et d'un groupe de prévention réunissant les chargés de prévention qui coordonnent les projets « hors les murs » afin de co-construire les projets, imaginer des transferts d'actions de prévention sur des territoires non-couverts et favoriser la synergie des acteurs. Poste mutualisé sur nombreux établissements du GHT dans le cadre du projet « vaccination » Projet d'un groupe Ressource sur les thématiques « Nutrition, activités physiques et santé bucco-dentaire » qui a vocation à accompagner les professionnels à relayer les messages préventifs et à s'approprier des techniques de prévention. Ce groupe repose sur la mise à disposition de professionnels issus de 7 structures du GCS dont 4 établissements du GHT.
Etapes de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> Précision des étapes-clés Précision de l'état d'avancement => <p>Action déjà en cours : Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Mise en œuvre : Evaluation <input checked="" type="checkbox"/></p>
Publics ciblés	Tous publics et selon les thématiques : population à risque : publics vulnérables, précaires, détenus, personnes présentant des troubles psychiques et/ou en situation de handicap...
Démarche participative associant les citoyens	<p>Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui :selon les projets</p> <p>Participation à l'analyse des besoins <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Participation à l'organisation de l'action <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la gestion de l'action <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/></p>
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	Budget établis par projet de prévention avec des mutualisations possibles dans le cadre du GHT



Indicateurs de suivi et d'évaluation :	
Indicateurs d'activité	Nombre de projets, nombre de participants aux actions de prévention, taux de participation aux actions de sensibilisation ou formation, nombre de réunions...
Indicateurs de résultats	Le service de prévention travaille sur l'élaboration d'outils d'évaluation mutualisable
Méthode d'évaluation envisagée	Questionnaires de satisfaction, entretiens, observations...
Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	
Calendrier de mise en œuvre de l'action	

RÉDACTEUR : CH CADILLAC

Fiche action n° 14

Structurer le dispositif de la prévention du suicide en Gironde

<p>Action n°14.1 Déployer sur le territoire le dispositif type "Vigilans" Action n°14.2 Poursuivre le déploiement sur le territoire la formation à la prévention du risque suicidaire Action n°14.3 Créer les modalités organisationnelles de la postvention au sein des ESM de la Gironde pour les équipes exposées au suicide ou décès brutal d'un(e) collègue</p>	
Axe du PTSM :	Axe 8
Priorité du PTSM :	Priorité 4
Population cible :	Tous
Pilote(s) opérationnel(s) :	CH Charles Perrins - Association Rénovation
<p>Acteur(s) associé(s) : Pour la mise en œuvre effective des actions</p>	
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°14.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Samu-Centre 15 du CHU de Bordeaux Réseau des urgentistes MCO (GHT, CMM) Psychiatres intervenant dans le champ de la psychiatrie d'urgence et/ou de liaison des 3 EPSM Psychiatres adultes et Pédiopsychiatres des 3 EPSM et du pôle Pédiatrie du CHU de Bordeaux Association d'usagers et de proches d'usagers (UNAFAM)
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°14.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Les 3 formateurs nationaux de la Nouvelle-Aquitaine & l'ARS Les CLSM et CLS de Gironde GCS BAM et Rives de Garonne (groupe de travail PRS Hors les murs) CH Cadillac, CH Libourne et CH Ch. Perrins, CH Arcachon Institutions des professionnels formés à la PRS depuis 2013 Les formateurs/intervenants des structures conventionnées avec Rénovation (MAIA, Clinique Tivoli, CH Arcachon, Maison des Adolescents...) Autres acteurs en contact avec des personnes à haut risque suicidaire
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°14.3</p> <ul style="list-style-type: none"> Les coordinateurs de prévention dans les centres hospitaliers et les institutions de santé (ARS)

<ul style="list-style-type: none"> SDIS 33 : Unité de Soutien Psychologique du SDIS de la Gironde. Les contrats locaux de santé Association Rénovation en matière de formation et d'accompagnement des sentinelles et évaluateurs Les professionnels formés par Rénovation L'espace santé étudiant La police Associations phénix écoute et paroles/SOS suicide Les ESM de la Gironde Les comités sociaux et économiques (CSE) Les syndicats MDPH La médecine du travail 	<p>Contribuer à la baisse des tentatives de suicide et des décès par suicide en Gironde. Coordonner des actions à court, moyen et long terme qui visent le traitement et le rétablissement des personnes ayant été exposées directement ou indirectement au suicide d'une personne ou à sa mort violente dans un ESM pour limiter le risque de contagion et prendre en charge les personnes endeuillées</p> <p>Action n°14.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'accompagnement de la crise suicidaire Faciliter le conseil et l'orientation des professionnels du territoire Modéliser un dispositif pouvant être étendu à terme sur l'ensemble du département Maintenir le lien et recontacter les suicidants Créer une ligne dédiée à l'attention des professionnels en demande d'orientation et de conseil. <p>Action n°14.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser les acteurs locaux au risque suicidaire, les informer des ressources et recruter les personnes à former Développer les compétences des professionnels et personnes ressources au repérage (sentinelles) et à l'évaluation (évaluateurs) de la crise suicidaire Former les professionnels de la psychiatrie hospitalière à la gestion de la crise suicidaire (formation portée par l'ARS avec le support de Rénovation) et renforcer la continuité de l'accompagnement : prévention-repérage-évaluation-orientation-accès au soin. Accompagner les personnes formées et assurer une animation du réseau des sentinelles et évaluateurs en lien avec le système sanitaire de crise : maillage territorial et continuité repérage-évaluation-orientation vers le soin. Développer une bonne visibilité de ce réseau et son travail partenarial avec les différents acteurs de la santé et de la prévention en général de façon à renforcer l'efficacité des orientations vers la prise en charge. <p>Action n°14.3</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer la visibilité du réseau Former à la postvention
Objectif général de l'action	
Objectifs opérationnels	

<p>travail en réseau avec les équipes en charge de l'intervention d'urgence des CH et les projets de prévention de la récidive (Suavpsy et co) et de postvention.</p> <p>Action n°14.3 Développer la visibilité du réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un groupe de travail afin d'établir un protocole d'interventions. Nécessité d'encadrer les Réactions de stress et impact traumatique. Importance de différencier les réactions de stress par leur niveau de sévérité. Il convient de faire la distinction entre un état de stress temporaire, de stress aigu (ESA) et le trouble stress post-traumatique (TSPT). Mise en place d'Action de Repérage, orientation et évaluation du risque suicidaire. <ul style="list-style-type: none"> Cellule de crise Groupe de soutien Création d'un support recensant les associations, lieux de consultation ou d'hospitalisation possibles pour ceux qui éprouvent le besoin (notamment pour les soignants qui expriment souvent leur crainte d'une perméabilité entre médecine du travail et direction détalissement). Réflexion sur la façon de communiquer dans les services, les structures, sur les médias, comment diffuser l'information pour limiter l'effet de contagion (appui programme PAPAGENO) Mise en place équipe mobile Action de Repérage, orientation, évaluation du risque suicidaire. <p>Formation à la prévention et postvention : Selon les trois axes du dispositif national de formation porté par l'ARS (association Rénovation en Nouvelle Aquitaine)</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer les compétences des professionnels et personnes ressources au repérage des personnes vulnérables dans le cadre de postvention Sensibiliser les acteurs locaux à la postvention en les informant des ressources et des acteurs déjà existants Sensibiliser à la postvention par les associations qui assurent des interventions dans certains groupes professionnels 	<p>Action n°14.1 Phase expérimentale 2018- 2020 dans le cadre de l'AAP Prévention Hors les Murs</p> <ul style="list-style-type: none"> Précision de l'état d'avancement => Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> <p>Action n°14.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Population adulte résidant sur le territoire Tous les professionnels amenés, dans leurs fonctions, à prendre en charge des personnes en souffrance psychique <p>Action n°14.2 Acteurs communautaires (élus, personnes impliquées dans leur bassin de vie, ayant le souci de l'autre) et professionnels (social, médico-social, etc.) en contact avec des personnes à haut risque suicidaire.</p> <p>Action n°14.3 Personnes ayant été exposées directement ou indirectement au suicide ou mort violente d'un collègue, que ce soient :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les collègues directement touchés par l'évènement, (postvention ciblée) Les personnes vulnérables bien que n'ayant pas eu de contact direct avec l'évènement pourraient être davantage fragilisées (postvention sélective)
<p>Etapes de mise en œuvre de l'action :</p>	<p>Publics ciblés :</p>

<p>Action n°14.1 Modalité 1 : Création d'une plateforme téléphonique</p> <ul style="list-style-type: none"> Destinée à l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ de la santé (médecins généralistes, psychologues libéraux, IDE libéraux) ainsi que les professionnels de Rénovation (référénts territoriaux du réseau de sentinelles et évaluateurs) ; En demande d'aide, de conseils ou d'orientation face à une personne exprimant des idées suicidaires. <p>Modalité 2 : Création d'un dispositif de maintien du contact avec les suicidants inspiré du dispositif Viglans</p> <ul style="list-style-type: none"> Population adulte résidant sur le territoire du Médoc et Bassin d'Arcachon, ayant été pris en charge pour TS au sein : <ul style="list-style-type: none"> Des différents services d'urgence MCO ou Psy (CMM, HSA, PSA, Secop) sans indication d'hospitalisation posée Des unités d'hospitalisation du Pôle PUJMA du CHCP ou du Pôle Pédiatrie du CHU ; Protocole utilisé : <ul style="list-style-type: none"> Remise d'une carte ressource au patient à la sortie des urgences ou d'une unité d'hospitalisation avec un numéro vert à leur destination Courrier adressé aux médecins référents du patient avec ligne téléphonique dédié Recontact téléphonique systématique des patients pendant 6 mois Envoi de cartes postales si nécessaire ; Durée d'inclusion de 6 mois reconductibles. 	<p>Action n°14.2 Etape 1 : Sensibiliser les acteurs locaux au risque suicidaire, diffuser l'information sur les formations et le projet</p> <ul style="list-style-type: none"> Activité et modalités d'intervention : conception des sensibilisations en fonction des sollicitations par partenaires (PTSM, CLSM, Projets Hors les murs de CH, institutions, associations) sur thématiques générales (risque suicidaire & santé mentale) ou particulières (ex : postvention, prévention de la contagion, par population : jeunes, personnes âgées, etc.) ; programmation ; communication ; organisation, évaluation <p>Etape 2 : Développer les compétences des professionnels et personnes au repérage et à l'évaluation de la crise suicidaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Activité et modalités d'intervention : organisation, animation et évaluation des formations de sentinelles et évaluateurs ainsi que les temps post-formation et les journées focus (ex : population, dépression, etc.) <p>Etape 3 : Accompagner les personnes formées et animer le réseau de sentinelles et évaluateurs en lien avec le système sanitaire de crise (maillage territorial et continuité repérage-évaluation-prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> Activité et modalités d'intervention : organisation, animation et évaluation de temps de travail, d'échange entre acteurs du réseau + appui individuel des sentinelles et évaluateurs en exprimant le besoin lors ou suite à leurs interventions. <p>Etape 4 : Développer une bonne visibilité de ce réseau et son travail partenarial avec les différents acteurs de la santé mentale et de la prévention en santé mentale de façon à renforcer l'efficacité des orientations vers la prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> Activité et modalités d'intervention : mise en place d'un guide ressource par territoire (sur modèle de celui fait avec Pays Médoc) + présence active dans les différentes instances de coordination et collaboration sanitaire (CLSM/ PTSM) +
<p>Description des actions</p>	



<ul style="list-style-type: none"> • % des participants satisfaits de la formation et souhaitant intégrer le réseau local de PRS • Qualité et fluidité des orientations : pertinentes, rapides, abouties, informées. • % de sentinelles et évaluateurs satisfaits de l'accompagnement et par l'animation du réseau PRS 	
<p>Action n°14.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'activité annuel • Comité de suivi tripartite (ARS, CHCP, Association Rénovation) <p>Action n°14.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionnaires d'évaluation remplies par participants/stagiaires + traitement par équipe de Rénovation • Fiches indicateurs remplies par sentinelles et évaluateurs 2x/an + traitement par équipe de Rénovation • Rapport d'activité annuel présenté au Comité de Pilotage du projet PRS 	Méthode d'évaluation envisagée
<p>Action n°14.2</p> <p>Atouts : Les sentinelles formées dans le cadre du projet sont des acteurs de la communauté repérée parce qu'ils ont le souci de l'autre en dehors de leur sphère privée et mettent leurs habilités et dispositions spontanées à l'entraide et au service de sa communauté ou qu'ils sont en contact avec des publics prioritaires (travailleurs sociaux, agents d'accueil, aides à domicile, agents non soignants de l'Education nationale, etc.) Les agents sollicités et les former, puis ensuite les constituer en réseau actif renforcera la participation des citoyens au Projet de Prévention du Risque suicidaire parfaitement intégré dans les différents territoires de la Gironde.</p> <p>Les sentinelles constituent le premier maillon d'une chaîne de l'attention à l'autre et de la prévention du suicide, dont le second maillon sera constitué de professionnels de santé évaluateurs et le dernier maillon des soignants intervenants de crise du secteur de la santé mentale également formés. Le rôle des deux référents territoriaux (un pour Sud Gironde/Libournais et un pour Médoc-Bassin) sera d'assurer le bon fonctionnement de ce maillage territorial (2 premiers niveaux) et de développer le réseau d'acteurs formés et identifiés.</p>	Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)
<p>GHT « Alliance de Gironde »</p> <p>Action n°14.2 :</p> <p>Conventions avec MAIA, Clinique Tivoli, CH Arcachon.</p> <p>Outils nationaux : contenu des formations élaborés par le GEPS (missionné par la DGS)</p> <p>Outils locaux : Guides ressources territoriaux élaborés par /ou avec CLS & CLSM</p>	Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)
<p>Action n°14.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • 21 janvier 2019 : mise en œuvre à titre expérimental sur le Médoc • 18 Mars : Déploiement sur Bassin d'Arcachon • Septembre 2019 : Extension à la population du pôle UNIVA du CHCP • Mars 2020 : Extension à la population adulte du CHCP • Septembre 2020 : Extension à la population de moins de 18 ans du CHCP • Courant 2021 : Extension à l'ensemble du territoire de la Gironde. <p>Action n°14.2</p> <p>2019-2021</p>	Calendrier de mise en œuvre de l'action

RÉDACTEURS : CH C.PERRENS - RÉNOVATION

<ul style="list-style-type: none"> • Les individus d'autres ESM de la Gironde issus qui pourraient vivre des réactions de détresse suite à la confrontation indirecte à l'évènement (postvention universelle) 	
<p>Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui :</p> <p>Participation à l'analyse des besoins <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Participation à l'organisation de l'action <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/></p>	Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires :
Indicateurs de suivi et d'évaluation :	
<p>Action n°14.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour la plateforme téléphonique : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Fréquence de recours • Pour l'unité de veille : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Nombre de patients inclus dans le dispositif ➢ Nombre d'appels entrants et sortants ➢ Nombre de courriers envoyés. <p>Action n°14.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de sensibilisations, de formations, de post-formations et de participants • Nombre de réunions du réseau et de participants à celles-ci • Nombre d'appuis individuels apportés aux sentinelles et évaluateurs • Nombre de repérages et évaluations effectués par les membres du réseau • Nombre de participations à réunions/événements partenariaux • Nombre de prises en charge de crises suicidaires par le système sanitaire de crise suite à orientations par réseau PRS. <p>Action n°14.3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efficacité des programmes de postvention : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Sur les réactions associées au stress, sur le deuil ➢ Sur les idées et comportements suicidaires • Impact des programmes de postvention sur les autres comorbidités tel que l'épuisement au travail, burnout • Groupe de travail autour de l'efficacité des programmes de postvention pour les endeuillés par suicide ou mort violente • Satisfaction du suivi et des groupes cibles 	Indicateurs d'activité
<p>Action n°14.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evolution de l'incidence des suicides et des tentatives de suicide sur le territoire • Nombre de patients ayant récidivé durant la veille <p>Action n°14.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • % de participants déclarant avoir acquis informations utiles • % des participants non formés à la PRS souhaitant s'inscrire aux prochaines formations • Pertinence et diversité des profils des stagiaires • % des participants déclarant avoir acquis des compétences à l'évaluation et au repérage de la crise suicidaire 	Indicateurs de résultats

Fiche action n° 15

Déployer un dispositif global et gradué de la prise en charge du psycho-traumatisme

Axe du PTSM :	Axe 8
Priorité du PTSM :	Priorité 4
Population cible :	Les victimes de psychotraumatisme
Pilote(s) opérationnel(s) :	CH Charles Perrens
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Acteur(s) associé(s) :</p> <p>Pour la mise en œuvre effective des actions</p> <ul style="list-style-type: none"> Professionnels du sanitaire, issus des ES MCO et de santé mentale ayant une expertise dans le champ du psychotraumatisme (CHU de Bordeaux, CHCP, CASPERT du CH de Cadillac, CH de Libourne), avec relai au sein du GHT Alliance 33 Psychiatres, pédopsychiatres, urgentistes, SAMU Centre 15, légistes, gynécologues, gynéco-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres Sans oublier les professionnels des EMPP, des PASS et de la CUMP. Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins et des Dentistes de la Gironde, URPS - NA Représentants des associations intervenant dans le champ : <ul style="list-style-type: none"> Des violences faites aux femmes (Cacis, Maison d'Elia, Planning familial...) De l'aide aux victimes Représentants du secteur judiciaire (avocat spécialisé dans les violences conjugales) Représentants des services préfectoraux, municipaux, des collectivités territoriales et des élus : <ul style="list-style-type: none"> DRDFE, SDIS, police/gendarmerie, conseil départemental (ASE), mairie, attachés parlementaires...
Objectif général de l'action	<p>Coordination des différents acteurs intervenant dans le champ du psycho-traumatisme sur le département de la Gironde, afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> Structurer un dispositif efficace permettant une prise en charge globale des victimes de psychotraumatisme Systématiser le dépistage et la prévention, grâce à un programme de formation ambitieux à destination des professionnels de première ligne, qu'ils soient des champs sanitaire, social, associatif ou judiciaire, Graduer l'offre de soins de l'aigu au TSPT complexe.

Objectifs opérationnels	<p>1 - Evaluation des besoins :</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation au codage diagnostique des victimes de violences conjugales (adultes ou mineurs) amenées à être prises en soins au sein d'un des établissements sanitaires du GHT Alliance 33 afin de pouvoir en quantifier le nombre Adaptation de l'offre de soins sanitaires à terme en fonction des besoins ainsi mis en évidence. <p>2 - Prévention et dépistage :</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation des acteurs de terrain de première ligne, au dépistage du psycho-traumatisme quel qu'il soit Création à titre expérimental d'une consultation de prévention et d'orientation des victimes de violences conjugales au sein des urgences générales du CHU de Bordeaux sur le site de Saint-André <p>Cette expérimentation pourra par la suite, en fonction de l'évaluation réalisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> Être pérennisée voire étendue aux trois autres équipes de psychiatrie d'urgence intervenant au sein des CH d'Arcachon, de Langon et de Libourne. Il s'agit de travailler en partenariat avec les référents MIPROF déjà identifiés, en apportant des compétences spécifiques en psychotraumatologie Donner lieu à la rédaction d'une procédure de dépistage et prise en charge des victimes de violences conjugales, commune à l'ensemble des équipes de psychiatrie d'urgence du territoire Favoriser le déploiement d'outils d'évaluation standardisés du psychotraumatisme, là aussi communs <ul style="list-style-type: none"> Développement de compétences spécifiques à la prise en charge du psycho-traumatisme chez les enfants de moins de 15 ans et 3 mois au sein des urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux : <ul style="list-style-type: none"> Aucun moyen dédié au sein des urgences pédiatriques, lieu de recours privilégié sur le territoire pour le dépistage des TSPT de l'enfant et de l'adolescent Création d'une consultation de psychotraumatologie spécifique, sur indication du psychiatre d'urgence de l'HDE et/ou du pédiatre urgentiste. <p>3 - Parcours de soins de ces victimes</p> <ul style="list-style-type: none"> Recensement de l'ensemble des structures sanitaires, sociales, médico-sociales ou judiciaires existantes sur le territoire, et ce quel que soit le type de victime prise en charge Structuration de filières spécifiques pour chaque type de victime, permettant de développer des soins de proximité de qualité Identification des lieux de soins pour les TSPT les plus complexes, et organisation de RCP (recours à la télé-médecine comme facteur facilitant). <p>4 - Formation - recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> Animation du réseau départemental avec élaboration d'un plan de formation triennal, faisant appel aux professionnels impliqués selon leur compétence ou expertise Création d'un observatoire de suivi des victimes exposées à un psycho-traumatisme. Poursuite de la synergie apparue lors des travaux préparatoires au diagnostic du PTSM, en ouvrant le groupe aux professionnels prenant en charge d'autres types de victimes, en particulier à ceux issus de la pédopsychiatrie Validation de l'état des lieux réalisés lors de l'AAP national 2018
Description des actions	

	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre du plan de formation des professionnels de santé, mais également des actions de sensibilisation à cette thématique ; Mise en place dans les 24 mois d'un dispositif gradué de prise en charge globale des victimes de psycho-traumatisme. <p>1 - Certains des actions des objectifs 1 et 2 sont déjà en cours de mise en œuvre, comme par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation au codage diagnostique des victimes de violences conjugales et/ou intrafamiliales par : <ul style="list-style-type: none"> L'élaboration de thésaurus diagnostiques spécifiques selon l'âge de la victime L'envoi d'un courrier explicatif dans le cadre du GHT à tous les professionnels concernés La possibilité à terme d'obtenir une File Active GHT Alliance de Gironde via le DIM de Territoire Présentation au groupe des modalités organisationnelles d'une consultation spécifique de dépistage et d'orientation pour les victimes de violences conjugales au sein d'un service d'urgence générale Prise de contact avec le CDOM pour organiser à l'automne, une soirée de sensibilisation des médecins généralistes du Bassin d'Arcachon à cette question. <p>2 - Actualisation avant la fin 2019 de l'Etat des lieux des différents acteurs intervenant dans le champ de la psychotraumatologie réalisé durant l'été 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> Victimes de violences conjugales et/ou intrafamiliales, quel que soit l'âge et le genre Victimes de catastrophe ou accident de la vie Mineurs, y compris les MNA Migrants Population vulnérable en raison d'un handicap physique et/ou psychique Professionnels exposés
Etapes de mise en œuvre de l'action	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> Participation à l'analyse des besoins <input type="checkbox"/> Participation à l'organisation de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/> <p>La priorisation des moyens se fera dans le cadre de des travaux à liés la mise en place du niveau 2 – SudNA, après réalisation d'une cartographie permettant d'objectiver les faiblesses des différents territoires concernés.</p>
Publics ciblés	
Démarche participative associant les citoyens	
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	
Indicateurs d'activité	<p>Indicateurs de suivi et d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> File Active Globale au sein du GHT fin 2020 de victimes de violences conjugales ; File Active de victimes mineures prises en charge aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux Nombre de victimes prises en charge au niveau associatif (tendance évolutive selon le degré de systématisation du dépistage) Nombre annuel de : <ul style="list-style-type: none"> Actions de sensibilisation menée, Formations proposées Personnes formées au psychotraumatisme.

Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> Nombre annuel de RCP « TSPT complexes » organisées. Harmonisation du codage diagnostique au sein du GHT Systématisation du dépistage des violences conjugales dans le cadre de l'activité d'urgence psychiatrique ou non, mais également de l'accueil des primo-consultants en CMP Mise en place d'outils d'évaluation et/ou de dépistage communs dans les services d'urgence du GHT Nombre annuel de : <ul style="list-style-type: none"> Actions de sensibilisation menées Formations proposées Personnes formées au psychotraumatisme. Nombre de signataires du dispositif de prise en charge globale du psycho-traumatisme à l'échelle du territoire.
Méthode d'évaluation envisagée	Questionnaires, entretiens, observations...
Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	<ul style="list-style-type: none"> Convention multipartite regroupant les acteurs des champs : <ul style="list-style-type: none"> Sanitaire (public / privée) Médico-social Associatif Judiciaire Représentants de l'état et des collectivités locales. Protocoles validés et co-signés par les différents partenaires : <ul style="list-style-type: none"> Dépistage et prise en charge aux urgences psychiatriques des victimes de violences conjugales Evaluation standardisée des patients ayant été exposés à un psycho-traumatisme (choix d'outils de référence communs)
Calendrier de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> Septembre 2019 - Fin 2021 pour les établissements de santé du GHT « Alliance de Gironde » 2022 - 2024 : extension aux autres établissements de santé (privés ou PSPH)

RÉDACTEURS : LES BURNETTES + PHÉNIX - CH C. PERRENS

Fiche action n° 16

Organiser un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques (y compris l'organisation des transports en urgence)

Axe du PTSM :	Axe 8
Priorité du PTSM :	Priorité 4
Population cible :	Tous
Pilote(s) opérationnel(s) :	Préfecture
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Acteur(s) associé(s) : Pour la mise en œuvre effective des actions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préfecture • ARS • CHU et CH de l'ensemble du territoire • Centres Hospitaliers de Santé Mentale du territoire • Gendarmerie Nationale • Police Nationale • SDIS • Les associations de transports sanitaires urgents • Le procureur général • UNAFAM
Acteurs mobilisés (structures, services)	Type de participation (analyse des besoins, organisation, gestion de l'action, pilotage, mobilisation des ressources..)
Acteurs mobilisés (structures, services)	Type de participation (analyse des besoins, organisation, gestion de l'action, pilotage, mobilisation des ressources..)
Objectif général de l'action	Par une convention multipartite, mettre en place une réponse adaptée, favoriser l'adhésion aux soins et éviter autant que possible le recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement. L'absence d'effecteur et la disponibilité aléatoire d'un vecteur de transport sanitaire adapté rendent le sujet complexe et chronophage. Les enjeux sont majeurs, ils se nouent au confluent de règles juridiques, morales et éthiques.
Constats	Un groupe de travail du CLSM de Bordeaux, composé de représentants de différentes institutions (établissements référents en psychiatrie / SAMU Centre

15 / UNAFAM / Gendarmerie Nationale / Police Nationale / Préfecture / ARS/CHU / PJJ / URPS / Associations d'usagers / Université de Bordeaux / Mairie / CTS) a procédé à un état des lieux et relevé, à partir de situations types, les difficultés et les freins rencontrés dans ce domaine.	Une recherche de solutions visant à répondre aux exigences légales et à la forte attente sociétale (notamment les associations d'usagers) a été engagée.
Objectifs opérationnels	<p>Créer un dispositif formalisé, validé collégialement qui s'attache à un protocole permettant de répondre à deux problématiques qui nécessitent une formalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'impossibilité dans certains cas d'obtenir un avis ou un certificat médical préalable à toute mesure coercitive, comme l'impose la loi • L'obtention de l'aide de la force publique dans des situations exceptionnelles qui n'entrent pas dans le cadre d'interventions protocolisées.
Description de l'action	Élaborer une convention multipartite visant l'organisation d'un dispositif de réponses aux urgences psychiatriques
Etapes de mise en œuvre de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> • Précision des étapes-dés • Précision de l'état d'avancement => Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/>
Publics ciblés :	<ul style="list-style-type: none"> • Tout public
Démarche participative associant les citoyens :	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> si oui :</p> <p>Participation à l'analyse des besoins <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à l'organisation de l'action <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/></p>
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires :	
Indicateurs de suivi et d'évaluation :	
Indicateurs d'activité	Ils expriment par des données souvent chiffrées la quantité de la production d'une action réalisée (nombre de bénéficiaires, de réunions...). Ils peuvent concerner différentes étapes de la mise en œuvre.
Indicateurs de résultats	Ils permettent de répondre à certaines interrogations et notamment l'atteinte des objectifs: qu'est-ce qui a changé? Quelles appropriations des connaissances ont été observées ? Y-a-t-il un impact? Les données collectées sont le plus souvent qualitatives .



Méthode d'évaluation envisagée	Questionnaires, entretiens, observations...
Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	L'ensemble des signataires s'engagerait à intégrer dans leurs procédures respectives, et à mettre en œuvre, les principes décrits dans la convention
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	
Calendrier de mise en œuvre de l'action	2020

RÉDACTEURS : PRÉFECTURE - ARS - SAMU - CH C.PERRENS - CLSM BORDEAUX

Fiche action n° 17

Renforcer les liens entre le médecin généraliste et le psychiatre pour prévenir l'urgence et la crise

Axe du PTSM	Axe 8
Priorité du PTSM	Priorité n° 4
Population cible	Ensemble des 10 populations cibles
Pilote(s) opérationnel(s)	CH Charles Perrrens – URPS-ML
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Acteur(s) associé(s) :</p> <p>Pour la mise en œuvre effective des actions</p> <ul style="list-style-type: none"> SAMU-Centre 15 du CHU SOS médecins Psychiatres des 3 EPSM de la Gironde URPS - Infirmiers Représentation ordinaire (CDOM, Infirmier) Associations d'usagers et de proches d'usagers (UNAFAM) Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) CLSM Maisons de santé pluriprofessionnelles
Objectif général de l'action	<p>Favoriser l'accès à un avis spécialisé pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours en particulier les médecins généralistes et ce, dans des délais répondant à la nature des situations, sans pour autant avoir recours aux services d'urgence.</p>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> Compléter la gradation de l'accès aux soins spécialisés en psychiatrie Replacer le médecin généraliste comme « pivot » dans le parcours de soins y compris psychiatrique, en lui apportant des préconisations nécessaires à la prise en charge du patient ; Apporter une réponse rapide sans « psychiatriser » d'emblée des personnes qui ne souffrent pas, à priori, d'un trouble psychiatrique chronique et ce, afin de : <ul style="list-style-type: none"> Diminuer le délai d'accès aux soins Eviter l'aggravation des symptômes et prévenir la survenue de la crise

<ul style="list-style-type: none"> Désengager les CMP Promouvoir l'utilisation de la fiche de liaison entre le médecin traitant et le psychiatre élaborée par l'URPS et disponible dans l'outil PAACO-Globule 	<p>1 - Au niveau de la métropole bordelaise :</p> <ul style="list-style-type: none"> Présentation en janvier 2019 à l'URPS-NA du « DSPP – Toulouse », ou Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie, qui permet d'apporter, sous 15 jours, un avis et des préconisations de prise en charge aux médecins généralistes. <ul style="list-style-type: none"> Ceux-ci adressent une demande précise à cette équipe qui rencontre ensuite le patient, sur un nombre limité de consultations, avant de le réadresser vers le généraliste avec un projet de soins coconstruit (courrier détaillé ++). Ce dispositif s'inspire d'une expérience initialement menée dans les Yvelines. Ce dispositif s'inscrit pleinement dans un partenariat ville/hôpital conduisant à un décloisonnement de la psychiatrie : <ul style="list-style-type: none"> Sa localisation géographique est soucieuse d'une désigmatisation des soins psychiatriques puisqu'installée « hors les murs » de l'hôpital psychiatrique. Son fonctionnement fait l'objet d'une convention entre CHU, EPSM, URPS et ARS. L'équipe se compose des moyens suivants : <ul style="list-style-type: none"> 1,2 ETP de psychiatre (0,8 PH + 0,4 psychiatre libéral) 0,3 ETP de psychiatre coordonnateur 2 ETP d'IDE 0,5 ETP de psychologue 0,5 ETP d'AMA Un tel dispositif réfléchi à l'échelle de la métropole bordelaise permettrait de : <ul style="list-style-type: none"> Constituer une alternative supplémentaire au recours aux urgences psychiatriques Répondre au constat dont font régulièrement état nos collègues médecins généralistes concernant les difficultés d'adressage puis de communication avec les psychiatres, tant publics que libéraux.
Description des actions	<p>2- Sur des territoires faiblement dotés en termes de ressources psychiatriques</p> <p>2.1 – Réorganisation des évaluations des primo-consultants adressés par le médecin généraliste</p> <ul style="list-style-type: none"> Caractéristiques de certains CMP du département Eloignés de la métropole bordelaise Seule offre de soins psychiatriques puisque aucun psychiatre libéral n'y exerce Délai relativement long avant la mise en place effective d'une évaluation médicale (entre 1 mois et demi et 2 mois). Réflexion autour de la notion de psychiatre dit « de 1ère ligne » qui orienterait son activité vers l'évaluation médicale de certains primoconsultants, pour aboutir à : <ul style="list-style-type: none"> Réadresser vers le MG avec un courrier et des préconisations de prise en charge (+/- un RDV de réévaluation à distance) Orienter vers l'un des professionnels du CMP pour un suivi classique (IDE, psychologue, psychiatre)

Publics ciblés	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui : Participation à l'analyse des besoins <input checked="" type="checkbox"/> Participation à l'organisation de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/>
Démarche participative associant les citoyens	
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatres • Infirmiers libéraux • +/- psychologues
Indicateurs de suivi et d'évaluation :	
Indicateurs d'activité	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de dispositifs ville/hôpital mis en place au terme des 5 années de déploiement du PTSM • Répartition territoriale de ces dispositifs • Nombre de patients ayant bénéficié de ce dispositif • Nombre de consultations réalisées par dispositif et par type d'intervenant • Impact sur le fonctionnement des CMP en terme de retentissement sur la file active.
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Une meilleure collaboration public/libéral ; • Pour les patients <ul style="list-style-type: none"> ➢ Diminution du délai d'accès aux soins ; ➢ Baisse du recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement de part une prise en soins plus précoce ➢ Absence de « psychiatriation » de prime abord, des patients ne souffrant à priori pas d'un trouble psychiatrique chronique ➢ Désigmatisation des soins psychiatriques • Pour les CMP : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Acquérir une fonction expertale ➢ Recentrer ses prises en charge sur les patients présentant les pathologies les plus lourdes ou résistantes ➢ Réduire le nombre de RDV non honorés en raison des délais d'attente ➢ Proposer d'autres types de prise en charge, difficile à mettre en place pour l'instant de par leur saturation.
Méthode d'évaluation envisagée	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire de satisfaction des représentants d'usagers et de proches d'usagers ; • Questionnaire de satisfaction des médecins généralistes.
Points de vigilance, prérequis, atouts et freins repérés (optionnel)	Dispositif innovant nécessitant des modes de financement tout aussi innovants.

<p>➢ Programmer une hospitalisation, y compris en clinique.</p> <p>2.2 – Possibilité de « prescrire un suivi infirmier libéral en psychiatrie »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tout comme un psychiatre hospitalier peut mettre en place un suivi infirmier assuré par les IDE du CMP de secteur, le MG pourrait prescrire l'intervention à domicile d'infirmiers libéraux assurant des soins psychiques. • Ces professionnels de santé pourraient travailler, certes en lien avec les CMP, mais peut-être et surtout en complément de l'offre sanitaire existante. • Ainsi, pourraient peut-être dans un premier temps en bénéficier : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Les patients qui n'arrivent pas à s'inscrire dans un suivi CMP classique, multipliant les hospitalisations, mais gardant malgré tout un lien avec un médecin généraliste. ➢ Les patients présentant des pathologies que l'on pourrait qualifier de « moins lourdes », moins invalidantes, ne s'inscrivant pas forcément dans une « chronicité ». • Au total, l'IDE libéral psychiatrique : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Ne concurrence pas celui des CMP, mais vient se positionner en complément pour certains de leurs patients, ou plus en amont de leur intervention, pour des patients dont la sévérité des troubles permet d'envisager une prise en charge assurée par le MG, ➢ Pourrait être intéressant également pour les patients relevant de l'addictologie, ➢ Interroge le concept d'infirmier en pratiques avancées en psychiatrie, et donc la nécessité pour ce type de professionnel d'avoir suivi et validé ce type de formation, et de justifier d'une expérience au sein d'un EPSM. <p>2.3 – Possibilité à terme de « prescrire un suivi psychologique libéral gratuit, ou remboursé en partie par la CPAM » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quatre Caisses d'Assurances Maladie testent depuis 2018, pour 3 ans, le remboursement à 100 % des consultations réalisées par un psychologue : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Sont concernés les patients de 18 à 60 ans sans condition ressource, Résidant en Haute-Garonne, les Bouches du Rhône, le Morbihan, et les Landes, ➢ Bénéficiant d'une prescription médicale pour une séance d'évaluation de 45mn par un psychologue conventionné. ➢ Présentant des « troubles mentaux d'intensité faible à modérée ». • Un autre dispositif expérimental est en cours pour la prise en charge des jeunes de 6 à 21 ans. • Ces expérimentations ont pour but de : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Diminuer le recours aux soins et aux anxiolytiques, ➢ Tester l'accès aux soins à des thérapies non médicamenteuses, leur non remboursement étant un frein. <p>2.4 – Proposer des téléconsultations en psychiatrie (cf. fiche action n°12)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Précision de l'état d'avancement => Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non X • Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> 	<p>Étapes de mise en œuvre de l'action</p>
--	--



Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	Plusieurs possibilités au niveau du support juridique d'une telle expérimentation peuvent être envisagées : 1 – Mise à disposition de professionnels d'un EPSM , par convention, au sein d'une maison de santé pluri professionnelle (MSP) 2 – Création d'une CPTS 3 – Application de l'article 51
Calendrier de mise en œuvre de l'action	Durée du PTSM

RÉDACTEUR : CH C.PERRENS

Fiche action n°18

Promouvoir l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives à destination des personnes ayant des troubles psychiques

<p align="center">Action n°18.1</p> <p align="center">Favoriser l'accès et l'offre aux loisirs, aux vacances et aux dispositifs culturels aux publics en situation de handicap mental et/ou psychique</p> <p align="center">Action n°18.2</p> <p align="center">Favoriser l'accès et l'offre d'activités physiques adaptées (APA) et d'activités physiques et sportives (APS) à destination d'un public en situation de handicap mental et/ou psychique</p>	
Axe du PTSM :	Axes 6-10
Priorité du PTSM :	Priorité 2-5
Population cible :	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes ayant des conduites addictives Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion Les personnes sous main de justice Les personnes en perte d'autonomie Les personnes en situation de handicap Les personnes isolées Les réfugiés et les migrants
Pilote(s) opérationnel(s) :	La Plateforme sports et troubles psychiques – Le Comité Départemental de Sport Adapté (CDSA) – Association Rénovation
Acteur(s) associé(s) :	
Pour la mise en œuvre effective des actions	
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°18.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Culture et santé (ARS) Les médiateurs culturels des institutions (mairie, musées, bibliothèques...) Les responsables politiques de l'offre culturelle. Les associations s'engageant dans l'accès à la culture (culture du cœur...) Les « pôles culture » des établissements de santé mentale et des établissements médico-sociaux.

Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°18.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Le CDSA33 et l'ensemble de son réseau Sport Adapté girondin Les groupements d'employeurs APA et d'éducateurs sportifs Les clubs Sportifs Validés et Handicapés pour une pratique en mixité L'ensemble du mouvement sportif associatif via les différentes fédérations sportives (comités départementaux monodisciplinaires, maisons de quartier...) Les associations de patients et d'usager (GEM, etc.) Les établissements sanitaires et médico-sociaux
Objectif général de l'action	<p>Identifier, informer et engager les structures, organisations, associations, responsable d'une offre culturelle en faveur des personnes en situation de handicap psychique et développer sur l'ensemble du territoire girondin l'offre et l'accès à une pratique d'APA et/ou d'APS à proximité des personnes en situation de handicap psychique.</p> <p>Action n°18.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifier les acteurs et les promoteurs facilitant ou recensant les dispositifs culturels accessibles (en dehors des dispositifs portés par les établissements) Travailler avec les lieux culturels afin de déterminer les éléments facilitant l'accessibilité aux personnes handicapées psychiques (médiateurs culturels, prix...) Favoriser une offre de formation en faveur des médiateurs culturels spécifique au handicap psychique Créer un label destiné aux lieux culturels s'engageant dans l'accueil des personnes handicapées psychiques. <p>Action n°18.2</p> <ul style="list-style-type: none"> Informer, sensibiliser sur l'existence du Sport Adapté et du label « Validés-Handicapés (VH) pour une pratique sportive partagée », auprès du milieu sportif ordinaire, des soignants et des patients. Valoriser les APA ou/et les APS dans les institutions spécialisées comme « outils thérapeutiques » au service de la réhabilitation de la personne en situation de handicap psychique. Mettre en place des actions sportives en mixité pour déstigmatiser la personne en situation de handicap psychique et changer les représentations sur la maladie mentale
Objectifs opérationnels	<p>Action n°18.1</p> <p>Temps 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifier les acteurs responsables des politiques culturelles (ville, département, pôle culture et santé...) Identifier les associations facilitant l'accès aux dispositifs (culture du cœur...) Les sensibiliser à la problématique spécifique du handicap psychique <p>Temps 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifier l'ensemble des structures, lieux, dispositifs culturels (théâtre, salle de concert, bibliothèque, musée...) désirant s'engager dans la médiation culturelle en faveur des personnes en situation de handicap psychique et les engager dans la mise en œuvre d'action (réunion d'information, colloque, création d'une charte, d'un label...)
Description des actions	<p>Action n°18.1</p> <p>Temps 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifier les acteurs responsables des politiques culturelles (ville, département, pôle culture et santé...) Identifier les associations facilitant l'accès aux dispositifs (culture du cœur...) Les sensibiliser à la problématique spécifique du handicap psychique <p>Temps 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifier l'ensemble des structures, lieux, dispositifs culturels (théâtre, salle de concert, bibliothèque, musée...) désirant s'engager dans la médiation culturelle en faveur des personnes en situation de handicap psychique et les engager dans la mise en œuvre d'action (réunion d'information, colloque, création d'une charte, d'un label...)

	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Les actions de formation (1800 euros pour 2 jours de formation pour 8 à 10 médiateurs) ➢ L'élaboration (conception) et diffusion des éléments de communication (2000 à 3000 euros)
	Indicateurs de suivi et d'évaluation :
	<p>Action n°18.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de médiateurs formés • Nombre de structures partenaires • Nombre de structures culturelles labellisées. <p>Action n°18.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nbre de licences prises auprès de la FFSA • Nbre de nouvelles associations sportives dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. • Nbre de partenariats signés entre associations sportives et établissements. • Nbre de nouveaux clubs labellisés à proximité des établissements • Nbre de journées de formation et de sensibilisation auprès des différents interlocuteurs • Nbre de personnes formées • Nbre de professionnels du sport dans les établissements • Nbre de « référents sports » dans les établissements • Nbre de bilans d'APA et/ou d'APS dans les établissements
	Indicateurs d'activité
	Indicateurs de résultats
	Méthode d'évaluation envisagée
	Questionnaires, entretiens, observations...
	<p>Action n°18.1</p> <p>Le projet doit être porté par un acteur pouvant faire le pont entre les institutions culturelles et les structures accompagnantes, sans oublier la dimension politique. Le but est d'éviter « l'entre soi » et ainsi ne pas suffisamment mobiliser les acteurs du secteur culturel.</p> <p>En pré-requis il est nécessaire d'obtenir l'engagement de tous les acteurs.</p> <p>Action n°18.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilité et accompagnement de la personne en situation de handicap vers les activités physiques et sportives en dehors de l'établissement de soins • Prise de contact en direct avec les directions des différents établissements pour la mise en place de sessions d'information et de sensibilisation au Sport Adapté à destination des équipes soignantes et/ou éducatives... • Rappeler la nécessité et l'importance de pratiquer une activité physique et sportive régulière pour être en bonne santé et prévenir les maladies chroniques liées à la sédentarité surtout pour ce public fragilisé • Faire reconnaître l'APA et les APS comme des outils thérapeutiques au-delà de leur aspect récréatif et occupationnel
	Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)

	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Ce temps devra obligatoirement s'assurer d'identifier les personnes concernées souhaitant s'impliquer dans le projet. La finalité étant de créer un copil représentatif (acteurs du secteur culturel, représentant d'usager, acteur de l'accompagnement) pour piloter l'action <p><u>Temps 3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Mettre en œuvre un temps de formation pour les médiateurs culturels des structures engagées. <p><u>Temps 4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Expérimenter la mise en place d'un label ou d'une charte pour l'accueil du public en situation de handicap psychique et diffuser une plaquette d'information aux structures. <p><u>Temps 5</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Communiquer en faveur des structures s'engageant dans la labellisation (dossier de presse, parution dans les journaux institutionnels, création d'une page internet...) <p>Action n°18.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de journées, de colloques ou séminaires sur la présentation du Sport Adapté et du Label VH auprès des différents interlocuteurs qui gravitent autour de la personne en situation de handicap psychique • Former et sensibiliser les éducateurs sportifs du milieu ordinaire à l'accueil et aux méthodes d'accompagnements à la pratique physique et sportive pour des personnes en situation de handicap psychique • Développer et accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux à mettre en place des projets d'APA et/ou d'APS • Organiser des journées d'APS au sein des établissements. Accompagner la création d'associations sportives Sport Adapté au sein des établissements ou en partenariat. <p><u>Précision des étapes-clés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Précision de l'état d'avancement => Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/>
Etapes de mise en œuvre de l'action	<p>Action n°18.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes handicapées psychiques • Les dispositifs et lieux culturels du département. • Les structures d'accompagnement <p>Action n°18.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personne en situation de handicap psychique vivant à domicile et/ou en établissement sanitaire et médico-social <p>Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui :</p> <p>Participation à l'analyse des besoins <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Participation à l'organisation de l'action <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la gestion de l'action <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Participation à la mobilisation des ressources <input checked="" type="checkbox"/></p>
Publics ciblés	
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	<p>Action n°18.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désignation d'un pilote, pouvant mobiliser les acteurs et faciliter la constitution du copil. • Un engagement des acteurs politiques • Des fonds nécessaires pour :



Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	<p>Action n°18.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convention avec les différents acteurs du milieu sportif • Convention avec les établissements pour formation, sensibilisation et mise en place de journées d'APS dans les établissements
Calendrier de mise en œuvre de l'action	<p>Action n°18.1 Du début de l'action à l'élaboration du label et de la charte : 1 an</p> <p>Action n°18.2 Ces actions pourraient débuter dès sa validation ; les premières actions interviendraient dans les six mois suivant son lancement.</p>

RÉDACTEURS : CHCP + PLATEFORME «SPORTS ET TROUBLES PSYCHIQUES» - RÉNOVATION

Fiche action n° 19

Promouvoir la santé mentale

<p align="center">Action n°19.1 Promouvoir un projet de Démocratie sanitaire sur le territoire Action n°19.2 Lutter contre la stigmatisation</p>	
Axe du PTSM :	Axes 6-10
Priorité du PTSM :	Priorité 5
Population cible :	Tous
Pilote(s) opérationnel(s) :	UNAFAM – Les Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM) du territoire
<p align="center">Acteur(s) associé(s) : Pour la mise en œuvre effective des actions</p>	
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°19.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directions des usagers des établissements de santé mentale du département et associations participant au service public de santé mentale (Rénovation, Espoir 33, SHMA, MGEN) : diagnostic de la politique de démocratie sanitaire, recensement des actions menées et des associations partenaires existantes. • Associations d'usagers (UNAFAM, Fnapsy, PsyHope, Hyper, SuperTDAH) ; associations d'usagers dans le domaine des TSA et TND, etc. ; recensement des besoins, propositions d'action. • Structures d'entre-aide et d'insertion (GEM, ClubHouse) : relai d'information, réalisation d'actions communes.
	<p>Action n°19.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • CCAH (Comité national Coordination Action Handicap) • Les mairies • Le département et la région • L'Education Nationale • Les CLSM du département • Les CLS du département • AROSHA • Le pôle universitaire • Le milieu journalistique (l'école de journalisme) • UNAFAM, santé mentale France...

<ul style="list-style-type: none"> • Les associations et fondations et leurs usagers/patients ! • LES GEM du département • Les associations culturelles • Les centres hospitaliers et les structures sociales et médico-sociales • Les mandataires de justice • Les URPS • L'ARS 	<p>Structurer au sein des établissements de santé mentale une politique active de démocratie sanitaire, en réalisant des actions individuelles ou coordonnées. Promouvoir la santé mentale et lutter contre la stigmatisation et l'auto-stigmatisation en santé mentale en développant des actions de sensibilisation à la santé mentale en direction de l'ensemble de la population</p> <p>Action n°19.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer des maisons des usagers dans les établissements de santé mentale du département • Déstigmatiser la maladie mentale et les personnes qui en souffrent • Mieux associer les patients à leurs soins <p>Action n°19.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer des temps de sensibilisation en direction de l'ensemble de la population et notamment les publics éloignés de la thématique • Mobiliser les acteurs de différents champs pour la réalisation d'opérations de sensibilisation • Valoriser les compétences des personnes en souffrance en multipliant les espaces de rencontres et de temps de partage de connaissance sur le handicap psychique.
<p>Objectif général de l'action :</p>	<p>Action n°19.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les établissements devront créer des maisons des usagers avec les associations partenaires locales. Celles-ci auront pour mission d'informer les patients sur les questions de santé (mentale et somatique), d'accès aux droits et d'insertion dans la vie de la société. Par ailleurs, des actions de prévention peuvent être menées, par les associations ou par des animateurs de santé publique. • Des rencontres, colloques et journées d'information communes pourront être organisées entre les établissements de santé mentale et les associations d'usagers. Les services communication pourront diffuser l'information et s'assurer de relais médiatiques. • La création d'un bureau commun pour la préparation des SISM annuelles en Gironde. • Une meilleure association des patients à leurs soins passe par différents dispositifs et outils. Tout d'abord, la création d'un poste de médiateur de santé pair dans tous les établissements est nécessaire pour pouvoir mener des actions d'éducation thérapeutique efficaces, grâce à un discours de pair à pair. De plus, le CH Charles Perrins travaille à l'élaboration de Directives anticipées en psychiatrie (DAP). Ces DAP ont vocation à tracer dans un document les souhaits des patients quant à leur prise en charge en cas de crise. Sans avoir de portée juridique, ces documents permettent d'adapter les prises en charge et d'inviter les patients à s'exprimer sur celles-ci.
<p>Objectifs opérationnels</p>	<p>Description de l'action</p>

	<p>Action n°19.2 La diversité des publics cibles nous obligent à penser diversification des actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sessions de formation gratuite sur le handicap psychique dans tout le département (vidéo...) • Organisation d'événements culturels et de rencontres avec des personnalités souffrant de handicap psychique • Equipe mobile : Actions de sensibilisation dans les collèges et lycées et Ouverture d'un site web avec tchat • Systématiser l'invitation de personnes souffrantes ou de leurs représentants à des grands événements organisés sur le territoire (Ville de Bordeaux ou Bordeaux Métropole, etc.) • Avec la CCI de Bordeaux/syndicats des bailleurs et syndicats/réseaux des agences immobilières : grande conférence-débat à organiser • Faire la promotion et participer à l'IR Festif ! • Création d'une journée départementale du handicap psychique
Etapas de mise en œuvre de l'action	<p>Action n°19.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Précision des étapes-clés <ol style="list-style-type: none"> 1. Etat des lieux des actions menées dans les établissements 2. Diffusion d'un calendrier de déploiement des actions à mener par établissement 3. Organisation d'une journée régionale sur les droits des usagers (dans le cadre des SISM 2020 puis chaque année) <ul style="list-style-type: none"> • Précision de l'état d'avancement => variable selon les établissements <p>Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/></p>
Publics ciblés	<p>Action n°19.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usagers, proches et associations d'usagers • Etablissements de santé mentale et associations participant au service public de santé mentale. • Tous les professionnels amenés, dans leurs fonctions, à prendre en charge des personnes en souffrance psychique <p>Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui :</p> <p>Participation à l'analyse des besoins <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Participation à l'organisation de l'action <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Participation à la direction des activités prévenues (leadership) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Participation à la gestion de l'action <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Participation à la mobilisation des ressources <input checked="" type="checkbox"/></p>
Démarche participative associant les citoyens	<p>Action n°19.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animateur de santé publique pour coordonner les actions à mener entre les établissements • Création d'un poste de médiateur de santé pair dans les établissements non-dotés de cette compétence
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	<p>Action n°19.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publicité (abris bus...) des actions de communication • Radios, journaux, site web unique ?

Indicateurs de suivi et d'évaluation :	
Indicateurs d'activité	<p>Action n°19.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'associations intervenant dans les maisons de usagers • Nombre de permanences organisées • Nombre de patients ayant fréquenté les maisons des usagers <p>Action n°19.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de participants aux journées d'information et colloque sur la démocratie sanitaire • Nombre de patients ayant rédigé des DAP. • Evolution du nombre de plaintes et réclamations. • Questionnaire de satisfaction des usagers • Rapport annuel de la CDU. • Nombre d'actions copportées dans le cadre des SISM dans le département
Indicateurs de résultats	<p>Méthode d'évaluation envisagée</p> <p>Questionnaires, entretiens, observations...</p>
Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	<p>Action n°19.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est nécessaire de bien prendre en compte les spécificités locales de chaque établissement (types d'action déjà menées, associations présentes...) • Il convient de mener ces actions en lien étroit avec la communauté médicale qui devra être informée au préalable de la politique de démocratie sanitaire
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	<p>Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)</p>
Calendrier de mise en œuvre de l'action	<p>Action n°19.1 et 19.2</p> <p>Durée du PTSM</p>

RÉDACTEURS : RÉNOVATION - CHCP

Fiche action n° 20

Renforcer le pouvoir de décider et d'agir des personnes et promouvoir leur implication

Associer les Groupement d'entraide Mutuelle (GEM) à l'élaboration des programmes d'Education Thérapeutique du patient (ETP) et renforcer le maillage et l'action des GEM sur le territoire	
Axe du PTSM :	Axes 6-10
Priorité du PTSM :	Priorité 5
Population cible :	Toute population
Pilote(s) opérationnel(s) :	ARS - Les Groupes d'entraide Mutuelle du territoire - Associations d'Usagers et de représentants des familles - GHT « Alliance de Gironde » Acteur(s) associé(s) : Pour la mise en œuvre effective des actions <ul style="list-style-type: none"> Présidents et animateurs des GEM girondins Infirmiers des structures sanitaires, sociales et médico-sociales formés à l'ETP Membres d'associations et structures départementales dont les buts sont en lien avec certains troubles ou pathologies (ex. : Réseau des Entendeurs de Voix ; association des diabétiques de Gironde ; Maison du Diabète, de la Nutrition, de l'Obésité et du Risque Cardiovasculaire, etc.) CECCQA- ETNA- DAC ETP- UTEP Les CLSM de Gironde
Acteurs mobilisés (structures, services)	
Objectif général de l'action	Favoriser les parcours de vie inclusifs en développant la pair aide et en favorisant l'observance et l'adhésion thérapeutiques des personnes, par le biais de démarches éducatives adaptées
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser le rétablissement et améliorer les conditions de vie des personnes vivant avec un trouble psychique Identifier des représentants des GEM qui pourraient intégrer les équipes ETP sur les axes suscités : co-construction, évaluation, amélioration des programmes Former des binômes « professionnels du soin et de l'ETP - malade ou ancien malade » intervenant à l'occasion de rencontres thématiques organisées au sein des GEM ET portant sur un trouble ou une pathologie

Description des actions	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser des temps d'échanges, d'activités et de rencontre susceptibles de créer du lien et de l'entraide entre les adhérents Renforcer l'éducation thérapeutique en ville en se basant sur la dynamique des GEM Définir cinq thématiques prioritaires identifiées Recenser les associations et organismes dont la mission englobe des actions d'Education Thérapeutique du Patient et porte sur les thématiques identifiées
Etapes de mise en œuvre de l'action	
Publics ciblés	<ul style="list-style-type: none"> Membres/adhérents des GEM girondins Public sur des territoires de proximité de la Gironde non pourvus ou dont l'équipement en GEM est à renforcer
Démarche participative associant les citoyens	<p>Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> Participation à l'analyse des besoins <input checked="" type="checkbox"/> Participation à l'organisation de l'action <input checked="" type="checkbox"/> Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input checked="" type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input checked="" type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input checked="" type="checkbox"/>
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> Forfait alloué par l'ARS par GEM <ul style="list-style-type: none"> Participation, soutien des collectivités territoriales Participation des usagers du GEM Forfait ETP versé à l'opérateur ETP dans le cadre des financements de l'ETP
Indicateurs de suivi et d'évaluation :	
Indicateurs d'activité	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de GEM sollicités et nombre de GEM ayant donné suite à la proposition Nombre d'actions d'ETP réalisées dans les GEM girondins Nombre de participants présents par GEM en fonction des thématiques Bilan d'activité annuel des GEM : dont informations obligatoires listées dans le cahier des charges en vigueur (arrêté du 18 mars 2016) Nombre de GEM dans le département et localisation géographique Nombre de nouveaux GEM créés depuis 2019 Nombre de GEM sollicités et nombre de GEM ayant donné suite à la proposition d'ETP Nombre d'actions d'ETP réalisées dans les GEM girondins Nombre de participants présents par GEM en fonction des thématiques Retour des adhérents des GEM, des associations du territoire, des CLSM, des établissements de santé : modalité à définir Questionnaires, entretiens, Parangonnage régional, national
Indicateurs de résultats	
Méthode d'évaluation envisagée	
Points de vigilance, atouts et freins repérés (optionnel)	<ul style="list-style-type: none"> Constitution juridique d'une association des membres du GEM dans un délai de 3 ans maximum Adaptation des thématiques et des programmes ETP aux besoins identifiés et au public



Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	<ul style="list-style-type: none"> • Avec l'association « pilote » acceptant de porter l'action • Avec les associations dont l'objet est la sensibilisation à certains troubles et pathologies spécifiques • Avec les établissements et services acceptant de mettre des professionnels à disposition pour réaliser ces actions de sensibilisation
Calendrier de mise en oeuvre de l'action	2019 - 2023

RÉDACTEURS : ARI - DD 33 - CH C. PERRENS

Fiche action n° 21

Favoriser le bien-être en santé mentale des étudiants
en s'appuyant sur les leviers promotion/éducation santé

Axe du PTSM:	Axes 1-6-8-10
Priorité du PTSM:	Priorité 6
Population cible:	Les adolescents et les jeunes adultes
Pilote(s) opérationnel(s):	<ul style="list-style-type: none"> Espace Santé Étudiants (soignants/étudiants relais) – Université de Bordeaux CH Charles Perrrens (Pôle 3-4-7)
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Acteur(s) associé(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> Espace Santé Étudiants (soignants/étudiants relais) – Université de Bordeaux CH Charles Perrrens MGEN Communauté Universitaire, corps enseignant, Pôle Ressources humaines – Université Bordeaux – Université Bordeaux Montaigne- institut d'études Politiques de Bordeaux, INP Bordeaux, BSA Bordeaux, Kedge. CROUS Associations d'étudiants
Objectif général de l'action	<p>Améliorer ou maintenir le capital de santé mentale des étudiants pendant leur étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> Fluidifier le parcours de soins en santé mentale des étudiants Améliorer les représentations de la santé mentale et organiser les réponses utiles dans la communauté universitaire Permettre aux étudiants de renforcer leurs aptitudes et compétences psychosociales en santé mentale
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> Développer les ateliers d'éducation à la santé mentale Renforcer la prévention et le repérage plus précoce Développer la mise en place de référents sentinelles au sein de la communauté universitaire Poursuivre le ciblage sur les primo-entrants « décohabitants » lors d'un contact avec un professionnel de santé de l'ESE. Promouvoir la mise en œuvre de l'application « Servi-Share » dédiée à la santé et en particulier à la santé mentale des jeunes adultes (18-30 ans) et la déployer sur l'ensemble de la Gironde.(CLS Bordeaux métropole Fiche action n°16).
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> Développer annuellement avec le pôle 3-4-7 pendant la quinzaine de la santé

	<p>mentale (SIMS) des actions de promotion de la santé mentale par les pairs (étudiants relais bien-être et santé mentale) dans les campus et lieux de vie étudiante : Vidéo Youtube sur le stress étudiant, promotion de l'activité physique, organisation spectacle sur le stress étudiants, relais des campagnes via les réseaux sociaux (Facebook/Instagram)</p> <ul style="list-style-type: none"> Implanter dans les campus au plus près des lieux d'études des ateliers d'éducation à la santé sur la base de l'appropriation des stratégies individuelles protectrices pendant les études. (AES Gestion du stress/Sophrologie) Coordonner la commission situation préoccupante à l'ESE sur les situations complexes en santé mentale qui s'expriment pendant les études afin de faciliter l'accès aux soins et lutter contre la stigmatisation de la santé mentale dans la communauté universitaire. Poser quelques questions récurrentes sur la santé mentale des étudiants lors du premier entretien « Santé qualité de Vie Etudiante) à l'espace santé étudiants. Poursuivre la formation des acteurs de l'université (enseignants, personnels administratifs, scolarité...) à la prévention du risque suicidaire (Sentinelles). Fluidifier le parcours de l'étudiant en organisant la réflexion sur la définition du parcours en santé mentale avec les professionnels ESE et ses partenaires en interne (Place et rôles de chacun/organisation réunion de concertation autour situations complexes).
Étapes de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> Précision des étapes-clés Précision de l'état d'avancement => Action déjà en cours : Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <p>Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/></p>
Publics ciblés	Les étudiants
Démarche participative associant les citoyens	<p>Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> Participation à l'analyse des besoins <input type="checkbox"/> Participation à l'organisation de l'action <input checked="" type="checkbox"/> Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input checked="" type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input checked="" type="checkbox"/>
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> Moyens matériels et humains nécessaires à la mise en place et au suivi des formations Moyens matériels et humains nécessaires à l'exploitation et l'intégration dans le parcours de soins de l'EPP
Indicateurs de suivi et d'évaluation	
Indicateurs d'activité	<ul style="list-style-type: none"> Nombres de participants aux manifestations organisées +/- 20% prévisionnel de l'action Implantation de 10 Ateliers sur les campus Pessac/Talence/Agen en 2020 Taux de fréquentation des Ateliers Education à la Santé > 70% effectifs prévus. Existence de fiche méthodologique pour chaque typologie d'Atelier éducation à la santé. Existence d'un parcours en santé mentale à l'ESE en 2020.

Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Nombres de participants aux manifestations organisées +/- 20% prévisionnel de l'action • Implantation de 10 Ateliers sur les campus Pessac/Talence/Agen en 2020 • Taux de fréquentation des Ateliers Education à la Santé > 70% effectifs prévus. • Existence de fiche méthodologique pour chaque typologie d'Atelier éducation à la santé. <p>Existence d'un parcours en santé mentale à l'ESE en 2020.</p>
Méthode d'évaluation envisagée	Questionnaires, entretiens, observations...
Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	<ul style="list-style-type: none"> • Question des moyens matériels et humains nécessaires à la mise en place et au suivi des formations • Question des moyens matériels et humains nécessaires à l'exploitation et l'intégration dans le parcours de soins de l'EPP • Prérequis : coordination régionale inter staffs et graduation des soins
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	Convention avec Pôle Charles Perrens 3-4-7
Calendrier de mise en œuvre de l'action	2019-2021

RÉDACTEURS : ESE - CH LIBOURNE

Fiche action n°22

Soutenir la parentalité : coordonner l'intervention des acteurs pivots de l'accompagnement des futurs ou nouveaux parents sur la période clef des 0-3 ans

Axe du PTSM :	Axes 1-8-10
Priorité du PTSM :	Priorité 6
Population cible :	Les nouveau-nés et les enfants
Pilote(s) opérationnel(s) :	<ul style="list-style-type: none"> Réseau Périnatalité Nouvelle Aquitaine Réseau Psychiatrie Périnatale
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Acteur(s) associé(s) :</p> <p>Pour la mise en œuvre effective des actions</p> <ul style="list-style-type: none"> Réseau Périnatalité Nouvelle Aquitaine Réseau Psychiatrie Périnatale ARS PMI Conseil Départemental Services hospitaliers : maternités et pôles de psychiatrie Institut de la Parentalité Médecins libéraux généralistes Sages-femmes libérales
Objectif général de l'action :	<p>Coordonner l'intervention des acteurs pivots de l'accompagnement des futurs ou nouveaux parents (acteurs libéraux (médecins, sages-femmes, psychologues, psychiatres), services de maternité, services de psychiatrie)</p> <ul style="list-style-type: none"> Garantir, structurer et ancrer la présence d'un staff médico-psycho-social dans l'ensemble des maternités du département en : <ul style="list-style-type: none"> Structurant la composition et les modalités d'intervention des staffs, dans une cohérence territoriale Inscrivant cette organisation dans la durée Renforçant la coordination entre les différents staffs du département Elaborant et diffusant un annuaire des interventions en santé mentale dans les maternités Développer les formations aux troubles du lien proposées de façon conjointe aux différents acteurs Articuler l'entretien périnatal précoce avec le parcours de soins (comment cet outil est-il exploité ?)

	<ul style="list-style-type: none"> Tester et soutenir la mise en place d'un auto-questionnaire de repérage des vulnérabilités maternelles et faire que les femmes repérées accèdent à l'Entretien Périnatal Précoce (EPP) Mener une réflexion sur l'élargissement du dossier de suivi des nouveau-nés vulnérables à d'autres types de vulnérabilité (au-delà de la prématurité), intégrant notamment les troubles du lien Echanger sur les modes de collaboration à développer autour du parcours de soins : outils d'évaluation communs, conventions de coopération et d'adressage Elaborer sur chaque territoire à destination des futurs et jeunes parents, un guide des ressources soutien à la parentalité
Description de l'action	<p>Il s'agira de tenter de renforcer les synergies entre les différents acteurs pivots de l'accompagnement, notamment par le biais :</p> <ul style="list-style-type: none"> D'une structuration des modalités d'action et de coordination des différents staffs médico-psycho-sociaux afin de faciliter la prise en charge des femmes-cibles De formations communes De réflexions autour de l'inclusion dans le parcours de soin de l'EPP, outil partagé mais pas toujours exploité, parfois par manque de possibilités de coordination
Etapas de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> Précision des étapes-clés Précision de l'état d'avancement => Action déjà en cours : Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/>
Publics ciblés	<ul style="list-style-type: none"> Futurs ou jeunes parents
Démarche participative associant les citoyens	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> Participation à l'analyse des besoins <input type="checkbox"/> Participation à l'organisation de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/> Participation à la gestion de l'action <input type="checkbox"/> Participation à la mobilisation des ressources <input type="checkbox"/>
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> Moyens RH nécessaires à l'implication de l'ensemble des partenaires au sein des staffs, à définir par chaque institution : pré existants ? A ajuster ? Nécessitant une demande de moyens complémentaires ? Moyens matériels et humains nécessaires à la mise en place et au suivi des formations Moyens matériels et humains nécessaires à l'exploitation et l'intégration dans le parcours de soins de l'EPP
Indicateurs de suivi et d'évaluation	
Indicateurs d'activité	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'existence d'un staff dans les maternités du département (objectif 100 %) Taux de conformité à la composition cible Nombre de réunions des staffs Nombre de réunions ou modalités de coordination inter-staffs Elaboration et diffusion effective de l'annuaire des interventions santé mentale en maternité Nombre de formations réalisées

	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de formations programmées • Evaluation des formations • Création effective d'un groupe de travail autour de l'inclusion de l'EPP • Réalisation, diffusion et exploitation effectives de l'auto-questionnaire • Réalisation et diffusion effectives des guides de soutien à la parentalité par territoire
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'existence d'un staff dans les maternités du département (objectif 100 %) • Taux de conformité à la composition cible • Nombre de réunions des staffs • Nombre de réunions ou modalités de coordination inter-staffs • Elaboration et diffusion effective de l'annuaire des interventions santé mentale en maternité • Nombre de formations réalisées • Nombre de formations programmées • Evaluation des formations • Création effective d'un groupe de travail autour de l'inclusion de l'EPP • Réalisation, diffusion et exploitation effectives de l'auto-questionnaire • Réalisation et diffusion effectives des guides de soutien à la parentalité par territoire
Méthode d'évaluation envisagée	Questionnaires, entretiens, observations...
Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	<ul style="list-style-type: none"> • Question des moyens matériels et humains nécessaires à la mise en place et au suivi des formations • Question des moyens matériels et humains nécessaires à l'exploitation et l'intégration dans le parcours de soins de l'EPP • Prérequis : coordination régionale inter staffs et graduation des soins
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	<ul style="list-style-type: none"> • Protocole partagé de constitution et tenue des staffs • Protocole de coopération inter-staffs
Calendrier de mise en œuvre de l'action	2019-2021

RÉDACTEURS : CH LIBOURNE - RME

Fiche action n° 23

Organiser la gouvernance territoriale en santé mentale et les modalités d'animation du PTSM de Gironde

Axe du PTSM :	Transversal
Priorité du PTSM :	En référence aux 6 priorités
Population cible :	En référence aux 10 populations
Pilote(s) opérationnel(s) :	CH Charles Perrens
Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Acteur(s) associé(s) :</p> <p>Pour la mise en œuvre effective des actions</p> <ul style="list-style-type: none"> Acteurs sanitaires et médico-sociaux 33 CTS 33 ARS 33 CD et MDPH 33 Education Nationale Elus 33 Usagers et Représentants des usagers Médecin de 1er recours Forces de l'ordre Bailleurs UNAFAM
Objectif général de l'action	<p>Organiser les travaux de gouvernance de la politique territoriale en santé mentale et coordonner un espace de concertation des partenaires du PTSM de Gironde</p> <ul style="list-style-type: none"> Une politique nationale à décliner Une politique régionale à décliner De nombreux partenaires impliqués dans la démarche de diagnostic en santé mentale du PTSM De nombreux partenaires impliqués dans le déploiement des actions du PTSM à 5 ans De nombreux espaces de concertation en santé mentale à coordonner sur le territoire (Groupements de coopérations sanitaires ou médico-sociaux, Conseil territorial de santé pour sa commission de santé mentale, Conseils locaux en santé mentale issus des Contrats locaux de santé, Projet médico-soignant partagé du GHT « alliance de Gironde » etc.)
Constats	

Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> Identifier un espace départemental de concertation en santé mentale réunissant les principaux acteurs impliqués, des usagers et les représentants des usagers de Gironde Articuler cet espace avec les dynamiques engagées sur le territoire et notamment avec le Conseil Territorial de Santé (commission santé mentale) Coordonner et mettre en œuvre les actions du PTSM 33 en lien avec les politiques nationales et régionales en santé mentale, en répondant par exemple à des appels à projet communs (ex : Plateforme de diagnostic précoce, équipes mobiles sanitaires et médico-sociales communes) Faire évoluer les PTSM au cours de son déroulement quinquennal, en associant les usagers et leurs représentants des usagers Harmoniser les actions des CLSM sur le territoire Coordonner et harmoniser les actions des SISM sur le département
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> Identifier un espace de commun de concertation et en structurer la gouvernance Organiser la coordination des différentes structures de coopérations sanitaires, médico-sociales et sociales. <ul style="list-style-type: none"> Prévoir un pilotage commun pour les GCS regroupant les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux sous l'égide par exemple du GCS PP 33 ayant pour objet : <ul style="list-style-type: none"> Prioriser les actions du PTSM Définir et construire les projets <ul style="list-style-type: none"> Élaborer le calendrier de mise en œuvre Déterminer les ressources à mettre en œuvre Assurer le suivi budgétaire
Étapes de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> Précision de l'état d'avancement => Action déjà en cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Mise en œuvre <input type="checkbox"/>
Publics ciblés	<ul style="list-style-type: none"> Tout acteur impliqué dans le PTSM
Démarche participative associant les citoyens	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui :</p> <p>Participation à l'analyse des besoins Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à l'organisation de l'action Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la direction des activités prévues (leadership) Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la gestion de l'action Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la mobilisation des ressources Oui <input type="checkbox"/></p>
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	<p>Moyens à calibrer en liaison avec l'ARS.</p>
Indicateurs de suivi et d'évaluation :	
Indicateurs d'activité	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de réunions de l'entité retenue pour animer la politique territoriale Signature d'un CPOM avec cette entité Nombre de réponses à des AAP communs Nombre d'actions concertées dans le cadre des SISM Niveau de déploiement des actions du PTSM

Indicateurs de résultats	Revue de contrat annuelle et mesure d'atteinte des objectifs déclinés pour le Projet territorial
Méthode d'évaluation envisagée	Rapport d'activité annuel, questionnaires de satisfaction (usagers, responsables d'établissements, élus)
Points de vigilance, pré-requis, atouts et freins repérés (optionnel)	Nombreux espaces de concertation en santé mentale et mobilisation accrue de secteur
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	<ul style="list-style-type: none"> • Signature du Contrat territorial de santé mentale • Signature d'un CPOM entre l'Agence et l'organe de gouvernance identifié • Actualisation et avenants au PTSM • Actualisation des CPOM • Actualisation des conventions constitutives des espaces de coopération (GCS, GHT)
Calendrier de mise en œuvre de l'action	Dernier trimestre 2019

RÉDACTEUR : CHCP



LES INDICATEURS CLÉS DE SUIVI DU PTSM DE GIRONDE

Indicateurs clés PTSM 33*

Priorité PTSM	Type indicateur	Objectif stratégique	Indicateur	Indicateur repère (année à préciser)	Cible	Source de l'indicateur	Fréquence actualisation	Acteur actualisation
P1	Organisation	Fluidifier et sécuriser l'accueil dans les CMP & CMPEA	Nb de RV programmés non honorés par les patients dans les CMP et CMPEA (tous personnels soignants confondus)		↗	CMP	Semestre	GCS PP 33
P1	Organisation	Améliorer les conditions d'accès dans les CMP & CMPEA	Délai moyen entre 1 ^{er} contact et 1 ^{er} RV physique en CMP (=RV évaluation) Délai moyen entre 1 ^{er} contact et 1 ^{er} RV physique en CMPEA (=RV évaluation)		↗	Rapport activité CMP & CMPEA	Annuelle	GCS PP 33
P1	Organisation	Améliorer les conditions de la prise en charge dans les CMP & CMPEA	Délai moyen entre 1 ^{er} RV évaluation et 1 ^{er} RV de prise en charge en CMP Délai moyen entre 1 ^{er} RV évaluation et 1 ^{er} RV de prise en charge en CMPEA		↗	Rapport activité CMP & CMPEA	Annuelle	GCS PP 33
P1	Organisation	Intégrer des IPA santé mentale dans les équipes de soins pour venir en soutien des équipes pluridisciplinaires, améliorer l'accès aux soins, et décharger du temps médical disponible	Nb IPA en structures sur le territoire	Néant	↗	ARS	Annuelle	ARS
P1	Organisation	Déployer la télé-médecine pour faciliter l'accès aux soins et l'accompagnement	Nb d'actes de tél expertise et téléconsultation en psychiatrie		↗		Annuelle	CPAM GCS PP 33
P1	Organisation	Déployer la télé-médecine pour mieux organiser l'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques	Nb d'actes de tél expertise et téléconsultation en soins somatiques pour des personnes suivies en psychiatrie		↗		Annuelle	CPAM GCS PP 33
P2	Organisation	Renforcer les prises en charges ambulatoires via le développement des accompagnements dans les lieux de vie	Part de file active des adultes suivis exclusivement en ambulatoire dans les Ets psychiatriques en Gironde	Donnée ATH 2017 : 72,96%	↗	PMSI	Annuelle	ARS (indicateurs feuille de route ARS)
P2	Organisation	Réduire le nombre d'hospitalisations inadéquates des patients au long cours	Nb hospitalisations inadéquates des patients au long cours	Donnée 2017 : 122 hospitalisations inadéquates sur 415 hospitalisations long cours soit 29%	↗	Observatoire Long Cours	Annuelle	ARS (indicateurs feuille de route ARS)
P2	Pratiques professionnelles	Aider les patients à gérer au mieux leur vie avec leurs troubles psychiatriques	Nb de patients suivant un programme d'Education Thérapeutique Patient (ETP) santé mentale en ambulatoire	Donnée 2018 : 3	A développer	ARS	Annuelle	ARS
P2	Pratiques professionnelles	Développer l'offre de soins de réhabilitation psychosociale sur le territoire	Nb de structures de proximité labélisées		↗	ARS	Annuelle	ARS
P3	Organisation	Assurer la prise en charge et la continuité des soins en ville	Part des personnes en ALD 23 non suivies par un médecin traitant référent		↗	CPAM	Annuelle	CPAM
P3	Organisation	Améliorer les soins somatiques chez les personnes souffrant de troubles psychiques	Nb de consultations en médecine générale pour les patients avec une ALD 23		↗	CPAM	Annuelle	CPAM
P4	Epidémiologie	Diminuer les tentatives de suicide	Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide	Donnée 2015 : 228,5 pour 100 000 habitants (population âgée de 10 ans et plus)	↗	PMSI	Annuelle	ARS
P4	Epidémiologie	Réduire le taux de mortalité par suicide	Nb de décès par suicide pour 100 000 habitants	Donnée 2015 : 14,7 pour 100 000 habitants (population âgée de 10 ans et plus)	↗	Certificats de décès (Cépidc) ou INSERM	Annuelle	ARS (indicateurs feuille de route ARS)
P4	Organisation	Améliorer la gestion des situations complexes aux fins de mettre en place le dispositif le mieux adapté et éviter les ruptures de parcours	Nb de cas de manager et répartition sur le territoire		↗	Déclaratif	Annuelle	GCS PP 33
P4	Organisation	Aider à la résolution des situations psychosociales complexes	Nb de commissions médico-psychosociales installées et opérationnelles dans le département		↗	Déclaratif	Annuelle	GCS PP 33
P4	Organisation	Organisation de la réponse de bonne prise en charge au bon moment pour les personnes souffrant de troubles psychiques	Nb de patients ayant fait + de 3 passages dans l'année souffrant de troubles psychiques		↗	SECOF (suivi ad hoc)	Annuelle	SECOF
P4	Organisation	Coordonner les prises en charge et adressages amont	Nb de passages injustifiés aux urgences psychiatriques		↗	SECOF	Annuelle	SECOF
P4	Organisation	Prévenir les situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique	Taux de recours aux soins sans consentement (tous modes légaux confondus et hors UMD)	Donnée 2015 : 151,5 pour 100 000 habitants	↗	RIM-P	Annuelle	ARS (données Atlas Santé Mentale)
P5	Droit des patients	Développer les dispositifs favorisant l'inclusion des personnes atteintes de troubles psychiques dans la cité et la lutte contre la stigmatisation	Variation du nb de structures d'entretien, des conseils locaux de santé mentale, des clubs...	Données 2019 : 14 CLSM 3 CLSM 1 clubhouse	Couverture départementale CLSM au terme du PTSM 1	ARS	Annuelle	ARS
P5	Pratiques professionnelles	Développer le partage d'expérience, entre pairs, du vécu d'un trouble psychique et du parcours de rétablissement	Nb médiateurs de santé-pairs		↗	ARS	Annuelle	ARS
P6	Organisation	Développer les facteurs de protection des personnes pour leur permettre de répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne	Nb de programmes de développement des compétences psychosociales		↗	ARS	Annuelle	ARS
P6	Organisation	Favoriser la dés-stigmatisation des troubles psychiques en faisant évoluer les représentations sociales sur les pathologies et améliorer la situation des personnes touchées par ces troubles	Nb de formation 1 ^{er} secours santé mentale		↗	ARS	Annuelle	ARS

*Indicateurs non liés, pouvant évoluer au cours de la période du PTSM



PARTIE IV

ANNEXES





A. TABLE DES ABRÉVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ACCESS : Ambulatoire de Coopération, de Coordination et d'Evaluation Sanitaire et Sociale (équipe)
ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique
AESH : Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap
ALD : Affection Longue Durée
ALF : Allocation de Logement Familiale
ALS : Allocation de Logement Sociale
ANFH : Association Nationale de Formation des Hospitaliers
APA : activités physiques adaptées
APAFED : Association pour l'accueil des femmes en difficulté
APL : Aide Personnalisée au Logement
APS : activités physiques et sportives
ARS : Agence Régionale de Santé
ASE : Aide sociale à l'enfance
ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées
ASS : Allocation de Solidarité Spécifique
ASV : ateliers santé ville
ATIH : Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation
C2RP : Centre Référent de Réhabilitation Psychosociale
CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
CAC : Centre d'Accueil et de Crise
CACIS : Centre d'Accueil, de Consultation et d'Information sur la Sexualité
CADA : centres d'accueil de demandeurs d'asile
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CAMINA : centres d'accueil des mineurs non-accompagnés
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CAPSYVI : Centre Aquitain de PSYchothérapie des Victimes
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CASE : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CASPERTT : Centre d'Accueil SPÉcialisé dans le Repérage et le Traitement des Traumatismes
CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CAUVA : Centre d'Accueil d'Urgence des Victimes d'Aggression
CCAS : Centres communaux d'action sociale
CD : Conseil Départemental
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (ex-COTOREP)
CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques
CDU : Commission des Usagers
CEID : Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les Addictions
Centre départemental de l'enfance et de la famille (CDEF)
CERPAD : Centre de Référence Régional des Pathologies Anxieuses et de la Dépression
CFSP : Consultation Famille Sans Patient
CGLP : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
CH : Centre Hospitalier
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CJC : consultations jeunes consommateurs



CLIC : centre local d'information et de coordination
CLIS : Classe pour L'Inclusion Scolaire
CLS : Contrat Local de Santé
CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
CME : Commission Médicale d'Établissement
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPEA : Centre Médico-Psychologique Enfant et Adolescent
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
CMRR : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COS : Cadre d'Orientation Stratégique
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRA : Centre de Ressources Autisme
CREDAH : Centre de Référence Déficits de l'Attention et Hyperactivité
CRIAVALS : Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles
CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP : Code de la Santé Publique
CTS : Conseil Territorial de Santé
CUMP : Cellule d'urgence médico-psychologique
DAF : Dotation Annuelle de Financement
DALO : Droit au logement opposable
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DIHAL : Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DMS : durée moyenne de séjour
DPC : Développement Professionnel Continu
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSM-5 : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
EA : Entreprises Adaptées
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ELISA : Equipe Libournaise d'Intervention et de Soins aux Adolescents
ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EMAA : Equipe Mobile Autisme Adulte
EMAP : Equipe Mobile Addiction Parentalité
EMGP : Équipe Mobile de Géronto-Psychiatrie
EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
EMS : établissements médico-sociaux
EMSS : Équipe Mobile Sociale et de Santé
EPIC : Équipe Psychiatrique d'Intervention et de Crise
EPP : Entretien Périnatal Précoce
ESA : Équipes Spécialisées Alzheimer
ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail
ESE : Espace santé étudiants de l'Université de Bordeaux
ESP : équipe de soins primaires
ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient



ETP : Équivalent temps plein
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FH : Foyer d'Hébergement
FHTH : foyers d'hébergement de travailleurs handicapés
FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GAPS : Groupe d'aide psychologique et sociale
GCLSM : Groupe de Coordination locale en Santé Mentale
GCS : groupements de coopération sanitaire
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GEVA : Guide d'ÉVALuation Multidimensionnelle
GHT : groupement hospitalier de territoire
GIRPEH : Groupement Interprofessionnel Régional pour la Promotion de l'Emploi des Personnes Handicapées
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HIARP : Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué
HLM : Habitation à Loyer Modéré
HPST : Hôpital, patients, santé et territoire (loi)
HSC : Hélicoptères de la Sécurité Civile
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
IEM : Institut d'éducation motrice
IMG : Interruption médicale de grossesse
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IPA : infirmier(e) en pratique avancée
ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique
JLD : Juge des Libertés et de la Détention
LAM : Lits d'Accueil Médicalisés
LHSS : Lits halte soins santé
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MCS : Médecins Correspondants du SAMU
MDA : Maison des Adolescents
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS : Maisons d'Enfants à Caractère Social
MNA : mineurs non-accompagnés
MOOC : *Massive Open Online Course*
MSA : Mutualité sociale agricole
MSP : Maisons de santé pluriprofessionnelles
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OPCA : Organismes Paritaires Collecteurs Agréés
OPP : Ordonnance de Placement Provisoire
OPS : Organisme de Placement spécialisé
ORS : Observatoire régional de la santé (Aquitaine)
OSCOUR : organisation coordonnée de la surveillance des urgences
PAACO : Plateforme Aquitaine d'Aide à la COmmunication
PAEJ : points d'accueil écoute jeunes
PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PAG : Plan d'accompagnement global
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés



PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PCPE : Pôles de compétences et de prestations externalisés
PDALHPD : Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées
PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires
PEC : prise en charge
PHV : Personnes Handicapées Vieillissantes
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PMSP : projet médical partagé
PPPI : Parc Privé Potentiellement Indigne
PPSMJ : Personnes placées sous main de justice
PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
PRS : Projet Régional de Santé
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale
QPV : Quartiers Prioritaires de la Ville
RAM : Réseau d'assistantes maternelles
RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous
RASED : réseau d'aide aux élèves en difficulté
REX : Retours d'Expériences
RG : régime général
RIM-P : Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie
RP : recensement de la population (INSEE)
RPA : Résidence de Personnes Agées
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RPS : réhabilitation psychosociale
RQTH : Reconnaissance qualité de travailleur handicapé
RSA : Revenu de Solidarité Active
SAE : Statistique Annuelle des Établissements (de santé)
SAFT : service d'accueil familial thérapeutique
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SAPAD : services d'assistance pédagogique à domicile
SAU : Service d'accueil et de traitement des urgences
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SECOP : Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique
SEEPM : services éducatifs au sein des établissements pénitentiaires pour mineurs
SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins A Domicile
SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SISM : Semaines d'Information en Santé Mentale
SMPR : Service médico-psychologique régional
SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNIIRAM : Système National Inter Régimes d'Assurance Maladie
SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile
SPDRE : Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État
SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers



SPI : soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers
SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SRS : Schéma Régional de Santé
SSR : Soins de Suite et Rééducation
SSU : Service de santé universitaire
STEMOI : Service Territorial Educatif de Milieu Ouvert et d'Insertion
TDAH : trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TED : Troubles envahissants du développement
TMC : troubles mentaux courants
TMG : troubles mentaux graves
TMS : Troubles mentaux sévères
TND : troubles du neuro-développement
TSA : Troubles du spectre autistique
TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique
UCC : Unité cognitivo-comportementale
UHR : Unité d'Hébergement renforcé
ULIS : Unités localisées pour l'inclusion scolaire
UMD : Unité pour Malades Difficiles
UMPAJA : Unité Médico-Psychologique de l'Adolescent et du Jeune Adulte
UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées
psychiques
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
USIP : Unité de soins intensifs en psychiatrie
USLD : Unité de soins de longue durée
UTEP : Unité transversale d'éducation thérapeutique


B. SITOGRAPHIE

- Agence d'urbanisme Bordeaux métropole Aquitaine, Observatoire des mobilités et des rythmes de vie, chiffres clés, 2016, <https://www.aurba.org/themes/observatoire-des-mobilites-et-des-rythmes-de-vie/>
- Agence d'urbanisme Bordeaux métropole Aquitaine, Rapport sur les déplacements domicile-travail en Gironde, 2009, <https://www.aurba.org/productions/les-d%C3%A9placements-entre-le-domicile-et-le-travail-en-gironde/>
- Agence d'urbanisme Bordeaux métropole Aquitaine, Rapport sur une croissance urbaine durable en Gironde, 2009, <https://www.aurba.org/productions/pour-une-croissance-urbaine-durable-en-gironde/>
- ARS Nouvelle-Aquitaine, Enquête PRAPS, 2017, https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-08/PRS_NA_2018_PRAPS_07_2018_0.pdf
- ARS Nouvelle-Aquitaine, <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/observatoire-regional-en-sante-environnement>
- ARS Nouvelle-Aquitaine, Structures d'exercice coordonné (Maisons ou centres de santé), 2018, <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/structures-dexercice-coordonne-maisons-ou-centres-de-sante>
- Assurance Maladie, Étude sur la prévalence départementale des pathologies, chapitre sur la psychiatrie, 2016, <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-dependences/prevalence-departementale-par-pathologie/maladies-psychiatriques.php>
- ATIH, MCO Chiffres clés, 2015, <https://www.atih.sante.fr/actualites/chiffres-cles-mco-2015>
- CAF, Schéma Départemental de l'animation de la vie sociale 2017-2021, <http://www.caf.fr/sites/default/files/caf/331/SCHEMA%20DPTAL%20AVS%202017%202021%20sign%C3%A9.pdf>
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, Bilan d'activité des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), 2017, http://www.cnsa.fr/sites/default/files/gem_bilan_2016.zip
- Centre de Preuves en Psychiatrie et en Santé Mentale, Rapport de Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique, 2015, https://www.collectif-schizophrenies.com/images/pdf/Rapport_donnees_preuves_ameliorer_parcours_soins_vie_handicap_psychique_201509.pdf
- CNSA, Guide pratique de l'emploi accompagné, 2018, https://www.cnsa.fr/documentation/guide_emploi_accompagne_17-04-2018_vd_internet.pdf
- CNSA, Promouvoir la continuité des parcours de vie, 2012, https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf
- Conseil départemental de la Gironde, Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance, Schéma départemental Jeunesse 2016-2021, https://www.gironde.fr/sites/default/files/2017-04/schema_departemental_de_prevention_et_protection_de_lenfance_2012_2016.pdf
- CREHPSY, Évaluation du handicap psychique – Les outils de mesure à disposition, 2015, http://crehpsy-documentation.fr/doc_num.php?explnum_id=256
- CREHPSY, Organisation des Soins – santé mentale MGEN, 2018, http://crehpsy-documentation.fr/doc_num.php?explnum_id=700
- Département de la Gironde, Guide pour les personnes en situation de handicap, 2017, <https://www.gironde.fr/sites/default/files/2017-09/Guide%20HANDICAP%202017-BD.pdf>

- 
- Département de la Gironde, Observatoire Girondin de la Précarité et de la Pauvreté (OGPP), rapport 2016, <https://www.gironde.fr/sites/default/files/2017-06/OGPP%20rapport%202016.pdf>
 - Département de la Gironde, Plan girondin d'actions en faveur des jeunes-projet génération 11-25 ans, 2016, <http://www.gironde-avenir.fr/site/wp-content/uploads/PV-BS-2016.pdf>
 - Département de la Gironde, Plan Santé Gironde, 2017, <https://www.gironde.fr/sites/default/files/2018-05/plan-sante.pdf>
 - Département de la Gironde, Schéma Autonomie 2017-2021, 2017, https://www.gironde.fr/sites/default/files/2018-03/SCHEMA-AUTONOMIE-2017-2021-def_0.pdf
 - Département de la Gironde, Schéma départemental de la Jeunesse 2016-2021, 2016, https://www.gironde.fr/sites/default/files/2017-04/schema_departemental_de_prevention_et_protection_de_lenfance_2012_2016.pdf
 - DIHAL, CEREMA, Rapport d'étude, Organiser la sortie de détention – De la prison vers le logement, 2017, https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/06/etude_sortant_de_detention_vf_060617-1.pdf
 - DREES, IRDES, L'atlas de la santé mentale en France, 2018, http://santementale.atlasante.fr/accueil/Guide_indicateurs_sante_mentale_fevrier_2018.pdf
 - DREES, Les établissements de santé, 2017, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2017>
 - EHESP (Presses de), Agir sur les déterminants de la santé – Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, 2015, http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/ouvrage_25ans.pdf
 - Fabrique territoire santé, Dossier sur l'isolement social et la santé mentale, 2018, <https://www.fabrique-territoires-sante.org/capitalisation/dossiers-ressources/sante-mentale-et-isolement-social>
 - Fédération Française de Psychiatrie, Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique, 2015, http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Argu_Soins_Soma_Psy.pdf
 - Fédération Nouvelle-Aquitaine des Maisons Pluriprofessionnelles de Santé, Les MSP en Nouvelle-Aquitaine, 2019, <https://fnampos.fr/actualites-federation-fnampos/msp-en-nouvelle-aquitaine/>
 - Gouvernement Premier ministre, Open DAMIR : base complète sur les dépenses d'assurance maladie inter régimes, <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/open-damir-base-complete-sur-les-depenses-dassurance-maladie-inter-regimes/>
 - Gouvernement, Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique, 2016, https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/12/strategie_quinquennale_de_levolution_de_loffre_medico-sociale_volet_polyhandicap.pdf
 - HANDEO, État des lieux pour définir un cadre d'expérimentation des dispositifs combinés et intégrés SAAD SAMSAH/SAVS (« SPASAD » handicap adulte), 2017, http://www.handeo.fr/sites/default/files/upload-files/OBS_ExperimentationSPASAD_Rapport_mars2017.pdf



- HAS, Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours, 2015, https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1747465/fr/patient-avec-un-trouble-bipolaire-reperage-et-prise-en-charge-initiale-en-premier-recours
- INSEE, La Nouvelle-Aquitaine à grands traits, 2016, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416573>
- INSEE, Les résultats des recensements de la population, 2018, <https://www.insee.fr/fr/information/2008354>
- MDPH 33 ; Rapport d'activité, 2017, http://www.mdp33.fr/rapport_activite_mdp33.pdf
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé et Ministère de la Justice, Guide Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, 2012, http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_Methodologique_Personnes_detenues_2012.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Observatoire national du suicide (ONS), <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/>
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Observatoire national du suicide (ONS), Deuxième rapport, 2016, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Rapport « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, 2014, http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Rapport relatif à la Santé Mentale – Michel Laforcade, 2016, http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants en situation de handicap, 2016, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_de_soutien_aux_aidants_vf.pdf
- MSA, Plan prévention régional, 2017, <http://www.msa33.fr/lfy/actions-prevention-sst>
- Observatoire de l'emploi Nouvelle-Aquitaine, Portrait du département de la Gironde, Pôle emploi, 2016, https://www.google.com/url?q=https://www.cap-metiers.pro/TELECHARGEMENT/4347/etude_pole_emploi_departement_gironde_pdf.pdf&sa=U&ved=0ahUKewitzbT12e_gAhWh1-AKHfOMAsgQFggEMAA&client=internal-uds-cse&cx=002609232786318192046:nlppbyv15e&usq=AOvVaw1ToDChhwcRfsLunEbUr1V0
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies, <https://www.ofdt.fr/>
- Observatoire régional des urgences Nouvelle-Aquitaine, Activité des structures d'urgence, 2016, <https://www.oruna.fr/system/files/public/panorama2016-web.pdf>
- OMS, Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, 2013, http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
- ORS Nouvelle-Aquitaine, Rapport d'étude suicides et tentatives de suicide en Nouvelle Aquitaine, 2015, http://www.ors-aquitaine.org/upload/publications/2014/Suicide_Aquitaine_2014
- ORS, Les cancers en Aquitaine, 2015, http://www.ors-aquitaine.org/upload/publications/2015/Cancers_Aquitaine_2015
- Préfecture de la Gironde, Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées de la Gironde 2016-2021, 2016, <http://www.gironde.gouv.fr/layout/set/print/Politiques-publiques/Solidarite-et-cohesion-sociale/Hebergement-logement-social/Pilotage-strategie-et-programmation/PDALHPD-2016-2021>

- 
- Préfecture de la Gironde, Schéma départemental de la domiciliation du Département de la Gironde 2016-2021, 2016, <http://www.gironde.gouv.fr/index.php/content/download/34106/240978/file/Sch%C3%A9ma%20domiciliation%20GIRONDE%202016-2021.pdf>
 - Préfecture de la Gironde, Schéma départemental de la famille en Gironde 2016-2020, 2016, <http://www.gironde.gouv.fr/content/download/34030/240513/file/SDSF%202016%202020%20sign%C3%A9.pdf>
 - Préfecture des Bouches-du-Rhône, Guide de l'accompagnement hors les murs, 2014, <http://www.bouches-du-rhone.gouv.fr/content/download/9613/58505/file/Guide%20de%20l%27accompagnement%20hors%20les%20murs%20-%20DDCS%2013%20-%20juin%202014-3.pdf>
 - PSYCOM, Santé mentale et emploi, <http://www.psycom.org/Troubles-psychiques/Sante-mentale-et/Sante-mentale-et-emploi>
 - Région Nouvelle-Aquitaine, État des lieux des maisons de santé pluridisciplinaires en Nouvelle-Aquitaine, 2017, <https://www.nouvelle-aquitaine.fr/sites/alpc/files/2017-11/DEF%20synthese-etude-MSP-sept2017-ok-07-11-17.pdf>
 - Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, Lexique des parcours de A à Z, 2016, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
 - Sénat, Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France, 2017, http://www.senat.fr/commission/missions/psychiatrie_des_mineurs/
 - SIMILES, Guide santé mentale et médias, 2017, <http://wallonie.similes.org/guide-sante-mentale-et-medias/>
 - UNAFAM, Recueil des bonnes pratiques de prise en charge psychiatrique, 2015, https://www.unafam.org/IMG/pdf/Recueil_bonnes_pratiques_prise_en_charge_psychiatrique.pdf
 - Ville de Bordeaux, Guide Les petits bordelais 0-4 ans, 2019, https://www.bordeaux.fr/images/ebx/fr/groupePiecesJointes/33066/29/pieceJointeSpec/136505/file/Guide_petiteEnfance2015_light.pdf

COMPOSITION DU GROUPE PROJET ET DU COMITÉ DE PILOTAGE DE SUIVI DU PTSM DE GIRONDE

1. Le pilotage de la démarche - Composition du Groupe Projet

- **Coordinatrice du Projet Territorial de Santé Mentale :**
Madame Jannick Le Gallo

- **Pour l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine / Direction Départementale de la Gironde**
Monsieur Patrice Dubreil, Responsable pôle territorial, Pilote PTSM de la Direction Territoriale de la Gironde
Madame Sophie Caillet, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale
Madame Gladys Barraud, Praticien Conseil
Madame Marielle Chauveau, stagiaire ARS
Madame Dabadie Sylvie, stagiaire ARS

- **Pour le Groupement de Coopération Sanitaire Psychiatrie Publique 33 :**
Madame Stéphanie Deblois, Directrice Adjointe (CH Charles Perrens)
Monsieur Marc Sanchis-Gaonach, Élève-Directeur (CH Charles Perrens)
Madame Marie-Pierre Renon, Directrice Déléguée (CH Cadillac)
Madame Florie Bideplan, Directrice Adjointe (CH Libourne)

- **Pour le Conseil Territorial de Santé de la Gironde :**
Monsieur le Docteur Fabrice Broucas, Président de la Commission Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé de la Gironde

- **Les Pilotes des 6 groupes de travail :**
Monsieur Thierry Perrigaud, Directeur Général de l'Association Rénovation
Monsieur le Professeur Manuel Bouvard, Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PUPEA)
Madame le Docteur Karine Jezequel, Cheffe du Pôle Bordeaux Santé Mentale (BSM)
Madame Marie-Pierre Renon, Directrice Déléguée, CH Cadillac
Madame Céline Etchetto, Directrice Adjointe, CHU Bordeaux
Madame le Docteur Chantal Bergey, Cheffe du Pôle d'Urgence Médoc Arcachon (PUMA)
Madame Clémence Tresca, Directrice Coordinatrice de l'Association Escalé, CTS Gironde
Madame Florie Bideplan, Directrice Adjointe, CH Libourne

2. Le suivi de la démarche - Composition du Comité de Pilotage élargi

- **Groupement de Coopération Sanitaire Psychiatrie Publique 33 :**
Madame Stéphanie Deblois, Madame Marie-Pierre Renon, Madame Florie Bideplan
- **Conseil Territorial de Santé :** Monsieur le Docteur Fabrice Broucas
- **Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine :** Monsieur Patrice Dubreil
- **Coordinatrice du Projet Territorial de Santé Mentale :** Madame Jannick Le Gallo
- **Pilotes des 6 groupes de travail :** Monsieur Thierry Perrigaud, Monsieur le Professeur Manuel Bouvard, Madame le Docteur Karine Jezequel, Madame Marie-Pierre Renon, Mme Céline Etchetto, Madame le Docteur Chantal Bergey, Madame Clémence Tresca, Madame Florie Bideplan
- **Représentants des personnes et des familles**
Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)
- **Représentants acteurs sanitaires**
Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)
Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux (URPS ML)
- **Établissements de santé autorisés en psychiatrie**
1 Etablissement de santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC)
1 établissement de santé privé
- **1 Établissement de santé exerçant une activité MCO**
- **Maison des Adolescents (MDA)**
- **Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)**
- **Service médico-psychologique régional (SMPR)**
- **Médecine scolaire et universitaire**
- **Médecine du travail**
- **Représentants des acteurs sociaux et médico-sociaux**
Conseil Départemental : Maison Des Personnes Handicapées (MDPH) et Aide Sociale à l'Enfance (ASE)
Groupement de Coopération Sanitaire Psychiatrie Publique 33
Cap'Emploi
Logement/ hébergement
- **Représentants des services préfectoraux**
Direction Départementale de la Cohésion Sociale
Coordinateur de la politique de la ville
- **Représentants des collectivités territoriales**
Association départementale des Maires
Représentants de l'intercommunalité du Médoc
Conseil Local de Santé Mentale du Sud Gironde
- **Union départementale des Centres communaux d'action sociale (UDCCAS)**
- **Représentant des acteurs de la lutte contre les addictions**
- **Représentant des acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion**
Centre d'Accueil d'Information et d'Orientation (CAIO)
- **Représentants d'autres acteurs concourant à la politique territoriale de santé mentale**
Union Départementale des Associations Familiales (UDAF)
Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
Caisse d'Allocations Familiales (CAF)



D. STRUCTURES ET ÉTABLISSEMENTS AYANT CONTRIBUÉ AU DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ

Organismes

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• ADIAPH• ADOMA• AEIS• ANACT Nouvelle-Aquitaine - Site Bordeaux• ANPAA Gironde-Dordogne• APF• ARI – ASAIS• AROSHA• ARS• Association AFL Bordeaux Nord• Association ALEFPA• Association Escale santé• Association Halte 33• Association IRSA• Association des Œuvres Girondines de Protection de l'Enfance• Association Les Burnettes• Association Phénix écoute et paroles• Association pour Aider, Prévenir, Accompagner en Médoc• Association Psy'hope• Association Rénovation• Association SOS Amitié Bordeaux• Association Vict'Aid• ATINA• CIAO• CACIS• Cap Emploi• CDEF• CCAS Bordeaux• CCAS Coutras• CDSA 33• CEID• Centre Hospitalier Sud Gironde• CH Arcachon• CH Charles Perrens• CH Libourne• CHU Bordeaux• CIAS de Blaye• CLIC / MAIA Hte Gironde• CLIC / MAIA - antenne PTA 33• CLIC / MAIA – Bassin d'Arcachon• Clinique Béthanie• Clinique Les Horizons• Club House Bordeaux | <ul style="list-style-type: none">• Education Nationale• Espoir 33• Fondation John Bost• France Horizon• France Terre d'Asile• GEM Le Kiosque• Gendarmerie• Gironde Habitat• Groupe SOS• Hôpital suburbain du Bouscat• Institut du journalisme Bordeaux Aquitaine (IJBA)• Institut de la parentalité• Institut Don Bosco• IREPS• Les Cygnes de vie• Maison d'Ella• Maison de Santé Protestante de Bagatelle• MDA 33• MDPH• Médecins du Monde• MGEN• Mission locale Bassin d'Arcachon• Mission Locale Bordeaux• Mission locale des Hts de Garonne• Mission Locale du Libournais• Mission locale Haute Gironde• Mission locale TECHNOWEST• Montalier• Œuvre de la Miséricorde• ORS NA• PJJ• Planning familial de la Gironde• Police Nationale• Polyclinique Bordeaux Rive droite• Préfecture• Réseau Périnatalité NA• Réseau Santé Social Jeunes en Libournais• RPDAD• SAMU Centre 15• SAVS Polyvalent BA• SDIS• SHMA• SOS Amitiés• SOS Phenix Ecoute et Parole |
|---|--|



<ul style="list-style-type: none">• CLS Grand Libournais• CLS Haute Gironde• CLS pour la CC Estuaire• CLSM Bordeaux• CLSM Sud Gironde• Conseil départemental de la Gironde• CTS 33 Commission Santé Mentale• DDJSCS - Service Hébergement Logement• Département de la Gironde - Pôle solidarité autonomie -• DG APAJH 33• DIACONAT BORDEAUX• DIRECCTE NA• DIRPJJ Sud-Ouest• DRDJSCS NA	<ul style="list-style-type: none">• SSIAD du Bassin d'Arcachon• UDAF 33• UGECAM Tour de Gassies• UNAFAM Gironde• Université de Bordeaux• URPS Médecins Libéraux Médecins Généralistes Nouvelle-Aquitaine• URPS Médecins Libéraux Médecins Psychiatres Nouvelle-Aquitaine• URPS Pharmaciens Nouvelle-Aquitaine
---	--



E. COURRIERS D'ENGAGEMENT DANS LA DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU PTSM DE GIRONDE

GCS Psychiatrie Publique 33

Conseil Territorial de Santé Gironde
Commission Santé Mentale

Bordeaux, le 31 Janvier 2018

Nos références:

SD/AS
n°2018-22

Monsieur Michel LAFORCADE
Directeur Général
Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine
103 bis, rue Belleville
CS 91704
33063 BORDEAUX CEDEX

Monsieur le Directeur Général,

À la suite de la réunion de lancement du 25 janvier dernier, nous vous informons par la présente de notre souhait commun de nous engager dans la démarche de rédaction du Projet Territorial de Santé Mentale de Gironde.

Afin que ce dernier puisse devenir un véritable outil de démocratie sanitaire, l'ensemble des partenaires intervenant dans le parcours de Santé Mentale de Gironde sera sollicité.

Le calendrier et la méthodologie participative retenus devraient permettre de vous adresser une proposition de Projet Territorial de Santé Mentale d'ici la fin d'année 2018.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de notre considération distinguée.

Pour le GCS Psychiatrie Publique 33

Monsieur Antoine De Riccardis

**Pour la Commission spécialisée de
santé mentale du CTS de Gironde**

Monsieur le Docteur Broucas



Délégation départementale de la Gironde

Direction

Dossier suivi par : Patrice DUBREIL

Tél. (secrétariat) : 05 57 01 45

Fax : 05 57 01 47

Courriel : patrice.dubreil@ars.sante.fr

Bordeaux, le 24 OCT. 2018

Vos réf. : JLG/AS/SD n°2018-103

M. le Président de la Commission Spécialisée en
Santé Mentale du CTS de Gironde,
M. le Président du GCS Psychiatrie Publique 33

OBJET : Démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale de la Gironde

Messieurs,

Après m'avoir informé le 25 janvier 2018 de votre volonté partagée de porter conjointement la démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) en Gironde, votre courrier du 14 août 2018 vient confirmer cet engagement commun désormais traduit en modalités concrètes d'organisation.

Je vous remercie tout d'abord de cette implication associée à celle des membres du GCS Psychiatrie Publique (GCS PP) 33 et de la commission spécialisée en santé mentale du CTS de Gironde. A cet égard, la mise à disposition d'un temps de coordination dédié par une professionnelle du CH Charles Perrens constitue une preuve supplémentaire d'engagement qui mérite d'être soulignée.

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

- Je prends acte du portage partagé du PTSM par le GCS PP 33 et la commission spécialisée santé mentale du Conseil Territorial de Santé (CTS) de Gironde : cette association doit permettre de constituer un point d'ancrage solide à la mobilisation élargie des acteurs.
- La définition du territoire proposé qui correspond au département de la Gironde constitue l'échelle pertinente pour déployer une stratégie globale en santé mentale.
- La méthodologie d'élaboration décrite permet l'association des partenaires au-delà des acteurs de la psychiatrie conformément à l'instruction PTSM du 5 juin 2018. Elle permettra ainsi d'intégrer pleinement les dimensions du logement, du travail, de la citoyenneté et de la culture pour aboutir à des propositions concrètes. Par ailleurs, je souscris à l'organisation de la gouvernance déclinée en un groupe projet opérationnel et un comité de pilotage élargi. Les 6 groupes de travail correspondent aux 6 priorités de l'instruction du 5 juin 2018.

ARS - Délégation départementale de la Gironde - Espace Rodesse
103bis, rue Belleville – CS 91704 – 33063 BORDEAUX Cedex
www.ars.nouvelle-aquitaine.sante.fr
Standard : 05 57 01 44 00 – Horaires d'ouverture au public : 08h30 – 16h30, vendredi 16h15



- Le diagnostic partagé devra porter sur les dix points mentionnés à l'article R 3224-3 du code de la santé publique, résultant du décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017, ainsi que des préconisations d'actions. Sur cette base, le projet territorial de santé mentale devra constituer un document stratégique et opérationnel décrivant les orientations, les projets et les actions prioritaires au regard des besoins territoriaux, en cohérence avec les six priorités attendues des PTSM, le Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine et la stratégie nationale en santé mentale.
Le diagnostic territorial concernera les publics spécifiques suivants : enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes placées sous main de justice, personnes en situation de précarité, personnes isolées, réfugiés/migrants, personnes avec conduites addictives et les victimes de psychotraumatisme.
- Les réponses proposées veilleront à l'accessibilité du panier de service en tout point du territoire de Gironde.

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

Le calendrier de travail est exigeant mais, au regard des problématiques identifiées, il est important que le PTSM de Gironde puisse être présenté aux instances au plus tard en janvier 2019.

J'attacherai un prix particulier à ce que le PTSM prévoise une offre de service homogène sur l'ensemble du territoire, telle que prévue dans le Décret du 27 juillet 2017 et dans l'instruction du 5 juin dernier.

La Délégation Départementale de la Gironde poursuivra son accompagnement dans l'élaboration du projet territorial et échangera avec vous sur les orientations et les projets.

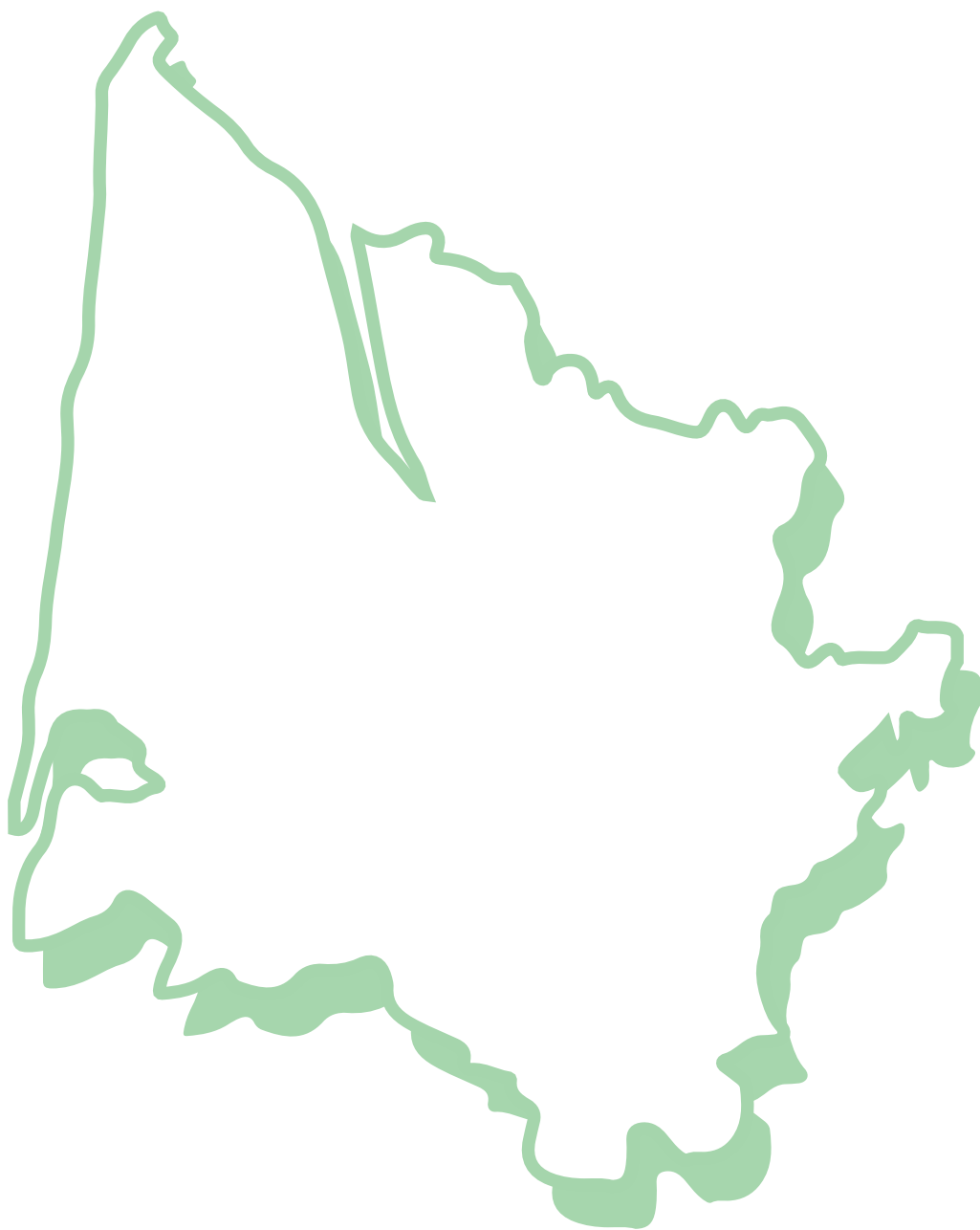
Je vous prie de croire, Messieurs, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur général
de l'Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine


Michel LAFORCADE

REMERCIEMENTS

Le GCS Psychiatrie Publique 33 et la Commission Spécialisée de Santé Mentale du CTS de Gironde remercient l'ensemble des partenaires investis dans cette démarche collective d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale de la Gironde qui ont permis la réalisation d'une première feuille de route territoriale partagée.



PTSM

Projet Territorial
de Santé Mentale de la Gironde