

Projet Territorial de Santé Mentale du Tarn-et-Garonne

PTSM 82

Diagnostic territorial partagé et plan d'action

Approuvé le ...

Table des matières

LEXIQUE DES SIGLES UTILISES	6
INTRODUCTION	7
I-METHODE D'ELABORATION	9
Animation et gouvernance	9
Le binôme chef de projet	9
L'équipe projet	9
Le comité de pilotage	9
Les groupes de travail thématiques	9
Les temps pléniers.....	10
Le déroulement	11
La méthode globale	11
Les trois temps de la démarche de diagnostic	11
II-LES ACTEURS PARTICIPANTS	15
La méthode de mobilisation.....	15
La mobilisation des acteurs du territoire	15
Le calendrier du diagnostic	19
III-LES CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE.....	20
DONNEES GEOGRAPHIQUES ET POPULATIONNELLES.....	20
Situation géographique	20
Situation démographique.....	20
Situation économique	21
Situation sociale	22
Situation épidémiologique	22
Le recours aux soins psychiatriques	23
DONNES RELATIVES AUX EQUIPEMENTS ET SERVICES	25
Données relatives à la démographie des professionnels de santé	25
L'offre en matière d'équipement sanitaire	26
L'offre en matière d'équipement médico-social.....	28
L'offre de logement adapté et d'hébergement	30
Les services de prévention et d'accompagnement de certains publics	31
LES STRUCTURES TERRITORIALES D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET DE COORDINATION.....	34
Les dispositifs d'écoute et d'accueil des jeunes.....	34
RESADO 82.....	34
La Maison des Adolescents	34
Les CLIC et la gestion de cas MAIA	34
La MDPH	35
Le dispositif d'appui à la coordination	35

Le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)	36
-Les pôles de compétences et de prestations externalisées.....	36
INSCRIPTION AVEC LES PROJETS D'ANIMATION TERRITORIALE	37
Les territoires de MAIA pour les personnes âgées en perte d'autonomie	37
La Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT).....	37
Les contrats locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale.....	37
Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	38
La démarche e-parcours.....	38
IV -DIAGNOSTIC TERRITORIAL PAR ETAPES DE PARCOURS.....	40
LA PREVENTION EN SANTE MENTALE ET L'ENTREE DE L'USAGER DANS LE SYSTEME DE SOINS.....	40
Axe 1. La connaissance du sujet de la santé mentale par la population générale.....	40
Axe 2. L'accompagnement et le soutien des parents dans leurs compétences parentales	41
Axe 3. Le repérage de la souffrance et des troubles psychiques par les professionnels et l'entourage	42
Axe 4 : L'identification des missions de l'offre de soins spécialisée et de 1 ^{er} recours	44
Axe 5 : Accessibilité à des soins de proximité selon les territoires et les populations	46
Axe 6 : L'accompagnement vers une demande de soins pour certains publics.....	48
LA PRISE EN CHARGE ACTIVE.....	49
Axe 1 : La coordination de premier niveau et de second niveau	51
Axe 3 : L'accès et la qualité de prise en charge pour les soins somatiques	53
Axe 3 : L'exercice des droits et libertés dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux	55
LE SUIVI ET L'INSERTION DES USAGERS	56
Axe 1 : L'accès et maintien des personnes atteintes de pathologies psychiques dans le logement	57
Axe 2 : L'accès et maintien dans l'emploi ordinaire et adapté	59
Axe 3 : Les besoins spécifiques des personnes présentant des troubles psychiques dans les établissements sanitaires et les établissements sociaux et médico-sociaux.....	60
Axe 4 : La scolarisation des enfants atteints de troubles psychiques	62
Axe 5 : L'accès aux espaces de socialisation dans la cité	63
V- LE PLAN D'ACTION	65
Axe stratégique 1 : Prévention et orientation dans le système de soins et de santé.....	66
Objectif général 1.1 : Communiquer et sensibiliser le grand public autour des enjeux de santé mentale	66
Objectif général 1.2 : Développer le soutien à la parentalité	68
Objectif général 1.3 : Soutenir les professionnels sociaux et sanitaires dans le repérage et l'orientation des personnes	70
Axe stratégique 2 : L'accès aux soins (psychiatriques, santé mentale et somatiques).....	71
Objectif général 2.1 : Développer les démarches d' « allers vers » les soins psychiatriques et de santé mentale	71
Objectif général 2.2 : Améliorer l'offre de soins ambulatoires dans les territoires.....	72
Objectif général 2.3 : Améliorer l'accès aux soins somatiques	73

Axe stratégique 3 : La coordination des soins et des prises en charge.....	74
Objectif général 3.1 : Renforcer les liens entre la médecine générale et la psychiatrie.....	74
Objectif général 3.2 : Construire une fonction de référence dans le parcours de prise en charge de la personne.....	75
Objectif général 3.3 : Etayer les interventions des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux dans les établissements et les services	76
CLS Grand Montauban : Fiche Action 2.1 : Formation-action entre sanitaire et social, médico-social avec stages croisés	76
-Parcours santé mentale : étendre les équipes mobiles adolescents complexes.....	77
Axe stratégique 4 : L'inclusion sociale des personnes	78
Objectif principal 4.1 : Accompagner les transitions vers le milieu protégé et vers le milieu ordinaire	78
Objectif général 4.2 : Soutenir l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à l'exercice de leurs droits.....	80
Objectif général 4.3 Soutenir l'entourage et la famille de la personne souffrant de troubles psychiques.....	82
ANNEXE 1 : LES MEMBRES DU GROUPE PROJET	83
ANNEXE 2 : LES MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE	84
ANNEXE 3 : LISTE DES INSTITUTIONS CONVIEES ET PRESENTES AUX TRAVAUX DU PTSM.....	85
ANNEXE 4 : LES STRUCTURES ET PROFESSIONNELS PARTICIPANTS AUX TRAVAUX DE DIAGNOSTIC.....	88
ANNEXE 5 : CALENDRIER DU DIAGNOSTIC	92
ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE	94

LEXIQUE DES SIGLES UTILISES

ALD : Affection de Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

CLS : Contrat Local de Santé

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

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

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CTS : Conseil Territorial de Santé

CTSM : Contrat Territorial de Santé Mentale

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

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

EPCI : Etablissements Publics de Coopération Intercommunale

ESAT : Etablissement et service d'Aide par le Travail

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GOS : Groupe Opérationnel de Synthèse

HAD : Hospitalisation à Domicile

IME : Institut Médico Educatif

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

MAIA : Méthode d'action pour l'Intégration de Services d'Aide et de Soins

MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

MDA : Maison des Adolescents

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSP : Maison de Santé Puri professionnelle

MSAP : Maison de Services Au public

PAEJ : Point Accueil Ecoute Jeunes

PAG : Plan d'Accompagnement Global

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PCPE : Pôle de Prestations et de Compétences Externalisées

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRS : Projet Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientaion

TED : Troubles Envahissant du Développement

INTRODUCTION

L'élaboration du diagnostic territorial partagé en santé mentale s'inscrit dans un contexte de réformes nationales qui visent à assurer des parcours de vie sans ruptures pour les personnes.

Ainsi, la politique de santé mentale a été consolidée et élargie dans l'article 69 de la Loi Santé du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Y sont inscrites les actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale, avec pour objectif l'association d'acteurs diversifiés impliqués dans ces domaines.

Le Projet Territorial de Santé Mentale, pour améliorer l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture¹, 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 pour le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;
- Permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;
- Déterminer le cadre de la coordination de second niveau et la décliner dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la psychiatrie de secteur.

Le projet territorial de santé mentale est élaboré à l'initiative des professionnels et des établissements et services des champs sanitaire, social et médico-social, en collaboration avec les personnes concernées par les troubles psychiques.

Le diagnostic territorial partagé permet de définir, à l'échelle départementale, les besoins du territoire pour l'élaboration du futur contrat de santé mentale. Celui-ci sera adopté par l'Agence Régionale de Santé et l'ensemble des acteurs chargés de sa mise en œuvre.

Ces changements interviennent conjointement au déploiement de dispositifs visant à accompagner les personnes dans leur parcours de vie : les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), Plateformes territoriales d'appui (PTA), ou la mise en œuvre de la Réponse accompagnée pour tous (RAPT). L'articulation entre le PTSM et ces dispositifs devra donc faire l'objet d'une attention particulière.

A l'échelle régionale, le Projet Régional de Santé 2018-2022 a été adopté depuis le 3 août 2018. Les priorités en lien avec la santé mentale sont notamment d'améliorer et de renforcer la prise en charge des enfants et des adolescents, de promouvoir les modes d'exercice coordonnés, mais aussi de favoriser l'accès des usagers aux dispositifs innovants en santé mentale.

Le département du Tarn-et-Garonne s'est donc mobilisé pour la création du diagnostic territorial partagé, avec pour objectif la création du projet territorial de santé mentale. Le département est le lieu de définition des politiques relatives à la cohésion sociale, contribuant à la santé mentale : enfance et jeunesse, aide sociale, emploi, handicap, grand âge, précarité et exclusion, etc. Par ailleurs, deux établissements de santé mentale sont présents et ont une vocation départementale : le centre hospitalier de Montauban et la Fondation John BOST « Lou Camin ».

Globalement, les indicateurs sociodémographiques sont défavorables : le département du Tarn-et-Garonne est un des plus pauvres de la région Occitanie avec une part importantes de personnes âgées, notamment dans les zones rurales.

En termes de santé, les taux de mortalité pour troubles mentaux et suicides sont dans la moyenne nationale et régionale. Des besoins importants sont repérés pour la prise en charge des adolescents.

Concernant l'offre de soins et d'accompagnement, le territoire est caractérisé par une offre libérale en psychiatrie quasi-inexistante. Des articulations sont à construire entre les structures d'exercices

coordonnés des professionnels libéraux (MSP, CPTS) et les structures ambulatoires des établissements sanitaires et médico-sociaux (CMP, CMPP, CAMSP). L'offre d'accompagnement médico-sociale est également à renforcer.

Les objectifs de ce diagnostic territorial partagé sont :

- Réaliser un état des lieux du parcours en santé mentale,
- Identifier les problématiques rencontrées, les bonnes pratiques et les leviers existants
- Mobiliser l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale sur le territoire, notamment appartenant aux secteurs sanitaire, médico-social, social et les personnes concernées par les troubles psychiques ;

Ce travail servira, par la suite, à élaborer un plan d'actions territoriales visant à répondre aux ruptures de parcours des personnes souffrant de troubles psychiques.

I-METHODE D'ELABORATION

Animation et gouvernance

Le binôme chef de projet

Il est assuré par les directions des deux établissements de santé mentale du département : le Centre Hospitalier de Montauban et la Fondation John Bost « Lou Camin ».

- Ils mettent en place la démarche participative et partenariale associant l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale
- Ils sont les responsables opérationnels et responsables de la production de la démarche
- Ils sont les référents des différents partenaires impliqués dans la démarche
- Ils associent les expertises nécessaires
- Ils préparent et animent les travaux du comité de pilotage

L'équipe projet¹

Ce groupe est composé :

- Des deux chefs de projets (CH Montauban et Fondation Lou Camin)
- Du référent santé mentale et de la responsable du pôle « animation territoriale » de la délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Tarn-et-Garonne, en charge du suivi de la démarche du Projet Territorial de Santé Mentale dans sa globalité ;
- Des co-pilotes thématiques issus de différents secteurs (sanitaire, social et médico-social),
- De la référente territoriale du Tarn-et-Garonne à l'IREPS Occitanie.

Les membres de l'équipe projet ont la charge de co-animer les groupes de travail qui sont organisés.

L'équipe projet s'est réunie 10 fois au cours de la démarche de diagnostic, afin de présenter les avancées, faire le point sur la méthodologie de démarche de diagnostic et préparer les séances des groupes de travail (méthodes de communication, d'animation, dates envisagées, contenu, etc.).

Le comité de pilotage

Un comité de pilotage a été mis en place dans le cadre de la sous-commission santé mentale du Conseil Territorial de Santé (CTS).

Les participants du COPIL² sont les membres de la sous-commission santé mentale du CTS, élargie à l'association Reliance 82, à l'établissement de santé Lou Camin et au Conseil Départemental du Tarn-et-Garonne.

Le comité de pilotage s'est réuni 3 fois au cours de la démarche de diagnostic : une première fois pour prendre connaissance du cadre dans lequel s'inscrit le PTSM, présenter quelques éléments de diagnostic, la méthodologie de travail proposée ainsi que présenter les membres du groupe projet. Une seconde fois pour recueillir des observations sur les données quantitatives du diagnostic, les premières problématiques soulevées par les groupes de travail et les pistes d'actions formulées. La troisième tenue du comité de pilotage a pour objectif de valider les résultats du diagnostic partagé, proposer des ajustements et approuver les orientations stratégiques de la feuille de route.

Les groupes de travail thématiques

¹ Liste en Annexe 1

² Liste des membres en Annexe 2

Afin de contribuer à élaborer le diagnostic, **5 groupes de travail ont été constitués** selon les priorités définies dans le décret du 27/07/2017 :

- **Groupe 1 : Prévention primaire, repérage et dépistage, orientation :**
 - o Promotion de la santé mentale
 - o Repérage et dépistage de la souffrance et des troubles psychiques
 - o L'orientation des publics vers une structure adaptée pour une évaluation ou un diagnostic
- **Groupe 2 : L'entrée dans le système de soins**
 - o Lisibilité et gradation des soins
 - o Les situations de recours aux soins
 - o L'accompagnement des personnes vers la demande de soins
- **Groupe 3 : la prise en charge active**
 - o La coordination des prises en charge
 - o L'accès à la prévention et aux soins somatiques
 - o La diversité des modes de prise en charge
- **Groupe 4 : le suivi et l'insertion des usagers**
 - o L'accès et le maintien dans le logement ordinaire
 - o L'accueil dans les établissements sociaux et médico-sociaux
 - o L'insertion dans le milieu ordinaire
- **Groupe 5 : la promotion et le respect des droits des usagers**
 - o Les conditions du respect des droits des personnes dans la société
 - o Le pouvoir de décider des usagers, de leurs familles et du représentant légal
 - o Les conditions du respect des droits des personnes dans les établissements

3 temps ont été organisés avec pour objectifs :

- **Phase 1 :** discuter les données objectives fournies en amont, recenser les problématiques et les situations concrètes, recenser les initiatives sur le terrain.
- **Phase 2 :** analyse causale des problématiques identifiées, comprendre ce qui pose problème
- **Phase 3 :** formuler des réponses et des interventions nécessaires, identifier des freins et des leviers disponibles.

Les groupes ont été pilotés et animés par un binôme de référents sur leur thématique. Ceux-ci sont chargés de rédiger la synthèse et de présenter les travaux de son groupe devant le COPIL.

Au total, ce sont 13 séances de travail qui ont été organisés : 5 séances pour la 1^{ère} phase, 5 séances pour la seconde phase et 3 séances pour la dernière phase. Pour cette dernière phase, compte-tenu de l'interaction de certaines thématiques et étapes du parcours de soins, les groupes 1 et 2 ont été regroupés, ainsi que les groupes 3 et 5.

Les temps plénières

Deux temps plénières sont organisés dans le cadre de la démarche.

- **La plénière de lancement :** ce fut un temps fort destiné à réunir l'ensemble des acteurs du territoire intéressés par la démarche. Celle-ci a réuni 55 personnes le 4 juin 2019. Les objectifs de la plénière de lancement étaient de :
 - o Présenter la démarche du PTSM et son inscription dans les politiques publiques actuelles
 - o Présenter le contexte du Tarn-et-Garonne au regard des statistiques disponibles
 - o Introduire les co-pilotes de la démarche auprès des acteurs participants
 - o Répondre aux interrogations liées à la démarche
 - o Mobiliser les acteurs pour leur participation aux groupes de travail

Le déroulement

La méthode globale

La méthodologie utilisée pour élaborer le diagnostic du PTSM est basée sur les travaux de l'ANAP. Les documents utilisés sont disponibles sur le site de l'ANAP :

- Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale, août 2015 : <http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/les-parcours-des-personnes-en-psychiatrie-et-sante-mentale-premiere-approche/>
- Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Méthodes et outils pour les territoires, décembre 2016 : <http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-methodes-et-outils-pour-les-territoires/>

Le diagnostic s'est principalement basé sous le prisme de **la notion de parcours de santé** :

- **La qualité** :
 - o Etat des ressources disponibles sur le territoire (cartographie),
 - o Qualité de la prise en charge,
 - o Compétence des personnels,
 - o Identifier les bonnes pratiques.
- **Non rupture du parcours de soins**
 - o Identifier les situations de défaut ou de rupture de prise en charge,
 - o Identifier les prises en charge inadéquates,
 - o Identifier les bonnes pratiques qui peuvent être reproduites à plus grande échelle.
- **Adaptation aux besoins de la personne**
 - o Identifier les réponses à apporter lors du passage à l'âge adulte et prise en compte du vieillissement.

Les trois temps de la démarche de diagnostic

Le lancement

Dans le département du Tarn-et-Garonne, la démarche de lancement du PTSM a débuté en avril 2019, lors des premiers points entre l'ARS et l'IREPS et du premier comité de pilotage du CTS. S'en est suivie la plénière de lancement en juin 2019 afin d'annoncer officiellement le lancement de l'élaboration du PTSM. Les membres de l'équipe projet se sont réunis pour la première fois en juin 2019.

Le recueil des besoins en santé mentale dans le Tarn-et-Garonne

Le diagnostic territorial en santé mentale, à travers un état des lieux de l'existant, l'identification de dysfonctionnements et le recueil des besoins du territoire se sont effectués à travers plusieurs démarches :

La recherche documentaire

Les éléments suivants ont été pris en compte et capitalisés :

- **Les rapports et documents d'orientation stratégiques de la politique de santé mentale** : Le rapport LAFORCADE (2016), le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, la feuille de route Psychiatrie et Santé Mentale (28/06/2018), le rapport de l'IGAS sur l'organisation de la psychiatrie en France (2018)

- **Les études locales :** Le rapport ORS 2015 sur le repérage et la prise en charge des troubles psychiques dans les CAMSP/CMP/CMPP.
- **Les documents de planification locaux :** Le PRS 2, les contrats locaux de santé, le schéma enfance famille du Conseil Départemental.

La collecte et l'analyse de données statistiques

Trois sources de données ont été utilisées afin de broser un portrait du territoire :

- **Les données statistiques de l'ATLAS santé mentale (Tarn et Garonne comparée à l'Occitanie et à la France)**

Plusieurs éléments ont été recueillis :

- L'offre sanitaire : les établissements de santé
- L'offre de soins de ville : les médecins généralistes, psychiatres et psychologues
- L'offre médico-sociale
- Le recours aux soins en établissement de santé
- L'articulation ville-hôpital
- Les soins dans consentement
- Le suicide et la mortalité

- **Les données du collège d'information médicale GHT 82**

Les données répertoriées ont permis une analyse chronologique des taux d'hospitalisation dans le temps selon les tranches d'âge des patients

- **Les données du CREAI-ORS**

Les données répertoriées permettent une analyse infra-départementale des prévalences d'affections de longue durée (ALD) pour troubles mentaux selon les cantons.

La réalisation d'un questionnaire

Ce questionnaire³ a eu pour cible les opérateurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux invités à la réunion de lancement. En amont des groupes de travail thématiques, il a permis à l'équipe projet de recueillir des informations sur les éléments suivants :

- La structure : nature des interventions auprès des publics, les publics et leurs besoins, formation des professionnels
- Les difficultés d'accès aux soins,
- La formation des professionnels,
- Les partenariats existants,
- La lisibilité de l'offre,
- La perception des professionnels des problématiques de santé mentale,
- Connaître leurs attentes vis-à-vis du PTSM,
- Informations/données chiffrées disponibles à leurs niveaux ;

Le nombre de réponses au questionnaire est relativement faible avec une douzaine de réponses. Les structures ayant répondu sont les suivantes :

- La Fondation John Bost « Lou Camin »
- L'Education Nationale
- L'association Epice 82
- La Direccte
- Le SMTI 82

³ Voir le questionnaire en annexe 5

- Le SPIP du Tarn-et-Garonne
- L'association la raison des ados
- L'association RESO 82
- AGERIS 82
- L'association Geronto 82 qui porte les MAIA du département
- L'ARSEEA

Les réponses au questionnaire ont été traitées et analysées par la chargée de mission de la Fondation John Bost Lou Camin.

Des entretiens individuels complémentaires ont été réalisés pour les personnes et professionnels ne pouvant participer aux groupes de travail. Ceux-ci ont été réalisés avec le concours d'une stagiaire Inspectrice de l'action sanitaire et sociale présente au sein de la délégation départementale de l'ARS et de l'IREPS Occitanie.

Les groupes de travail

La démarche de diagnostic et les groupes de travail ont suscité de l'intérêt auprès des acteurs du département. Le nombre de participants par groupe étant compris entre 15 et 35 personnes, l'enjeu fut d'élaborer une méthodologie permettant l'expression de chacun, en l'occurrence via le travail en sous-groupes.

La méthode d'animation varie selon les 3 phases :

Phase 1

- Temps d'introduction plénier : rappel des objectifs du PTSM, de la méthodologie utilisée pour l'animation du groupe de travail et présentation des premiers éléments de diagnostic et de cadrage ;
- Travail en sous-groupe avec deux animateurs par groupe ;
- Un thème est défini pour chaque groupe – La thématique change au bout de 20 minutes, permettant aux participants d'aborder l'ensemble des thématiques ;
- La méthode du brainstorming est utilisée pour échanger en sous-groupe : chaque participant est invité à débattre sur la problématique proposée – Un rapporteur est nommé dans chaque groupe et note les idées sur un tableau ;
- Restitution des échanges en grand groupe et conclusion

Phase 2

- Temps d'introduction plénier : présentation des objectifs de la réunion et de la méthode d'animation, présentation synthétique des problématiques identifiées et retenues lors de la phase 1 ;
- Travail en sous-groupe avec deux animateurs par groupe ;
- 3 problématiques sont proposées par sous-groupe : pour chaque problématique les participants doivent identifier les causes et les effets liées à cette problématique ;
- La méthode du Métaplan est utilisée : chaque participant note ses idées sur un post-it et les partage avec le groupe – Le groupe est ensuite invité à former des ensembles et à donner un titre à chaque ensemble.

Phase 3

- Temps d'introduction plénier : présentation des objectifs de la réunion et de la méthodologie proposée, présentation des outils mis à leur disposition (tableau de synthèse des précédentes réunions) et des problématiques à explorer ;
- L'animateur propose une problématique. A titre d'exemple : « méconnaissance du sujet de la santé mentale par la population générale » ;
- Le problème est décrit avec l'identification des causes et des effets explorés pendant la phase 2 - Un document écrit est remis aux participants sous forme de tableau avec les éléments des précédentes réunions qu'ils peuvent compléter par des propositions d'actions ;
- La méthode de Delphes est proposée :

- Chaque participant note pour lui-même 2-3 ou 5 propositions d'actions par rapport à la problématique.
- Les participants se regroupent par deux, échangent sur les 4-6-10 propositions et en retiennent 2-3 ou 5 parmi les 10. Les décisions doivent se prendre par consensus.
- Chaque duo se regroupe avec un autre duo, puis les deux échangent et retiennent 2-3-5 propositions.
- La restitution peut se faire en arrêtant les regroupements ou jusqu'à arriver à la totalité de l'effectif.

NB : les propositions individuelles ont été conservées

A la fin de cette troisième phase est proposé une réunion en plénière, permettant à l'ensemble des acteurs d'avoir connaissance des propositions d'actions pour l'ensemble des groupes de travail. Un temps de débat est proposé pour rebondir ou modifier les propositions d'actions qui ont été retenues.

La validation du diagnostic

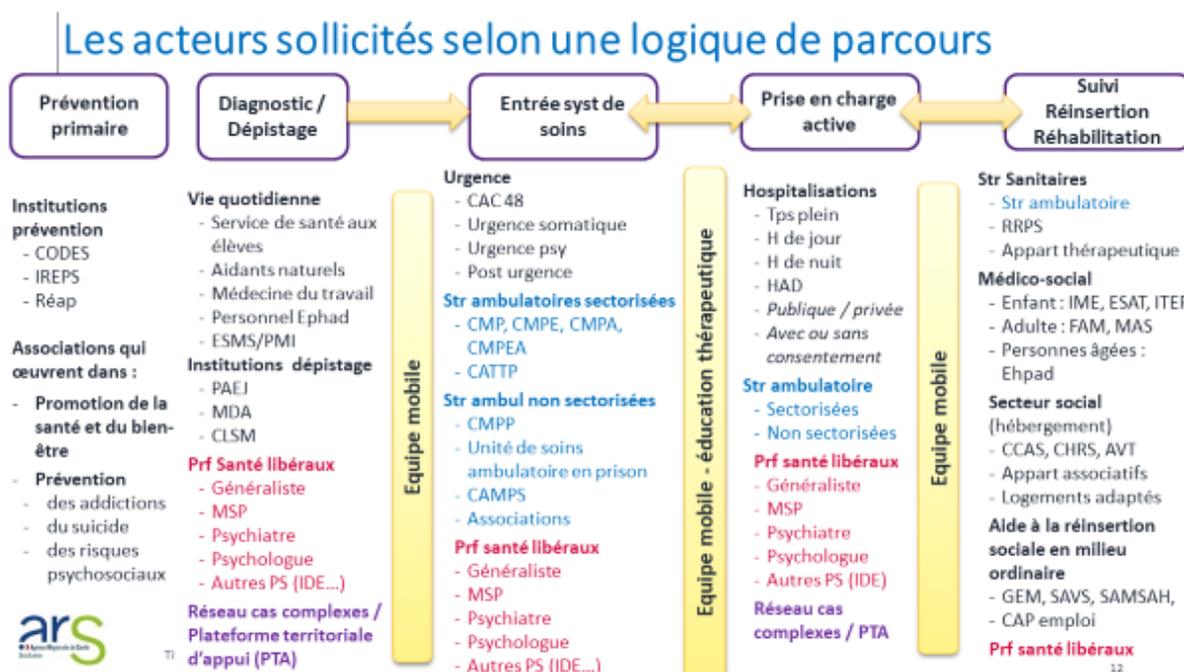
Suite à l'identification des besoins du territoire et à la synthèse de la situation, le diagnostic doit être validé et partagé à l'ensemble des acteurs du département. La validation se déroulera en différentes étapes :

Participants (plénière de restitution) → Equipe projet → Comité de pilotage du CTS → Transmission à l'ARS (DD) qui sollicitera : l'assemblée plénière du conseil territorial de santé → Contrats Locaux de Santé et CLSM du Grand Montauban et de la CC Terres des Confluences → Direction Générale de l'ARS Occitanie

II-LES ACTEURS PARTICIPANTS

La méthode de mobilisation

Les acteurs qui ont été sollicités pour participer à l'élaboration du diagnostic ont été répertoriés selon une logique de parcours :



Cette liste a été présentée en amont du démarrage du diagnostic, lors d'un comité de pilotage du Conseil Territorial de Santé.

Voici les quelques étapes qui ont permis de mobiliser les acteurs du territoire :

- L'ARS et l'IREPS Occitanie ont établi une liste des structures, institutions et professionnels pressentis pour participer aux travaux ;
- Cette liste a été présentée aux membres du Comité de Pilotage et a été validée ;
- Les membres du Comité de pilotage ont sollicité en interne de leurs structures les professionnels pertinents pour contribuer aux travaux du PTSM ;
- Les autres structures pressentis pour participer aux travaux ont été conviées à la plénière de lancement et ont été invitées à désigner des professionnels pour participer au diagnostic. Une liste a circulé lors de la réunion de lancement et via des relances mail afin que les acteurs intéressés par les thématiques des groupes de travail puissent se manifester spontanément.
- À la suite de ces différentes étapes, les membres du COPIL et les différentes structures conviées ont pu la compléter en fonction d'oublis ou de manques, avec le souci également favoriser une bonne représentativité de chaque secteur d'activité (sanitaire, social, médico-social, etc.).

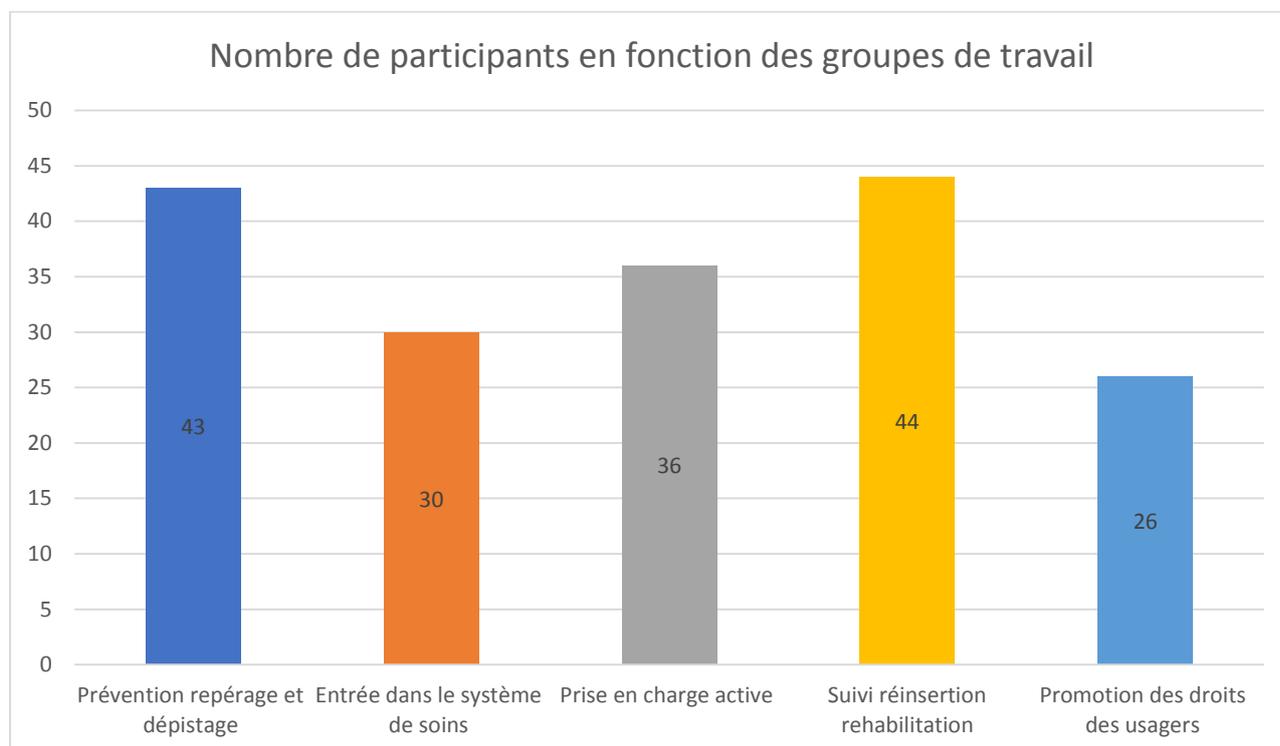
La mobilisation des acteurs du territoire

4

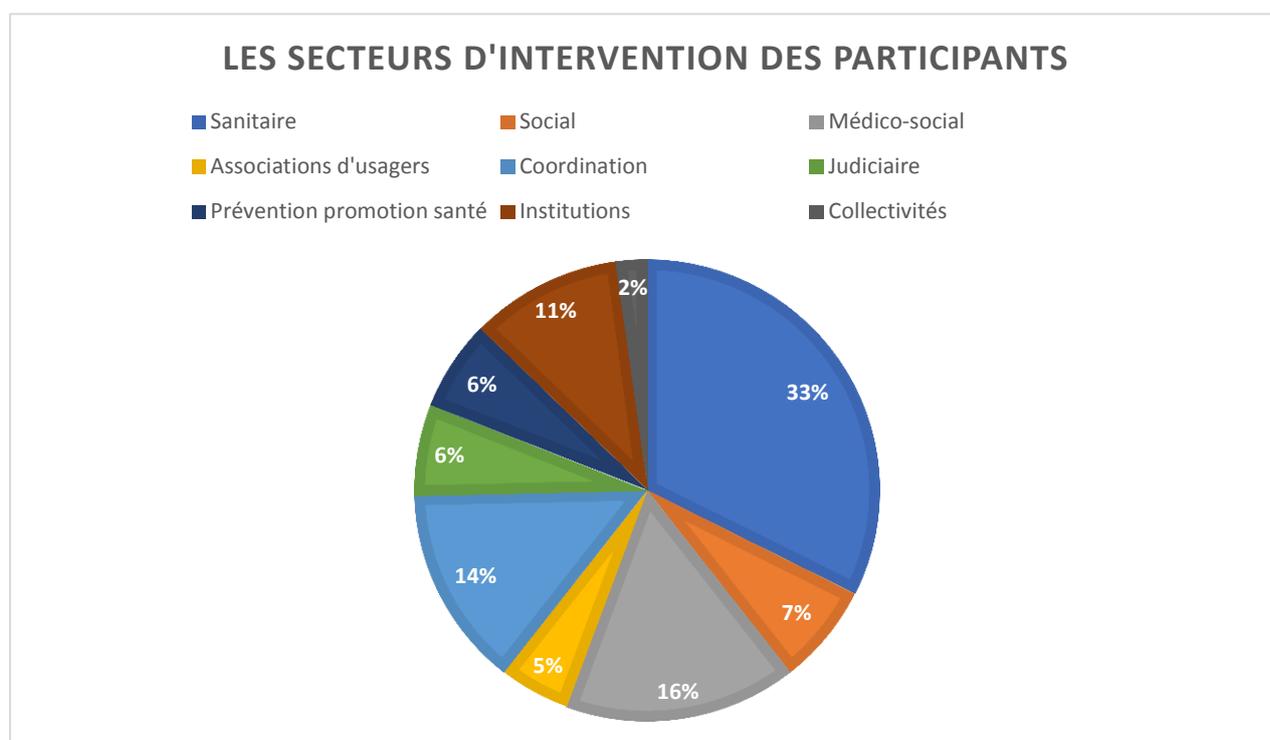
⁴ La liste des structures et personnes participant aux groupes de travail figure en Annexe 4

Nombre de professionnels participant

Au total, ce sont 142 personnes qui ont pris part à la démarche de diagnostic du PTSM, dont 130 au sein des groupes de travail.

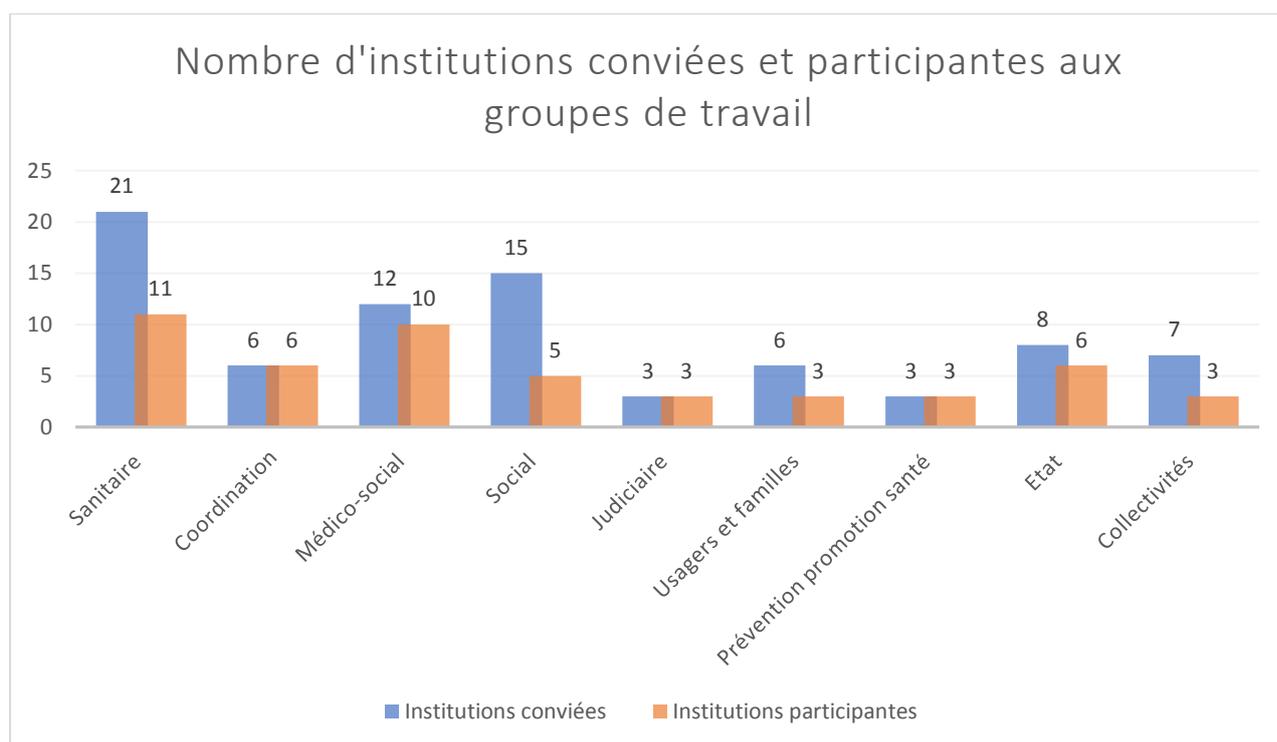


Les secteurs d'intervention des participants



Nombre d'institutions conviées et présentes en fonction des secteurs⁵

Au total, **81 institutions** ont été conviées à participer aux groupes de travail.



Le secteur libéral, représenté par les professionnels de premier recours, les psychiatres et psychologues libéraux, ont peu participé aux travaux, du fait du calendrier restreint, de la méthodologie d'animation ne convenant pas ou des horaires de réunions organisés en journée. Plusieurs acteurs ont notamment regretté que l'ensemble des réunions soient organisées à Montauban. Hormis les acteurs à vocation départementale, plusieurs acteurs intervenant dans des territoires spécifiques du département ont peu participé aux groupes de travail.

Le secteur social s'est peu mobilisé (5 institutions présentes pour 15 conviées) malgré une séance de travail spécifique organisée à leur intention, afin de les sensibiliser à ce projet de diagnostic, identifier les problématiques auxquelles ils sont confrontés et recueillir leurs besoins.

Malgré ce constat, plusieurs entretiens individuels ont été menés avec des acteurs qui n'ont pas pu participer aux groupes de travail.

Les demandes d'entretiens ont été réalisées auprès des partenaires suivants :

- L'Education Nationale (DSDEN du Tarn-et-Garonne)
- La Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
- Le Conseil Départemental (CD) – Direction Enfance-Famille
- La Mutualité Sociale Agricole (MSA)
- La Caisse d'Allocations Familiales (CAF)
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
- La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- Le Centre d'hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) « Espace et vie » à Moissac
- Des bailleurs sociaux : Promologis et Tarn-et-Garonne Habitat

L'ensemble des entretiens ont pu être réalisés au premier trimestre 2020, hormis les services de l'Education Nationale et la Caisse d'Allocations Familiales qui n'ont pas donné suite aux sollicitations.

⁵ La liste des institutions conviées figure en Annexe 3

En revanche, nous constatons une participation forte du secteur hospitalier, avec de nombreux professionnels présents, de services différents (psychiatrie, infanto-juvénile, addictologie, pédiatrie, maternité, etc.), provenant du public et du privé. De plus, les services de coordination ont tous pris part aux travaux.

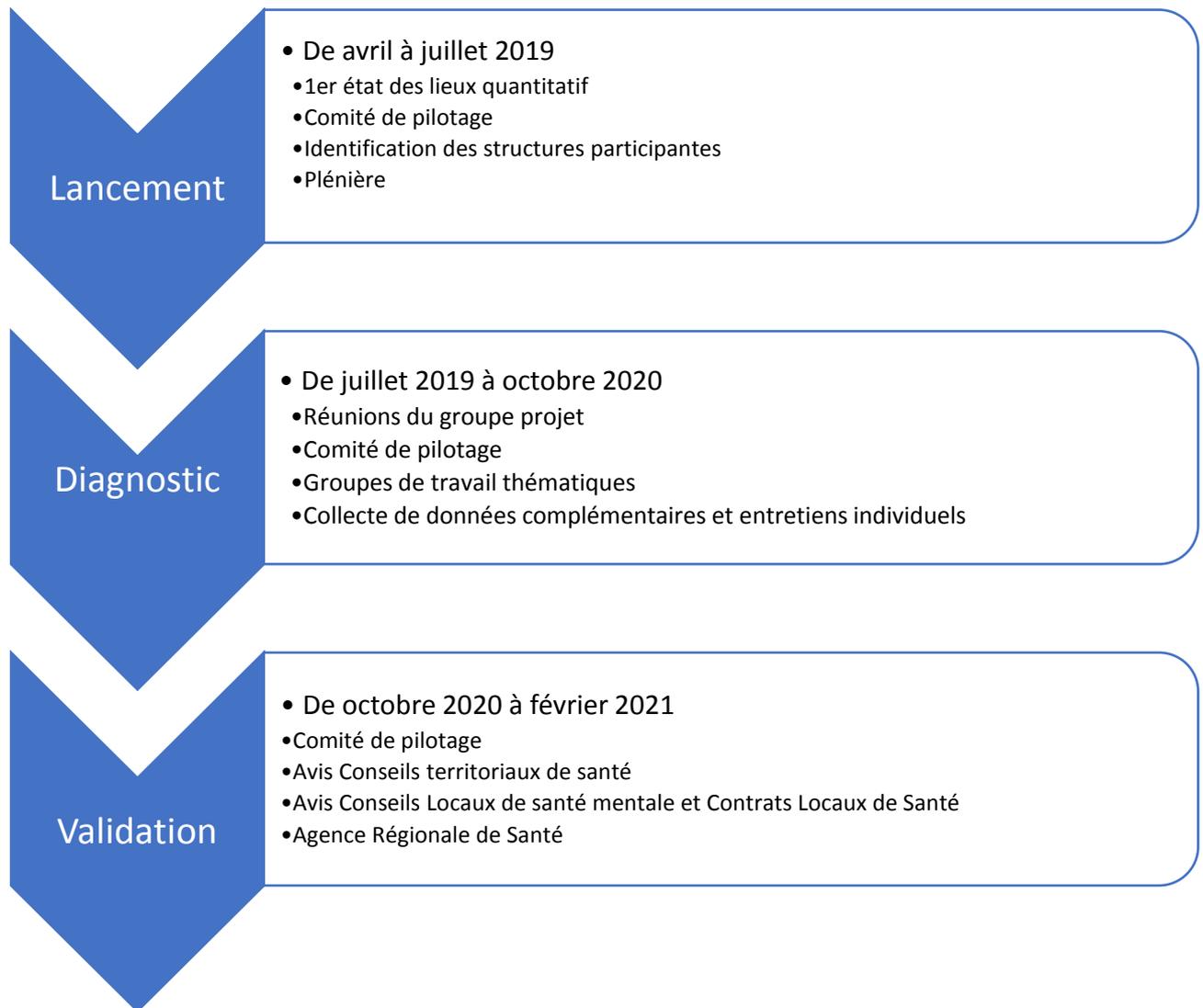
Professions représentées

Parmi les participants, de nombreuses professions ont été représentées :

- Médecins, psychiatres, infirmiers, cadres de santé, psychologues, assistants sociaux, éducateurs spécialisés, pharmaciens, gestionnaires de cas, animateurs socio-éducatifs ;
- Directeurs, adjoints de direction, chefs de services ;
- Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, chargés de programmes, chargés de mission, coordonnateurs de projets ;
- Présidents d'associations ou de conseils ;
- Directeurs des ressources humaines.

Par ailleurs, plusieurs représentants d'usagers ont également participé aux travaux, malgré l'absence regrettable des usagers eux-mêmes.

Le calendrier du diagnostic⁶



⁶ Voir calendrier du diagnostic en Annexe 6

III-LES CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE

DONNEES GEOGRAPHIQUES ET POPULATIONNELLES

Situation géographique

Le département de Tarn-et-Garonne est limitrophe des départements du Lot, de l'Aveyron, du Tarn, de la Haute-Garonne, du Gers et du Lot-et-Garonne. C'est l'un des plus petits départements de France. 10 intercommunalités structurent le territoire.

Situation démographique

Depuis plus d'une décennie, le Tarn-et-Garonne est l'un des départements les plus attractifs de la région Occitanie. Au 1^{er} janvier 2015, le département compte une population légale de 255 274 habitants. Entre 2010 et 2015, il relève une hausse annuelle moyenne de 1,1 % de la population. Cette forte croissance démographique est nettement au-dessus de celles de la France métropolitaine (+0,5%) et de la région (+0,9 %).

Population municipale au 1^{er} janvier 2015 et évolution annuelle moyenne (INSEE, recensements de la population)

	Population en 2015	Population en 2010	Evolution annuelle moyenne (%)
Tarn et Garonne	255 274	241 698	+ 1.1
Occitanie	5 774 185	5 518 106	+0.9
France métropolitaine	64 300 821	62 765 235	+0.5
Montauban	78 084	73 104	+1.3
Castelsarrasin	26 467	24 962	+1.2
Labastide St Pierre	10 117	9 721	+ 0.8
Caussade	8 205	7 926	+0.7
Valence d'Agen	7 776	7 525	+ 0.7

Ce dynamisme démographique s'appuie conjointement sur :

- L'arrivée massive de nouveaux résidents : 3 000 personnes supplémentaires par an en moyenne entre 1999 et 2007, puis 2 700 entre 2010 et 2015.
- L'excédent des naissances par rapport aux décès : 600 personnes supplémentaires par an.

Cette évolution démographique est principalement liée à la position géographique du département : proche et sous l'influence de la métropole toulousaine. Les communes situées le long des autoroutes A 62 et A 20, notamment sur l'axe Toulouse-Bordeaux, en sont les principaux moteurs démographiques.

La population se concentre autour de 3 villes principales, Montauban, Castelsarrasin et Moissac. 135 villes ont moins de 1000 habitants et caractérisent ainsi le caractère essentiellement rural du territoire.

1 arrivant sur 4 s'installe à Montauban en 2014, puis 2 arrivants sur 10 rejoignent l'EPCI du Grand Sud. Enfin près de 1 arrivant sur 10 rejoint l'EPCI Terres de Confluences.

Avec une moyenne d'âge de 41.6 ans, le Tarn-et-Garonne se situe dans une position médiane parmi les départements métropolitains. Le département héberge de nombreuses familles avec de jeunes enfants, dont les actifs travaillent principalement dans les agglomérations toulousaines et montalbanaises. De ce fait, les moins de 17 ans (22.56 %) et les 30 à 59 ans (39.01 %) sont plus nombreux qu'au niveau régional

(respectivement 20.44 et 38.27 %). A l'inverse, les 18 à 29 ans sont sous-représentés. La part des seniors est similaire à celle de la région (27.52 %).

L'observation des âges selon les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) fait apparaître les mêmes tendances, mais avec des disparités liées à la ruralité. Les tranches d'âge des plus de 60 ans sont plus représentées en zone rurale ; à l'inverse, les très jeunes sont plus présents dans les territoires les plus urbanisés. La tranche de la jeune population active est néanmoins sous-représentée partout.

Situation économique

Concernant la répartition des catégories socioprofessionnelles des habitants du Tarn-et-Garonne, il convient de relever la part importante de retraités, notamment dans les zones rurales. La catégorie des chefs d'entreprises, artisans et professions libérales est répartie de manière équivalente sur tout le territoire. Ceci vient souligner l'important maillage des très petites entreprises (TPE). La population des cadres se retrouve de manière plus importante dans les agglomérations.

Comparée à la région, la population du département est moins diplômée, plus souvent composée d'ouvriers et plus souvent en emploi.

Néanmoins, les nouveaux résidents sont plus diplômés que la population départementale : 13 % de moins pour les niveaux V et inférieurs, 13 % de plus pour les niveaux Bac et supérieurs.

	Tarn et Garonne	Occitanie
Part des personnes avec un diplôme inférieur ou égal au BEP/CAP	61 %	54 %
Part des personnes avec un diplôme supérieur ou égal à Bac +2	22 %	28 %
Ouvriers	25 %	20 %
Employés	31 %	30 %
Professions Intermédiaires	23 %	25 %
Cadres	10 %	15 %
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	8 %	8 %
Agriculteurs exploitants	3 %	2 %
Taux d'emploi	63 %	61 %

Source (INSEE, recensement 2014)

Concernant le niveau de vie des ménages, le Tarn-et-Garonne est un des départements les plus pauvres de la région Occitanie. Le revenu médian par ménage était en 2015 égal à 19 007 € par an, soit 1583 € mensuels. Le revenu médian de la région était de 19 672 €, lui-même inférieur de 1000 € à celui de la France métropolitaine.

L'aire urbaine de Castelsarrasin et de Moissac, industrielle et ouvrière, présente des revenus par ménage encore plus faible que la moyenne tarn-et-garonnaise (2 habitants sur 20 sont en dessous du seuil de pauvreté).

Dans le département, 2 830 allocataires du RSA « activité seule » sont comptabilisés. Ce dispositif, qui ne constitue pas un minimum social, ouvre des droits à des personnes qui travaillent et perçoivent de faibles revenus. Le nombre de bénéficiaires de ce dispositif a progressé sur l'année 2015 de 20 %. Cette augmentation est de loin la plus forte de la région.

Le Tarn-et-Garonne compte 4 quartiers prioritaires de la politique de la ville. 2 sont situés dans l'unité urbaine de Castelsarrasin, 2 dans l'unité urbaine de Montauban. 11 030 habitants y vivent, soit 4 % des Tarn et Garonnais.

Situation sociale

Le taux de ménage composé d'une famille monoparentale (Source : Insee RP 2016 - Exploitation CREAL-ORS Occitanie)

Lieu domicile – Niveau géographique : cantons	Ménages composés d'une famille monoparentale au 1 ^{er} janvier 2016	%
8201 - Aveyron-Lère	918	11,1
8202 - Beaumont-de-Lomagne	514	9,4
8203 - Castelsarrasin	827	9,8
8204 - Garonne-Lomagne-Brulhois	517	9,3
8205 - Moissac	565	9,5
8209 - Montech	718	8,8
8210 - Pays de Serres Sud-Quercy	497	8,4
8211 - Quercy-Aveyron	496	7,8
8212 - Quercy-Rouergue	565	9,1
8213 - Tarn-Tescou-Quercy vert	629	8,2
8214 - Valence	539	8,9
8215 - Verdun-sur-Garonne	701	8,7
8299 - Montauban	3097	11,2
Tarn-et-Garonne	10583	9,6
Occitanie	251333	9,4
France Métropolitaine	2648285	9,3

Le taux de familles monoparentales dans le Tarn et Garonne est légèrement supérieur à celui observé en Occitanie et en France Métropolitaine. Ceci se vérifie plus particulièrement dans les cantons de Montauban et de l'Aveyron-Lère (Nègrepelisse).

Situation épidémiologique

Prévalence des ALD pour troubles mentaux par cantons

Lieu domicile – Niveau géographique : cantons	Nombre total de personnes en affections psychiatriques de longue durée (nombre moyen par an pour la période : 2014-2016-2017*)	Taux standardisé d'ALD23 total pour 100 000 habitants
8201 - Aveyron-Lère	432	2112,4 (-)
8202 - Beaumont-de-Lomagne	294	2041,4 (-)
8203 - Castelsarrasin	435	2100,9 (-)
8204 - Garonne-Lomagne-Brulhois	479	3185,2 (+)
8205 - Moissac	445	3028,5 (+)
8209 - Montech	311	1547,5 (-)
8210 - Pays de Serres Sud-Quercy	305	2121,4 (-)
8211 - Quercy-Aveyron	295	1910,4 (-)
8212 - Quercy-Rouergue	348	2295,7 (ns)
8213 - Tarn-Tescou-Quercy vert	300	1586,6 (-)
8214 - Valence	287	2030,9 (-)

8215 - Verdun-sur-Garonne	317	1648,1 (-)
8299 - Montauban	2464	4089,9 (+)
Tarn-et-Garonne	6749	2558,4 (-)
Occitanie	160730	2720,1 (+)
France MétropolitaineM	1475343	2295,9 Réf

* l'année 2015 est une année non intégrée en raison de données incomplètes

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee RP - Exploitation CREA-ORS Occitanie

L'analyse de la répartition territoriale des affections psychiatriques de longue durée montre une prévalence forte observée dans les cantons de Garonne-Lomagne-Brulhois, Moissac et surtout Montauban.

Le recours aux soins psychiatriques

La répartition des modalités de recours aux soins : l'exemple des troubles psychotiques, bipolaires et dépressions sévères

	Tarn et Garonne	Occitanie	France
Taux standardisé de recours ambulatoire pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	9.4	8	7.6
Taux de recours global en établissement pour troubles psychotiques, bipolaires et dépressions sévères	10.6	9.9	8.7

Source RIM-P 2015 : nombre de personnes pour 1 000 habitants

En comparaison de l'Occitanie et de la France, le département est caractérisé par des différences de recours aux soins significatives concernant les troubles psychotiques et bipolaires et les dépressions sévères.

Les taux d'hospitalisation à temps plein prolongées en % de la file active (plus d'un an)

	Tarn et Garonne	Occitanie	France
Taux d'hospitalisation population générale	6.7	2.1	2.7
Taux d'hospitalisation des jeunes (16 ans et moins)	6.1	6.3	5.2

Source SAE 2019

En comparaison de l'Occitanie et de la France, les taux d'hospitalisations prolongées de plus d'un an, parmi la file active sont significativement supérieurs dans le département concernant la population adulte de plus de 16 ans.

Collège information médicale GHT Tarn-et-Garonne : l'analyse des taux d'hospitalisation dans le temps de la population générale

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	Var.% n-3
Taux d'hospitalisation	18.9 %	17.0 %	16.0 %	14.9%	-7%
Taux de 1 ^{ère} prise en charge en hospitalisation	27.9 %	28.3%	24.4%	25.2%	-3.2%
Taux de renouvellement	37.4%	36.0%	34.3%	34.5%	-2.6%

Le taux d'hospitalisation mesure le nombre de patients hospitalisés (temps complet + temps partiel) par rapport au nombre total de patients (toutes formes de prises en charge, ambulatoire comprise). Ce taux mesure l'efficacité de la prise en charge en ambulatoire.

On observe une diminution significative du taux d'hospitalisation, qui indique que les actions préventives à l'hospitalisation remplissent leur rôle.

Le taux de 1^{ère} hospitalisation apprécie le nombre de nouveaux patients hospitalisés par rapport aux patients hospitalisés. Il mesure la capacité de l'établissement à accueillir de nouveaux patients. Ce taux a décliné de 2015 à 2017 puis a connu une amélioration en 2018.

Le taux de renouvellement mesure le nombre de nouveaux patients par rapport aux nombre de patients pris en charge sous toutes formes. Ce taux mesure le renouvellement de la file active. Dépendant des 2 indicateurs précédents, son amélioration est moins sensible que ces derniers.

L'analyse des taux d'hospitalisation dans le temps des patients âgés de 12 à 18 ans

	2015	2016	2017	2018	Var.% n-3
Taux d'hospitalisation	14.6 %	14.2%	12.6%	11.9%	-2.7 %
Taux de 1 ^{ère} prise en charge en hospitalisation	29.4%	35,2 %	32.4 %	33.9 %	+4.5 %
Taux de renouvellement	40.8 %	38.4 %	42. %%	42.8 %	+ 2.0 %

L'analyse des taux d'hospitalisation dans le temps des patients âgés de 19 à 25 ans

	2015	2016	2017	2018	Var.% n-3
Taux d'hospitalisation	25.5 %	22.0 %	20.1%	17,4 %	-8,1 %
Taux de 1 ^{ère} prise en charge en hospitalisation	36.5 %	37.7 %	27.4 %	28.8 %	-7.7 %
Taux de renouvellement	45.9 %	45.1 %	39.5 %	42.7 %	-3.2 %

L'analyse des taux d'hospitalisation dans le temps des patients âgés de 55 à 65 ans

	2015	2016	2017	2018	Var.% n-3
Taux d'hospitalisation	19.1 %	16.8 %	16,2 %	15.1 %	-4.0 %
Taux de 1 ^{ère} prise en charge en hospitalisation	18.6 %	19.9 %	22.0 %	21.1 %	+2.5 %
Taux de renouvellement	25.9 %	23.6 %	21.8 %	22.3 %	-3.6 %

La lecture comparée des taux d'hospitalisation par tranche d'âge permet de relever une amélioration notable de la capacité des établissements à accueillir des nouveaux patients âgés de 12 à 18 ans (+4.5 %). Elle est en revanche moindre concernant les jeunes adultes et les patients âgés de 55 à 65 ans (- 7.7 % et + 2.5 %).

Le suivi en aval des hospitalisations selon les troubles psychiques (RIMP 2015)

	Tarn et Garonne	Occitanie	France
Part de séjours hospitaliers avec consultation dans les 15 jours pour troubles de l'humeur	51.7	47.1	49.4
Part de séjours hospitaliers avec consultation dans les 15 jours pour addictions	36.6	41.5	43.8
Part de séjours hospitaliers avec consultation dans les 15 jours pour troubles psychotiques, bipolaires et dépressions sévères	48.4	43.8	43.4

Consultation auprès d'un médecin généraliste, psychiatre ou CMP

Part des patients hospitalisés admis par les urgences (RIMP 2015)

	Tarn et Garonne	Occitanie	France
Admission par les urgences pour troubles de l'humeur	11.2	10.6	11.7
Admission par les urgences pour addictions	22.9	10.9	12.1
Admission par les urgences pour troubles mentaux sévères	18.8	10.4	12.7

La comparaison des taux de personnes admises en urgence parmi l'ensemble des personnes hospitalisées, indique que le suivi régulier en ambulatoire ne permet pas d'organiser des soins hospitaliers programmés dans certaines situations. Ceci se vérifie plus particulièrement pour les troubles liés à des addictions et pour les troubles mentaux sévères.

DONNES RELATIVES AUX EQUIPEMENTS ET SERVICES

Données relatives à la démographie des professionnels de santé

La démographie des personnels hospitaliers pour 100 000 habitants (SAE, INSEE, 2019)

	Tarn et Garonne	Occitanie	France
Densité psychiatres hospitaliers	9.7	10.1	11.4
Personnels soignants et socio-éducatifs hospitaliers concourant à l'activité de psychiatrie	169.5	158.3	157.5
Personnel soignant et socio-éducatif exerçant en unité d'hospitalisation à temps plein	99.9	71.4	73.0

La densité des psychiatres hospitaliers est inférieure aux taux régionaux et nationaux. Compte-tenu du dynamisme démographique, cet écart pourrait se creuser dans les prochaines années. Il faut noter en revanche la plus forte présence des personnels soignants et socio-éducatifs dans les services de psychiatrie, laquelle se concentre de manière plus importante dans les unités d'hospitalisation à temps plein.

La démographie de professionnels de santé en ville pour 100 000 habitants (SAE, INSEE 2019)

	Tarn et Garonne	Occitanie	France métropolitaine
Médecins généralistes libéraux ou mixtes	83.6	99.7	86.5
Psychiatres libéraux ou mixtes	3.5	9.5	9.3
Psychologues libéraux	44.9	52.6	39.5

Le département est caractérisé par la faiblesse significative de la démographie des psychiatres libéraux, laquelle n'est pas compensée par ailleurs par la démographie des médecins généralistes.

Les taux d'équipement en CMP et CATTP pour 100 000 habitants

	Tarn et Garonne	Occitanie	France métropolitaine
Taux d'équipement en CMP (hors unité de consultation en service de psychiatrie)	7.7	4.6	4.7
Taux d'équipement en CATTP	2.7	3.0	2.8

L'offre en matière d'équipement sanitaire

L'offre de soins adulte

Le CH de Montauban – capacités installées au 31.12.2018

Urgences - Crise		
Secteur	Site – nom entité	XXX lits
Hospitalisation temps plein		
Courte durée		
Secteur 1 (sud)	Site Foville (unité fermée)	12 lits
	Site Voisin (patients chroniques)	15 lits
	Site Unité Ouverte	20 lits
Secteur 2 (Nord Est)	Site Unité fermée « Pinel »	12 lits
	Site Unité ouverte	20 lits
	Site Unité préparation sortie	20 lits
Secteur 3 (Ouest)	Les Tilleuls	20 lits
	Les Platanes	20 lits
	Les Seringas	20 lits
Réhabilitation		
Intersectoriel	Site Les « Acacias » centre post-cure	11 lits
Intersectoriel	Ateliers thérapeutiques – HJ le Pin	12 places
Intersectoriel	Centre thérapie familiale et conjugale	
Personnes âgées		
Secteur 2	Unité fermée psy personnes âgées	15 lits

Addictologie		
Les Centres médico-psychologiques		
Secteur 1	CMP intra CH CMP Gambetta Unité de Soins Ambulatoire	
Secteur 2	CMP intra CH CMP Gambetta CATTP Gambetta (Accueil Thérapeutique) intersectoriel CMP Caussade + CATTP Caussade CATTP intramuros Clérembault	
Secteur 3	CMP Moissac CMP Castelsarrasin + CATTP Castelsarrasin Ateliers médiatisés	
Appartements thérapeutiques		
Appartements relais		
Hospitalisation à temps partiel		
Hospitalisation de jour		
Secteur 1	Cadran solaire	10 Places
Secteur 2		
Secteur 3	Hôpital de jour de Moissac	2
Intersectoriel	Cadran solaire	15 places
Hospitalisation de nuit		
		8 places
Les structures et dispositifs d'accueil extrahospitalières intersectorielles		
Montauban	Le centre de thérapie familiale et conjugual	
Montauban	L'unité de soins ambulatoires intensifs	
Montauban	Equipe mobile psychiatrie précarité	ETP médecins, infirmiers, educ spé
Montauban	Dispositif mobile de soutien à la réadaptation	
Montauban	Dispositif 15-25 ans	
Montauban (avec Lou Camin)	Equipe mobile de réhabilitation psycho-sociale	Création de postes psychiatre et Neuro psycho

Etablissement « Lou Camin » – Fondation John BOST

Hospitalisation à temps plein		
Courte durée		
Réhabilitation		
		30 lits

Hospitalisation à temps partiel		
Hôpital de jour		
		3 places
Alternatives à l'hospitalisation		
Appartement thérapeutique		
		3 places
Les structures et dispositifs d'accueil extrahospitalières intersectorielles		
Equipes mobiles		
	Equipe mobile médico-sociale	A moyen constant

Le département est caractérisé par une offre hospitalière majoritairement publique avec un pôle de psychiatrie rattaché au CH de Montauban. La densité de lits d'hospitalisation à temps complet de 120.2 pour 100 000 habitants est légèrement supérieure à la moyenne nationale (105.8) tandis que les places d'hospitalisation partielle sont légèrement moins nombreuses (34.5 contre 37.3).

L'offre de soins de psychiatrie infanto-juvénile

La psychiatrie infanto-juvénile est organisée en 1 secteur, sous la responsabilité du CH de Montauban. Les missions ambulatoires du secteur de psychiatrie enfant sont assurées :

- en propre par les CMP relevant du CH de Montauban pour une partie du territoire sur les zones de l'ouest du département.
- pour la partie Est du département, les activités sont mises en œuvre par le Centre Médico-Pscho-Pédagogique (CMPP) Ingres, établissement médico-social géré par l'ASEI, dans le cadre d'une délégation de service.

	Secteur infanto juvénile 82	Structure de l'ASEI
Etablissement de rattachement	CH Montauban	CMPP Ingres - ASEI
CMP enfants	2 structures réparties sur le secteur à Montauban et Castelsarrasin + 1 antenne à Moissac	1 Structure à Montauban et 2 antennes à : <ul style="list-style-type: none"> • Caussade • Verdun s/ Garonne
CMP Ado : CAMPA (12-18 ans)	CMP – CATTTP Montauban	
Hôpital de Jour enfants	Montauban : 17 places Castelsarrasin : 17 places	
Hôpital de jour ados	42 places	
Hospitalisation complète ados	8 lits	
Accueil familial	3 places	
Consultations ados	SCMP Montauban	
Psychiatrie de liaison	Maternité, pédiatrie, néonatalogie	

L'offre en matière d'équipement médico-social

Ne sont recensées que les places pouvant potentiellement accueillir des personnes en situation de handicap psychique. Sont exclues du décompte les places pour déficiences motrices, visuelles, auditives, surdi-cécité et polyhandicap.

L'équipement médico-social pour les adultes handicapés

Etablissements	Association Gestionnaire	Capacité

E.S.A.T. ERIS	A.G.E.R.I.S. 82	47 places
E.S.A.T. Henri Fontanié	Fondation OPTEO	73 places
E.S.A.T. Jean Carrio	Fondation OPTEO	78 places
E.S.A.T. Le Pech Blanc	La Croix Rouge Française	58 places
E.S.A.T. Les Rives de Garonne	A.N.R.A.S.	60 places
E.S.A.T. Pousiniès	A.R.S.E.A.A.	85 places
E.S.A.T. Terres de Garonne	A.R.S.E.A.A.	67 places
F.A.M. Les Quatre Vents	A.P.I.M.	60 places
F.A.M Las Canneles	A.R.S.E.A.A	10 places
F.A.M. Bordeneuve	A.R.S.E.A.A.	32 places
F.A.M. Bellissen	Association Centre Bellissen	20 places
M.A.S. Gérard Chambert	Fondation OPTEO	55 places
M.A.S. Les Capucines	A.P.I.M.	43 places
Foyer de vie Les Cèdres	A.R.S.E.A.A.	63 places
Foyer de vie Pousinies	A.R.S.E.A.A.	36 places
Foyer de vie Bellissen	Bellissen	40 places
Foyer de vie Le Barradis	A.P.I.M	180 places
Foyer de vie La Clare	Fondation OPTEO	20 places
S.A.M.S.A.H. Psychique ARSEAA	A.R.S.E.A.A	5 places
S.A.M.S.A.H. Psychique AGERIS	A.G.E.R.I.S 82	5 places
S.A.M.S.A.H Autisme ARSEAA	A.R.S.E.A.A	5 places
S.A.M.S.A.H Autisme AGERIS	A.G.E.R.I.S 82	5 places
S.A.M.S.A.H. Généraliste Gérard Chambert	Fondation OPTEO	20 places
S.A.V.S Pousinies	A.R.S.E.A.A.	33 places
S.A.V.S. Le Clare	A.D.A.P.E.I	33 places
S.A.V.S. Le Pech Blanc	Croix Rouge Française	23 places
S.A.V.S. AGERIS	A.G.E.R.I.S	40 places
S.A.V.S Henri Cros	A.R.S.E.A.A	26 places
P.C.P.E Adulte autisme	Fondation OPTEO	15 places
P.C.P.E Adulte généraliste	Fondation OPTEO	5 places

Il est à noter la création courant de l'année 2021, de quatre places de SAMSAH psychique sur le département. Elles seront réparties équitablement entre les deux SAMSAH ayant déjà cet agrément. Le département dispose d'une densité de places d'hébergement supérieure en foyers de vie et en FAM à celles observées en Occitanie et en France. Le nombre de places offert en SAVS est a contrario moindre.

L'équipement médico-social pour les enfants handicapés

Etablissements	Associations gestionnaire	Capacité autorisée et installée
C.A.M.S.P L'Escabelle	Asso. A.T.G.	File active
C.M.P.P Ingres	A.S.E.I.	File active
I.M.E Bellissen	Association Centre Bellissen	55 places
I.M.E Paul Soulié	Résilience Occitanie	33 places
I.M.E. Pech Blanc	Croix Rouge Française	50 places

I.M.E Pierre Sarraut	Fondation OPTEO	78 places
I.M.E Confluences	Résilience Occitanie	27 places
I.M.E L'Orangerie	A.N.R.A.S.	36 places
I.T.E.P. Les Albarèdes	A.S.E.I.	60 places
S.E.S.S.A.D. Bellissen	Association Centre Bellissen	28 places
S.E.S.S.A.D. Paul Soulié	Résilience Occitanie	49 places
S.E.S.S.A.D. Le Pech Blanc	Croix Rouge Française	13 places
S.E.S.S.A.D. P.Sarraut	Fondation OPTEO	16 places
S.E.S.S.A.D. L'Orangerie	A.N.R.A.S.	14 places
S.E.S.S.A.D. Les Albarèdes	A.S.E.I.	26 places
S.E.S.S.A.D. Confluences	Résilience Occitanie	24 places
S.E.S.S.A.D. antenne ARSEAA	A.R.S.E.A.A.	20 places
S.E.S.S.A.D antenne IJA	IJA	20 places
Unité Enseignement Maternelle Autisme Montauban	Résilience Occitanie	7 places
Unité Enseignement Maternelle Autisme Castelsarrasin	Résilience Occitanie	7 places

Dans le champ de l'enfance, le taux d'équipement en établissements pour le département est inférieur au taux d'équipement régional et national. Pour les services médico-sociaux, le taux d'équipement correspond au taux régional et apparaît comme supérieur au taux national. Une des particularités du département est qu'il ne dispose que d'un seul ITEP et d'un seul IEM.

L'offre de logement adapté et d'hébergement

Nom Etablissement	Commune	Public	Nombre places hébergement complet
Résidence Accueil UDAF	Montauban	Adultes en difficulté et insertion sociale	
CHRS RELIANCE 82	Montauban	Familles en difficulté	50
Maison relais Augustins (UDAF)	Montauban	Adultes et familles en difficultés	18
Maison relais (CCAS Montauban)	Montauban	Adultes en difficulté d'insertion sociale	13 + 2 places en diffus sur Montauban
Maison relais Garrisson (UDAF)	Montauban	Adultes en difficulté d'insertion sociale	17
Maison Relais Castelsarrasin (UDAF)	Castelsarrasin	Adultes en difficulté d'insertion sociale	10

CHRS Espace et vie	Moissac	Femmes en difficultés	16
--------------------	---------	-----------------------	----

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) ont pour mission d'assurer, l'hébergement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes ou familles en détresse en vue de les aider à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. Ils proposent une solution d'hébergement provisoire. Les graves difficultés sociales de certaines personnes peuvent être associées à des troubles psychiques.

La maison relais (ou pension de famille) est une formule de logement adapté pour des personnes un temps marginalisées et qui ont un degré d'autonomie suffisant pour vivre dans un habitat durable. Contrairement à l'appartement personnel, la maison relais a une dimension collective. Logé dans un studio individuel, chacun a accès à des espaces partagés. Ce mode d'habitat insuffle une dynamique de groupe, évite l'écueil de la solitude et offre un soutien bienveillant dans la gestion de la vie quotidienne grâce à la présence ponctuelle d'un professionnel appelé l'hôte de maison.

Les maisons relais ne sont pas destinées à accueillir exclusivement des personnes atteintes de troubles psychiques. Il s'agit d'une forme d'habitat durable.

La résidence accueil ouverte par l'UDAF 82 est une maison relais associée à un service médico-social pour des personnes fragilisées et handicapées par des troubles psychiques, non obligatoirement reconnus par la MDPH. L'état des personnes est suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie semi-collective. Les personnes sont suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis en tant que de besoins. Comme pour les maisons relais et les CHRS, les demandes d'orientation vers la résidence accueil sont traitées par le SIAO.

L'accompagnement social et sanitaire s'appuie sur des structures partenaires extérieures pour favoriser un accompagnement adapté à chacun.

Les services de prévention et d'accompagnement de certains publics

La Protection maternelle et infantile (PMI- Conseil Départemental)

La PMI a pour mission :

- les consultations et actions de prévention pour les enfants de moins de 6 ans ;
- le dépistage de situations à risque et dans le cadre de la prévention des mauvais traitements ;
- l'action médico-sociale précoce.

La loi du 5 mars 2007 donne à la PMI les obligations suivantes :

- l'entretien psychosocial du 4^{ème} mois de grossesse, destiné à prévenir les difficultés psychologiques ou social pouvant conduire à des risques de troubles de l'attachement ;
- un bilan de santé pour tous les enfants de 3 à 4 ans, permettant de détecter les éventuels troubles du développement pouvant avoir des conséquences sur les acquisitions scolaires et la socialisation de l'enfant.

Avec le CH de Montauban, un staff pluridisciplinaire a été mis en place associant les services de PMI et ceux de la maternité, la pédopsychiatrie pour les situations à haut risque psychologique (bilan schéma enfance-famille 2011-2014).

⁷ Données issues des conventions 2019 DDSCPP 82

Les services de protection de l'enfance (Conseil Départemental)

Le Conseil Départemental et son service d'aide sociale à l'enfance (ASE) s'occupe des enfants en risque de danger, de leurs familles et de « tout détenteur de l'autorité parentale », des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille, des femmes enceintes et des mères avec de enfants de moins de 3 ans.

Depuis la loi du 5 mars 2007, la notion d'enfant en danger est le critère commun déterminant la mise en place d'une protection administrative ou judiciaire. La protection s'organise à partir d'une demande d'aide émanant de la famille ou du mineur, du repérage des difficultés d'une famille ou du signalement d'une situation de danger par toute personne qui en aurait connaissance.

Selon la nature des difficultés, plusieurs actions peuvent être mises en place :

- des actions d'information et d'observation destinées à évaluer la situation de l'enfant dans sa famille et d'apporter des éléments d'aide à la décision.
- des actions d'aide à domicile qui peuvent revêtir différentes formes de soutien matériel et éducatif.
- des actions d'éloignement. Il s'agit des placements ou des accueils provisoires en établissement ou en famille d'accueil.

Le Centre d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP)

Le CAMSP s'articule autour de 5 missions :

- Organiseurs de soins : organisation du parcours de révélation du handicap, facilitation de l'accès aux consultations, mise en place de soins et accompagnement des enfants et aide des familles ;
- Assembleur d'activités : réalisation de diagnostics, mise en place des soins pluridisciplinaires, et des activités individuelles ou en groupe, facilitation de l'accueil de l'enfant dans des établissements scolaires ou de la petite enfance ;
- Promotion et développement des compétences parentales ;
- L'aide à l'intégration dans les structures d'accueil de la petite enfance.
- Lieu de ressources et d'expertise pour les partenaires.

26.45 % des enfants entre 0 et 6 ans pris en charge par le CAMSP présentent une déficience du psychisme (troubles du comportement, déficience des émotions) selon le rapport d'activité 2017. Le nombre d'enfants atteints de troubles psychiques est en augmentation et cela est en lien avec l'augmentation du nombre d'enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme. Un contexte socio-familial particulier est relevé dans 47 situations (dont 23 placements et 6 AEMO) sur 121 enfants suivis.

Les dispositifs de prévention du risque suicidaire

Dans le cadre du contrat local de santé du Grand Montauban, une action de formation portée par MSA Services auprès des professionnels du territoire (travailleurs sociaux des PAEJ, missions locales et personnels de l'Education Nationale) a eu lieu entre 2016 et 2018. Elle portait sur la prévention de la crise suicidaire, la coordination. Elle a abouti à la mise en réseau des acteurs de prévention formés en vue de :

- Déterminer un parcours de prévention/intervention/postvention s'appuyant sur les ressources locales et les outils transversaux
- Identifier les professionnels à cibler pour les actions de sensibilisation.

Les services d'accompagnement médico-social pour publics spécifiques et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Selon les pouvoirs publics, les addictions aux substances psycho-actives sont responsables de plus de 100 000 décès évitables chaque année. Elles sont également à l'origine de handicaps, de nombreux

problèmes familiaux et professionnels, d'actes de violence et de précarité qui génèrent une souffrance psychique.

Les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) assurent l'accueil, l'information et l'orientation de toute personne dépendante aux substances psychoactives ou de son entourage. Ils accueillent de façon gratuite et anonyme, sur demande, toute personne qui souhaite être aidée et en fait la démarche. Les personnes peuvent également être orientées suite à une mesure judiciaire (injonctions de soins par exemple).

La mission de réduction des risques des CSAPA vise à limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives et à contribuer au processus de soins, au maintien et à la restauration du lien social.

Les CAARUD s'adressent à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soin ou à celles que les modes de consommation ou les drogues consommées exposent à des risques majeurs (infections, accidents, ...). Ils ont pour objectifs de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants. En tant que structures à « bas seuil d'exigence », les CAARUD sont des lieux de première ligne où les intervenants construisent avec les usagers des projets qui peuvent être de court terme.

CSAPA dont les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), CAARUD, Lits Halte Soins Santé, ACT et PASS

Etablissements	Associations gestionnaires	Capacité et File Active 2018
C.A.A.R.U.D.	EPICE 82	FA 305
C.S.A.P.A. porteur d'une CJC	A.N.P.A.A.82	FA 626
C.S.A.P.A porteur d'une CJC	CH Montauban	FA 1081
L.H.S.S	Relience 82	5 places en 2018 - FA 45
A.C.T.	U.C.R.M	5 places en 2018 - FA 8
P.A.S.S généraliste + dentaire	CH Montauban	FA 650
P.A.S.S psychiatrie	CH Montauban	FA 285
P.A.S.S généraliste	CHIC Moissac	FA 210

Le CAARUD porté par EPICE 82 est ouvert du lundi au vendredi, en accès libre le matin, à Montauban, ainsi que des permanences à Moissac, Grisolles, Labastide Saint-Pierre, Caussade, Saint-Antonin, Nègrepelisse ainsi qu'à la MSP de Montech et à la MSP de Varen.

Le CSAPA de l'ANPAA 82 accueille les usagers du lundi au vendredi à Montauban. L'association a ouvert une antenne à Moissac et propose des consultations avancées d'IDE à Beaumont de Lomagne et Caussade et des consultations de psychologue à Valence d'Agen.

Le CSAPA du Centre Hospitalier de Montauban est ouvert du lundi au vendredi sur l'établissement de santé, l'activité CJC se déroule pour partie à la Maison des Ados sous forme de permanences assurées par un médecin addictologue et une infirmière le mercredi après-midi.

Le CSAPA du CHM possède une antenne CJC au CHIC de Moissac (consultations IDE et psychologue).

RELIENCE 82 possède un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) avec un pôle veille sociale, un pôle insertion, un pôle protection de l'enfance sur Montauban ainsi que 7 lits halte soins santé depuis le 1/10/2019 (convention avec le CH Montauban pour la mise à disposition d'un médecin et d'un psychologue intervenant sur site)

L'antenne Tarn-et-Garonnaise de l'UCRM dispose, depuis le 1/10/2019, de 8 appartements de coordination thérapeutique (ACT) situés à Montauban : 6 appartements individuels en centre-ville et une villa collective pour 2 personnes en périphérie de la ville. La structure propose un hébergement temporaire (6 mois renouvelable) et un accompagnement médical et socio-éducatif au travers d'un projet de séjour personnalisé.

Dispositifs spécifiques psychiatrie-précarité :

- Présence d'une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) intervenant sur l'ensemble du département porté par le CH Montauban ;
- Une PASS Psychiatrie, en unité fonctionnelle de psychiatrie, au CH de Montauban ;
- Le CHIC de Moissac dispose d'un poste de psychologue, au sein de son équipe PASS.

LES STRUCTURES TERRITORIALES D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET DE COORDINATION

Les dispositifs d'écoute et d'accueil des jeunes.

Les Points d'Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) sont de petites structures de proximité à l'attention de la population de jeunes. Ce sont des maillons de la chaîne préventive entre repérage et accompagnement vers la prise en charge. En repérant les troubles psychiques que peuvent présenter certains jeunes accueillis, ils interviennent aussi en prévention du suicide.

Le PAEJ est porté par la « Raison des ados », association gestionnaire de la Maison des ados. Il participe à l'accueil généraliste du public jeune sur le territoire.

RESADO 82

Resado 82 est un réseau de santé qui suit les jeunes en situation complexe par un travail de concertation pluri-professionnelle, d'évaluation clinique des prises en charge et de coordination de l'action des partenaires. Le réseau suit depuis 2014 les enfants de moins de 12 ans afin d'aider plus précocement les partenaires à élaborer un projet plus adapté. Cette ouverture suit les conclusions de la mission sur les fratries en difficulté.

RESADO 82 est porté par l'association gestionnaire la « Raison des ados ».

La Maison des Adolescents

Les Maisons des Adolescents (MDA) sont des structures pluridisciplinaires qui offrent un accueil généraliste à tous les jeunes par des professionnels issus de la prévention, de la justice, de l'insertion, et du soin. Ce sont des lieux ressources privilégiés pour favoriser l'expression par les jeunes de leur mal-être et faciliter le repérage de troubles psychiques.

La MDA 82 (portée par l'association gestionnaire « La Raison des ados ») se situe, en site principal, à Montauban et propose une antenne à Moissac (en cours) et une permanence à St Antonin au sein de la MSAP.

Les CLIC et la gestion de cas MAIA

Les CLIC

Les centres locaux d'information et de coordination gérontologiques sont des guichets d'accueil, de conseil et d'orientation des personnes âgées ou de leurs aidants, professionnels et acteurs locaux intervenant auprès des personnes âgées.

Financés par le Conseil Départemental, ils exercent des missions :

- d'évaluation des besoins de la personne âgée, d'information, d'orientation pour les personnes âgées,
- de conseil et d'assistance aux démarches que le problème soit social, médical ou financier- d'appui à la coordination :
- d'accès aux droits, aides, prestations, services de soutien à domicile, offres de soins, structures d'accueil.

Les gestionnaires de cas MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des Services d'Aide et de Soins)

Placé sous la responsabilité du pilote MAIA, le gestionnaire de cas intervient à la suite du repérage des situations complexes par le guichet intégré. Il réalise à domicile l'évaluation multidimensionnelle, définit le plan de service individualisé (PSI), planifie le recours aux services et assure le suivi de la personne. Pour les personnes âgées en situation complexe, le gestionnaire de cas met en œuvre un suivi intensif au long cours (y compris pendant les périodes d'hospitalisation). Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile et devient le référent des situations complexes.

Le réseau Geronto 82 porte les MAIA des 2 bassins de santé Est et Ouest du territoire de santé du Tarn-et-Garonne.

La MDPH

Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MPDH), une par département, constituent un réseau local d'accès aux droits des personnes en situation de handicap. Chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches, les MDPH fonctionnent comme un guichet unique pour toutes les démarches liées aux diverses situations de handicap.

Elles remplissent les missions suivantes :

- d'information ;
- d'accueil et d'écoute ;
- d'évaluation des besoins de compensation ;
- d'élaboration du plan de compensation ;
- d'attribution des prestations, d'orientation scolaire, médico-sociale ou professionnelle ;
- de suivi des décisions ;
- de médiation et de conciliation.

Chaque MDPH met en place une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne handicapée et une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne dans son champ de compétences.

Le dispositif d'appui à la coordination

La loi de transformation du système de santé du 24 juillet 2019 prévoit la mise en place des dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

Les 3 missions du DAC consistent à :

-Assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, ainsi que la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins et les autres professionnels concernés ;

Contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;

-Participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé en lien avec les CPTS.

Le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)

Le SIAO est un dispositif départemental qui a pour objectif l'orientation et la prise en charge des personnes sans abri ou risquant de l'être. Il assure la mise en réseau et la coordination du dispositif d'accueil, d'hébergement d'urgence, d'hébergement d'insertion et d'accès au logement des personnes sans abri.

En Tarn-et-Garonne, la DDCSPP (Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations) pilote le dispositif. Elle a confié cette mission de coordination à l'Association RELIANCE 82.

Le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation se décline en deux volets : l'urgence et l'insertion.

Le volet « urgence » consiste à :

- assurer la gestion du numéro d'appel 115 et oriente les personnes vers l'ensemble des places d'hébergement d'urgence du département (voire des départements limitrophes).
- coordonner l'ensemble des acteurs de la Veille Sociale et de l'Hébergement d'Urgence, notamment via les réunions bimensuelles de la commission SIAO Urgence.
- favoriser la transition de l'hébergement d'urgence vers l'hébergement d'insertion et le logement adapté et ordinaire.
- initier des échanges entre partenaires autour de problématiques spécifiques (organisation de réunions de synthèse, groupes de travail).

Le volet « insertion » consiste à recevoir et recenser toutes les demandes de places d'hébergement d'insertion (stabilisation, CHRS, ALT), de logement adapté (maisons-relais) du département et entrant dans le champ de compétence de l'Etat, puis organiser l'attribution des places au sein des commissions SIAO Insertion.

-Les pôles de compétences et de prestations externalisées

Issu de l'instruction du 12 avril 2016, il s'agit d'un dispositif expérimental rattaché au CMPP Ingres de l'ASEI à destination des enfants, adolescents et jeunes adultes âgés de 0 à 20 ans et présentant des TED, une déficience intellectuelle ou des troubles du caractère et du comportement. La priorité d'intervention est donnée :

-aux jeunes vivant dans le milieu ordinaire sans accompagnement ou avec une intervention très insuffisante par rapport aux besoins.

-aux jeunes admis en ESMS avec un risque élevé de rupture compte tenu de l'inadaptation de l'offre de services de l'établissement au regard de la problématique.

Le PCPE assure des prestations directes auprès des jeunes sur le volet éducatif, des prestations indirectes de coordination des actions avec des rencontres régulières avec les familles et des réunions partenariales.

Enfin le PCPE conventionne avec des professionnels libéraux (psychologues, orthophonistes, éducateurs..) pour la réalisation de prestations indirectes et notamment les bilans.

Il assure désormais une couverture départementale des besoins.

Depuis la fin de l'année 2020, le département dispose d'un second PCPE sur le champ de l'adulte. Il est rattaché juridiquement à la MAS Gérard Chambert gérée par la Fondation OPTEO.

Il est autorisé pour l'accompagnement de jeunes autistes à partir de 16 ans (15 places) et pour l'accompagnement de toute personne adulte quel que soit sa pathologie (5 places).

Il assure une couverture départementale des besoins.

INSCRIPTION AVEC LES PROJETS D'ANIMATION TERRITORIALE

Les territoires de MAIA pour les personnes âgées en perte d'autonomie

La méthode d'intégration des services d'aide et de soins (MAIA) propose une organisation collective qui implique des principes et des modes de fonctionnements nouveaux, partagés entre acteurs d'un territoire (les dispensateurs de services d'aide et de soins, les responsables des services et les décideurs).

L'objectif est de réduire la complexité du système par un ajustement des réponses aux besoins des personnes : prévenir, accompagner, dispenser des aides, soigner au bon moment, par la meilleure ressource disponible et, in fine, faciliter, simplifier le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie. Il ne s'agit pas de créer des nouvelles structures mais d'organiser la lisibilité de l'offre d'aide et de soins par l'articulation et la mise en cohérence des ressources existantes dans les champs sanitaire, social et médico-social.

MAIA est composée de **3 mécanismes interdépendants : la concertation, le guichet intégré et la gestion de cas**. Le pilote MAIA est chargé de veiller à la cohérence des interventions par l'engagement de chacun des acteurs dans ce projet de territoire. Il établit un diagnostic organisationnel, préalable à l'intégration des services d'aide et de soins. Il impulse ensuite l'intégration des guichets d'accueil et d'orientation en associant tous les opérateurs identifiés.

La Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)

La Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) issue des recommandations du Rapport de Denis Piveteau « Zéro Sans Solution » vise à prévenir les ruptures de parcours des personnes en situation de handicap en apportant une solution globale adaptée et accompagnée dans le temps. Cette démarche, pilotée par les MDPH, concerne l'ensemble des acteurs afin d'apporter une réponse aux besoins de la personne en situation de handicap.

A cette fin et à la demande des personnes, la MDPH peut construire en partenariat un Plan d'Accompagnement Global (PAG) dont l'objectif est de proposer une solution au plus près des besoins et des attentes de la personne se trouvant sans solution ou en risque de rupture de parcours. Les solutions sont donc individualisées et modulaires. Le PAG fait l'objet d'une évaluation régulière afin de faire évoluer les solutions trouvées au regard des besoins de la personne.

Lorsque la situation nécessite un temps d'échange supplémentaire avec les partenaires, la MDPH peut réunir un Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS). Il vise à engager la personne et/ou sa famille, les partenaires sur les modalités d'accompagnement. A l'issue d'un GOS, un PAG est signé par l'ensemble des partenaires impliqués dans la prise en charge. Là aussi, sous l'impulsion du coordonnateur du GOS, le PAG peut être réévalué en fonction de l'évolution des besoins de la personne.

Les contrats locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale

Le Contrat Local de Santé du « Grand Montauban » a initié la mise en place d'un Conseil local de santé mentale à Montauban le 15 septembre 2017.

3 axes stratégiques ont été retenus lors des travaux préparatoires :

- *Améliorer l'accès à la prévention et aux soins
- *Participer aux actions de lutte contre la stigmatisation
- *Favoriser l'inclusion sociale et lutter contre l'exclusion

Le Contrat Local de Santé « Terres des confluences » a été signé le 28/08/2019. Il prévoit dans son plan d'action la mise en place d'un Conseil local de santé mentale à l'échelle de la communauté de communes.

Plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie, les usagers et les aidants, le conseil local de santé mentale a pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population. Le CLSM doit permettre de créer du lien, de développer une culture commune, de partager des compétences et de travailler en complémentarité sur des questions de santé mentale présentes au sein du territoire.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Créées par la loi de modernisation du système de santé du 26/01/2016, les communautés professionnelles territoriales de santé sont un mode d'organisation à la main des professionnels de santé visant à renforcer leur coordination, dans un cadre populationnel sur leur territoire au service d'une prise en charge intégrée.

Elles exercent des missions obligatoires :

- Amélioration de l'accès aux soins (à un médecin traitant et à des soins non-programmés)
- Le développement des parcours pluri professionnels autour du patient
- le développement d'actions coordonnées de prévention dans le territoire

Elles peuvent également exercer des missions facultatives sur la qualité et la pertinence des soins et l'accompagnement des professionnels de santé dans le territoire. Les CPTS sont composées de professionnels de santé du sanitaire, social et médico-social, en exercice coordonné et isolé, qui exercent en ville et à l'hôpital.

2 projets de création de CPTS ont fait l'objet d'une lettre d'intention à la délégation de l'ARS :

- le projet porté par la MSP des Halles de la Sère à l'ouest du département sur un territoire de 16 153 habitants ;
- le projet porté par la MSP de Labastide Saint Pierre dans le sud-est du département sur un territoire de 13 814 habitants.

La démarche e-parcours

Inscrit dans la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » et de son volet numérique, le programme e-parcours vise à offrir un bouquet de services numériques pour les professionnels de santé, en vue de :

- Placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge ;
- Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité ;
- Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé.

Sur la période 2018-2022, les services numériques de coordination ont vocation à être utilisés par l'ensemble des acteurs dans le cadre de la coordination usuelle et complexe :

- Dans le secteur sanitaire, les professionnels exerçant en établissement de santé et exerçant en ambulatoire (cabinet individuel et toutes formes d'exercice coordonné⁸);
- Dans le secteur médicosocial, les professionnels exerçant en établissements et services médicosociaux ;
- Dans les autres secteurs, les professionnels intervenant dans la mise en œuvre des parcours de santé directement (soins de support, accompagnement personnes handicapées, etc.) ou en appui des professionnels (tout dispositif d'appui aux parcours complexes).

Dans le panel des services numériques, il convient de distinguer les services socles (référentiels d'identification des intervenants et des patients, services de partage et d'échanges de données) et les services de gestion du parcours et de la coordination (repérage et évaluation du patient, dossiers de coordination, agenda partagé, outils d'aide à l'orientation et à la programmation).

Ce programme a conduit à développer dans région Occitanie un système d'information spécifique appelé « système de partage d'information et de coordination en Occitanie : SPICO.

Tous les professionnels du sanitaire, du médico-social et du social disposent d'un même outil numérique régional, SPICO, pour simplifier et sécuriser les échanges d'informations, et coordonner les prises en charge.

Ce système d'information est destiné à l'ensemble des professionnels qui participent au parcours de santé des patients / usagers : professionnels participant à la prise en charge, nouvelles organisation de coordination (CPTS) et structures de coordination (DAC, CLIC).

A partir du mois de novembre 2020 cet outil permet de :

- Communiquer en instantané et de manière sécurisée
- Créer des conversations centrées patient / usager
- Echanger autour d'une thématique
- Trouver des professionnels dans l'annuaire
- Partager des documents et des photos

⁸ L'exercice coordonné regroupe des formes variées de coordination : les équipes de soins primaires (ESP), les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé (CDS), et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

IV -DIAGNOSTIC TERRITORIAL PAR ETAPES DE PARCOURS

LA PREVENTION EN SANTE MENTALE ET L'ENTREE DE L'USAGER DANS LE SYSTEME DE SOINS

6 Axes problématiques identifiées :

- Axe 1 : L'accompagnement du sujet de la santé mentale par la population générale
- Axe 2 : Accompagnement et soutien insuffisant des parents dans leurs compétences parentales
- Axe 3 : Repérage de la souffrance et des troubles psychiques par les professionnels et l'entourage
- Axe 4 : Identification de l'offre de soins spécialisée et de 1^{er} recours
- Axe 5 : Accessibilité à des soins de proximité selon les territoires et les populations
- Axe 6 : L'accompagnement vers une demande de soins pour certains publics

Ces axes problématiques concernent les thématiques suivantes du décret du 29 juillet 2017 : l'accès de la population au diagnostic et aux soins psychiatriques, les situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes, l'éducation à la santé et les actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique.

Axe 1. La connaissance du sujet de la santé mentale par la population générale

Les membres du groupe ont évoqué la difficulté à préciser les contours d'un sujet qui dépasse le cadre de la prise en charge de pathologies modérées ou sévères mais implique un état de bien-être individuel et collectif de l'ensemble de la population générale.

L'éducation à la santé mentale de la population suppose que l'ensemble des dimensions de la santé mentale (satisfaction des besoins fondamentaux, soutien social, estime de soi) soient appropriées par la population afin qu'ils puissent s'inscrire dans une démarche de prévention. Cette appropriation concerne aussi les professionnels qui accompagnent l'ensemble de la population : les écoles, les entreprises, les bailleurs sociaux et sont susceptibles de mettre en œuvre une politique locale de prévention.

Ensuite, certains thèmes ne sont pas ou peu explorés auprès du grand public : la dépression, les troubles anxieux, importance de parler aux nouveaux nés, etc. Enfin, il est difficile sans une observation sociale préalable de cibler des actions d'information et de prévention vers certaines catégories de populations.

En amont d'une action d'information à destination du grand public, il a été relevé la difficulté pour l'ensemble des professionnels de santé et du secteur social de construire un langage commun autour de ce sujet.

Les constats

Les effets observés sur les personnes concernées ou l'entourage :

- Difficulté de compréhension des troubles psychiques par l'entourage
- Absence de demande vers les services de santé
- Souffrance et « décompensation » à l'école, dans le travail

- Déscolarisation, désocialisation
- Comportements addictifs

Pouvant s'expliquer par :

Environnement social :

- Représentation culturelle de la « folie »
- Confusion entre les problématiques de santé mentale et les problématiques sociales
- Méconnaissance des troubles psychiques (distinction entre les manifestations et les causes)
- Trop peu d'espaces médiatisés favorisant les interactions sociales et un soutien social à l'école comme dans les entreprises
- Culture sociale du faire plutôt que de l'être, exigence d'« efficacité » immédiate
- Difficulté à sortir du cadre social normatif, à accepter les différences
- « Santé mentale positive » vulgarisée et commercialisée (stages de bien-être, lieux zen,...)

Politiques publiques :

- Absence de communication et d'information « grand public » sur la santé mentale

Les pistes d'amélioration envisagées :

<ul style="list-style-type: none"> -En milieu scolaire, favoriser le bien être individuel et collectif (CPS) dans des temps extra-scolaires dédiés -Mettre en place des témoignages dès la maternelle sur le handicap, la sensibilisation aux différences
<ul style="list-style-type: none"> -Dans le milieu du travail, former et sensibiliser sur les liens entre organisation du travail et santé mentale
<ul style="list-style-type: none"> -Mener une journée d'action commune inter- institutionnelle (Affichage, radio, journaux, ...) avec conférences, rencontres collectives,
<ul style="list-style-type: none"> -Renfort de l'organisation et des moyens dédiés aux semaines d'information en santé mentale (cafés débats ; conférences ; formations, informations, sensibilisation)

Axe 2. L'accompagnement et le soutien des parents dans leurs compétences parentales

Les actions de soutien à la parentalité visent à accompagner les parents en difficulté durable ou passagère dans leur rôle éducatif quotidien auprès de leurs enfants. Ce soutien peut être déterminant en vue de prévenir l'émergence de troubles psychiques chez l'enfant.

Les participants ont insisté sur le fait que les situations de vulnérabilité peuvent concerner potentiellement tous les parents, quelle que soit leur situation sociale.

Les interrogations soulevées ont porté sur la manière d'accompagner les familles en difficulté : comment ne pas être stigmatisant ? Comment intervenir de manière suffisamment précoce dans la relation parent/enfant ? Comment assurer la continuité de l'accompagnement des parents ?

Les participants ont relevé la difficulté à rendre visibles et à articuler les actions de soutien à la parentalité. Bien souvent, la rencontre se fait tardivement lorsque la famille ne parvient plus à faire face à ses difficultés et que le trouble psychique semble installé.

Les constats

Les effets observés sur les personnes sont :

- L'isolement des parents, sentiment d'épuisement, risques de troubles pour les parents eux-mêmes
- Les violences intrafamiliales
- La culpabilisation ou banalisation des troubles
- Le déni des troubles ressentis par les parents et/ou l'enfant et absence de suivi

Cette problématique peut s'expliquer par des causes liées à :

Individu et entourage :

- L'éclatement des groupes familiaux, le manque de soutien social
- Les difficultés des parents dans certains contextes socioprofessionnels

Pratiques professionnelles :

- La difficulté à systématiser l'accompagnement des futurs parents, le manque de soutien, dans le temps, des professionnels de la périnatalité aux jeunes parents
- L'absence d'accompagnement précoce dans la relation parent/enfant
- Le lien des familles avec le médecin peut être difficile : certains éléments sont cachés, parfois à cause de la crainte d'être mal jugé dans sa fonction parentale

Organisation des services sanitaires et sociaux :

- Peu de lieux généralistes identifiés pour l'accueil parents/enfants

Les pistes d'amélioration envisagées

Engager une réflexion sur les modalités de soutien aux familles des enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance
Créer un lieu d'accueil généraliste de soutien à l'enfance et à la parentalité adaptable aux différents niveaux de demande exprimées par les parents
S'appuyer sur les RDV obligatoire avec les parents durant la grossesse et après la naissance comme des outils de prévention afin de repérer les difficultés et les suivre au long cours

Axe 3. Le repérage de la souffrance et des troubles psychiques par les professionnels et l'entourage

Les difficultés évoquées au cours des réunions sont multiples : la capacité d'observation et d'interprétation de signes cliniques, le sentiment de légitimité à transmettre ces signes, le sentiment

d'isolement du professionnel ou de l'entourage, l'interrogation sur l'écart acceptable entre la norme et le comportement observé.

Les problématiques sont différentes selon les contextes évoqués : absences de sensibilisation des employeurs dans le cadre de l'entreprise, « survigilance » dans le cadre scolaire qui conduit à psychiatriser certains comportements, absence de cadre collectif pour les assistantes maternelles afin de transmettre une première appréciation.

Ces difficultés sont souvent suscitées par l'absence de temps d'écoute pour faire émerger la parole des usagers, d'échanges entre professionnels pour porter un regard croisé sur la nature des troubles.

Les constats

Les effets observés sur les personnes sont :

- L'isolement, absentéisme de l'agent sur son poste de travail, marginalisation
- L'aggravation des troubles, retentissement sur l'environnement de la personne
- La maltraitance intra familiale
- Les demandes de soins inappropriés, la saturation des services de soins généralistes, l'absence d'orientation vers des soins spécialisés.

Cette problématique peut s'expliquer par des causes liées à :

Individu et entourage :

- Le repérage difficile en fonction des troubles présentés
- La variabilité de l'acceptation des troubles et des soins appropriés, selon l'environnement social
- Le déni des familles vis-à-vis des troubles de leur enfant
- Le défaut de connaissance des besoins de l'enfant (quand il y a un changement de familles d'accueil)
- Les déplacements géographiques des personnes

Environnement social :

- Le manque de disponibilité pour un 1^{er} niveau d'écoute dans les entreprises, la procédure complexe en entreprise pour consigner le « comportement problème » d'un agent
- Les interrogations sur la normalité et le respect de la subjectivité
- La stigmatisation des structures de 1^{er} recours comme la PMI

Pratiques professionnelles :

- Le manque de formation au repérage en milieu scolaire
- Le manque de temps dédié à la prévention et au repérage des troubles psychiques pour les professionnels de santé
- Le manque de formation des travailleurs sociaux sur les troubles du développement de l'enfant en situation de maltraitance
- Le sujet de la maltraitance difficile à aborder avec les parents, par les professionnels de santé libéraux et les professionnels de la petite enfance
- Le manque d'échanges entre professionnels de terrain et spécialistes en santé mentale
- La difficulté de passer d'une perception d'un trouble, de le repérer puis d'orienter vers l'interlocuteur approprié

Organisation des services sanitaires et sociaux :

- Le manque de lieux de repérage sans connotation médicale (espace conseil)
- Le cloisonnement renforcé par la création de nouveaux dispositifs spécifiques
- La prise en charge précoce partenariale (sociale et médicale) insuffisante
- L'absence de médecin référent des enfants placés (changement de famille d'accueil)

- L'absence de visite sociale systématique de l'enfant non accueilli en collectif - Pas de dépistage réalisé à domicile
- Le temps d'attente importants dans les CMP-CMPP
- Les difficultés d'orientation par manque d'information et de lisibilité sur les structures et professionnels du dépistage, ainsi que sur les conduites à tenir
- L'absence d'appui et de regard pluridisciplinaire en raison de la forte spécialisation des structures

Politiques publiques :

- Le manque de moyens du service placement/AED du CD82
- Le manque de moyens humains en psychiatrie, en médecine du travail au regard de la hausse annoncée de la démographie dans le département
- Le non remboursement des psychologues libéraux par l'assurance maladie

Les pistes d'amélioration envisagées

Formation action à destination de l'ensemble des partenaires :

- Améliorer la connaissance de l'offre en santé mentale
- Améliorer les connaissances sur les aspects juridiques, les transmissions d'information, les soins sans consentement /
- Repérage des troubles psychiques et sensibilisation à la santé mentale (signes d'alerte) au travail, chez les acteurs sociaux, les bailleurs sociaux de proximité, les employeurs

S'appuyer sur une personne ressource "**santé mentale**" dans l'institution à l'origine du repérage qui garde le lien avec la personne (annonce/explication/orientation) (réfèrent à contacter par les professionnels hors champ psychiatrie si une difficulté se présente)

Axe 4 : L'identification des missions de l'offre de soins spécialisée et de 1^{er} recours

Les acteurs soulignent leur difficulté à percevoir précisément les missions des différents partenaires investis dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Ceci rend difficile une approche globale et graduée de la prise en charge de la personne. Il en résulte des accès tardifs aux soins, des ruptures de soins, une dégradation de la situation de la personne.

Les **soins de premier recours**, aussi appelés soins primaires ou soins de proximité, représentent le premier niveau de contact entre la population et le système de santé. Selon l'article L. 1411-11 du Code de la santé publique, ces soins comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- 4° L'éducation pour la santé.

Appliqué au champ de la santé mentale, cette définition concerne, outre les services de psychiatrie (urgences et CMP), l'ensemble des intervenants qui vont identifier et évaluer les besoins émergents, adresser et suivre les personnes. On peut citer de manière non-exhaustive la médecine scolaire, les services de protection de l'enfance, de PMI, de santé au travail, les médecins généralistes, les psychiatres et psychologues libéraux, le CAMSP et le CMPP, les maisons des adolescents, etc.

Selon les participants, la définition réglementaire des soins de premier recours ne suffit pas pour constituer un réseau d'acteurs identifié autour de missions précises. Des interrogations ont notamment

été soulevées sur la nature des informations à traiter dans ce premier niveau, la nature des collaborations professionnelles avec les services de psychiatrie spécialisées de second niveau.

D'autre part et concernant les soins spécialisés à un second niveau de recours, les participants ont relevé le fait que le découpage des structures par publics, par pathologies et par territoires n'est pas toujours compris par les professionnels et a fortiori par les usagers. Il est ainsi difficile de discriminer les spécificités des lieux de soins (Hôpital de jour, CAMPA). La compréhension des sigles des structures et des dispositifs spécifiques pour des pathologies ou des tranches d'âge, des modalités de recours et de fonctionnement peuvent aussi constituer un obstacle à une bonne orientation.

Pour certains troubles qui renvoient à des disciplines différentes, la spécialisation de l'offre rend difficile l'accès aux soins et une prise en charge globale. Les situations des personnes âgées qui sont atteintes de troubles psychiatriques et cognitifs ont ainsi été citées.

Les constats

Les effets observés pour les usagers peuvent être :

- Le retard dans la prise en charge qui génère une aggravation des troubles
- La désorientation des personnes dans leur demande de soins avec parfois un détournement hors du champ psychiatrique (internet)
- L'errance diagnostique avec de multiples avis spécialisés ;
- La majoration de l'isolement des personnes et de leur entourage
- La mauvaise orientation des patients suite à un premier contact et demande multiples des familles pour différents types de consultations et d'évaluation diagnostique
- L'absence de prise en charge des patients qui ne sont pas dans les situations les plus « bruyantes »
- La réticence des patients à communiquer des informations au médecin traitant
- Le recours non-optimal aux urgences

Cette problématique peut s'expliquer par des causes liées à :

Individus et entourage

- L'incompréhension du système de soins pour certains publics
- La réticence des patients à communiquer des informations au médecin traitant

Pratiques professionnelles

- L'absence d'un guide simple, actualisé sur les ressources existantes pour les professionnels
- Le temps nécessairement long pour observer le comportement de la personne, ses troubles et formuler un diagnostic
- La difficulté d'organiser la relation de confiance de la triade : patient/médecin traitant/secteur psy
- Le manque de communication entre les acteurs de 1^{er} niveau entre eux
- La distinction insuffisante entre le moment du repérage, l'évaluation des troubles, le diagnostic
- Le manque de connaissances cliniques et organisationnelles communes à l'ensemble des professionnels de santé; le manque de formation des médecins généralistes sur certains tests de diagnostic
- Le manque de connaissance des missions des acteurs du soin en santé mentale (médecine du travail, médecine scolaire, CMP, CMPP, CAMSP...)
- Le manque de retours d'informations de la part des services hospitaliers vers les intervenants du 1^{er} niveau

Organisation des structures et services sanitaires et sociaux :

- Le défaut d'outils de régulation de la demande de diagnostic formulée par un médecin traitant
- Le manque d'appui à la coordination des parcours et des pratiques professionnelles

-La difficulté d'orientation par manque d'information et de lisibilité sur les structures et les professionnels du dépistage

Politiques publiques :

-La difficile identification des structures de soins compétentes en fonction du territoire (différence entre CMP et CMPP)

-La définition incertaine des périmètres des acteurs de premier recours (généraliste) et second recours (spécialisés)

-L'incertitude sur le positionnement des CMP et le soutien des pouvoirs publics dans l'exercice de leurs missions généralistes.

Les pistes d'amélioration envisagées

-Cartographier de manière dynamique les structures et les situations prises en charges
-Créer un site internet / Appli permettant de centraliser l'ensemble des dispositifs existants / instances de coordination (cibles et objectifs de ces instances)

-Articuler les missions CMP avec les CMPP et CAMSP.

Axe 5 : Accessibilité à des soins de proximité selon les territoires et les populations

La question de l'accès aux dispositifs peut être appréhendée selon trois dimensions de l'accessibilité:

- L'accessibilité **géographique** concerne l'offre de service disponible sur un territoire, ainsi que les moyens qui sont mis en œuvre pour les rendre accessibles (transports en commun ou à la demande, rampes d'accès...)
- L'accessibilité **financière** désigne le coût monétaire des services en eux-mêmes, ainsi que les coûts associés : le prix du transport, l'avance de la consultation, etc.
- L'accessibilité **sociale** correspond aux facteurs sociaux, individuels ou collectifs, qui favorisent ou entravent le recours aux soins ou aux dispositifs. Par exemple : le vécu des personnes vis-à-vis du système de soin, la réputation de telle structure, l'accès à l'information, l'acceptation ou non du traitement et/ou du suivi, la peur d'être hospitalisé ;

Afin d'expliquer pourquoi certaines personnes présentant des troubles psychiatriques ou une souffrance psychique n'ont pas de prise en charge psychiatrique, la question du maillage géographique, de la densité et la diversité de l'offre de soins de proximité a été évoquée très fréquemment dans les échanges.

Par ailleurs, le degré de soins requis varie d'un individu à l'autre. L'identification du degré de soins adéquat nécessite une évaluation continue et systématique de la réponse au traitement. Cette adéquation du degré de soins doit pouvoir s'appuyer sur une palette de soins suffisamment diversifiée. Or, certains participants ont évoqué des absences de prise en charge intermédiaires ou de solutions d'hospitalisations pour certains publics.

Les constats

Les effets observés pour les usagers peuvent être :

-Les délais d'attente importants pour un RDV en CMP, particulièrement en pédopsychiatrie.

- Le renoncement aux soins dans certaines zones géographiques du département
- Le recours inadéquat aux urgences en raison d'une absence de réponse ambulatoire (sectorisée ou non)
- le recours exclusif aux CMP en raison de leur gratuité pour les personnes en situation de précarité
- Des hospitalisations par défaut de solutions transitoires vers une sortie en milieu ordinaire ;
- des admissions en prison par défaut de prise en charge ;
- des refus d'admission en établissement médico-social ;

Cette problématique peut s'expliquer par des causes liées à :

Individu et entourage :

- le manque de moyens de locomotion de certains publics
- La précarité financière de certains publics

Pratiques professionnelles :

- le manque de sollicitations des équipes de 1^{er} recours (médecins généralistes, infirmiers libéraux) pour des premières actions de repérage et d'évaluation
- Les interrogations éthiques des équipes de secteurs psychiatriques et les modalités d'une évaluation au domicile de la personne
- Le manque de mutualisation des expertises des différentes structures pour développer des solutions innovantes

Organisation des structures et services sanitaires et sociaux :

- La démographie insuffisante voire inexistante sur certains territoires des médecins généralistes, des psychiatres et des psychologues libéraux
- L'accès inégal aux soins ambulatoires selon l'implantation géographique des CMP
- La concentration des structures ambulatoires et des soins de ville dans les zones urbaines
- L'hétérogénéité des dispositifs de psychiatrie infantile-juvénile entre les parties est et ouest du département
- L'ouverture de certaines structures sur des créneaux horaires inadaptés aux contraintes professionnelles

Politiques publiques/réglementation :

- Le coût d'une prise en charge psychologique en ville
- Le coût de certaines prises en charge spécialisées (psychomotricité, orthophonie)
- Le manque de moyens des CMP pour faire face à une hausse de la démographie et des files d'attente, proposer toutes les formes de thérapies
- Le manque d'équipes mobiles pour assurer le passage vers des soins ambulatoires ;
- Le difficile accès à des soins de faible intensité en raison du déficit d'offre de soins en psychiatrie libérale infantile-juvénile ;
- Le manque de ressources de consultations psychologues libérales remboursées pour les enfants de 3 à 12 ans
- Pour les personnes atteintes de troubles TSA de moins de 16 ans, le manque des places en hospitalisations complètes. Ceci a conduit à des hospitalisations lointaines dans le Lot
- Les lieux d'accueil en dehors de l'hospitalisation insuffisants : l'absence de famille d'accueils thérapeutiques, de lieux de vie ;

Les pistes d'amélioration envisagées

-Développer l'hospitalisation à domicile et les hospitalisations séquentielles

-Développer des relais de prise en charge à domicile : infirmière de Pratique Avancée, Infirmière Diplômée d'Etat Libérale

-Développer une équipe mobile sanitaire psychiatrique pour soutenir la réhabilitation psychosociale des publics les plus sévèrement touchés (vers un soutien SAMSAH-Psy, puis SAVS)

-Développer les SAMSAH psy (relais vers des soins ambulatoires)

-Renforcer en moyen humains et matériels dans les CMP

-Lancer l'expérimentation Ecoute-moi pour les 11-25 ans : mise à disposition de plaquettes/flyers et orientation vers un psychologue libéral (forfait 12 séances)

-Favoriser le remboursement des consultations de psychologues libérales pour les enfants âgés de 3 à 12 ans

Axe 6 : L'accompagnement vers une demande de soins pour certains publics

A l'âge adulte, la non-demande de la part des intéressés, par déni de la maladie, constitue une difficulté réelle d'accès que l'on rencontre beaucoup plus rarement dans le cas des maladies somatiques. Elle peut être liée au fait que les personnes soient exclues socialement ou/et de leur déni des troubles.

Les constats

Les effets observés pour les usagers peuvent être :

- L'hospitalisation sous contrainte souvent le seul levier pour enclencher les soins à défaut d'adhésion
- L'aggravation des problématiques individuelles, fragilisation des liens sociaux
- Le recours aux urgences en situation de crise et l'effet traumatisant qui rend difficile une demande ultérieure de soins

Cette problématique peut s'expliquer par des causes liées à :

Individus et entourage :

- Le découragement devant la chronicité de la maladie
- La peur et appréhension de la psychiatrie, peur de la perte d'emploi
- L'isolement de la personne et des aidants
- La barrière de la langue pour certains publics afin de formuler une demande de soins
- L'absence de prise de conscience du besoin de soins par la personne dès lors qu'aucune difficulté n'est rencontrée par la personne dans les actes quotidiens de la vie
- L'absence de demandes dans les situations importantes d'isolement social

Pratiques professionnelles :

- Le manque de connaissance des professionnels sociaux et médico-sociaux de l'organisation des services de psychiatrie

- Le manque de sentiment de légitimité des professionnels sociaux à susciter, auprès des personnes suivies, une adhésion vers les soins
- La difficulté à objectiver la nécessité d'un recours aux urgences
- Le manque de réactivité et de compétences pour savoir ce qu'il faut faire (conduites à tenir) lorsqu'un trouble est repéré

Organisation des structures et service sanitaires et sociaux :

- Le manque de lieu d'accueil intermédiaire (non-étiqueté psychiatrie) qui constitue un préalable aux soins
- La multiplicité des intervenants complique l'adhésion des parents à la démarche de soins

Les pistes d'amélioration

-Promouvoir l'accessibilité de l'**interprétariat médical** pour les consultations psy + consultations d'ethno-clinique

-Créer une équipe mobile qui puisse intervenir à la demande de la personne ou de son entourage pour dans son lieu de vie organiser l'accès aux soins

-Développer l'intervention des équipes mobiles dans les établissements sociaux et médico-sociaux

LA PRISE EN CHARGE ACTIVE

Au regard des thématiques mentionnées par l'article 3234-3 du décret du 27/07/2017, ce groupe de travail a traité de 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, la prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique ainsi que l'organisation de la réponse à ces situations, l'accès aux soins somatiques et le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques ; les situations de défaut de prise en charge ou de prises en charges inadéquates ou insuffisantes.

Axe 1 : la coordination de premier niveau et de second niveau

Axe 2 : L'accès et la qualité de prise en charge pour les soins somatiques

Axe 3 : L'exercice des droits et libertés dans les établissements, sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Lorsque le patient est entré en contact avec un point d'entrée du système de soins, les objectifs d'une prise en charge active sont multiples :

- favoriser la continuité des soins, l'observance des traitements et la réduction des symptômes ;
- favoriser la réadaptation (développement des habilités sociales) et améliorer la qualité de vie de la personne.

Cette prise en charge active de la personne doit s'appuyer préalablement sur la satisfaction des besoins fondamentaux de la personne (sécurité, revenus, hébergement, accès aux droits, etc.) puis favoriser la socialisation de la personne.

Le besoin de coordination exprimé par les participants vise à articuler les actions des différents professionnels autour de ces différents objectifs et de créer une responsabilité partagée en favorisant la circulation de l'information.

Cependant, la multiplicité des objectifs liés à la fonction de coordination et la multiplicité des structures qui l'exercent rendent cette notion polysémique et difficile à préciser pour la plupart des intervenants. Elle est d'autant plus difficile à définir que l'intensité de la coordination et son périmètre varient en fonction de la complexité des situations et du degré de soins requis.

Une coordination défailante réduit la possibilité d'accès à l'ensemble des soins et services. Ceci se vérifie sur l'accès et la qualité des soins somatiques.

Elle doit s'appuyer sur une diversité suffisante de soins et de services et un patient acteur de ses choix par un plein exercice de ses droits et libertés.

Axe 1 : La coordination de premier niveau et de second niveau

La définition de la fonction de coordination est incertaine quant à la personne ou l'institution qui l'incarne. Son articulation avec les notions de référence médicale ou d'accompagnement social peut rendre la notion plus complexe. Elle est également incertaine quant à ses bénéficiaires : s'agit-il des patients à un premier niveau ou d'un appui à des professionnels à un second niveau ?

Les participants distinguent la coordination exercée de manière courante par toutes des structures d'accueil et de soins de la coordination mise en place de manière ponctuelle afin de résoudre une prise en charge problématique. Il est difficile pour l'intervenant pivot d'identifier et mobiliser le périmètre pertinent des partenaires impliqués, de transmettre les informations et les données utiles de façon régulière, afin de fluidifier et gérer le passage entre les différents services.

La coordination territoriale de second niveau consiste à articuler dans un territoire donné les interventions, missions et compétences des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués par des problématiques de santé mentale. Elle vise également à modéliser les modalités de collaborations entre ces différents acteurs.

Afin de fonctionner, elle doit reposer sur des espaces institutionnalisés à l'échelon local où les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux vont pouvoir connaître le contenu de l'ensemble services dispensés par les autres, en faire une analyse critique afin de faire évoluer les pratiques et les organisations.

Ces espaces de concertation entre les professionnels ne sont pas suffisamment identifiés dans le département.

Les constats

Les effets observés pour les usagers peuvent être :

- Le cloisonnement des prises en charge sans une vision globale des soins ;
- Le recours aux urgences de manière plus fréquente ;
- La sous-utilisation des ressources existantes ; le manque d'accompagnement de la personne crée une dispersion entre les différents dispositifs ;
- la réticence des établissements sociaux et médico-sociaux à accueillir des personnes en situation de handicap psychique en l'absence de médecin référent ;
- La perturbation lors du passage du secteur de la pédopsychiatrie vers le secteur adulte.
- Le manque de prise en charge sociale des personnes pouvant entraîner des échecs de prise en charge thérapeutique (ex : absence de logement) ;
- Le manque de réactivité des espaces de coordination face à des situations de crises ;
- Les coordinations spécialisées se développent au détriment d'un accès en 1^{er} recours aux différentes structures et services ;
- Les professionnels hors du champ de la psychiatrie se sentent souvent démunis et isolés face à des personnes présentant des troubles psychiques ;
- Les professionnels de santé se sentent démunis et inutiles dans certaines situations où certains besoins fondamentaux de la personne ne sont préalablement satisfaits.

Cette problématique peut s'expliquer par des causes liées à :

Pratiques professionnelles :

- Les échanges entre les structures reposent essentiellement sur les relations interpersonnelles ;
- Le manque de visibilité sur les finalités des différentes réunions de synthèse (réflexion ou décision) ;

- Certains professionnels peuvent ne pas savoir quelles informations ils peuvent partager avec quelles institutions et quels professionnels ;
 - L'absence d'évaluation partagée avec des critères reconnus par tous qui conduit à ne pas avoir de définition commune de l'urgence et de la situation complexe ;
 - Le manque d'association des familles aux décisions du projet de soins ;
 - La difficulté d'appréhension du secret médical et du secret partagé quand une personne relève du champ médical et judiciaire ;
- Le manque de temps pour formaliser ce qui est fait ensemble, analyser les pratiques dans un cadre territorial élargi ;
- Chaque profession définit la coordination de son propre point de vue : il manque un dialogue interculturel sur les finalités et le contenu de la coordination.

Organisation des structures et des services :

- Le manque de prise en compte de la nécessité d'un accompagnement social préalable pour certains usagers en difficulté sociale
- L'absence d'interlocuteur privilégié au sein des structures ; l'absence de personne « fil rouge »
- Le CMP reste une structure de passage qui ne peut organiser un suivi au long cours de la personne. Il est difficile que le médecin psychiatre cumule la fonction de référence médicale et de coordination
- Le turn-over des référents est important au sein des structures, qui peinent à porter collectivement la référence.
- L'incertitude sur le positionnement des tuteurs dans l'accompagnement des personnes.
- Le périmètre des acteurs impliqués dans les espaces de coordination n'est pas toujours adéquat, avec un notamment un manque d'inclusion des professionnels de santé paramédicaux (Infirmiers, ...)
- Le défaut de formalisation des tâches de coordination, de description des situations qui nécessitent une coordination ;
- La coordination implique beaucoup d'intervenants en l'absence de structure d'accueil ;
- Multiplicité des structures de coordination qui nuit à leur efficacité.
- Manque d'outils dédiés de communication, de plateformes d'orientation
- Les espaces de coordination sont trop hospitalo-centrés,
- Les espaces de coordination sont trop centrés sur la gestion de situations individuelles et manquent de niveau stratégique ;

Politiques publiques/réglementation

- La référence médicale qui assure le suivi de la personne dépend de l'adresse du domicile
 - L'absence de désignation du responsable de l'accompagnement social au long cours d'une personne qui relève de plusieurs champs.
 - Le pivot du système de santé reste le médecin généraliste, lequel n'a pas les moyens d'exercer une fonction de coordination.
- Incertitude sur l'entité qui porte la coordination territoriale, sa légitimité et sa relation avec les espaces de coordination de 1^{er} niveau.

Les pistes d'amélioration

Mettre en place un référentiel médico-social commun par public;

-Promouvoir et consolider l'utilisation du dossier médical partagé dans un souci de confidentialité, ou d'un dossier équivalent avec une liste des intervenants identifiés, la mention de l'accord de la personne, le référent de l'hôpital ou du CMP (s'inspirer du modèle du dossier communiquant en cancérologie) -Former les intervenants sanitaires et sociaux à l'utilisation du DMP et des différents niveaux de communication
-Créer une plateforme d'échanges - Newsletter - Centraliser les CR de réunions
-Création de fiches de liaison entre IDE libérale à domicile et IDE hospitalière via médimail (NB : déjà fait en intra-hospitalier)
-Création d'un référent médical ASE au Conseil Départemental
-Mettre en place des actions d'appui (RCP, analyse de pratiques) récurrentes, 3 fois par an, dans des lieux de coordination de 1er niveau (MSP, CPTS) en impliquant les maisons des solidarités -Mettre en place un dispositif pluri professionnel de gestion des situations complexes pour le public adulte en risque de précarité sociale (sanitaire)
-Répertorier toutes les instances de coordination et leurs cibles – -Clarifier les objectifs et les périmètres des réunions avec un temps de secrétariat dédié, assurer un suivi et communiquer sur les suites des réunions
-Désigner un référent dans chaque structure, interlocuteur auprès des éléments extérieurs (famille, lieu de travail, médecins et autres intervenants) ; formaliser ses missions
-Mettre en place le Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie (Le premier niveau assure les soins pour les personnes avec des troubles légers et/ou fréquents dès lors qu'il y a gratuité des soins avec appui de la psychiatrie) -Développer un soutien des équipes de 1er recours via la télémédecine et la téléconsultation -Développer les liens entre les CMP et les MSP (locaux, protocoles de prise en charge)

Axe 3 : L'accès et la qualité de prise en charge pour les soins somatiques

La prévalence des pathologies somatiques chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères est élevée. Par exemple, parmi les maladies physiques en cause dans la surmortalité observée chez les patients schizophrènes, figurent au premier plan les maladies cardio-vasculaires, dont les facteurs de risques sont l'obésité, le tabagisme, la sédentarité, le diabète.

Selon les participants, la formulation d'une demande de soins somatiques, ainsi que la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques est plus complexe. Les troubles perturbent la relation soignant/soigné. Ceci peut constituer des freins à l'accès à des soins somatiques ou réduire la qualité de la prise en charge lorsqu'elle a lieu.

Les constats

Les effets observés peuvent être :

- La sous-estimation de certains troubles avec le prétexte de la maladie psychiatrique avec des retards de diagnostics
- La sous-utilisation des bilans de santé à l'hôpital de jour enfant

- La sous-utilisation des dispositifs spécifiques, tels que le dispositif de bilan de santé de la CPAM, PASS Dentaire
- L'Absence de suivi gynécologique ; les grossesses non-désirées ;
- L'Impossibilité de remplir correctement le dossier médical et MDPH avec des éléments somatiques manquants dans l'évaluation de la personne
- Le retard de prise en charge de pathologies aiguës
- Les Conduites à risques (risques infectieux lors d'usage de drogues, comportements sexuels)
- Etat bucco-dentaire précaire.
- Des soins non-réalisés de façon régulière et adaptée

Cette problématique peut s'expliquer par des causes liées à :

Individu et entourage :

- La difficulté des personnes à aller vers les soins somatiques en raison de troubles cognitifs ; sentiment de persécution ; croyance en l'au-delà ; peur de l'empoisonnement ; modes de relation particuliers
- Des parents démunis face aux troubles de leurs enfants lors d'une consultation

Pratiques professionnelles :

- La stigmatisation de la psychiatrie à l'hôpital qui conduit à des refus d'hospitalisation par peur de troubles du comportement
- Le manque d'appréhension des interactions entre les problématiques psychiques et les problématiques somatiques
- Les difficultés pour appliquer un traitement antalgique qui soit adapté, pour adapter le bon traitement et une bonne prise en charge
- Le manque d'informations données aux patients ;
- Le manque de prise en compte des interventions des professionnels paramédicaux qui suivent au domicile le patient dans la durée ;
- La méconnaissance du diagnostic psychiatrique par les équipes de soins somatiques ;

Organisation des structures et des services :

- La segmentation entre soins psychiatriques et somatiques ;
- Le manque d'actions de prévention sur les soins somatiques ;
- Le manque de liens des CMP avec les médecins généralistes (sauf en cas d'adressage par ce dernier)
- Les dépistages et le suivi somatique régulier difficiles à mettre en place dans les ESMS
- Le manque d'utilisation de l'hôpital de jour pédiatrique ;
- Un certain épuisement dans les filières identifiées pour les patients difficiles (des RDV identifiés) - filières dentaires par exemple ;
- Des moyens consacrés au suivi somatique différents en fonction des ESMS.

Les pistes d'amélioration

-Créer un carnet de route pour chaque patient (document que le patient aurait en sa possession)
-Recruter des soignants avec une expérience de la psychiatrie dans le secteur des soins somatiques
-Former les professionnels à la prise en charge somatique spécifique aux personnes atteintes de troubles psychiques (syndrome métabolique, conséquences somatiques du traitement, douleur en psychiatrie, ...)
-Former les aidants, personnes de confiance à accompagner la personne en consultation

-Assurer la présence d'un MG ou pédiatre en pédopsychiatrie
-Développer les postes de case manager au sein des MSP Définir les missions et compétences des case-mangers au sein des MSP
-Ouvrir une consultation de médecine générale à l'hôpital pour des personnes déjà identifiées (spécialité de médecine générale pour les patients atteints de troubles psychiques)
-Travailler le consentement des usagers de la psychiatrie : travailler sur les représentations, la confiance entre le patient, sa famille et les soignants, rôle du tuteur, ...
-Mettre en place une équipe mobile de généralistes /IDE (réalisation d'exams, réalisation de 2-3 consultations) pour aller dans les déserts médicaux, ou pour des personnes qui ne sortent pas de chez eux
-Mettre en place des formations croisées des professionnels somatiques et psychiatriques -Proposer des formations autour de la stigmatisation -Organisation de soirées, conférences (ex : un mercredi par mois --> rencontres, information, décroisement, convivialité, débats, projection d'un film, intervenants, ...)
-Généraliser la formation des internes de médecine générale pendant 2 semaines dans un service de psychiatrie

Axe 3 : L'exercice des droits et libertés dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Le groupe de travail sur la promotion et le respect des droits des usagers a commencé sa réflexion en partant du constat que les pratiques sont parfois différentes d'une structure sanitaire ou médico-sociale sur des questions comme la contention, l'accès à un téléphone portable, le maintien des liens avec la famille etc.

Les constats

Cette problématique peut s'expliquer par des causes liées à :

Les effets observés peuvent être :

- L'amplification des conduites à risques ;
- Le risque de violences et de conflits ;
- Les capacités d'apprentissage et de l'autonomie diminuées ;
- Un sentiment moindre de responsabilité pour l'usager

Individu et entourage

- La méconnaissance des citoyens de leurs droits fondamentaux ; difficultés d'accès à une information juste concernant les droits ;
- L'approche des familles peut restreindre l'exercice des droits (exigence de loyauté, situations d'emprise familiale)
- Les représentations ou aspirations liées à l'exercice des droits et des libertés sont différentes en fonction des individus.

Pratiques professionnelles

- La primauté du principe de précaution sur le respect des libertés dans la gestion des risques
- Projection des valeurs des professionnels sur « ce qui est bien pour le patient »
- L'Insuffisance des démarches de réflexion éthique sur l'exercice de droits et libertés

Environnement social

- Les tabous autour de la sexualité et des addictions – Des thèmes très peu abordés dans les institutions ;
- La variabilité de l'exercice des droits selon le public accueilli (handicap, âge).

Organisation des structures et services sanitaires et sociaux

- La difficulté à articuler vie privée et vie collective dans la structure ;
- Le manque de connaissance des cadres légaux (Règlements intérieurs non-conformes) ;
- Le manque de consultation des usagers

Politiques publiques (++)

- Les moyens alloués pour que les établissements puissent s'ajuster aux évolutions sociales, le réaménagement des droits (ex : accès à internet est un service payant) ;
- L'absence de structure qui centralise l'information sur les droits des usagers
- Les Difficultés d'accès à une information juste concernant les droits de l'individu (un seul contrôleur des libertés pour l'ensemble de la France)
- Le manque de connaissances sur l'interlocuteur à qui s'adresser.

Les pistes d'amélioration

Instaurer des temps d'échanges réguliers des professionnels au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux avec les familles des usagers tous les 3 mois
Engager une réflexion des établissements médico-sociaux sur le rôle des pairs-aidants dans l'élaboration du projet de vie des usagers, la possibilité d'association à la vie de l'établissement
Mettre en place des groupes de réflexion inter établissement sur les droits à la vie socio-affective (exemple du droit à la maternité, sexualité)

LE SUIVI ET L'INSERTION DES USAGERS

Faisant suite au questionnement autour de la prise en charge active, ce groupe a travaillé autour de la question de l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques. Il s'est agi de s'interroger sur la notion de réhabilitation psychosociale entendue comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté. Ainsi, cette notion revêt deux dimensions :

- Une dimension individuelle : ensemble d'actions de soins à l'intention de la personne souffrant de troubles psychiques.
- Une dimension collective : ensemble d'actions en direction de la société afin qu'elle soit plus porteuse et plus apte à l'accueillir. Cette dimension vise à ce que la personne souffrant de troubles psychiques soit considérée comme un citoyen à part entière.

Le groupe de travail a identifié les différents espaces et lieux de vie qui permettent à une personne présentant des troubles psychiques d'acquérir une autonomie et une indépendance vis-à-vis de la communauté :

- Le logement,
- Le travail et l'emploi,
- La scolarité,
- Les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux,
- Les autres lieux de socialisation.

Pour chaque espace et lieu de vie, les deux dimensions de la notion de réhabilitation psychosociale ont été abordées afin que celle-ci soit traitée dans son intégralité. En effet, les deux dimensions sont interdépendantes.

Le premier constat que les participants ont pu faire est le manque sur le département de prise en compte du handicap psychique dans l'ensemble des lieux de vie et de socialisation cités ce qui est un véritable frein à leur réinsertion dans la cité.

La méconnaissance de la population générale sur la santé mentale et les appréhensions qu'elle peut engendrer est apparue comme un facteur expliquant les difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques à accéder à ces lieux de vie et de socialisation.

Au-delà de la question de l'accès des personnes s'est également posée celle de leur maintien que ce soit, notamment, dans le logement ou dans l'emploi. Le défaut d'insight, ou le déni de la personne autour de sa pathologie est apparu comme un élément pouvant justifier les difficultés à se maintenir dans l'emploi ou dans le logement.

5 axes prioritaires ont été dégagés :

Axe 1 : L'accès et maintien des personnes atteintes de pathologies psychiques dans le logement

Axe 2 : L'accès et maintien dans l'emploi ordinaire et adapté

Axe 3 : Les besoins spécifiques de la personne dans les ESMS

Axe 4 : La scolarisation des enfants atteints de troubles psychiques

Axe 5 : L'accès aux espaces de socialisation dans la cité

Axe 1 : L'accès et maintien des personnes atteintes de pathologies psychiques dans le logement

L'ensemble des acteurs de la chaîne médicale, médico-sociale et sociale partagent le constat selon lequel l'accès au logement est primordial pour les personnes atteintes de troubles psychiques. En effet, l'absence de logement personnel renforce les risques psychiatriques. L'accès au logement ordinaire et autonome est donc un enjeu fort.

Le deuxième constat partagé est que cet accès au logement ordinaire ne peut se concrétiser que dès lors qu'un accompagnement et un étayage forts ont été mis en place, qu'ils soient sanitaire, médico-social ou social. Cet accompagnement va permettre à la personne de pouvoir être soutenue dans son projet d'accès à un logement autonome.

L'accès au logement ne peut être considéré comme une fin en soi, l'enjeu va donc être de s'y maintenir. Cela suppose que la personne puisse bénéficier d'un accompagnement actif soit à la vie quotidienne, soit social, soit professionnel qui puisse lui permettre de rester dans son logement. L'accompagnement peut aussi consister en un rôle de veille et d'alerte quand la situation du locataire commence à se dégrader.

Constat

Les effets observés peuvent être :

- La dégradation de la santé de la personne et aggravation de la pathologie psychique
- L'effet désocialisant accru, découragement, le sentiment de solitude et de peur
- L'errance des jeunes
- Le maintien dans une structure non adaptée
- Passage à l'acte délictuel augmenté, reprise des addictions
- Intervenant à domicile en difficulté
- Perte de logement

Cette problématique peut s'expliquer par des causes liées à :

Individus :

- La peur de se retrouver seul dans un logement
- Les difficultés à gérer leur logement en raison de la pathologie.

Environnement social :

- Les craintes des bailleurs sociaux à louer à ce public
- Les conditions d'accès à des logements autonomes de plus en plus difficiles
- L'offre de logements adaptés inégale selon les territoires.

Pratiques professionnelles :

- L'absence de mise en situation pour évaluer les capacités des personnes à vivre en logement autonome.
- Les intervenants sociaux à domicile en difficulté

Organisation des structures :

- Le manque d'accompagnement social et médico-social : l'accès à un logement autonome perçu comme une fin en soi
- Le manque d'intervenants sociaux et médico-sociaux en fonction du territoire
- L'absence de liens entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire
- Le manque de référent pour alerter sur les premiers symptômes d'une décompensation
- Les multiples intervenants sur certains territoires sans coordination

Politiques publiques :

- Le manque de logements accessibles (PMR) et disponibles
- Le manque de structures transitionnelles entre les établissements et le logement autonome
- L'absence d'allocation adulte handicapé (AAH) pour les 18/20ans
- Le manque de places SAMSAH/SAVS

Les pistes d'amélioration

- Créer un lieu transitionnel d'apprentissage d'appartement autonome, au sein duquel l'expérimentation se déroule sur une durée de 6 mois :
- Créer des tremplins vers les résidences accueils, appartements associatifs ou même des logements autonomes
- Promouvoir lieu de partage des compétences des équipes sanitaires et médico-sociales

-Ouvrir la possibilité d'accès à l'AAH avant 20 et le RSA avant 25 ans afin de lever l'obstacle financier à l'accès à un logement

Elargir le périmètre des mesures sociales d'accompagnement dans et vers le logement :

- sorties de logement accompagné
- sorties d'hospitalisation

Créer une équipe mobile de soutien renforcé là où vivent les personnes :

- appui à la personne dans le développement de ses habiletés
- soutien modulable pour les équipes qui accompagnent la personne (SMAD, IDEL, SAVS)
- évaluer et préparer une sortie d'IME

Axe 2 : L'accès et maintien dans l'emploi ordinaire et adapté

Au plan national, le taux de chômage des personnes en situation de handicap est de 24% et parmi elles, les personnes handicapées psychiques sont les plus concernées. L'emploi est le deuxième espace de réhabilitation psychosociale, pour autant, l'accès à l'emploi, malgré les différentes mesures en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap, reste très difficile. Sans accompagnement, bien souvent, les personnes atteintes de troubles psychiques ne vont pas au bout de leurs démarches. Pour ceux qui accèdent à l'emploi, l'enjeu va être de s'y maintenir sur du long terme.

Au niveau départemental, le constat est identique, l'accès et le maintien dans l'emploi pour les personnes présentant des troubles psychiques restent ardu.

L'accès à l'emploi est rendu difficile par l'appréhension par le monde du travail de la pathologie psychique et le maintien dans l'emploi n'est garanti que dès lors qu'un étayage médico-social et médical est mis en place tant pour le salarié handicapé que pour l'employeur.

L'insertion professionnelle, que ce soit en milieu ordinaire ou en milieu protégé est un enjeu majeur puisqu'elle constitue une condition essentielle de réhabilitation et d'insertion de la personne au sein de la société.

Les constats

Les effets observés peuvent être :

- Le parcours d'emploi instable : difficulté à se maintenir dans l'emploi, rupture du parcours d'emploi, non inclusion en milieu ordinaire.
- La perte d'estime et de confiance en soi suite à un parcours instable
- La difficulté à s'adapter au poste : temps, aménagement
- La difficulté à acquérir les compétences à son rythme

Cette problématique peut s'expliquer par des causes liées à :

Individus :

- Le déni de la pathologie en sortie d'IME/ITEP
- Les difficultés à s'adapter au poste : temps, aménagement

- Les difficultés à acquérir les compétences à son rythme
- Le Risque d'arrêts maladies plus fréquent

Environnement social :

- Les représentations faussées sur ce type de public de la part des employeurs et des autres salariés
- Les difficultés de l'employeur à faire face à des épisodes « aigus »
- L'absence d'accompagnement socio-éducatif en milieu ordinaire : manque d'accompagnement renforcé de type emploi accompagné
- Structures inadaptées (ou plus adaptées) = manque de sensibilisation des employeurs

Organisation des structures :

- Le manque de souplesse sur de l'accueil séquentiel en milieu professionnel dans les entreprises
- Le manque de référents « intermédiation » entre la personne handicapée et le milieu professionnel ordinaire.

Les pistes d'amélioration

-Mieux évaluer la capacité de la personne à occuper un emploi protégé par des temps d'immersion : Inventer ces moments de transition en ayant recours à des expérimentations : doubles notifications IME, foyers d'hébergement, ESAT par exemple

-Reconnaître le travail supplémentaire liée aux temps de transition vers les ESAT, mobiliser des fonds supplémentaires pour dégager des places à temps partiel : mobiliser les financements des amendements Creton

- Développer les partenariats avec les entreprises du milieu ordinaire en vue d'élargir le panel des emplois disponible, adapter les postes aux particularités des travailleurs, assurer les échanges avec l'institution d'origine, assurer un accompagnement de la personne au sein de l'entreprise, assurer des périodes de mise en situation professionnelles

Promouvoir des temps de travail aménagés pour les personnes en situation de handicap psychique

Favoriser l'employabilité dans le milieu ordinaire de la personne dès le plus jeune âge : travail sur compétences et le savoir être en IME et en ITEP

Axe 3 : Les besoins spécifiques des personnes présentant des troubles psychiques dans les établissements sanitaires et les établissements sociaux et médico-sociaux.

L'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques nécessite une collaboration étroite entre les services de psychiatrie et les structures médico-sociales afin de répondre à l'ensemble des besoins de la personne. Or, force est de constater, que sur le territoire cette collaboration semble fragile car reposant sur l'engagement des personnes et la bonne volonté des acteurs plutôt que sur une organisation rationnelle. Cette situation est insatisfaisante à deux niveaux, d'une part, elle n'est pas suffisante et d'autre part, elle ne garantit pas une égalité de traitement des usagers en fonction du territoire.

Le groupe de travail a mis en évidence les difficultés pour les structures médico-sociales dans leur ensemble à accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques. Pour les structures pour personnes âgées, les Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), le constat est celui de la difficulté de prise en charge des Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV). Les

structures et les professionnels sont formés pour prendre en charge des personnes âgées présentant des maladies neurodégénératives mais sont peu formés à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes. Pour les structures pour personnes en situation de handicap, l'argument de la compatibilité de l'accueil de ce public avec l'accueil des autres publics est souvent invoqué.

Constats

Les effets observés peuvent être :

- L'Inadaptation des solutions proposées voire le maintien dans des structures non adaptées.
- Le rejet de l'accompagnement proposé par la personne
- L'évolution négative des pathologies
- L'admission et le maintien en psychiatrie faute d'admission en EHPAD ou en unité pour personnes handicapées vieillissantes.

Cette problématique peut s'expliquer par des causes liées à :

Individus :

- Le manque d'information des familles sur la logique de parcours en fonction de l'évolution des besoins de la personne.
- L'autonomie supposée des personnes sans évaluation préalable.
- Incertitudes autour du rôle du représentant légal dans l'élaboration du projet de vie
- La maladie mentale rend difficile la volonté et la participation dans l'élaboration du projet de vie et du projet de soins.
- Incapacité du patient/résident à reformuler son parcours ou ses problèmes de santé du fait de sa pathologie.

Pratiques professionnelles :

- La confusion entre le projet d'accompagnement et le projet de vie des personnes
- L'autonomie supposée des personnes sans évaluation préalable.
- Les incertitudes autour du rôle du représentant légal dans l'élaboration du projet de vie
- Le manque de formation ou de sensibilisation sur les troubles psychiques en direction des équipes des ES-ESMS.
- La projection des valeurs des professionnels sur ce « qui est bien pour » la personne accompagnée
- Les difficultés à évaluer les capacités de discernement de la personne.
- Le manque de coordination entre les différentes équipes mobilisées
- Les difficultés pour accéder aux comptes rendus médicaux

Organisation des structures :

- L'inadéquation des moyens (architecturaux, humains) avec l'exigence de délivrer des accompagnements individualisés
- Le manque d'espaces d'orientation et de temps d'information des familles
- Les difficultés d'accès aux ESMS pour les jeunes relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
- Les difficultés d'orientations par la pédopsychiatrie quand le jeune atteint sa majorité
- La différence de temporalité entre l'écriture du Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) et la clarification des éléments de diagnostic
- La responsabilité juridique des institutions (« risques encourus par les institutions »)

Politiques publiques :

- Le manque de souplesse dans l'accueil en raison du système des autorisations
- Le manque de places pour les personnes handicapées vieillissantes dans les ESMS PA-PH
- Le manque de lieux d'observation en amont de notification MDPH
- L'absence d'accueil des moins de 60 ans désorientés dans les unités fermées des EHPAD.
- Le manque de structures de psychiatrie pour personnes de +60 ans avec pathologie psychiatrie (ex Maison de Retraite Spécialisée) / manque d'EHPAD d'orientation psychiatrique.

Les pistes d'amélioration

Créer des structures hybrides ou intermédiaires intégrant les aspects des soins somatiques et psychiques
Développer les outils de liaison à destination des services et soins à domicile
Renforcer la capacité des ESMS à assurer une prise en charge sanitaire (interne ou externe) précoce et quotidienne dans les situations d'alerte ou de dégradation de la situation de la personne: <ul style="list-style-type: none">- Développement des stages croisés- Développement des séjours hospitaliers de ruptures programmés- augmentation du temps médical (présence IDE quotidienne dans les FAM par exemple)- inclusion des familles et de l'entourage dans le rôle d'alerte

Axe 4 : La scolarisation des enfants atteints de troubles psychiques

L'objectif d'une société inclusive, porté au niveau national, intègre *de facto* l'inclusion scolaire. Ce principe implique que chaque enfant puisse bénéficier d'un temps de scolarisation adapté à ses capacités et compétences.

Le groupe de travail a fait le constat que sur le département, malgré cet objectif national, la scolarisation des enfants présentant des troubles psychiques demeure compliquée notamment avec des exclusions scolaires et donc des ruptures de scolarité. Celles-ci s'expliquent notamment par le manque de connaissance et donc de formation des professionnels de l'Education Nationale sur la santé mentale et les pathologies psychiques. De plus, l'organisation, le fonctionnement, les rythmes scolaires ne sont pas toujours adaptés à ce public. L'inclusion scolaire nécessite une prise en considération et donc une adaptation aux besoins de ces enfants/jeunes pouvant aboutir à une non-scolarisation dans l'intérêt de l'enfant.

Les effets observés peuvent être :

- Rupture avec le milieu ordinaire
- Une orientation tardive vers une scolarisation au sein l'ESMS
- Les décrochages scolaires

Cette problématique peut s'expliquer par des causes liées à :

Individus

- La peur de la personne et la famille vis-à-vis de la maladie

Environnement social

- Les injonctions de la société autour d'une scolarité « normale » des enfants/jeunes

Pratiques professionnelles :

- Le manque d'adaptation des apprentissages au regard du handicap de l'enfant
- Le manque de formation spécifique sur le handicap psychique des professeurs qui se sentent démunis face à certains troubles de l'apprentissage ou du comportement liés au handicap

Organisation des structures :

- Les difficultés de maintien d'un enfant handicapé dans son école de référence dès lors qu'il est scolarisé au sein d'un IME ou d'un ITEP
- Les Difficultés d'assurer un suivi de l'élève après la 3ème

Les pistes d'amélioration

-Renforcer la précocité du repérage et du diagnostic dès l'école maternelle par des visites médicale systématiques
-Promouvoir des modes de scolarité partagée milieu ordinaire /ESMS en fonction de l'évolution de -la situation de l'élève et de ses capacités
-Améliorer l'image de la scolarisation en ITEP ou en IME afin d'assurer un accompagnement suffisamment précoce lorsque celui-ci est adapté
-Améliorer la communication du diagnostic auprès des parents afin de susciter une orientation adaptée
-Inclure la dimension pédagogique aux dispositifs multipartenariaux d'accompagnement des jeunes en situation de désaffiliation et de décrochage scolaire

Axe 5 : L'accès aux espaces de socialisation dans la cité

La réhabilitation et l'insertion des personnes nécessitent qu'elles aient accès aux différents espaces de socialisation que peuvent être les associations sportives, culturelles, etc... En fonction des besoins de la personne, ces espaces peuvent ou doivent être adaptés.

Constats

Les effets observés peuvent être :

- La peur de s'engager dans une activité de loisirs (inhérent à la pathologie)
- Difficulté des personnes à s'inscrire dans une association, dans une pratique sportive avec des personnes qui vont les juger sur leur capacité actuelle de la personne
- L'augmentation des symptomatologies
- La perte d'estime de soi
- Le repli ou la marginalisation des personnes

Cette problématique peut s'expliquer par des causes liées à :

Individus

- Manque de ressources financières et de moyens de mobilité
- Le manque d'assiduité en raison d'interruptions liées à la pathologie

- Les différents modes d'expression des symptômes (+/- bruyants) de la maladie
- L'apragmatisme lié à la pathologie
- La méfiance ressentie vis-à-vis d'une société qui pourrait être dure à leur égard.

Environnement social :

- Les représentations négatives du public renforcée par la médiatisation des faits divers (le plus souvent associés à la pathologie schizophrène)
- La rareté des lieux de socialisation adaptés où les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent se retrouver entre elles.

Organisation des structures :

- Le manque de structures étayantes pour favoriser la socialisation en milieu ordinaire.
- L'accueil insuffisamment adapté dans les structures associatives

Politiques publiques :

- Les citoyens ne sont pas suffisamment intégrés dans les instances décisionnelles
- Les associations de « sport adapté » non présentes sur l'ensemble du territoire

Les pistes d'amélioration

Ouvrir les activités offertes par certaines associations à des jeunes susceptibles d'y participer Sensibilisation des associations à l'accueil de ces jeunes (action inscrite au sein de la SISM)
Consolider l'existence fragile du bar "Le pari" à Montauban Promouvoir d'autres lieux sur le même modèle où les personnes atteintes de troubles psychiques peuvent se retrouver
- Délocaliser les GEM en dehors de Montauban en assurant des permanences à certains moments de la semaine;

V- LE PLAN D'ACTION

Les pistes d'améliorations formulées par les participants des groupes de travail thématiques ont été regroupées dans un plan d'actions qui décline les objectifs généraux et opérationnels rattachés à ces pistes d'améliorations.

Ces pistes d'améliorations feront l'objet d'une priorisation et d'une analyse de leur faisabilité qui aboutira à leur inclusion au sein du contrat territorial de santé mentale conclu par l'ensemble des partenaires du PTSM 82.

Certaines pistes d'amélioration pourront aboutir, en raison de l'ampleur du projet et du nombre de partenaires impliqués, à l'élaboration de fiches actions spécifiques

Les actions de ce contrat territorial de santé mentale pourront ensuite être déclinées dans les CPOM avec les opérateurs, dans des contrats FIR ou encore dans les réponses à des appels projets sur le fond d'innovations organisationnelles.

Axe stratégique 1 : Prévention et orientation dans le système de soins et de santé

Objectif général 1.1 : Communiquer et sensibiliser le grand public autour des enjeux de santé mentale

Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> -Améliorer la compréhension des troubles psychiques par l'entourage des personnes concernées et les professionnels en contact avec elles -Faciliter l'expression d'une demande de soins ou d'accompagnement -Eviter les situations de désaffiliation -Promouvoir l'aide aux aidants -Promouvoir des conditions favorables à la promotion de la santé mentale 	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> -Assurer des actions d'éducation à la santé/sensibilisation des personnes autour de la santé mentale. Intervenir sur l'environnement des personnes par des actions de communication. -Développer les compétences psycho sociales des enfants et des adolescents. 	
Description des actions à mettre en oeuvre	<p style="text-align: center;">1. <u>En milieu scolaire et extra scolaire</u> favoriser le bien être individuel et collectif (compétences psycho-sociales) lors de temps dédiés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation séance de sensibilisation (témoignages, pair aidance) dès la maternelle sur le handicap, la sensibilisation aux différences, souffrance scolaire etc... - Organisation d'action favorisant le bien être individuel et collectif <p style="text-align: center;">2. <u>En milieu professionnel</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation et sensibilisation sur les liens entre organisation du travail et santé mentale <p style="text-align: center;">3. <u>Vers le grand public</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de l'organisation et des moyens dédiés aux semaines d'information en santé mentale (cafés débats ; conférences, ...) - Organisation d'une journée d'action commune interinstitutionnelle (Affichage, radio, journaux, ...) avec conférences, rencontres collectives. 	
	<i>Pilotes de l'action</i>	<i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i>
	A définir	Education nationale PMI Professionnels de la psychiatrie Collectivité locales Personnels sociaux Association d'utilisateur, UNAFAM, ESMS IREPS DDCSPP Préfecture ...
	<i>Public visé</i>	
Dispositifs actuels facilitateurs	<ul style="list-style-type: none"> -La semaine d'information sur la santé mentale (SISM) -La sensibilisation aux différences dans le cadre des campagnes contre le harcèlement dans les écoles, le développement des compétences sociales promues sous l'angle de la citoyenneté à l'école 	
Projets PRS/CLS	Fiche action 2.6. CLS Grand Montauban : Communication sur les actions d'aide aux aidants en matière de santé mentale (handicap psychique-troubles psychiques) Fiche PRS développement des compétences psycho sociales/ parcours prévention santé des jeunes	

concernés	
------------------	--

Axe stratégique 1 : Prévention et orientation dans le système de soin et de santé

Objectif général 1.2 : Développer le soutien à la parentalité		
Objectifs spécifiques	-Favoriser la santé mentale et le développement de l'enfant par un accompagnement des fonctions parentales -Faciliter l'expression d'une demande d'accompagnement par les familles	
Objectifs opérationnels	-Systématiser le repérage et l'accompagnement individuel des parents en situation de vulnérabilité dans le cadre de la périnatalité -Développer le lien parent/enfant par une approche collective dans un lieu identifié et accessible -Formaliser les différentes stratégies d'interventions en matière de soutien à la parentalité :	
Description des actions à mettre en œuvre	<p>1- Développement de l'entretien prénatal précoce pour information, sensibilisation, repérage et suivi. Information systématique des futurs parents sur la santé mentale de leurs enfants via le carnet de santé et lors de RDV obligatoire durant la grossesse et après la naissance</p> <p>2- Mise en place des référents vulnérabilité dans les maternités et en libéral</p> <p>3- Mise en place des équipes mobiles périnatalité de pédopsychiatrie et celle de la PMI dans le 82</p> <p>4- Déploiement d'actions de promotion et de soutien à la parentalité et au projet de vie pour les personnes atteintes de handicap psychique.</p> <p>5- Création d'un espace d'accueil généraliste parents-enfants-professionnels Susciter les échanges à partir des préoccupations des familles et des besoins singuliers des enfants avec une gradation des interventions et l'adaptation de la réponse (avant ou après l'émergence d'une difficulté), en fonction du lieu (à domicile, à l'école, dans un lieu de soins, dans un lieu communautaire), en fonction du public (population générale, parents vulnérables, parents avec troubles diagnostiqués, parents d'enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, famille d'accueil...)</p> <p>6- Communication sur l'offre de soutien et d'accompagnement à la parentalité</p>	
	<i>Pilotes de l'action</i>	<i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i>
	A définir	CAF, Education Nationale, équipe mobiles pédopsychiatrie PMI, ASE, planning familial, RESADO, collectivité locales, D CLIC, maternités et professionnels libéraux,
	<i>Public visé</i>	
	Jeunes en difficulté Parents à risque Population générale	
Dispositifs actuels facilitateurs	Staff périnatal CH Montauban Lieu d'accueil parents enfants	
Projets PRS/CLS	PRS 2018-2022 : - Former les professionnels de santé aux soins de développement de l'enfant (p. 134) - Etendre les dispositifs de soutien à la parentalité et aux aidants (p. 24) - Promouvoir l'entretien prénatal précoce	

concernés	<ul style="list-style-type: none">- Accompagner la femme enceinte en situation de vulnérabilité- Développer les compétences des parents et accompagner les parents pour prévenir les troubles et les prises de risques <p>CLS Grand Montauban :</p> <ul style="list-style-type: none">- Favoriser la création d'un espace d'accueil généraliste parents – enfants 3-12 ans
------------------	---

Axe stratégique 1 : Prévention et orientation dans le système de soin et de santé

Objectif général 1.3 : Soutenir les professionnels sociaux et sanitaires dans le repérage et l'orientation des personnes

Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> -Favoriser un repérage précoce des signes évocateurs de troubles psychiques -Orienter la personne vers un service de soins ou d'accompagnement adéquate -Susciter et maintenir le lien avec la personne afin d'éviter isolement et rupture -Assurer la coordination entre les différents intervenants autour du patient 	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> -Former les professionnels des services sociaux et d'autres institutions (assistantes maternelles, écoles, bailleurs sociaux, entreprises,) à mieux identifier des signes évocateurs de troubles psychiques -Accompagner la personne vers la structure de soins -Assurer une continuité dans le suivi de la situation entre les services de soins et le professionnel à l'origine de l'alerte 	
Description Actions à mettre en œuvre	<ol style="list-style-type: none"> 1- Mise en place de formations à l'attention des professionnels sociaux et d'autres institutions sur le repérage et l'identification des troubles psychiques, le secret professionnel partagé. 2- Connaissance et cartographie des structures de soins et de prévention selon les situations prises en charge et dans une logique de gradation de prise en charge (DAC compris) 3- Identification d'une personne ressource au sein de chaque institution afin de maintenir le lien avec la personne après le repérage. 4- Renforcement du lien hôpital/ville/structures avec la systématisation de la lettre de liaison après prise en charge en hospitalisation. 	
	<i>Pilotes de l'action</i>	<i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i>
	A définir	PMI, ASE, santé scolaire, MDA, Resado, maisons des solidarités, psychiatrie, ESSMS, services de santé au travail, structures sanitaires, professionnels de santé libéraux, la mission locale, les collectivités territoriales,
	<i>Public visé</i>	
	Professionnels sociaux et d'autres institutions en cours	
Dispositifs actuels facilitateurs	Elaboration du Dispositif d'appui à la coordination Elaboration de parcours de soins au sein des CPTS Stages croisés Structures de prévention de 1 ^{ère} ligne identifiées avec une référence médicale : santé scolaire, PMI, santé au travail, MDA Outils numériques en cours d'élaboration (SPICO)	

Axe stratégique 2 : L'accès aux soins (psychiatriques, santé mentale et somatiques)

Objectif général 2.1 : Développer les démarches d' « aller vers » les soins psychiatriques et de santé mentale							
Objectifs spécifiques	-Lever les obstacles à l'expression d'une demande de soins du patient -Soutenir les professionnels et l'entourage dans l'accompagnement du patient vers les soins -Diversifier les dispositifs « d'aller-vers »						
Objectifs opérationnels	-Favoriser le recours en 1 ^{ère} ligne à des consultations de médecine générale, d'addictologie, de psychologue, les recenser et les communiquer -Permettre à l'entourage et aux professionnels la sollicitation d'une expertise en santé mentale pour aider le patient à aller vers les soins						
Description des actions à mettre en œuvre	<p>1- Promotion de l'interprétariat médical pour les consultations par un professionnel de santé, psychologue.</p> <p>2- Renforcement et création des espaces d'écoute et de paroles (MDA, lieu d'accueil généraliste, milieu scolaire.... Lancer l'expérimentation Ecout'moi pour les 11-25 ans : mise à disposition de plaquettes/flyers et orientation vers un psychologue libéral (forfait 12 séances)</p> <p>3- Création d'une équipe sanitaire mobile qui puisse intervenir à la demande de la personne, de son entourage pour l'acceptation des soins en s'appuyant sur l'existant (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, Dispositif Mobile de Soutien à la Réadaptation, équipe addictologie, Equipe Mobile Géronto-Psy, CSAPA, micro structures) ;</p> <p>4- Développement des actions de psychoéducation de l'entourage.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;"><i>Pilote des actions</i></th> <th style="width: 50%; text-align: center;"><i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">A définir</td> <td rowspan="3">CHM, Lou Camin, médecins généralistes, psychologues, équipes addicto, CSAPA, MDA, CAF, établissements sociaux et médico-sociaux, les maisons des solidarités (CD82)</td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;"><i>Public visé</i></th> </tr> <tr> <td>Public en situation de précarité Personnes en situation de handicap Enfants et Jeunes</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Pilote des actions</i>	<i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i>	A définir	CHM, Lou Camin, médecins généralistes, psychologues, équipes addicto, CSAPA, MDA, CAF, établissements sociaux et médico-sociaux, les maisons des solidarités (CD82)	<i>Public visé</i>	Public en situation de précarité Personnes en situation de handicap Enfants et Jeunes
<i>Pilote des actions</i>	<i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i>						
A définir	CHM, Lou Camin, médecins généralistes, psychologues, équipes addicto, CSAPA, MDA, CAF, établissements sociaux et médico-sociaux, les maisons des solidarités (CD82)						
<i>Public visé</i>							
Public en situation de précarité Personnes en situation de handicap Enfants et Jeunes							
Dispositifs actuels facilitateurs	Equipe mobile psychiatrie précarité Microstructures addictions dans les MSP DMSR MDA Dispositif 15/25 ans						
Projets PRS/CLS concernés	PRS 2018-2022 : - Optimiser l'écoute et l'accueil des jeunes – Parcours santé mentale – p. 245 PRAPS 2018-2022 : - Contribuer à une meilleure prise en compte de la santé mentale des personnes en situation de précarité » (p.49-52) - Développer l'aller vers : renforcer le rôle et les missions des EMPP						

Axe stratégique 2 : L'accès aux soins (psychiatriques, santé mentale et somatiques)

Objectif général 2.2 : Améliorer l'offre de soins ambulatoires dans les territoires

Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les inégalités d'accès aux soins - Eviter le renoncement aux soins par manque d'offre dans certaines zones géographiques du département 	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Positionner les professionnels libéraux en premier recours direct lorsque l'offre le permet dans les territoires - Assurer un maillage de l'offre du secteur ambulatoire (CMP, CMPP, CAMSP) en adéquation avec l'évolution des besoins dans les territoires - Diversifier les modalités et le contenu des consultations de première ligne. 	
Description des actions à mettre en œuvre	<ol style="list-style-type: none"> 1- Développement du recours aux psychologues et aux binômes médecins généralistes et psychologues dans les MSP Accès aux psychologues libéraux et remboursement des consultations psychologues 2- Développement du recours à la télé-expertise et à la télé-consultation en psychiatrie pour assurer un suivi des patients en complément des consultations présentiels 3- Repositionnement des missions et interventions des CMP, CMPP et CAMSP 4- Développement des places de SAMSAH psy 5- Développement des relais de prise en charge à domicile ou en cabinet : Infirmière de Pratique Avancée, Infirmière Diplômée d'Etat Libérale 6- Développement de la formation continue en santé mentale pour les médecins généralistes et les IDE 	
	<i>Pilotes de l'action</i>	<i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i>
	A définir	CHM, Lou Camin, URPS médecins, URPS infirmier, CDOM, CDOI, professionnels de santé libéraux, CMPP, CAMSP, CMP, SAMSAH, MSP, CPTS,
	<i>Public visé</i>	
	Population générale Professionnels de santé libéraux	

Axe stratégique 2 : Accès aux soins (psychiatriques, santé mentale et somatiques)

Objectif général 2.3 : Améliorer l'accès aux soins somatiques

Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> -Prendre en compte de l'état de santé général du patient dans la prise en charge psychiatrique -Eviter les retards de diagnostic de pathologies somatiques -Assurer la continuité des soins et éviter les ruptures -Favoriser l'expression d'une demande de soins somatiques chez la personne -Prévenir l'émergence de troubles somatiques 						
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> -Décloisonner les prises en charges somatiques et psychiatriques pour une évaluation médicale globale de la personne. -Prendre en charge précocement les maladies -Faciliter la concertation entre médecins spécialistes et médecins généralistes. -Soutenir les aidants et les personnels sociaux et médico-sociaux dans l'accompagnement des personnes vers les soins somatiques. -Favoriser l'accès des personnes à des consultations somatiques y compris au sein des établissements médico-sociaux 						
Description des actions à mettre en œuvre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bilan de santé somatique systématique par un médecin généraliste dès le début de la prise en psychiatrie. 2. Présence d'un médecin généraliste dans les services de psychiatrie et pédopsychiatrie (ouverture d'une consultation de médecine générale au CH pour les personnes déjà identifiées) 3. Présence des soignants avec une expérience de la psychiatrie dans les services de soins somatiques 4. Mise en place d'un parcours patients spécifique pour les consultations invoquant plusieurs spécialités 5. Organisation des temps de concertation entre psychiatres et médecin traitant sur les situations médicales complexes (télé expertise / enrichir la lettre de liaison à destination du médecin traitant avec éléments médicaux et inversement.) 6. Organisation de formations croisées entre professionnels de santé somatique et psychiatrique 7. Formation des internes de médecine générale pendant 2 semaines dans un service de psychiatrie <table border="1" data-bbox="316 1637 1489 1843" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="316 1637 874 1686"></td> <td data-bbox="882 1637 1489 1686" style="text-align: center;">Partenaire(s) à mobiliser/Associés</td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 1697 874 1776" style="text-align: center;">Public visé</td> <td data-bbox="882 1697 1489 1843" rowspan="2">CHM, CPAM, MSA, URPS, CDOM, SAMSAH, établissements médico-sociaux, faculté de médecine, médecins libéraux,</td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 1787 874 1843">Population présentant un trouble psychique Médecins libéraux et hospitaliers</td> </tr> </table>			Partenaire(s) à mobiliser/Associés	Public visé	CHM, CPAM, MSA, URPS, CDOM, SAMSAH, établissements médico-sociaux, faculté de médecine, médecins libéraux,	Population présentant un trouble psychique Médecins libéraux et hospitaliers
	Partenaire(s) à mobiliser/Associés						
Public visé	CHM, CPAM, MSA, URPS, CDOM, SAMSAH, établissements médico-sociaux, faculté de médecine, médecins libéraux,						
Population présentant un trouble psychique Médecins libéraux et hospitaliers							
Projets PRS/CLS concernés	PRS 2018-2022 : <ul style="list-style-type: none"> - Déployer des dispositifs et outils facilitant l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. 						

Axe stratégique 3 : La coordination des soins et des prises en charge

Objectif général 3.1 : Renforcer les liens entre la médecine générale et la psychiatrie

Objectifs spécifiques	<p>-Développer les dispositifs apprenant</p> <p>-Améliorer les échanges entre les soins de premier recours et les soins psychiatriques</p>	
Objectifs opérationnels	<p>- Renforcer les compétences des médecins généralistes à diagnostiquer, orienter et prendre en charge les patients présentant des troubles psychiatriques</p> <p>-Permettre une évaluation partagée de la situation avec des critères reconnus par tous les professionnels (médecine générale et psychiatrie)</p> <p>-Organiser des échanges collaboratifs et prise en charge conjointe entre le médecin généraliste et les psychiatres en particulier dans les situations les plus aiguës</p> <p>-Articuler les missions des CMP et le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge psychiatrique et somatique</p>	
Description des actions à mettre en œuvre	<p>1- Mise en place du Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie (Le premier niveau assure les soins pour les personnes avec des troubles légers et/ou fréquents dès lors qu'il y a gratuité des soins avec appui de la psychiatrie)</p>	
	<p>2- Montée en charge du Dispositif 15-25 ans</p>	
	<p>3- Organisation d'échanges à la demande en télé-expertise/télémédecine pour des prises en charge concertées.</p>	
	<p>4- Intégration de CMP au sein des MSP (échanges formalisés, prise en charge conjointe somatique ou psy).</p>	
	Pilotes de l'action	Partenaire(s) à mobiliser/Associés
		<p>Médecins généralistes</p> <p>MSP Professionnels de santé des CMP</p> <p>Psychiatrie publique ; URPS</p> <p>Assurance Maladie ; CPTS</p> <p>Appui 82 ; IPA ; CPAM</p>
	Public visé	
	Population générale et professionnels de santé.	
Dispositifs actuels facilitateurs	<p>Présence d'un CMP dans le local de la MSP de Valence d'Agen</p> <p>CMP : entretiens rapides par des infirmières pour des premiers éléments- Dispositifs 15-25 ans</p>	
Projets PRS/CLS concernés	<p>PRS 2018-2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accentuer la collaboration entre les médecins généralistes et les équipes spécialisées de la psychiatrie -p238 - Faciliter l'orientation et la prise en charge de proximité des usagers en situation complexe - Professionnaliser la mission de coordination au sein des maisons de santé pluri professionnelle (MSP) p.130 	

Axe stratégique 3 : La coordination des soins et des prises en charge

Objectif général 3.2 : Construire une fonction de référence dans le parcours de prise en charge de la personne.

Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter la continuité des parcours et éviter les situations de ruptures - Permettre l'élaboration de solutions <i>ad hoc</i> qui impliquent plusieurs champs 	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> -Concentrer la référence du parcours sur une personne désignée -Permettre une utilisation effective des ressources existantes en s'appuyant sur les compétences individuelles du patient. -Coordonner les professionnels en s'appuyant sur les instances de coordination existante. 	
Description Des actions à mettre en oeuvre	1- Mise en place d'une fiche de fonction et formaliser les missions de la personne référente.	
	2- Mise en place d'une procédure de nomination de la personne référente en fonction de la prise en charge et qui diffère en fonction des structures et des lieux de vie (famille, lieu de vie, lieu de travail, professionnels de santé et autres intervenants)	
	3- Identification et recensement des instances de coordination et de leurs cibles (DAC)	
	4- Désignation d'un référent médical ASE au Conseil Départemental	
	<i>Pilotes de l'action</i>	<i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i>
		Etablissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, professionnels de santé libéraux, CD, ASE, RESADO, MAIA, CMP, CMPP, CAMSP, DAC, MDA
	<i>Public visé</i>	
	Personne souffrant d'un handicap ou d'un trouble psychique confronté à des difficultés multiples - public bénéficiant d'une pluralité d'intervenants avec une juxtaposition d'accompagnements	
Dispositifs actuels facilitateurs	<ul style="list-style-type: none"> -RESADO : -Les SAMSAH -Au sein des CMP-IJ, un référent assure la coordination. -Des référents de parcours d'inclusion en interne à la structure MS activent le réseau. -Les MAIA -CPTS 	
Projets PRS/CLS concernés	CLS Grand Montauban 2018-2021 : <ul style="list-style-type: none"> - Veiller à la coordination de la prise en charge des enfants et des jeunes en souffrance entre le sanitaire et leurs lieux de vie (accueil familial, structure médico-sociale, domicile...) PRS 2018 -2022 : <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir le case management et l'approche multi-institutionnelle en santé mentale (p.129) 	

Axe stratégique 3 : La coordination des soins et des prises en charge

Objectif général 3.3 : Etayer les interventions des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux dans les établissements et les services

Objectifs spécifiques	-Appuyer et renforcer les compétences des professionnels sociaux et médico-sociaux en matière de santé mentale -S'appuyer sur les compétences de la personne et de la famille pour organiser la prise en charge -Prendre en compte les capacités d'autonomie de la personne -Utiliser les dispositifs d'appui à la coordination									
Objectifs opérationnels	-Favoriser la pluridisciplinarité des regards sur les situations -Recenser et communiquer les instances d'appui à la coordination et gestion de cas complexes pour mieux les utiliser par champs d'intervention -Appuyer la coordination sur une souplesse et une fluidité dans les orientations. -Mettre en place des outils dédiés à la communication entre les professionnels sanitaires/ médico-social/ social									
Description des actions à mettre en œuvre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organisation des actions d'appui (RCP, analyse de pratiques) récurrentes, 3 fois par an, dans des lieux de coordination de premier niveau (MSP, CPTS) en impliquant les maisons de solidarité 2. Poursuite des stages croisés entre les personnels sociaux et médico-sociaux et les personnels sanitaires 3. Création d'une plateforme d'échange / newsletter pour favoriser une bonne coordination (centralisation des comptes rendus, etc.) SPICO1e /SPICO 2^e volet 4. Organisation un dispositif pluriprofessionnel de gestion des situations complexes pour le public adulte en risque de précarité sociale qui s'intégrera au DAC 5. Extension des interventions des équipes mobiles « d'intégration » (Lou Camin), l'équipe mobile géronto psy. 6. Organisation de séjours de répit/ de ruptures hospitaliers programmés – développement accueil adulte hôpital de jour 7. Attractivité du temps médical et paramédical dans les EMS par la mutualisation des ressources <table border="1" data-bbox="296 1532 1482 1816"> <tr> <td data-bbox="296 1532 866 1581" style="text-align: center;"><i>Pilotes de l'action</i></td> <td data-bbox="866 1532 1482 1581" style="text-align: center;"><i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i></td> </tr> <tr> <td data-bbox="296 1581 866 1688"></td> <td data-bbox="866 1581 1482 1688">MDPH, Maison des solidarités, MSP, CPTS, DDCSPP, psychiatrie, établissements médico sociaux, et sociaux, UNAFAM, DAC, conseil de vie sociale, Resado 82</td> </tr> <tr> <td data-bbox="296 1688 866 1742" style="text-align: center;"><i>Public visé</i></td> <td data-bbox="866 1688 1482 1742"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="296 1742 866 1816">Professionnels des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires</td> <td data-bbox="866 1742 1482 1816"></td> </tr> </table>		<i>Pilotes de l'action</i>	<i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i>		MDPH, Maison des solidarités, MSP, CPTS, DDCSPP, psychiatrie, établissements médico sociaux, et sociaux, UNAFAM, DAC, conseil de vie sociale, Resado 82	<i>Public visé</i>		Professionnels des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires	
<i>Pilotes de l'action</i>	<i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i>									
	MDPH, Maison des solidarités, MSP, CPTS, DDCSPP, psychiatrie, établissements médico sociaux, et sociaux, UNAFAM, DAC, conseil de vie sociale, Resado 82									
<i>Public visé</i>										
Professionnels des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires										
Dispositifs actuels facilitateurs										
Freins										
Projets	CLS Grand Montauban : Fiche Action 2.1 : Formation-action entre sanitaire et social,									

<p>PRS/CLS concernés</p>	<p>médico-social avec stages croisés</p> <p>PRAPS 3-2-2 : coordination des acteurs : mobiliser les Es en psychiatrie et des structures des champs social et MS pour une meilleure coordination</p> <p>PRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Parcours handicap : poursuivre le développement des PCPE sur l'ensemble des territoires -Parcours Santé Mentale : renforcer l'action conjointe des professionnels autour du patient par l'intégration des services d'aide et de soins en santé mentale, p. 246 -Parcours vieillissement : améliorer la réponse en EHPAD aux besoins des personnes ayant des troubles du comportement, p. 181 -Parcours handicap : créer et identifier des structures de répit, p.203 -Parcours santé mentale : étendre les équipes mobiles adolescents complexes <p>Feuille de route santé mentale et psychiatrie, action 17</p>
-------------------------------------	---

Axe stratégique 4 : L'inclusion sociale des personnes

Objectif principal 4.1 : Accompagner les transitions vers le milieu protégé et vers le milieu ordinaire

Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluer « in situ » les capacités d'inclusion des personnes dans le milieu ordinaire -Adapter les lieux d'inclusion (école, entreprise, logement) en fonction des capacités des personnes -Développer les capacités d'apprentissages et le soutien de la personne dans un environnement adapté -Développer des temps transitionnels partagés entre différentes formules d'accompagnement -Favoriser le libre choix de la personne quant à son mode d'inclusion
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> -Diversifier l'offre de logements et/ou d'hébergements adaptées aux besoins particuliers des personnes et assurer une veille et un accompagnement -Diversifier l'offre d'emplois -Améliorer l'articulation entre les partenaires au sein de lieux ou des temps de transition. -Promouvoir l'adaptation des postes de travail et des temps de scolarisation
Description Des actions à mettre en oeuvre	<p><u>Logement</u></p> <p>1- Identification d'un lieu transitionnel d'apprentissage d'appartement autonome, au sein duquel l'expérimentation se déroule sur une <u>durée de 6 mois</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> -tremplins vers les résidences accueils, appartements associatifs ou même des logements autonomes -lieu de partages des compétences des équipes sanitaires et ; sociales et médico-sociales <p>2- Extension du périmètre des mesures sociales d'accompagnement vers et dans le logement (AVDL) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -sorties de logement accompagné -sorties d'hospitalisation <p>3- Création d'une équipe mobile de soutien renforcé là où vivent les personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -appui à la personne dans le développement de ses habiletés à habiter un logement -soutien modulable pour les équipes qui accompagnent la personne (SMAD, IDEL, SAVS) -évaluer et préparer une sortie d'IME/ITEP. <p><u>Emploi</u></p> <p>4- Promotion de la professionnalisation des jeunes en situation de handicap</p> <ul style="list-style-type: none"> -Amélioration des temps d'apprentissage et de formation des jeunes IME vers les ESAT : -Mise en place d'un accompagnement en IME par les ESAT (temps d'immersion plus long pour les jeunes bénéficiaires des amendements Creton). -Accès aux formations gratuites sur l'aspect technique dans les ESAT -Favoriser les formations croisées entre les ESAT <p>5- Mise en place de partenariats avec des entreprises avec lesquelles il est possible de travailler sur l'évaluation et le temps de stage :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Coordination des temps d'accompagnement professionnel au sein des entreprises sur des

	<p>temps adaptés</p> <p>-Proposition d'outils d'évaluation spécifique et des aménagements de postes (ex : job coaching pour les personnes atteintes de troubles autistiques).</p> <p>-Mise en place de temps de travail aménagés pour les personnes en situation de handicap psychique (travailler sur une inclusion partielle (2jrs /sem) en fonction des besoins des personnes)</p> <p>Ecole</p> <p>6- Promotion de la scolarité partagée en milieu ordinaire en fonction de l'évolution de -la situation de l'élève et de ses capacités</p> <p>7- Inclusion d'un volet pédagogique aux dispositifs multipartenariaux d'accompagnement des jeunes en situation de désaffiliation et de décrochage scolaire</p>								
	<table border="1"> <tr> <th><i>Pilotes de l'action</i></th> <th><i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i></th> </tr> <tr> <td>A définir</td> <td>SIAO, MDPH, DDCSPP, CD, IAE, UDAF, Lou Camin, RPPS, Educaton Nationale, ESMS, ALAP 13</td> </tr> <tr> <th><i>Public visé</i></th> <td></td> </tr> <tr> <td>Jeunes et adultes en situation de handicap psychiques</td> <td></td> </tr> </table>	<i>Pilotes de l'action</i>	<i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i>	A définir	SIAO, MDPH, DDCSPP, CD, IAE, UDAF, Lou Camin, RPPS, Educaton Nationale, ESMS, ALAP 13	<i>Public visé</i>		Jeunes et adultes en situation de handicap psychiques	
<i>Pilotes de l'action</i>	<i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i>								
A définir	SIAO, MDPH, DDCSPP, CD, IAE, UDAF, Lou Camin, RPPS, Educaton Nationale, ESMS, ALAP 13								
<i>Public visé</i>									
Jeunes et adultes en situation de handicap psychiques									
Dispositifs actuels facilitateurs	Résidence Accueil UDAF TAPAJ Plateforme ADIAD Contractualisation Etat/CD/ARS, Equipe de réhabilitation psychosociale								
Projets PRS/CLS concernés	Développer les dispositifs de scolarisation et d'enseignement, p.199. Promouvoir l'habitat inclusif, p.200 Mettre en œuvre le dispositif d'emploi accompagné Promouvoir la réhabilitation psycho-sociale, p.252.								

Axe stratégique 4 : L'inclusion sociale des personnes

Objectif général 4.2 : Soutenir l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à l'exercice de leurs droits

Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> -Permettre aux personnes de satisfaire aux besoins fondamentaux de la vie quotidienne (revenus, hébergement, nourriture, soins) -Promouvoir un accompagnement adapté aux troubles psychiques des personnes au sein des établissements sociaux et médico-sociaux -Promouvoir l'accès des personnes à des lieux de socialisation dans la cité 							
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> -Identifier l'ensemble des obstacles à l'exercice des droits des personnes souffrant de troubles psychiques dans le cadre d'une évaluation globale de la personne -Harmoniser les pratiques d'accompagnement dans les établissements à partir d'une analyse collégiale -sensibiliser les associations, collectivités, écoles, à l'accueil de personnes souffrant de troubles psychiques -Développer les accompagnements fondés sur la réhabilitation psycho-sociale 							
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1- Engagement une réflexion sur la possibilité d'accès à l'AAH avant 20 ans afin de lever l'obstacle financier à l'accès à un logement 2- Mise en œuvre du principe de l'inscription dans une école de référence pour les enfants et adolescents accueillis en structures d'enfance 3- Mises en en place d'actions et/ou groupes de réflexion inter établissement sur les droits à la vie socio-affective (exemple du droit à la maternité, sexualité) 4- Promotion des lieux de vie dans la cité ouverts aux personnes souffrant de troubles psychiques et à d'autres publics 5- Ouverture des activités offertes par certaines associations à des jeunes susceptibles d'y participer 6- Déploiement des actions des GEM sur l'ensemble du territoire 7- Meilleure lisibilité et articulation de l'offre de réhabilitation psychosociale 8- Meilleure lisibilité des structures de loisirs / sport accueillant des personnes en situation de handicap. <table border="1" data-bbox="309 1644 1489 1921" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th data-bbox="309 1644 874 1693" style="text-align: center;"><i>Pilotes de l'action</i></th> <th data-bbox="884 1644 1489 1693" style="text-align: center;"><i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i></th> </tr> <tr> <td data-bbox="309 1697 874 1800" style="text-align: center;">A définir</td> <td data-bbox="884 1697 1489 1800" rowspan="3" style="vertical-align: top;">SIAO, MDPH, établissements sociaux et médico-sociaux, SAMSAH, GEM, Education Nationale, associations, CCAS, CAF</td> </tr> <tr> <th data-bbox="309 1805 874 1854" style="text-align: center;"><i>Public visé</i></th> </tr> <tr> <td data-bbox="309 1859 874 1921" style="height: 28px;"></td> </tr> </table>		<i>Pilotes de l'action</i>	<i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i>	A définir	SIAO, MDPH, établissements sociaux et médico-sociaux, SAMSAH, GEM, Education Nationale, associations, CCAS, CAF	<i>Public visé</i>	
<i>Pilotes de l'action</i>	<i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i>							
A définir	SIAO, MDPH, établissements sociaux et médico-sociaux, SAMSAH, GEM, Education Nationale, associations, CCAS, CAF							
<i>Public visé</i>								
Dispositifs actuels	GEM Equipe de réhabilitation psycho-sociale DAC							

facilitateurs	
Projets PRS/CLS concernés	PRS : promouvoir la réhabilitation psycho-sociale, p.252 Développer les dispositifs de scolarisation et d'enseignement, p.199.

Axe stratégique 4 : L'inclusion sociale des personnes

Objectif général 4.3 Soutenir l'entourage et la famille de la personne souffrant de troubles psychiques

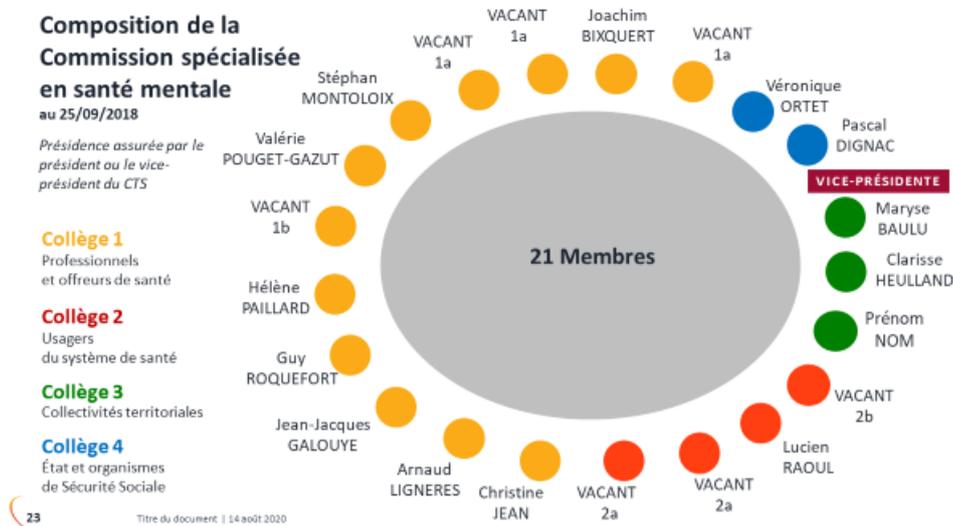
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> -Eviter les situations de ruptures familiales et d'isolement -Identifier et préserver l'environnement social de la personne souffrant de troubles psychiques -Améliorer la faculté des personnes en souffrance psychique et/ou isolées à être acteurs de leurs parcours en s'appuyant sur leurs ressources. 	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> -Déployer des actions de soutien des parents d'enfants ou d'adultes souffrant de troubles psychiques -Développer les approches d'empowerment à partir de l'entraide par les pairs -S'appuyer sur la reconnaissance de l'expérience des patients et du regard qu'ils portent sur leur parcours de soins -Développer des solutions de répit pour les aidants 	
Description Des actions à mettre en oeuvre	<ol style="list-style-type: none"> 1- Actions de soutien des parents d'enfants ou d'adultes en situation de handicap psychique (notamment les parents d'enfants confiés à l'ASE) : exemple, groupes de paroles ; café des aidants, bilans de santé des aidants (APAS 82) 2- Temps d'échanges réguliers des professionnels au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux avec les familles des usagers. 3- Inclusion des familles et de l'entourage dans le rôle d'alerte lorsque la situation de la personne se dégrade 4- -Amélioration de l'accompagnement des parents dans l'orientation scolaire, sociale, périscolaire 5- Promotion du rôle de la pair-aidance par l'organisation de temps de rencontres avec les pairs dans le ; 	
	<i>Pilotes de l'action</i>	<i>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</i>
	A définir	UNAFAM, CD 82, ESMS, MDPH, Education nationale, CHM, Resado
	<i>Public visé</i>	
	Parents d'enfants ou d'adultes en situation de handicap psychique	
Dispositifs actuels facilitateurs	dispositif de psycho-éducation des familles : Profamille	
Projets PRS/CLS concernés	PRS : Etendre les dispositifs de soutien aux aidants et à la parentalité	

ANNEXE 1 : LES MEMBRES DU GROUPE PROJET

NOM	Prénom	Organisme d'appartenance
MARTINEZ	Chantal	CH Montauban
DUPOUY	Sylvain	CH Montauban
HOUOT	Valérie	CH Montauban
CATON	Fabrice	Lou Camin - Fondation John Bost
MONTANT	Fanny	Lou Camin - Fondation John Bost
BERNIAC	Zoulikha	CH Montauban
CHANSAVANG	Léonard	CH Montauban
HERVE	Anne-Sophie	APIM 82
SOULAGE	Valérie	RELIENCE 82
BOUSIGUE	Florence	CH Montauban
MICHELIN	Stéphane	UDAF 82
GALOUYE	Jean-Jacques	URPS médecins
BOUSIGUE	Florence	CH Montauban
GICQUEL	Nathalie	CH Montauban
LE HENANFF	Arnaud	ARS Occitanie
FLAMBEAUX	Anne-Gaelle	ARS Occitanie
PETTRE	Pauline	IREPS Occitanie

ANNEXE 2 : LES MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE

Prénom	Nom	Institution	Qualité
Maryse	BAULU	Conseil Départemental 82	Conseillère Départementale du Tarn et Garonne
Joachim	BIXQUERT	CH MONTAUBAN	Directeur
Laurent	GEORGE	CH Valence d'Agén	Directeur
Stéphan	MONTOLOIX	IME Confluences	Directeur
Céline	GASC	MAS de Moissac	Directrice
POUGET-GAZUT	Valérie	ITEP et SESSAD Centre Les Albarèdes et CMPP Ingres	Directrice
Gladys	BOYER	IME Association résilience Occitanie	Directrice
Hélène	PAILLARD	CSAPA CH de Montauban	Médecin
Pauline	PETTRE	IREPS	Chargée de projets
Guy	ROQUEFORT	URPS Médecins	Médecin
Frederick	GUITTARD	URPS Médecins	Médecin
Jean-Jacques	GALOUYE	URPS Médecins	Médecin
Alain	DUFOR	URPS Médecins	Médecin
Arnaud	LIGNIERES	URPS Pharmaciens	Pharmacien
Christine	JEAN	RESO 82	Directrice
Séverine	PAVOINE	Résado 82 MONTAUBAN	Médecin
André	GUINVARCH	UDAF82	Vice-président
Karine	ROUTABOUL COHEN	UDAF 82	Présidente Sésame Autisme
Lucien	RAOUL	Union départementale des syndicats CGT 82	Délégué
Yannick	PETITOU	Union départementale des syndicats CGT 82	Délégué
Clarisse	HEULLAND	Mairie de Montauban	Adjoint au maire
Agnès	PALMIE	Mairie Sainte-Juliette	Maire
Pascal	DIGNAC	CPAM 82	Président du Conseil
Bruno	BATY	CPAM 82	Directeur
Fabrice	CATON	Fondation John Bost « Lou Camin »	Directeur
Gérard	MARRE	Reliance 82	Président



ANNEXE 3 : LISTE DES INSTITUTIONS CONVIEES ET PRESENTES AUX TRAVAUX DU PTSM

Institutions conviées	Institutions présentes aux travaux PTSM
Sanitaire	
ANPAA	X
CENTRE DE SANTE GOLFECH	
CH MONTAUBAN	X
CH MONTAUBAN CSAPA	X
CHIC CASTELSARRASIN-MOISSAC	X
CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS	X
EPICE 82	X
LOU CAMIN FONDATION JOHN BOST	X
MSP BELLEVUE	
MSP LABASTIDE	X
MSP La BOUYERE	X
MSP LAFRANÇAISE	
MSP LES HALLES DE LA SERE	
MSP MOISSAC	
MSP MONTAIGU DE QUERCY	
MSP MONTECH	
MSP MONTRICOUX	
MSP VALENCE D'AGEN	
MSP VAREN	
URPS MEDECINS	X
URPS PHARMACIENS	X
Coordination	
MAIA EST	X
MAIA Ouest	X
MDA	X
RESADO	X
RESEAU PARENTALITE 82	X
RESO 82	X
Médico-social	
ADAPEI 82 – FONDATION OPTEO	X
AGERIS 82	X
ANRAS	
APAS 82	X
APIM 82	X
ARSEAA	X
ASEI	X
CAMSP L'ESCABELLE	X
CAP EMPLOI ADIAD	X
CROIX ROUGE 82	X
CENTRE BELLISSEN	X
RESILIENCE OCCITANIE	

Social	
ADOMA	
ALTEAL	X
AMAR	
ASSOCIATION ESPACE ET VIE	ENTRETIEN INDIVIDUEL
EMMAUS	
ESCALE CONFLUENCES	
ESPACE ACCUEIL DU FORT	
FORUM REFUGIES	
PADA	
PROMOLOGIS	ENTRETIEN INDIVIDUEL
RELIENCE 82	X
RESTOS DU CŒUR	
SECOURS CATHOLIQUE	
SOLIHA	
TARN ET GARONNE HABITAT	X ET ENTRETIEN INDIVIDUEL
Usagers et familles	
GEM ADO	X
GEM J'M 82 - Montauban et Moissac	
GEM Partage et loisirs	X
J'M 100 /sans différence	
LE PARI	
UNAFAM 82	X
Prévention et promotion de la santé	
DSDEN	X ET ENTRETIEN INDIVIDUEL
IREPS OCCITANIE	X
SMTI	X
Etat / Institutions	
CONSEIL DEPARTEMENTAL	X ET ENTRETIEN INDIVIDUEL
CPAM 82	X ET ENTRETIEN INDIVIDUEL
CTS	X
DDCSPP	
DDT	X
DIRECCTE	
MDPH	X ET ENTRETIEN INDIVIDUEL
MSA PYRENEES NORD	X ET ENTRETIEN INDIVIDUEL
Collectivités	
CCAS CASTELSARRASIN	
CCAS CAUSSADE	
CCAS MONTAUBAN	X
CIA 2 RIVES	
CLS-CLSM GRAND MONTAUBAN	X
CLS TERRES DES CONFLUENCES	
VILLE DE MONTAUBAN	X
Justice	
PJJ	X ET ENTRETIEN INDIVIDUEL
SPIP 82	X

UDAF 82	X
---------	---

ANNEXE 4 : LES STRUCTURES ET PROFESSIONNELS PARTICIPANTS AUX TRAVAUX DE DIAGNOSTIC

Structures	Services	Participants	GT 1	GT2	GT3	GT4	
CENTRE HOSPITALIER DE MONTAUBAN	Psychiatres / Responsables de pôle psychiatrie adulte et infanto-juvénile Psychologues / Assistants sociaux / Infirmiers / Cadres de santé Représentants du CSAPA Représentants de la maternité / service de pédiatrie / médecine générale Direction	Patricia Ferron	X				
		C. Martinez	X	X	X	X	
		F. Bousigue	X				
		S. Dupouy	X	X	X	X	
		Dr Vielix	X				
		Juliette Fol-Juguera	X				
		Fabienne Sintès	X				
		Vanessa Loidreau	X				
		Laurence Blanc	X				
		Benjamin Galissard	X				
		X. Prevedello			X		
		Isabelle Abadie			X		
		Leslie Travart			X		
		Céline Guari			X	X	
		Nathalie Gicquel				X	
		Leonard Chansavang				X	
		Lise Cabrol				X	
		Nadège Garrigues				X	
		Jerome Heysch				X	
		Hélène Paillard					
		Léa Charrier					X
		Patricia Dupont					X
		Nathalie Desmonts					X
Anne-Sophie Hervé					X		
Annie Zouhairi					X		
Zoulikha Berniac							
Hélène Rebel							
Joachim Bixquert							
Hugo Phulpin							
FONDATION JOHN BOST « LOU CAMIN »	Psychiatres Direction Chargée de mission Assistante Sociale	Fabrice Caton		X	X	X	
		Fanny Montant		X	X	X	
		Valérie Houot		X	X	X	
		Marie-Ange Moralia				X	
CHIC CASTELSARRASIN- MOISSAC	Direction des Ressources Humaines	Catherine Benito					
URPS MEDECINS	Médecins	Guy Roquefort	X				
		Jean-Jacques Galouye	X	X			
URPS PHARMACIENS	Pharmacien	Arnaud Lignières	X				
CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS	Présidence	Marie-Christine ROSSIGNOL		X			
MSP LABASTIDE	Médecin	Jean-Marc Pariente	X				
MSP LA BOUYERE	Médecin	Annabelle BOSCH		X			

		Sandrine Malvezin		X		
EPICE 82 (Association en addictologie)	Direction	Anne BILLARD Nicolas Parmentier Nicolas Plessis	X	X	X	X
ANPAA (Association en addictologie)	Direction Infirmier	Céline Edet Justine Iversenc				X
Structures de coordination						
LA RAISON DES ADOS • RESADO 82 • Maison des Adolescents 82	Présidence Médecin Coordonnatrice Psychologue Direction Educateur spécialisé	Laurent Berges Séverine Pavoine Ingrid Pottier Renaud d'Amécourt Stéphanie Marty Isabelle Abadie	X X	X X	X X X	X
MAIA	Pilotes MAIA Gestionnaire de cas	Florence Visine Audrey Brouillet Damien Lemouzy Christine Queudot Camille Ulve Jean-Paul Miller	X X	X	X	X
Plateforme Territoriale d'Appui (PTA)	Médecin Coordinatrice Assistante sociale	(Séverine Pavoine) (Christine Jean) (Ingrid Pottier) (Sarah Bernard)				
RESO 82	Direction Assistante sociale Infirmière coordinatrice	Christine Jean Charlotte Lacaze Sabine Braun Sarah Bernard Aurélie Soullard		X X	X X	X X
Réseau parentalité 82		Véronique Brodut	X			
Médico-Social						
AGERIS 82	SAMSAH / SAVS Direction / Chef de service / Psychologue	Stéphanie Chareyre Mélodie Brisard				X
APAS 82	Direction Infirmière coordinatrice	Valérie Sicard Aurélie Buzenac Manon Delpech			X	X X
ARSEAA	Pôle Pousinies / Bordeneuve Direction Infirmière coordinatrice	Sophie Eloy Melly Pradels Soizic Laborie			X	X X
ASEI	Direction / Médecin CMPP Ingres ITEP Les Albarèdes IEM Fonneuve MAS Grenes	Catherine Delga Valérie Pouget-Gazut Léonard Delbosc Jean-François Larraz Stéphanie Perez Ghislaine Verines	X X	X	X	X X
CROIX ROUGE FRANÇAISE	Direction IME Pech Blanc	Gael Bonvarlet Mélanie Joliot Yannick Moreau			X	X

		Marylène Naudin Carole CANER				
CAMSP L'ESCABELLE	Direction Médecins	Dr Brahim Loïc Loidreau	X X			
FONDATION OPTEO	IME Pierre Sarraut	Christine Tailhades				
ADIAD	Direction Chef de service	Julie Lenfant Lise CAMBON				X
APIM 82	Direction	Anne-Sophie Hervé			X	X
CENTRE BELLISSEN	Médecin coordinateur SESSAD	Delphine Adalbert (MC Rossignol) Anne Dommerc		X	X	X X
Social						
RELIENCE 82	Direction / Chef de service Coordinateur SIAO	Valérie Soulage Etienne Gil	X			X
BAILLEURS LOGEMENT	Tarn-et-Garonne Habitat Promologis Alteal	Lucie BURET Christelle ODON Isabelle Arbo	X		X	
CADA ADOMA	Direction	Sonia Pradine				
Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)	Infirmière conseillère technique	Alexandra Fouilhac	X			X
SPIP		Stéphanie Lienard Pauline Lemarois Riana Ratomahenina			X	X X
UDAF 82	Direction Responsable Pôle Logement Délégué mandat judiciaire Coordinatrice maison relais	Flore Rey Nathalie Pora Stéphane Michelin Jean-François Hoareau Hanci Besso	X			X
Représentants des usagers et des familles						
GEM ADO	Administratrice Animateur socio-éducatif	Ophélie Lopes Paul-Elie Benhamou				
GEM PARTAGE ET LOISIRS		Séverine Chauvières				
UNAFAM 82	Délégués	Suzy Vinant Fabienne Lepape G. Lafougere M. Cerles Gontrand	X X X	X X	X	X X
Prévention et promotion de la santé						
EDUCATION NATIONALE – DSDEN	Médecin départemental Infirmière CT Coordinatrice ASH	Philippe Penin Aurore Chaim Prévost Cécile Vernier Sylvie Bogalheiro	X X		X	X
IREPS Occitanie	Chargée de projets	Pauline Pettré	X	X	X	X
SMTI 82	Médecins Infirmières de santé au travail	Dr Khayi Christine Clermont Marina Delbos	X	X X		
Institutions						
ARS Occitanie	Délégué départemental Responsable de pôle	David Biletorte Anne-Gaëlle Flambeaux	X X	X	X	X

	animation territoriale Référént PTSM Chargée de programmes prévention	Arnaud Le Henanff Françoise Ricco Eugenie Marques	X X	X X	X	X X
CONSEIL DEPARTEMENTAL 82	Pôle Solidarités Pôle Enfance-famille - PMI (Médecin) - Aide Sociale à l'Enfance (ASE)	Anne Guizard Driss Khaiza Corinne Tabaali	X		X	X
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE	Présidence Accès aux droits et aux soins CES	Sandrine Da Malvidade Pierre Defrance Pascal Dignac		X	X	
DDT 82	Gestionnaires RH	H. Souldadier	X			
MDPH	Direction Infirmière	Pascal Bardou Laure Rocoplan Marie Laure DERRIEN				X
VILLE DE MONTAUBAN – GRAND MONTAUBAN	Direction GMCA Adjoints mairie de Montauban Coordinatrice du Contrat Local de Santé	Olivier Combes Clarisse Heulland Edvie Oum Sack	X X		X	
CCAS MONTAUBAN	Direction Assistantes sociales	Sandrine Chapelet Joelle Aznar Céline Plessis Stéphanie Bekhadi			X X	X X
TOTAL		141	43	30	36	44

ANNEXE 5 : CALENDRIER DU DIAGNOSTIC

2019

	Avril	Mai	Juin	Juillet	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Note de cadrage méthodologique et délimitation des groupes de travail thématiques		13/05						
Construction liste d'acteurs impliqués		X						
Lancement de la démarche PTSM : réunion plénière			4/06					
Premier état des lieux quantitatif ATLAS Santé mentale	5/04							
Réunions COPIL	10/04							
Réunions équipe projet			27/06		5/09	9/10	25/11	11/12
Recherche documentaire	x	x	x					
Collecte de données complémentaires DIM/CHM								4/12
Envoi de questionnaires pour préparation des réunions		x						
Réunion groupes de travail thématiques				Phase1 : GT1(2/07) GT2 (4/07)	Phase 1 GT3(10/09) GT5(13/09) GT4(18/09) Phase 2 GT1(24/09) GT2(30/09)	Phase 2 GT5(15/10)	Phase 2 GT4(5/11) GT3(13/11)	
Rédaction pré-diagnostic phase 1 et 2 au COPIL							x	x

2020

	Janvier	Février	Mars	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier 2021
Réunions COPIL	21/01							
Réunions équipe projet		04/02		21/09		12/11	17/12	
Réunion groupes de travail thématiques		Phase 3 GT1	Phase 3 GT2		Phase 3 GT 3	Phase 3 GT 3	Phase 3 GT 3	Phase 3 GT 3

		(6/02)	(3/03)		1/10	6/11	15/12	8/01
Entretiens individuels avec partenaires		X	x					
Collecte données complémentaires ORS-CREAI			x					
Rédaction diagnostic								
Avis CTS plénier								
Avis CLS								

ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE

Description de votre structure :

- Quelles sont les missions et activités de votre structure ?
- Quel est le territoire et/ou lieu d'intervention de votre structure ?
- Quelles sont les caractéristiques générales de la population auprès de laquelle vous intervenez et la nature des troubles psychiques dont elle est atteinte ?
- Quelles sont les modalités de votre intervention auprès des personnes présentant des troubles psychiques et/ou du comportement ?
- De quelle(s) formation(s) les professionnels bénéficient pour répondre aux problématiques de santé mentale ?

Les actions de prévention primaire, de dépistage et d'orientation au sein de votre structure :

- Existe-t-il dans votre structure un dispositif spécifique dans le repérage ou de dépistage des troubles psychiques ? Si oui, qui l'utilise au sein de votre structure ?
- Proposez-vous des mesures spécifiques pour prévenir l'apparition ou l'aggravation de troubles psychiques ?
- Quelles sont les modalités d'orientation vers d'autres structures de prise en charge ?
- Rencontrez-vous des difficultés pour orienter des personnes vers une prise en charge qui ne relève pas de votre compétence ? Si oui, lesquelles ?

L'entrée des personnes au sein de votre structure :

- Par quel biais les personnes atteintes de troubles psychiques arrivent au sein de votre structure ? (Par eux-mêmes, famille, professionnel, structure, ...)
- Quels sont les délais de prise en charge au sein de votre structure ?
- Avez-vous observé des leviers ou des freins pour que les personnes bénéficient de votre intervention ?
- Avez-vous observé des difficultés d'accès à une évaluation des troubles psychiques ? Si oui, dans quelles situations ?

La prise en charge active des personnes au sein de votre structure :

- Quelles sont les principales problématiques que vous avez rencontrées dans la prise en charge ou l'accompagnement de ces personnes ?
- Avez-vous mis en place des mesures pour prévenir ou faire face à des situations de crise ou d'urgence ? Si oui, lesquelles ?
- Existe-t-il un accès et un suivi des soins somatiques pour les personnes atteintes de troubles psychiques dans votre structure ?
- Quels sont les partenaires avec qui vous avez l'habitude de travailler sur cette problématique ? Dans quelles situations et selon quelles modalités ?
- Comment envisagez-vous l'amélioration de la coordination des prises en charge et des accompagnements ?

Suivi, réinsertion et réhabilitation :

- Avez-vous observé des difficultés d'accès à un hébergement ou un logement pour les personnes atteintes de troubles psychiques ? Si oui, lesquelles ?
- Avez-vous observé des situations dans lesquelles la continuité des soins et de l'accompagnement est difficile à maintenir pour les personnes atteintes de troubles psychiques ? Pour quelles raisons ?
- Comment est préparé le passage éventuel des personnes vers une autre structure dans un objectif de parcours ?

- Proposez-vous des actions de nature à favoriser l'insertion socio-professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques ?
- Comment la personne accompagnée participe-t-elle à l'élaboration de sa réhabilitation ?
- Quelles mesures proposez-vous au sein de votre structure pour lutter contre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques ?