

DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE LA GIRONDE



Répérage précoce des troubles psychiques, accès aux soins



Parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture



Soins somatiques et psychiatrie



Prévention et prises en charge des situations de crise et d'urgence



Respect et promotion des droits, pouvoir d'agir, lutte contre la stigmatisation



Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Document soumis à approbation

Novembre 2018

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	3
A.	Cadre réglementaire et contexte territorial.....	3
B.	Démarche d'élaboration du diagnostic du PTSM de la Gironde.....	6
	• <i>Méthodologie d'élaboration et gouvernance.....</i>	6
	• <i>Acteurs et participants au diagnostic du PTSM 33.....</i>	7
	• <i>Calendrier d'élaboration du diagnostic.....</i>	8
II.	INDICATEUR DU TERRITOIRE (cf annexe 3).....	11
A.	Caractéristiques sociodémographiques de la population et écarts par rapport aux moyennes régionales et nationales.....	11
B.	Indicateurs de ressources et d'offres.....	28
	• <i>Ressources sanitaires.....</i>	28
	• <i>Ressources médico-sociales et sociales.....</i>	42
	• <i>Ressources en direction des enfants / adolescents.....</i>	53
	• <i>Logement et hébergement.....</i>	56
III.	DIAGNOSTIC TERRITORIAL PAR AXES.....	57
A.	L'accès de la population au diagnostic et aux soins psychiatriques.....	58
B.	L'accueil et l'accompagnement par des établissements et services sociaux et médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique.....	67
C.	Les situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes.....	69
D.	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.....	69
E.	Les délais d'attente et les problèmes d'accessibilité géographique ou financière aux solutions adaptées, notamment de logement et d'hébergement.....	73
F.	L'accès aux droits.....	80

G.	L'accès aux soins somatiques et le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques.....	86
H.	La prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique ainsi que l'organisation de la réponse à ces situations.....	91
I.	L'organisation de la permanence des soins.....	94
J.	L'éducation à la santé et les actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique.....	97

IV. ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC PARTAGE DE LA GIRONDE SELON LES 6 PRIORITÉS DU PTSM121

A.	Repérage précoce des troubles psychiques, accès aux soins et aux accompagnements.....	121
B.	Parcours de santé sans rupture.....	127
C.	Accès à des soins somatiques adaptés aux besoins des personnes présentant des troubles psychiques.....	131
D.	Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence.....	140
E.	Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques.....	143
F.	Actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.....	146

V. ANNEXES.....150

A.	Glossaire	
B.	Références bibliographiques	
C.	Structures et établissements ayant contribué au diagnostic territorial	
D.	Membres du Groupe Projet et du Comité de Pilotage élargi	
E.	Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale	
F.	Équipements psychiatriques en Gironde	
G.	Équipements médico-sociaux en Gironde	
H.	EPHAD en Gironde	

I- Introduction

A. Cadre réglementaire et contexte territorial

Cadre réglementaire

La **politique de santé mentale**¹ a été consolidée et élargie dans la Loi Santé du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Elle comprend désormais des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion.

Le **Projet Territorial de Santé Mentale**² (PTSM) a pour objet d'améliorer l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. À ce titre, et comme le précise le décret³, il doit :

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

Le Projet Territorial de Santé Mentale cible les personnes présentant une souffrance et/ ou des troubles psychiques (y compris les personnes à risque et handicap psychique) mais aussi la population générale et les proches aidants. Il s'agit bien de promouvoir la santé mentale, et notamment auprès des populations prioritaires (Annexe E).

Le cadre fixé par le projet territorial de santé mentale vise à faciliter la conclusion du contrat territorial de santé mentale entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire pour mettre en œuvre les actions visées dans le projet.

1 Article L3221-1 du Code de la Santé Publique

2 Article L3221-2 du Code de la Santé Publique

3 Décret N°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale

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 représentants des patients et des familles.

Le **Directeur de l'Agence Régionale de Santé**, après avis des conseils locaux de santé mentale et du Conseil Territorial de Santé **arrêtera le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale**.

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

Contexte régional

Le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, a arrêté, le 17 juillet 2018, le Projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine 2018 – 2028 (PRS). Élaboré en concertation avec tous les acteurs de santé de la région, le PRS a pour vocation de coordonner l'ensemble des politiques publiques de santé au bénéfice d'une ambition collective : améliorer la santé de toutes et tous en Nouvelle-Aquitaine.

Pour répondre à ces enjeux : un PRS 2018 – 2028 tourné vers l'action.

- **3 documents plus synthétiques et lisibles permettant aux acteurs de santé de s'inscrire dans la politique régionale de santé** : le cadre d'orientation stratégique (COS), le schéma régional de santé (PRS) et le Programme d'actions pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS).
- **Un suivi et une évaluation renforcés** : le COS définit 18 résultats attendus à 10 ans et dont l'atteinte sera concrètement mesurée par 38 indicateurs dits traceurs de la politique régionale de santé, assortis de cibles quantifiées,
- **Une déclinaison territoriale** : la politique de santé sera adaptée dans chaque territoire de la région grâce à la mise en œuvre de plans d'action territoriaux de santé (CTS).

Définition du territoire

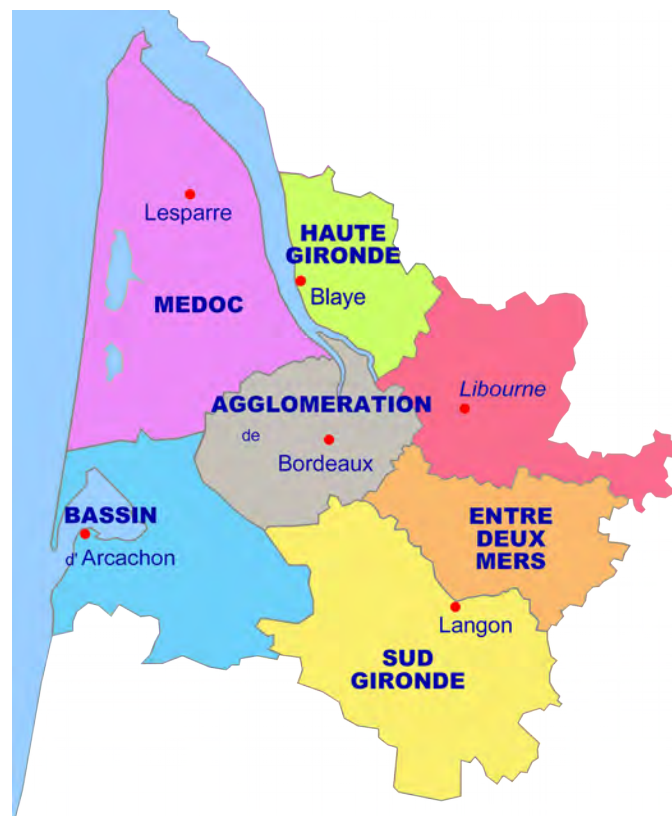
Définition juridique

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

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

Définition géographique

En Nouvelle Aquitaine, les territoires de démocratie sanitaire correspondent aux départements. Ainsi, la déclinaison de la politique régionale est organisée au niveau départemental. En outre, l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ du soin ont une sectorisation départementale. C'est donc naturellement que le territoire du PTSM est celui du département de la Gironde.



B. Démarche d'élaboration du diagnostic du PTSM de la Gironde

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

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

Méthodologie d'élaboration et gouvernance

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

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

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

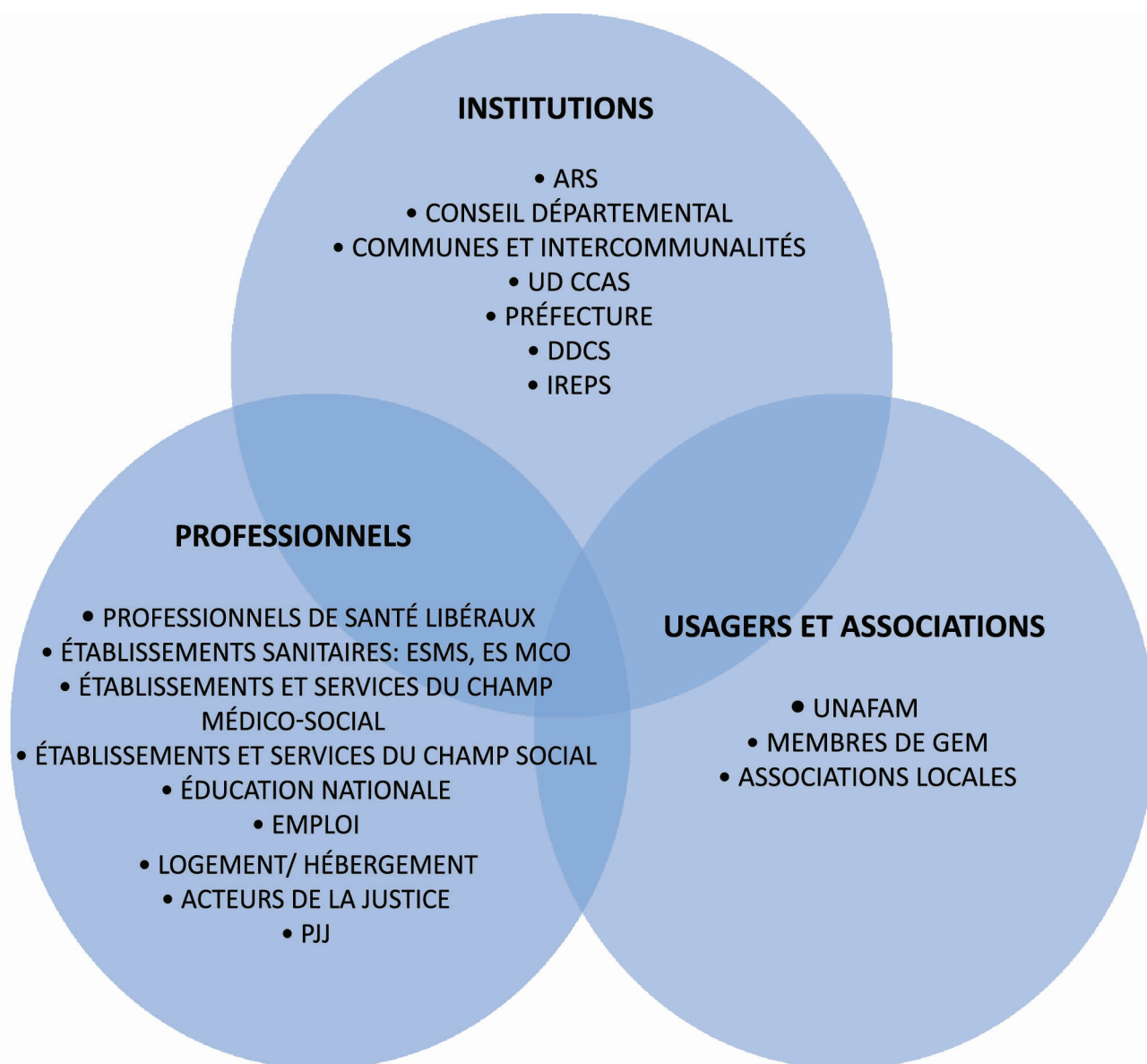
L'ARS DD 33 a également mis à disposition de chaque pilote des outils de travail pour faciliter le recueil des données .

Acteurs et participants au diagnostic du PTSM 33

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

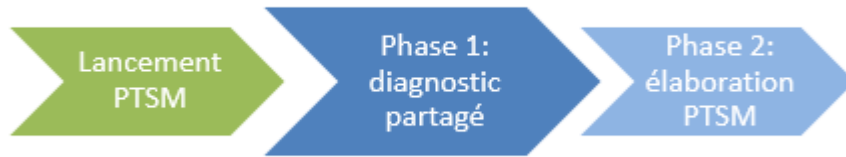
Cette démarche a mobilisé les professionnels de tous les secteurs qui contribuent à l'amélioration des parcours de santé et de vie des personnes (sanitaire, social, médico-social, logement, emploi, représentants des usagers et des familles, etc ...).

Le diagnostic fera l'objet d'une restitution à l'ensemble des acteurs du territoire Girondin lors d'une journée de séminaire, suivi d'ateliers de réflexion à l'élaboration du plan d'action.

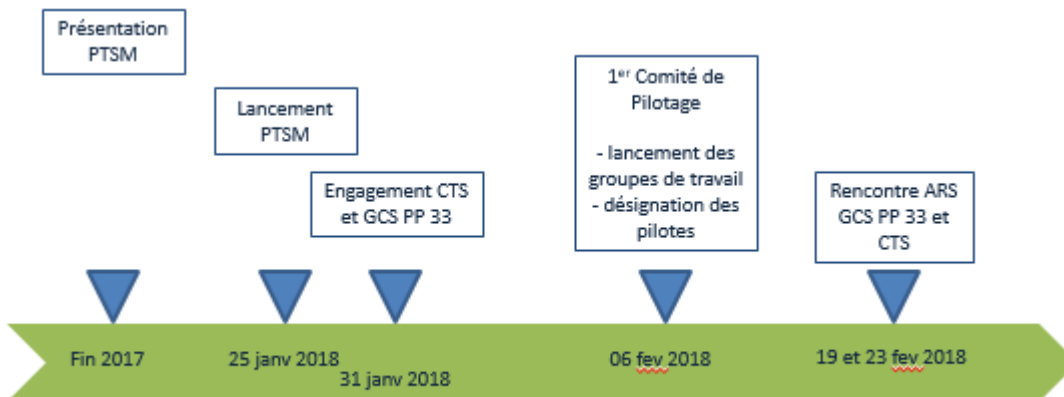


Calendrier d'élaboration du diagnostic

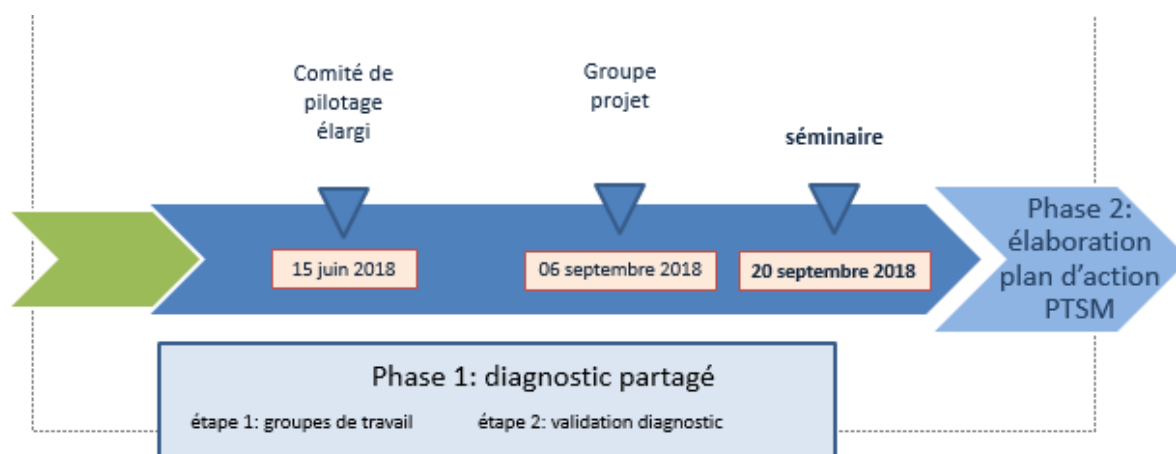
Rappel de la démarche



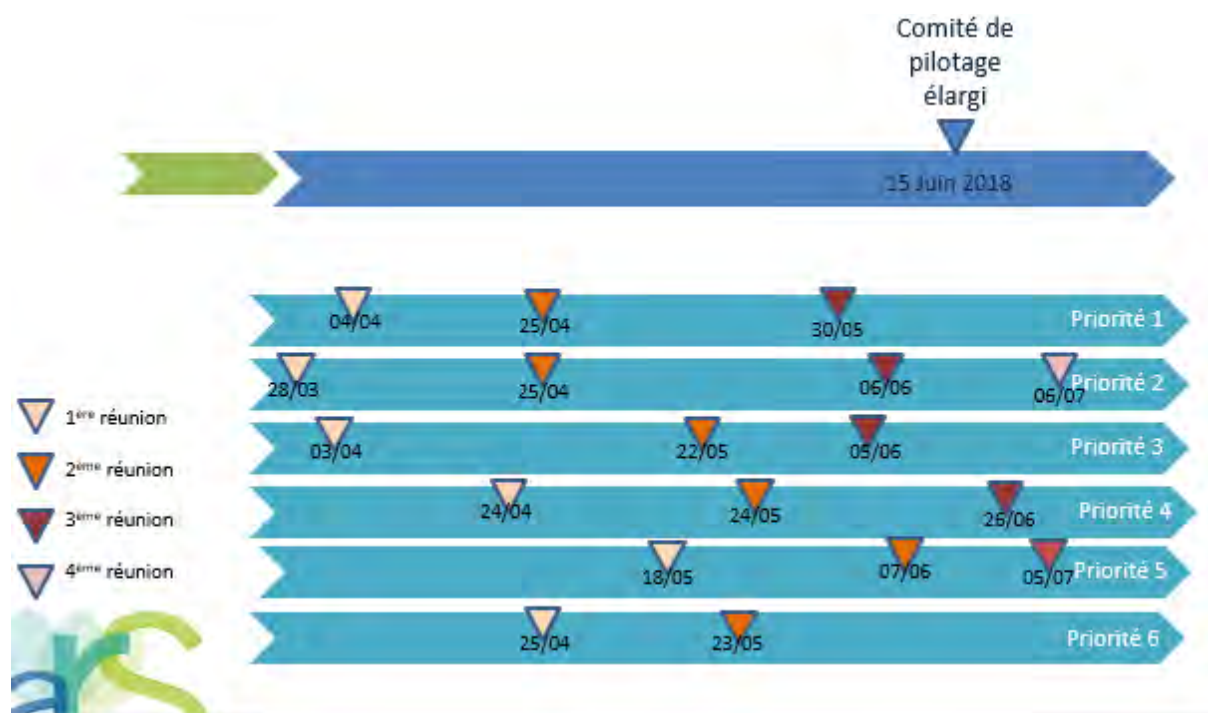
Phase de lancement



Phase 1 diagnostic partagé



Calendrier des groupes de travail



© 18 rencontres ont donc eu lieu entre le 28 mars 2018 et le 06 juillet 2018.

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

- Priorité 1 : 39 personnes soient 23 structures représentées
- Priorité 2 : 19 personnes soient 14 structures représentées
- Priorité 3 : 31 personnes soient 23 structures représentées
- Priorité 4 : 20 personnes soient 15 structures représentées

- Priorité 5 : 14 personnes soient 9 structures représentées
 - Priorité 6 : 6 personnes soient 5 structures représentées
- + 5 structures consultées par mail, téléphone ou entretien

Le séminaire organisé au Centre hospitalier Charles Perrens le 20 septembre 2018 a réuni **125 participants** (80 structures) répartis sur six groupes de travail a permis de finaliser le diagnostic du PTSM.

II - INDICATEURS DU TERRITOIRE

A. Caractéristiques sociodémographiques de la population et écarts par rapport aux moyennes régionales et nationales

➤ Population, densité, structure, évolution

Début 2015, la Gironde compte 1 543 000 habitants⁴, soit un quart de la population de la Nouvelle-Aquitaine. Avec 154 habitants au km², elle a la densité la plus élevée de la région, plus du double de la densité régionale (70 habitants/km²).

Sur la période 2008-2013, la population girondine s'est accrue de 1,2 % par an en moyenne, soit un gain de près de 17 000 habitants par an. Tous les territoires de proximité ont gagné des habitants en 5 ans. Le Bassin et le Nord Gironde ont connu les plus fortes évolutions (+1,6 % par an), Bordeaux et le Libournais les plus faibles (respectivement +0,6 % et +0,8 %). La Gironde est le département de la région où le solde naturel⁵ contribue le plus à la progression de population (+0,3 %). Le flux migratoire⁶ reste cependant le vecteur essentiel de l'essor démographique (+0,8 %).

- Population⁷ et indicateurs démographiques⁸ en Gironde

Population et indicateurs démographiques

	Gironde	Nouvelle-Aquitaine	France métropolitaine
Population au 1er janvier 2015	1 543 000	5 904 800	64 277 200
Densité moyenne (hab/km ²)	154,7	70,3	118,2
Variation annuelle moyenne de la population entre 2008 et 2013 (%)	1,2	0,6	0,5
due au solde naturel (en %)	0,3	0,0	0,4
due au solde apparent des entrées ou sorties (en %)	0,8	0,6	0,1
Nombre de naissances en 2014	17 303	58 647	779 278
Taux de natalité brut en 2014 (‰)	11,3	10,0	12,2
Taux de fécondité en 2014 (‰ femmes de 15 à 49 ans)	48,3	48,5	55,3
Nombre de décès en 2014	12 464	59 563	545 028
Taux de mortalité brut en 2014 (‰)	8,1	10,1	8,5
Taux de mortalité standardisé des personnes âgées de 0 à 64 ans (‰)	1,8	1,8	1,9
Taux de mortalité standardisé des personnes âgées de 65 ans ou plus (‰)	35,2	36,4	36,7
Taux de mortalité infantile (‰ enfants nés vivants entre 2012 et 2014)	3,6	3,2	3,4
Part des personnes âgées de 75 ans ou plus (%)	8,9	11,3	9
Part des personnes âgées de 85 ans ou plus (%)	3,1	3,8	3
Indice de vieillissement	76,2	99,5	76

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

4 Les données de population sont celles du recensement de 2013. Ce sont les données les plus récentes disponibles début 2017, permettant l'élaboration d'indicateurs démographiques détaillés à un niveau infra départemental.

5 Le **solde naturel** est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés.

6 Le **solde migratoire** est la différence entre le nombre de personnes entrées sur un territoire donné et le nombre de personnes qui en sont sorties.

7 Les données de population 2015 sont issues des estimations localisées de population diffusées par l'Insee. Contrairement aux données du Recensement de 2013, elles ne sont pas disponibles à un niveau géographique inférieur au département.

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

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

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

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

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

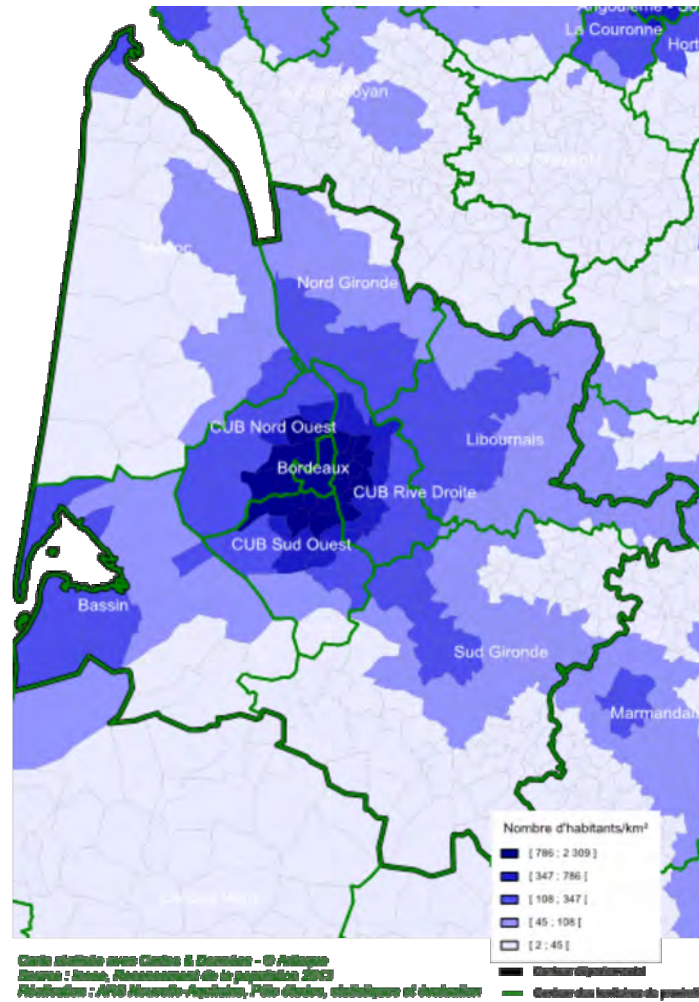
- Population dans les territoires de proximité de Gironde

	Population 2013	Densité de population 2013 (hab/km ²)	Variation annuelle moyenne de la population entre 2008 et 2013 (%)	Part de la population âgée de 75 ans ou plus (%)	Part de la population âgée de 85 ans ou plus (%)	Indice de vieillissement
Bassin	143 557	97,7	1,6	12,0	3,8	110,4
Bordeaux	243 626	4 935,7	0,6	7,9	3,0	66,3
CUB Nord Ouest	237 706	480,3	1,5	8,0	2,5	66,2
CUB Rive Droite	181 319	410,6	1,2	7,9	2,4	63,3
CUB Sud Ouest	245 226	457,6	1,1	8,6	2,9	70,4
Libourmais	151 231	117,9	0,8	10,0	3,4	78,7
Médoc	85 544	37,6	1,5	9,5	2,9	82,9
Nord Gironde	87 458	111,8	1,6	8,5	2,8	63,9
Sud Gironde	129 850	48,1	1,2	10,5	3,5	79,9
Gironde	1 505 517	150,9	1,2	9,0	3,0	73,7
Nouvelle-Aquitaine	5 844 177	69,5	0,6	11,4	3,7	96,3

Source: Insee, RP2 008, RP2013, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

La Gironde est le département le plus jeune de la région. La part des moins de 20 ans est la plus forte (23,7 %). La Gironde est le département où la part des 65 ans ou plus est la plus faible (19,7 %). L'indice de vieillissement, c'est-à-dire le nombre des plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans, s'établit à 73,1 contre 96,3 en Nouvelle-Aquitaine. Le Bassin est le seul territoire de proximité où l'on compte davantage de personnes âgées de 65 ans ou plus que de jeunes.

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



La population se concentre autour de la métropole bordelaise en suivant deux axes principaux ; sud-nord le long de la Garonne et est-ouest Libourne Bordeaux Arcachon.

À l'horizon 2040, selon les dernières projections réalisées par l'Insee⁹, si les tendances démographiques actuellement constatées se prolongeaient, la Gironde compterait 1 783 000 habitants. Elle gagnerait environ 374 000 habitants sur la période 2007-2040. Entre 2017 et 2027, la population augmenterait de 115 000 personnes soit une progression de 7 % (6 % en région). La Gironde n'échappera pas au vieillissement de la population même si la part des 85 ans ou plus restera la plus faible de la région. En 2040, une personne sur 18 aurait 85 ans ou plus, soit 2,2 fois plus qu'en 2007 (1 sur 40).

9 Projections OMPHALE 2010 – Insee, établies à partir des évolutions de la population de 1990 à 2005, elles portent sur la période 2007-2040. L'Insee publiera, en 2017 un nouveau jeu de projections s'appuyant sur les tendances démographiques récentes.

➤ Structure du foyer familial

En Gironde, 36 % des ménages¹⁰ sont constitués d'hommes ou de femmes vivant seuls, comme en région. Ils concernent 16,5 % de la population départementale. À Bordeaux, les logements sont majoritairement occupés par des personnes seules : 45 % des jeunes âgés de 20 à 24 ans vivent seuls ainsi que 58 % des personnes âgées de 80 ans ou plus. Sur la Métropole Sud-Ouest, où, comme à Bordeaux résident beaucoup d'étudiants, un tiers des jeunes âgés de 20 à 24 ans vivent seuls.

Parmi les 417 350 familles¹¹ du département, les couples sans enfants représentent 43 % de l'ensemble (48,2 % en Nouvelle-Aquitaine). Cette proportion atteint 49 % sur le Bassin. La part des familles monoparentales est supérieure à la moyenne régionale (14,9 % vs 13,4 %). À Bordeaux, on dénombre environ 10 200 familles monoparentales, ce qui représente plus d'une famille sur trois avec enfants. Sur les trois territoires de proximité de la Métropole, elles représentent 25 à 28 % des familles avec enfants.

- Les ménages et leur composition en Gironde, par territoire de proximité

Nombre et répartition des ménages selon leur composition

	Bassin	Bordeaux	CUB Nord Ouest	CUB Rive Droite	CUB Sud Ouest	Libournais	Médoc	Nord Gironde	Sud Gironde	Gironde	Nouvelle- Aquitaine	France métropoli- taine
Ménages	64 660	133 536	103 962	74 159	110 766	64 973	36 506	36 128	54 960	679 651	2 663 572	27 806 631
Ménages 1 personne	31,4%	54,0%	32,0%	27,8%	36,9%	30,7%	28,4%	27,6%	29,6%	35,9%	35,5%	34,8%
dont Ménages Hommes seuls	12,0%	22,8%	12,4%	11,3%	15,6%	12,5%	12,8%	12,6%	12,9%	14,9%	14,9%	14,8%
dont Ménages Femmes	19,4%	31,2%	19,6%	16,4%	21,3%	18,2%	15,6%	15,0%	16,7%	20,9%	20,6%	20,0%
Ménages Autres sans famille	2,2%	5,9%	2,4%	2,4%	3,3%	2,2%	2,6%	2,2%	2,4%	3,2%	2,5%	2,6%
Ménages avec famille(s)	66,4%	40,1%	65,6%	69,8%	59,8%	67,2%	69,0%	70,2%	68,0%	61,0%	62,0%	62,6%

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

- Les familles en Gironde, par territoire de proximité

Composition des familles

	Bassin	Bordeaux	CUB Nord Ouest	CUB Rive Droite	CUB Sud Ouest	Libournais	Médoc	Nord Gironde	Sud Gironde	Gironde	Nouvelle- Aquitaine	France métropoli- taine
Nombre de familles	43 285	53 780	68 608	52 219	66 712	44 026	25 423	25 595	37 707	417 354	1 661 627	17 526 085
Part des couples avec	37,8%	36,4%	43,2%	45,3%	41,6%	42,2%	41,9%	45,1%	42,0%	41,6%	38,4%	42,6%
Part des couples sans enfants	49,1%	44,7%	41,1%	39,4%	42,5%	43,9%	46,4%	42,1%	45,2%	43,4%	48,2%	42,8%
Part des familles monoparentales	13,1%	18,9%	15,7%	15,3%	15,9%	13,9%	11,7%	12,8%	12,8%	14,9%	13,4%	14,5%

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

10 Ménage : ensemble des occupants d'un même logement, sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté. Un ménage peut ne comprendre qu'une seule personne. Les personnes vivant dans un ménage de plusieurs personnes mais n'appartenant pas à une famille sont classées dans la catégorie « Ménages Autres sans famille ». Au sens du recensement de la population, les personnes vivant dans des habitations mobiles, les marinières, les sans-abri et les personnes vivant en communauté (maison de retraite, résidences universitaires, maisons de détention...) sont considérées comme vivant hors ménage. Il y a égalité entre le nombre de ménages et le nombre de résidences principales.

11 Famille : partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée soit d'un couple formé d'un homme et d'une femme, marié ou non, avec ou sans enfant(s), soit d'un adulte avec ou plusieurs enfants. Les seuls enfants pris en compte dans les familles sont les personnes célibataires n'ayant elles-mêmes pas d'enfant et vivant avec au moins un de leurs deux parents, sans limite d'âge.

- Mode d'habitation des personnes de 75 ans ou plus en Gironde (%)

Mode de cohabitation des personnes de 75 ans ou plus (%)

	Gironde	Nouvelle-Aquitaine	France métropolitaine
Vivant en couple, en couple ou seules avec leur(s) enfant(s), autres cas (ne vivant pas seules)	53,8	54,1	51,8
Vivant en institution	8,4	9,5	9,7
Vivant seules	37,8	36,4	38,5

Source : Insee, RP 2013, Indicateurs sociaux départementaux, Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

Début 2015, la Gironde compte 682 000 **emplois**¹² soit 29 % de l'ensemble régional. Il se décompose en 605 600 emplois salariés et 76 400 emplois non-salariés. Avec **huit emplois sur dix relevant du secteur tertiaire**, la Gironde est la plus « tertiaire » des départements de la Nouvelle-Aquitaine. De fait, parmi les cinq grands secteurs d'activité, seul le tertiaire marchand a un poids supérieur à celui de la Nouvelle-Aquitaine (+ 5 points). Les autres sont inférieurs et en particulier celui de l'industrie (9,2 % de l'emploi total contre 11,9 % en région). Le secteur de l'**agriculture** représente 4 % de l'emploi total girondin. Le vignoble bordelais produit de grands crus classés et jouit d'une réputation mondiale. La viticulture assure plus de 80 % de la valeur de la production agricole girondine tandis que les productions animales en représentent moins de 3 %. La Gironde est le deuxième département de la Nouvelle-Aquitaine pour la production de bois, derrière les Landes. Les activités de pêche ne sont pas négligeables, la Gironde étant bordée au nord par l'estuaire et à l'ouest par l'Atlantique. Le bassin d'Arcachon est le premier producteur européen de naissains (huîtres qui viennent d'éclorre). En Gironde, l'**industrie** occupe près de 60 000 salariés. On y compte à la fois des industries de pointe et des industries traditionnelles. Trois secteurs prédominent dans l'industrie manufacturière : la fabrication de matériels de transport aéronautique, la fabrication de denrées alimentaires, de boissons et de produits à base de tabac et le travail du bois, industries du papier et imprimerie. La plupart des établissements sont de petite taille. Cependant quelques-uns dépassent 1 000 salariés (Astrium SAS, la centrale nucléaire du Blayais, Heraklès, For Aquitaine Industries, Dassault Aviation, Thalès Avionics SAS ou Thalès Systèmes Aéroportés SAS). La **construction** représente 6,4 % de l'emploi total en Gironde contre 6,7 % en Nouvelle-Aquitaine, mais elle pèse plus chez les non-salariés (14 %). Le **commerce** occupe 13 % des salariés du département, une part proche de celle de la région. Plus des deux tiers des salariés relèvent du secteur des services. L'**administration publique** compte 140 000 agents dont 18 % dans la fonction hospitalière. C'est plus d'un quart des emplois publics de la région. Cette forte concentration est en phase avec une concentration des sièges des administrations déconcentrées et décentralisées dans la capitale régionale et l'implantation d'hôpitaux importants. Le centre hospitalier universitaire de Bordeaux est d'ailleurs le premier employeur de la région avec plus de 16 000 salariés répartis sur ses différents établissements. Les activités scientifiques et techniques et les services administratifs et de soutien représentent 18 % des salariés du secteur des services contre 14 % dans le reste de la Nouvelle-Aquitaine. Le tourisme girondin a généré plus de 22 000 emplois, soit près de 4 % de l'emploi total.

En 2015, le taux de **chômage** annuel moyen atteint 10,2 % de la population active en Gironde, contre 9,8 en Nouvelle-Aquitaine. Dans la zone d'emploi de Libourne et celle de la Teste-de-Buch (à cheval Gironde et Landes), il s'élève à 11,4 %. Fin 2014, près de 138 000 Girondins sont demandeurs d'emploi. Parmi eux, 16 % ont moins de 25 ans, 52 % sont des femmes, 40 % sont inscrits depuis un an ou plus.

La présence d'établissements nécessitant des personnels à haut niveau de qualification explique la surreprésentation des cadres et professions intellectuelles supérieures. De fait, le niveau de vie médian en Gironde est le plus élevé des départements de la Nouvelle-Aquitaine. La moitié des Girondins disposent de plus de

¹² **Emploi** : Personne active ayant travaillé pendant une durée quelconque sur la dernière semaine de l'année. Tout emploi déclaré, salarié ou non salarié, est comptabilisé. Source : Insee, estimations d'emploi localisées 2015 (provisaires)

20 388 euros par an et par unité de consommation ; c'est environ 1 000 euros de plus qu'en Nouvelle-Aquitaine et en France de province. Les 10 % de Girondins les plus aisés disposent d'au moins 37 111 euros par an. Dans les arrondissements de Langon, Blaye et Libourne, le revenu médian est inférieur de 8 à 11 % à celui de la région et les 10 % les moins aisés de chacun de ces territoires perçoivent au plus 10 600 euros par an, soit moins de 900 euros par mois.

En 2012, la structure du revenu disponible des ménages diffère de celle de la Nouvelle-Aquitaine. Le poids des revenus d'activité (73,1 % vs 67,2 %) est le plus élevé des départements de la région ; celui des pensions, retraites et rentes (26,4 % vs 30,9 %) le plus faible ; la part des prestations sociales (4,8 %) et celle des revenus du patrimoine (12,6 %) sont comparables à celles de la région.

En 2014, 7,6 % des habitants âgés de 15 à 64 ans sont allocataires d'un des trois minima sociaux (AAH¹³, ASS¹⁴, RSA¹⁵ socle). La part des allocataires du minimum vieillesse (ASPA, ASV) s'établit à 3,0 % et les bénéficiaires de la CMUC représentent 6,3 % de la population départementale en 2015.

- Revenus et pauvreté en Gironde

Revenu et pauvreté

	en euros et en %		
	Gironde	Nouvelle-Aquitaine	France de province
Part des ménages fiscaux imposés (en %)	65	61	62
Revenu disponible par unité de consommation (en euros)			
1er décile (D1)	11 163	10 819	10 593
Niveau de vie médian	20 388	19 360	19 402
9e décile (D9)	37 111	34 620	35 071
Rapport D9/D1 *	3,3	3,2	3,3
Taux de pauvreté à 60%	12,1	13,3	14,1

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

Champ : population des ménages fiscaux ordinaires

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

13 **L'allocation aux adultes handicapés (AAH)**, instituée en 1975, s'adresse aux personnes handicapées ne pouvant prétendre ni à un avantage vieillesse ni à une rente d'accident du travail. Son montant s'élève à 743,62 euros au 1er janvier 2012 pour une personne seule.

14 **L'allocation de solidarité spécifique (ASS)** est attribuée aux personnes ayant épuisé leurs droits au chômage sous conditions d'activité antérieure et de ressources.

15 **Le revenu de solidarité active (RSA)** est une allocation à deux composantes instaurée le 1er juin 2009 : la composante « minimum social » et la composante « complément de revenus d'activité ». Sous sa principale forme, le RSA socle a remplacé le revenu minimum d'insertion (RMI), l'allocation de parent isolé (API) et les dispositifs d'intéressement à la reprise d'emploi. C'est la composante « minimum social » du RSA. Si l'allocataire perçoit un revenu d'activité inférieur à un certain seuil, il peut percevoir le RSA activité, c'est-à-dire la composante « complément de revenus d'activité ».

- Indicateurs de précarité en Gironde

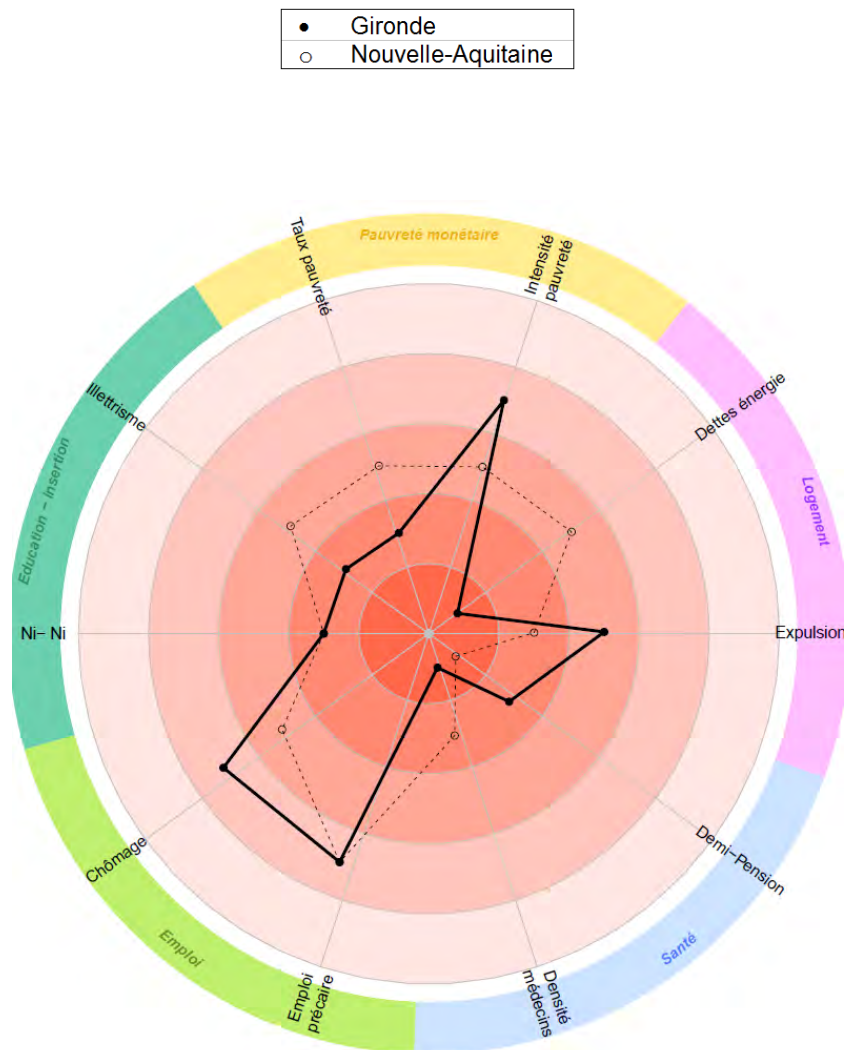
Indicateurs de précarité

	Gironde		France métropolitaine
	(%)	Rang	
Part de la population bénéficiaire de la CMUC en 2015	6,3	48	7,2
Part de la population couverte par le RSA socle au 31/12/2014	5,3	59	5,5
Part des allocataires de l'AAH, de l'ASS ou du RSA socle au 31/12/2014	7,6	51	7,7
dont part des allocataires de l'AAH au sein de la population des 15-64 ans	2,7		2,5
dont part des allocataires de l'ASS au sein de la population des 15-64 ans	0,9		1,1
Part des allocataires du minimum vieillesse au 31/10/2014	3,0	61	3,0
Part des jeunes de 18 à 25 ans non insérés	19,4	22	22,7

Insee, RP 2013, Indicateurs sociaux départementaux, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

* Rang du département parmi les départements métropolitains par ordre croissant de l'indicateur

- Indicateurs de précarité : comparatif Gironde / Nouvelle-Aquitaine



Pour chaque indicateur, plus la valeur est proche du bord extérieur du cercle, plus il reflète une situation tendue

Les cercles internes correspondent aux quintiles de distribution des indicateurs pour les 96 départements de France métropolitaine. Chaque couleur porte donc 20 % de la distribution.

Les valeurs les plus favorables sont au centre, les plus défavorables à l'extérieur.

La Nouvelle-Aquitaine est positionnée ex-post sur le graphique.

Exemple : le taux de chômage comme le taux d'emploi précaire et l'intensité de la pauvreté placent le département dans les 40 % les plus touchés par ces problématiques.

Quelques définitions

Demi-pension : part d'élèves demi-pensionnaires (garantissant une alimentation équilibrée)

Dettes énergie : proportion des dettes liées à l'énergie parmi les surendettés

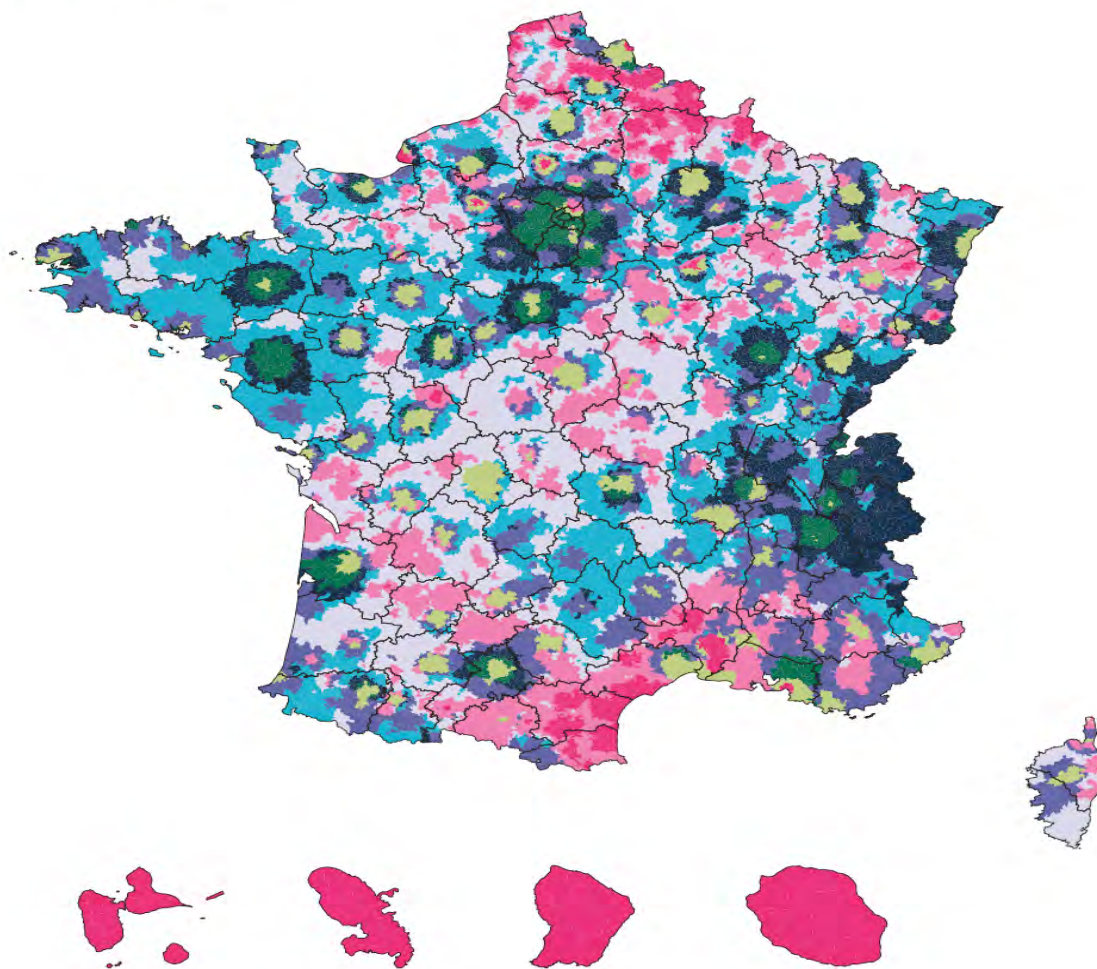
Illettrisme : mesure de l'illettrisme lors des JDC (Journées Défense Citoyenneté)

Ni-ni : ni en formation, ni en stage, ni en emploi

Taux de pauvreté : proportion de personnes dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté

Intensité de la pauvreté : indicateur qui permet d'apprécier à quel point le niveau de vie de la population pauvre est éloigné du seuil de pauvreté.

CARTE 5
Typologie sociale communale



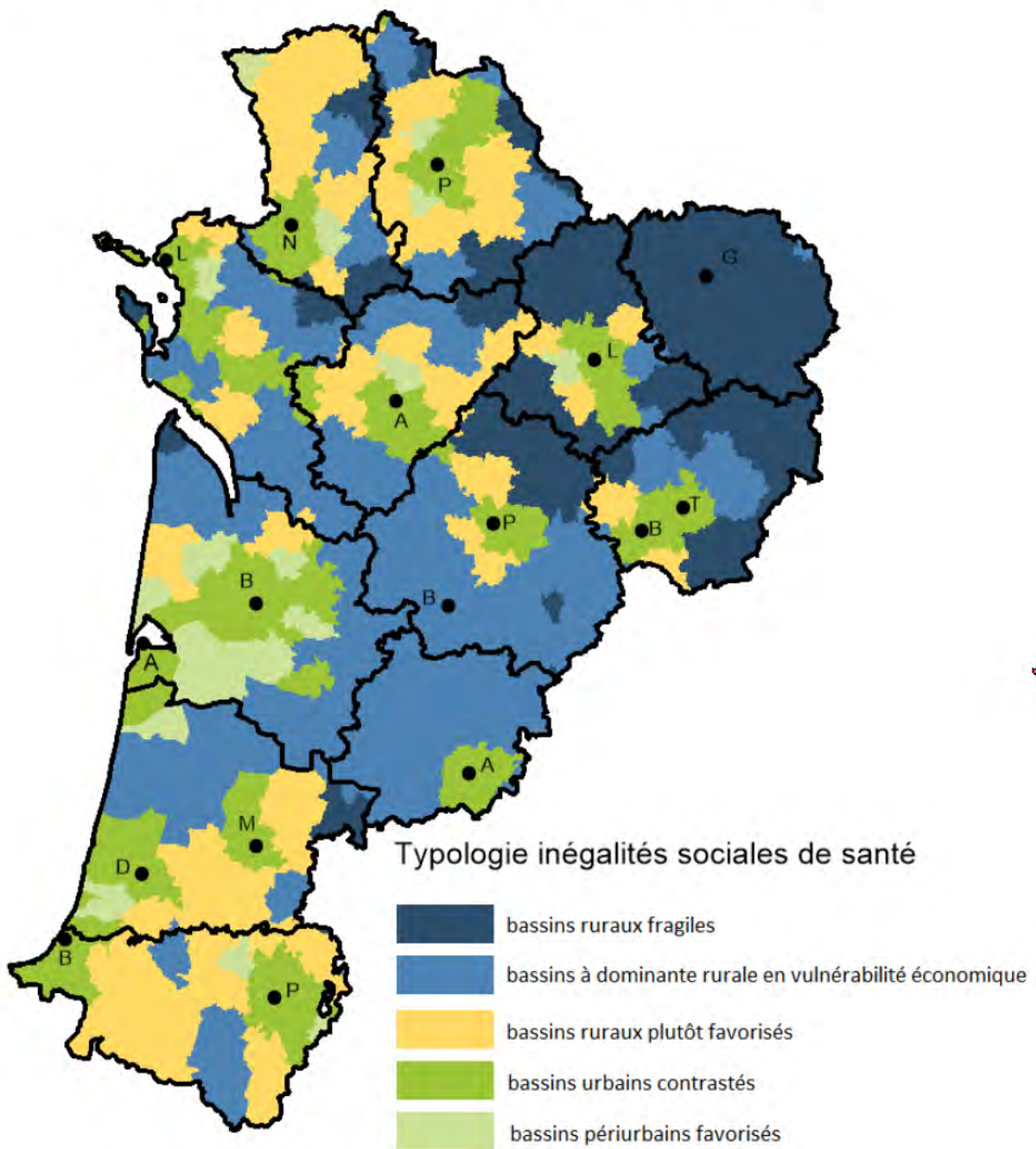
- **Classe A** - Situation sociale la plus favorisée, avec les plus faibles taux de chômage, d'allocataires et de fécondité des femmes de 12-19 ans, et plus de familles d'actifs occupés (dont la PCS est plus souvent favorisée).
- **Classe B** - Situation sociale favorisée, avec moins de personnes vivant de manière isolée (parts plus faibles de personnes de 25-59 ans, de 75 ans et plus et de familles monoparentales) et moins de cadres et PIS*.
- **Classe C** - Situation sociale plutôt favorisée, avec des parts très élevées de cadres et PIS*, de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2 et une part plus faible de foyers fiscaux non imposés.
- **Classe D** - Situation sociale contrastée, avec des parts élevées de cadres et PIS* et de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2 et certains indicateurs sociaux plutôt défavorables.
- **Classe E** - Situation sociale intermédiaire, avec plus de professions intermédiaires parmi les actifs occupés, de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2 et un peu plus de personnes vivant de manière isolée.
- **Classe F** - Situation sociale intermédiaire, avec plus d'agriculteurs exploitants et d'ouvriers parmi les actifs occupés, plus de foyers fiscaux non imposés et moins de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2.
- **Classe G** - Situation sociale défavorable, avec moins d'actifs, plus de chômage, d'allocataires, de foyers fiscaux non imposés et avec une part de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2 particulièrement faible.
- **Classe H** - Situation sociale la plus défavorable, avec notamment les plus forts taux de chômage, d'allocataires, de jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés et de fécondité des femmes de 12-19 ans.

* professions intellectuelles supérieures, parmi les actifs occupés.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • CCMSA; CNAF; ministère des Finances et des Comptes publics - DGFIP; état civil; RP 2006 à 2012 (INSEE); exploitation FNORS.

Typologie socio-sanitaire des bassins de vie de Nouvelle-Aquitaine en cinq classes



Sources : Insee, DGFIP, Cnaf, CCMSA, Drees, Finess, SAE, Inserm CépiDc, Cnamts, CNRSI
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

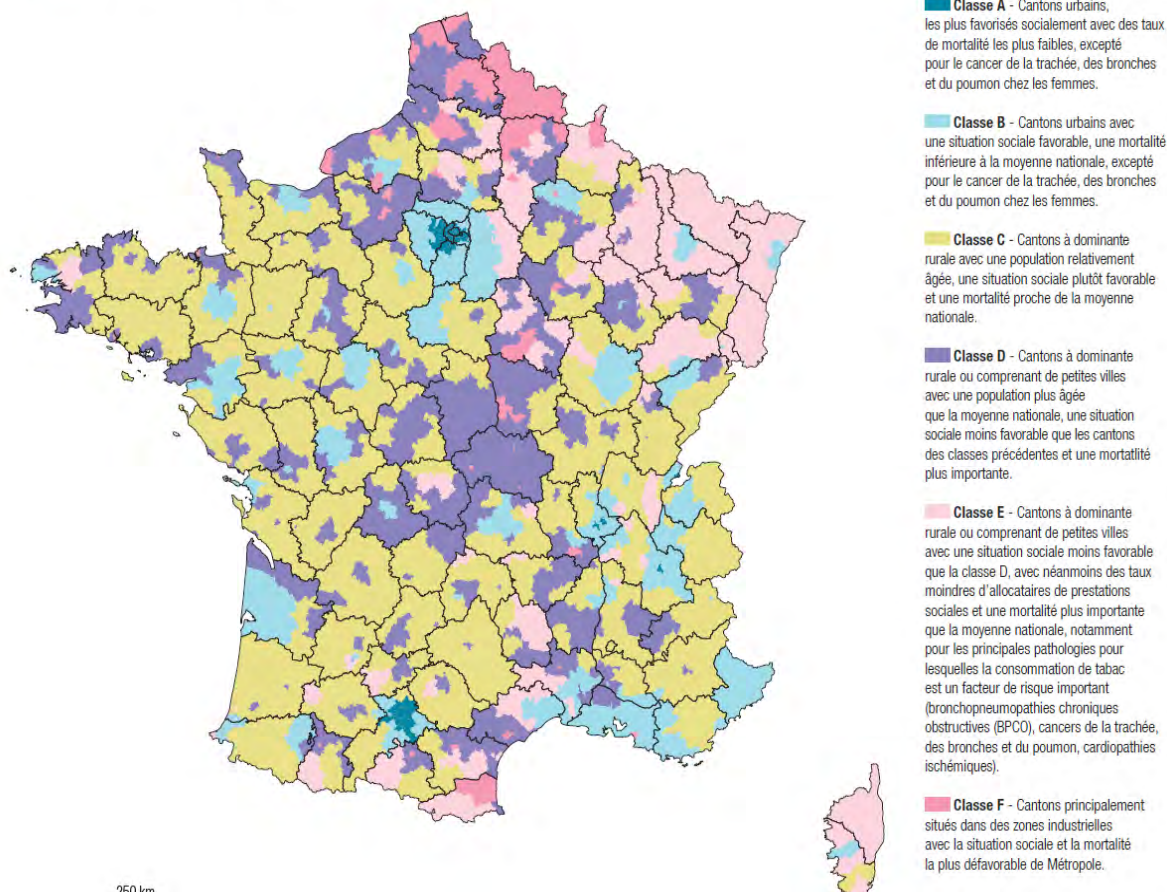
Un taux de pauvreté qui présente de fortes disparités territoriales Environ 165 000 ménages sont éligibles aux aides à la personne (prestation d'aides au logement : ALF, ALS, APL) soit une augmentation de 5 % depuis 2008. Le **taux de pauvreté de la Gironde (13 %, 190 000 personnes environ) est moins important que la moyenne régionale (- 1 pt)**. Toutefois, au sein du département girondin, de fortes inégalités territoriales sont constatées : ainsi, **un arc de pauvreté s'étend du Médoc à Sainte Foy la Grande**, constitué de zones rurales en frange de

département. À celles-ci, s'ajoutent **des poches de pauvreté très denses, localisées dans certains quartiers de la Métropole notamment**. C'est précisément sur ces territoires que vont être observées **les situations de logement indigne et, sur les zones rurales, un phénomène lié à la présence de personnes âgées, modestes propriétaires de leur logement** mais connaissant de réelles difficultés d'entretien et d'adaptation.

Par ailleurs, si l'on regarde le Taux de Croissance Annuel Moyen (TCAM) du nombre de foyers bénéficiaires des prestations d'aides au logement, la moyenne de la Gironde est bien supérieure aux moyennes régionales et nationales et le nombre de foyers concernés augmente. Ceci s'explique notamment, par la présence d'une **population d'étudiants très importante et d'une forte croissance du parc de logement locatif social sur ces dernières années**. Enfin, après une période de stagnation, le chômage a de nouveau connu une augmentation dans le département, gagnant 0,3 point entre le 2e trimestre 2014 et le 2e trimestre 2015 se portant à 10,1. L'évolution est proche de celle mesurée pour la France métropolitaine. Là encore, de **fortes inégalités territoriales sont constatées avec des taux supérieurs à 13,8 % dans le Médoc, la Haute Gironde, les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et les franges Est du département** contre moins de 10,5 % dans le Sud du département et sur le Bassin d'Arcachon. **Les actifs de moins de 25 ans constituent le groupe d'âge le plus concerné par le chômage dans tout le département**. Un parc privé marqué par une spécialisation sociale liée aux prix du foncier et de l'immobilier. **Le marché du logement en Gironde est tendu, les montants des loyers en constante augmentation et les coûts du foncier élevés**. Ces tensions renforcent la fonction d'accueil des territoires périurbains ou ruraux pour les jeunes ménages et les catégories socioprofessionnelles modestes contribuant ainsi à la spécialisation sociale des territoires qui se caractérise par : – **la concentration des plus pauvres sur le cœur d'agglomération** (54 % des ménages aux ressources inférieures à 30 % des plafonds HLM habitent la Métropole), – la permanence des territoires marqués par la pauvreté, notamment « l'arc de pauvreté » aux confins de la Gironde, – la sélectivité accrue de nombreux territoires au regard des prix fonciers et immobiliers et de la spécialisation des offres de logements. 56 % des ménages sont propriétaires en Gironde (taux inférieur à la moyenne en Aquitaine). **Le marché habitat collectif neuf progresse dans la Métropole mais stagne dans le reste du territoire**. Le parc de résidences principales augmente plus, en Gironde (+1,6 %) entre 2007 et 2012, qu'en France métropolitaine. La proportion de résidences secondaires reste modeste : 8,4 % en Gironde contre 11,8 % en Aquitaine. Néanmoins, sur le littoral atlantique ou le bassin d'Arcachon, elle atteint 1 logement sur 3. Le taux de vacance (6,4 %), tous parcs de logements confondus est faible et en décroissance depuis 1999. **Les besoins en logement ont en effet, globalement, du mal à être couverts** en raison notamment du fléchissement de la construction depuis 2007, même si le niveau de production reste soutenu dans les dernières années, en particulier dans la Métropole. 53 communes sont classées en zone B1 et 18 en B2 du zonage investissement locatif. Le locatif privé s'est beaucoup développé sous l'effet des régimes de défiscalisation se portant aujourd'hui à 28,5 % des résidences principales. Enfin, s'agissant de la qualité du parc, **le taux de logements dans le parc privé potentiellement indigne est de 6,3 % en Gironde** ce qui correspond à 37 000 logements environ, en diminution par rapport à 2007 (taux de 7 %) notamment grâce à l'essor démographique et l'attractivité résidentielle. **Le parc privé potentiellement indigne est constitué principalement de logements individuels en zone rurale, occupés par des propriétaires vieillissants, et des locataires jeunes en zones urbaines** : 11 % des locataires du parc locatif privé sont dans un logement potentiellement indigne (données 2011). Sur la Métropole, 5 % des logements sont en PPPI. Les inégalités territoriales sont fortes ici encore, en défaveur des zones situées aux franges du département : Haute Gironde, Sud Gironde et Libournais sont en effet les plus concernées.

Source : Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées de la Gironde 2016 – 2021, conseil départemental de la Gironde

CARTE 1
Typologie cantonale des inégalités socio-sanitaires



Indicateurs de santé de la population et écarts par rapport aux moyennes régionales et nationales

➤ Taux d'admission en ALD

Plus de 16 000 nouvelles **admissions en ALD**¹⁶ pour pathologies liées au **tabac** ont été recensées chaque année entre 2012 et 2014 en Nouvelle-Aquitaine dont près de 3 000 pour un cancer de la trachée, des bronches et du poumon. Le taux d'admission en Nouvelle-Aquitaine pour un cancer de la trachée, des bronches et du poumon est très proche du niveau national (44 pour 100 000 habitants), celui de **la Gironde est le plus élevé des départements de la région**, avec les Landes (49,2 pour 100 000 habitants).

Dans la région, **8 852 décès seraient liés au tabac chaque année** entre 2009 et 2013, dont 3 147 par cancer de la trachée, des bronches et du poumon. En Gironde, plus de 1 800 décès liés au tabac seraient en moyenne enregistrés chaque année sur la même période dont 740 par cancer de la trachée, des bronches et du poumon. Le

¹⁶ **Affections longue durée (ALD)** : Analyse des admissions en ALD (base CNAMTS-CCMSA-CNRSI)

- **Admissions en ALD liées au tabac** : cancer de la trachée, des bronches et du poumon (CIM10 = C33-C34), bronchite chronique (CIM10 = J42-J44), cardiopathie ischémique (CIM10 = I20-I25).

- **Admissions en ALD liées à l'alcool** : cirrhose (CIM10 = K70, K74), psychose alcoolique et alcoolisme (CIM10 = F10), cancer des VADS comprenant les tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du larynx (CIM10 = C00-C14), de l'œsophage (CIM10 = C15) et du larynx (CIM10 = C32).

taux standardisé de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon de la Gironde figure parmi les trois plus élevés des départements de la région (47,4 décès pour 100 000 habitants) après la Charente-Maritime et la Creuse. **La mortalité liée au tabac est inférieure à la moyenne nationale** (111,5 décès pour 100 000 habitants contre 115,3 en Nouvelle-Aquitaine, 117,6 en France). Néanmoins, **les taux sont supérieurs aux moyennes régionale et nationale dans deux territoires de proximité : le Nord-Gironde (138,3 décès liés au tabac pour 100 000 habitants) et Médoc (136)**. La mortalité affecte les femmes comme les hommes

➤ La morbidité (au travers des ALD) Prévalence

Près de 11 millions de personnes en France souffrent au moins d'une maladie chronique, parmi elles 1 million résident en Nouvelle-Aquitaine.

Les départements de la région sont disparates en termes de structure de population par âge. Afin de tenir compte de ces disparités entre chaque département et la région, certains taux sont standardisés par sexe et tranche d'âge : moins de 18 ans, de 18 à 44 ans, de 45 à 64 ans, de 65 à 74 ans, de 75 ans et plus. La population de référence utilisée pour standardiser est celle de la France Métropolitaine en 2013.

Plus d'une personne sur six (267 597) est prise en charge pour ALD en 2015 en Gironde. Le taux standardisé est identique (18 %), il est légèrement supérieur à celui de la région (16,6 % soit une personne sur sept). Ce taux est proche de ce qui est observé en France métropolitaine (17,3 %) où une personne sur six est prise en charge pour une ALD.

- **Personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD au 1er janvier 2015 en Gironde**

	Population	Nombre de bénéficiaires d'une ALD	Part de population standardisée (1) %	Femmes %
Gironde	1 505 517	267 597	18,0	52
Nouvelle Aquitaine	5 844 177	1 071 524	16,6	51
France métropolitaine	63 697 865	11 033 462	17,3	51

*Source : base de données assurance maladie inter-régimes SNIIRAM– Recensement de population INSEE 2013
(1) : la population est standardisée par sexe et tranches d'âge en prenant comme population de référence celle de la France métropolitaine.*

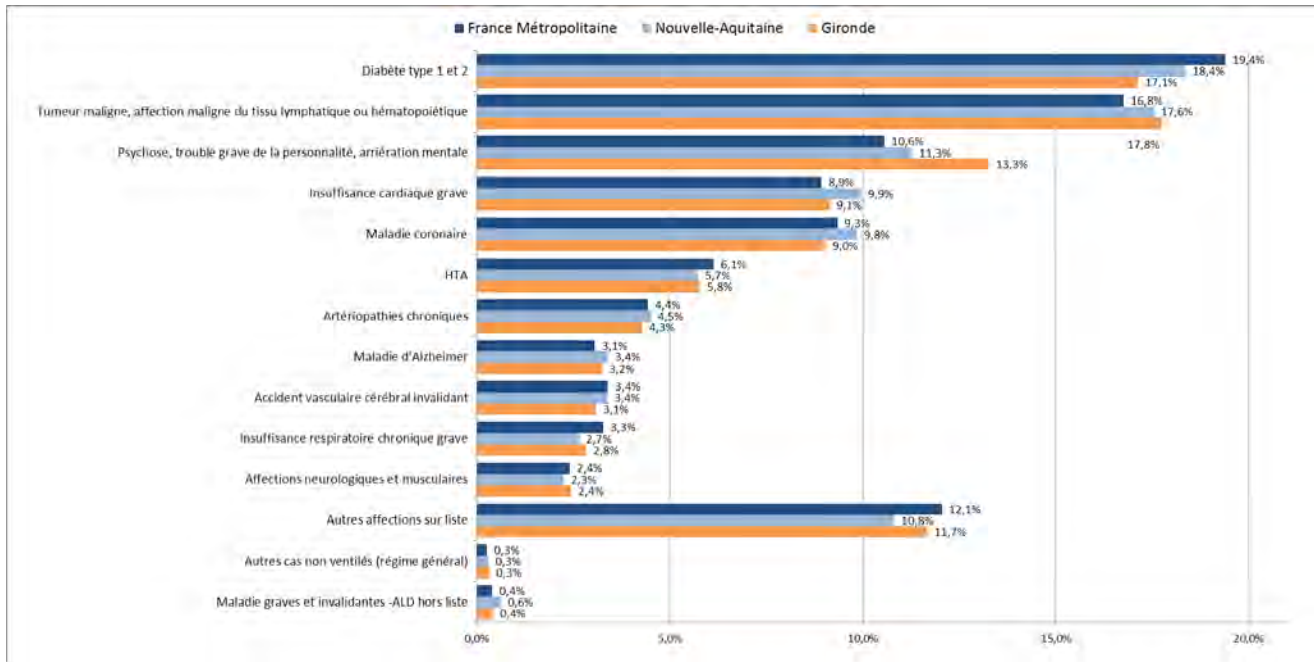
Les cinq premières causes de la prise en charge d'une personne en ALD en Gironde sont :

- les tumeurs malignes et affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique,
- le diabète,
- les psychoses, les troubles graves de la personnalité et l'arriération mentale,
- l'insuffisance cardiaque grave
- les maladies coronaires.

C'est d'abord le diabète, ensuite les tumeurs puis les psychoses qui sont les 3 premières causes des prises en charges relevées au niveau de la région et de la France métropolitaine, les maladies coronaires ne sont également qu'en cinquième position.

Les maladies cardio-neuro-vasculaires ont un poids certain dans la prise en charge des ALD : un tiers des ALD recensées en 2015 en Nouvelle-Aquitaine concerne ce type d'affection, ce taux est près de 31 % en Gironde.

- Répartition par type d'affection des personnes en ALD en Gironde en 2015



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

➤ **L'espérance de vie**

En Gironde, l'espérance de vie¹⁷ des hommes et des femmes à la naissance est légèrement plus haute qu'à l'échelle régionale et comme partout, celle des femmes est supérieure à celle des hommes. Ici, à 60 ans, un homme peut encore espérer vivre 23,5 ans (23,3 en région) et une femme 27,8 (27,7 en région).

- L'espérance de vie en Gironde en 2014

Espérance de vie

	Gironde	Nouvelle-Aquitaine	France métropolitaine
Espérance de vie à la naissance			
Hommes	79,6	79,4	79,3
Femmes	85,5	85,4	85,4
Espérance de vie à 60 ans			
Hommes	23,5	23,3	23,1
Femmes	27,8	27,7	27,7

Source: Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil
Réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

17 L'espérance de vie à la naissance (ou à l'âge 0) représente la durée de vie moyenne - autrement dit l'âge moyen au décès d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge.

C'est un cas particulier de l'espérance de vie à l'âge x. Cette espérance représente le nombre moyen d'années restant à vivre pour une génération fictive d'âge x qui aurait, à chaque âge, la probabilité de décéder observée cette année-là. Autrement dit, c'est le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge x (ou durée de survie moyenne à l'âge x), dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

➤ La mortalité

Au cours de la période 2009-2013, 12 200 décès de personnes domiciliées en Gironde ont été enregistrés en moyenne chaque année. Ces décès correspondent à un taux standardisé de mortalité¹⁸ de 731,4 pour 100 000 habitants ; il ne présente pas de différence statistiquement significative avec celui observé en Nouvelle-Aquitaine. En Gironde, comme dans tous les départements, le taux de mortalité des hommes est nettement supérieur à celui des femmes (971,8 décès pour 100 000 habitants contre 562,9).

La surmortalité prématurée¹⁹ frappe les hommes comme les femmes en Nord-Gironde. Le taux de décès prématurés y est supérieur de 23 % à celui de la Nouvelle-Aquitaine pour les hommes, 26 % pour les femmes. On observe également des écarts de mortalité prématurée importants sur les territoires de proximité du Médoc et de Bordeaux mais uniquement chez les hommes (respectivement + 25 % et + 19 % en comparaison avec la région). Les décès prématurés qui pourraient être évités par une réduction des comportements à risques (tabagisme, alcoolisme, etc.) représentent près d'un tiers des décès prématurés. La surmortalité prématurée évitable²⁰ est très marquée en Nord Gironde, chez les hommes comme chez les femmes. Elle touche également les hommes du Médoc et les femmes du Libournais.

- Taux de mortalité selon les territoires de proximité en Gironde

Taux de mortalité selon les territoires de proximité

	Bassin	Bordeaux	CUB Nord Ouest	CUB Rive Droite	CUB Sud Ouest	Libournais	Médoc	Nord Gironde	Sud Gironde	Gironde	Nouvelle- Aquitaine	France
Mortalité générale (1)												
Nombre moyen annuel de décès	1 466	1 724	1 586	1 342	1 731	1 412	858	796	1 306	12 200	59 334	55 812
Taux standardisé des Hommes et des Femmes	734,8	709,4	663,4	756,2	659,2	763,0	854,8	851,8	802,6	731,4	754,9	767
Taux standardisé des Hommes	970,0	977,3	886,9	1 005,2	874,4	1 012,5	1 095,7	1 106,3	1 054,1	971,8	1 004,1	1 011
Taux standardisé des Femmes	561,4	537,3	518,9	587,2	512,8	582,9	663,6	656,3	614,6	562,9	572,9	592
Mortalité prématurée (1)												
Nombre moyen annuel de décès	349	375	299	288	320	272	173	174	234	2 379	10 132	110 178
Taux standardisé des Hommes et des Femmes	180,7	210,9	140,9	172,9	151,8	202,2	219,6	228,4	202,4	182,0	191,1	192
Taux standardisé des Hommes	270,6	300,7	190,9	236,5	206,1	273,5	315,8	310,3	285,0	252,5	265,9	269
Taux standardisé des Femmes	115,4	131,1	95,9	113,6	102,9	134,3	123,4	146,0	120,7	116,9	118,6	122
Mortalité prématurée évitable (1)												
Nombre moyen annuel de décès	80	108	91	87	99	92	59	61	80	738	3 317	34 136
Taux standardisé des Hommes et des Femmes	63,0	80,0	42,8	53,5	47,2	69,9	76,1	82,2	70,9	58,3	63,5	60
Taux standardisé des Hommes	101,7	94,7	66,6	82,2	71,4	104,2	122,8	127,1	130,2	90,5	96,9	99
Taux standardisé des Femmes	26,2	29,7	21,2	26,9	25,6	37,4	29,5	37,1	32,1	26,3	29,6	28
Mortalité infantile (2)												
Nombre de décès										56	178	2 907
Taux de mortalité infantile										3,9	3,0	3,6

(1) 2009-2013

(2) 2011-2015

Surligné en vert : différence significative inférieure avec la France au risque de 5 %

Surligné en orange : différence significative supérieure avec la France au risque de 5 %

Sources : Inerm-GépiDC, Insee - Traitements OMS Aquitaine, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

En Gironde, comme dans les autres départements, **les maladies circulatoires puis les cancers sont les premières causes de mortalité**. Au sein des territoires de proximité, on note des situations de surmortalité ou de sous-mortalité par rapport à la France selon les pathologies.

L'insuffisance cardiaque frappe les territoires de proximité situés au Nord et au Sud du département (Médoc, Nord Gironde, Sud Gironde), les cardiopathies ischémiques touchent le Médoc, tandis que les maladies vasculaires cérébrales affectent le Nord Gironde, le Libournais et le Sud Gironde. S'agissant des cancers, la surmortalité liée au cancer colorectal marque deux territoires de proximité (Nord Gironde, Libournais) et celle liée au cancer de la trachée des bronches et du poumon affecte la moitié des territoires de proximité et plus particulièrement le Nord de la Gironde (Médoc, Nord Gironde, Libournais, Bordeaux, Métropole Rive droite). On note également une surmortalité relative à l'appareil respiratoire (Nord Gironde et Sud Gironde), au diabète (Médoc) et à l'appareil

18 **Le taux standardisé de mortalité** indique le nombre de décès pour 100 000 habitants si la répartition par âge de la zone géographique étudiée était la même qu'au niveau national. Autrement dit, c'est le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de la France métropolitaine. Taux standardisés sur l'âge de la population de la France au RP 2006

19 **Le taux de mortalité prématurée** concerne les décès de personnes de moins de 65 ans

20 **Mortalité prématurée évitable** : « mortalité évitable » liée aux pratiques de « prévention primaire ». Cet indicateur regroupe les causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risques tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses, etc.

digestif (Nord Gironde). Enfin les taux de mortalité liés aux causes externes sont particulièrement élevés dans l'est du département (Nord Gironde, Libournais, Sud Gironde pour les accidents de la circulation, Libournais pour les suicides).

➤ Les addictions aux substances psychoactives

Les consommations de substances psychoactives chez les jeunes de 17-18 ans de Nouvelle-Aquitaine (Enquête ESCAPAD²¹) diffèrent défavorablement des données nationales sur plusieurs indicateurs comme le tabagisme quotidien (36 % versus 32 %), l'expérimentation du cannabis (52 % versus 48 %) ou la consommation de 5 verres d'alcool ou plus en une même occasion au cours du mois précédant l'enquête (API : alcoolisation ponctuelle importante : 54 % versus 49 %). Aucune différence significative n'est en revanche notée vis-à-vis de l'expérimentation des autres substances psychoactives illicites ou d'usage détourné (poppers, champignons hallucinogènes, ecstasy, cocaïne...).

Près de **10 000 passages aux urgences**²² ont été enregistrés en 2015 en Nouvelle-Aquitaine pour « **troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë** » (CIM10 : F10.0). Il faut préciser que ce chiffre est sans doute en deçà de la réalité, car le diagnostic codé est plutôt la conséquence pathologique que la cause. Ces passages concernent majoritairement des hommes (73 %) ; 31 % ont moins de 30 ans. Cent trois passages aux urgences pour diagnostic de « **Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : intoxication aiguë** » (F12.0) ont été enregistrés en 2015 en Nouvelle-Aquitaine. Pour ce motif également, les hommes sont surreprésentés (78 %) ; ainsi que les jeunes (80 % ont moins de 30 ans dont 21 % de mineurs).

La Gironde affiche le **taux comparatif de séjours hospitaliers**²³ pour une **pathologie liée à l'alcool le plus élevé de la région** (1 149,8 séjours pour 100 000 habitants vs 838 séjours en Nouvelle-Aquitaine, 861 en France métropolitaine). Dans ce département, En 2015, plus de 5 300 séjours hospitaliers y ont été enregistrés pour une pathologie alcoolique. Les séjours pour alcoolisme avec dépendance ont donné lieu à près de 3 000 séjours avec sevrage. Par ailleurs, les intoxications aiguës à l'alcool sont à l'origine de 4 100 séjours. Au total, 12 400 séjours hospitaliers en lien avec l'alcool ont été enregistrés en 2015, soit 2,3 % des séjours réalisés en médecine dans le département.

Environ 3 600 nouvelles admissions en ALD ont été enregistrées chaque année entre 2012 et 2014 en Nouvelle-Aquitaine pour une pathologie liée à l'alcool. **En Gironde, le taux standardisé d'admission en ALD pour ce motif est comparable à celui observé en région** (56,1 pour 100 000 habitants vs 56,4).

21 **Données ESCAPAD** : enquêtes conduites par l'OFDT auprès de jeunes de 17 ans lors de la Journée défense et citoyenneté. Les résultats présentés sont pondérés sur le sexe et le département de résidence.

- **Alcoolisation ponctuelle importante (API)** : 5 verres ou plus en une même occasion

- **Expérimentation** : au moins un usage au cours de la vie

- **Usage régulier (alcool, cannabis)** : au moins 10 usages dans le mois

- **Ivresse régulière** : au moins 10 usages dans l'année

22 **Passages aux urgences (RPU)** : La région Nouvelle-Aquitaine a enregistré 1 617 311 passages aux urgences en 2015 dont 1 535 274 ont généré un Résumé de Passage aux Urgences (RPU) par les Observatoires des Urgences (95 %) ; le diagnostic principal est exploitable pour 70 % de ces RPU (98 % pour l'ex-Limousin, 77 % pour l'ex-Poitou-Charentes et 58 % pour l'ex-Aquitaine).

23 **Recours hospitaliers** : Séjours hospitaliers extraits des bases PMSI-MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) de l'ATIH, les codes CIM-10 retenus pour la définition de « pathologies liées à l'alcool » sont ceux proposés par l'article « L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France » publié dans le BEH n°24-25 de juillet 2015.

Entre 2009 et 2013, plus de 350 décès²⁴ seraient attribuables en moyenne chaque année à la consommation d'alcool en Gironde. Le **taux standardisé de mortalité par maladies liées à la consommation d'alcool est moins élevé qu'en France** (23,0 pour 100 000 habitants vs 27,9 en France). Selon les territoires de proximité, il n'y a pas de différence statistiquement significative avec les résultats observés en France.

Plus de 16 000 nouvelles **admissions en ALD**²⁵ pour pathologies liées au **tabac** ont été recensées chaque année entre 2012 et 2014 en Nouvelle-Aquitaine dont près de 3 000 pour un cancer de la trachée, des bronches et du poumon. Le taux d'admission en Nouvelle-Aquitaine pour un cancer de la trachée, des bronches et du poumon est très proche du niveau national (44 pour 100 000 habitants), celui de la Gironde est le plus élevé des départements de la région, avec les Landes (49,2 pour 100 000 habitants).

24 **Données décès** : Analyse des certificats de décès du CepiDc-INSERM

- Décès liés à la consommation de tabac : Sont regroupées les causes initiales de décès suivantes : cancer de la trachée, des bronches et du poumon (CIM10 = C33-34, cause initiale), bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (CIM10 = J40-J44 en cause initiale, associée ou de comorbidité), cardiopathie ischémique (CIM10 = I20-I25).

- Décès liés à la consommation d'alcool : Sont regroupées les causes initiales de décès suivantes : cirrhose du foie (CIM10 = K70 et K74.6), psychose alcoolique et alcoolisme (CIM10 = F10), cancer des VADS comprenant les tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (CIM10 = C00-C14), de l'œsophage (CIM10 = C15) et du larynx (CIM10 = C32).

25 **Affections longue durée (ALD)** : Analyse des admissions en ALD (base CNAMTS-CCMSA-CNRSI)

- Admissions en ALD liées au tabac : cancer de la trachée, des bronches et du poumon (CIM10 = C33-C34), bronchite chronique (CIM10 = J42-J44), cardiopathie ischémique (CIM10 = I20-I25).

- Admissions en ALD liées à l'alcool : cirrhose du foie (CIM10 = K70, K74), psychose alcoolique et alcoolisme (CIM10 = F10), cancer des VADS comprenant les tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du larynx (CIM10 = C00-C14), de l'œsophage (CIM10 = C15) et du larynx (CIM10 = C32).

B. Indicateurs de ressources et d'offres (enfants et adultes)

Ressources sanitaires

➤ Les professionnels de santé libéraux

Au 1^{er} janvier 2016, le département de la Gironde compte environ 12 460 **professionnels de santé libéraux**. Un peu plus d'un sur quatre est médecin. Les densités départementales des principales professions de santé sont toutes supérieures à celles de la région et de la France métropolitaine.

Concernant les **médecins généralistes libéraux**, avec une densité de 115 pour 100 000 habitants, le département se situe au-dessus de la moyenne régionale (103 pour 100 000 habitants) et nettement au-dessus de la moyenne nationale (94 pour 100 000 habitants). Ces praticiens sont un peu plus jeunes qu'en région et qu'au niveau national : 28 % sont âgés de 60 ans ou plus (30 % en région et 32 % en France métropolitaine).

La densité des **médecins spécialistes libéraux** (117 pour 100 000 habitants) est de plus de 50 % supérieure à celle de la région et de 31 % supérieure à celle de la France.

- Principaux professionnels de santé exerçant à titre libéral

Disciplines	Basin		Bordeaux		CUS Nord Ouest		CUS Rive Droite		CUS Sud Ouest		Libournaise	
	effectifs	% des 60 ans ou plus	effectifs	% des 60 ans ou plus	effectifs	% des 60 ans ou plus	effectifs	% des 60 ans ou plus	effectifs	% des 60 ans ou plus	effectifs	% des 60 ans ou plus
Médecins généralistes	100	28%	398	31%	253	25%	254	29%	327	28%	128	28%
Médecins spécialistes dent.	120	20%	748	28%	272	27%	171	29%	345	40%	51	25%
Anesthésistes réanimateurs chirurgicaux	8	55%	80	28%	20	25%	11	0%	15	40%	5	25%
Odontologues	14	22%	52	37%	18	11%	11	27%	17	42%	8	28%
Omnologues (médecins otolaryngologues)	8	18%	57	44%	41	27%	19	28%	10	50%	8	38%
Ophthalmologues	11	27%	45	40%	10	8%	12	40%	12	50%	11	28%
Pédiatres	5	20%	15	15%	12	8%	11	9%	12	58%	1	0%
Psychiatres	8	50%	185	55%	20	27%	21	82%	19	58%	4	50%
Radiologues	19	12%	80	25%	18	22%	28	29%	12	42%	15	40%
Chirurgiens-dentistes	Donnée non disponible au moment de la rédaction											
Sages-femmes	Donnée non disponible au moment de la rédaction											
Infirmier	508	12%	585	8%	494	7%	457	7%	625	12%	557	12%
Masso-Kinésithérapeute	120	20%	487	20%	285	8%	225	8%	392	10%	128	17%
Orthopédiste-Orthésiste	2	0%	4	0%	4	25%	1	0%	1	0%	1	0%
Orthophoniste	40	8%	117	9%	112	7%	87	9%	110	14%	42	24%
Orthoptiste	12	8%	52	25%	21	10%	8	18%	19	12%	10	20%
Pédiatre-Pédagogue	55	18%	94	12%	80	9%	40	20%	65	12%	28	12%
Psychologue	55	15%	212	15%	93	11%	58	12%	105	17%	50	17%
Psychomotricien	2	0%	24	25%	15	0%	11	25%	10	20%	7	25%

Disciplines	Médoc		Nord Gironde		Sud Gironde		Gironde		Nouvelle-Aquitaine		France MÉTROPOLITAINE	
	effectifs	% des 60 ans ou plus	effectifs	% des 60 ans ou plus	effectifs	% des 60 ans ou plus	effectifs	% des 60 ans ou plus	effectifs	% des 60 ans ou plus	effectifs	% des 60 ans ou plus
Médecins généralistes	79	22%	51	28%	129	22%	1 728	25%	5 995	20%	59 012	22%
Médecins spécialistes dent.	29	17%	28	31%	84	21%	1 757	22%	4 528	22%	58 877	24%
Anesthésistes réanimateurs chirurgicaux	2	20%	-	-	8	50%	122	28%	328	20%	3 727	28%
Odontologues	5	25%	5	80%	8	22%	134	21%	257	28%	4 628	22%
Omnologues (médecins otolaryngologues)	1	0%	5	0%	4	50%	171	27%	402	41%	5 082	42%
Ophthalmologues	8	0%	8	25%	7	29%	128	29%	408	28%	4 721	27%
Pédiatres	0	-	2	0%	1	0%	70	19%	172	24%	2 178	28%
Psychiatres	1	0%	5	87%	4	50%	294	49%	537	50%	8 248	50%
Radiologues	5	40%	2	0%	12	22%	181	28%	481	20%	5 459	28%
Chirurgiens-dentistes	Donnée non disponible au moment de la rédaction											
Sages-femmes	Donnée non disponible au moment de la rédaction											
Infirmier	215	14%	179	12%	282	18%	2 729	11%	12 034	9%	111 021	9%
Masso-Kinésithérapeute	109	8%	48	18%	117	9%	2 102	9%	6 427	12%	88 209	12%
Orthopédiste-Orthésiste	0	-	0	-	-	-	13	8%	82	24%	781	0%
Orthophoniste	55	18%	34	5%	28	17%	819	11%	1 442	12%	19 149	11%
Orthoptiste	4	28%	2	0%	8	0%	114	18%	280	12%	2 792	10%
Pédiatre-Pédagogue	25	18%	15	8%	28	25%	430	12%	1 229	11%	13 201	10%
Psychologue	15	0%	18	0%	22	15%	808	14%	1 282	17%	17 754	18%
Psychomotricien	2	0%	5	0%	8	0%	87	10%	191	14%	2 072	9%

Sources : - ADF-RFP S au 1^{er} janvier 2016, traitements ARS Nouvelle-Aquitaine et pour les médecins. Champ : médecins généralistes et pédiatres exerçant à titre libéral (hors activité en tant que remplaçant et hors activité non assignée), une seule activité par médecin libéral.
 - ADF-RFP S 2015 - traitements DREZ pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes
 - DREZ - ADFU 2015, traitements ARS Nouvelle-Aquitaine

Toutes les spécialités observées sont surreprésentées, notamment la gynécologie (médicale et obstétrique), la pédiatrie et la radiologie. La densité des psychiatres libéraux est 2 fois supérieure à celle de la région et de la France mais presque la moitié d'entre eux sont âgés de 60 ans et plus. On note des disparités selon les territoires de proximité de Gironde : le Nord Gironde et le Libournais enregistrent les densités les moins élevées des territoires, en plus d'être inférieures aux moyennes départementales, voire régionales. Le Médoc et le Sud Gironde sont sous-dotés en médecins libéraux et dans certaines autres professions de santé (masseurs-kinésithérapeutes, psychologues...) mais ils offrent une densité en infirmiers égale ou supérieure à celle du département et de la région (respectivement 249 et 280 pour 100 000 habitants contre 248 pour la Gironde et 206 pour la Nouvelle-Aquitaine). A contrario, le territoire de Bordeaux est le mieux pourvu en professionnels de santé mais la densité en infirmiers de 232 pour 100 000 habitants est inférieure à celle du département.

Dans les territoires du Bassin et de la Métropole Sud-Ouest, les médecins (généralistes et spécialistes) sont sous-représentés contrairement aux autres professionnels de santé.

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

Disciplines	Bassin	Bordeaux	CUB Nord Ouest	CUB Rive Droite	CUB Sud Ouest	Libournais	Médoc
Médecins généralistes	111	163	106	129	105	90	92
Médecins spécialistes dont :	84	306	114	94	101	54	34
Anesthésistes réanimateurs chirurgicaux	4	25	8	6	6	2	2
Cardiologues	10	21	8	6	7	5	4
Gynécologues (médicales et obstétriques) (1)	13	50	40	25	28	12	3
Ophthalmologues	8	18	8	7	9	7	7
Pédiatres (2)	21	46	31	31	55	3	-
Psychiatres	4	76	13	12	16	3	1
Radiologues	13	25	8	15	9	10	6
Chirurgie non-dentistes							
Sages-femmes (3)							
Infirmier	352	232	209	341	254	236	249
Masseur-Kinésithérapeute	174	192	155	124	160	83	127
Orthopédiste-Orthésiste	1	2	2	1	0	1	-
Orthophoniste	34	48	47	48	45	28	39
Orthoptiste	8	13	9	4	8	7	5
Pédicure-Podologue	37	39	34	23	28	19	29
Psychologue	38	87	39	29	42	20	15
Psychomotricien	1	10	8	6	4	5	2

Débit non disponible au moment de la rédaction

Disciplines	Nord Gironde	Sud Gironde	Gironde	Nouvelle-Aquitaine	France métropolitaine	Ecart de densité dans le département par rapport à la Nouvelle-Aquitaine	Ecart de densité dans le département par rapport à la France métropolitaine
Médecins généralistes	93	107	115	103	94	12%	23%
Médecins spécialistes dont :	30	49	117	77	89	51%	31%
Anesthésistes réanimateurs chirurgicaux	-	5	8	6	6	46%	40%
Cardiologues	6	5	9	6	7	46%	22%
Gynécologues (médicales et obstétriques) (1)	8	7	26	16	19	66%	40%
Ophthalmologues	7	5	9	7	7	31%	24%
Pédiatres (2)	11	4	27	18	24	52%	14%
Psychiatres	3	3	20	9	10	113%	96%
Radiologues	2	9	12	8	9	52%	40%
Chirurgie non-dentistes			72	58	57	24%	25%
Sages-femmes (3)			52	44	41	18%	25%
Infirmier	205	280	248	206	174	21%	42%
Masseur-Kinésithérapeute	55	90	140	110	104	27%	34%
Orthopédiste-Orthésiste	-	-	1	1	1	-19%	-28%
Orthophoniste	39	27	41	25	30	67%	37%
Orthoptiste	2	5	8	5	4	58%	73%
Pédicure-Podologue	15	22	29	23	21	26%	38%
Psychologue	18	25	40	24	28	71%	45%
Psychomotricien	6	6	6	3	3	77%	78%

(1) Densité pour 100 000 femmes âgées de 15 ans ou plus

(2) Densité pour 100 000 jeunes âgés de moins de 15 ans

(3) Densité pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

Sources : - ASIP-RPPS au 1er janvier 2016, traitements ANS Nouvelle-Aquitaine pour les médecins. Champ : médecins généralistes et spécialistes exerçant une activité libérale

(hors activité en tant que remplaçant et hors activité non soignante), une seule activité par médecin retenu;

- ASIP santé-RPPS 2016 - traitements DREES pour les chirurgiens dentistes et les sages-femmes

- DREES - ADEL 2016, traitements ANS Nouvelle-Aquitaine

- Professionnels de santé libéraux : densités pour 10 000 habitants de plus de 75 ans selon les territoires de proximité

Disciplines	Bassin	Bordeaux	CUB Nord Ouest	CUB Rive Droite	CUB Sud Ouest	Libournais	Médoc
Médecins généralistes	93	207	133	163	121	90	97
Infirmier	294	295	260	305	294	235	261
Masso-kinésithérapeute	145	244	193	157	185	88	134

Disciplines	Nord Gironde	Sud Gironde	Gironde	Nouvelle-Aquitaine	France métropolitaine	Ecart de densité dans le département par rapport à la Nouvelle-Aquitaine	Ecart de densité dans le département par rapport à la France métropolitaine
Médecins généralistes	109	102	128	90	102	42%	26%
Infirmier	240	266	276	181	189	53%	46%
Masso-kinésithérapeute	64	86	155	97	113	60%	37%

Sources : - ASIP-RPPS au 1er janvier 2016, traitements ARS Nouvelle-Aquitaine pour les médecins. Champ : médecins généralistes exerçant une activité libérale (hors activité en tant que remplaçant et hors activité non soignante), une seule activité par médecin retenue,
- ASIP santé-RPPS 2016 - traitements DREES pour les chirurgiens dentistes
- DREES - ADELI 2016, traitements ARS Nouvelle-Aquitaine

L'offre, ramenée à la population âgée, reste globalement à un niveau supérieur à celle de la région et de la France métropolitaine, grâce à la structure d'âge peu « âgée » de la Gironde. Ce constat peut se faire dans tous les territoires, même si quelques tensions sur l'offre en kinésithérapie sont mesurables sur la périphérie est du département.

➤ Les zones fragiles en médecine générale

Les zones fragiles reprennent les zones au sens de l'article R.1434-4 du CSP déterminées en Aquitaine avant le 01/01/2016. Une recherche des lieux d'implantation optimum envisageable en fonction de projets existants sur le terrain est effectuée. Les zones en difficulté en termes de démographie médicale sont sélectionnées. Au sein de ces zones, il est repéré là où les communes les plus intéressantes au vue de l'installation d'un médecin généraliste.

La sélection s'est aussi basée sur des indicateurs observés sur les territoires :

- la densité médicale des médecins généralistes et celle des médecins généralistes âgés de moins de 60 ans ;
- L'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 60 ans ;
- la population résidente.

La dernière actualisation date du 23/01/2014 en prenant en compte l'historique des zones précédemment ciblées fragiles. Il n'y a pas eu de modification des « zones d'accompagnement prioritaires » arrêtées le 29/02/2012, en Aquitaine.

En Gironde, 11 % de la population réside en zones fragiles.

Le zonage est plus marqué sur la frontière nord-est du département limitrophe de Charente-Maritime et de Dordogne, ainsi que dans le Médoc (pointe nord et autour de Lacanau).

- Population et territoires concernés par les zones fragiles

Zonage au sens de l'article R. 1434-4						
Territoire	Population 2013	Nombre total de communes au 01/01/2016	Population concernée	Nombre de communes	Part de population dans le territoire %	Part régionale de Population %
Gironde	1 505 517	540	166 916	183	11,1	2,9
Nouvelle-Aquitaine	5 844 177	4 466	1 816 675	2 569	31,1	31,1
Territoires de proximité						
Bassin	143 557	17	0	0	0,0	0,0
Bordeaux	243 626	1	0	0	0,0	0,0
CUB Nord Ouest	237 706	15	0	0	0,0	0,0
CUB Rive Droite	181 319	46	0	0	0,0	0,0
CUB Sud Ouest	245 226	20	0	0	0,0	0,0
Libourmais	151 231	129	63 332	65	4,2	1,1
Médoc	85 544	51	33 015	25	2,2	0,6
Nord Gironde	87 458	63	43 283	33	2,9	0,7
Sud Gironde	129 850	198	27 286	60	1,8	0,5

Sources : zonages des SROS ambulatoires des ARS d'Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes publiés avant le 01/01/2016 - recensement de population INSEE 2013

La cartographie du zonage est couplée avec celle des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP).

➤ Les maisons de santé pluridisciplinaires

Au 1^{er} janvier 2017, le département compte 12 maisons de santé pluridisciplinaires en fonctionnement et 6 autres en projet (dont 3 avec un projet de santé validé).

- Consommation de soins de ville 2015

	Gironde			Nouvelle Aquitaine			France métropolitaine		
	Nombre de patients	Taux de recours aux soins standardisé (1)	Part de patients en ALU %	Nombre de patients	Taux de recours aux soins standardisé (1)	Part de patients en ALU %	Nombre de patients	Taux de recours aux soins	Part de patients en ALU %
Médecins généralistes libéraux	1 437 303	26,8	16,0	5 406 784	22,1	10,3	57 306 708	20,0	18,1
Médecins spécialistes Bordeaux									
Anesthésistes réanimateurs cardiologues	126 464	8,4	11,5	433 365	7,6	23,0	4 606 303	7,4	21,4
Cardiologues	352 396	10,9	46,9	573 829	8,9	44,3	6 075 524	9,5	49,7
Dermatologues	232 325	15,4	15,1	686 810	11,5	18,3	7 224 150	11,3	14,8
Gynécologues	249 111	16,2	30	741 919	12,9	9,0	7 740 425	12,2	9,3
Ophthalmologues	478 466	31,0	18,7	1 741 561	28,7	10,0	17 406 007	27,5	16,0
Pédiatre	69 005	4,8	20	188 057	3,6	2,0	2 846 063	4,5	2,2
Pneumologues	38 004	2,6	34,8	154 214	2,7	34,3	1 635 653	2,6	16,0
Psychiatres	38 478	3,5	16,4	146 103	2,4	30,5	1 612 243	3,5	25,9
Radiologues	636 980	42,4	10,8	2 040 523	33,0	20,5	22 000 373	34,7	10,8
Chirurgiens-dentistes	638 805	42,4	13,9	2 537 319	39,2	14,3	24 731 063	38,9	13,6
Sages-femmes	76 857	5,1	2,9	28 787	0,5	3,0	1 055 819	1,7	2,0
Infirmiers	216 308	14,3	47,5	1 254 137	19,8	41,5	10 949 214	17,2	42,3
Massagers kinésithérapeutes	397 042	26,3	16,4	1 028 170	17,1	22,3	10 478 264	16,3	26,8
Orthophonistes	38 130	2,5	23,3	107 030	1,8	21,3	1 339 143	2,2	18,7
Orthoptistes	49 091	3,2	18,1	154 302	2,5	18,0	1 742 374	3,0	14,6
Pédicures-podologues	7 522	0,5	57,1	20 431	0,3	30,0	362 522	0,6	67,7

Sources : Bases de remboursement de l'assurance maladie en entrée de soins (SMIRPASC)

(1) Taux de population ayant eu recours aux soins, standardisé par sexe et territoire d'âge en prenant comme population de référence celle de la France métropolitaine pour 100 habitants (Recensement de population INSEE 2013).

➤ Les établissements

Les soins hospitaliers en Gironde sont couverts par 16 établissements de santé publics et 77 structures privées dont le centre régional de lutte contre le cancer.

- Établissements sanitaires au 01/01/2017 en Gironde

Source : DREES, SAE 2015

Catégories	Gironde	Nouvelle-Aquitaine	France métropolitaine
Secteur public (établissements)	16	119	1 315
Centre hospitalier régional (CHR/CHU) (1)	5	11	188
Centre hospitalier (CH) (dont anciens hôpitaux locaux)	8	98	1 006
Établissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS)	2	9	99
Autre unité de service public (2)	1	1	22
Secteur privé (établissements)	77	263	2 530
Établissement de soins de courte durée	19	57	642
Centre de lutte contre le cancer	1	1	24
Établissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS)	15	31	277
Établissement de soins de suite et de réadaptation	15	75	718
Centre de dialyse	26	80	641
Autre établissement privé (3)	1	19	228
Ensemble	93	382	3 845
dont établissements ayant une maternité	12	50	511

(1) inclut les établissements de l'AP-HP

(2) inclut les établissements du SSA, les SIH, les établissements sanitaires des prisons, les établissements GCS (Groupement de coopération Sanitaire) publics

(3) inclut les services d'hospitalisation à domicile, les établissements GCS (Groupement de coopération Sanitaire)

Les taux d'équipement en Gironde sont proches des taux régionaux : chirurgie et psychiatrie étant légèrement supérieurs. Il n'y a pas de sous-dotation vis-à-vis de la région.

- Lits et places installés au 31/12/2015 – Taux d'équipement en Gironde²⁶

Sources : DREES, SAE 2015 ; INSEE, estimations de population au 1er janvier 2015

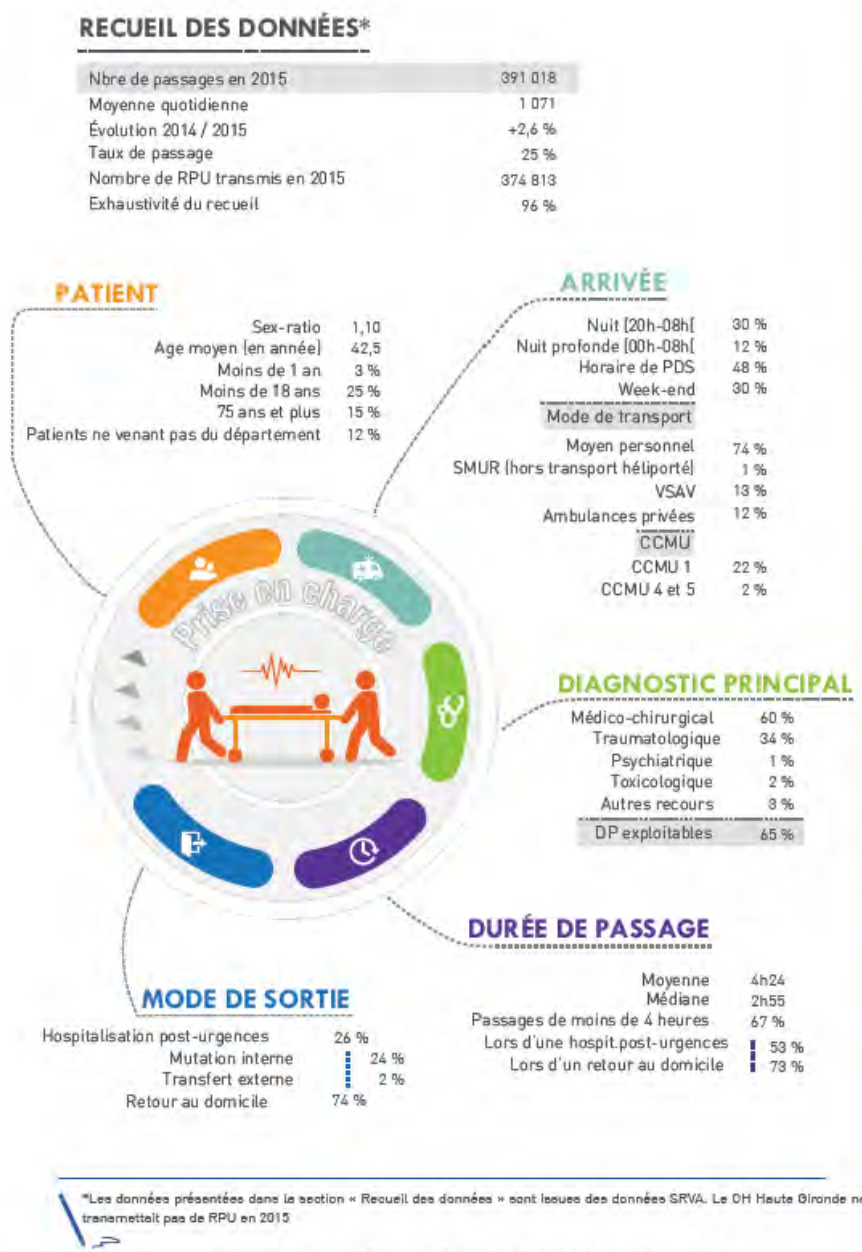
Disciplines court séjour	Gironde	Nouvelle-Aquitaine	France métropolitaine
Médecine			
Hospitalisation à temps plein (lits)	3 092	11 146	120 009
Hospitalisation partielle ou ambulatoire (places)	316	1 042	12 549
Chirurgie			
Hospitalisation à temps plein (lits)	2 257	6 683	69 093
Hospitalisation partielle ou ambulatoire (places)	559	1 707	16 760
Gynécologie-obstétrique			
Hospitalisation à temps plein (lits)	471	1 577	18 673
Hospitalisation partielle ou ambulatoire (places)	41	108	1 349
Hospitalisation à domicile (places)	395	1 640	14 395
Soins de suite et de réadaptation			
Hospitalisation complète (lits)	1 770	9 615	103 536
Hospitalisation partielle (places)	248	768	11 425
Psychiatrie			
<u>Psychiatrie infanto-juvénile</u>			
Hospitalisation à temps complet (lits et placements thérapeutiques)	76	406	3 013
Hospitalisation à temps partielle (places)	333	1 057	9 474
<u>Psychiatrie générale</u>			
Hospitalisation à temps complet (lits et placements thérapeutiques)	1 462	5 756	56 562
Hospitalisation à temps partielle (places)	515	2 021	19 014
Taux d'équipement en lits et places pour 1 000 habitants			
Médecine	2,2	2,1	2,1
Chirurgie	1,8	1,4	1,3
Gynécologie-obstétrique pour 1 000 femmes de 15 ans et plus	0,8	0,7	0,7
Hospitalisation à domicile	0,3	0,3	0,2
Soins de suite et de réadaptation	1,5	1,9	1,8
Psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus	1,4	1,3	0,9
Psychiatrie générale pour 1 000 habitants de plus de 16 ans	1,6	1,6	1,5

26 Au moment de la rédaction, les capacités d'accueil au 31/12/2016 ne sont pas encore connues

➤ Les urgences, Urgences et SMUR

La Gironde dispose de 14 structures de médecine d'urgence ayant pris en charge plus de 390 000 passages, dont 11,6 % en pédiatrie.

- L'activité des urgences du département en 2015



Source : ORU Nouvelle-Aquitaine – Panorama des urgences 2015

- L'activité des SMUR en Gironde

Source : DREES, Enquête SAE 2015

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

	Gironde	Nouvelle-Aquitaine
Nombre de sorties terrestres primaires	9 802	48 689
Nombre de sorties terrestres secondaires	2 882	13 491
Nombre de sorties aériennes primaires	358	2 108
Nombre de sorties aériennes secondaires	370	2 694
Nombre de sorties maritimes	-	12
Nombre total de sorties dans l'année	13 412	68 714

En Gironde, les 8 SMUR du territoire ont effectué 13 400 sorties en 2015. Les sorties aériennes représentent 5 % de ces sorties.

Les temps d'accès aux urgences

L'objectif est de porter un regard aussi précis que possible sur la situation actuelle, grâce à une vision complète des possibilités d'accès aux soins urgents.

Le nouveau diagnostic élaboré par la DREES a été réalisé en mars 2017 par l'ARS. Il tient compte des équipements suivants :

- services d'urgences générales y compris services d'urgences diurnes (SU) ;
- services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) et antennes incluant les antennes saisonnières ;
- médecins correspondants du SAMU (MCS) installés à fin 2016 ;
- HéliSMUR et hélicoptères de la sécurité civile (HSC).

La couverture de la population pour l'accès aux soins urgents en 30 minutes ou moins est assurée en permanence par les SU et les SMUR. Les possibilités d'interventions des MCS et hélicoptères qui améliorent les temps d'accès, ne viennent qu'en renfort de cette couverture puisqu'elles sont hors de la garde médicale permanente dite H24.

- Les effecteurs de soins urgents au 30/06/2016 en Gironde

	Equipements en garde médicale H24						HORS H24	
	Service d'urgence	SAMU	SMUR	SMUR saisonnier	Antenne SMUR	Antenne SMUR saisonnier	MCS 2016	Bases hélicoptères
Gironde	14	1	8	0	1	0	0	3
Nouvelle Aquitaine	66	13	49	3	12	3	35	9
France métropolitaine	629	104	399	5	77	5	Plus de 253(*)	Plus de 79(*)

Source : Statistique Annuelle des établissements 2015 (SAE 2015) - MCS au 01/11/2016,

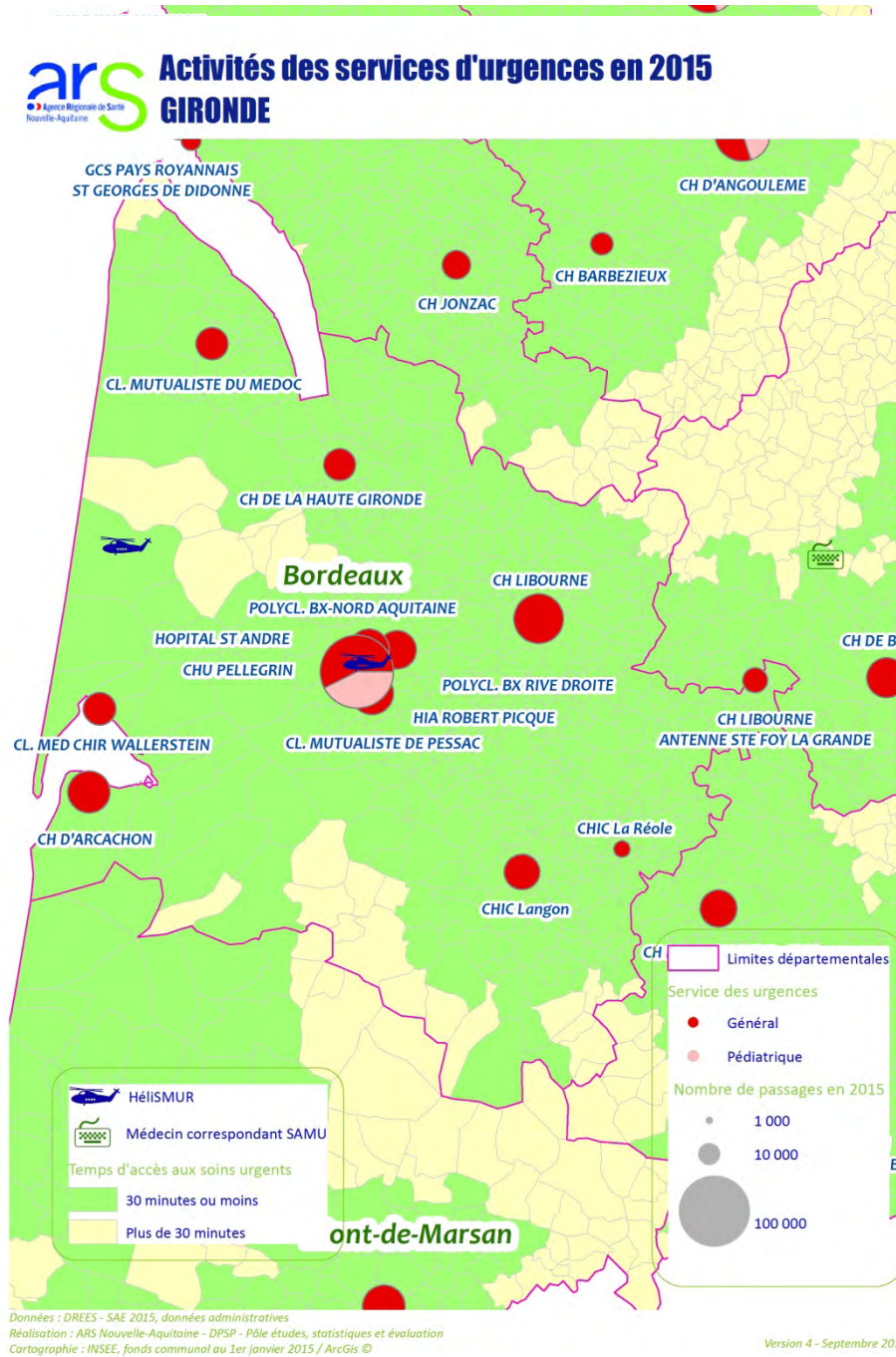
(*) Pour la France métropolitaine le nombre de communes équipées en MCS est de 253 et en bases hélicoptère de 79,5

Les hélicoptères interviennent dans un rayon à vol d'oiseau de 80 km. Cette distance correspond à un temps d'intervention estimé à 35 minutes, temps de décollage inclus.

8 communes de la région disposent de :

- 5 bases HéliSMUR : Poitiers (86), Limoges (87), Périgueux (24), Bordeaux (33) et Bayonne (64) ;
- 4 bases pour les hélicoptères de la Sécurité Civile : La Rochelle (17), Bordeaux (33), Lacanau (33), Pau (64).

- Temps d'accès aux soins urgents en 2016 et activité des SU 2015 en Gironde



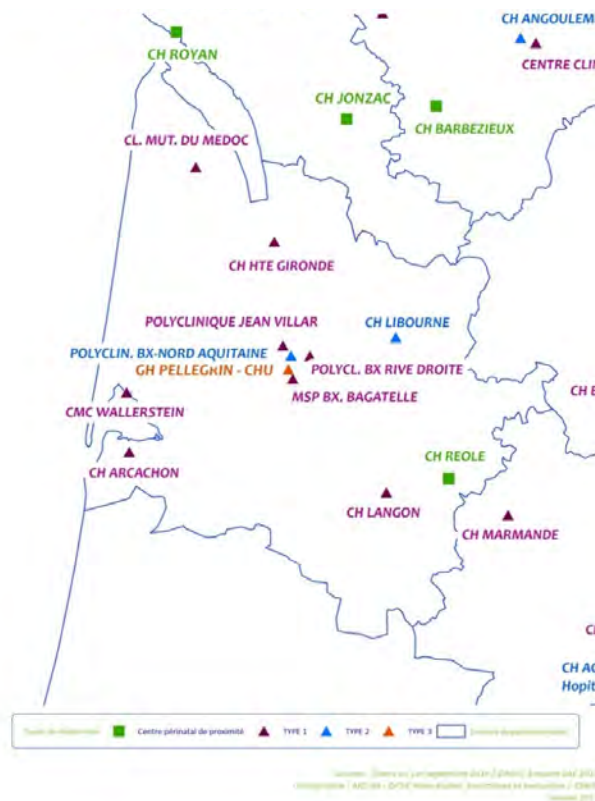
➤ L'activité des établissements du département

- Les activités par domaine d'activité en médecine en Gironde

Domaine d'Activité en Médecine	Département Gironde								Nouvelle Aquitaine					
	Année 2015		Part des séjours		Evolution des séjours		DMS (en jours)		Part des séjours dans la discipline		Evol de séjours		DMS régionale (en jours)	
	Nb séjours	Nb journées	Année 2014	Année 2015	2013 / 2014	2014 / 2015	Année 2014	Année 2015	Année 2014	Année 2015	2013 / 2014	2014 / 2015	Année 2014	Année 2015
D01 - Digestif	69 300	97 649	23,2%	23,6%	3,0%	3,3%	4,5	4,4	25,6%	25,6%	2,0%	2,4%	4,7	4,7
D07 - Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasc.)	28 582	94 753	9,6%	9,7%	2,8%	2,9%	5,6	5,5	10,1%	10,1%	1,0%	2,3%	6,2	6,2
D26 - Activités inter spécialités, suivi thérap	28 100	34 086	8,8%	9,6%	4,6%	10,6%	2,6	2,5	7,9%	8,2%	2,8%	6,5%	3,0	2,8
D05 - Système nerveux (hors cathétérismes vasc.)	23 140	79 179	7,9%	7,9%	1,4%	2,0%	6,4	6,3	7,7%	7,8%	1,4%	3,0%	7,0	6,9
D09 - Pneumologie	23 118	121 917	7,5%	7,9%	5,5%	7,3%	7,6	7,4	8,3%	8,8%	-1,5%	8,8%	8,1	7,8
D15 - Uro-néphrologie et génital	17 915	41 301	6,2%	6,1%	5,0%	-0,3%	5,0	4,9	6,5%	6,4%	1,9%	1,4%	5,1	5,1
D06 - cathétérismes vasc.	15 215	61 108	5,1%	5,2%	4,8%	3,6%	4,5	4,5	4,9%	5,1%	4,1%	6,4%	4,1	4,1
D16 - Hématologie	12 724	50 619	4,6%	4,3%	0,6%	-4,0%	7,5	7,4	3,7%	3,5%	1,3%	-2,5%	7,4	7,4
D04 - Rhumatologie	12 118	38 203	4,3%	4,1%	-2,7%	-2,0%	5,8	5,9	4,0%	3,8%	-1,5%	-2,0%	6,3	6,4
D19 - Endocrinologie	10 736	38 182	4,2%	3,7%	-11,3%	-9,3%	5,6	5,8	3,8%	3,6%	-7,1%	-3,3%	6,6	6,6
D17 - Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	10 276	27 534	3,7%	3,5%	-1,6%	-3,2%	2,8	2,7	2,8%	2,7%	-1,3%	-2,3%	2,4	2,4
D22 - Psychiatrie	8 604	28 422	2,8%	2,9%	6,3%	5,9%	8,7	8,6	2,7%	2,8%	4,0%	3,2%	7,9	8,1
D23 - Toxicologie, Intoxications, Alcool	8 213	21 251	3,1%	2,8%	-4,2%	-8,2%	3,9	3,8	3,4%	3,2%	-2,8%	-5,3%	3,6	3,6
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané	5 989	20 747	2,1%	2,0%	-7,3%	-3,1%	7,3	7,0	1,8%	1,8%	-4,8%	2,2%	7,7	7,8
D10 - ORL, Stomatologie	5 933	10 032	2,0%	2,0%	6,2%	0,8%	3,7	3,7	2,1%	2,1%	1,8%	2,9%	3,6	3,6
D18 - Maladies infectieuses (dont VIH)	5 029	14 980	1,9%	1,7%	-5,3%	-10,1%	7,0	6,5	1,4%	1,3%	-5,5%	-2,8%	6,7	6,6
D24 - Douleurs chroniques, Soins palliatifs	3 966	40 508	1,5%	1,4%	0,7%	-5,8%	14,1	14,6	2,0%	1,9%	6,8%	-5,2%	13,8	14,0
D11 - Ophtalmologie	2 065	4 327	0,8%	0,7%	5,9%	-5,3%	3,9	3,9	0,5%	0,5%	2,1%	-4,1%	4,3	4,0
D12 - Gynécologie - sein	1 495	3 965	0,5%	0,5%	1,3%	-5,2%	3,9	4,1	0,5%	0,5%	-3,0%	-3,6%	4,1	4,3
D02 - Orthopédie traumatologie	1 004	5 300	0,3%	0,3%	-0,6%	17,2%	6,7	6,9	0,4%	0,4%	8,5%	6,1%	6,7	7,0
M - Médecine	293 522	834 063	100,0%	100,0%	1,6%	1,6%	5,4	5,3	100,0%	100,0%	0,8%	2,2%	5,8	5,7

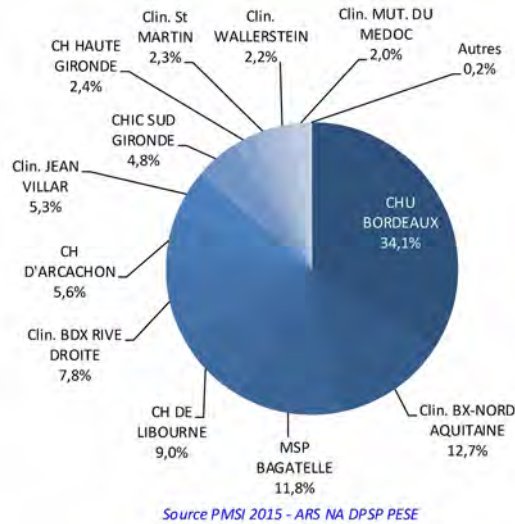
PNM1 MCD 2015 - Diamant - Exploitation ARS NA, DPSP P252

- Maternités et centres périnataux de proximité en Gironde



Comme pour les autres disciplines, le CHU de Bordeaux prend la plus grande part de séjours d'obstétrique avec 34 % des prises en charge.

- Part des séjours d'obstétrique par établissement en Gironde en 2015



Les cliniques privées assurent 28 % des séjours d'obstétrique (31 % des accouchements).

En tant que maternité de niveau 3, le CHU prend en charge presque 5 % de nouveau-nés de très faible poids.

Les IMG²⁷ sont principalement effectuées par le CHU et la MSP Bagatelle.

➤ Les séjours des habitantes de Gironde

- Lieux de prises en charge des patientes de Gironde en 2015 – Patientes résidant dans la métropole Bordelaise

Etablissements de prise en charge	Séjours d'obstétrique pris en charge pour les patients de :									
	Gironde		Bordeaux		Métro. Nord Ouest		Métro. Rive Droite		Métro. Sud Ouest	
	Nb de séjours	Part	Nb de séjours	Part	Nb de séjours	Part	Nb de séjours	Part	Nb de séjours	Part
CHU DE BORDEAUX	9 236	33,5%	2 766	53,1%	2 004	47,7%	1 405	36,0%	1 780	41,3%
POLYCLINIQUE BX-NORD AQUITAINE	3 606	13,1%	1 286	24,7%	957	22,8%	534	13,7%	169	3,9%
MSP BAGATELLE	3 335	12,1%	625	12,0%	275	6,6%	283	7,2%	1 746	40,5%
POLYCLINIQUE BORDEAUX RIVE DROITE	2 211	8,0%	199	3,8%	70	1,7%	1 411	36,1%	62	1,4%
POLYCLINIQUE JEAN VILLAR	1 475	5,4%	159	3,1%	712	17,0%	103	2,6%	79	1,8%
POLYCLINIQUE SAINT MARTIN	640	2,3%	21	0,4%	87	2,1%	19	0,5%	366	8,5%
Hors Region	196	0,7%	51	1,0%	21	0,5%	16	0,4%	34	0,8%
Autres	6 866	24,9%	99	1,9%	71	1,7%	134	3,4%	77	1,8%
séjours des girondins	27 565	100,0%	5 206	100,0%	4 197	100,0%	3 905	100,0%	4 313	100,0%

Source PMSI MCO 2015 - Fuites girondins - ARS NA DPSP PESE

En obstétrique, plus que dans les autres disciplines, la proximité de la maternité par rapport au lieu de résidence des patientes semble important ; cependant dans le Médoc les patientes sont prises en charge pour 20 % des séjours d'obstétrique au CHU de Bordeaux. Les patientes résidant en Nord Gironde sont hospitalisées pour 15 % d'entre elles au CHU et 16 % à la polyclinique Rive Droite (plus proche).

- Lieux de prises en charge des patientes de Gironde en 2015 – Patientes résidant hors métropole Bordelaise

Etablissements	Séjours d'obstétrique pris en charge pour les patients de :											
	Gironde		Libournais		Médoc		Bassin		Nord Gironde		Sud Gironde	
	Nb de séjours	Part	Nb de séjours	Part	Nb de séjours	Part	Nb de séjours	Part	Nb de séjours	Part	Nb de séjours	Part
CH DE LIBOURNE	2 132	7,7%	1 695	71,0%	3	0,2%	5	0,2%	233	13,0%	81	3,8%
CH C SUD GIRONDE	1 332	4,8%	3	0,1%		0,0%	1	0,0%		0,0%	1 298	60,5%
CHU DE BORDEAUX	9 296	33,5%	176	7,4%	316	20,6%	258	12,4%	264	14,7%	262	12,2%
CH D'ARCACHON	1 144	4,2%	3	0,1%	7	0,5%	1 088	52,4%	1	0,1%	10	0,5%
Clin. BX-NORD AQUITAINE	3 606	13,1%	87	3,6%	227	14,8%	33	1,6%	266	14,9%	47	2,2%
CH DE LA HAUTE GIRONDE	621	2,3%	6	0,3%	1	0,1%		0,0%	602	33,6%		0,0%
Clin. WALLERSTEIN	601	2,2%		0,0%	121	7,9%	441	21,2%	2	0,1%	3	0,1%
Clin. MUTUALISTE DU MEDOC	556	2,0%		0,0%	543	35,4%	1	0,0%		0,0%		0,0%
Clin. BORDEAUX RIVE DROITE	2 211	8,0%	131	5,5%	13	0,8%	4	0,2%	280	15,6%	41	1,9%
Clin. JEAN VILLAR	1 475	5,4%	42	1,8%	254	16,6%	28	1,3%	66	3,7%	30	1,4%
MSP BAGATELLE	3 335	12,1%	49	2,1%	23	1,5%	88	4,2%	47	2,6%	199	9,3%
CH BERGERAC	163	0,6%	150	6,3%		0,0%		0,0%		0,0%	2	0,1%
Clin. SAINT MARTIN	640	2,3%	7	0,3%	10	0,7%	102	4,9%	6	0,3%	21	1,0%
CH MARMANDE TONNEINS	144	0,5%	5	0,2%		0,0%		0,0%		0,0%	133	6,2%
Hors Région	196	0,7%	22	0,9%	9	0,6%	17	0,8%	15	0,8%	11	0,5%
Autres	173	0,6%	11	0,5%	5	0,3%	11	0,5%	9	0,5%	9	0,4%
Total général	27 565	100,0%	2 387	100,0%	1 532	100,0%	2 077	100,0%	1 791	100,0%	2 147	100,0%

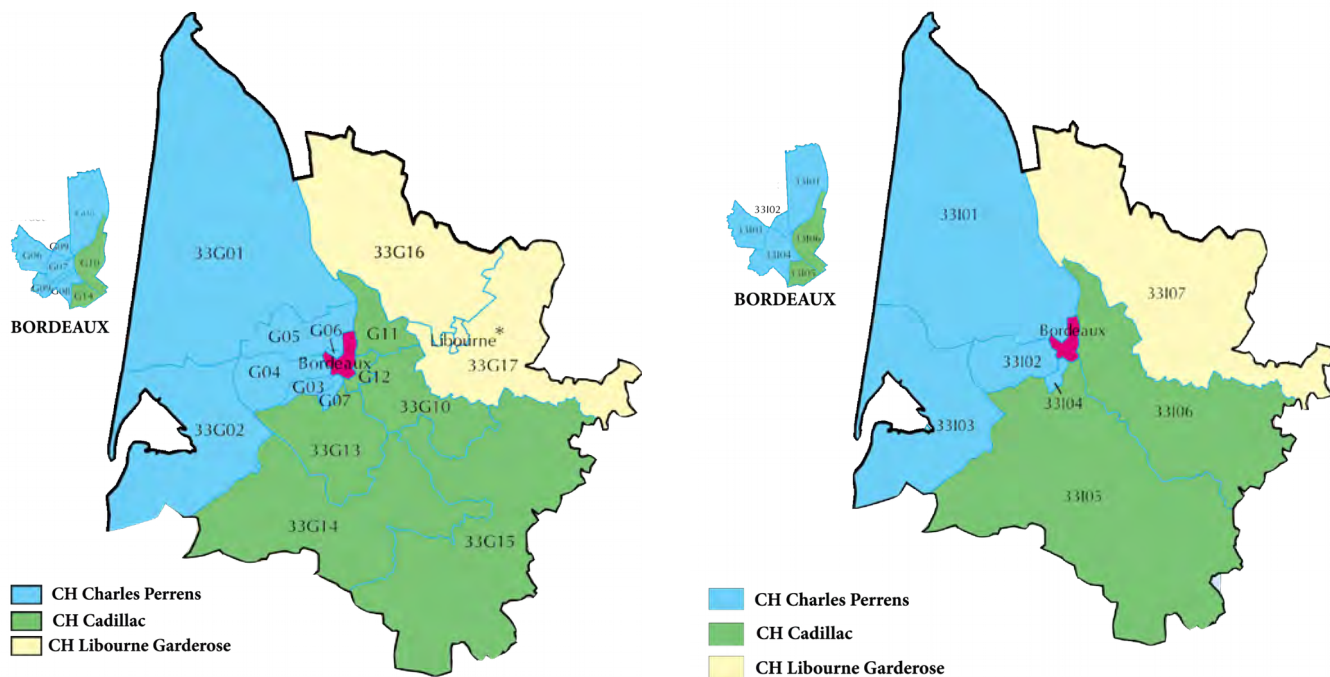
Source : PMSI MCO 2015, Base ATIH

Traitement : ARS NA, DPSP, PESE

- La psychiatrie

Les établissements (Annexe F)

- Les secteurs psychiatriques adultes et enfants en Gironde



Au 1^{er} janvier 2016, 18 établissements sont autorisés en psychiatrie, dont 3 structures publiques également référentes des secteurs de psychiatrie.

- Capacité d'accueil en psychiatrie au 31 décembre 2015 en Gironde

		Gironde	Nouvelle-Aquitaine
Hospitalisation à temps plein Nombre de lits	Public	1091	4424
	Privé lucratif	253	805
	Privé non lucratif	138	726
	Ensemble	1482	5955
Prise en charge à temps partiel Nombre de places	Public	529	2657
	Privé lucratif	35	95
	Privé non lucratif	284	326
	Ensemble	848	3078
Prise en charge ambulatoire Nombre de CMP et CATTP	Public	107	582
	Privé lucratif	-	1
	Privé non lucratif	18	26
	Ensemble	125	609

Source : DREES - Enquête SAE 2015

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

Bien que moins nombreux, les établissements publics proposent la majorité de l'offre aussi bien à temps plein qu'à temps partiel (73,6 % des lits et 62,4 % des places).

Les CMP adultes en gironde



Source : site Aquirehab

Les CMP adultes en Métropole bordelaise



Source : site [Aquirehab](#)

L'activité en psychiatrie

Au cours de l'année 2015, les établissements psychiatriques du territoire ont accueilli 46 300 patients (20,9 % des patients néo-aquitains), dont 82,7 % exclusivement en ambulatoire.

La prise en charge pour les enfants et adolescents est importante : un patient sur quatre a moins de 16 ans.

En hospitalisation, la prise en charge à temps partiel se situe autour de la moyenne régionale. Enfants et adolescents contribuent pour 9 % à l'activité d'hospitalisation.

- File active et activité en psychiatrie en Gironde en 2015

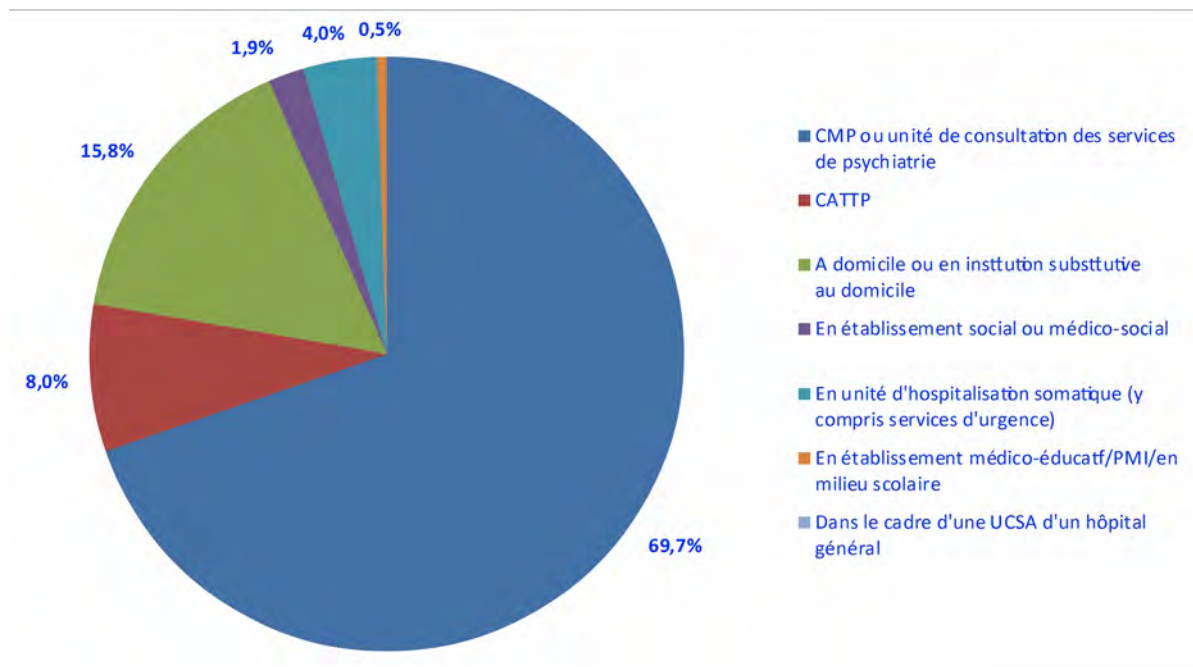
		Gironde	Nouvelle-Aquitaine
File Active	Total	46 300	221 243
	Exclusivement ambulatoire	38 281	170 257
	<i>Dont infanto-juvénile : totale</i>	<i>12 009</i>	<i>49 570</i>
	<i>Dont infanto-juvénile : exclusivement ambu</i>	<i>10 880</i>	<i>44 559</i>
Nombre de Journées	Temps plein	518 231	1 961 210
	Temps partiel	151 108	537 869
	<i>Dont infanto-juvénile : temps plein</i>	<i>15 975</i>	<i>83 560</i>
	<i>Dont infanto-juvénile : temps partiel</i>	<i>44 101</i>	<i>138 376</i>
Nombre d'Actes	Total	488 548	2 006 081
	<i>Dont infanto-juvénile</i>	<i>132 645</i>	<i>521 172</i>

Source : DREES - Enquête SAE 2015

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

Avec un peu moins de 500 000 actes réalisés, la Gironde réalise près d'**un quart de l'activité ambulatoire de la région**, ce qui en fait le premier territoire de prise en charge. Cette activité est effectuée principalement dans des CMP ou des unités de consultation des services de psychiatrie. La prise en charge à domicile est aussi développée avec une proportion de 15,8 %.

- Activité ambulatoire en psychiatrie en Gironde en 2015



Source : DREES – Enquête SAE 2015

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine – DPSP, PESE

Ressources médico-sociales et sociales

■ L'offre pour les personnes âgées

- [Allocataires](#)

En Gironde, un peu plus de 33 000 personnes bénéficient de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), soit près d'une personne sur quatre âgées de 75 ans ou plus, ce qui représente **l'une des proportions les plus importantes de la région**, juste derrière la Creuse (28,7 %).

Par ailleurs, 1 700 personnes environ perçoivent l'aide sociale à l'hébergement, soit 10 % des personnes hébergées en établissement médico-social ; cette proportion est l'une des plus faibles de la région, juste devant la Vienne (9,0 %) et la Charente (10,0 %).

- Allocations aux personnes âgées en Gironde

	Gironde	Nouvelle-Aquitaine	France métropolitaine
Bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2014 (1)	33 258	139 214	1 221 148
dont bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2014 (1)	21 042	81 584	713 661
Bénéficiaires de l'APA / 100 personnes de 75 ans et + (2)	24,2	20,9	20,5
Bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) au 31 décembre 2014 (3)	1 753	10 366	115 385
Bénéficiaires de l'ASH / 100 places d'hébergement pour personnes âgées (2)	10,1	12,5	15,8

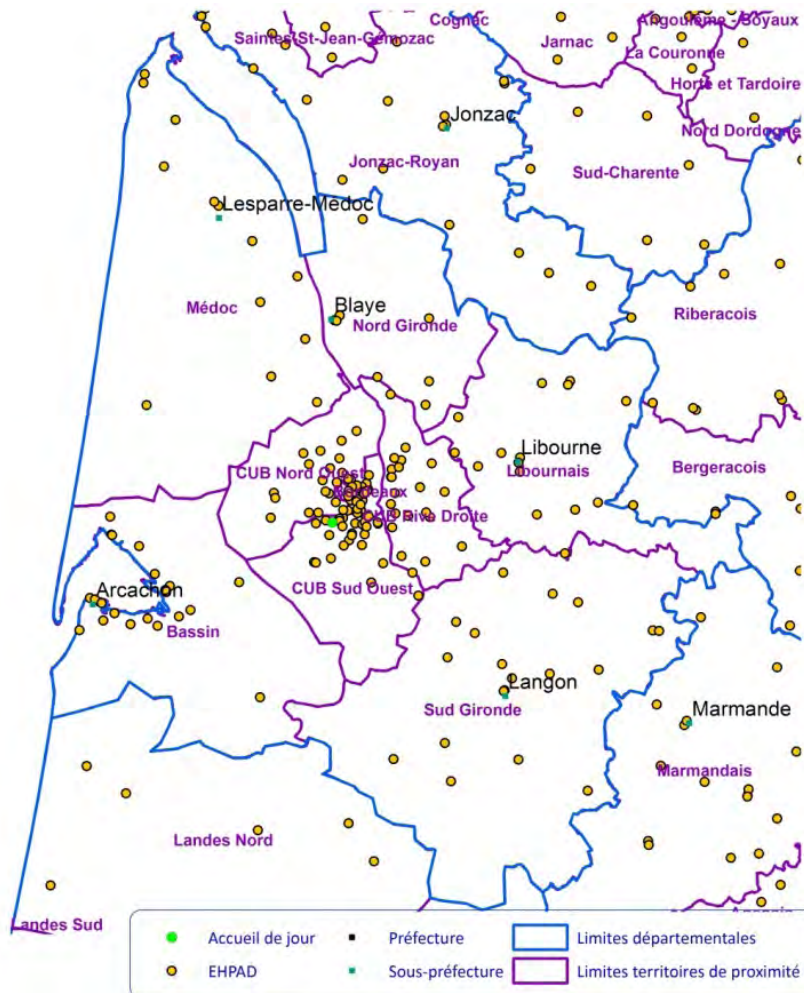
(1) Pour l'APA, ce sont les bénéficiaires payés au titre du mois de décembre qui sont comptabilisés
Départements 17, 19, 38, 45, 12, 02, 60, 973 et total France métropolitaine estimés

(2) Indicateurs sociaux départementaux

(3) Départements 19, 66 et total France métropolitaine estimés

Sources : DREES, enquête sur les allocations du minimum vieillesse, enquête aide sociale, ISD ; INSEE, estimations de population, ISD

- Accueil des personnes âgées



Source : FINESS au 31 décembre 2016, implantations autorisées
Cartographie : Fonds IGN 2015 / Arcgis®
Réalisation : ARS Nouvelle Aquitaine - DPSR Pôle études, statistiques et évaluation

Implantation des EHPAD et des centres d'accueil de jour en Gironde au 01/12/2016

Au 1^{er} décembre 2016, les établissements et services médico-sociaux girondins offrent près de 20 500 places dans 311 structures pour personnes âgées. Celles-ci se répartissent majoritairement dans les EHPAD (65 % des places) et les résidences autonomie (20 % des places). C'est en effet dans ce département que la proportion de places dans les résidences autonomie est la plus élevée. Les neuf territoires de proximité disposent globalement de tous les types d'établissement.

- Établissements et nombre de places installées en Gironde au 01/12/2016

	Bassin	Bordeaux	CLB Nord Ouest	CJBRive Droite	CLB Sud Ouest	Libournaise
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)						
Nombre d'établissements	22	23	24	22	28	17
Nombre total de places installées	1638	2 052	1 628	1 519	2 010	1 448
Dont places en accueil temporaire	45	34	41	40	50	40
Dont places en accueil de jour	56	46	31	31	38	39
Autres établissements médicalisés pour personnes âgées (1)						
Nombre d'établissements	0	0	0	0	1	0
Nombre total de places installées	0	0	0	0	14	0
Dont places en accueil temporaire	0	0	0	0	0	0
Dont places en accueil de jour	0	0	0	0	14	0
Unités de soins de longue durée (USLD) (2)						
Nombre d'USLD	1	0	0	0	1	1
Nombre de lits	80	0	0	0	120	60
Etablissements non médicalisés pour personnes âgées (3)						
Nombre d'établissements	7	17	10	9	15	14
Nombre total de places installées	273	842	524	550	484	526
Dont places en accueil temporaire	0	0	0	0	11	0
Dont places en accueil de jour	0	0	0	0	0	0
Services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD + SPASAD)						
Nombre de services	2	2	4	3	5	4
Nombre de places (5)	239	340	273	232	459	280
Nombre total d'établissements et services pour personnes âgées	32	42	38	34	50	36
Nombre total de places	2230	3 234	2 425	2 301	3 097	2 315

	Médoc	Nord Gironde	Sud Gironde	Gironde	Nouvelle-Aquitaine	France métropolitaine
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)						
Nombre d'établissements	13	8	19	176	913	7 368
Nombre total de places installées	872	687	1 426	13 281	70 147	596 426
Dont places en accueil temporaire	15	6	29	300	1 465	10 683
Dont places en accueil de jour	14	6	11	272	1 250	10 628
Autres établissements médicalisés pour personnes âgées (1)						
Nombre d'établissements	0	3	1	5	35	335
Nombre total de places installées	0	37	6	57	642	5 067
Dont places en accueil temporaire	0	0	0	0	81	245
Dont places en accueil de jour	0	0	0	14	303	3 511
Unités de soins de longue durée (USLD) (2)						
Nombre d'USLD	0	1	1	5	64	569
Nombre de lits	0	20	50	330	3 342	31 218
Etablissements non médicalisés pour personnes âgées (3)						
Nombre d'établissements	7	3	16	98	290	2 608
Nombre total de places installées	297	124	577	4 207	10 947	117 501
Dont places en accueil temporaire	0	0	0	11	103	1 491
Dont places en accueil de jour	0	0	0	0	6	69
Services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD + SPASAD)						
Nombre de services	2	1	4	27	205	2 140
Nombre de places (5)	239	187	356	2 605	13 910	122 096
Nombre total d'établissements et services pour personnes âgées	22	16	41	311	1 507	13 020
Nombre total de places	1 408	1 055	2 415	20 480	98 988	872 308

(1) Centres de jour pour personnes âgées, EHPAD avec ordonnance Assurance Maladie

(2) Source SAE - Établissements ayant rempli le bordereau USLD (ayant signé ou non une convention tripartite)

(3) Résidences autonomie, EHPAD sans ordonnance Assurance Maladie

(4) EHPAD sans ordonnance Assurance Maladie

(5) places pour personnes âgées et maladies Alzheimer

Source : DREES, MINES au 1.12.2016 pour la Nouvelle-Aquitaine, au 31.12.2015 pour la France et SAE pour les USLD

Avec 120 lits ou places médicalisés pour 1 000 personnes âgées, tous types d'établissements et services confondus en places médicalisées, la **Gironde affiche le taux d'équipement le plus faible de la région** (inférieur de 12 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus au taux régional). Ce département est le moins bien équipé de la région pour les USLD (2,4 places contre 5,0 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus) et l'un des moins bien équipés en SSIAD (19,2 places pour 1 000 personnes âgées), juste devant les Pyrénées-Atlantiques (18,8 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus). Les territoires de proximité sont plutôt homogènes au

regard de leur taux d'équipement : seul le territoire de la CUB Nord-Ouest se distingue par des taux d'équipement sensiblement moins élevés que les huit autres territoires.

- Taux d'équipement en Gironde au 01/12/2016

	Bassin	Bordeaux	CUB Nord Ouest	CUB Rive Droite	CUB Sud Ouest	Libournais
Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus	17215	19 176	19089	14 333	21 197	15 179
Taux d'équipement en places dans les établissements médicalisés hors USLD pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus (1)	95,2	107,0	85,3	106,0	95,5	95,5
Taux d'équipement en places dans les USLD pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus	4,6	0,0	0,0	0,0	5,7	4,0
Taux d'équipement en places dans tous les établissements hébergeant des PA pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus	115,7	150,9	112,7	144,4	124,5	134,1
Taux d'équipement en places dans les services de soins à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus (SSIAD+S.PASAD) (2)	13,9	17,7	14,3	16,2	21,7	18,4
Taux d'équipement en places dans les établissements médicalisés et services pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus (3)	113,7	124,7	99,6	122,2	122,8	117,9

	Médoc	Nord Gironde	Sud Gironde	Gironde	Nouvelle- Aquitaine	France métropolitaine
Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus	8 154	7 460	13 663	135 465	665 429	5 889 474
Taux d'équipement en places dans les établissements médicalisés hors USLD pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus (1)	106,9	97,1	104,8	98,5	106,4	102,1
Taux d'équipement en places dans les USLD pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus	0,0	2,7	3,7	2,4	5,0	5,3
Taux d'équipement en places dans tous les établissements hébergeant des PA pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus	143,4	116,4	150,7	132,0	127,9	127,4
Taux d'équipement en places dans les services de soins à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus (SSIAD+S.PASAD) (2)	29,3	25,1	26,1	19,2	20,9	20,7
Taux d'équipement en places dans les établissements médicalisés et services pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus (3)	136,2	124,8	134,5	120,1	132,3	128,2

(1) EHPAD, Centres de jour pour personnes âgées, EHPA avec crédits Assurance Maladie

(2) Ensemble des places pour les personnes âgées et malades Alzheimer

(3) EHPAD, Centres de jour pour personnes âgées, EHPA avec crédits Assurance Maladie, USLD, SSIAD

Sources : DREES, INSEE au 1.12.2016 pour la Nouvelle-Aquitaine, au 31.12.2015 pour la France - INSEE, Recensement au 1.01.2013 pour la population

Pour l'accueil des personnes souffrant de la maladie Alzheimer, la Gironde présente un taux d'équipement²⁸ proche du niveau régional, mais des disparités infra départementales sont observées : le territoire du Bassin offre deux fois plus de places (15,0 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus) que le territoire du Libournais (7,4 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus).

²⁸ Les unités d'hébergement renforcé (UHR) proposent, sur une période limitée, des soins et des activités sociales et thérapeutiques à des résidents souffrant de troubles sévères du comportement.

Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) font partie des structures introduites par le Plan Alzheimer : ils apportent durant la journée des activités adaptées aux personnes présentant des troubles du comportement suffisamment modérée pour ne pas nécessiter des conditions d'hébergement spécifiques.

Au sein des SSIAD, les équipes spécialisées Alzheimer (ESA), formées spécifiquement aux soins d'accompagnement et de réhabilitation se composent d'un infirmier coordinateur, d'un ergothérapeute et d'assistants de soins en gérontologie.

- Accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en Gironde au 01/12/2016

	Bassin	Bordeaux	CLB Nord Ouest	CLB Rive Droite	CLB Sud Ouest	Libournaise
Nombre total de places réservées aux malades Alzheimer dans les établissements (1)	258	186	160	165	315	113
Dont places en accueil temporaire	24	13	8	9	24	12
Dont places en accueil de jour	44	46	31	28	46	23
Taux d'équipement en places réservées aux malades Alzheimer pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus	15,0	9,7	8,4	11,5	14,9	7,4
Dispositifs spécifiques						
PASA						
Nombre d'unités	6	10	4	6	8	6
Nombre total de places installées (2)	78	132	52	74	108	80
UHR						
Nombre d'unités	1	1	0	0	0	1
Nombre total de places installées	14	14	0	0	0	14
ESA						
Nombre de services	1	1	1	1	1	2
Nombre total de places installées	10	10	10	10	10	20

	Médoc	Nord Gironde	Sud Gironde	Gironde	Nouvelle- Aquitaine	France métropolitaine
Nombre total de places réservées aux malades Alzheimer dans les établissements (1)	87	95	137	1 516	7 561	63 629
Dont places en accueil temporaire	3	3	12	108	505	3 291
Dont places en accueil de jour	10	6	10	244	1 281	12 489
Taux d'équipement en places réservées aux malades Alzheimer pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus	10,7	12,7	10,0	11,2	11,4	10,8
Dispositifs spécifiques						
PASA						
Nombre d'unités	2	4	1	47	198	1 374
Nombre total de places installées (2)	24	54	12	614	2 632	n.c.
UHR						
Nombre d'unités	1	1	0	5	24	126
Nombre total de places installées	14	14	0	70	367	1 758
ESA						
Nombre de services	2	1	2	12	48	450
Nombre total de places installées	20	10	20	120	540	4 739

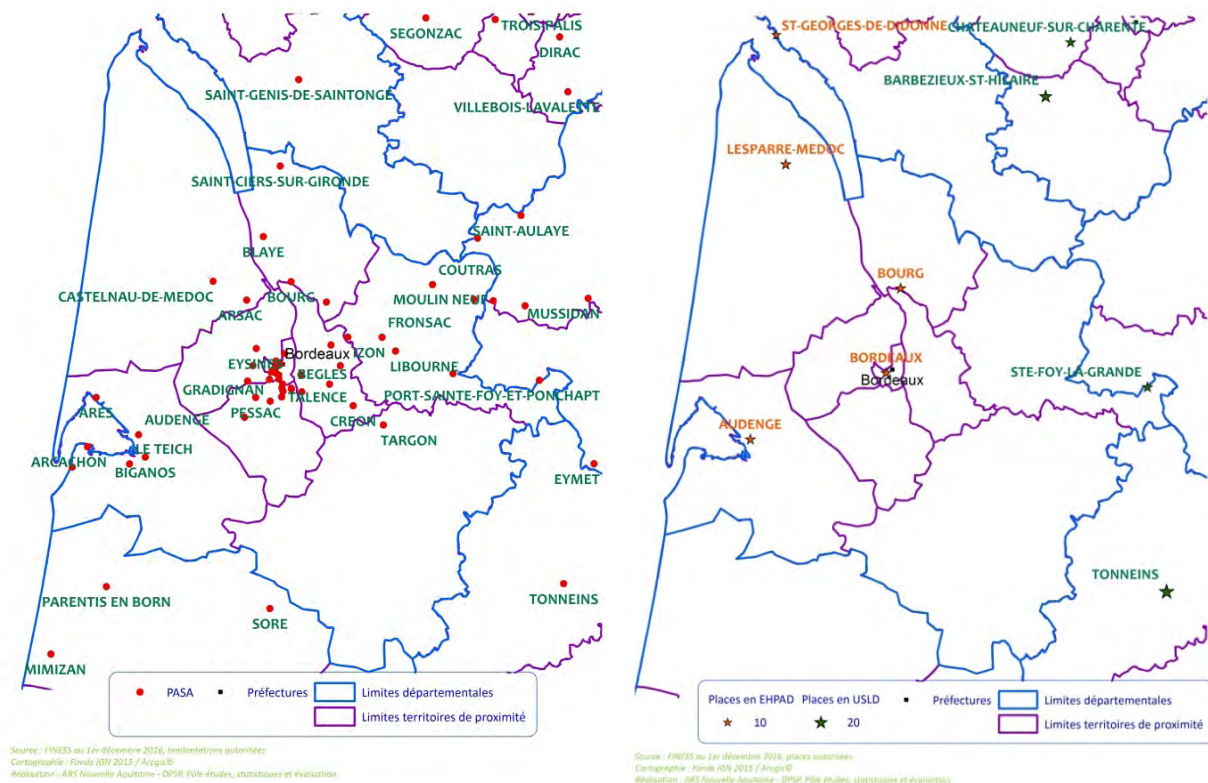
(1) Ensemble des places avec la maladie Alzheimer quel que soit le catégorie d'établissement

(2) Nombre de places dans les PASA non enregistré dans l'INSEE

Sources : DREES, INSEE au 1.12.2016 pour la Nouvelle-Aquitaine, au 31.12.2015 pour la France - INSEE, Recensement au 1.01.2013 pour la population

En ce qui concerne les dispositifs spécifiques, les PASA et les ESA sont présents dans les neuf territoires de proximité et cinq UHR sont comptabilisées dans cinq territoires de proximité différents (les trois territoires de la Métropole ne disposent pas d'UHR).

- **PASA et UHR en Gironde**



■ **L'offre pour les personnes en situation de handicap**

- **Allocations et prestations aux personnes handicapées**

En Gironde, **33 500 personnes sont indemnisées par une allocation au titre du handicap**. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est versée à 6 100 foyers. De plus, 26 800 personnes bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), soit 3,0 allocataires pour 100 adultes âgés de 20 à 64 ans (3,3 en Nouvelle-Aquitaine).

Enfin, 6 800 personnes bénéficient d'une prestation de compensation du handicap ou d'une allocation compensatrice pour tierce personne soit 4,4 % de la population départementale, **taux inférieur** aux taux régional et national.

- Allocations et prestations aux personnes handicapées

	Gironde	Nouvelle-Aquitaine	France métropolitaine
Allocation Adulte Handicapé			
Nombre d'allocataires au 31.12.2015	26 797	109 086	1 027 127
Allocataires de l'AAH / 100 personnes de 20 à 64 ans (1)	3,0	3,3	2,8
Prestation de Compensation du Handicap (PCH) & Allocation Compensatrice pour Tierce			
Nombre d'allocataires PCH + ACTP au 31.12.2014 (2)	6 802	28 803	310 108
Nombre d'allocataires PCH + ACTP / 1 000 personnes sur la population générale (2)	4,4	4,9	4,8

(1) Indicateurs sociaux départementaux

(2) Départements 19, 15, 18, 85, 46, 66, 05, 84 et total France métropolitaine estimés

- Source : DREES, ISD, enquête aide sociale ; CNAF, fichier DREES ; MSA, fichier DREES ; INSEE, ISD réalisation ARS Nouvelle Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

Fin 2016, les établissements et services médico-sociaux de Gironde proposent **10 800 places dans 225 structures** accompagnant des personnes en situation de handicap. L'offre globale est répartie sur les neuf territoires de proximité, en nombre de structures et de places.

Deux places sur trois du département sont installées dans les 4 territoires de proximité englobant les communes de Bordeaux Métropole : Bordeaux, Métropole Nord-Ouest, Métropole Rive Droite, Métropole Sud-Ouest.

- Offre d'accueil des personnes handicapées par catégorie de structure et territoire de proximité en Gironde, en structures

	Bassin	Nombre de structures								Gironde
		Bordeaux	CU B Nord-Ouest	CUB Rive Droite	CUB Sud-Ouest	Libournais	Médoc	Nord Gironde	Sud Gironde	
Ensemble des structures	16	33	33	35	33	23	7	8	33	225
Etablissements pour enfants dont	2	9	10	13	10	5	1	1	5	58
Instituts médico-éducatifs (IME)	1	1	4	5	3	3	1	1	2	21
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	1	6	2	5	5	1	0	0	2	22
Etablissements enfants ou adolescents polyhandicapés	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Instituts d'éducation motrice (IEM)	0	0	1	2	1	0	0	0	0	4
Etablissements pour jeunes déficients sensoriels (3)	0	1	2	1	1	0	0	0	0	5
Services pour enfants (SESSAD) (2)	3	7	4	6	6	4	2	2	2	36
Etablissements pour adultes dont	10	8	14	19	14	11	4	4	22	106
Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	3	0	4	6	5	4	1	1	6	30
Centres de formation et d'orientation professionnelle (3)	0	1	2	0	0	0	0	0	0	3
Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)	2	1	2	1	1	1	0	0	2	10
Foyers (4)	4	5	4	9	6	3	3	2	9	45
Services pour adultes (SAVS et SAMSAH) (5)	1	9	5	1	3	3	0	1	4	27

(1) Instituts pour déficients visuels, établissements pour déficients auditifs, instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds/ouïes

(2) Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

(3) Centres de préorientation pour adultes handicapés (CPA), centres de rééducation professionnelle (CRP), unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle (UROP)

(4) Foyers occupatoniaux et foyers de vie, foyers d'hébergement, foyers d'accueil polyvalents, foyers d'accueil médicalisés (FAM)

(5) Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Source : PNES Sau 1er octobre 2016, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

- Offre d'accueil des personnes handicapées par catégorie de structure et territoire de proximité en Gironde, en places

	Nombre de places installées									
	Bassin	Bordeaux	CUB Nord Ouest	CUB Rive Droite	CUB Sud Ouest	Libournais	Médoc	Nord Gironde	Sud Gironde	Gironde
Ensemble des structures	669	1 405	1 656	2 188	1 850	1 182	275	311	1 281	10 815
Etablissements pour enfants dont										
Instituts médico-éducatifs (IME)	97	380	548	726	750	384	88	69	154	3 196
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	62	70	194	209	210	294	88	69	70	1 266
Etablissements enfants ou adolescents polyhandicapés	35	265	110	282	245	80	0	0	58	1 075
Instituts d'éducation motrice (IEM)	0	0	128	115	86	0	0	0	0	309
Etablissements pour jeunes déficients sensoriels (1)	0	45	70	120	229	0	0	0	0	464
Services pour enfants (SESSAD) (2)	63	180	97	167	115	115	26	31	49	889
Etablissements pour adultes dont										
Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	469	420	759	1 164	735	603	161	181	960	5 452
Centres de formation et d'orientation professionnelle (3)	194	0	304	550	490	350	100	83	428	2 499
Centres de formation et d'orientation professionnelle (4)	0	229	96	0	0	0	0	0	0	325
Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)	94	12	114	80	53	63	0	0	76	472
Foyers (4)	181	179	245	554	182	190	61	88	456	2 146
Services pour adultes (SAVS et SAMSAH) (5)	40	425	252	135	198	80	0	30	118	1 278

(1) Instituts pour déficients visuels, établissements pour déficients auditifs, instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds/aveugles

(2) Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)

(3) Centres de pré-orientation pour adultes handicapés (CPO), centres de rééducation professionnelle (CRP), unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UERP)

(4) Foyers occupationnels et foyers de vie, foyers d'hébergement, foyers d'accueil polyvalent, foyers d'accueil médicalisés (FAM)

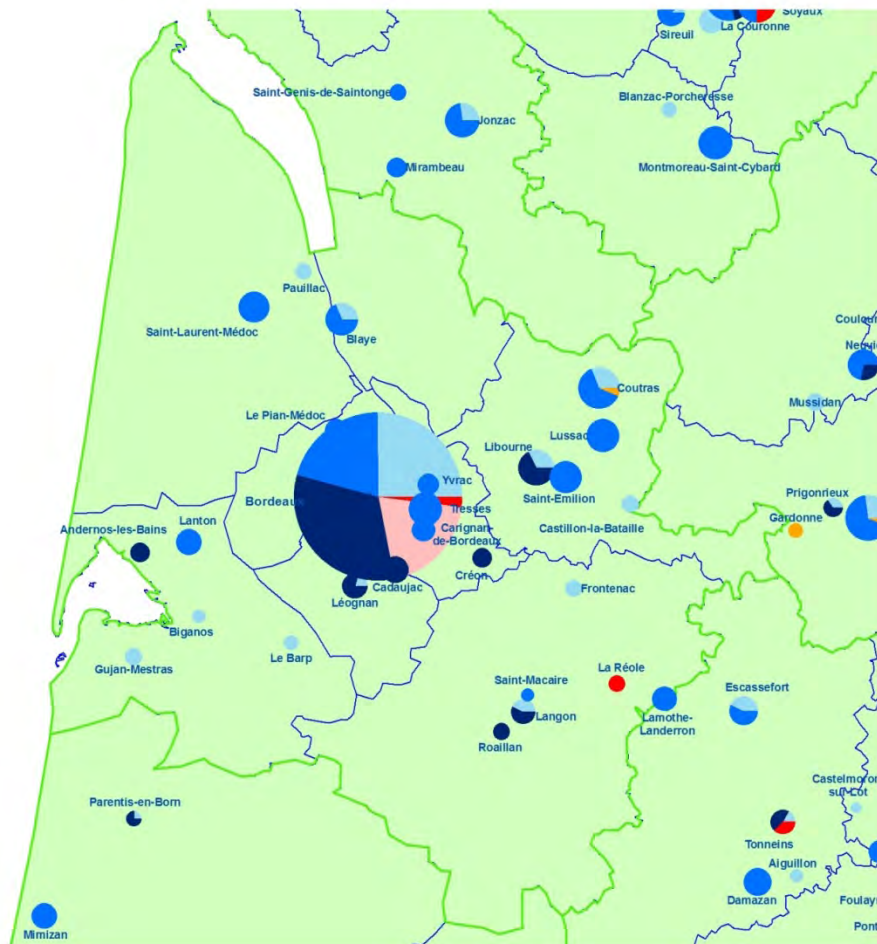
(5) Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Source : MINESS au 1er octobre 2016, réalisation ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

En Gironde, **4 100 places** sont consacrées à l'accueil des enfants et adolescents handicapés, soit 38 % de l'offre totale départementale (30 % en Nouvelle-Aquitaine), dans 92 structures. Ces places sont majoritairement proposées aux enfants handicapés en IME et en accompagnement en SESSAD mais moins qu'en région (53 % contre 71 %) car les types d'accueil sont plus diversifiés en Gironde que dans la plupart des autres départements de la région. L'accueil des jeunes déficients sensoriels est exclusivement sur Bordeaux et sa périphérie. Dans le Médoc et le Nord Gironde, les enfants handicapés ne sont accueillis qu'en IME ou accompagnés en SESSAD.

Trois places sur quatre d'accueil et de services pour les enfants handicapés de la Gironde sont **concentrées** autour de Bordeaux (territoires de proximité de Bordeaux, Métropole Nord-Ouest, Métropole Rive Droite et Métropole Sud-Ouest).

- Capacité d'accueil dans les structures pour enfants et adolescents handicapés en 2016 en Gironde



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

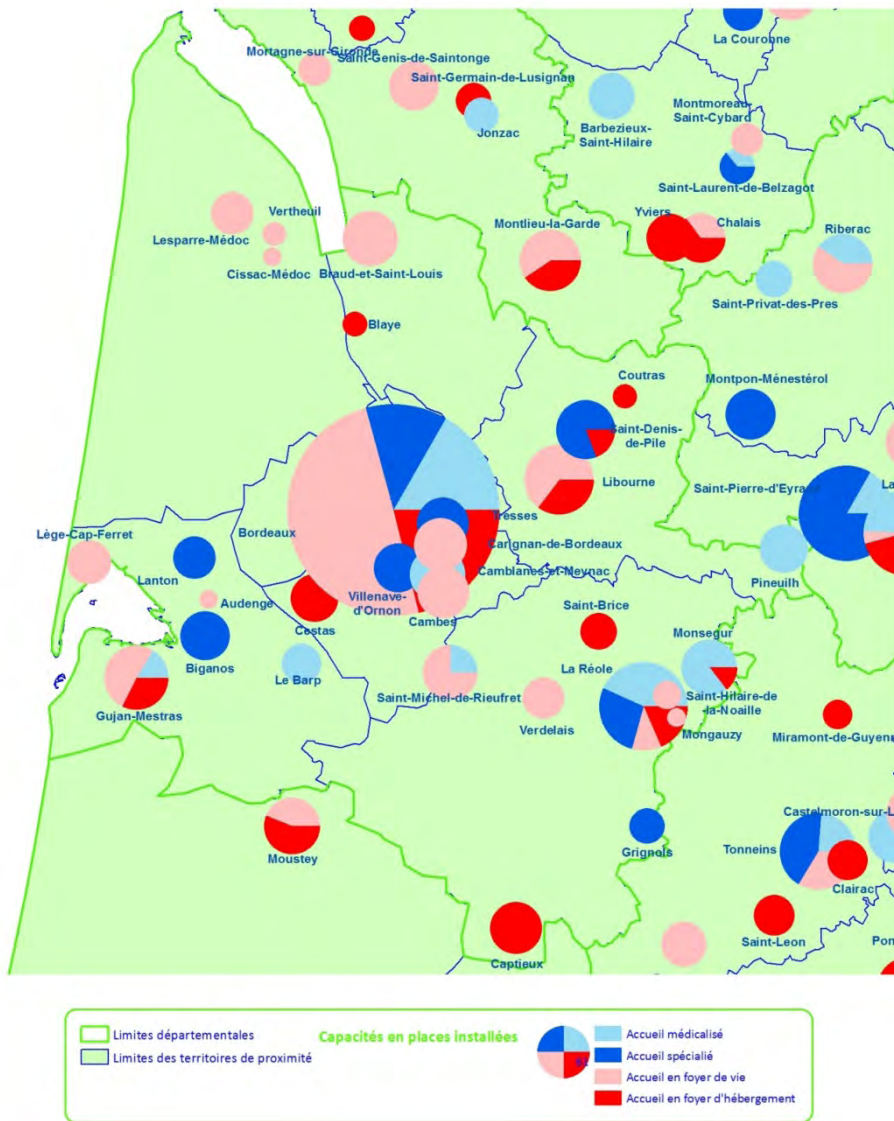
- Adultes handicapés

En Gironde, **6 750 places pour adultes handicapés** sont installées dans 133 établissements. Ni l'accueil spécialisé ni l'accueil médicalisé ne sont proposés dans le nord du département (Médoc et Nord Gironde).

Trois centres de formation et d'orientation professionnelle sont implantés sur Bordeaux Métropole.

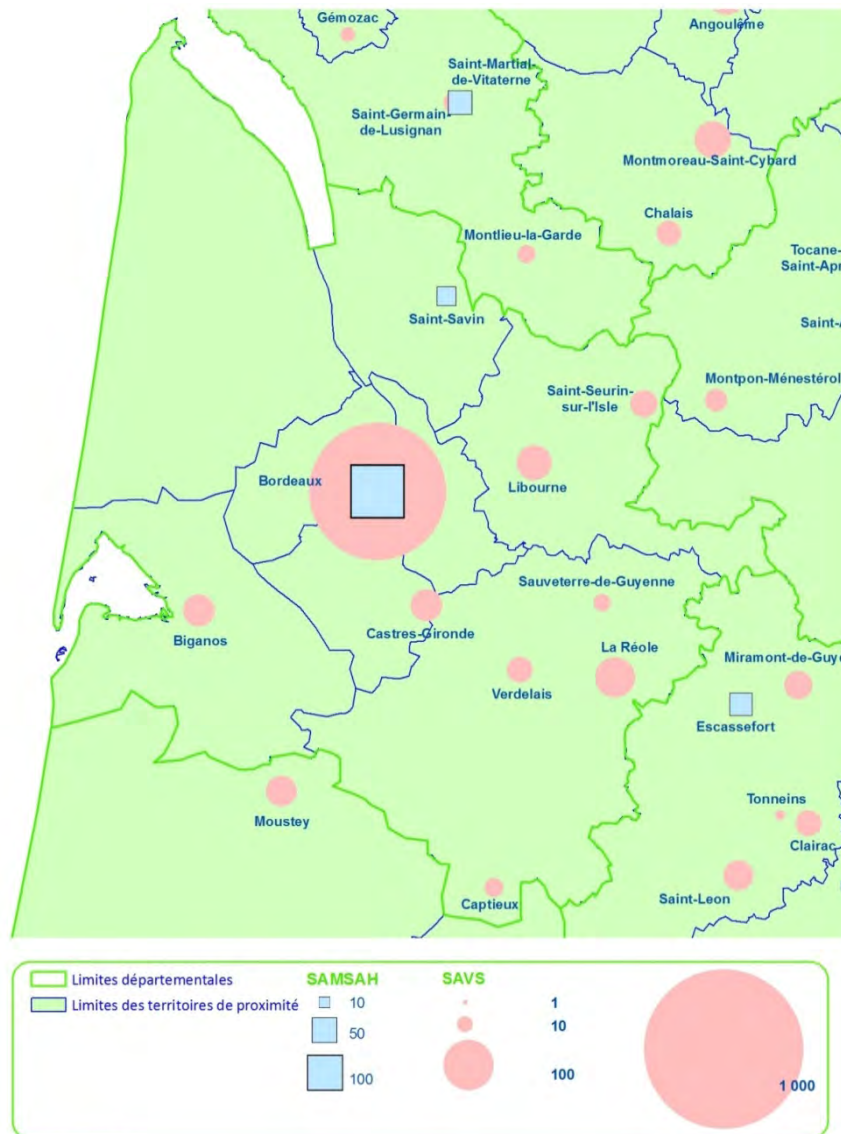
Sur le département, 52 places sont consacrées à l'accueil temporaire pour adultes handicapés dont la moitié est localisée sur Bordeaux et sa périphérie.

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



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

- Capacité d'accueil en 2016 dans les services d'accompagnement pour adultes handicapés en Gironde



Sources : FINES 10/2016
 Fonds IGN 2015 découpage au 01/01/2016
 Exploitation et réalisation : ARS Nouvelle Aquitaine/DPSP/Pôle études, statistiques et évaluation - 20/01/2017

Les services d'accompagnement comprennent des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAM). En Gironde, des places **sont proposées par 20 SAVS sur tous les territoires de proximité sauf sur ceux du Médoc et du Nord-Gironde**. Dans le département, les places de SAVS sont concentrées sur Bordeaux ou sa périphérie (3 places sur 4).

En Gironde, **six des sept SAMSAM girondins sont situés dans Bordeaux métropole** (88 % des places du département sont à Bordeaux et Mérignac).

- Taux d'équipement

Le département de la Gironde est le moins bien équipé de la région avec des taux d'équipement départementaux (nombre de places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans pour les jeunes handicapés et de 20 à 59 ans pour les adultes) en services et en établissements **inférieurs aux taux régionaux et même nationaux**, sauf pour les places en établissements pour jeunes handicapés. La Gironde est l'un des deux départements de la Nouvelle-Aquitaine le moins bien doté en places de SESSAD (2,5 contre 3,3). Pour adultes handicapés, elle est également le département le moins bien équipé de la région en places d'accueil spécialisé, en places en foyers de vie et en places en ESAT.

- Taux d'équipement au 01/10/2016 selon les territoires de proximité en Gironde

	Bassin	Bordeaux	CUB Nord Ouest	CUB Rive Droite	CUB Sud Ouest	Libournais	Médoc	Nord Gironde	Sud Gironde	Gironde	Nouvelle Aquitaine	France Métropol.
Jeunes handicapés : taux d'équipement en places (pour 1 000 habitants de <20ans)												
Etablissements (hors SESSAD, jardins d'enfants spécialisés et accueil temporaire)	3,1	7,4	8,6	15,6	13,1	10,1	4,3	3,1	4,5	9,0	7,5	6,6
SESSAD	2,0	3,5	1,7	3,5	2,5	3,1	1,3	1,4	1,5	2,5	3,3	3,1
Adultes handicapés : taux d'équipement en établissements d'hébergement (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)												
Taux d'équipement en places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés	1,4	0,1	0,9	0,6	0,4	0,8	0,0	0,0	1,2	0,6	1,0	0,8
Taux d'équipement en places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés	0,7	0,2	0,3	1,2	0,4	0,7	0,0	0,0	2,4	0,6	0,7	0,8
Taux d'équipement en places en foyers de vie (inclut celles des foyers occupationnels)	1,5	0,6	1,1	3,4	0,6	0,9	1,5	1,5	2,1	1,3	2,0	1,6
Taux d'équipement en places dans les Etablissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT) (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	2,9	0,0	2,4	5,9	3,7	4,7	2,4	1,8	6,7	3,1	4,0	3,5

Source : INES du 1^{er} octobre 2016, rattachement ARS Nouvelle-Aquitaine, Pôle études, statistiques et évaluation

NB : pour les adultes handicapés, les places sont agrégées en fonction des modalités d'équipement et non pas de la catégorie de l'établissement

Le territoire de proximité Métropole Rive Droite est le mieux doté du département à la fois en places pour jeunes et adultes handicapés, quel que soit le type d'accueil. Le Libournais est également un territoire bien doté dans le département.

Ressources en direction des enfants/adolescents

➤ CMPP et CAMPS

Le centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), lieu d'écoute, de prévention et de soins, s'adresse aux enfants et aux adolescents jusqu'à 20 ans qui éprouvent des difficultés d'apprentissage, des troubles psychomoteurs, du langage ou des troubles du comportement, en famille ou à l'école. Il participe ainsi à une meilleure inclusion des élèves en difficultés, encouragée par la loi sur la refondation de l'école. L'équipe du CMPP est composée en général d'une équipe pluridisciplinaire sous la responsabilité d'un médecin.

En Gironde, **les cinq sites CMPP**, gérés par l'association pour adultes et jeunes handicapés de la Gironde (APAJH 33), sont situés près de Bordeaux, dans le bassin d'Arcachon et à Libourne.

Un seul centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) de la Gironde ayant pour missions le dépistage, le diagnostic, le traitement et la rééducation des jeunes enfants handicapés avant leur entrée à l'école, est localisé à Bordeaux et géré par le CHU Hôpitaux de Bordeaux. Le CAMSP suit plus particulièrement des enfants ayant une déficience auditive mais est également polyvalent.

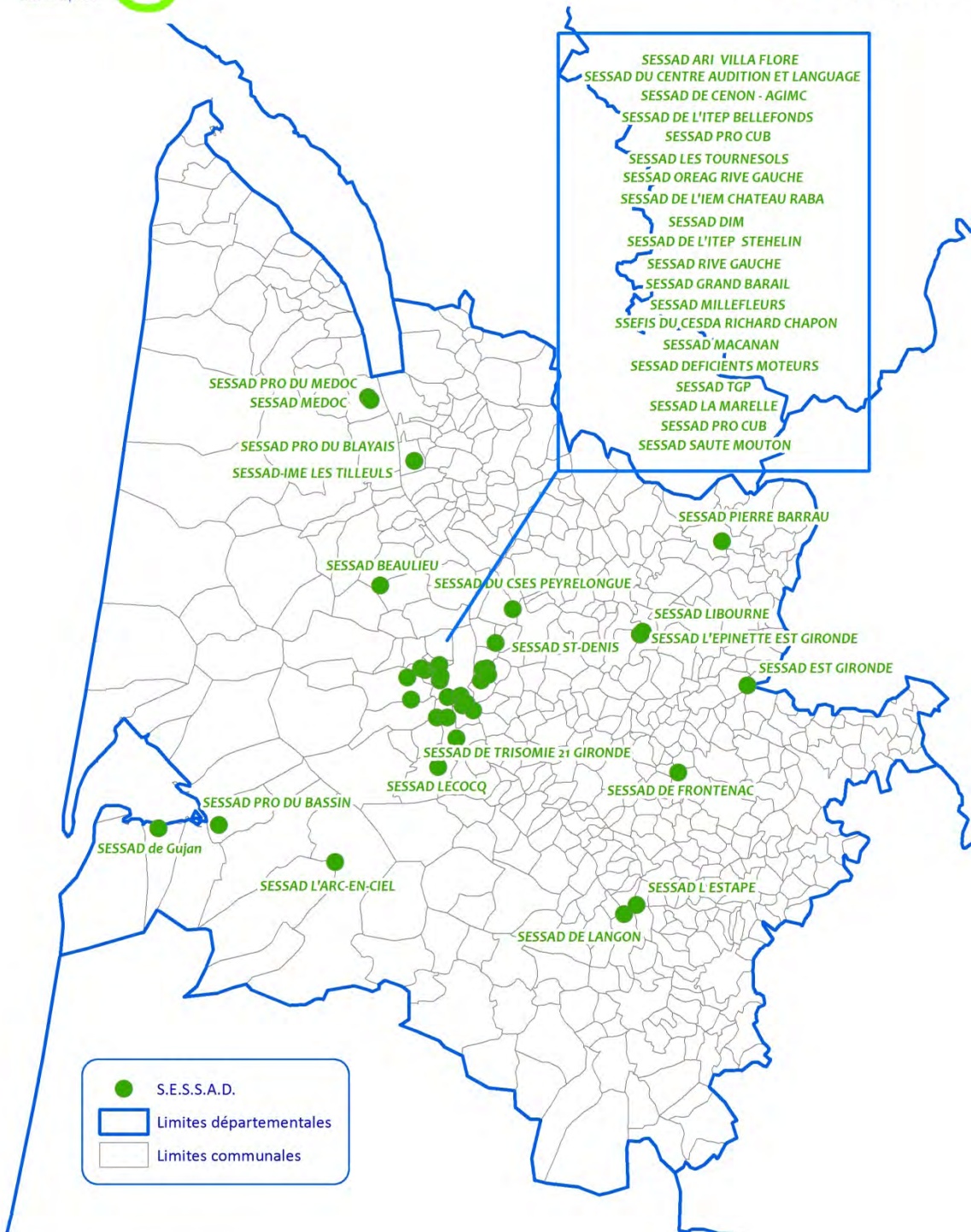
LES SIGLES DES EMS :

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

Les Zones d'Animation Pédagogique (ZAP)

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





Source : FINESS au 20 décembre 2017
 Cartographie : Fonds IGN 2015 / Arcgis®
 Réalisation : ARS Nouvelle Aquitaine - DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation

III - Diagnostic territorial de la Gironde selon l'instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale

Diagnostic territorial partagé – axes d'analyse

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

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

Le diagnostic partagé porte une attention particulière à la situation des quartiers prioritaires de la politique de la ville mentionnée à l'article 5 de la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine.

A. L'accès de la population au diagnostic et aux soins psychiatriques

Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant un accès facilité au diagnostic et au suivi psychiatriques. Ces modalités incluent :

- Une organisation des centres médico-psychologiques des secteurs de psychiatrie publique, ainsi que des CMPP et des CAMSP, leur permettant de jouer leur rôle de premier accès aux soins spécialisés.
- L'organisation des équipes de soins de psychiatrie pour aller au-devant des personnes et proposer des prises en charge dans des lieux faciles d'accès et dé-stigmatisés (maisons des adolescents, consultations de psychiatres ou de psychologues en maisons de santé pluriprofessionnelles, en centres de santé...). L'intervention à domicile fait partie intégrante de l'organisation des soins ambulatoires de proximité dans le cadre de la mission de psychiatrie de secteur.
- Les modalités « d'aller vers » doivent être particulièrement développées pour les publics en situation de grande précarité et d'exclusion.
- L'organisation de la réponse aux situations signalées par les proches et familles, par les acteurs du repérage précoce des signes d'alerte et les conseils locaux de santé mentale.

Dispositifs existants sur l'organisation des CMP, CMPP, CAMPS

CMPP

- CMPP gérés par l'APAJH (Libourne, Le Teich, Pessac, Cenon, Bordeaux).
- Structure médico-sociale, pas de sectorisation, présence de psychopédagogue.
- Ouverture possible le soir jusqu'à 21 h, le mercredi après-midi et 1 samedi matin/mois.
- Adressage à 60 % par le médecin scolaire ou le psychologue scolaire.
- Orientation plutôt sur les troubles DYS et les troubles autistiques (prévention, soin et inclusion scolaire).

CMPEA

- Champ sanitaire, présence d'IDE.
- Délai de RDV de 30 jours à 130 jours pour un 1^{er} RDV médical, 18 jours à 30 jours pour un 1^{er} contact IDE.

CAMPS

- 1 CAMPS polyvalent (CHU), 1 CAMPS audiologique (CHU et le seul en Nouvelle Aquitaine).
- Délai pour un 1^{er} RDV médical : 90 jours à 6 mois.
- Structure médico-social mais très en lien avec la pédiatrie.
- Gros travail concernant l'évaluation de retard du langage (troubles DYS, autisme, troubles psychologiques, déficiences...), les troubles du lien parental, et la coordination de l'équipe pluridisciplinaire pour l'anticipation de la sortie du CAMPS.

Points forts / existant

CMPP

- L'inclusion scolaire.
- Lien avec école ++ (plus-value des CMPP).

CMPEA

- L'IDE d'évaluation et d'orientation.

CAMP

- Partenariat avec la PMI.
- 3 antennes du CAMPS (absentéisme bas).

Points faibles/ existant – Ce qui manque

CMPP

- Différenciation CMP/CMPP moins lisible en secteur rural ou semi-rural, l'adressage se fait surtout selon la proximité géographique ou selon la gravité surtout en milieu urbain.
- Peu de lien avec la MDPH.

CMPEA

- Augmentation de la sollicitation des CMPEA, d fait de l'expansion démographique de Bordeaux (+2500/3000 mineurs attendus à court terme).
- Augmentation des cas complexes intriquant des problématiques multiples d'ordre social, culturel, environnemental, médical, psychologique, violence conjugale...
- Augmentation des populations précaires, migrants, augmentation de la sollicitation des services sociaux.
- Augmentation des dépistages précoces induisant une saturation d'aval dans les prises en charges libérales, ainsi que les diagnostics émanant des Centres Experts mais défaut de lieux de soins ensuite.
- Augmentation des nouvelles parentalités (divorces, recomposition familiale), ainsi que des guidances parentales (besoin de coordination accru).
- Triplement depuis 2/3 ans du passage aux urgences psychiatriques d'adolescents de moins de 15 ans.
- Augmentation des pluri déficiences en termes de handicap à haut risque de développement de troubles psychiques secondaires.

CAMPS

- Augmentation des demandes de la PMI, de l'école.
- Toutes les demandes de la pédiatrie ne sont pas honorées faute de place CAMPS.
- Prise en charge néonatale forte, mais peu de relais ensuite.
- Besoin d'augmentation de temps d'orthophonie + temps d'assistant social.
- Problème concernant le remboursement des orthophonistes libéraux vécu comme un frein.
- Besoin de SSR pédiatrique (plutôt locomoteur) : leur absence oblige à multiplier les prises en charge libérales et hospitalières dispersées, qui demande une adaptation de la vie des parents allant parfois jusqu'à l'arrêt de travail.
- Défaut de structures d'aval aux CAMPS (surtout places en HJ, en IME et surtout pour les enfants souffrant de déficiences : TSA avec déficience, déficience mentale sévère avec comorbidité telle une épilepsie).
- Augmentation des situations de nouveaux nés vulnérables.

Pistes d'amélioration

CMPP

- Mise en place d'un staff pluridisciplinaire qui étudie la liste d'attente et priorise les RDV.
- Développement des compétences diagnostics pour les TSA, ainsi que l'accompagnement et le diagnostic des troubles DYS.
- Ouvrir des antennes mais problèmes de recrutement (orthophonistes et pédopsychiatres).
- « Aller vers l'École », adressage via le RASED.

CMPEA

- Équipe mobile à destination du médico-social en développement sur Arcachon.

- Coordonnateur de parcours diagnostic en expérimentation sur le CRA.
- Délégation de tâches aux infirmier·e·s pour le premier accueil (loi HPST article 51) qui permet une priorisation des demandes et une première réponse.

CAMPS

- Priorisation des RDV avec une check-list à disposition de la secrétaire.
- Mise en place d'une commission de 1^{er} RDV.
- Affinement des critères de reconnaissance du handicap.
- Mise en place d'un accueil paramédical (en binôme) qui permet une évaluation de la pertinence de l'orientation CAMPS et proposition éventuelle d'aides complémentaires en attendant la 1^{re} consultation.

Globalement pour les 3 structures :

- Augmentation des FA relative, en lien avec manque d'effectifs RH mais aussi une complexification des situations, d'où une augmentation de la file active aux urgences.
- Problème du délai et de la prise en charge des urgences.
- Manque de coordination des parcours.
- Couverture territoriale insuffisante.

Dispositifs existants sur l'organisation des équipes de soins de psychiatrie pour aller au-devant des personnes

- Équipes mobiles à CH Ch. Perrens, Cadillac, Libourne, Rénovation (prévention secondaire après repérage par leur entourage pour éviter l'urgence).
- Équipe ELISA CH Libourne, Équipe Mobile Adolescents Médoc CSMI Rénovation...

Les constats

- Des acteurs du repérage, diagnostic et suivi, pas toujours bien différenciés.
- L'embolisation des CMP qui ont des missions de bilan-diagnostic mais aussi de suivi, et rencontrent des difficultés pour « aller vers ».
- Des équipes mobiles de psychiatrie en développement sur les territoires de la Gironde.
- La difficulté pour recruter certaines spécialités (médecins psychiatres, orthophonistes...).
- Accessibilité aux soins : délais, transports, pour adolescents et jeunes adultes.
Ex : CMPEA de Haute Gironde : au vu des délais pour une consultation, saisine directe de la MDPH, risque de stigmatisation de la personne.
- Le relais post repérage, engorgement des CMP notamment en milieu rural.
- Le non recours aux soins : freins psychologiques, de mobilité, financiers...
- Spécificité du public migrant, non réductible à la précarité, au psychotraumatisme ou à la traduction, manque de recours en pédopsychiatrie.
- La barrière de la langue : difficulté pour mettre en place un suivi adapté pour le patient et le professionnel de santé.
- Besoin d'évaluation psychiatrique à domicile pour les personnes faisant l'objet d'un signalement (voisins, familles, bailleurs sociaux, ARS...) et refusant le contact.

Ce qui manque

- Manque « aller vers » pour certains âges de la vie (petite enfance, adolescence, vieillissement) et sur certains secteurs prioritaires ruraux (Blayais, Médoc ++).

Pistes d'amélioration

- En accord avec les GCS Santé mentale, CLS, CLSM développer les équipes mobiles spécialisées.
- Développer la télémédecine pour le lien psychiatrie-médico-social prioritairement hors métropole, en formant les professionnels à ces nouvelles pratiques.
- Mieux différencier les opérateurs du repérage, ceux du diagnostic et du suivi (MDA, équipes mobiles ressources, CMPP, CMP, CAMSP...).
- Déployer l'expérimentation des consultations psychologues en secteur libéral remboursées.
- Développer les CLSM sur l'ensemble du territoire.
- Conserver des moyens pour la prise en charge, ne pas tout concentrer sur le diagnostic ; articulation repérage/ prise en charge.
- Coordonner les annonces diagnostic entre structures psychiatriques.

Dispositifs existants sur l'Identification précise des dispositifs de recours, modalités de saisine et d'adressage

Centres ressources existants :

CH Charles Perrens

- Troubles bipolaires
- Schizophrénie
- Dépression-anxiété
- Auteurs de violences sexuelles
- Autisme (CRA)/ Asperger
- Unité transgender

Clinique Tour de Gassies

- Réhabilitation psycho-sociale
- Troubles de l'attention

CH Cadillac

- Centre CASPERTT (post trauma à Lormont)

VIGILANCE : Attention ne pas considérer les centres experts comme LA solution permettant de résoudre toutes les situations, ni un passage obligé (ex : diagnostic CRA pour la MDPH/ la réhabilitation psychosociale existe en Gironde et accompagne des patients au long court selon les besoins

Les constats

- De nombreuses structures expertes...mais pas toujours bien identifiées.
- Pour la PJJ, manque de moyens en médecin-psychiatre régional.
- Dans les CMP et le réseau libéral, les psychologues constituent une ressource qui gagerait à être mieux intégrée ; non accès direct aux psychologues.

Pistes d'améliorations

- Communiquer sur ressources existantes pour les faire connaître.

- Proposer de changer de lexique « centre expert » en « centres de ressources » venant en appui des équipes locales pour une proposition thérapeutique.
- Élargir l'expérimentation des consultations psychologues en secteur libéral remboursés ?

Dispositifs existants sur l'organisation de la réponse aux situations signalées par les proches et familles, par les acteurs du repérage précoce des signes d'alerte et les conseils locaux de santé mentale.

Des difficultés témoignant de l'existence d'un trouble psychique, ou d'un risque d'évolution vers un trouble psychique, peuvent être repérées par des professionnels non spécialistes de santé mentale.

Il s'agit en particulier, dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence :

- des professionnels de la périnatalité et de la petite enfance (dont la Protection maternelle et infantile)
- des professionnels de l'aide sociale à l'enfance, de la protection judiciaire de la jeunesse, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur
- des professionnels et intervenants du champ des conduites addictives (Consultations jeunes consommateurs en particulier)

Dans le champ des adultes, sont particulièrement concernés :

- les acteurs du monde de l'entreprise, dont la médecine du travail, les professionnels de Pôle emploi, Cap emploi et des missions locales
- les professionnels et intervenants du champ des conduites addictives (CSAPA, CAARUD ...)
- les bailleurs sociaux, les travailleurs sociaux de la ville et du département, les associations intervenant dans l'inclusion sociale et professionnelle.

Ces professionnels doivent être sensibilisés aux **principaux signes d'alerte** témoignant de difficultés et/ou d'une souffrance psychique chez une personne (enfant, adolescent ou adulte). Cette sensibilisation peut se faire à travers des formations, la mise à disposition de guides, la participation à des réunions de coordination avec des professionnels de la santé mentale...

Ces professionnels doivent connaître le réseau des structures et professionnels susceptibles d'apporter une réponse à la problématique détectée.

À cette fin, le développement de partenariats sur les territoires entre ces professionnels et les acteurs de la psychiatrie (maisons des adolescents, secteurs de psychiatrie publique, psychiatres libéraux...) vise à créer des espaces d'échanges et de dialogue facilitant l'analyse des situations et l'orientation éventuelle vers les soins.

Constats généraux en Gironde

- Des structures de repérage pas assez connues (missions, types de publics) et/ou pas assez articulées entre elles et/ou manquant de moyens.
- Des professionnels de première ligne isolés et qui ne trouvent pas suffisamment de relais pour orienter après repérage.
- Des secteurs, comme le monde du travail, qui ne sont pas suffisamment sensibilisés au repérage.
- Le grand public n'est pas sensibilisé.
La médecine du travail peut faire des orientations pour un suivi psychiatrique ou autres en cas de signe d'alerte mais utilise peu cette possibilité.

- Manque de connaissance/visibilité/communication par rapport à l'offre existante.
- Manque de formation et d'informations des partenaires non spécialisés pour repérer des signes d'alerte par rapport aux troubles psychiatriques.

La Prévention du risque suicidaire

Dispositifs existants :

- Programme de prévention du risque suicidaire (Rénovation) depuis 2013.
- Formations à la prévention suicide organisées par ministère de la justice.
- Existence de nombreuses structures de repérage, lutte contre l'isolement pour les personnes âgées.

Points forts/ existant

- + de 300 personnes formées, réseau qui s'étoffe avec référents territoriaux.
- Beaucoup de structures de repérages, de lutte contre l'isolement pour les personnes âgées.

Points faibles/ existant

- Les médecins généralistes restent les mieux placés pour le repérage des signes d'alerte, mais manquent de formations (sursollicités).
- Quel impact du programme national de prévention en cours de mise en place par DGOS ?
- Signes d'alerte banalisés par les familles et professionnels de l'urgence.
- Dans les établissements scolaires, les équipes sont souvent désarmées face aux troubles psychiques des enfants et des adolescents.
- Méconnaissance des multiples acteurs.

Ce qui manque

- Une Sensibilisation ou formation des médecins généralistes au risque suicidaire.
- Un meilleur suivi les personnes sortant d'hospitalisation psy après TS.
- Connaissance précise de l'organisation du programme national de prévention.
- Urgences pédiatriques : Manque de relais avec permanence des soins psychiatriques.
- Le développement d'une culture sur les outils de prévention et de repérages des risques pour pouvoir agir plus en amont.
- des interventions dans les milieux de vie de l'enfant (écoles, domicile) / repérage et prévention sur base d'indicateurs (*critères d'intervention ?*).
- Des outils de repérage systématique.

Pistes d'amélioration

- Mieux cibler les personnes à former et le moment pour les former.
- Constituer des réseaux avec labellisation de médecins (formés).
- Mieux former les internes en médecine générale.

- Mise en place dispositif type Vigilans (déploiement en cours en Gironde).
- Déployer et animer un réseau de coordinateurs territoriaux, référents des sentinelles.
- Création d'équipes mobiles de pédopsychiatrie, intervenant dans les écoles, auprès enseignants et familles pour prévention et repérage.
- Étendre les bilans santé (CPAM) à des bilans psychiques.
- Interventions secteur psychiatrie à pôle emploi.
- Réaliser un état des lieux des structures de repérage (Monalisa, etc.) et communiquer ++.
- Sensibiliser et former le grand public : expérimenter l'action « Premiers secours en santé mentale ».

La connaissance du réseau

Méconnaissance de l'offre existante pour chaque tranche d'âge.

Repérage des troubles psychiques dans la tranche d'âge 0-3 ans

- Acteurs sanitaires, PMI, MDPH, acteurs sociaux et médico-sociaux.

Points forts/ existant

- Staff de parentalité pour repérer les situations à risque en maternité.
- Réseau périnatalité.
- Pédopsy : rencontres PMI et crèches.
- Équipe petite enfance à Perrens et Pugnac (Libourne).
- PMI : repérage avec certificat du 8^{ème} jour.
- Existence du groupe « nouveau né vulnérable », au départ pour les prématurés, dans le réseau Périnatalité Nouvelle Aquitaine. Élaboration en cours au niveau de la région d'un outil de dépistage des vulnérabilités maternelles et périnatales (santé mentale, addictions, violence, précarité...). En parallèle, mise en place d'un parcours de soin à suivre, avec entretien prénatal précoce, staff... ; harmonisation des partenaires avec un cahier de suivi.

Points faibles/ existant

- Les enfants non scolarisés échappent aux repérages.

Vigilance

- Veiller à augmenter le nombre de structures d'accueil de la petite enfance sur Bordeaux Métropole en fonction de l'augmentation de la population.

Pistes d'amélioration

- Grille de repérage à construire par réseau de périnatalité, incluant troubles psychiques.
- Mieux structurer les partages d'information entre PMI, crèches, EN et secteurs de pédopsychiatrie.

Repérage des troubles psychiques dans la tranche d'âge 3-6 ans

- Accroissement des services de soins psy en lien avec les crèches.
- Acteurs de l'EN, PMI (jusqu'à 6 ans).
- PJJ (pôle PJJ du CH Cadillac en cours de structuration).
- Équipe petite enfance sur CH CP.
- Une structure à Pugnac (CH Libourne).

Repérage des troubles psychiques dans la tranche d'âge 3-6 ans

Points faibles/ existant

- Très peu de visite pour les 3-4 ans.
- Visite des 6 ans n'est plus systématique (orientée vers les enfants repérés par les enseignants).

Ce qui manque

- Formation des enseignants.

Repérage des troubles psychiques dans la tranche d'âge 11-25 ans

- Acteurs de l'EN (enseignants – infirmiers – médecins scolaires – services de psychiatrie).
- Maison des Adolescents ++ (cf descriptif).
- Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (maillage important de structures spécialisées CMPEA, HJTP, CATTP, HJ, structures de crise ...).
- Programme PJJ promotrice de santé « protéger pour éduquer », DU Adolescents difficiles.

Points faibles/ existant

- Saturation des inter-secteurs pour les consultations.
- Consultation de psychiatres en libéral : coût et saturation.
- Maillage territorial insuffisant : zones rurales existence de point information jeunesse/ légitimité de la MDA pour former et coordonner.
- Embolisation des CMPEA, délais en augmentation pour un 1^{er} RDV.
- Centralisation des structures d'hospitalisation d'urgence.

Ce qui manque

- Maillage territorial insuffisant à deux niveaux :
 - Absence d'opérateurs de repérage/ dépistage (MDA) sur nombreux territoires Girondins
 - Besoin de définir et renforcer la coordination quand des acteurs (PAEJ ...) existent
- L'adressage des plus jeunes restent difficile quand parents peu mobilisables.
- Manque de communication avec les parents et avec les médecins généralistes.
- Question du « post-repérage » : avoir une orientation efficiente après le repérage => problème accès aux soins de secteur ambulatoire + accès aux urgences des < 15 ans.

Pistes d'amélioration

- Poursuivre les liens partenariaux avec les établissements et services (rencontres régulières MDA/IDE scolaires, MDA/ missions locales...).
- Développer des actions dans les établissements pour faciliter l'accès des jeunes à la MDA.

- Actions de formation en direction des professionnels à développer davantage.
- Renforcer l'implantation territoriale de la Maison des Adolescents afin de développer ses actions de sensibilisation (établissements scolaires, missions locales, services et établissements sociaux, etc.).

Partenariats/ espaces d'échanges/Coopération

- Volonté de partenariats PJJ- ARS – psychiatrie publique.
- Répertoire l'offre de repérage des structures existantes par un document de synthèse (missions, types de publics, liens partenariaux), à communiquer à tous les partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires, voire entreprises et grand public (communication par ARS ?).
- En accord avec les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) Santé mentale, Contrats Locaux de Santé (CLS), Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), création d'équipes mobiles de pédopsychiatrie, intervenant dans les écoles (auprès enseignants et familles), pour repérage, prévention et orientations.

Vers le monde du travail

- Étendre les bilans santé (CPAM) à des bilans psychiques.
- Interventions secteurs de psychiatrie à pôle emploi.

Dispositifs existants sur les modalités d'organisation permettant l'amélioration des partenariats (informations et accès à un avis psychiatrique sur demande du médecin généraliste)

- Orientation vers la CMP.

Points faibles/ existant

- Délai ++++.

Ce qui manque

- Pour tous les âges, les MG recourent aux orientations via les urgences car délai admission au CMP trop long, l'entonnoir vers les CMP mène à leur embolisation.

Pistes d'amélioration

- Mieux différencier les opérateurs du repérage, ceux du diagnostic et du suivi (MDA, équipes mobiles ressources, CMPP, CMP, CAMSP...).
- Déployer l'expérimentation des consultations psychologues remboursées.

Dispositifs existants sur les Communautés professionnelles territoriales de santé

Ce qui manque

- Manque de lien en temps réel entre MG et psychiatres et autres acteurs de l'accompagnement.

Pistes d'amélioration

- Mettre en place un dispositif de soins mieux partagé : étendre PAACO à la psychiatrie.
- Créer un numéro d'appel psychiatrie (enfants/ adultes) identifié pour les médecins généralistes.

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

Le projet territorial de santé mentale organise les conditions d'accès aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale, en définissant les modalités de coopération avec les acteurs de l'accompagnement social et médico-social.

Dispositifs existants sur l'organisation des accompagnements / parcours global

- Dispositif « réponse accompagnée pour tous ».

Les constats

- Des personnes en situation de handicap sans solution d'accompagnement.
- Pour les jeunes placés sous main de justice (PJJ), manque de continuité dans les suivis sanitaires généralistes et spécialistes.
- Difficulté pour les structures d'accueil d'urgence de type centre départemental de l'enfance pour être en lien avec les structures de suivi psychiatrique en dehors des situations critiques.

Points faibles/ existant

- Les GOS-PAG ne sont pas très efficaces pour des accompagnements multipartenaires.
- Des personnes en situation de handicap sans solution d'accompagnement.
- Risque d'empilement des structures de coordination (PTA, PCPE...).
- Difficulté pour les structures d'accueil d'urgence de type centre départemental de l'enfance pour être en lien avec les structures de suivi psychiatrique en dehors des situations critiques.

Pistes d'amélioration

- Développer le dispositif « réponse accompagnée pour tous » à l'ensemble du territoire (notamment par les PCPE – Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées « Autisme » et « situations complexes »).

Dispositifs existants sur l'appui des équipes de psychiatrie aux acteurs Sociaux et Médico-sociaux (situations de décompensation ou de détresse psychique)

L'appui des équipes de psychiatrie aux équipes sociales vise prioritairement à soutenir ces professionnels dans les réponses qu'ils apportent aux situations de détresse psychique en lien avec des difficultés sociales. Le partenariat permet également d'orienter vers les soins les personnes repérées par les équipes sociales comme nécessitant une prise en charge psychiatrique.

Les constats

- Peu de dispositifs existants, sauf appui des CH aux ESMS via les GCS par mise à disposition de temps de psychiatres.
- Certains Centres Médico-Psychologiques (CMP) de Bordeaux ont mis en place des Groupes de Coordination locale en Santé Mentale (GCLSM). Les professionnels concernés du territoire s'y rencontrent et analysent certaines situations dans une démarche partagée avec l'avis d'un psychiatre.
- De nombreux travaux menés par les schémas des pouvoirs publics.

Points faibles/ existant

- Difficultés des établissements sociaux ou médico-sociaux pour l'accompagnement des situations de crise. Versus soin suffisant par la psychiatrie.
- Une prise en charge compliquée et longue au niveau des soins pour les victimes de psycho traumatismes.
- Rupture des parcours/cloisonnement des acteurs.

Ce qui manque

- Traitement de fond de situations dites complexes, au carrefour de la psychiatrie et du social.
- Manque de liens entre le secteur de la protection judiciaire de la jeunesse (secteur social) et les soins et la continuité des soins.
- Manque de relais en post aigu.

Pistes d'amélioration

- Créer une ou plusieurs équipes mobiles ressources (EMR) réunissant des moyens médico-sociaux et psychiatriques, dédiées à l'expertise de situations complexes rencontrées par les établissements sociaux (ASE, PJJ) ou médico-sociaux. Missions d'évaluation, de conseil aux équipes, voire d'orientation vers un service mutualisé d'accueil temporaire, lieu de répit et d'élaboration d'un nouveau projet.
- Valoriser, généraliser, harmoniser et d'évaluer les GCLSM sur l'ensemble des CMP du territoire girondin.
- Développer la télémédecine pour le lien psychiatrie-médico-social (EHPAD, ITEP, IME, etc.) prioritairement hors métropole, en formant les professionnels à ces nouvelles pratiques.
- Travail en amont avec l'ensemble des partenaires et étayer davantage entre les domaines du social/santé/insertion (ex : missions locales ; DU adolescents difficiles).
- Équipes mobiles d'évaluation (type IDE) ressources « aller vers » pouvant accompagner les professionnels notamment ASE et PJJ ; lien avec le numéro unique (accessible pas uniquement aux médecins car manque de médecin traitant dans certains secteurs, accès par des travailleurs sociaux).
- Développer des « chantiers » de partage d'expérience.
- Partager /mutualiser les outils, les moyens.

C. Les situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes

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

Le groupe de travail a identifié que les ruptures de parcours sont fréquentes :

- En fonction avec des catégories d'âge et donc des catégories de réponse : passage de l'adolescence à l'âge adulte et de l'âge adulte vers le troisième âge.
- En fonction du lieu de prise en charge : passage du sanitaire au médico-social, du médico-social au social, du social au sanitaire...
- En fonction des réévaluations de l'état de santé et du niveau de handicap qui sont nécessaires.
- En lien avec les déplacements géographiques des patients plus ou moins volontaires : forte attractivité de Bordeaux et de la Métropole, grande précarité. Ces déplacements font souvent l'objet de rupture (avec les soins, l'entourage, les aidants etc).

D. 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

Dispositifs existants concernant les conditions permettant de mettre en œuvre cette mobilisation conjointe et précoce des acteurs. Le suivi mis en place vise en priorité une prise en charge ambulatoire et s'appuie sur un projet de soins et de vie personnalisé élaboré avec la personne et ses proches, garantissant un suivi psychiatrique, social et médico-social individualisé, et révisé régulièrement afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé de la personne, de ses attentes et de ses capacités.

Le fondamental qui s'est imposé dans tous les pays étrangers de référence est celui d'un partenariat fort, à tous les temps et dès le début du parcours, entre professionnels du champ sanitaire et professionnels du champ social. Ce partenariat « de parcours » impose qu'existent, à la fois, un *case management* sanitaire ET un *case management* social.

Pour les patients présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, les équipes de secteur sont le pivot du suivi sanitaire.

Pour les patients présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, les équipes de suivi social sont le pivot du suivi social et médico-social.

La délégation de la dimension sociale du parcours aux professionnels du social et du médico-social ne peut pas s'accompagner d'une diminution des moyens octroyés au sanitaire mais doit au contraire être soutenue. Pour ne s'en tenir qu'à cette question du coût, le développement de l'ambulatoire selon les principes qui aujourd'hui font référence sur le plan international est un exercice coûteux. Le constat de

pertes de financement pour les équipes ayant opté pour un exercice ambulatoire – notamment en fermant des lits – et les effets délétères de ces restrictions budgétaires ont été largement dénoncés dans la littérature internationale.

Points forts du territoire

- Les structures sanitaires de secteur (CMP) couvrent l'ensemble du territoire girondin excepté le territoire blayais alors que les besoins en santé sont importants.
- Offre de soins en addictologie structurée, coordonnée, repérée et organisée en réseau sur le territoire.
- Existence de centres experts d'appui (centre expert schizophrénie, centre expert bipolaire, centre ERIOS, centre de référence régional des pathologies anxieuses et dépressives, réseau mère-enfant, centre ressource Autisme, centre expert Asperger, centre de référence Déficit attentionnel et hyper activité).
- Développement d'équipes mobiles pour le repérage précoce, les soins intensifs ambulatoires :
 - Équipes d'HAD adulte et pédopsychiatrique sur Charles Perrens, équipes mobiles ACCESS (venant en appui des structures sociales et médico-sociales), EPIC, Équipe mobile ELISA pour le repérage Précoce des 12/16 ans sur le CH de Libourne, unité de gerontopsychiatrie ambulatoire de Cadillac unité d'évaluation gériatrique du CHU.
 - Des dispositifs de repérage et de soins orientés vers les plus démunis : 3 EMPP couvrant tout le territoire orientées vers les sujets en grande précarité (et les migrants pour l'EMPP du CHCP), Plateforme santé vulnérabilité de Bordeaux, dispositif CareLes liens entre les équipes de suivi sanitaire et les équipes du suivi social fonctionnent bien.
- Développement en cours des CLSM sur l'ensemble du territoire girondin.

Points faibles du territoire

Une équipe sociale de proximité doit accompagner les personnes présentant un trouble mental sévère et persistant dès le début du parcours et cela, même en l'absence de handicap psychique caractérisé, donnant droit à compensation. C'est une logique de prévention du handicap qui doit pouvoir se développer sous peine que seul un suivi sanitaire soit proposé en première intention et que le médico-social ne soit sollicité que dans l'après coup de la reconnaissance d'un handicap. Or, l'accès à un SAVS n'est possible que sur décision MDPH (environ 4 à 6 mois d'instruction) et donc lorsqu'un handicap psychique peut être identifié. Par ailleurs, une équipe SAVS ne peut assurer la continuité du suivi social durant toute la durée du parcours.

Un retard au virage ambulatoire et au développement d'un « case management » social possédant la même responsabilité géo populationnelle que l'équipe sanitaire.

Constats

- Une concentration de l'offre sanitaire (l'hospitalisation temps plein, psychiatres libéraux) sur la Métropole.

- Psychiatres libéraux conventionnés en secteur 2 avec difficulté d'accès aux soins, recours à la psychiatrie publique et saturation de la capacité d'accueil des CMP et recours de soins hospitaliers d'urgence.
- les équipes mobiles (en particulier HAD) ne couvrent pas tout le territoire.
- Une insuffisance en SAMSAH et des SAVS avec répartition inégale sur le territoire girondin, problème de temporalité dans les débuts de PEC.
- Articulation et missions des SAMSAH et des SAVS à préciser.
- Cloisonnement des prises en charge qui deviennent inadaptées aux besoins des personnes du fait du régime des autorisations et des financements.
- Les certificats médicaux pour les dossiers MDPH remplis par les médecins généralistes ne sont pas suffisamment détaillés sur le retentissement de la vie quotidienne.
- Difficultés dans la communication des informations utiles à la fluidité des parcours.

Ce qui manque

- Une offre de soins coordonnée pour le psychotraumatisme et qui est actuellement morcelée entre différents acteurs dans leur champ de compétence (Caspert de Cadillac, CUMP, Robert Piqué, EMPP, CERPAD, CAUVA, CMP, psychiatres libéraux, associations de victimes etc).
- Une couverture territoriale des SAMSAH spécialisés handicap psychique sur l'ensemble du territoire girondin.
- Un manque de places en SAMSAH (1 an environ d'attente) → hospitalisations inadéquates.
- Absence de grille commune d'évaluation du handicap psychique.

Pistes d'amélioration

- Augmenter les places de SAMSAH (en particulier hors métropole) sans être au détriment des places d'hospitalisation.
- Préciser l'articulation et missions des SAMSAH et SAVS et assouplir le recours à l'un ou l'autre des dispositifs.
- Élargir le dispositif d'accueil non programmé des patients connus aux structures de soins privés.
- Renforcer les CMP et les équipes mobiles (en particulier HAD).
- Faciliter le lien avec les psychiatres libéraux et favoriser l'adressage des patients.
- Poursuivre le développement de centres ressources et les dispositifs (exemple concernant le psychotraumatisme, TCA adultes).
- Déployer un dispositif territorial de télémédecine en psychiatrie.

- Renforcer le rôle central de la MDPH dans son rôle de coordination et d'orientation.
- Disposer d'outils commun d'évaluation.
- Renforcer le partenariat et la formation des médecins généralistes aux suivis somatiques des patients présentant des troubles psychiques grave.
- Renforcer et développer les consultations avancées au sein des structures (médico-sociales, sociales, maison de santé...).
- Développement des gestionnaires de cas ou case manager pour les patients présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée à l'instar de ce qui a été mis en œuvre dans le cadre des MAIA.
- Renforcer la place des pairs aidants.
- Renforcer les principes de rétablissement et d'empowerment.
- Généralisation des directives anticipées de soins.

Dispositifs existants concernant l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale incluant les techniques de soins visant à diminuer les incapacités et à développer ou restaurer les compétences sociales, les performances cognitives, la motivation et les capacités d'adaptation de la personne, en prenant appui sur ses aptitudes préservées.

- 2 structures de réhabilitation psychosociale (Le Centre de Réhabilitation Psycho Sociale La Tour de Gassies est un établissement de santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) et le Centre Montalier (comprenant le Pôle Saint Selve avec 52 lits, L'unité des Gants à Bordeaux et la résidence Thérapeutique Marc Blanc à Bordeaux) orienté vers les jeunes de 18 à 25 ans + le Centre de réadaptation de Rénovation (44 lits).
- 4 Unités d'hospitalisation de psycho réhabilitation du CH de Charles Perrens réparties dans les 4 pôles adultes et une unité de soins relais, intersectorielle, située à Bordeaux en extra-muros (destinée à fermer).
- Centre hospitalier de Libourne : un FAM de 46 lits à Saint Denis de Pile, une unité de réhabilitation de 21 lits (UFSR) et des appartements associatifs (3 places).
- Centre hospitalier Cadillac : Pôle « Perspective ».

Points forts du territoire

- Labélisé par L'ARS Nouvelle-Aquitaine en 2017, le Centre Référent de Réhabilitation Psychosociale de niveau 2 (C2RP) situé à la Tour de Gassies.
- Construction du site Aquirehab référençant les structures par le Dr Couhet +++.

Points faibles du territoire

- Problème du relai avec les libéraux : déserts médicaux sur certains territoires.
- Problématique des adolescents et jeunes adultes (point de rupture) : étudiants (entrée dans la maladie), jeunes en errance et en rupture (notamment sortant des MECS, des ITEP, IME) : discontinuité dans les suivis.

- Difficultés d'orientation entre les dispositifs d'aides à l'enfance et le médico-social, manque d'anticipation des situations.
- manque de dispositifs jeunes adultes sur le territoire.

Pistes d'amélioration

- Développer des dispositifs type Pass'Mirail sur tout le territoire.
- Augmenter le nombre de place en FAM et leur donner une mission de réhabilitation.
- Développer l'offre réhabilitation de proximité sur tout le territoire (Hôpitaux de jour, CMP...).
- Former les acteurs de proximité du territoire aux pratiques de réhabilitation psychosociales (éducation thérapeutique, remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales) y compris les libéraux.
- Création de CHRS ou maison relais pour jeunes adultes avec équipe médico-sociale, sanitaire et éducative en particulier pour les jeunes majeurs sortant des structures d'aides à l'enfance (ex : ITEP, MECS).
- Décloisonner les institutions et les financements : ARS/Département/DDCS.

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

Dispositifs existants concernant le besoin d'accompagnement dans/vers le logement et au besoin d'inclusion et d'autonomie, en tenant compte de la multiplicité des besoins individuels et de leur variabilité dans le temps.

L'accompagnement adapté à la variabilité de la maladie psychique

- Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et de nombreux services (associatifs ou gérés par des CCAS) sont à même de délivrer ces prestations.
- Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et les Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH).
- En Gironde une douzaine de SAVS, gérés par des associations, spécialisés (Rénovation) ou polyvalents (Edea, Institut Don Bosco, Apajh, Alterne, Adiaph, GCSMS du Bassin d'Arcachon).
- En Gironde 5 SAMSAH, gérés par des associations spécialisées (Espoir 33, ARI) ou polyvalents (Groupe SOS Solidarité, AMSADHG).
- **15 CHRS** : Tous sur Bordeaux et Cenon et l'offre est généraliste. Peu de moyens d'accompagnement vers les soins.
- **14 FAM** : Il existe des FAM spécialisés pour le handicap d'origine psychique (FAM Triade de l'Ass Rénovation au Bouscat, FAM de la Réole du CH Sud Gironde, FAM Agape de la Fondation John Bost à Pineuil) ou proposant des places pour les personnes en situation de handicap d'origine

psychique (FAM Handivillage à Camblanes et Meynac, FAM Le Mascaret de l'Adapei à Bègles, FAM Le Barail des Jas du CH de Libourne à St-Denis les Piles).

Certains FAM ou Foyers de vie, tout comme des Établissements d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) sont désormais conçus et organisés pour accueillir des personnes vieillissantes en situation de handicap d'origine psychique. Exemple : le Foyer St-Michel de Rieufret de l'Adapei.

- **10 Maisons d'accueil spécialisées (MAS)**
 - Aucune dans le Médoc.
- **18 Foyers d'hébergement de travailleurs handicapés (FHTH) ou Unités d'hébergements (UH)**
 - Aucun dans le Médoc.
- **11 Maisons relais** : 7 sur Bordeaux Métropole.

Pour ces personnes, il est souhaitable que soit associé à la maison relais une structure d'accompagnement (SAVS ou SAMSAH) qui accompagne la personne vers une plus grande autonomie.

Dispositif amené à se développer dans les cinq ans avec la mise en place du plan logement d'abord (DGCS).

L'hospitalisation séquentielle est positive pour les patients et autres structures partenaires mais difficile à mettre en place (organisation et financement) et pour des patients bien « spécifiques ».

- **Résidence accueil**

3 projets envisagés sur le territoire (2 à Bordeaux, 1 à Lesparre).

Proposer un hébergement en maison-relais+ un accompagnement SAMSAH.

- **Les ACT Bordeaux** (appartements de coordination thérapeutique) visent à donner accès à un hébergement adapté et un accompagnement médico-social à des personnes souffrant d'une pathologie lourde invalidante en situation de précarité sociale : elles peuvent être sans domicile fixe ou en fin de vie et rencontrer des difficultés sociales et/ou familiales.
- **Appartements associatifs ou Appartements accompagnés.**

Ce sont des appartements, gérés par une association, mis à disposition de personnes en situation de handicap d'origine psychique et suivies par un service d'accompagnement (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale dit SAVS ou Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes en situation de Handicap dit SAMSAH) et/ou de réhabilitation. Exemples : les appartements associatifs de l'agglomération de Bordeaux de la SHMA avec le concours du Centre de Réhabilitation Psycho-Social de la Tour de Gassies, les appartements de la résidence Gambetta à Cenon gérée par l'Association Espoir 33 avec le concours du SAVS du CCAS de la ville de Cenon et du SAMSAH de l'Association Espoir 33.

ANPAA 33 Hourtin

Centre de soins en addictologie. Actions de prévention et de formation des conduites addictives.

Habitat et Urbanisme

Habitat et Humanisme Gironde loge et accompagne plus d'une centaine de familles sur le chemin de la réinsertion au sein d'habitats adaptés, individuels et collectifs. Sur l'agglomération bordelaise, 27

familles sont locataires de logements diffus acquis par La Foncière d'HH. Sur l'agglomération bordelaise et en sud-Gironde l'association assure l'accompagnement social d'une soixantaine de familles en sous-location dans des logements qu'elle loue à des propriétaires privés, ou à des bailleurs sociaux.

À Bordeaux, au cœur du quartier très privilégié de Saint-Seurin, l'association a ouvert fin 2012, une pension de famille, la Maison Saint Fort, qui offre à 23 personnes en situation de grandes difficultés, un logement autonome et un cadre collectif animé par deux hôtes de maison et une dizaine de bénévoles, destiné à faciliter la rencontre, l'échange et une socialisation en douceur.

Enfin, sur l'agglomération bordelaise, l'association développe depuis mi-2016 une « 4^e voie » d'accès au logement à des personnes qui ne peuvent seules y parvenir sans nécessairement justifier d'une prise en charge par les dispositifs publics d'assistance sociale.

- **Dispositif ASAIS :**

La résidence Maucoudinat

Située au cœur de la ville de Bordeaux, la résidence Maucoudinat est composée de huit logements. Elle peut accueillir huit personnes adressées par le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) pour des séjours temporaires. Un accompagnement psycho-social y est proposé. Il vise à soutenir et à développer l'autonomie des personnes dans l'optique qu'elles puissent intégrer au plus tôt un logement de droit commun ou un service adapté à leur situation.

Oikéo

Déclinaison locale du programme « Un chez soi d'abord ! », Oikéo propose, tout au long de l'année, à des personnes en situation d'errance durable et porteuses de pathologie(s) psychiatrique(s) ou en situation de souffrance psychique, d'intégrer un logement de droit commun, sans conditions préalables. Rien n'est prescrit. Les personnes construisent, avec les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire, les soutiens dont ils ont besoin.

Le dispositif Oikéo a une capacité d'accueil de 50 personnes. Les personnes accompagnées participent à un Comité de Pilotage annuel ; de même, une enquête de satisfaction leur est soumise.

Le dispositif permet d'accueillir les personnes placées « sous main » de justice.

Équipe Bailleurs Sociaux :

Co-construite avec trois bailleurs sociaux (Domofrance, Mésolia, Incité), et en collaboration avec l'EPIC du Centre Hospitalier Charles Perrens, cette expérimentation propose depuis 2016 une intervention dans la logique de « l'aller-vers » auprès des locataires du parc social de ces bailleurs rencontrant des difficultés à habiter du fait de la maladie mentale. Le modèle d'intervention est celui du rétablissement en santé mentale.

L'action porte sur 3 niveaux :

- La formation des gestionnaires d'immeubles à la souffrance psychique et la maladie mentale.
- La rencontre et l'intervention auprès du locataire.
- L'activation ou la remobilisation des services de droit commun pour solutionner la situation.

La première rencontre est réalisée par un travailleur social d'ASAIS et le gestionnaire locatif.

Les résultats sont positifs (maintient en logement + soin). 3 autres bailleurs souhaitent s'y engager (Gironde Habitat, Claircienne, Aquitanis).

L'Entrée « sociale » est moins stigmatisante que l'entrée santé mentale (80 % des locataires ont accepté la première rencontre). Mais le projet est financé par les bailleurs sociaux : limite budgétaire pour une extension de territoire (actuellement uniquement Bordeaux).

Points faibles du territoire

- La répartition de l'offre de logement et d'hébergement est essentiellement située sur la Métropole bordelaise.
- Les SAMSAH et SAVS essentiellement concentrés sur Bordeaux et sa Métropole sont saturés (plus d'un an d'attente).
- L'offre de logement (dont le parc social représente 20 %) est saturée à Bordeaux.
- Précarité importante notamment dans le centre-ville de Bordeaux (personnes sans domicile, squats, hébergement chez des tiers y compris chez les jeunes).
- Difficultés d'accès au logement pour les étudiants et les jeunes sortants des dispositifs d'aide à l'enfance.

Pistes d'amélioration

- Mettre en œuvre l'habitat inclusif en développant une palette d'accompagnements adaptés aux problématiques des personnes en :
 - Élargissant le dispositif « *Un chez soi d'abord !* » à l'ensemble du territoire.
 - Développant les solutions de logement accompagné.
 - Répondant aux situations critiques auprès de locataires, de bailleurs HLM, en situation de souffrance psychique, très isolés, en rupture de droits, voire créant des troubles importants du voisinage.
- Équipe Bailleurs Sociaux
- Création d'une équipe intégrée (Travailleurs sociaux+ professionnels psychiatrie + addictologie)
- Augmenter les places de SAMSAH et SAVS
- Augmenter le nombre de places en FAM pour le handicap psychique grave (sous dotation en Gironde)

Dispositifs existants – Points forts du territoire concernant l'emploi des personnes est primordiale en tant que facteur de rétablissement. Elle nécessite d'être variée, souple et modulaire de manière à s'adapter au mieux aux besoins et à leur évolution selon les moments du parcours.

- **Organismes de placement spécialisés (OPS) – Cap emploi – Sameth.**
- **29 ESAT** du département de la Gironde.

Si l'ESAT Descartes à Artigues-près-Bordeaux, géré par l'association EDEA est le seul spécialisé dans l'accueil des personnes en situation de handicap psychique, d'autres sont désormais en mesure de les accueillir (par exemple l'ESAT Captieux de la Haute Lande géré par l'Association ADIAPH ou l'ESAT Magellan à Pessac géré par l'Association ADAPEI).

- **19 entreprises adaptées**

Les Entreprises Adaptées (EA) qui emploient au moins 80 % de personnes en situation de handicap adressées par Pôle Emploi ou Cap Emploi, lesquelles bénéficient dans l'entreprise d'un accompagnement spécifique pour favoriser l'émergence de leur projet professionnel et valoriser leurs compétences. Les règles de droit commun du travail y sont applicables. Tous handicaps confondus, elles sont une douzaine en Gironde, et certaines accueillent des personnes en situation de handicap psychique (par exemple l'EA Gestform à Mérignac).

- **1 école de reconversion professionnelle (Bordeaux) AD'APRO**

Pour accéder à AD'APRO il faut être inapte au travail avoir plus de 20 ans et moins de 30 ans. La prise en charge à AD'APRO est organisée autour de quatre ateliers éducatifs et techniques qui ont pour fonction d'élaborer avec chaque usager un projet individuel. L'objectif principal d'Ad'apro est d'aider à l'intégration sociale de la personne et notamment par l'insertion professionnelle (80 % des usagers intègrent les ESAT ou le milieu ordinaire).

- **10 missions locales**

- **Le Centre de Réhabilitation Psycho Sociale La Tour de Gassies**

Le Centre de Rééducation Professionnelle de la Tour de Gassies à Bruges qui dispose à la fois d'une section de pré-orientation dite CPO (aide à l'élaboration d'un projet professionnel), d'une section intermédiaire de remise à niveau et de 3 sections de formations professionnelles qualifiantes (CRP).

– Agent administratif (AA), (niveau V)

– Agent d'entretien du bâtiment (AEB), (niveau V)

– Technicien d'assistance en informatique (TAI) (niveau IV)

De très nombreux organismes de formation handi-accueillants ont un référent handicap (liste consultable sur le site du Centre Ressource Formation Handicap (CFRH) géré par l'association Handic'aptitude, crfh-handicap.fr.

ARI Insertion 33

Un nouvel appel d'offres a été lancé pour une mise en œuvre en octobre 2018. Les contenus des prestations sont modifiées.

L'Agefiph, de par ses missions de promotion et de développement de l'emploi des personnes handicapées, a confié à ARI Insertion l'accompagnement des publics en situation de handicap psychique vers des démarches d'insertion professionnelle, et ce, dans le cadre de Prestations Ponctuelles Spécifiques mobilisables sur les départements de la Gironde, du Lot-et-Garonne et de la Dordogne. Ari Insertion intervient sur propositions des Cap Emploi, des Pôles Emploi, des Missions Locales ainsi que des SAMETH (Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés), et peut proposer aux personnes accompagnées différentes prestations :

1- Prestation d'appui à un diagnostic approfondi

2- Prestation d'appui à l'élaboration du projet professionnel

3- Prestation d'appui à la validation du projet professionnel

4- Prestation d'appui à l'intégration en entreprise ou en formation

5- Prestation de suivi dans l'emploi

6- Prestation d'appui – conseil au maintien dans l'emploi

Projet expérimental « **L'emploi d'abord** » cofinancé par le Conseil Général, l'Agefiph et le Fonds social européen.

En parallèle de l'activité de Prestation Ponctuelle Spécifique (PPS), l'expérimentation « L'emploi d'abord » repose sur un principe innovant, celui du renversement des modalités d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.

Pour une durée de 2 ans, ARI Insertion va accompagner, sur le territoire du Libournais, des personnes vers et dans l'emploi en milieu ordinaire. L'accompagnement, réalisé par 2 professionnels vise à :

- lever les freins d'accès à l'emploi et les discriminations que connaissent les personnes en situation de handicap psychique,
- proposer un soutien dans l'emploi aux personnes et aux employeurs afin d'optimiser la pérennisation de l'emploi,
- limiter la démobilité de certaines personnes lors de parcours d'insertion jugés longs,
- identifier les conditions de réussite de cette modalité d'accompagnement

Les réponses sont soit institutionnelles (ESAT), soit ponctuelles et fractionnées (OPS, PPS handicap psychique). Elles ne permettent pas un accompagnement durable vers et en emploi.

- **Le Club House**

La création récente de l'établissement Club house Bordeaux, six ans après la création d'un Club house à Paris, structure dite de pair-aidance visant à rompre l'isolement et à dynamiser l'insertion sociale et professionnelle. Deux temps semblent coexister :

- un accueil et des activités quotidiennes exercées comme dans une entreprise, mais suivant un principe de cogestion entre les « accueillis » dits membres et les salariés (une directrice et une chargée de gestion à ce jour) dits staff.

– l'accompagnement dans la réinsertion professionnelle : divers ateliers de préparation, rencontres avec l'extérieur, stages d'un mois éventuellement renouvelable dits de mise en situation en milieu professionnelle, suivi dans et aide à l'entreprise.

Il n'y a pas d'orientation préalable de la Maison Départementale des Personnes en situation de Handicap (MDPH). Les futurs membres doivent remplir certaines conditions: être majeur, ne pas être dans le déni de sa maladie, être suivi par un psychiatre, être sevré d'addiction de produits toxiques et avoir un domicile.

Points faibles

- Les réponses sont soit institutionnelles (ESAT), soit ponctuelles et fractionnées (Organisme de Placement spécialisé (OPS) : SAMET Cap Emploi ; Projet Personnalisé Scolarisation (PPS handicap psychique). Elles ne permettent pas un accompagnement durable vers et en emploi.
- Inégalité d'accès et de maintien à l'emploi (stigmatisation).

- Manque de lien et de communication entre médecins du travail, médecins-conseil CPAM et le secteur sanitaire.

Pistes d'amélioration

- Déployer un dispositif d'Emploi Accompagné sous la forme d'un guichet unique départemental.
- Améliorer le partenariat entre sanitaire, médico-social, social, médecine du travail et médecin conseil CPAM.
- Lever les freins d'accès à l'emploi et les discriminations que connaissent les personnes en situation de handicap psychique.
- Proposer un soutien dans l'emploi aux personnes et aux employeurs afin d'optimiser la pérennisation de l'emploi.
- Remobiliser dans l'emploi.
- Limiter la démobilitation de certaines personnes lors de parcours d'insertion jugés trop longs
- Évaluer le dispositif « Club House » et identifier les conditions de réussite de cette modalité d'accompagnement.

Dispositifs existants concernant les modalités et les dispositifs permettant le maintien dans la scolarisation et les études ou leur accès, et veille à ce que ces modalités répondent aux besoins recensés et soient connues et partagées par l'ensemble des acteurs.

- L'Espace Santé Étudiants.
- 102 ULIS en école élémentaire publique + 14 ULIS en école élémentaire privé.
- 60 collèges publics avec ULIS + 8 collèges privés avec ULIS.
- 1 lycée avec ULIS + 15 Lycées Professionnels publics avec ULIS + 1 EREA.
- 4 Lycées professionnels avec ULIS + 1 lycée privé avec ULIS.
- MDA + antennes locales.
- PAEJ.
- ULIS qui ne sont pas toutes couvertes par des SESSAD.

Espace Santé Étudiants :

- Pas au sein de l'ESE de dispositifs dédiés mais un ensemble de modalités qui contribuent au maintien dans les études des étudiants.
- Émission d'avis d'aménagement des concours et examens sur demande des étudiants en situation de handicap (4 médecins sont désignés par la CDAPH pour émettre ces avis), soit environ 700 étudiants par an non exclusivement pour des motifs de santé mentale. Il a toutefois été identifié dans le diagnostic du projet de santé que la part de la santé mentale était grandissante dans ce type de demande. Les aménagements sont mis en place en suivant sur décision du président de l'établissement concerné (tiers temps/salle dédiée pour passer les examens, etc.).

- Les étudiants peuvent avoir accès à un suivi en santé mentale au sein de l'ESE via la convention avec Charles Perrrens et MGEN et rénovation qui assurent des consultations spécialisées de seconde ligne (ou ateliers) en santé mentale et en assure le suivi (par demande directe à l'infirmier de secteur ou via l'orientation des professionnels de l'ESE de première ligne (médecins/psychologues/infirmiers).
- Une commission situation préoccupante au sein de l'espace santé pour l'intérêt de l'étudiant en direction de la communauté universitaire. Cette commission est mobilisable rapidement et permet de faciliter l'accès des étudiants en difficulté aux soins ou prestations (avis aménagements, orientations) et d'être média entre la communauté universitaire et les étudiants (avis, conseils, facilitation rendez-vous, plage dédiée, orientation int-ext) avec le double objectif d'accès aux soins et maintien dans les études. Cette commission est en place depuis 2 ans et toujours en expérimentation quant à son fonctionnement, l'infirmier de secteur en est membre.
- Dans le même ordre d'idée l'ESE travaille à la destigmatisation de la santé mentale dans le campus au travers d'actions de promotion de la santé en allant vers les étudiants et la communauté universitaire dans les campus en particulier dans le cadre de la SISM où ESE a cette année travaillé avec l'équipe de Charles Perrrens à un ensemble d'actions (numérique ou physique).
- Un entretien santé qualité de vie étudiante est proposé à tous les étudiants reçus sans rendez-vous et permet d'identifier en amont les questions de santé mentale et d'engager les prises en charge ou actions d'éducation à la santé.
- L'ESE a finalisé le projet de santé (présentation pour validation en conseil d'administration de l'université demain) et est dans la phase de déploiement et donc peu de recul sur les effets et indicateurs de suivi de ces actions.

Pistes d'amélioration

- Diversifier les modalités d'accompagnement.
- Augmenter le nombre d'AESH.
- Formation et accompagnement des enseignants (régulation ?).
- Augmenter le nombre d'élèves en classe ULIS tout en limitant le nombre d'élèves dans les classes accueillant ces élèves.
- Améliorer le travail en réseau entre le sanitaire et l'Éducation Nationale.
- Renforcer la médecine scolaire. Extension du dispositif Espace Santé Étudiants au milieu scolaire ?
- Possibilité de permanences psy ?

F. L'accès aux droits

Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant de promouvoir les droits fondamentaux, les droits sociaux et économiques des personnes présentant des troubles psychiques et d'en renforcer l'effectivité.

Ces modalités sont notamment :

- Le respect de la liberté d'aller et venir et de la propriété privée des personnes présentant des troubles psychiques.
- La garantie du fonctionnement effectif de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).
- Le respect des dispositions encadrant les soins sans consentement et les pratiques de contention et d'isolement, conformément à l'instruction du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention.
- La garantie de l'effectivité de l'accès des personnes aux voies de recours.
- La promotion de l'action des associations agréées pour venir en aide aux usagers de la psychiatrie et à leur entourage.
- La mise en place de partenariats avec les acteurs de l'accès aux droits et avec les MDPH.
- L'amélioration de l'accès aux droits sociaux des personnes présentant des troubles psychiques.

État des lieux de l'existant

- Accompagnement médico-social :
 - SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) ;
 - SAVS (Service d'Accompagnement à la vie sociale) – 9 SAVS sur Bordeaux métropole (651 places) et 9 hors Bordeaux Métropole (351 places) ;
- Accompagnement dans l'accès au logement : Association ARI dispositif « Un chez soi d'abord » (public spécifique) / Politique publique logement accompagné (tout public).
- Accompagnement par les Aidants / Fond de modernisation sociale de la CNSA pour développer l'aide aux aidants :
 - Associations : UNAFAM / APLA (Agir Pour Les Aidants).
 - Formation : TCAPSA (université de Bordeaux – licence professionnelle de Technicien Coordinateur de l'Aide-Psychosociale aux Aidants – accompagnement des familles et des proches de personnes présentant une dépendance liée à un handicap, à une maladie chronique et/ ou vieillissement pathologique).
- Accompagnement / Protection juridique des personnes, mesures administratives et mesures judiciaires :
 - La sauvegarde de justice
 - La curatelle simple
 - La curatelle renforcée

- La tutelle
- Le mandat de protection future
- L'habilitation familiale
- La sauvegarde par déclaration médicale
- Les mesures d'accompagnement à la gestion des prestations sociales
- Commission Départementale des Soins Psychiatriques est décrite comme efficiente. La CDSP est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. <https://sante.fr/quoi-sert-la-commission-departementale-de-soins-psychiatriques-cdsp>
- Accueil et Accompagnement pour faire valoir ses droits :
 - Voies de recours possibles :
 - Pour décisions MDPH : 3 moyens de recours mentionnés au dos des notifications de droits (conciliation-échange / recours gracieux / contentieux).
 - En milieu hospitalier : juge des libertés (hospitalisations sous contrainte et tout ce qui touche à la liberté des personnes)/ direction des usagers et de la patientèle avec une commission de conciliation et un médiateur (CH Libourne).
 - Services d'accompagnement et d'aide pour faire valoir ses droits :
 - Institution « Le Défenseur des Droits » : <https://www.defenseurdesdroits.fr/>
 - Association reconnue d'intérêt public « ADDAH.33 » : association pour la défense des droits des accidentés et des handicapés (ex. FNATH) : <https://addah33.com/>
- Actions départementales pour faciliter l'accès aux droits en proximité et promouvoir le droit à une vie ordinaire :
 - Organisation territorialisée : 9 PTS – Pôles Territoriaux de Solidarité et 37 MDSI – Maisons Départementales de la Solidarité et de l'Insertion dans la proximité.
 - Inscrire les foyers de vie pour personnes en situation de handicap dans la ville : projet d'ouvrir un dépôt de pain et un service de remise de colis dans le foyer Marie Tallet de Cambes ;
 - Organiser un accueil téléphonique unique dans les Pôles Territoriaux de Solidarité : expérience à Libourne qui doit s'étendre aux PTS de Haute Gironde et du Bassin ;
 - Maison des services Gironde – Antenne sociale du Castillonnais. Expérience pilotée par la ville et la Communauté des Communes. Objectif : regrouper en un lieu unique les services de la commune et du département et proposer au public des permanences de partenaires sociaux et associations citoyennes ;
 - Déclinaison en cours d'un guide du handicap sur les 9 pôles et d'un plan départemental santé ;

- Prise en charge du transport scolaire des enfants handicapés quasi-totale selon le taux de handicap ou à défaut, proposition de tarifs attractifs.
- Développement et soutien par d'actions culturelles accessibles à tous.
- Actions du Département en lien avec la MDPH 33 :
 - Décentralisation de l'accueil MDPH sur les MDSI pour information, retrait et aide à la constitution du dossier MDPH ;
 - Travail sur la formulation des notifications MDPH pour les rendre plus compréhensibles ; Travail réalisé en novembre 2017 avec des membres de GEM (Groupements d'Entraide Mutuelle) ;
 - Refonte en cours du dossier MDPH pour faciliter sa complétude.
 - Parentalité : projet de faire évoluer la PCH avec éligibilité à des aides techniques pour permettre à des mamans avec un handicap de s'occuper de leur enfant.
- Pour les personnes en situation de précarité et présentant une souffrance psychique : ouverture dans les services d'urgence de Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ; PASS psychiatriques et Équipes Mobiles Psychiatrie et Précarité (EMPP – en cours de déploiement sur ensemble du territoire).
- Pour les étudiants de l'université de Bordeaux. Accès à un espace santé étudiants ressource : <https://www.u-bordeaux.fr/Campus/Espace-sante-etudiants>
Demande d'accompagnement formalisée pour les étudiants en situation de handicap : [2018-04-05-Fiche medicale Amenagement Handicap_formulaire \(278.49 Ko, pdf\)](#)
- Pour les jeunes sous mains de justice : convention PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse) passée avec la CPAM pour l'accès aux soins des mineurs et rapprochement en cours avec des établissements spécialisés en vue d'une nouvelle convention.
- Sites internet et outils vecteurs d'informations et de services grand public :
 - HANDAMOS (plateforme inter-association d'insertion socio-professionnelle/ doit évoluer vers un guichet unique). <https://ari-accompagnement.fr/etablissement/handamos/>
 - PSYCHOM <http://www.psycom.org/> Organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale.
 - MOBALIB <https://www.mobalib.com/home> Répertoire des lieux accessibles aux personnes avec un handicap.
 - Défenseur des droits <https://www.defenseurdesdroits.fr/>
 - Associations d'usagers / info-droits <http://www.france-assos-sante.org/sante-info-droits>
 - Guides du handicap en Gironde <https://www.gironde.fr/actualites/guide-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap> ; <http://www.bordeaux.fr/p64012/ville-et-handicaps> (recensement de tout ce qui est adapté et services spécialisés, notamment pour les enfants handicapés)

- Un accueil téléphone départemental unique pour renseigner les personnes âgées et les personnes handicapées : 05.56.99.66.99.
- Le Conseil Départemental de l'Accès au Droit (CDAD) de la Gironde <http://www.cdad-gironde.justice.fr/> Ouverture de Points d'accès aux droits dans les hôpitaux psychiatriques de Charles Perrens et Libourne. En partenariat avec le CDAD, l'ARS NA et le barreau de Bordeaux, l'objectif est d'apporter une information de proximité sur les droits et devoirs face à des difficultés d'ordre juridique dans les actes de la vie quotidienne en lien ou non avec l'hospitalisation (écrire un courrier, demander une aide juridictionnelle, comprendre une convocation au tribunal, avoir un soutien si victime d'une infraction...) ; Informer, orienter, assister les personnes – apport de solutions concrètes en temps réel à toutes les questions juridiques et au sein même de l'hôpital.
- 2 Maisons de justice et du droit à Bordeaux et Lormont : Informations et conseils juridiques, résolutions amiables des conflits, aide aux victimes, rédaction de courriers juridiques ... <http://www.annuaires.justice.gouv.fr/annuaires-12162/annuaire-des-maisons-de-justice-et-du-droit-21773.html>
- Service « écrivain public » atelier Graphite Bordeaux <http://www.atelier-graphite.fr/>

Points forts

- Une offre de services spécialisée, des points d'information dédiés et l'existence de volontés pour faire évoluer les situations (Conseil Départemental, bailleurs sociaux ...) qui sont une aide pour solutionner des problèmes liés au logement. Ex : stress lié à l'éloignement et durée du trajet jusqu'au travail => trouver un logement plus près).
- Pour les personnes sous curatelle / tutelle : la formalisation du projet de vie doit être envoyée annuellement au juge. Ce nouvel outil doit permettre l'identification des besoins de la personne protégées en termes d'accompagnement et le suivi annuel des objectifs à atteindre par le curateur (ex : accompagnement pour la recherche d'un logement).
- La CDSP remplit ses missions de manière satisfaisante suivant les retours de points de vue, du président de la CDSP comme de la fédération des usagers UNAFAM. Dans l'ensemble, les nouvelles mesures réglementant les hospitalisations sans consentement sont appréciées par les professionnels et les familles, efficaces et bien contrôlées.
- Un point de vigilance cependant : le décret du 23 mai 2018 pour la mise en place du fichier informatique « Hopsyweb ».
- Recours internes au CH Libourne : fonctionne bien avec beaucoup de demandes pour le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) et très peu pour autres motifs.

Points faibles

- Méconnaissance de l'offre en matière d'aide aux aidants. Nouveau métier TCAPSA à faire connaître notamment.
- Informations pour l'accès aux droits difficilement accessibles (ex pour obtenir la PCH), pas toujours compréhensibles ou actualisées (limite des annuaires à répétition).
- Logement :
 - difficultés pour les personnes sous mesure de protection d'accéder à un logement ; certaines agences n'acceptent pas les dossiers sous curatelle (peur de la dégradation du logement ; méconnaissance de ce qu'est une mesure de protection) / ; Difficultés liées aussi au prix du loyer au regard des revenus des personnes avec une AAH).
 - Limite des mesures de protection Rôle du curateur : mission administrative et/ou accompagnement de la personne ? Place du projet de vie dans l'accompagnement ?
 - Dispositif ARI « Un chez soi d'abord » : difficultés ++ pour « capter » des logements ce qui mobilise beaucoup de temps et d'énergie pour les équipes.
 - Changer d'approche soignante, promouvoir les soins orientés « rétablissement » dans les pratiques professionnelles pour conduire simultanément soins et remédiation sociale (approche encore difficile notamment dans les établissements sanitaires et médico-sociaux).
- Besoin de monter en compétences sur les pôles d'accueil PH en proximité.
- Besoin de monter en compétences PH sur les pôles d'accueil pour l'insertion professionnelle.
- Pour les étudiants, constat d'une augmentation des demandes d'aménagement en lien avec la santé mentale.

Ce qui manque

- En matière de droit au logement :
 - L'information et la sensibilisation des agences immobilières et des propriétaires à la maladie mentale ;
 - Pour les professionnels, franchir le cap des soins orientés « rétablissement » (se réapproprier sa vie).
- En matière de droit du travail : manque de reconnaissance du statut de travailleur au même titre que tout le monde. Ex : droit de grève dans les ESAT / contrat de travail identique aux autres travailleurs ...
- Besoin de reconnaissance du droit aux espaces culturels, du « droit à l'émotion ».
- Une information accessible, compréhensible (claire) et actualisée (fiable) sur les droits ainsi que sur les voies de recours et un accès facilité (démarches simplifiées). Ex : besoin d'un accès effectif à une information claire et juste et aux voies de recours pour accéder au tarif réduit dans les transports en commun pour les personnes bénéficiaires de l'AAH. Ex : Information sur les conditions d'accès à la conduite pour les personnes handicapées et sur la procédure pour récupérer un permis de conduire.
- Un accompagnement personnalisé pour être aidé dans les démarches d'accès aux droits. Ex : besoin de remédiation sociale en cas de problème de santé (longue maladie + fréquente) pour que la personne ne perde pas son emploi, son logement et ne se retrouve pas orientée vers une reconnaissance d'invalidité (cercle vicieux / stigmatisation) (75 % des situations).

- La création de collectifs face au développement des droits individuels pour lutter contre le non recours aux droits.
- La prise en compte du point de vue et des difficultés rencontrées par les bailleurs, les employeurs, les propriétaires, les aides à domicile (absentéisme, impayés, sécurité...).

Pistes d'amélioration

- Promouvoir le respect des droits par un renforcement des services d'accompagnement pour l'accès et le maintien des droits.
- Ouvrir une plateforme Girondine d'information en santé mentale, tout public, web participatif (mise à jour des données en temps réel). Projet CLSM de Bordeaux.
- Faire connaître le référentiel européen FALC (Facile à Lire et à Comprendre) pour produire des supports de communication et d'information clairs et accessibles à tous.
- Mettre en valeur la parole de l'utilisateur par le soutien aux approches « détournées » (ex. : la musique électro-acoustique comme médiateur de communication).
- Accès au logement : Renforcer le droit au logement en valorisant le rôle des agences immobilières sociales pour faciliter la recherche d'appartements.
- Accès au transport : Mobiliser la société civile et la solidarité de proximité pour développer le covoiturage (ex. Association à Saint Godens).
- Accès à l'emploi : Soutenir l'innover en matière d'intérim pour les personnes souffrant de troubles psychiques (ex. : gérer l'absentéisme par une organisation anticipée des remplacements pour faciliter l'insertion par l'économique).
- Accès aux soins : Professionnaliser l'interprétariat pour que l'accès aux soins soit pleinement garanti pour les personnes réfugiées. (Délégation interministérielle à l'accueil et à l'intégration des réfugiés (DiAir) « *la question de la santé mentale pose par ailleurs le problème de la compréhension entre les praticiens (psychologues et psychiatres notamment) et leurs patients réfugiés.* »).

G. L'accès aux soins somatiques et le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques

Dispositifs existants concernant les modalités permettant aux professionnels de la psychiatrie de s'assurer que les patients qu'ils suivent disposent d'un médecin généraliste identifié. Un échange réciproque d'information, dans le respect du libre choix du patient, permet d'assurer la coordination des soins somatiques et psychiatriques. Lorsque la personne fait l'objet d'un accompagnement par un ESMS, le médecin de l'ESMS devra utilement être associé à cette coordination.

- Note de cadrage HAS en date du 23 avril 2015 « Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux ».
- Charte Médecine générale et psychiatrie de secteur.

- Professionnels de proximité : Pharmacien, médecins généralistes, IDE.

Points faibles/ existant

- Nombre élevé de personnes présentant des troubles psychiques non suivis par un médecin traitant.
- Suivi ponctuel réalisé par SOS médecin.
- Identification élevée du médecin psychiatre comme le médecin traitant par le patient.
- Défaut d'accès aux soins somatiques généralistes et spécialisés (dont bucco dentaires).
- Manque de lisibilité sur les actions de prévention pour les médecins généralistes.

Ce qui manque

- Échanges bilatéraux entre médecin généraliste et professionnels de la psychiatrie dans le parcours somatique du patient atteint de troubles psychiques.
- Défaut de sensibilisation lors de la formation universitaire.
- Coordination et communication entre ces professionnels.
- Absence d'un système d'information partagée interopérable avec les logiciels métiers actuels utilisés par les différentes structures.
- Manque de coordination avec la médecine de ville.

Pistes d'amélioration

- Accompagner les patients vers l'accès à un médecin traitant :
 - Cibler les patients venant dans les CMP ou en hospitalisation sans médecin traitant (repérage)
 - Cibler les patients en ALD en rupture de parcours
 - Convention en cours d'élaboration entre l'université et les ESMS pour accueillir en stage infirmier les étudiants en 2^{ème} année de médecine.
 - Sensibiliser à la prise en charge somatique des personnes atteintes de troubles psychiques ou de handicap lors des études de médecine générale.
 - Un « DU » pourrait venir conforter ces connaissances.
 - Étudier la possibilité d'accueillir en stage des externes et des internes en médecine générale dans des ESMS (rencontre du directeur du département de médecine générale à organiser).
 - Expérimenter le dispositif Ville Hôpital (CHU) au sein des établissements psychiatriques du département.
 - Expérimenter la plateforme PAACO (groupe de travail).
 - Clarifier les conditions d'échange et de partage d'informations (mémo juridique).
 - Sécuriser et développer un système d'information partagée en temps réel (messagerie sécurisée)
 - Développer les partenariats existants avec les maisons médicales.
 - Sensibiliser dès la formation universitaire les médecins spécialistes à la prise en charge de patients en situation de handicap psychique (rencontrer le Pdt de l'Université et les Doyens).
 - Développer la télémédecine.

Dispositifs existants concernant les Modalités de suivi conjoint des situations complexes

- Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA).

Points forts/ existant

Plateforme Territoriale d'Appui : trois en cours de constitution (toute pathologie tout âge confondu)

- Sud Gironde
- Portes du Médoc (Mérignac Le Bouscat)
- Médoc

Ce qui manque

- 6 territoires sur 9 restent à développer.

Pistes d'amélioration

- Acquérir une gouvernance départementale cohérente (une PTA départementale).
- CLSM : mise en œuvre d'une commission des situations complexes dans les établissements psychiatriques.

Dispositifs existants concernant les modalités permettant aux établissements de santé autorisés en MCO d'adapter leur accueil et leurs prises en charge aux spécificités des personnes présentant des troubles psychiques (angoisses, déni, difficultés d'expression, difficultés à anticiper...), ainsi qu'à la présence d'un accompagnant professionnel ou familial. Il promeut la formation des professionnels de ces établissements à l'accueil des patients en situation de handicap psychique, en particulier au sein des services d'urgence.

- Projet COSMOS (CCECQA) 2016.
- Amélioration de la prise en charge en établissement MCO de personnes porteuses de handicap et/ou atteintes de troubles psychiques – réalisation d'un patient traceur inter-établissements et d'un plan d'amélioration.
- MAS de Biganos (ADAPEI 33) – CH d'Arcachon.
- FAM de Bègles (ADAPEI 33) – Robert Picqué et HAD Bagatelle.
- Mieux connaître les spécificités de cette population, mieux connaître les contraintes hospitalières, mieux coordonner les prises en charge et la continuité de l'information, éviter le passage aux urgences.
- CH LIBOURNE : Existence d'une procédure d'accueil et de prise en charge du résident en structure accueillant des personnes en situation de handicap aux urgences, sous forme d'une convention de coopération relative au parcours de soins dans le cadre de l'urgence signée avec l'ADAPEI. Cette convention n'a pas été généralisée à d'autres structures. Elle concerne en revanche de nombreux EHPAD (urgence + entrée direct médecine G).
- CH BLAYE : convention ADAPEI 33/urgences.

- CHU BORDEAUX :
 - Équipe mobile psychiatrie aux urgences de SA
 - Équipe aux urgences pédiatriques

Points faibles

- Pas de réseau installé.

Ce qui manque

- Circuit personnalisé.

Pistes d'amélioration

- Recourir davantage à l'HAD.
- Élaborer une procédure d'accueil et de PEC du patient de psychiatrie aux urgences.
- Développer les soins de premier recours.
- Développer la télémédecine.
- Poursuivre la sensibilisation des professionnels hospitaliers à la prise en charge du handicap psychique.

Dispositifs existants concernant Les projets médicaux partagés (PMP) des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) contribuent à l'amélioration de cet accès au sein des établissements.

Projet médico soignant GHT

- Faciliter les parcours de soins somatiques pour les patients de psychiatrie (fiche 2.2).
- Création d'une plateforme de soins psychiatriques et somatiques (fiche 2.3).

Ce qui manque

- L'application guide HAS 2017.
- Formation des intervenants somatiques.
- La téléconsultation.

Pistes d'amélioration

- Identifier les filières pouvant faire l'objet de conventions spécifiques (neuro, pédiatrie, maternité, cardio, etc.)
- Identifier les filières pouvant faire l'objet de téléconsultations

Dispositifs existants concernant l'identification et le développement de dispositifs de consultations dédiés aux personnes en situation de handicap, conformément aux dispositions de l'instruction DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015²⁹.

- Recensement offre de soins adaptés par le CRA.
- Équipe mobile du CRA.

²⁹http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/11/cir_40249.pdf Ces dispositifs peuvent également être portés par d'autres acteurs de soins (centres de santé, acteurs libéraux...).

- Déplacements de spécialistes hospitaliers au sein des établissements MS (Archipel, Mas de Tresses).
- Projet centre ressources handicap/santé Bagatelle.
- Projet télémédecine et handicap (GCS Rives de Garonne).
- CHU Bx : centre expert odontologie, service de génétique.

Points faibles/ existant

- Dispositifs peu développés.
- Limité au territoire du GCS.
- Ne couvre pas public mineur.

Ce qui manque

- Pas d'équivalents pour les enfants et adolescents.

Pistes d'amélioration

- Projet de la Maison de Santé de Bagatelles

Démarrage prévu fin 2018 après calibrage du besoin et précisions des missions par l'ARS – ouverture complète du centre 2020 : 2 lits Hôpital de Jour (gynécologie, audiométrie, dentaire, accès au plateau d'imagerie/ activité programmée).

Dispositifs existants concernant les modalités permettant aux personnes hospitalisées en psychiatrie de bénéficier de soins somatiques généralistes et spécialisés, par la présence de médecins généralistes au sein des établissements psychiatriques et spécialisés

- CH Cadillac (3 postes)
 - Site Lormont : vacations urgentistes clinique rive droite
- CH Libourne : 0.5 ETP médecin somaticien sur le pôle psychiatrique + 0.2 ETP sur le FAM. La nuit et le week-end, possibilité de joindre un interne des urgences et de solliciter son intervention sur le site de Garderose.
- CH Charles Perrens : 2,1 ETP médicaux somatiques et 1 ETP infirmier dédié.

Points forts/ existant

- Les trois structures sanitaires psychiatriques offrent un regard somaticien sur le parcours de soins des patients souffrant d'un handicap psychique.

Ce qui manque

- Clinique D'Ornon (CH CADILLAC) : pas de couverture MG (en cours de discussion avec Bagatelle).

Pistes d'amélioration

- Poursuivre le développement de cette offre de soins au regard des besoins croissants.

Dispositifs existants concernant la mise en place de partenariats avec des services MCO et SSR pour l'accès aux soins et investigations

- Projet médico-soignant GHT
 - Faciliter les parcours de soins somatiques pour les patients de psychiatrie (fiche 2.2)
 - Création d'une plateforme de soins psychiatriques et somatiques (fiche 2.3)
- Projet COSMOS (CCECQA) 2016.
- CH Cadillac/ CH Sud Gironde
 - Télémédecine : EEG avec CHU Bordeaux
 - Projet télémédecine et Handicap CH Cadillac/ CH Sud Gironde (en déploiement)

Ce qui manque

- Absence de mobilité des spécialistes dans les établissements psychiatriques.

Pistes d'amélioration

- Développer des équipes mobiles à l'instar des équipes mobiles de psychiatrie en MCO (ex EMSP).
- Permettre à l'HAD d'intervenir en établissement psychiatrique spécialisé (ex : maladies infectieuses, plaies et cicatrisations...) Ex : projet HAD BAGATELLES/CH CADILLAC/CH SUD GIRONDE.

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

La crise est définie comme un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, évolue le plus souvent vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte³⁰. Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant de développer l'intervention des équipes de soins de psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales, en prévention de la crise ou en cas de crise et d'urgence, afin de mettre en place une réponse adaptée, de favoriser l'adhésion aux soins et d'éviter autant que possible le recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement.

La prévention de la crise vise notamment les personnes en situation de grande souffrance psychique, n'exprimant pas une demande d'aide ou de soins, par la prise en compte des alertes de l'entourage.

L'organisation de la mobilité des équipes de CMP, le cas échéant de manière mutualisée entre plusieurs secteurs ou sous la forme d'équipes mobiles, doit être promue dans ce cadre.

³⁰Circulaire n°39-92 DH PE/DGS du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques

Par ailleurs, les partenariats entre les équipes de psychiatrie et les services et établissements sociaux et médico-sociaux, notamment dans le cadre de GCSMS ou, le cas échéant, de GHT, doivent permettre une approche partagée des situations et des interventions se fondant sur des engagements réciproques.

Les travaux qui s'engagent sur certains territoires sur la préparation des sorties d'ESMS dans le cadre de la démarche « Réponse accompagnée pour tous » doivent également permettre d'éviter les situations de crise liées à des ruptures de prise en charge.

Dispositifs existants dans la prise en compte des alertes de l'entourage

- EPIC et consultations famille sans patient (CFSP)
- ELISA (Libourne)
- CMP
- CUMP
- EMAH
- EMMA
- EMGP (Bassin+Médoc)
- PAERPA (CHU)
- HERMES
- ACCESS
- EMAP
- VAD IDE psychiatrie périnatale Bx Métropole
- La plateforme Santé Vulnérabilité de Bordeaux
- Les CoRistes
- UNAFAM

Points faibles du territoire

- L'EPIC et la Consultation Famille sans patient (CFSP) couvre partiellement le territoire.
- Pris en charge « périnatale » à domicile insuffisamment développée.

Pistes d'amélioration

- Augmenter les tranches horaires dans les CMP adultes et enfants.
- Poursuivre le déploiement des équipes mobiles sur l'ensemble du territoire.

Dispositifs existants dans l'organisation de la mobilité des équipes de CMP

- CH Cadillac
- CH Charles Perrens

- CH Libourne

Pistes d'amélioration

- Mutualisation des secteurs et équipes mobiles.

Dispositifs existants dans l'approche partagée des situations et des interventions (partenariats entre les équipes de psychiatrie, et les ESMS)

- EMPP
- PASS psy CH Charles Perrens
- GCLSM (Bordeaux)

Points faibles du territoire

- Répartition territoriale des EMPP à finaliser.
- Manque de lieux d'échange.
- Manque de lien entre les urgences et les médecins traitants.

Pistes d'amélioration

- Généraliser les GCLSM à l'ensemble des CMP du Territoire.
- Mise en place de Commission des situations médico-psycho-sociales complexes dans les CH.
- Création d'un **numéro d'appel unique** d'information, de conseil et d'orientation destiné aux usagers, aux familles et aux professionnels.

Dispositifs existants pour éviter les ruptures de prise en charge (sorties d'ESMS/démarche "Réponse accompagnée pour tous")

- SAMSAH
- SAVS
- Les équipes de secteurs
- HAD

Pistes d'amélioration

- Améliorer la communication et la coordination des équipes sociales, médico-sociales et sanitaires.
- Développer une ou des équipes mobiles ressources (EMR) auprès des structures sociales et médico-sociales pour enfants.
- Renforcer les SAMSAH et des SAVS.

Prise en charge des victimes exposées à un évènement traumatique

Dispositif global de prise en charge du psycho traumatisme en NA

- – En attente réponse AAP suite à instruction ministérielle de juin 2018 ;
- – Filière spécifique à mettre en place au niveau de la Gironde.

I. L'organisation de la permanence des soins

Dispositifs existants pour les conditions de la mobilisation de la PDSA/soins programmés en santé mentale

Niveau 1 :

- Associations
- Plateformes

Niveau 2 :

- Médecins libéraux
- Maisons médicales de garde
- SOS Médecins
- SAMU Centre 15
- Services d'urgences MCO adultes et enfants
- SECOP
- CapLib

Points faibles du territoire

- L'absence d'effecteur et la disponibilité aléatoire d'un vecteur de transport sanitaire adapté rendent le sujet complexe et chronophage et les enjeux sont majeurs, ils se nouent au confluent de règles juridiques, morales et éthiques.
- Coordination entre acteurs (professionnels de santé, pompiers, police ...)

Pistes d'amélioration

- Élaborer une **convention** visant un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques .
- Création d'un **numéro d'appel unique** d'information, de conseil et d'orientation destiné aux usagers, aux familles et aux professionnels.
- Réflexion quant à la mise en œuvre une **permanence des soins (PDS) mutualisée territoriale** (publique et privé).

Dispositifs existants pour la participation des professionnels de la psychiatrie aux services d'urgence des Établissements sanitaires (nuit et week-end compris)

- Psychiatrie d'urgence (CH St-André, CH Lesparre, CH Langon, CH Arcachon, Polyclinique les 4 pavillons) + services pédiatriques.
- CapLib CH Libourne.

Dispositifs existants en psychiatrie infant-juvénile : permanence des soins et hospitalisation en urgence dans un environnement adapté

- USAA CH Charles Perrens (5 lits)
- UPSILON CH Charles Perrens (20 lits)
- Libourne (5 lits)
- CH Cadillac (4 lits)
- CMP
- Hôpital des enfants CHU
- Pôle Aquitain de l'Adolescence
- SECOP

Points faibles du territoire

- Absence de dispositifs de soins spécifiques pour les jeunes adultes 16-24 ans.
- Fragilité du dispositif pédopsychiatrie d'urgence et de liaison à l'hôpital des enfants CHU.
- Difficulté à différencier la psychiatrie d'urgence et la psychiatrie de liaison.

Ce qui manque

- Manque de lits d'hospitalisation.

Pistes d'amélioration

- Participation des professionnels libéraux à la permanence des soins (partenariats... ?).
- Création d'un **dispositif** de soins ambulatoires et de lits d'hospitalisation complète pour **les jeunes adultes 16-24 ans.**

Dispositifs existants permettant la limitation des prises en charge sans consentement et une meilleure communication avec l'entourage

- CMP
- EPIC et consultations Famille sans patient (CFSP)
- Équipes mobiles à destination du médico-social (HERMES et ACCESS)

Pistes d'amélioration

- Promotion de la mise en place des **pratiques avancées infirmiers**.
- Développement de la télémédecine.

Dispositifs existants sur l'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation et son anticipation dès l'entrée en hospitalisation

- Lettre de Liaison.
- Le compte-rendu d'hospitalisation.
- Courrier type URPS.

Points faibles du territoire

- Absence médecin traitant déclaré (voir priorité 3 PTSM).
- Lettre de liaison et courrier -type URPS- peu utilisé par les médecins.
- Compte rendu d'hospitalisation parfois envoyé en retard.
- Pas de dispositif spécifique de suivi post-TS.
- Peu de coordination entre la psychiatrie et les acteurs du domicile (médecin traitant, paramédicaux, famille, autres intervenants).

Pistes d'amélioration

- Sécuriser la sortie
- Utilisation de Fiches avec coordonnées de référence.
- Transposer le dispositif Ville Hop (cf CHU) aux structures psychiatriques.

Dispositifs existants sur l'appui d'un réseau de partenaires/ dispositif pour la mobilisation d'un accompagnement social et médico-social et modalités de continuité du suivi existant avant l'hospitalisation

- SPIP de Gironde et ses antennes.
- SOS suicide.

Ponts faibles du territoire

- Peu de coordination entre la psychiatrie et les acteurs du domicile (médecin traitant, paramédicaux, famille, autres intervenants).

Dispositifs existants sur le suivi après hospitalisation pour tentative de suicide

- Association Rénovation
- CMP

Pistes d'amélioration

- Prévenir la récurrence suicidaire
- Mise en place du dispositif Vigilans sur le territoire.
- Formation des médecins traitants au risque suicidaire.

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

Le projet territorial de santé mentale prévoit les modalités permettant aux personnes accompagnées par un établissement ou service social ou médico-social de bénéficier d'un accès à la prévention et aux soins de santé.

Dispositifs existants concernant l'organisation des équipes sociales et médico-sociales pour accompagner les personnes à la désignation d'un médecin traitant.

- Les études épidémiologiques témoignent d'une surmortalité des personnes ayant des troubles psychiques. Les maladies cardiovasculaires et celle liées au tabac représentent les premières causes. Le régime alimentaire, le diabète, les effets indésirables des médicaments psychotropes, le manque d'exercice, la précarité s'ajoutent aux facteurs de risque naturels (âge, antécédents).
- Le suivi par un MG est un axe important.

Dispositifs existants concernant la mise en place de partenariats avec les professionnels libéraux et les établissements de santé/ accès aux soins spécialisés.

Education thérapeutique

Le Centre Hospitalier Charles Perrens, dans le cadre de la CHT, travaille entre autres sur la **mise en œuvre d'une stratégie régionale de développement de l'éducation thérapeutique (ETP)**.

En amont, un état des lieux des coopérations au sein de la « CHT Gironde » a permis de recenser 68 programmes d'éducation thérapeutique (ETP) au sein de la CHT 33. Ce constat a mis en évidence l'absence de coopération opérationnelle « formalisée » entre les programmes autorisés par l'ARS et la mise en œuvre dans les établissements membres de la GHT Gironde.

Les programmes d'ETP dans les établissements membres de la « CHT Gironde » représentent près d'un tiers des programmes autorisés en Aquitaine. La plupart des maladies chroniques pouvant bénéficier d'un programme « d'ETP » sont représentées.

Ainsi la définition d'une stratégie partagée par les membres de la CHT est triple. D'une part elle doit permettre d'organiser sur chaque territoire de santé une offre coordonnée en éducation thérapeutique et d'officialiser la plateforme ressource régionale en y associant l'ensemble des acteurs concernés.

D'autre part elle doit développer et structurer la formation en éducation thérapeutique. Enfin elle doit **développer l'information et la communication entre les membres de la « CHT Alliance Gironde »**.

La dynamique des acteurs du groupe de travail ETP de la « CHT Alliance Gironde » permettra à long terme de renforcer la visibilité et la reconnaissance de l'éducation thérapeutique dans les établissements, et de valoriser le travail des acteurs.

ETP axés sur les troubles psychiques :

- CH Charles Perrens : 7 Programmes ETP
- CH Cadillac : 5 Programmes ETP
- CH Libourne : 1 programme ETP en cours réalisation

UTEP (Unité transversale d'éducation thérapeutique).

DAC (Dispositif d'Appui et de Coordination) en ETP.

Points faibles/ existant

- L'accès des personnes atteintes de troubles psychiatriques aux programmes d'ETP somatiques (non spécifique) peut être compliqué.
- Des programmes ETP trop concentrés sur l'hospitalier.
- Peu de programmes ETP en ambulatoire développés à proximité des patients.

Pistes d'amélioration

- Poursuivre le développement du projet ETP « prendre soin de soi » à l'UCSA à la maison d'arrêt de Gradignan avec l'UHSA (CH CADILLAC).
- Développer les séances individuelles.
- Développer les programmes d'ETP à partir des MSP et des pôles de santé.
- Développer les programmes d'ETP à partir des associations de PS libéraux.

Prévention

- Le Contrat local de santé de Bordeaux intègre un axe prévention du suicide en lien avec l'association Rénovation.
- Sur le Sud Gironde, le GCS Rives de Garonne développe également cet axe avec l'association Rénovation.
- L'UNAFAM est également partenaire de l'association Rénovation sur cette thématique.
- Sur le Sud Gironde, le GCS Rives de Garonne déploie également un axe nutrition/sport adapté et un axe addiction dans le cadre du programme de prévention hors les murs.
- Sur la Métropole : Sur le Campus, l'université propose un escape game sur le thème de la dépression.

Ce qui manque

- Absence de repérage précoce de situations de vulnérabilité au domicile pour des personnes souffrant de troubles psychiatriques non diagnostiquées.

Pistes d'amélioration

- Diffusion plus systématique des campagnes nationales (vaccination, lutte contre le cancer, maladies chroniques...) dans les lieux de soins où sont accueillies les personnes porteuses de pathologies psychiatriques et par les associations d'usagers.

- Intégrer cette question dans le groupe GHT « prévention » pour pouvoir croiser les campagnes somatiques/psychiatriques.
- Croiser les campagnes de prévention somatique/Psychiatrique.
- Développer les actions de prévention relative aux risques somatiques en lien avec les traitements liés à la pathologie psychiatrique (cardio vasculaires, maladies infectieuses).
- Diffuser les campagnes nationales.
- Former et soutenir les professionnels d'aide à domicile pour aider au repérage des fragilités des personnes suivies.
- un programme de prévention pour les détenus hospitalisés à l'UHSA) est en attente.

Dispositifs existants qui permettent la participation des personnes aux bilans de santé proposés par les CPAM, aux dépistages organisés et aux suivis périodiques.

- La Maison des Adolescents organise des sensibilisations sur les thématiques suivantes : addictions, sexualité/MST...
- Les organismes de protection sociale et les associations spécialisées déploient des programmes de prévention ciblés.

Pistes d'amélioration

- S'appuyer sur les partenaires sociaux pour développer des programmes à destinations des publics les plus défavorisés :
 - Centre d'examen de santé de l'Assurance Maladie
 - CCAS, Centres sociaux
 - Centres d'hébergement et de réadaptation sociale
 - Foyer de jeunes travailleurs
 - Foyers d'hébergement
 - Établissements médico-sociaux
 - Certains secteurs de la PJJ et/ou des tutelles...

Au-delà du parcours de santé et de vie des personnes présentant des troubles ou une souffrance psychiques, le projet territorial de santé mentale s'attelle donc à promouvoir les conditions d'une bonne santé mentale dans l'ensemble de la population, par des actions sur les milieux de vie et les facteurs de risque, et par le renforcement des capacités des individus à développer une santé mentale positive.

Le projet territorial de santé mentale mobilise à ce titre les acteurs du champ de l'éducation, de la famille, du logement, du travail, des transports, de la justice ou encore de la protection sociale.

Dispositifs existants dans le soutien à la parentalité :

Prénatal

- staff médico-psycho-social en maternité
- Entretien prénatal-précoce

- Recensement en cours par RPNA de toutes les interventions en Santé Mentale dans les maternités
- PMI

Schéma départemental des services aux familles de la Gironde 2016 -2020 : enjeux soutenus :

Accueil du jeune enfant et soutien à la parentalité

- **Les LAEP** : accueil libre et sans prescription, de jeunes enfants âgés de moins de 6 ans accompagnés de leurs parents ou d'un adulte référent. Ces structures participent à l'accompagnement précoce de la fonction parentale basé sur l'accueil, l'écoute et l'échange autour du lien familiale t social. Les accueillants sont formés à l'accueil et à l'écoute. La participation des parents et des enfants se fonde sur le volontariat, l'anonymat et la confidentialité. (en 2015 40 structures LAEP financées par la CAF 33, objectif de développer).
- **Le REAPP** : Réseau d'écoute, d'appui et d'Accompagnement des Parents (CD 33) : réseau d'institutions, d'associations et de structures qui proposent des cations, des activités, pour, par et avec les parents. Il s'adresse à toutes les familles et à tous les bénévoles et professionnels associatifs ou institutionnels désireux d'accompagner les parents dans leur rôle éducatif (en 2016 : 157 structures REAPP financées par la CAF 33).
- **Les CLAS** : contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS) : dispositifs, hors temps scolaire, qui propose aux enfants et aux jeunes, l'appui et les ressources dont il a besoin pour s'épanouir et réussir à l'école. S'adresse aussi aux parents dans l'objectif de renforcer les relations entre les familles et l'école en 2015 110 structures CLAS financées par la CAF).
- **L'aide au domicile des familles** : en 2015, 3 associations mandatées par les institutions et qui ont développé ainsi 49 866 heures de Techniciennes de l'intervention sociale et/ou familiale et d'Auxiliaire de Vie Sociale.
- **La médiation familiale** : processus de construction et reconstruction du lien familial. 2 associations de services de médiations familiales, mandatées par les institutions, assurent leur mission sur l'ensemble du département.
- **Les espaces de rencontre** : lieux d'exercice du droit de visite qui visent le maintien ou le rétablissement des liens entre les parents et leurs enfants ; 2 associations : le point rencontre de Bordeaux et l'espace de rencontre « Arc-en-ciel » de Libourne.
- **Les structures d'animation de la vie sociale** : l'action des centres sociaux se fonde sur une démarche globale et sur une dynamique de mobilisation des habitants pour apporter des solutions aux besoins des familles et à leurs difficultés de vie quotidienne (en 2015 48 centres sociaux sur le territoire + cf cartes).

Associations de soutien à la parentalité

1. APPEM (association pour la parentalité et l'enfance en Médoc)
2. La parentèle (Bordeaux)
3. La maison de Nolan et des familles Bordeaux
4. Centre Papillon (parentalité et handiparentalité) Bordeaux

5. Le Kfé des familles Bordeaux
6. Association familiale laïque Bordeaux Nord

Autres :

- Guide des ressources/ soutien à la parentalité (CUB Bx)
- Forums « petite enfance »
- Plan girondin d'actions en faveur de la jeunesse (CD) projet génération 11-25 ans
- Objectif 1 – mesure 4 soutenir la parentalité, l'accompagnement à la scolarité et impliquer plus fortement les parents dans le parcours éducatif du jeune
- ASV Bordeaux Bastide : projet de médiation santé autour de la parentalité

Points forts/Points faibles

- Évaluation positive des staffs, mais n'existent pas dans toutes les maternités
- EEP systématiquement proposé mais constat 30 % seulement de femmes en bénéficiant et pas celles qui en auraient le + besoin
- Lieux d'accueil parents/enfants pas présents sur ensemble du territoire
- PMI : image négative, associée aux services sociaux
- Une politique de soutien à la parentalité portée par le CD33

Ce qui manque

- Évaluation des risques/ difficultés des femmes enceintes (SM, addictions, précarité).
- Formations aux troubles du lien pour les acteurs pivots de l'accompagnement (sages-femmes libérales, médecins généralistes, professionnels des services de maternité et néonatalogie).

Pistes d'amélioration

- Généraliser le staff médico psycho-social dans l'ensemble des maternités du département.
- Augmenter le nombre de femmes bénéficiant d'un EPP (objectif de 50 %) et favoriser son inclusion dans le parcours de soins.
- Mettre en place et diffuser un auto-questionnaire proposé aux femmes enceintes (expérience hors région).
- Finaliser et diffuser l'annuaire de toutes les interventions en santé mentale en maternité.
- Développer les formations aux troubles du lien.
- Favoriser la perception de la PMI comme un acteur de prise en charge accessible à tous, sans connotation sociale.
- Développer les compétences parentales : ateliers habiletés parentales, programmes d'intervention basés sur renforcement des CPS, conférences grand public, consultations spécialisées > Institut de la parentalité.
- Décliner un guide des ressources soutien à la parentalité sur l'ensemble du territoire et intégrer le champ santé mentale dans les forums « petite enfance ».

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

- Dossier de suivi des nouveaux nés vulnérables.
- Formation des assistantes maternelles par l'intermédiaire des RAM : les assistantes maternelles peuvent se former tout au long de leur carrière, à leur initiative, via les formations proposées par le GRETA ou IPERIA (dans le cadre du D.I.F. avec financement), en plus de ce que les RAM proposent.
- Initiatives culturelles 0-3 ans (réseau des médiathèques, ludothèques, projets itinérants).
- Relance des visites de suivi médical des 3-4 ans réalisées en milieu scolaire par la PMI, en amont de la visite obligatoire des 6 ans.
- => le bilan médical des enfants de 3-4 ans est assuré par le Conseil Départemental de Gironde : à partir de septembre 2018, ce seront les puéricultrices de PMI qui les assureront, du fait du manque de médecins (qui auparavant effectuaient ces bilans). À partir de la grande section de maternelle, c'est l'Éducation Nationale : médecins et infirmières scolaires qui manquent sur certains secteurs.
- Actions de formation santé en milieu scolaire.
- MDA.
- ESE : Consultations SM pour les étudiants par convention avec CHCP/ MGEN/ Rénovation/ + commission situation préoccupante, émission avis d'aménagements aux examens + entretien santé qualité de vie étudiante.
- Diverses actions menées par la MSA en faveur des personnes âgées de 55 ans et plus (ateliers du bien vieillir, ateliers PEPS EUREKA).
- Outil numérique STOPBLUES (prévention du mal être).
- « À vos marques, prev', santé ! » AAP collèges 2018 sport, santé, bien-être du CD de la Gironde : le département souhaite à travers cet AAP sensibiliser les collégiens girondins sur la pratique d'activités physiques et sportives facteurs de bien-être et de préventions de maladies. Cet AAP vise également à favoriser l'émergence d'un réseau départemental entre les collèges et les différents acteurs compétents en matière d'activités physiques et sportives de santé-bien être.

Points forts/Points faibles

- Dossier de suivi actuellement limité aux grands prématurés.
- Visites médicales en milieu scolaire : manque de personnels (médecins/ IDE scolaires).
- Actions de formation en milieu scolaire limitées à la demande du chef d'établissement.
- MDA sur Bordeaux et 2 antennes seulement sur la Gironde.
- Actions ESE : en déploiement, peu de recul.

Pistes d'amélioration

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

- Garantir la réalisation de la visite suivie médicale des 3 / 4 ans, puis des 6 ans. Élargir sa réalisation aux IDE scolaires ?
- Renforcer la coordination entre l'équipe éducative et l'équipe de santé scolaire (secret partagé)
- Développer les actions de formation santé dans les institutions scolaires en partenariat avec d'autres acteurs (ex : ateliers mieux-être développés par la MSA dans les 6 MFR et lycées agricoles, 450 participants).
- Poursuivre la mise en place des antennes MDA.
- Développer les ateliers promotion de la santé / éducation à la santé portés par l'espace santé étudiants de l'Université. Accent à mettre sur le dépistage. Utilisation des leviers formation/communication. Cible spécifique sur les primo-entrants éloignés de leur domicile d'origine.
- Prendre en compte la population des 16/25 ans en dehors du système scolaire, en favorisant l'accompagnement de ce qui peut être un temps d'errance au moment de la déscolarisation (point de rupture) > CIO, Missions Locales, Points Ecoute Jeune, MDA, Réseau Santé Social Jeunes, logiciel SAFIR.

Dispositifs existants dans la lutte contre le mal logement

- Contrôle local de l'offre locative (ex : commission de validation des logements à Libourne, Lesparre...).
- Offre d'ACT.
- Séjours séquentiels entre médico-social (EHPAD, FAM) et hospitalisation en moyen séjour
- Cellule de veille santé mentale ville/hôpital : ex à Libourne entre Mairie/ CCAS et CH.
- Association trans'appart (créé par CH Cadillac): Objet : mener des activités d'inter-médiations entre différents partenaires (bailleurs, associations, patients, professionnels du soin et équipes soignantes, etc.) et d'assurer, dans une dimension sociale, la gestion d'un parc locatif permettant à des personnes souffrant de troubles psychiques et démunies d'accéder à un logement ou à un hébergement.
– Suivi double : par le CHP de secteur + suivi par le pôle auquel est rattaché l'appartement (IDE + éducatif).
- CD PDHI action 14 : Soutenir la constitution de dispositifs locaux partenariaux de lutte contre l'habitat indigne.
- Association ARI / « un chez soi d'abord » ; projet en Sud Gironde d'une équipe en soutien aux professionnels d'aide à domicile auprès des personnes atteintes de troubles psychiques.
- DiAir (Délégation interministérielle à l'accueil et à l'intégration des réfugiés).
- Lutte contre l'habitat indigne : fiche action du PDLHIm133 : proposer un guide pratique aux maires du département, leur indiquant comment gérer ces situations, guide qui pourrait intéresser les 9 PTS des MDSI et organismes de protection juridique => réflexion en cours au sein du pôle santé environnement ARS DD33 + groupe de travail en cours instauré par les MAIA mais centré sur les situations de Diogène.
Sur 3 ans : une cinquantaine de cas d'incurie recensés sur Bordeaux Métropole (effectif sous-évalué ??? est-ce que tous les cas sont signalés ?), et 8 cas sur le reste de la Gironde ; chaque situation est individualisée, sans organisation mise en place.

Points forts/Points faibles

- Contrôle locatif à évaluer et le cas échéant à ajuster avant développement sur le territoire.
- Expérience Trans'appart positive : constat que les personnes arrivent à s'en sortir.

Ce qui manque

- Manque de prise en compte des cohabitations « subies ».

Pistes d'amélioration

- Favoriser les partenariats entre structures sanitaires et bailleurs sociaux (baux glissants, équipes suivi logement, dispositifs transitoires, accès à de la formation pour les professionnels représentant les bailleurs sociaux).
- Favoriser l'articulation des compétences sanitaires, sociales et environnementales dans la résolution des situations d'incurie.
- Favoriser l'entrée en EHPAD des usagers en Santé Mentale vieillissants (séjours séquentiels, poste IDE partagées, etc.).
- Favoriser l'intégration dans la cité des usagers en santé mentale (repérage des situations à risque, suivis conjoints ville/hôpital, actions de communication santé mentale et participation aux événements structurants (semaine bleue, etc.).
- Prendre en compte les besoins de logement des usagers en santé mentale hébergés par un aidant (contexte de cohabitation subie) avec :
 - > Anticipation des entrées en institution
 - > Favorisation de l'accueil de jour ou séjours temporaires permettant de tester la capacité de vie en institution.
- Développer les parrainages intergénérationnels. Recommandation DiAir pour les personnes réfugiées : « de nombreux seniors sont volontaires pour participer activement à l'accueil et l'intégration des réfugiés. La modification apportée en janvier 2017 à la loi du 10 mars 2010 a créé un volontariat associatif ouvert aux personnes de plus de 25 ans.
- Sur les cas d'incurie, le service santé environnement de l'ARS DD33 souhaite proposer un guide s'adressant à tous les maires du département, leur indiquant quelles sont les démarches de base dans ces situations, avec quelques adresses d'intervenants de premier niveau : équipe psy, service social associé, MDSI, CCAS ... et procédures de police à appliquer.

La lutte contre le mal logement

Le parc privé potentiellement indigne est établi sur la base d'un croisement entre les revenus des occupants et le classement cadastral des logements (figure 27). Il comprend : les logements classés en catégorie cadastrale 6 (ordinaire) occupés par un ménage au revenu fiscal de référence inférieur à 70 % du seuil de pauvreté, et les logements classés en catégorie cadastrale 7 ou 8 (médiocre et très médiocre) occupés par un ménage au revenu fiscal de référence inférieur à 150 % du seuil de pauvreté.

Dispositifs existants dans la lutte contre l'isolement social, en particulier des personnes âgées

- Constat d'une variété et densité de dispositifs existants de lutte contre l'isolement au niveau de la Métropole (GEM, Clubhouse, PAERPA, Université du temps libre, etc.).
- Recensement des actions locales par la Fabrique Territoires Santé.
=> Dossier ressources juin 2018 « santé mentale et isolement social : quelles interactions et réponses territorialisées ? » (fabrique des territoires).

<https://www.fabrique-territoires-sante.org/capitalisation/dossiers-ressources/sante-mentale-et-isolement-social>

- Action dans le cadre de l'ASV Bordeaux Bastide.

Points forts/Points faibles

- Territoires ruraux + dépourvus ++, y compris sur des dispositifs de première intention (ex : pas de CLIC de niveau II/III à Libourne).

Ce qui manque

- Manque d'adaptation des prises en charge aux populations à risque spécifiques.
- Manque de prise en compte de l'isolement de l'aidant.

Pistes d'amélioration

- Développer sur l'ensemble des territoires les dispositifs de première intention existants sur la Métropole.
- Permettre l'adaptation des prises en charge pour les populations à risque spécifiques en :
 - > Formant les professionnels des services de proximité (PMI, PASS, CCAS – Ex : formation PMO à l'accompagnement des femmes migrantes).
 - > Favorisant les échanges entre institutions/ associations (ex : partenariat PMI / école des femmes MANA ; RCP logement « femmes en errance » PMI).
- Prendre en compte l'isolement social de l'aidant :
 - > Développement de formations, informations et espace de paroles pour les aidants (ex : parcours santé des aidants MSA, ateliers sur le repositionnement et la prévention contre la perte des liens affectifs, annuaire des dispositifs d'aide et de soutien).
 - > Prise en compte des relations d'aidants spécifiques (accueil frères/sœurs UNAFAM).
- Recommandations du rapport centre Primo Levi et MDM.
- Prendre en compte l'isolement professionnel (lien avec la promotion de la qualité de vie au travail – exemples des actions mises en place par la MSA autour de la prévention du suicide chez les agriculteurs, avec des interventions dans les lycées agricoles, et auprès des professionnels sur les exploitations, interventions d'urgence, soutien type CUMP).
- Articuler la question de l'isolement social à celle des transports (comment accéder aux soins ? aux loisirs ?).
- Favoriser le développement de la littératie numérique comme levier d'inclusion dans une société où le numérique joue un rôle essentiel.

Dispositifs existants dans la promotion de la qualité de vie au travail

- Réseau des services de santé au travail.
- Prévention du suicide sur certaines populations à risque spécifiques (actions MSA à destination des agriculteurs : formations/information/conférences ; service d'écoute PSYA ; interventions d'urgence sous 24/48 h par psychologue et/ou travailleur social, 7 rencontres au maximum ; procédure CUMP afin d'améliorer la gestion d'une situation de crise en entreprise agricole ; secours financier exceptionnel).
- MSA : Service d'écoute, de soutien et d'accompagnement psychologique en partenariat avec PSYA : créé en 1997, le cabinet Psya, habilité IPRP (Intervenant en prévention des risques Professionnels) propose le premier service professionnel spécialisé dans l'écoute, le soutien, et l'accompagnement psychologique par téléphone et internet, à destination des assurés MSA.
- Monde agricole et rural : AGRI'ECOUTE service d'écoute d'écoute 24 h/24 et 7 j/7, portée par la MSA (cf plaquette).
- Plan de prévention du suicide en milieu agricole (MSA).

Missions locales : 10 en Gironde.

- Volonté d'un référent santé/ ML.
- Accueillent une population jeune adulte avec souvent des problèmes de santé mentale.
- Volet entreprise : « emploi avenir » quand un référent est repéré dans l'entreprise, ils peuvent interpeller sur des situations de jeunes qui les inquiètent ou sur l'absentéisme => médiation jeunes/ entreprises/ ML pour éviter les ruptures de contrat.
- Intervention au cas par cas mais c'est positif.
- La sensibilisation à la santé mentale est différente selon les secteurs professionnels.

Dispositifs existants dans la lutte contre les violences et le harcèlement, notamment en milieu scolaire

- Colloque harcèlement au travail Bordeaux juin 2018.
- Développement de programmes / harcèlement en milieu scolaire (campagne rectorat 2018 pôle PPS ARS DD 33).
- Rapport centre primo-Levi et Médecins du Monde sur la « souffrance psychique des exilés »

<https://www.primolevi.org/actualites/la-souffrance-psychique-des-exiles-une-urgence-de-sante-publique.html>

Pistes d'amélioration

- Recommandations du rapport centre Primo Levi et MDM.

Dispositifs existants auprès des enfants et des adolescents sur les actions visant le renforcement des compétences psychosociales

Des constats scientifiques aux constats de terrain (Il existe des recommandations internationales et nationales pour développer des programmes de compétences psycho-sociales (CPS) dans tous les milieux de vie, dont l'école³¹

³¹Commission européenne 2016, Inserm 2009

- Il a été démontré que les interventions de développement des compétences psycho-sociales des enfants et/ou des parents ont un impact sur le bien-être et la santé mentale positive en ce qu'elles permettent d'augmenter leur estime et leur confiance en soi, de prévenir les troubles affectifs, de réduire les problèmes de comportements et de diminuer les pratiques parentales problématiques (ex. discipline coercitive, relations conflictuelles)³². Elles augmentent le sentiment parental d'efficacité et améliorent les relations parent-enfant et les résultats scolaires³³. Elles ont donc un impact sur le stress, l'anxiété et l'ensemble des conduites à risque.³⁴
- Des expérimentations régionales sont en cours dans différents milieux de vie, évaluées par des équipes de recherche différentes : Good Behavior Game, Prodas, Unplugged, Programme de soutien aux familles et à la parentalité, interventions basées sur la pleine conscience à l'école, PANJO, etc.
- Des projets de nouvelles expérimentations et d'évaluation nationale et de mise en place de centres ressources nationaux financées par Santé publique France sont en cours : GBG, Prodas, Tina et Toni, Mindfulness-based childbirth and parenting, PANJO.

Points forts/Points faibles

- Les ARS se mobilisent fortement pour financer des programmes de compétences psychosociales, en particulier à l'école dans le cadre de contrat cadre entre ARS et rectorats d'académie, ou en projet sur de possibles Fonds de prévention du tabagisme avec une entrée addictions.
- Sur le terrain, on observe un grand nombre d'acteurs, le développement d'interventions multiples (parfois à petite échelle) avec des méthodes et des évaluations hétérogènes, et une faible lisibilité des actions.
- Besoin d'une doctrine partagée.
- Double approche nécessaire pour appréhender les enjeux des CPS.
- Une approche transversale des CPS centrée sur le bien-être / SM positive plutôt que par les facteurs de risque (définition de l'OMS).
- Une approche des CPS combinant des programmes basés sur la pleine conscience : les compétences utiles au quotidien de chacun et tout au long de la vie (cognitives, sociales, émotionnelles) sont potentialisées par la participation à des programmes agissant sur le savoir-être et basés sur la pleine conscience (attitude d'ouverture et entraînement de l'attention à l'instant présent).

Pistes d'amélioration

Le renforcement des capacités des personnes dans le domaine de la santé mentale est un enjeu fondamental en termes d'investissement social. Ces actions concernent l'ensemble de la population, dont les populations vulnérables.

- En milieu scolaire : / parcours éducatif de santé/ école promotrice de santé.
- En milieu universitaire : plan étudiant en renforçant la prévention en santé mentale des étudiants.

³²Lamboy, Clément, Saïas & Guillemont, 2011

³³Barlow, Smailagic & JonesBarry, 2010 ; Sanders & Wooley, 2005 ; Kaminski & Valle, 2008

³⁴Hawkins, Catalano & Miller, 1992, Guillemont, Clément & Lamboy, 2013, Wilquin, Clément & Lamboy, 2013, Kersaudy-Rahib, Lydié, Clément & Lamboy, 2013.

- Les compétences parentales : programme d'intervention basées sur la pleine conscience et renforcement des CPS (interventions qui agissent sur les relations et interactions que les parents entretiennent avec leurs enfants/ essentielles pour soutenir le développement des CPS des enfants.
- Dans le monde du travail : risques psycho sociaux visés et burn out / plan santé au travail.

Dispositifs existants dans différents milieux (école, ville PMI...)

- « La santé » par Digame, compagnie théâtrale.

La MSA de Gironde a mandaté la compagnie Digame ! pour effectuer un travail sur le thème de la santé : « comment mieux vivre sa jeunesse en étant élève à la MFR ? » => objectif général : sensibiliser les jeunes (de MFR 14-18 ans) à la démarche proactive de santé.

Ateliers de 20 h/ structure MFR coordonnés par un animateur socioculturel et un comédien/ metteur en scène.

- Dans le cadre du plan prévention suicide de la MSA.
- (Pôle PPS ARS DD 33) campagne rectorat 2018 avec plusieurs projets basés sur le développement de CPS (prévention des addictions, bien-être psychique et santé mentale).
- Projet d'un AAP pour la mise en place d'un projet innovant de développement des CPS, en expérimentation dans un collège de la Gironde, pour 2018 -2019, pour la prévention des conduites à risques liés à l'usage des produits psycho actifs et au-delà sur le climat scolaire et les conditions d'enseignement. Ce projet s'adresse aux enseignants et doit s'appuyer sur les CESCi programme évalué à l'échelle européenne.
- AAP en cours d'un programme sur les CPS pour les enfants en milieu scolaire élémentaire, dans les quartiers prioritaires de la ville, sur le temps périscolaire, avec formation des animateurs. 12 communes participent sur le département.

Points forts/Points faibles

– Bilan action MSA/MFR Gironde 2015-2016

- Outil théâtre forum très positif car permet de libérer la parole,
 - Répercussion positive sur la vie personnelle, épanouissement, communication, image de soi/ créée du lien entre les élèves et au-delà/ faire ensemble élèves- enseignants +/- CPS+ (analyse par une psychologue clinicienne).

- Quantitativement : 6 représentations en 2016 : MFR La sauve, Lesparre, Saint Yzan du Médoc, Les Eglisottes, Saint Martin Lacaussade, Vayres / 450 participants (jeunes, parents, partenaires)/ 23 000 € mobilisés.
- Qualitativement : expression des adolescents (la violence sous-jacente), le théâtre (forme de thérapie), très bonne participation du public.

Ce qui manque

Travailler + en collaboration avec les profs référents/ condenser les suivis (format stage)/ adapter la temporalité du projet à l'âge des jeunes (+/- réceptifs à l'outil si collégien).

Pistes d'amélioration

Déployer les CPS sur le temps scolaire ; travail en cours avec l'Éducation Nationale dans le cadre du parcours de santé de l'enfant.

Dispositifs existants pour La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

Le Projet Territorial de Santé Mentale identifie des actions visant à lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques :

- La mise en place de campagnes d'information de proximité, en particulier dans les écoles, collèges et lycées, afin de changer les représentations sociales.
- Les initiatives engagées par les conseils locaux de santé mentale.
- La mobilisation des acteurs de santé mentale et des partenaires (médias, élus...) lors des semaines d'information en santé mentale.
- La conduite d'une réflexion avec les media sur le traitement de la santé mentale (en particulier des troubles psychiques et du suicide) dans l'information du grand public, dans la perspective de la rédaction d'une charte déontologique.

État des lieux de l'existant :

- Auprès des étudiants : l'espace santé étudiant de l'université de Bordeaux avec le Centre Hospitalier Charles Perrens proposent des actions de promotion de la santé ; Actions qui visent à la dé-stigmatisation de la santé mentale, en allant vers les étudiants et la communauté universitaire du campus, en particulier dans le cadre de la Semaine d'Information de la Santé Mentale (SISM).
 - Service civique/ auprès de jeunes enfants : expérience de 10 mois dans une ludosens (Bégles). Programme « Osons, ici et maintenant » pour des jeunes avec des troubles du comportement (TS, TDA, Asperger...) et démarrage d'actions de sensibilisation dans les écoles à partir de septembre.
 - Collectif à Libourne « Les semaines du vivre ensemble » : journées animées par le GEM ; mélange de populations, échanges, interventions dans les écoles auprès des jeunes pour faire évoluer les représentations sur la maladie psychique.
 - Les GEM qui sont à l'initiative de manifestations dans la ville : loisirs, animations culturelles pour tout public ... Ils sont un très bon vecteur de dé-stigmatisation des troubles psychiques (ex : GEM KIOSQUE 1^{er} qui propose un repas pour le 1^{er} de l'an, vif succès).
 - Les journées de Montallier, sur 3 jours à Saint Selve : effet positif car manifestation de qualité pour tout public.
 - L'outil « Porteurs de paroles » développé par l'IREPS Nouvelle Aquitaine. Dispositif pédagogique d'intervention de rue qui ouvre un débat public sur un thème choisi : installation de panneaux, témoignages puis échanges, réactions et formalisation de phrases consensuelles pour faire évoluer les représentations.

- Action « Duo Day » portée par l'ARS Nouvelle Aquitaine, pour les personnes en situation de handicap qui sont intégrées pendant une journée dans une entreprise pour dé-stigmatiser le regard.
- Journée mondiale de la schizophrénie : <https://schizinfo.com/>
- Les Conseils locaux de Santé Mentale en Gironde (CLSM) :
 - En cours de création : le CLSM du Sud Gironde ;
 - Existant : le CLSM de la ville de Bordeaux ;
 - En projet : les CLSM du grand Libournais et du Médoc.
- La Semaine d'Information de la Santé Mentale. Trois événements recensés en Gironde pour l'année 2018 mais un seul répertorié sur le site national des SISM <https://www.semaines-sante-mentale.fr/> :
 - Conférence débat proposée par l'UNAFAM ;
 - Action « Feel good campus » menée par l'espace santé étudiant de l'université en partenariat avec la MGEN et le CH Charles Perrens.
 - Formation en interne des salariés de la MGEN sur la santé mentale pour faire évoluer le regard. Animée et organisée par la direction et le médecin du travail.
- Les médias et la santé mentale :
 - Site PSYCHOM : guides et articles sur le traitement de l'information en santé mentale (en France et à l'étranger).
 - Mémo à l'usage des journalistes : Média et psychiatrie, conçu par l'association l'AJIR PSY (Association de Journalistes pour une Information Responsable en PSYchiatrie).
 - IJBA - Institut du journalisme Bordeaux Aquitaine : Mme LIPANI, maitre de conférences, mène un projet « Medias et psychiatrie ». Depuis 3 ans, dans le cadre du programme PAPAGENO (prévention du suicide), organisation d'un séminaire pour les étudiants en journalisme avec interventions de médecins psychiatres et professionnels de la santé mentale. Programme média de l'association « Stop suicide » : sensibiliser des rédactions via des rencontres avec des journalistes et un travail avec les écoles de journalistes.
- AFPSSU, Association française pour la santé scolaire et universitaire (site web et revue). Exemple de projets développés en milieu scolaire : <http://www.afpssu.com/>

Points forts

- Actions variées et positives auprès des élèves et des étudiants pour faire évoluer les représentations.
 - CLSM de Bordeaux, plan d'action en cours de finalisation. CLSM Sud Gironde, vient de se lancer.
 - Médias : retour positif des étudiants en journalisme sur l'intervention des psychiatres du programme PAPAGENO + constat que les médias tiennent généralement compte des recommandations de l'association genevoise « Stop suicide » en matière de communication : <https://stopsuicide.ch/>

Points faibles

- Être trop souvent dans « l'entre soi ». Lors de la Semaine d'information de la santé mentale :
 - beaucoup d'actions menées par différentes associations mais pas toujours connues à grande échelle ;
 - thématique annuelle des SISM parfois difficile à aborder par manque de compétences internes ou choix d'un thème trop spécifique ;
 - des actions qui mobilisent souvent des personnes déjà sensibilisées.
- Les interventions réalisées dans le cadre du programme PAPAGENO à l'IJBA : effet positif mais ciblé uniquement sur le suicide.

Ce qui manque

- La diffusion grand public pour faire connaître les animations menées lors des SISM ou hors SISM.
- Le Conseil Départemental de la Gironde souligne l'émergence de la question des troubles psychiatriques à intégrer davantage dans les actions de soutien à la parentalité.
- Nécessité d'intervenir précocement dans les formations initiales pour déconstruire dès le début les préjugés. Notamment, renforcer la sensibilisation des futurs journalistes à la santé mentale et aux troubles psychiques.
- Besoin de prendre en compte et d'agir également sur l'auto-stigmatisation.
- Une vigilance vis-à-vis des prestations qui stigmatisent (ex RQTH ; cercle vicieux).
- La formation des professionnels de santé et plus particulièrement les psychiatres, pour apprendre à répondre aux journalistes en cas de crise. Ces derniers travaillent toujours dans l'urgence. Il est important que les soignants le comprennent et acceptent de leur accorder rapidement un peu de temps pour répondre à leurs questions tout en leur apportant une réponse juste.

Pistes d'amélioration

- Former aux « Premiers secours en santé mentale ». Programme développé au niveau national par la fédération Santé Mentale France, l'INFIPP et l'UNAFAM. Action inscrite dans la feuille de route du Ministre de la Santé et reprise dans le CLSM de la ville de Bordeaux.
- Promouvoir sur les territoires de proximité des actions de sensibilisation grand public (films, soirées débats ...), notamment lors de la Semaine d'information en santé mentale (SISM).
- Suivre les recommandations en matière d'organisation de campagnes de lutte contre la stigmatisation en santé mentale (cf. documentation et recherche de l'IREPS Nouvelle Aquitaine) :
 - actions sur des petits groupes ciblés ;
 - échanges et partages d'expériences pour faire évoluer les représentations.
- Travailler la démarche « d'aller vers » et travailler dans la continuité pour la diffusion des informations.
- Diffuser un corpus de connaissances en matière de santé mentale pour optimiser l'harmonisation des pratiques professionnelles :

- Sensibiliser les médecins généralistes au handicap psychique ;
- Organiser des formations et des colloques mutualisés entre partenaires ;
- Développer une offre de formation adaptée aux besoins des acteurs locaux (élus, bailleurs sociaux, responsables d'associations, juges, avocats, journalistes...).
- Communication grand public : Initier un partenariat avec l'institut du journalisme Bordeaux Aquitaine (IJBA). Projet dans le cadre du CLSM de Bordeaux :
 - Lors du séminaire éthique 2019 de l'IJBA, organiser une intervention de 3 h pour sensibiliser les étudiants à la santé mentale et aux troubles psychiques ;
 - Années suivantes : réaliser une table ronde entre journalistes, psychiatres, usagers et représentants des usagers, dans le cadre de la formation des journalistes (Web TV de l'IJBA).

Dispositifs existants sur le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches

Le Projet Territorial de santé mentale s'appuie notamment sur les modalités suivantes :

- Développement de l'éducation thérapeutique du patient.
- Promotion de la co-construction avec la personne de son projet de soins et de vie.
- Promotion de l'expression des usagers, au niveau individuel et institutionnel (formation à la prise de parole, participation aux instances de gouvernance des établissements et aux instances de démocratie sanitaire).
- Prise en compte du savoir expérientiel des personnes et de leurs proches.
- Participation des usagers à l'évaluation de la qualité des soins et dans les accompagnements dans les services.

État des lieux de l'existant :

En Gironde, une part importante des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) est consacrée à la psychiatrie. Ainsi, le nombre de programmes girondins orientés vers la psychiatrie représente, pour l'ensemble de la région, près de la moitié de ces programmes spécialisés.

Programmes ETP autorisés dans les départements de la Nouvelle-Aquitaine selon les pathologies concernées au 1/01/2017 – Source : ARS Nouvelle-Aquitaine Réalisation : ORS Poitou-Charentes.

L'éducation thérapeutique du patient. 17 programmes existants en Gironde sur les maladies psychiatriques (cf. Site ARS NA/ programmes autorisés en NA + OSCARS / Plateforme ETHNA).

- CH Perrens : 6 programmes ETP + 2 ateliers éducation ciblée
- les troubles bipolaires
- Les troubles bipolaires pour les patients et leurs proches

- Mieux vivre avec la schizophrénie
- Schiz'aides
- L'atelier du médicament
- liberTH Cannabis
 - CH Cadillac : 6 programmes ETP en cours
- « parcours vers l'autonomie »
- « la schizophrénie, moi et les autres »
- « ma maladie bipolaire »
- « mangeons bien, vivons mieux ! »
- Moi et mon addiction »
 - CH Libourne : 1 programme validé, en cours de mise en place
 - Association Clefs en santé : 1 programme ETP (01/2017) pour des enfants avec un trouble déficit de l'attention (TDA) - avec ou sans hyperactivité, et pour leur entourage : programme expérimental à destination essentiellement d'enfants de 6 à 12 ans avec participation active des parents – aidants naturels.
 - CEID Barsac : un programme sur l'observance thérapeutique.
- Création par l'ARS de 4 Dispositifs d'Appui à la Coordination en ETP qui couvrent l'ensemble du territoire girondin pour promouvoir des missions d'accompagnement, d'espace ressource et de documentation en matière d'ETP sur un territoire défini.
- Depuis 2014, création au CHU d'une Unité Transversale d'Education Thérapeutique. Une 2nd UTEP est en cours de création dans le sud Gironde portée par le CH Sud Gironde.
- Organisation le 26/06/2018 à Bordeaux d'une journée régionale pour promouvoir et développer l'ETP en Ville (organisateur : DAC ETP 33 et 47 et ARS NA).
- *Journée CCECQA le 09/11/2018 dédiée à la question de l'évaluation en ETP.*
- Réseau français sur l'entente de voix (REV) : *« Le Réseau français sur l'entente de voix (REV France) s'inscrit dans le Mouvement international sur l'entente de voix qui est représenté par une vingtaine de réseaux nationaux de par le monde. Notre objectif est de promouvoir une approche des voix et des autres perceptions, expériences ou vécus inhabituels, respectueuse des personnes et de leur expertise. Nous considérons que le fait d'entendre des voix n'est pas, en soi, un symptôme de maladie mentale mais qu'il s'agit d'un phénomène porteur de sens pour les personnes concernées et que, pour ces raisons, il convient de prendre les voix en considération. »*
<http://revfrance.org/>
- Aide à la formalisation du projet de vie dont la rédaction n'est pas toujours facile :
 - Exemple d'un projet d'organisation de réunions collectives pour aider les personnes handicapées à écrire leur projet de vie (cf. dossier MDPH). Expérience initiée suite à un partage de pratiques entre travailleurs sociaux MDPH 33 et CLIC sud Gironde.

- Il existerait une prestation départementale appelée APV « aide au projet de vie ». Ex. l'association trisomie 21 apporte une assistance à la rédaction du projet de vie.
- En projet pour avril 2019 et porté par la CNSA : la formalisation d'un **nouveau dossier MDPH** qui sera centré sur la recherche de compensation à partir d'un recueil des difficultés /accès impossibles et/ou retentissements du handicap dans la vie quotidienne. Nouveau formulaire = IMPACT (20 pages au lieu de 10 – plus long à remplir mais plus concret car centré sur les besoins). Ce nouveau dossier a été élaboré avec les comités d'usagers ; une partie pourra être complétée par les aidants eux-mêmes.
Deux choix seront possibles : soit demander un droit particulier, soit lister un certain nombre de besoins et laisser la CDAPH faire des propositions d'offre de service en fonction des besoins identifiés.
- « MDPH en danger » : collectif d'associations sociales et médico-sociales qui s'est constitué pour soutenir la MDPH et qui maintenant se réunit 1 à 2 fois/an sous forme d'une journée pour échanger sur des pratiques innovantes ou porter de nouvelles actions. (Personne ressource : Me MONCOCUT, élue du département, vice-présidente en charge de l'autonomie, handicap et politique de l'âge).

Points forts

- Effets positifs des programmes ETP pour les bénéficiaires : augmentation des capacités à faire face aux crises, meilleure connaissance et gestion du traitement, communication facilitée avec les proches et les professionnels de santé (auto-évaluation).
- La rencontre des personnes malades avec des pairs aidants a des effets positifs sur la déstigmatisation et la prévention de l'isolement (évaluation ETP CH Cadillac).
- Projet réunions collectives pour l'aide à l'écriture du projet de vie : les personnes participantes se sont senties reconnues et ont pu mesurer l'intérêt du projet de vie pour l'évaluation du dossier.

Points faibles

- Concernant l'ETP
 - Les programmes ETP sont encore trop souvent hospitaliers // difficulté pour les petites structures qui ont peu de moyens et de compétences propres pour porter des programmes.
 - Difficulté pour accéder aux programmes du fait de la précarité de la population cible qui manque de moyens pour se déplacer, d'un manque de moyens de transport et de l'impossibilité de proposer des bons de transport de la Sécurité Sociale.
 - Orientation vers l'ETP encore limitée malgré une communication réalisée : proposer l'ETP n'est pas encore une pratique systématique chez les soignants.
 - File active faible.
 - Prise de conscience de certains traits douloureux de la maladie avec parfois, des manifestations d'angoisse => besoin de vigilance et de régulation (évaluation ETP CH Cadillac).
 - Difficulté pour les professionnels de se détacher de leur poste initial pour dispenser de l'ETP.
 - Défaut de temps dédié pour promouvoir l'ETP et de temps de coordination.
 - Effet clivant : sentiment de déposssession chez les professionnels « non éducateurs ».
- Concernant le projet de vie
 - Le nouveau dossier MDPH sera plus long : avoir une vigilance / complétude du projet de vie.

Ce qui manque

- Des programmes ETP en pédopsychiatrie.
- Une augmentation de l'offre de programmes ETP sur la ville. Penser la mobilité des équipes soignantes hospitalières et/ou soutenir les acteurs de ville promoteurs d'ETP.
- Besoin de temps dédié ETP et de coordination entre les DAC ETP et les UTEP.
- Faciliter l'accessibilité des programmes ETP aux patients avec peu de moyens pour se déplacer.
- Besoin de communiquer sur l'ETP pour favoriser les orientations par les médecins généralistes.

Pistes d'amélioration

- Développer sur la ville des programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) en renforçant la coordination entre les Maisons de Santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les ressources en santé mentale.
- Promouvoir des programmes ETP en pédopsychiatrie.
- Faciliter l'accessibilité des programmes ETP aux patients avec peu de moyens pour se déplacer.
- Déployer des ateliers d'aide à l'écriture du projet de vie sur les pôles accueil MDPH.
- Améliorer le niveau de « littératie en santé », déterminant de la santé, par la réalisation d'actions d'information et de formation en santé afin de permettre aux individus de prendre des décisions concernant leur santé (empowerment).
- Travailler au renforcement des compétences psycho-sociales (cf priorité 6).
- Soutenir les aidants :
 - Développer les actions de soutien et d'aide aux aidants ;
 - Faire connaître et promouvoir le nouveau métier de TC-APSA – Technicien Coordinateur de l'Aide-Psychosociale aux Aidants.

Dispositifs existants sur le développement des modalités de soutien par les pairs

Le projet territorial de santé mentale promeut le développement de modalités de soutien par les pairs et notamment le renforcement des Groupes d'Entraide Mutuelle conformément au cahier des charges de ces dispositifs fixé par l'arrêté du 18 mars 2016.

État des lieux de l'existant :

- Evolution vers des structures intermédiaires avec de nouvelles formes de socialisation :
 - Projets innovants en matière d'habitat inclusif :
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/articles/444/habitat-inclusif-handicap-nouvelle-aquitaine.pdf>
 - Le Centre Ressource Habitat de LADAPT Nouvelle-Aquitaine a organisé le jeudi 25 janvier un colloque "L'habitat inclusif des personnes en situation de handicap : état des lieux et perspectives" à Aquitaine Cap Métiers (Pessac).
- Les Groupements d'entraide mutuelle (GEM). Cf. carte des GEM : [http://www.psycom.org/Ou-s-adresser/Entraide/Groupes-d-entraide-mutuelle/Carte-des-GEM/\(language\)/fre-FR](http://www.psycom.org/Ou-s-adresser/Entraide/Groupes-d-entraide-mutuelle/Carte-des-GEM/(language)/fre-FR)
Nouveau GEM à Langon en cours d'installation au 01/09/2018.

- Deux « Médiateurs de santé / Pair » en Gironde (Association Rénovation et CH Cadillac).
Le Médiateur santé / Pair est une personne ayant recouru aux dispositifs de soins en santé mentale en tant qu'usagers-patients, ayant effectué un parcours de rétablissement et possédant un recul suffisant sur leurs propres parcours de soins afin de pouvoir travailler dans le domaine de la santé mentale, du médico-social. Un niveau bac+2 minimum est requis pour participer à la formation DU médiateur santé / Pair, niveau bac +3.

Projet développé par le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) Lille, expériences étrangères (au Québec ++), formation à l'université Paris13-UFR SMBH – 6 ARS dont l'ARS NA financent le projet.

Un colloque des médiateurs de santé/Pair a eu lieu en mars 2016 organisé par le Centre Hospitalier Charles Perrens, Rénovation, UNAFAM et l'ARS – temps d'informations et d'échanges autour du bilan de ce programme par ses expérimentateurs en France.

- Création d'un Club House en 2017 à Bordeaux
Définition : *Un clubhouse est un lieu de vie créé pour et avec des personnes fragilisées par les effets de troubles psychiques dans le but de faciliter leur socialisation et leur réinsertion professionnelle.*

Objet : *Améliorer la qualité de vie de personnes fragilisées par un handicap psychique.*

Le clubhouse, a pour objet d'offrir à des personnes adultes souffrant de troubles psychiques un lieu de vie. Il peut y retrouver des pairs pour parler librement dans une ambiance de compréhension, de participation et de partage amical.

Il existe en France diverses initiatives spécialisées complémentaires du clubhouse : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), Groupe d'Entraide Mutuelle (Gem) et Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT). L'originalité du clubhouse est triple :

- Offrir dans un lieu unique les services d'accompagnement indispensables
- Organiser la mixité de la gestion assurée conjointement par les malades et les salariés
- Promouvoir une insertion professionnelle innovante et adaptée dans des « emplois de transition »

Points forts

- Nouvelles formes de socialisation et innovation en matière d'habitat inclusif ;
- Journée de rencontre entre médiateurs santé pairs organisée par l'ARS NA ;
- Rencontre des médiateurs santé pairs lors de séminaires de formation à Paris.

Points faibles

- Isolement ressenti, car les médiateurs santé pairs sont seuls dans leur structure.
- Évocation de difficultés récurrentes face à des situations d'usagers atteints de troubles psychiques à des « niveaux » différents (patients en soins et patients en fin de soins : certains entendent parler de rétablissement et d'autres non (ex au CH Cadillac avec 80 % des personnes hospitalisées « dans les murs », hospitalisées sous contraintes).

Ce qui manque

- Besoin de soutien et de reconnaissance par la hiérarchie dans les établissements employeurs, et par la rencontre avec d'autres médiateurs santé pairs.
- DiAir - Délégation interministérielle à l'accueil et à l'intégration des réfugiés - <http://accueil-integration-refugies.fr/> : « Pair aide : rien n'est plus parlant pour une personne réfugiée que le parcours et la réussite d'une personne ayant traversée des épreuves comparables. C'est pourquoi, je souhaite développer le parrainage de réfugié à réfugié pour accompagner et redonner espoir. C'est aussi et surtout pouvoir profiter de la proximité linguistique qui peut s'établir, proximité qui permet de donner de la confiance dans les échanges. Le per-interprétariat est à développer dans tous les territoires. »

Pistes d'amélioration

- Valoriser le travail des médiateurs de santé/ Pair pour leur apporter soutien et reconnaissance institutionnelle :
 - Prévoir le financement de leur formation.
 - Communiquer sur leur rôle et leurs missions.
 - Favoriser les espaces d'échanges et de co-construction entre médiateurs santé / Pair.
- Poursuivre le développement des dispositifs de pair-aide tout public avec une attention particulière pour les personnes réfugiées (cf. missions de la DiAir).

[Dispositifs existants concernant l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives des personnes ayant des troubles psychiques à travers des activités de type bénévolat, engagement associatif, activités d'utilité sociale, service civique, adhésion à un GEM \(Groupe d'Entraide Mutuelle\), pratiques artistiques, sportives, intellectuelles, culturelles.](#)

Les vacances adaptées

- Le Conseil National des Loisirs et du Tourisme Adaptés (CNLTA). Il regroupe autour de sa charte de qualité des organismes accompagnant les personnes en situation de handicap au quotidien et des organisations de vacances adaptées.
- La Fédération Santé Mentale France (issue de la fusion de la FASM Croix-Marine et de la Fédération AGAPSY), dans le cadre de son programme d'Aide aux Projets Vacances (APV) développés en partenariat avec l'Agence Nationale pour les Chèques-Vacances (ANCV), a pour objectif de faciliter le départ des personnes en situation de handicap psychique et / ou souffrant d'une affection psychiatrique de longue durée, accompagnées par les associations spécialisées ou par des établissements de santé mentale du réseau.
- La CLE des sables. L'association, basée en Gironde à Aillas a pour but de proposer des séjours adaptés en France et à l'étranger, à des adultes souffrant de troubles psychiques. Chaque séjour est encadré par des professionnels diplômés : infirmiers, éducateurs spécialisés, animateurs

socioculturels, moniteurs éducateurs... ayant une expérience significative dans le champ du handicap ou de la santé mentale.

- Les séjours organisés par les adhérents des Clubs de l'association Espoir 33
- Vacances handicap UFCV

Le sport adapté

- Il s'adresse aux personnes en situation de handicap mental et/ou psychique. Le Comité Départemental du Sport Adapté en Gironde (CDSA33), membre de la Fédération Française de Sport Adapté (FFSA) a développé une plateforme « Sports et troubles psychiques ». Avec l'appui de structures hospitalières (CH Charles Perrens, CH Cadillac) et médico-sociales (CRPS La Tour de Gassies, Rénovation) et de clubs organisateurs d'activités adaptées (Sport Athlétique Mérignacais, Entente Sportive Bruges, Les Gringalets, Union St-Bruno), cette plateforme propose un accueil et un accompagnement personnalisés, une offre de pratique diversifiée et adaptée, un tarif unique et une licence multi-clubs. Site internet www.cdsa33.org

Les associations culturelles

- Association Cultures du Cœur Gironde
- Persona
- Les Arts Festifs
- Les journées de juillet de Montalier
- Entracte de Cadillac
- <http://cultureaccessible.gironde.fr>
- <http://www.gihp-aquitaine.fr>
- Le Bistrot associatif et le Théâtre Artisse
- Convention régionale (ARS sur Culture Santé : Béatrice Maisonnave)
- Le pôle Culture santé : mission de formation, d'accompagnement des acteurs Santé et Culture (pour développer projets), et laboratoire d'expérimentation (voir leur site culture-sante-aquitaine.com/Organisation à but non lucratif ayant pour mission de favoriser les échanges et les partenariats entre les mondes de la *santé* et de la *culture*.)
- Les Pôles culture des Établissements Hospitaliers
 - Gabriel OKOUNDJI gokoundji@ch-perrens.fr (délégué culture CH Perrens) et la coordinatrice Stephanie GONZALEZ sgonzalez@ch-perrens.fr
 - RENAUD Lucile Michel.ALLEMANDOU@ch-cadillac.fr la coordinatrice culturelle du CHU
 - ALLEMANDOU Michel pour le HP de Cadillac

- Des politiques départementales : appel à projet pour jumelage sur 2 ans entre établissements médico-sociaux et structures culturelles (DRAC et ARS partenaires) : dispositif l'un est l'autre du CD 33 dans ce cadre, très beau projet à la MAS de Mérignac sur création d'un jardin sensoriel)

- **7 GEM**

ème

- Bordeaux : le GEM Grain de Café (parrain Rénovation, gestionnaire ARI-ASAÎS), le GEM 7 Café (parrain Espoir 33), le GEM Réseau Paul Bert (parrain le Centre Social éponyme), le GEM Les Neurofestifs 33 (pour les personnes cérébro-lésées. Parrain AFTC Gironde)
- Talence le GEM Métamorphose (Troubles bipolaires et autres troubles) – Cadillac : le GEM Entre Acte,
- Libourne : le GEM Le Kiosque 12 (personnes en situation de fragilité sociale pour toutes causes)
- Lesparre-Médoc le GEM Oxygem (parrain Espoir 33)
- Saint André de Cubzac : le GEM En Parallèle 2 (personnes en isolement social pour toutes causes, parrain AMSAD Haute Gironde)

- **3 clubs**

Les Clubs Delord et Mozart à Bordeaux et le Club Gambetta à Cenon ont pour objectif de lutter contre les trois facteurs d'échec de réinsertion sociale des personnes en souffrance psychique : l'isolement, la solitude, l'inactivité, l'absence de participation à la vie sociale, la fragilité : il s'agit d'exercer une vigilance quant à la continuité des soins, aux problèmes d'addictologie, ainsi qu'à la situation sociale de chaque personne.

- **L'ASPEC**, auto-école sociale, a pour objectif de permettre à des personnes jeunes ou adultes, présentant des difficultés sociales ou des handicaps, d'obtenir le permis de conduire, préalable souvent indispensable à leur insertion sociale et professionnelle.

Pistes d'amélioration

- Améliorer la communication de l'existant et développer les initiatives à l'ensemble du territoire.
- Développer le concept de l'Auto-école sociale (ASPEC) sur les territoires ruraux.

[Dispositifs existants concernant les modalités permettant d'assurer le soutien nécessaire aux familles et proches aidants afin qu'ils puissent exercer leur rôle d'accompagnants de proximité tout en préservant leur propre santé.](#)

Les associations de patients ou d'usagers

Sont présents ou représentés en Gironde :

- AFTOC/ Association Française de personnes souffrant de Troubles Obsessionnels Compulsifs
Contact : aftocaquitaine@aftoc.org
- ARGOS 2001/ Aide aux personnes souffrant de troubles bipolaires et à leurs proches.

- Advocacy France. Animation d'un mouvement d'action des usagers de santé mentale.
- Réseau français sur l'entente des voix. Un groupe existe à Bordeaux
Contact : bordeaux33@revfrance.org
- Mediagora Bordeaux. Personnes souffrant de phobies et d'anxiété handicapante
Contact via le site www.mediagoras.fr ou au Bistrot Associatif 6 rue Ausone à Bordeaux.
- Psy'hope Troubles bipolaires et/ou dépressifs et tous les troubles associés.
Contact via le site Internet : associationpsyhope.blogspot.fr
- Réseau d'entendeurs de voix (REV) <http://revfrance.org/>
- Association REPIT affiliée à l'UNAFAM.

L'organisation du soutien aux familles et aux proches aidants sur le territoire

- Consultation Familles sans patient à l'hôpital Charles Perrens.
- Groupes familles également à l'hôpital Charles Perrens.
- « La schizophrénie, moi et mes proches », destiné à l'entourage des personnes présentant des troubles psychiatriques (C2RP Aquitaine Sud).
- Groupes familles à Rénovation.
- Des groupes de parole et psychoéducation existent aussi dans certains hôpitaux de jour, C.M.P, pôles de psychiatrie en Gironde.
- L'UNAFAM anime avec des psychologues cliniciens, 6 groupes de parole à Bordeaux, Libourne et Toulonne (un nouveau est en cours de constitution sur le Bassin d'Arcachon), des ateliers d'entraide PROSPECT et des journées d'information sur les troubles psychiques coanimées par un psychologue et une bénévole. Ces actions complètent les nombreux accueils (téléphoniques et physiques) que l'UNAFAM anime dans divers lieux du département.

Pistes d'amélioration

- Sensibiliser les soignants en psychiatrie (Hôpitaux, Cliniques, CMP, psychiatres de ville et autres structures de soin ou d'accompagnement) à l'orientation des familles vers les associations d'aide.

IV - Éléments de synthèse du diagnostic partagé de la gironde selon les 6 priorités du PTSM



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

Priorité 1 Axe 1 – L'organisation de la sensibilisation des acteurs au repérage des signes d'alerte

Les constats

- Des structures de repérage pas assez connues (missions, types de publics) et/ou pas assez articulées entre elles et/ou manquant de moyens.
- Des professionnels de première ligne isolés et qui ne trouvent pas suffisamment de relais pour orienter après repérage.
- Des secteurs, comme le monde du travail, qui ne sont pas suffisamment sensibilisés au repérage.
- Le grand public n'est pas sensibilisé.
- la médecine du travail peut effectuer des orientations pour un suivi psychiatrique ou autres en cas de signe d'alerte mais utilise peu cette possibilité
- connaissance/visibilité/communication par rapport à l'offre existante
- manque de formation et d'informations des partenaires non spécialisés pour repérer des signes d'alerte par rapport aux troubles psychiatriques

Des pistes d'amélioration

- **Répertorier** l'offre de repérage des structures existantes par un document de synthèse (missions, types de publics, liens partenariaux), à communiquer à tous les partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires, voire entreprises et grand public (communication par ARS ?).
- **Sensibiliser et former :**
 - Le grand public : expérimenter l'action « Premiers secours en santé mentale »
 - En matière de prévention du risque suicidaire :
 - x Médecine générale : mieux former les internes ; former des MG et labelliser un réseau.
 - x Étendre le nombre de sentinelles formées dans tous les secteurs d'activité.
- **Articuler repérage et prise en charge**
 - Actions généralistes :
 - x En accord avec les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) Santé mentale, Contrats Locaux de Santé (CLS), Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), création d'équipes mobiles de pédopsychiatrie, intervenant dans les écoles (auprès enseignants et familles), pour repérage, prévention et orientations.
 - Périnatalité :
 - x Grille de repérage à construire par réseau de périnatalité, incluant troubles psychiques.

- Petite enfance et adolescence :
 - x Mieux structurer les partages d'information entre PMI, crèches, EN et secteurs de pédopsychiatrie.
 - x Renforcer l'implantation territoriale de la Maison des Adolescents afin de développer ses actions de sensibilisation (établissements scolaires, missions locales, services et établissements sociaux, etc.).
 - En matière de prévention du risque suicidaire :
 - x Mise en place d'un dispositif type Vigilans (déploiement en cours en Gironde).
 - x Déployer et animer un réseau de coordinateurs territoriaux, référents des sentinelles.
 - Vers le monde du travail :
 - x Étendre les bilans santé (CPAM) à des bilans psychiques.
 - x Interventions secteurs de psychiatrie à pôle emploi.
- ✓ Existence du groupe nouveau né vulnérable, au départ pour les prématurés, dans le réseau Périnat Nouvelle Aquitaine. Élaboration en cours au niveau de la région d'un outil de dépistage des vulnérabilités maternelles et périnatales (santé mentale, addictions, violence, précarité...). En parallèle, mise en place d'un parcours de soin à suivre, avec entretien prénatal précoce, staff ... ; harmonisation des partenaires avec un cahier de suivi.

Priorité 1 Axe 2 – L'organisation d'un partenariat entre la psychiatrie et les médecins généralistes

Les constats

- Les médecins généralistes recourent aux orientations via les urgences, en raison des délais d'admission en CMP.
- L'augmentation continue de la population générale rend complexe la mission des CMP embolisés.

Des pistes d'amélioration

- Mettre en place un dispositif de soins mieux partagé : étendre PAACO à la psychiatrie.
- Créer un numéro d'appel psychiatrie (enfants/ adultes) identifié pour les médecins généralistes.
- Le numéro unique à l'attention des professionnels serait un bon outil, mais préciser s'il permettra une prise en charge plus rapide et des conseils d'accompagnement.

Priorité 1 Axe 3 – L'organisation de l'accès au diagnostic et au suivi psychiatrique

Les constats

- Des acteurs du repérage, diagnostic et suivi, pas toujours bien différenciés.
- L'embolisation des CMP qui ont des missions de bilan-diagnostic mais aussi de suivi, et rencontrent des difficultés pour « aller vers ».
- Des équipes mobiles de psychiatrie en développement sur les territoires de la Gironde.
- La difficulté pour recruter certaines spécialités (médecins psychiatres, orthophonistes...).
- accessibilité aux soins : délais, transports, pour adolescents et jeunes adultes.
Ex : CMPEA de Haute Gironde : au vu des délais pour une consultation, saisine directe de la MDPH, risque de stigmatisation de la personne.
- Le relais post repérage, engorgement des CMP notamment en milieu rural.
- Le non recours aux soins : freins psychologiques, de mobilité, financiers...
- Spécificité du public migrant, non réductible à la précarité, au psychotraumatisme ou à la traduction, manque de recours en pédopsychiatrie.
- La barrière de la langue : difficulté pour mettre en place un suivi adapté pour le patient et le professionnel de santé.
- Besoin d'évaluation psychiatrique à domicile pour les personnes faisant l'objet d'un signalement (voisins, familles, bailleurs sociaux, ARS...) et refusant le contact.

Des pistes d'amélioration

- Mieux différencier les opérateurs du repérage, ceux du diagnostic et du suivi (MDA, équipes mobiles ressources, CMPP, CMP, CAMSP...).
- Déployer l'expérimentation des consultations en secteur libéral psychologues remboursées.
- En accord avec les GCS Santé mentale, CLS, CLSM, développer les équipes mobiles spécialisées.
- Développer les CLSM sur l'ensemble du territoire.
- Des pistes spécifiques :
 - CMPP
 - x Mise en place d'un staff pluridisciplinaire qui étudie la liste d'attente et priorise les RDV.
 - x Développement des compétences diagnostics pour les TSA, ainsi que l'accompagnement et le diagnostic des troubles DYS.
 - x Ouvrir des antennes mais problèmes de recrutement (orthophonistes et pédopsychiatres).
 - x « Aller vers l'École », adressage via le RASED.
 - CMPEA
 - x Coordonnateur de parcours diagnostic en expérimentation sur le CRA.

- x Délégation de tâches aux infirmier·e·s pour le premier accueil (loi HPST article 51) qui permet une priorisation des demandes et une première réponse (mais décret reporté pour la psychiatrie).
- CAMSP
 - x Priorisation des RDV avec une check-list à disposition de la secrétaire.
 - x Mise en place d'une commission de 1er RDV.
 - x Affinement des critères de reconnaissance du handicap.
 - x Mise en place d'un accueil paramédical (en binôme) qui permet une évaluation de la pertinence de l'orientation CAMSP et proposition éventuelle d'aides complémentaires en attendant la 1^{re} consultation.
- Conserver des moyens pour la prise en charge, ne pas tout concentrer sur le diagnostic ; articulation repérage/ prise en charge.
- Coordonner les annonces du diagnostic entre structures psychiatriques.

Priorité 1 Axe 4 – L'organisation de l'accès aux expertises existant au niveau régional ou national

Les constats

- De nombreuses structures expertes... mais pas toujours bien identifiées.
- Dans les CMP et le réseau libéral, les psychologues constituent une ressource qui gagnerait à être mieux intégrée ; non accès direct aux psychologues.

Pistes d'améliorations

- Communiquer sur les ressources existantes pour les faire connaître.
- Proposition de changer de lexique « centre expert » en « centres de ressources » venant en appui des équipes locales pour une proposition thérapeutique.
- Pour la PJJ, manque de moyens en médecin-psychiatre régional.
- Élargir l'expérimentation des consultations psychologues remboursées ?

Priorité 1 Axe 5 – L'organisation des accompagnements sociaux et médico-sociaux

Les constats

- Des personnes en situation de handicap sans solution d'accompagnement.
- Pour les jeunes placés sous main de justice (PJJ), manque de continuité dans les suivis sanitaires généralistes et spécialistes.
- Risque d'empilement des structures de coordination (PTA, PCPE...)
- Difficulté pour les structures d'accueil d'urgence de type centre départemental de l'enfance pour être en lien avec les structures de suivi psychiatrique en dehors des situations critiques.

Pistes d'amélioration

- Développer le dispositif « réponse accompagnée pour tous » à l'ensemble du territoire (notamment par les PCPE – Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées « Autisme » et « Situations complexes »).

Priorité 1 Axe 6 – L'organisation du partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux

Les constats

- Manque de relais vers le soin pour les établissements sociaux et PJJ.
- Des notions divergentes quant à la prise en charge des troubles psychiques clastiques.
- De nombreux travaux menés par les schémas des pouvoirs publics.
- Manque de liens entre le secteur de la protection judiciaire de la jeunesse (secteur social) et les soins et la continuité des soins.
- Une prise en charge compliquée et longue au niveau des soins pour les victimes de psycho-traumatismes.
- Rupture des parcours/cloisonnement des acteurs.
- Partager /mutualiser les outils, les moyens.
- Manque de relais en post aigu.

Pistes d'améliorations

- Créer une ou plusieurs équipes mobiles ressources (EMR) réunissant des moyens médico-sociaux et psychiatriques, dédiées à l'expertise de situations complexes rencontrées par les établissements sociaux (ASE, PJJ) ou médico-sociaux : missions d'évaluation, de conseil aux équipes, voire d'orientation vers un service mutualisé d'accueil temporaire, lieu de répit et d'élaboration d'un nouveau projet.
- valoriser, généraliser, harmoniser et d'évaluer les GCLSM (Groupements de Coopération Locaux en Santé Mentale) sur l'ensemble des CMP du territoire girondin.
- Développer la télémédecine pour le lien psychiatrie-médico-social (EHPAD, ITEP, IME, etc.) prioritairement hors métropole, en formant les professionnels à ces nouvelles pratiques.
- Travail en amont avec l'ensemble des partenaires et étayer davantage entre les domaines du social/santé/insertion (ex : missions locales ; DU « adolescents difficiles »).
- Équipes mobiles d'évaluation (type IDE) ressources « aller vers » pouvant accompagner les professionnels notamment ASE et PJJ; lien avec le numéro unique (accessible pas uniquement aux médecins car manque de médecin traitant dans certains secteurs, accès par des travailleurs sociaux)
- Développer des « chantiers » de partage d'expérience.

Ce qu'il faut retenir de la priorité 1

- ✓ La place primordiale du médecin de premier recours dans le repérage précoce, et la nécessité de lui apporter des soutiens (réponse, orientation, coordination...).
- ✓ Des ressources de repérage variées, mais des missions insuffisamment connues et médiatisées, et un maillage territorial trop partiel, à coordonner.
- ✓ L'accroissement de la population du Département, et les flux Métropole / zones rurales.
- ✓ Un manque d'« aller vers » pour certains âges de la vie (petite enfance, adolescence, vieillissement) et sur certains secteurs prioritaires ruraux (Blayais, Médoc ++).
- ✓ Un dispositif ambulatoire de psychiatrie saturé, ce qui ne permet plus d'avoir un accès rapide aux prises en charge...
- ✓ ... une augmentation relative des files actives, en lien avec un manque d'effectifs mais aussi une complexification des situations, d'où une augmentation de la file active aux urgences.
- ✓ ...Et donc des discontinuités de parcours, et des recours évitables aux urgences.
- ✓ Toutes les conséquences des évolutions démographiques sur l'accompagnement en santé mentale doivent être examinées (par exemple, impact sur le nombre de structures d'accueil de la petite enfance sur Bordeaux Métropole, ou impact des déplacements de publics plus précaires sur les confins du Département...).



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

Priorité 2 Axe 1 – L'organisation d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité

Les constats

- Une répartition des SAMSAH sur le territoire girondin surtout déployés sur Bordeaux et Métropole.
- Problème de temporalité dans les débuts de PEC, car les prises en charge SAMSAH sont limitées dans le temps.
- Articulation et missions des SAMSAH et SAVS à préciser.
- Cloisonnement des prises en charge qui deviennent inadaptées aux besoins des personnes du fait du régime des autorisations et des financements.
- Les certificats médicaux pour les dossiers MDPH remplis par les médecins généralistes ne sont pas suffisamment détaillés sur le retentissement de la vie quotidienne.
- Insuffisance dans la communication des informations utiles à la fluidité des parcours.
- Les structures d'hospitalisation sanitaires privées sont essentiellement concentrées sur la Métropole Bordelaise.
- Les médecins psychiatres libéraux du territoire sont essentiellement installés sur la Métropole bordelaise et sont pour la plupart conventionnés en secteur 2. De ce fait, les personnes souffrant de troubles psychiques modérés ont souvent recours à la psychiatrie publique avec pour effet de saturer la capacité d'accueil et d'augmenter les délais de prise en soin des CMP et une saturation des structures de recours de soins hospitaliers.

Pistes d'amélioration

- Augmenter les places de SAMSAH et les répartir sur le territoire sans être au détriment des places d'hospitalisation.
- Développement des gestionnaires de cas ou case manager pour les patients présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée à l'instar de ce qui a été mis en œuvre dans le cadre des MAIA.
- Élargir le dispositif d'accueil non programmé des patients connus des structures de soins publiques aux structures de soins privés.
- Déployer un dispositif territorial de télémédecine en psychiatrie.

- Renforcer le partenariat et la formation des médecins généralistes aux suivis somatiques des patients présentant des troubles psychiques graves.
- Renforcer la place des pairs aidants.
- Renforcer les principes de rétablissement et d'empowerment.
- Généralisation des directives anticipées de soins.
- Renforcer le rôle central de la MDPH dans la coordination.
- Disposer d'outils commun d'évaluation.

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

Les constats

- Problème du relai avec les libéraux : déserts médicaux sur certains territoires.
- Question des jeunes, des étudiants ... de plus en plus d'étudiants avec des problèmes psy lourds
=> également des + jeunes/ scolarisation
- Les jeunes adultes ont besoin de structures spécifiques + légères notamment en début de prise en charge, suivi assez « souple » / entrée dans la maladie pour les jeunes adultes (18-20 ans); ils ont aussi besoin d'être ensemble.
- – Ex : hôpitaux de jour (ex celui du Parc à Bx mais seulement jusqu'à 16-17 ans et après ??)
- Pass'Mirail : positif mais problème de la suite, quelle orientation ? on retrouve les mêmes problématiques + problème lien/ possibilité de suivi de scolarité => voir CATTTP jeunes
- + Problème de l'éloignement géographique
- Également problème des jeunes en errance.

Pistes d'amélioration

- Développer des dispositifs type Pass'mirail ; lieu assez souple en termes d'accueil mais avec un appui/ consultation pour prévenir et gérer des crises / des dispositifs existent ailleurs sur certaines pathologies, mais il faudrait les ouvrir à tous.
- Donner une mission de réhabilitation dans les FAM (lieu de vie).
- Développer l'offre réhabilitation de proximité ++ sur tout le territoire (Hôpitaux de jour, CMP...).
- Former les acteurs de proximité du territoire aux pratiques de réhabilitation psychosociales (éducation thérapeutique, remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales).
- Création de CHRS pour jeunes majeurs avec équipe médico-sociale, sanitaire et éducative.

Priorité 2 Axe 3 – L'organisation du maintien dans le logement ou de l'accès au logement

Les constats

- La répartition de l'offre de logement et d'hébergement est essentiellement située sur la Métropole bordelaise.
- Peu de structures dans le Médoc.
- L'offre au logement (dont le parc social représente 20%) est saturée sur Bordeaux.
- Précarité importante notamment dans le centre-ville (personnes sans domicile, squats, hébergement chez des tiers y compris chez les jeunes).
- Difficultés d'accès au logement des étudiants et des jeunes sortants des dispositifs d'aide à l'enfance.
- Manque de places en FAM pour les personnes présentant un handicap psychique.
- Un an d'attente pour obtenir une place en Maison Relais.

Pistes d'amélioration

- Mettre en œuvre l'habitat inclusif en développant une palette d'accompagnements adaptés aux problématiques des personnes en :
 - Élargissant le dispositif « *Un chez soi d'abord !* » à l'ensemble du territoire.
 - Développant les solutions de logement accompagné.
 - Répondant aux situations critiques auprès de locataires, de bailleurs HLM, en situation de souffrance psychique, très isolés, en rupture de droits, voire créant des troubles importants du voisinage.
- Développer les logements accompagnés, augmenter les places de SAVS et SAMSAH sur la Métropole et les développer sur le reste du territoire.
- Développer et exporter le dispositif « équipe bailleur sociaux » (équipe mobile).
- Augmentation du nombre de places en FAM pour le handicap psychique grave (sous-dotation en Gironde).

Priorité 2 axe 4 – L'organisation du maintien dans l'emploi ou de l'accès à l'emploi

Les constats

- Les réponses sont soit institutionnelles (ESAT), soit ponctuelles et fractionnées (OPS, PPS handicap psychique). Elles ne permettent pas un accompagnement durable vers et en emploi.

Pistes d'amélioration

- Déployer un dispositif d'Emploi Accompagné sous la forme d'un guichet unique départemental.

- Lever les freins d'accès à l'emploi et les discriminations que connaissent les personnes en situation de handicap psychique.
- Proposer un soutien dans l'emploi aux personnes et aux employeurs afin d'optimiser la pérennisation de l'emploi.
- Limiter la démobilitation de certaines personnes lors de parcours d'insertion jugés longs.
- Identifier les conditions de réussite de cette modalité d'accompagnement.
- Améliorer le partenariat avec le sanitaire, le médico-social, le social, la CPAM et les médecins du travail.

Priorité 2 Axe 5 – L'organisation du maintien ou de l'accès à la scolarisation et aux études

Pistes d'amélioration

- Diversifier les modalités d'accompagnement.
- Augmenter le nombre d'AESH.
- Formation, et accompagner les enseignants (régulations ?).
- Augmenter le nombre d'élèves en classe ULIS tout en limitant le nombre d'élèves dans les classes accueillant ces élèves.
- Améliorer le travail en réseau entre le sanitaire et l'éducation nationale.
- Renforcement de la médecine scolaire. Extension du dispositif Espace Santé Étudiant au milieu scolaire ? Possibilité de Permanences psy ?

Priorité 2 Axe 6 – L'organisation de l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives

Pistes d'amélioration

- Développer la communication de ces organismes.
- Développer le principe de l'offre existante à Bordeaux sur tout le territoire.
- Développer le concept de l'Auto-école sociale (ASPEC don Bosco a Gradignan ou Alpaje dans les Pyrénées) sur les territoires ruraux.

Priorité 2 Axe 7 – L'organisation du soutien aux familles et aux proches aidants

Pistes d'amélioration

- Améliorer la connaissance (public et libéraux) des structures associatives et sensibiliser les soignants en psychiatrie (Hôpitaux, Cliniques, CMP, psychiatres de ville et autres structures de soin ou d'accompagnement) à l'orientation des familles vers les associations d'aide.

- Renforcer les moyens humains notamment dans les CMP, pour améliorer le suivi et développer « l'aller vers » .
- Renforcer l'information et la formation des intervenants professionnels amenés à rencontrer des personnes malades psychiques (bailleurs sociaux ou privés, police, gendarmerie, pompiers, justice, services d'accompagnement ...).
- Favoriser l'alliance thérapeutique patient-soignant-famille ou proche, en associant les familles aux programmes de réhabilitation psycho-sociale : (Éducation thérapeutique, psycho éducation ...).
- Créer des accueils temporaires dans les structures médico-sociales pour proposer des séjours de rupture quand la situation le nécessite et permettre aux familles de souffler.
- Développer les Maisons relais pour passer de la famille à la vie autonome.
- Un projet d'accompagnement (inscrit dans la loi de 2005) pour un « *parcours sans rupture* », notamment lors de la sortie d'hospitalisation, avec la présence d'un référent de parcours.
- Une orientation systématique de l'entourage des personnes vivant avec des troubles psychiques vers les associations de familles.
- La promotion, dès le début de la maladie, de la préservation du potentiel du patient en favorisant l'accès vers les soins de réhabilitation (remédiation cognitive, réhabilitation psychosociale, entraînement des compétences sociales, éducation thérapeutique du patient, etc.).
- Obtention d'un statut des aidants familiaux et des proches aidants.

Ce qu'il faut retenir de la priorité 2

Le groupe de travail a identifié que les ruptures de parcours sont fréquentes :

- En fonction avec des catégories d'âge et donc des catégories de réponse : passage de l'adolescence à l'âge adulte et de l'âge adulte vers le troisième âge.
- En fonction du lieu de prise en charge : passage du sanitaire au médico-social, du médico-social au social, du social au sanitaire.
- En lien avec les déplacements géographiques des patients de leur cadre de vie habituel : forte attractivité de Bordeaux et de la Métropole, grande précarité. Ces déplacements font souvent l'objet de rupture (avec les soins, l'entourage, les aidants etc).

Les structures d'accueil sociales et médico-sociales sont essentiellement situées à Bordeaux et sur la Métropole.

La nécessité de déployer un dispositif territorial de télémédecine en psychiatrie.



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

Au-delà du parcours de santé et de vie des personnes présentant des troubles ou une souffrance psychiques, le projet territorial de santé mentale s'attelle donc à promouvoir les conditions d'une bonne santé mentale dans l'ensemble de la population, par des actions sur les milieux de vie et les facteurs de risque, et par le renforcement des capacités des individus à développer une santé mentale positive.

Le projet territorial de santé mentale mobilise à ce titre les acteurs du champ de l'éducation, de la famille, du logement, du travail, des transports, de la justice ou encore de la protection sociale.

Priorité 3 Axe 1 – Le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premiers recours, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé.

Dispositifs existants concernant les modalités permettant aux professionnels de la psychiatrie de s'assurer que les patients qu'ils suivent disposent d'un médecin généraliste identifié. Un échange réciproque d'information, dans le respect du libre choix du patient, permet d'assurer la coordination des soins somatiques et psychiatriques. Lorsque la personne fait l'objet d'un accompagnement par un ESMS, le médecin de l'ESMS devra utilement être associé à cette coordination.

Note de cadrage HAS en date du 23 avril 2015 « Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux ».

Charte Médecine générale et psychiatrie de secteur .

Professionnels de proximité : Pharmacien, médecins généralistes, IDE.

Points faibles/ existant

- Nombre élevé de personnes présentant des troubles psychiques non suivis par un médecin traitant.
- Suivi ponctuel réalisé par SOS médecin.
- Identification élevée du médecin psychiatre comme le médecin traitant par le patient.
- Défaut d'accès aux soins somatiques généralistes et spécialisés (dont bucco dentaires).
- Manque de lisibilité sur les actions de prévention pour les médecins généralistes.

Ce qui manque

- Échanges bilatéraux entre médecin généraliste et professionnels de la psychiatrie dans le parcours somatique du patient atteint de troubles psychiques.
- Défaut de sensibilisation lors de la formation universitaire.
- Coordination et communication entre ces professionnels.
- Absence d'un système d'information partagée interopérable avec les logiciels métiers actuels utilisés par les différentes structures.
- Manque de coordination avec la médecine de ville.

Pistes d'amélioration

- Accompagner les patients vers l'accès à un médecin traitant :
- Cibler les patients venant dans les CMP ou en hospitalisation sans médecin traitant (repérage)
- Cibler les patients en ALD en rupture de parcours
 - Convention en cours d'élaboration entre l'université et les ESMS pour accueillir en stage infirmier les étudiants en 2^{ème} année de médecine
 - Sensibiliser à la prise en charge somatique des personnes atteintes de troubles psychiques ou de handicap lors des études de médecine générale.
- Un DU pourrait venir conforter ces connaissances.
- Étudier la possibilité d'accueillir en stage des externes et des internes en médecine générale dans des ESMS (rencontre du directeur du département de médecine générale à organiser)
 - Expérimenter le dispositif Ville Hôpital (CHU) au sein des établissements psychiatriques du département
 - Expérimenter la plateforme PAACO (groupe de travail)
 - Clarifier les conditions d'échange et de partage d'informations (mémo juridique)
 - Sécuriser et développer un système d'information partagée en temps réel (messagerie sécurisée)
 - Développer les partenariats existants avec les maisons médicales
 - Sensibiliser dès la formation universitaire les médecins spécialistes à la prise en charge de patients en situation de handicap psychique (rencontrer le Pdt de l'Université et les Doyens)
 - Développer la télémédecine

Dispositifs existants concernant les Modalités de suivi conjoint des situations complexes

- Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)

Points forts/ existant

Plateforme Territoriale d'Appui : trois en cours de constitution (toute pathologie tout âge confondu)

- Sud Gironde
- Portes du Médoc (Mérignac Le Bouscat)
- Médoc

Ce qui manque

- 6 territoires sur 9 restent à développer.

Pistes d'amélioration

- Acquérir une gouvernance départementale cohérente (une PTA départementale).
- CLSM : mise en œuvre d'une commission des situations complexes dans les établissements psychiatriques.

Priorité 3 Axe 2 – L'organisation par les établissements de santé autorisés en MCO d'un accueil et d'un accompagnement adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques

Dispositifs existants concernant les modalités permettant aux établissements de santé autorisés en MCO d'adapter leur accueil et leurs prises en charge aux spécificités des personnes présentant des troubles psychiques (angoisses, déni, difficultés d'expression, difficultés à anticiper...), ainsi qu'à la

présence d'un accompagnant professionnel ou familial. Il promeut la formation des professionnels de ces établissements à l'accueil des patients en situation de handicap psychique, en particulier au sein des services d'urgence.

- Projet COSMOS (CCECQA) 2016.
- Amélioration de la prise en charge en établissement MCO de personnes porteuses de handicap et/ou atteintes de troubles psychiques – réalisation d'un patient traceur inter-établissements et d'un plan d'amélioration.
- MAS de Biganos (ADAPEI 33) – CH d'Arcachon.
- FAM de Bègles (ADAPEI 33) – Robert Picqué et HAD Bagatelle.
- Mieux connaître les spécificités de cette population, mieux connaître les contraintes hospitalières, mieux coordonner les prises en charge et la continuité de l'information, éviter le passage aux urgences.
- CH LIBOURNE : Existence d'une procédure d'accueil et de prise en charge du résident en structure accueillant des personnes en situation de handicap aux urgences, sous forme d'une convention de coopération relative au parcours de soins dans le cadre de l'urgence signée avec l'ADAPEI. Cette convention n'a pas été généralisée à d'autres structures. Elle concerne en revanche de nombreux EHPAD (urgence + entrée direct médecine G).
- CH BLAYE : convention ADAPEI 33/urgences.
- CH LANGON : à compléter.
- CHU BORDEAUX :
 - Équipe mobile psychiatrie aux urgences de SA ;
 - Équipe aux urgences pédiatriques.

Points faibles/ existant

- Pas de réseau installé.

Ce qui manque

- Circuit personnalisé.

Pistes d'amélioration

- Recourir davantage à l'HAD et poursuivre son développement sur le territoire.
- Élaborer une procédure d'accueil et de PEC du patient de psychiatrie aux urgences.
- Développer les soins de premier recours.
- Développer la télémédecine.
- Poursuivre la sensibilisation des professionnels hospitaliers à la prise en charge du handicap psychique.

Dispositifs existants concernant Les projets médicaux partagés (PMP) des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) contribuent à l'amélioration de cet accès au sein des établissements.

Projet médico soignant GHT

- Faciliter les parcours de soins somatiques pour les patients de psychiatrie (fiche 2.2).
- Création d'une plateforme de soins psychiatriques et somatiques (fiche 2.3).

Ce qui manque

- L'application guide HAS 2017.
- Formation des intervenants somatiques.
- La téléconsultation.

Pistes d'amélioration

- Identifier les filières pouvant faire l'objet de conventions spécifiques (neuro, pédiatrie, maternité, cardio, etc.).
- Identifier les filières pouvant faire l'objet de téléconsultations.

Dispositifs existants concernant l'identification et le développement de dispositifs de consultations dédiés aux personnes en situation de handicap, conformément aux dispositions de l'instruction DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015³⁵.

- Recensement offre de soins adaptés par le CRA.
- Équipe mobile du CRA.
- Déplacements de spécialistes hospitaliers au sein des établissements MS (Archipel, Mas de Tresses).
- Projet centre ressources handicap/santé Bagatelle.
- Projet télémédecine et handicap (GCS Rives de Garonne).
- CHU Bx : centre expert odontologie, service de génétique.

Points faibles/ existant

- Dispositifs peu développés.
- Limité au territoire du GCS.
- Ne couvre pas public mineur.

Ce qui manque

- Pas d'équivalents pour les enfants et adolescents.

Pistes d'amélioration

- Projet de la Maison de Santé de Bagatelles.

Démarrage prévu fin 2018 après calibrage du besoin et précisions des missions par l'ARS – ouverture complète du centre 2020 : 2 lits Hôpital de Jour (gynécologie, audiométrie, dentaire, accès au plateau d'imagerie/ activité programmée).

³⁵http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/11/cir_40249.pdf Ces dispositifs peuvent également être portés par d'autres acteurs de soins (centres de santé, acteurs libéraux...).

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

Dispositifs existants concernant les modalités permettant aux personnes hospitalisées en psychiatrie de bénéficier de soins somatiques généralistes et spécialisés, par la présence de médecins généralistes au sein des établissements psychiatriques et spécialisés.

- CH Cadillac (3 postes)
 - Site Lormont : vacations urgentistes Clinique rive droite
- CH Libourne : 0.5 ETP médecin somaticien sur le pôle psychiatrique + 0.2 ETP sur le FAM. La nuit et le week-end, possibilité de joindre un interne des urgences et de solliciter son intervention sur le site de Garderose.
- CH Charles Perrens : 2,1 ETP médicaux somatiques et 1 ETP infirmier dédié.

Points forts/ existant

- Les trois structures sanitaires psychiatriques offrent un regard somaticien sur le parcours de soins des patients souffrant d'un handicap psychique.

Ce qui manque

- Clinique D'Ornon (CH CADILLAC) : pas de couverture MG (en cours de discussion avec Bagatelle).

Pistes d'amélioration

- Poursuivre le développement de cette offre de soins au regard des besoins croissants.

Dispositifs existants concernant la mise en place de partenariats avec des services MCO et SSR pour l'accès aux soins et investigations

- Projet médico-soignant GHT
 - Faciliter les parcours de soins somatiques pour les patients de psychiatrie (fiche 2.2)
 - Création d'une plateforme de soins psychiatriques et somatiques (fiche 2.3)
- Projet COSMOS (CCECQA) 2016
- CH Cadillac/ CH Sud Gironde
 - Télémédecine : EEG avec CHU Bordeaux
 - Projet télémédecine et Handicap CH Cadillac/ CH Sud Gironde (en déploiement)

Ce qui manque

- Absence de mobilité des spécialistes dans les établissements psychiatriques.

Pistes d'amélioration

- Développer des équipes mobiles à l'instar des équipes mobiles de psychiatrie en MCO (ex EMSP).
- Permettre à l'HAD d'intervenir en établissement psychiatrique spécialisé (ex : maladies infectieuses, plaies et cicatrifications...) Ex : projet HAD BAGATELLES/CH CADILLAC/CH SUD GIRONDE.

Priorité 3 Axe 4 – L'organisation d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Le projet territorial de santé mentale prévoit les modalités permettant aux personnes accompagnées par un établissement ou service social ou médico-social de bénéficier d'un accès à la prévention et aux soins de santé.

Dispositifs existants concernant l'organisation des équipes sociales et médico-sociales pour accompagner les personnes à la désignation d'un médecin traitant.

- Les études épidémiologiques témoignent d'une surmortalité des personnes ayant des troubles psychiques. Les maladies cardiovasculaires et celle liées au tabac représentent les premières causes. Le régime alimentaire, le diabète, les effets indésirables des médicaments psychotropes, le manque d'exercice, la précarité s'ajoutent aux facteurs de risque naturels (âge, antécédents).
- Le suivi par un MG est un axe important.

Dispositifs existants concernant la mise en place de partenariats avec les professionnels libéraux et les établissements de santé/ accès aux soins spécialisés.

Éducation thérapeutique

Le centre hospitalier Charles Perrens, dans le cadre de la CHT, travaille entre autres sur la **mise en œuvre d'une stratégie régionale de développement de l'éducation thérapeutique (ETP)**.

En amont, un état des lieux des coopérations au sein de la « CHT Gironde » a permis de recenser 68 programmes d'éducation thérapeutique (ETP) au sein de la CHT 33. Ce constat a mis en évidence l'absence de coopération opérationnelle « formalisée » entre les programmes autorisés par l'ARS et la mise en œuvre dans les établissements membres de la GHT Gironde.

Les programmes d'ETP dans les établissements membres de la « CHT Gironde » représentent près d'un tiers des programmes autorisés en Aquitaine. La plupart des maladies chroniques pouvant bénéficier d'un programme « d'ETP » sont représentées.

Ainsi la définition d'une stratégie partagée par les membres de la CHT est triple. D'une part elle doit permettre d'organiser sur chaque territoire de santé une offre coordonnée en éducation thérapeutique et d'officialiser la plateforme ressource régionale en y associant l'ensemble des acteurs concernés.

D'autre part elle doit développer et structurer la formation en éducation thérapeutique. Enfin elle doit **développer l'information et la communication entre les membres de la « CHT Alliance Gironde »**.

La dynamique des acteurs du groupe de travail ETP de la « CHT Alliance Gironde » permettra à long terme de renforcer la visibilité et la reconnaissance de l'éducation thérapeutique dans les établissements, et de valoriser le travail des acteurs.

ETP axés sur les troubles psychiques :

- CH Charles Perrens : 7 Programmes ETP.
- CH Cadillac : 5 Programmes ETP.
- CH Libourne : 1 programme ETP en cours réalisation.

UTEP (Unité transversale d'éducation thérapeutique)

DAC (Dispositif d'Appui et de Coordination) en ETP

Points faibles/ existant

- L'accès des personnes atteintes de troubles psychiatriques aux programmes d'ETP somatiques (non spécifique) peut être compliqué.
- Des programmes trop concentrés sur l'hospitalier.
- Peu de programmes en ambulatoire développés à proximité des patients.

Pistes d'amélioration

- Poursuivre le développement du projet ETP « prendre soin de soi » à l'UCSA à la maison d'arrêt de Gradignan avec l'UHSA (CH CADILLAC).
- Développer les séances individuelles.
- Développer les programmes d'ETP à partir des MSP et des pôles de santé.
- Développer les programmes d'ETP à partir des associations de PS libéraux.

Prévention

- Le Contrat local de santé de Bordeaux intègre un axe prévention du suicide en lien avec l'association Rénovation.
- Sur le Sud Gironde, le GCS Rives de Garonne développe également cet axe avec l'association Rénovation.
- L'UNAFAM est également partenaire de l'association Rénovation sur cette thématique.
- Sur le Sud Gironde, le GCS Rives de Garonne déploie également un axe nutrition/sport adapté et un axe addiction dans le cadre du programme de prévention hors les murs.
- Sur la Métropole : Sur le Campus, l'université propose un escape game sur le thème de la dépression.

Ce qui manque

- Absence de repérage précoce de situations de vulnérabilité au domicile pour des personnes souffrant de troubles psychiatriques non diagnostiqués.

Pistes d'amélioration

- Diffusion plus systématique des campagnes nationales (vaccination, lutte contre le cancer, maladies chroniques...) dans les lieux de soins où sont accueillies les personnes porteuses de pathologies psychiatriques et par les associations d'usagers.
- Intégrer cette question dans le groupe GHT « prévention » pour pouvoir croiser les campagnes somatiques/psychiatriques.
- Croiser les campagnes de prévention somatique/Psychiatrique.
- Développer les actions de prévention relative aux risques somatiques en lien avec les traitements liés à la pathologie psychiatrique (cardio vasculaires, maladies infectieuses).
- Diffuser les campagnes nationales.

- Former et soutenir les professionnels d'aide à domicile pour aider au repérage des fragilités des personnes suivies.
- un programme de prévention pour les détenus hospitalisés à l'UHSA) est en attente.

Dispositifs existants qui permettent la participation des personnes aux bilans de santé proposés par les CPAM, aux dépistages organisés et aux suivis périodiques.

- La Maison des Adolescents organise des sensibilisations sur les thématiques suivantes : addictions, sexualité/MST...
- Les organismes de protection sociale et les associations spécialisées déploient des programmes de prévention ciblés.

Pistes d'amélioration

- S'appuyer sur les partenaires sociaux pour développer des programmes à destinations des publics les plus défavorisés :
 - Centre d'examen de santé de l'Assurance Maladie
 - CCAS, Centres sociaux
 - Centres d'hébergement et de réadaptation sociale
 - Foyer de jeunes travailleurs
 - Foyers d'hébergement
 - Établissements médico-sociaux
- Certains secteurs de la PJJ et/ou des tutelles...

Ce qu'il faut retenir de la priorité 3

- La coordination entre médecine de ville, médecins généralistes, spécialistes, autres professionnels de santé libéraux d'une part et les professionnels des structures sanitaires d'autre part, est perfectible.
- Les patients souffrant de troubles psychiques et/ou marginalisés n'ont pas toujours de médecin traitant.
- La nécessité de développer la télémédecine.
- La nécessité d'acquérir une gouvernance départementale cohérente pour les cas complexe : [Plateforme Territoriale d'Appui](#)
- Poursuivre la sensibilisation des professionnels hospitaliers MCO à la prise en charge du handicap psychique.
- Des programmes de prévention trop centrés sur les troubles psychiques.
- Les programmes ETP trop centrés sur l'hospitalier.
- Peu de programmes ETP en ambulatoire développés à proximité des patients et ouverts aux patients atteints de troubles psychiatriques .



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

Axe 1 – L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence

Constats

- Couverture partielle du territoire par les équipes mobiles :
 - Répartition des EMPP à finaliser ;
 - Équipes dédiées aux structures médico-sociales (ACCESS, HERMES) ;
 - EPIC et CFSP sur la métropole Bordelaise.
- Prise en charge « périnatale » à domicile insuffisamment développée.
- Manque de lien entre les services d'urgences et les médecins traitants.

Pistes d'amélioration

- Augmenter l'amplitude d'ouverture des CMP adultes et enfants.
- Poursuivre le déploiement des équipes mobiles sur l'ensemble du territoire.
- Développer une ou des Équipes Mobiles Ressources (EMR) auprès des structures sociales et médico-sociales pour enfants.
- Améliorer la communication et la coordination des équipes sociales, médico-sociales et sanitaires.
- Renforcer les SAMSAH et les SAVS.
- Généraliser les GCLSM à l'ensemble du territoire.
- Créer des commissions pour les « situations médico-psycho-sociales complexes » dans les ESM.

➔ **Le secteur médico-social et les associations de patients sont très favorables à la mise en place d'un numéro d'appel unique, simple d'utilisation.**

Prise en charge des victimes exposées à un événement traumatique :

- Dispositif global de prise en charge du psycho traumatisme en NA
 - En attente réponse AAP suite à instruction ministérielle de juin 2018 ;
 - Filière spécifique à mettre en place au niveau de la Gironde.

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

Constats

- Absence d'effecteur et disponibilité aléatoire des transports sanitaires qui rendent la gestion de l'urgence complexe et chronophage : les enjeux sont majeurs (juridiques, moraux et éthiques).
 - Coordination entre les acteurs perfectibles (professionnels de santé, pompiers, police...).
- Absence de dispositif de soins spécifique pour les jeunes adultes âgés de 16 à 24 ans :
Fragilité du dispositif de pédopsychiatrie d'urgence et de liaison à l'hôpital des enfants du CHU .
 - Difficulté à différencier la psychiatrie d'urgence de la psychiatrie de liaison.

Pistes d'amélioration

- Élaboration d'une **convention** visant un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques .
- Création d'un **numéro d'appel unique** d'information, de conseil et d'orientation destiné aux usagers, aux familles, et aux professionnels.
- Réflexion quant à la mise en œuvre d'une **PDS mutualisée territoriale** (publique et privée).
- Création d'un **dispositif** de soins ambulatoires et de lits d'hospitalisation complète pour les **jeunes adultes 16-24 ans**.
- Promotion de la mise en place des **pratiques avancées infirmières**.

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

Constats

- Lettre de liaison et courrier – type URPS – peu utilisés par les médecins.
- Compte rendu d'hospitalisation parfois envoyé avec retard.
- Absence de médecin traitant déclaré (voir Priorité 3 PTSM).
- Pas de dispositif spécifique de suivi post-TS.

Pistes d'amélioration

- Sécuriser la sortie :
 - Utilisation de fiches avec coordonnées de référence ;
 - Transposer le dispositif Ville Hop (cf CHU) aux structures psychiatriques.
- Prévenir la récurrence suicidaire :

- Mise en place du dispositif Vigilans sur le territoire ;
- Formation des médecins traitants au risque suicidaire.

Ce qu'il faut retenir de la priorité 4

- **Nécessité d'améliorer l'accès des mineurs en crise aux urgences**
- **Nécessité d'améliorer la prévention pour le public mineur**
- **Besoin d'équipe mobile en ESMS pour mineur**
- EPIC et la Consultation Famille sans patient (CFSP) répond à un réel besoin de la population mais couvre partiellement le territoire.
- L'absence d'effecteur et la disponibilité aléatoire d'un vecteur de transport sanitaire adapté rendent le sujet complexe et chronophage et les enjeux sont majeurs, ils se nouent au confluent de règles juridiques, morales et éthiques.
- La répartition territoriale des EMPP reste à finaliser
- Nécessité de développer la télémédecine.
- Absence de dispositifs de soins spécifiques pour les jeunes adultes 16-24 ans.
- Fragilité du dispositif pédopsychiatrie d'urgence et de liaison à l'hôpital des enfants CHU.



E. Priorité 5 – Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d’agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.

Priorité 5 – Axe 1 – Le respect et la promotion des droits

Pistes d’amélioration

- Promouvoir le respect des droits par un renforcement des services d’accompagnement pour l’accès et le maintien des droits.
- Ouvrir une plateforme Girondine d’information en santé mentale, tout public, web participatif (mise à jour des données en temps réel). Projet CLSM de Bordeaux.
- Faire connaître le référentiel européen FALC (Facile à Lire et à Comprendre) pour produire des supports de communication et d’information clairs et accessibles à tous.
- Mettre en valeur la parole de l’usager par le soutien aux approches « détournées » (ex. : la musique électro-acoustique comme médiateur de communication).
- Accès au logement : Renforcer le droit au logement en valorisant le rôle des agences immobilières sociales pour faciliter la recherche d’appartements.
- Accès au transport : Mobiliser la société civile et la solidarité de proximité pour développer le covoiturage (ex. Association à Saint Godens).
- Accès à l’emploi : Soutenir l’innover en matière d’intérim pour les personnes souffrant de troubles psychiques (ex. : gérer l’absentéisme par une organisation anticipée des remplacements pour faciliter l’insertion par l’économique).
- Accès aux soins : Professionnaliser l’interprétariat pour que l’accès aux soins soit pleinement garanti pour les personnes réfugiées. (Délégation interministérielle à l’accueil et à l’intégration des réfugiés (DiAir) « *la question de la santé mentale pose par ailleurs le problème de la compréhension entre les praticiens (psychologues et psychiatres notamment) et leurs patients réfugiés.* »).

Priorité 5 Axe 2 – La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

Pistes d’amélioration

- Former aux « Premiers secours en santé mentale ». Programme développé au niveau national par la fédération Santé Mentale France, l’INFIPP et l’UNAFAM. Action inscrite dans la feuille de route du Ministre de la Santé et reprise dans le CLSM de la ville de Bordeaux.
- Promouvoir sur les territoires de proximité des actions de sensibilisation grand public (films, soirées débats ...), notamment lors de la Semaine annuelle d’information en santé mentale (SISM).

- Suivre les recommandations en matière d'organisation de campagnes de lutte contre la stigmatisation en santé mentale (cf. documentation et recherche de l'IREPS NA) :
 - actions sur des petits groupes ciblés ;
 - échanges et partages d'expériences pour faire évoluer les représentations.
- Travailler la démarche « d'aller vers » et travailler dans la continuité pour la diffusion des informations.
- Diffuser un corpus de connaissances en matière de santé mentale pour optimiser l'harmonisation des pratiques professionnelles :
 - Sensibiliser les médecins généralistes au handicap psychique ;
 - Organiser des formations et des colloques mutualisés entre partenaires ;
 - Développer une offre de formation adaptée aux besoins des acteurs locaux (élus, bailleurs sociaux, responsables d'associations, juges, avocats, journalistes...)
- Communication grand public : Initier un partenariat avec l'institut du journalisme Bordeaux Aquitaine (IJBA). Projet dans le cadre du CLSM de Bordeaux :
 - Lors du séminaire éthique 2019 de l'IJBA, organiser une intervention de 3 h pour sensibiliser les étudiants à la santé mentale et aux troubles psychiques ;
 - Années suivantes : réaliser une table ronde avec débat entre journalistes / psychiatres / usagers / représentants des usagers ... dans le cadre de la formation des journalistes (Web TV de l'IJBA).

Priorité 5 – Axe 3 : le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches

Pistes d'amélioration

- Développer sur la ville des programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) en renforçant la coordination entre les Maisons de Santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les ressources en santé mentale.
- Promouvoir des programmes ETP en pédopsychiatrie.
- Faciliter l'accessibilité des programmes ETP aux patients avec peu de moyens pour se déplacer.
- Déployer des ateliers d'aide à l'écriture du projet de vie sur les pôles accueil MDPH.
- Améliorer le niveau de « littératie en santé », déterminant de la santé, par la réalisation d'actions d'information et de formation en santé afin de permettre aux individus de prendre des décisions concernant leur santé (empowerment).
- Travailler au renforcement des compétences psycho-sociales (cf priorité 6).
- Soutenir les aidants :
 - Développer les actions de soutien et d'aide aux aidants ;
 - Faire connaître et promouvoir le nouveau métier de TC-APSA – Technicien Coordinateur de l'Aide-Psychosociale aux Aidants.

Priorité 5 – Axe 4 : le développement des modalités de soutien par les pairs

Pistes d'amélioration

- Valoriser le travail des médiateurs de santé/ Pair pour leur apporter soutien et reconnaissance institutionnelle :
 - Prévoir le financement de leur formation.
 - Communiquer sur leur rôle et leurs missions.
 - Favoriser les espaces d'échanges et de co-construction entre médiateurs santé / Pair.
- Poursuivre le développement des dispositifs de pair-aidance tout public avec une attention particulière pour les personnes réfugiées (cf. missions de la DiAir).

Ce qu'il faut retenir de la priorité 5

- Changer d'approche soignante, dépasser le cap « rétablissement du patient » pour envisager simultanément soins et remédiation sociale (ex. « un chez soi d'abord »).
- Renforcer l'appui à la coordination pour initier de nouveaux partenariats (santé mentale / santé / social / logement / travail / culture / ville / hôpital) et pour accompagner les projets de vie des personnes).
- Promouvoir le référentiel européen FALC : Facile à lire et à comprendre et renforcer le travail de littératie en santé (empowerment).
- Besoin de faire connaître et de promouvoir des animations-actions lors des semaines d'information en santé mentale (SISM) ou autres événements publics structurants).
- Intervenir précocement dans les formations initiales pour faire évoluer les représentations et déconstruire autant que possible les préjugés.
- Poursuivre le déploiement des Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM) sur l'ensemble des territoires de proximité de la Gironde.
- Promouvoir des programmes ETP en pédopsychiatrie et renforcer le développement de l'ETP en ville.
- Renforcer les dispositifs de soutien et d'aide aux aidants.
- Poursuivre le développement des dispositifs de pair-aidance tout public avec une attention particulière pour les personnes réfugiées.
- Pour les étudiants, prendre en compte l'augmentation des demandes d'aménagement en lien avec la santé mentale.



F. Priorité 6 – L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Axe 1 – les actions visant à agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

Axe 2 – les actions visant le renforcement des compétences psychosociales (CPS)

Pistes d'amélioration

→ Le soutien à la parentalité

- Généraliser le staff médico psycho-social dans l'ensemble des maternités du département.
- Augmenter le nombre de femmes bénéficiant d'un EEP (Élaboration de l'efficacité parentale Entretien Périnatal Précoce) (objectif de 50 %) et favoriser son inclusion dans le parcours de soins.
- Mettre en place et diffuser un auto-questionnaire proposé aux femmes enceintes (expérience hors région).
- Finaliser et diffuser l'annuaire de toutes les interventions en santé mentale en maternité.
- Développer les formations aux troubles du lien.
- Favoriser la perception de la PMI comme un acteur de prise en charge accessible à tous, sans connotation sociale.
- Développer les compétences parentales : ateliers habiletés parentales, programmes d'intervention basés sur renforcement des CPS, conférences grand public, consultations spécialisées > Institut de la parentalité.
- Décliner un guide des ressources soutien à la parentalité sur l'ensemble du territoire et intégrer le champ santé mentale dans les forums « petite enfance ».
- Développer les compétences parentales : ateliers habiletés parentales, programme d'intervention basées sur renforcement des CPS.

→ De la période périnatale, la petite enfance, à la vie scolaire et universitaire

- Élargir le dossier de suivi des nouveaux nés vulnérables à d'autres vulnérabilités (troubles du lien notamment et troubles des interactions : lourdes répercussions sur le développement de l'enfant).
- Garantir la réalisation de la visite suivie médicale des 3 / 4 ans, puis des 6 ans. Élargir sa réalisation aux IDE scolaires ?
- Renforcer la coordination entre l'équipe éducative et l'équipe de santé scolaire (secret partagé).

- Développer les compétences psychosociales en milieu scolaire (parcours éducatif de santé/ école promotrice de santé/ Déploiement des CPS sur le temps scolaire ; travail en cours avec l'Éducation Nationale dans le cadre du parcours de santé de l'enfant) et en milieu universitaire (plan étudiant avec renforcement de la prévention en santé mentale des étudiants).
- Développer les actions de formation santé dans les institutions scolaires en partenariat avec d'autres acteurs (ex : ateliers mieux-être développés par la MSA dans les 6 MFR et lycées agricoles, 450 participants).
- Poursuivre la mise en place des antennes MDA.
- Développer les ateliers promotion de la santé / éducation à la santé portés par l'espace santé étudiants de l'Université. Accent à mettre sur le dépistage. Utilisation des leviers formation/communication. Cible spécifique sur les primo-entrants éloignés de leur domicile d'origine.
- Prendre en compte la population des 16/25 ans en dehors du système scolaire, en favorisant l'accompagnement de ce qui peut être un temps d'errance au moment de la déscolarisation (point de rupture) > CIO, Missions Locales, Points Écoute Jeune, MDA, Réseau Santé Social Jeunes, logiciel SAFIR.

→ **La lutte contre le mal logement**

- Favoriser les partenariats entre structures sanitaires et bailleurs sociaux (baux glissants, équipes suivi logement, dispositifs transitoires, accès à de la formation pour les professionnels représentant les bailleurs sociaux).
- Favoriser l'articulation des compétences sanitaires, sociales et environnementales dans la résolution des situations d'incurie.
- Favoriser l'entrée en EHPAD des usagers en santé mentale vieillissants (séjours séquentiels, poste IDE partagées, etc.).
- Favoriser l'intégration dans la cité des usagers en santé mentale (repérage des situations à risque, suivis conjoints ville/hôpital, actions de communication santé mentale et participation aux évènements structurants (SISM, semaine bleue, etc.).
- Prendre en compte les besoins de logement des usagers en santé mentale hébergés par un aidant (contexte de cohabitation subie) en :
 - > Anticipant les entrées en institution
 - > Favorisant l'accueil de jour ou séjours temporaires permettant de tester la capacité de vie en institution.
- Développer les parrainages intergénérationnels. Recommandation DiAir pour les personnes réfugiées : « de nombreux seniors sont volontaires pour participer activement à l'accueil et l'intégration des réfugiés. ». Modification en janvier 2017 de la loi du 10 mars 2010 créant un volontariat associatif ouvert aux personnes de plus de 25 ans.
- Sur les cas d'incurie, le service santé environnement de l'ARS DD33 souhaite proposer un guide s'adressant à tous les maires du département, leur indiquant quelles sont les démarches de base

dans ces situations, avec quelques adresses d'intervenants de premier niveau : équipe psy, service social associé, MDSI, CCAS ... et procédures de police à appliquer.

→ **La lutte contre l'isolement social**¹⁴⁸

- Développer sur l'ensemble des territoires les dispositifs de première intention qui existent sur la Métropole.
- Permettre l'adaptation des prises en charge pour les populations à risque spécifiques en :
 - > Formant les professionnels des services de proximité (PMI, PASS, CCAS –
Ex : formation PMO à l'accompagnement des femmes migrantes)
 - > Favorisant les échanges entre institutions/ associations (ex : partenariat PMI /école des femmes MANA ; RCP logement « femmes en errance » PMI)
- Prendre en compte l'isolement social de l'aidant :
 - > Développement de formations, informations et espace de paroles pour les aidants (ex : parcours santé des aidants MSA, ateliers sur le repositionnement et la prévention contre la perte des liens affectifs, annuaire des dispositifs d'aide et de soutien)
 - > Prise en compte des relations d'aidants spécifiques (accueil frères/sœurs UNAFAM)
- Recommandations du rapport centre Primo Levi et MDM.
- Prendre en compte l'isolement professionnel (lien avec la promotion de la qualité de vie au travail – exemples des actions mises en place par la MSA autour de la prévention du suicide chez les agriculteurs, avec des interventions dans les lycées agricoles, et auprès des professionnels sur les exploitations, interventions d'urgence, soutien type CUMP).
- Articuler la question de l'isolement social à celle des transports (comment accéder aux soins ? aux loisirs ?).
- Favoriser le développement de la littératie numérique comme levier d'inclusion dans une société et une économie où le numérique joue un rôle essentiel.

Ce qu'il faut retenir de la priorité 6

➤ **Le soutien à la parentalité**

Des outils structurants à développer (staff médico psychosocial, EPP, formations aux troubles du lien pour les acteurs pivots de l'accompagnement).

➤ **La période périnatale et la petite enfance**

La difficile garantie des visites médicales des 3/4 ans, puis des 6 ans, et la problématique des effectifs médicaux et soignants associée.

L'enjeu du développement des compétences psychosociales en milieu scolaire et universitaire.

➤ **La lutte contre le mal logement**

Des impulsions locales à évaluer et le cas échéant décliner (contrôle locatif ; coopération ville/hôpital pour favoriser l'intégration dans la cité ; partenariats institutions sanitaires/médico-sociales pour favoriser l'entrée en structure d'hébergement).

➤ **La lutte contre l'isolement social**

Une hétérogénéité des ressources sur le territoire.

Un manque de prise en compte des cohabitations « subies » et de l'isolement de l'aidant.

L'enjeu de l'adaptation des prises en charge aux populations à risque spécifique.

VI – Annexes

Glossaire

ASS : Allocation de Solidarité Spécifique
RSA : Revenu de Solidarité Active
ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées
ALF : Allocation de Logement Familiale
ALS : Allocation de Logement Sociale
APL : Aide Personnalisée au Logement
AAH : Allocation Adulte Handicapé
ALD : Affection Longue Durée
ANFH : Association Nationale de Formation des Hospitaliers
ARS : Agence Régionale de Santé
CAC : Centre d'Accueil et de Crise
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CAMPS : Centres d'Action Médico-Sociale Précoce
CD : Conseil Départemental
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques
CFSP : Consultation Famille Sans Patient
CH : Centre Hospitalier
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLIS : Classe pour l'Inclusion Scolaire
CLS : Contrat Local de Santé
CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
CME : Commission Médicale d'Établissement
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPEA : Centre Médico-Psychologique Enfant et Adolescent
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COS : Cadre d'Orientation Stratégique
CPT : Communauté Psychiatrique de Territoire
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CRA : Centre de Ressources Autisme
CSP : Code de la Santé Publique
CTS : Conseil Territorial de Santé
DAF : Dotation Annuelle de Financement
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DPC : Développement Professionnel Continu
DIHAL : Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPIC : Équipe Psychiatrique d'Intervention et de Crise
EMGP : Équipe Mobile de Géro-psycho-Pathologie
EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

ETP : Education Thérapeutique du Patient
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FH : Foyer d'Hébergement
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GEVA : Guide d'ÉVALuation Multidimensionnelle
HLM : Habitation à Loyer Modéré
HSC : Hélicoptères de la Sécurité Civile
IDE : Infirmier·e Diplomé·e d'État
IMG : Interruptions médicales de grossesse
ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique
JLD : Juge des Libertés et de la Détention
LAM : Lits d'Accueil Médicalisés
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MCS : Médecins Correspondants du SAMU
MDA : Maison des Adolescents
MDPH :Maison Départementale des Personnes Handicapées
MOOC :Massive Open Online Course
MSP : Maisons Sociales de Proximité
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OPCA : Organismes Paritaires Collecteurs Agréés
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PCPE : Pôles de compétences et de prestations externalisés
PDALHPD :Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées
PHV : Personnes Handicapées Vieillissantes
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PPPI : Parc Privé Potentiellement Indigne
PRAPS :Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
PRS : Projet Régional de Santé
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale
RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous
REX : Retours d'EXpériences
RSA : Revenu de Solidarité Active
SAE : Statistique Annuelle des Établissements
SAMSAH :Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD :Service d'Éducation Spéciale et de Soins A Domicile
SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SISM : Semaines d'Information en Santé Mentale
SMUR :Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
SPDRE :Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État
SRS : Schéma Régional de Santé
SU : Service d'Urgence

Références Bibliographiques

Agir sur les déterminants de la santé – Réseau français des Villes-Santé de l'OMS Presses EHESP –2015

http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/ouvrage_25ans.pdf

Bilan d'activité des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) – Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie – Juin 2017

http://www.cnsa.fr/sites/default/files/gem_bilan_2016.zip

Conseil départemental de la Gironde Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance Schéma départemental Jeunesse 2016-2021

https://www.gironde.fr/sites/default/files/2017-04/schema_departemental_de_prevention_et_protection_de_lenfance_2012_2016.pdf

DREES Évaluation et Statistiques – 29 juin 2017

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2017>

Enquête PRAPS 2017 résumé

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-nouvelle-aquitaine-2018-2018-est-adopte>

État des lieux pour définir un cadre d'expérimentation des dispositifs combinés et intégrés SAAD – SAMSAH/SAVS (« SPASAD » *handicap adulte*)

http://www.handeo.fr/sites/default/files/upload-files/OBS_ExperimentationSPASAD_Rapport_mars2017.pdf

Évaluation du handicap psychique – Les outils de mesure à disposition – CREHPSY – Septembre 2015

http://crehpsy-documentation.fr/doc_num.php?explnum_id=256

Fabrique territoire santé dossier_isolement_social et santé mentale

<https://www.fabrique-territoires-sante.org/capitalisation/dossiers-ressources/sante-mentale-et-isolement-social>

Fédération Française de Psychiatrie Juin 2015

http://www.pydocfrance.fr/conf&rm/rpc/Argu_Soins_Soma_Psy.pdf

Guide de l'accompagnement hors les murs - DDCS 13 - juin 2014-3

<http://www.bouches-du-rhone.gouv.fr/content/download/9613/58505/file/Guide%20de%20%27accompagnement%20hors%20les%20murs%20-%20DDCS%2013%20-%20juin%202014-3.pdf>

Guide pratique de l'emploi accompagné

https://www.cnsa.fr/documentation/guide_emploi_accompagne_17-04-2018_vd_internet.pdf

Guide Parents et nouveaux nés Ville de Bordeaux

https://www.bordeaux.fr/images/ebx/fr/groupePiecesJointes/33066/29/pieceJointeSpec/136505/file/Guide_petiteEnfance2015_light.pdf

Guide Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice

<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenues/article/personnes-detenues>

<p>Guides santé mentale et médias https://www.pratiquesensante.org/menu-2018/th%C3%A8mes-1/sant%C3%A9-mentale/ http://wallonie.similes.org/guide-sante-mentale-et-medias/ http://www.psycom.org/Actualites/Comment-agir/Guide-Sante-Mentale-et-Medias</p>
<p>INSEE 2018 https://www.insee.fr/fr/information/2008354</p>
<p>Lexique des parcours de A à Z janvier 2016 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf</p>
<p>Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France – Avril 2017 http://www.senat.fr/commission/missions/psychiatrie_des_mineurs/</p>
<p>MCO Chiffres clés 2015 https://www.atih.sante.fr/actualites/chiffres-cles-mco-2015</p>
<p>Observatoire français des drogues et des toxicomanies https://www.ofdt.fr/</p>
<p>Observatoire Girondin de la Précarité et de la Pauvreté (OGPP) dgas-observatoire-precarite@gironde.fr</p>
<p>Observatoire national du suicide (ONS) https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/</p>
<p>Observatoire régional des urgences Nouvelle Aquitaine https://www.oruna.fr/system/files/public/panorama2016-web.pdf</p>
<p>Observatoire Régional en Santé Environnement Nouvelle Aquitaine https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/observatoire-regional-en-sante-environnement</p>
<p>Open DAMIR : base complète sur les dépenses d'assurance maladie inter régimes https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/open-damir-base-complete-sur-les-depenses-dassurance-maladie-inter-regimes/</p>
<p>Organisation des Soins – santé mentale MGEN dossier doc juin 2018 http://crehpsy-documentation.fr/doc_num.php?explnum_id=700</p>
<p>Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours Haute Autorité en Santé – Juin 2015 https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1747465/fr/patient-avec-un-trouble-bipolaire-reperage-et-prise-en-charge-initiale-en-premier-recours</p>
<p>PDALHPD 2016-2021 http://www.gironde.gouv.fr/layout/set/print/Politiques-publiques/Solidarite-et-cohesion-sociale/Hebergement-logement-social/Pilotage-strategie-et-programmation/PDALHPD-2016-2021</p>
<p>Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 – Organisation Mondiale de la Santé – 2013 http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/</p>
<p>Plan girondin d'actions en faveur des jeunes-projet_generation_11-25_ans https://www.gironde.fr/acteurs-jeunesse/les-actions/soutien-aux-initiatives-des-jeunes-girondins http://www.gironde-avenir.fr/site/wp-content/uploads/PV-BS-2016.pdf</p>

Plan prévention régional ARCMSA NA 30 11 2017-2018

<http://www.msa33.fr/lfy/actions-prevention-sst>

Plan - Sante gironde 2017

<https://www.gironde.fr/sites/default/files/2018-05/plan-sante.pdf>

Promouvoir la continuité des parcours de vie – Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

<https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-caisse-nationale-de-solidaritepour-lautonomie-et-la-journee-nationale-de-solidarite>

Rapport de Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique

<https://www.google.com/search?q=RAPPORT+Donn%C3%A9es+de+preuves+en+vue+d%E2%80%99am%C3%A9liorer+le+parcours+de+soins+et+de+vie+des+personnes+pr%C3%A9sentant+un+handicap+psychique+sous+tendu+par+un+trouble+schizophr%C3%A9nique&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b>

Rapport « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches - Denis Piveteau – 10 Juin 2014

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution_.pdf

Rapport activité mdph 33 2017

http://www.mdp33.fr/rapport_activite_mdp33.pdf

Rapport d'étude du Cerema ORGANISER LA SORTIE DE DETENTION De la prison vers le logement

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piecejointe/2017/06/etude_sortant_de_detention_vf_060617-1.pdf

Rapport d'étude suicides et tentatives de suicide en Nouvelle Aquitaine ORS

www.ors-aquitaine.org

Rapport relatif à la Santé Mentale – Michel Laforcade – Octobre 2016

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique Argumentaire - Fédération Française de Psychiatrie Juin 2015

http://www.psydocfrance.fr/conf&rm/rpc/Argu_Soins_Soma_Psy.pdf

Santé mentale et emploi

<http://www.psycom.org/Troubles-psychiques/Sante-mentale-et/Sante-mentale-et-emploi>

Recueil des bonnes pratiques de prise en charge psychiatrique – UNAFAM – Avril 2015

https://www.unafam.org/IMG/pdf/Recueil_bonnes_pratiques_prise_en_charge_psychiatrique.pdf

Schéma Départemental AVS 2017 2021 CAF

<http://www.caf.fr/sites/default/files/caf/331/SCHEMA%20DPTAL%20AVS%202017%202021%20sign%C3%A9.pdf>

<p>Schéma départemental de la famille en Gironde 2016/2020 http://www.gironde.gouv.fr/content/download/34030/240513/file/SDSF%202016%202020%20sign%C3%A9.pdf</p>
<p>Schéma départemental Jeunesse 2016-2021 https://www.gironde.fr/sites/default/files/2017-04/schema_departemental_de_prevention_et_protection_de_lenfance_2012_2016.pdf</p>
<p>SCHEMA-AUTONOMIE-2017-2021 https://www.gironde.fr/sites/default/files/2018-03/SCHEMA-AUTONOMIE-2017-2021-def_0.pdf</p>
<p>Stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants en situation de handicap https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_de_soutien_aux_aidants_vf.pdf</p>
<p>Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/12/strategie_quinquennale_de_levolution_de_loffre_medico-sociale_volet_polyhandicap.pdf</p>
<p>Commission Départementale des Soins Psychiatriques est décrite comme efficiente. La CDSP est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. https://sante.fr/quoi-sert-la-commission-departementale-de-soins-psychiatriques-cdsp</p>
<p>Institution « Le Défenseur des Droits » : https://www.defenseurdesdroits.fr/</p>
<p>Association reconnue d'intérêt public « ADDAH.33 » : association pour la défense des droits des accidentés et des handicapés (ex. FNATH) : https://addah33.com/</p>
<p>Pour les étudiants de l'université de Bordeaux. Accès à un espace santé étudiants ressource : https://www.u-bordeaux.fr/Campus/Espace-sante-etudiants</p>
<p>HANDAMOS (plateforme inter-association d'insertion socio-professionnelle/ doit évoluer vers un guichet unique). https://ari-accompagnement.fr/etablissement/handamos/</p>
<p>PSYCHOM http://www.psycom.org/ Organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale.</p>
<p>MOBALIB https://www.mobalib.com/home Répertoire des lieux accessibles aux personnes avec un handicap</p>
<p>Associations d'usagers / info-droits http://www.france-assos-sante.org/sante-info-droits</p>
<p>Guides du handicap en Gironde https://www.gironde.fr/actualites/guide-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap ; http://www.bordeaux.fr/p64012/ville-et-handicaps (recensement de tout ce qui est adapté et services spécialisés, notamment pour les enfants handicapés)</p>
<p>Conseil Départemental de l'Accès au Droit (CDAD) de la Gironde http://www.cdad-gironde.justice.fr/</p>
<p>Maisons de justice et du droit à Bordeaux et Lormont : Informations et conseils juridiques, résolutions amiables des conflits, aide aux victimes, rédaction de courriers juridiques ... http://www.annuaires.justice.gouv.fr/annuaires-12162/annuaire-des-maisons-de-justice-et-du-</p>

[droit-21773.html](#)

Service « écrivain public » atelier Graphite Bordeaux <http://www.atelier-graphite.fr/>

Réseau français sur l'entente de voix (REV) <http://revfrance.org/>

INPES <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/articles/444/habitat-inclusif-handicap-nouvelle-aquitaine.pdf>

Les Groupements d'entraide mutuelle (GEM). Cf. carte des GEM : [http://www.psycom.org/Ou-s-adresser/Entraide/Groupes-d-entraide-mutuelle/Carte-des-GEM/\(language\)/fre-FR](http://www.psycom.org/Ou-s-adresser/Entraide/Groupes-d-entraide-mutuelle/Carte-des-GEM/(language)/fre-FR)

DiAir – Délégation interministérielle à l'accueil et à l'intégration des réfugiés – <http://accueil-integration-refugies.fr/>

Structures et établissements ayant contribué au diagnostic territorial

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

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

PTSM 33

Groupe projet et comité de pilotage

Comité de pilotage élargi

GCS PP 33 : *M Mosconi, Me Renon, Me Bideplan, Me Deblois*

CTS : *Dr Broucas*

ARS : *M Dubreil*

Coordinatrice PTSM : *Me Le Gallo*

Pilotes des groupes de travail : *M Perrigaud, Pr Bouvard, Dr Jezequel, Me Renon, Me Etchetto Dr Bergey, Me Tresca, Me Bideplan*

Représentants acteurs parties prenantes du PTSM

Représentants des personnes et des familles

- UNAFAM

Représentants acteurs sanitaires

- URPS
- URPS MG
- Établissements de santé autorisés en psychiatrie : 1 ESPIC + 1 privé
- 1 Établissement de santé exerçant une activité MCO
- Maison des adolescents
- CPAM
- SMPR
- Médecine scolaire et universitaire
- Médecine du travail

Représentants acteurs sociaux et médico-sociaux

- Conseil Départemental : Maison Des Personnes Handicapées et Aide Sociale à l'Enfance
- GCS PP 33
- Cap'emploi
- Logement/ hébergement

Représentants services préfectoraux

- Direction Départementale de la Cohésion Sociale
- Représentants collectivités territoriales
- Association départementale des maires
- Représentant intercommunalité Médoc
- CLSM : *Me Nathalie Rivière (CLSM Sud Gironde)*
- UD CCAS
- Préfecture : coordinateur de la politique de la ville

Représentant acteurs de la lutte contre les addictions

- *Pr Auriacombe et Dr Delile*

Représentant acteurs de lutte contre la précarité et l'exclusion

- CIAO

Représentants autres acteurs concourant à la politique territoriale de santé mentale

- UDAF
- PJJ
- CAF

Groupe projet

- GCS PP 33 : *Me Deblois, Me Renon, Me Bideplan, M Mosconi*
- CTS : *Dr Broucas*
- ARS : *M Dubreil*
- Coordinatrice PTSM : *Me Le Gallo*
- 6 pilotes des groupes de travail : *M Perrigaud, Pr Bouvard, Dr Jezequel, Me Renon, Me Etchetto, Dr Bergey, Me Tresca, Me Bideplan*



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction Régulation de l'offre de soins
Bureau prises en charge post-aiguës, pathologies chroniques
et santé mentale (R4)
Personne chargée du dossier : Céline DESCAMPS
Tél. : 01 40 56 54 30
Mél. : celine.descamps@sante.gouv.fr

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction autonomie, personnes handicapées et âgées
Bureau insertion, citoyenneté et parcours de vie
des personnes handicapées (3B)
Personne chargée du dossier : Dr Sylvia GUYOT
Tél : 01 40 56 82 46
Mél : sylvia.guyot@social.gouv.fr

Direction générale de la santé

Sous-direction de la santé des populations et
de la prévention des maladies chroniques
Bureau de la santé mentale (SP4)
Personne chargée du dossier : Marie-Hélène DECHAUX
Tél. : 01 40 56 45 48
Mél. : marie-helene.dechaux@sante.gouv.fr

La directrice générale de l'offre de soins
Le directeur général de la cohésion sociale
Le directeur général de la santé

à

Madame et Messieurs les préfets de région
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé
Mesdames et Messieurs les préfets de département

Copie :

- Mesdames les directrices et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Mesdames et Messieurs les directeurs des Directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement
- Monsieur le directeur de la DRIHL [pour les politiques le concernant]
- Mesdames et messieurs les directeurs des directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale et de la protection des populations
- Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale

INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale

Date d'application : IMMEDIATE

NOR : **SSAH1815648J**

Classement thématique :

Validée par le CNP le 25 mai 2018 - Visa CNP 2018-41

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

<p>Catégorie : Directives adressées par les directeurs d'administration centrale aux services chargés de leur application</p>
<p>Résumé : La présente instruction vise à accompagner les acteurs et les ARS dans l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale. En application du décret relatif au projet territorial de santé mentale, elle précise les modalités d'association des acteurs, le rôle des ARS, les modalités de mise en œuvre, de contractualisation, de suivi et d'évaluation des projets. Elle renvoie par ailleurs à une « boîte à outils » en ligne sur le site internet du Ministère des solidarités et de la santé pour décliner et illustrer les priorités du décret.</p>
<p>Mots-clés : parcours de santé et de vie, besoins des personnes, prévention et promotion de la santé, soins, accompagnements médico-sociaux et sociaux, services, co-construction, diagnostic territorial partagé, contrat territorial de santé mentale</p>
<p>Textes de référence :</p> <p>Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en particulier son article 69</p> <p>Décret CE n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale</p> <p>Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire</p> <p>Circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en oeuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016</p> <p>Instruction N°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville</p> <p>Circulaire N° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville</p>
<p>Annexes :</p> <p>Annexe 1 : Les acteurs partie prenante du projet territorial de santé mentale</p> <p>Annexe 2 : Le recueil de données dans le cadre du diagnostic territorial partagé : exemples de données à mobiliser</p>
<p>Diffusion : ARS, établissements et professionnels de santé, URPS, établissements et services sociaux et médico-sociaux, collectivités territoriales, conseils départementaux, services de l'Etat en région et dans les départements (DDCS-PP, DDT, Délégués du Préfet), MDPH, recteurs d'académie.</p>

Site Internet du Ministère :

« Boîte à outils » : Les actions de prévention et de promotion de la santé mentale, les soins, accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale - Exemples de mise en œuvre : <http://solidarites-sante.gouv.fr/projet-territorial-sante-mentale>

Introduction

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé fait évoluer la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie en reconnaissant le caractère transversal de la santé mentale et en prévoyant la mise en œuvre sur les territoires de projets territoriaux de santé mentale élaborés par l'ensemble des acteurs concourant à cette politique.

En application de la loi, le décret 2017-1200 du 27 juillet 2017 a fixé les six priorités que doit prendre en compte chaque projet territorial de santé mentale ; il a précisé la méthodologie et les délais maximum d'élaboration du projet territorial, le rôle des Agences régionales de santé et le contenu du diagnostic territorial partagé.

En prolongement du décret, la présente instruction a pour objectif d'accompagner les acteurs de santé mentale dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale sur les territoires, en précisant la déclinaison des priorités en actions de prévention et de promotion de la santé mentale, en soins, accompagnements et services attendus (I) ; en explicitant les modalités de définition du territoire, de mobilisation et d'association des acteurs, ainsi que le rôle des ARS (II) ; et en fixant le calendrier et les modalités de contractualisation, de suivi et d'évaluation du projet (III).

Déclinée sur le site Internet du ministère, cette instruction vise à proposer aux acteurs les outils de co-construction des projets territoriaux de santé mentale et à favoriser l'émergence de réponses centrées sur les besoins et aspirations des personnes, intégrant les objectifs de prévention, notamment du suicide, et de promotion de la santé, de maintien dans le milieu de vie ordinaire, de prise en compte des bonnes pratiques et de progrès des connaissances.

Elle doit aider les acteurs à élaborer des projets partagés, réalistes et progressifs en réponse aux enjeux de santé mentale identifiés sur les territoires, afin de permettre à ces projets d'améliorer concrètement les parcours des personnes concernées.

1. Les actions de prévention et de promotion de la santé, les soins, accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale

L'article L3221-2 du Code de la santé publique dispose que le projet territorial de santé mentale « *organise les conditions d'accès de la population :*

1° A la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles ;

2° A l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques ;

3° Aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale ».

Pour organiser cet accès, le projet territorial de santé mentale tient compte des six priorités fixées par le décret du 29 juillet 2017. Ces priorités sont déclinées selon une logique qui part, non des acteurs et des structures, mais des besoins et aspirations des personnes dans le cadre de leur parcours.

Elles ont vocation à être mises en œuvre selon des modalités diversifiées déterminées par les acteurs, en lien avec les ARS, pour tenir compte des caractéristiques du territoire, des besoins et des attentes des personnes concernées et de leurs familles, de l'offre existante et de la dynamique des acteurs.

Elles répondent aux orientations du décret relatif au projet territorial de santé mentale, favorisant « *la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire* » et visant « *la promotion de la santé mentale, l'amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, la promotion de leurs capacités et leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne active* ».

Elles s'adressent à la fois :

- à la population générale, pour ce qui concerne la promotion de la santé mentale et l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale ;
- aux personnes présentant une souffrance et/ou des troubles psychiques - incluant les personnes à risque ou en situation de handicap psychique, car présentant des troubles sévères et persistants, ainsi que les personnes les plus vulnérables cumulant les problématiques de santé ;
- et à leurs proches et aidants, pour l'ensemble des priorités

Elles contribuent aux réponses apportées aux personnes présentant certains troubles neuro-développementaux, dont les troubles du spectre de l'autisme (TSA).

Une « boîte à outils », conçue pour aider les acteurs dans la mise en œuvre des priorités, est disponible sur le site du Ministère :

Les six priorités fixées par le décret du 29 juillet 2017 sont déclinées en actions de prévention et de promotion de la santé, en soins, accompagnements sociaux et médico-sociaux et services attendus, et sont illustrées par des exemples de réponses construites et proposées par des professionnels de terrain, dans une logique de boîte à outils. Ces exemples ont vocation à faire partager des dynamiques de réponses déjà à l'œuvre sur les territoires à l'initiative des acteurs locaux ; ils ne constituent pas une recommandation formelle d'organisation.

Ces exemples seront progressivement enrichis.

<http://solidarites-sante.gouv.fr/projet-territorial-sante-mentale>

2. Les modalités de définition des territoires, de mobilisation et d'association des acteurs et le rôle des Agences régionales de santé

2.1 Le territoire du projet

Le territoire de santé mentale, tel que défini à l'article L.3221-2, correspond à la notion de **territoire suffisant** pour permettre :

- l'association de l'ensemble des acteurs de la santé mentale (représentants des personnes concernées et des familles, établissements de santé autorisés en psychiatrie, établissements et services sociaux et médico-sociaux, médecins de ville et professionnels d'exercice libéral, psychologues, conseils locaux de santé mentale, groupes d'entraide mutuelle, acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, acteurs du logement et de l'hébergement, de l'emploi, de l'inclusion sociale et citoyenne).
- l'accès à des modalités et techniques de prises en charge diversifiées.

Le territoire de santé mentale est ainsi à la fois un territoire de coordination des acteurs au niveau institutionnel et un territoire d'organisation pour l'accès à une offre non disponible en proximité. A l'inverse, ce n'est pas le territoire d'organisation des parcours en proximité (échelon local), ni le territoire de planification et d'allocation des ressources (échelon régional). Il est important de noter qu'il s'agit avant tout d'un territoire de projet et d'engagement des acteurs, même si ses contours doivent pouvoir être définis.

A titre indicatif, le niveau départemental peut constituer un niveau territorial pertinent, à la fois pour les acteurs sanitaires (présence de la délégation territoriale de l'ARS et de un à plusieurs groupements hospitaliers de territoire), et pour les acteurs sociaux et médico-sociaux, en tant que lieu de définition de plusieurs politiques contribuant à la santé mentale (politiques départementales relatives à la cohésion sociale : enfance et jeunesse, aide sociale, emploi, handicap, grand âge, précarité et exclusion...).

Le territoire de démocratie sanitaire, s'il est différent du niveau départemental, peut également être retenu, en cohérence avec celui du Conseil territorial de santé et de sa commission spécialisée en santé mentale. Le niveau de l'agglomération ou de la métropole, quand il existe, pourra également être adapté dans les territoires caractérisés par une forte densité populationnelle.

Le territoire est défini de manière consensuelle entre les différentes catégories d'acteurs impliqués dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale.

2.2 Les acteurs à mobiliser pour participer à la démarche de diagnostic territorial partagé et de projet territorial de santé mentale

L'élaboration du diagnostic territorial partagé et du projet territorial de santé mentale constitue une démarche partenariale rassemblant l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale. Elle doit permettre d'établir des constats partagés entre ces acteurs et **de co-construire un projet territorial centré sur la réponse aux besoins et aspirations** des personnes. Les acteurs parties prenantes du projet territorial de santé mentale sont :

- Les représentants des personnes et des familles ;
- Les acteurs sanitaires, dont les acteurs de la psychiatrie et les professionnels de santé libéraux ;
- Les acteurs sociaux et médico-sociaux ;
- Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ;
- Les collectivités territoriales ;
- Les services préfectoraux, dont la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et les Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) ;
- Les acteurs de la promotion de la santé mentale et de la prévention, notamment ceux travaillant dans la prévention du suicide
- Les acteurs de la lutte contre les addictions ;
- Les acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion, dont les acteurs des PRAPS ;
- Les acteurs impliqués dans la démarche « réponse accompagnée pour tous »¹ ;
- Les autres acteurs concourant à la politique de santé mentale, notamment pour une continuité scolaire, d'apprentissage, d'études adaptées et choisies
- Le Conseil territorial de santé et sa commission spécialisée en santé mentale
- Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale ;
- Les Centres de ressources pour le handicap psychique (CRéHPsy) et autres dispositifs ayant une fonction d'appui aux acteurs du parcours de santé des personnes présentant des troubles psychiques

L'annexe 1 décline plus précisément ces catégories.

¹ Cf. Page sur le site du Ministère : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-santé-mentale>

2.3 La matérialisation de l'initiative

L'initiative de l'élaboration du projet territorial de santé mentale est prise par des acteurs de santé mentale. Elle peut en particulier émaner du Conseil territorial de santé et de sa Commission spécialisée en santé mentale ou, à défaut, de toute autre forme d'instance de concertation en santé mentale présente sur un territoire.

La démarche associe d'emblée des représentants de l'ensemble des acteurs concernés, *a minima* des acteurs de la psychiatrie et des acteurs du champ social et médico-social et des représentants des personnes concernées et des familles. Les représentants des élus sont particulièrement invités à participer à cette initiative.

Les porteurs de l'initiative ainsi réunis se concertent pour délimiter le territoire, identifier les autres acteurs de ce territoire à associer et proposer un mode de gouvernance du projet.

Avant l'engagement de la démarche de diagnostic territorial, ils adressent au Directeur général de l'Agence régionale de santé un document précisant :

- La délimitation du territoire proposé
- La liste des acteurs du territoire identifiés pour participer à l'élaboration du projet territorial de santé mentale conformément au paragraphe 2.2 de la présente instruction

Si cette initiative n'est pas conforme aux dispositions prévues par les textes, le directeur de l'Agence régionale de santé sollicite auprès des acteurs une modification du territoire envisagé ou de la liste des acteurs identifiés.

Avec le soutien de l'Agence régionale de santé, les porteurs de l'initiative sollicitent la participation des autres acteurs du territoire identifiés pour participer à l'élaboration du projet. Les catégories d'acteurs se caractérisant par un nombre important de membres pourront être invitées à organiser les modalités de leur représentation collective.

2.4 La gouvernance du projet

Les modalités de gouvernance et de pilotage du projet permettent une représentation du secteur sanitaire et du secteur social et médico-social, afin de garantir la prise en compte des besoins de santé et d'accompagnement. La gouvernance intègre des représentants des usagers et des familles et des représentants des collectivités territoriales.

Elle permet la circulation de l'information nécessaire entre les pilotes du projet et l'ensemble des acteurs associés. La mise en place d'un comité de pilotage territorial peut être recommandée à cette fin.

Elle peut s'intégrer dans un cadre juridique, par exemple un GCS ou un GCSMS² déjà existants, une communauté psychiatrique de territoire élargie aux autres acteurs, une association...

2.5 La première étape : le diagnostic territorial partagé

L'élaboration du diagnostic territorial partagé constitue **une démarche participative et qualitative** qui permet aux acteurs d'élaborer une vision partagée de ce qui fonctionne sur le territoire en réponse aux besoins et aspirations des personnes, de ce qui fait défaut ou fonctionne moins bien, et d'identifier les leviers d'amélioration et de changement à mobiliser au sein du projet territorial de santé mentale.

² Groupement de coopération sanitaire (GCS), groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)

L'élaboration du diagnostic territorial tient compte des axes d'analyse cités à l'article R 3224-3 du Code de la santé publique.

Le diagnostic territorial s'appuie sur un recueil de données et d'indicateurs de besoins, de ressources et d'offre, qui pourra notamment se nourrir des informations produites par l'ATIH³, la DREES⁴ et les observatoires régionaux de santé. L'annexe 2 propose une liste indicative de ces données et indicateurs. Il s'appuie également sur les documents et schémas existants⁵.

Dès la finalisation du document, les pilotes du projet transmettent le diagnostic territorial partagé au Directeur général de l'Agence régionale de santé par tout moyen permettant d'en attester la réalité.

2.6 La deuxième étape : le projet territorial de santé mentale

Le projet territorial de santé mentale est élaboré sur la base des constats et leviers d'action identifiés dans le diagnostic, en tenant compte des priorités énoncées aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10 du code de la santé publique et de leur déclinaison en actions de prévention et de promotion de la santé, en soins et en accompagnements à l'autonomie et à l'inclusion sociale et citoyenne.

Le projet territorial de santé mentale est concrétisé par un document opérationnel décrivant les projets et les actions retenus par les acteurs afin de prendre en compte les six priorités fixées par le décret pour la durée du projet territorial. Il prévoit la priorisation des actions dans le temps, les modalités opérationnelles de leur mise en œuvre et les acteurs concernés. Il prévoit en outre les modalités et les indicateurs d'évaluation de la mise en œuvre du projet, ainsi qu'une mesure T0 de ces indicateurs.

Les pilotes du projet transmettent le projet territorial de santé mentale au directeur général de l'Agence régionale de santé par tout moyen permettant d'en attester la réalité, avant l'expiration de la période mentionnée au 3.1 de la présente instruction.

Pour l'ensemble de ces étapes et en particulier pour la réalisation du diagnostic territorial partagé, les outils construits par l'ANAP⁶ dans le cadre du projet « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Méthodes et outils pour les territoires » (publication en décembre 2016) pourront utilement être mobilisés par les acteurs, ainsi que le Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé (CNSA-ANCREAI⁷, avril 2016).

³ Agence technique de l'information hospitalière

⁴ Atlas de la santé mentale en France (DREES-IRDES), enquêtes SAE, ES-Handicap et enquête ES-Difficulté sociale

⁵ Projet régional de santé, programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, schémas départementaux en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées et de la protection de l'enfance, projets des conseils locaux de santé mentale, des contrats locaux de santé, des équipes de soins primaires, des communautés territoriales professionnelles de santé, des plates-formes territoriales d'appui, plans départementaux de lutte contre la pauvreté et pour l'insertion sociale, plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées, plans locaux d'habitat, contrats de ville...

⁶ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

⁷ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie- Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée

2.7 Le rôle des agences régionales de santé dans l'animation, le suivi et la validation de la démarche

Conformément à l'article R. 3224-2 du code de la santé publique, l'agence régionale de santé anime la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale initiée par les acteurs. Elle veille au respect des dispositions législatives et réglementaires et au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant. A ce titre, le directeur général de l'agence :

- S'assure que la définition du territoire proposée par les acteurs contribue à la couverture globale du territoire régional par des projets territoriaux de santé mentale
- S'assure que l'ensemble des catégories d'acteurs concernés sont parties prenantes de la démarche et sollicite, si nécessaire, les acteurs manquants
- S'assure d'une gouvernance équilibrée du diagnostic et du projet territorial de santé mentale
- Mobilise les délégations départementales et/ou les référents thématiques (santé mentale, handicap, précarité, prévention/promotion de la santé, addictions, santé des détenus, personnes âgées, politique de la ville...), qui contribuent notamment à mettre à disposition les données nécessaires à la réalisation du diagnostic territorial, participent aux instances de gouvernance et, le cas échéant, aux travaux
- S'assure de la prise en compte des priorités fixées aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10 du code de la santé publique et de la conformité du projet avec le projet régional de santé et la stratégie nationale de santé.

Le directeur général de l'Agence régionale de santé arrête le diagnostic, puis le projet territorial de santé mentale après avoir sollicité pour chaque document l'avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé, conformément à l'article L. 3221-2 du code de la santé publique.

3. Calendrier, modalités de contractualisation, suivi et évaluation

3.1 Calendrier

Le projet territorial de santé mentale a une durée de 5 ans à compter de la date à laquelle il est arrêté par le Directeur général de l'Agence régionale de santé.

La date limite de transmission au directeur général de l'ARS du premier projet territorial de santé mentale est le 28 juillet 2020⁸. A cette date, si aucun projet ne lui a été adressé, le directeur général de l'Agence régionale de santé constate le défaut de transmission par les pilotes et prend l'initiative d'élaborer et d'arrêter le projet territorial de santé mentale.

Pour les suivants, à compter de la date d'échéance de chaque projet territorial de santé mentale, le délai maximum d'élaboration d'un nouveau projet territorial est de 18 mois. Passé ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé constate le défaut de transmission par les pilotes et prend l'initiative d'élaborer et d'arrêter le nouveau projet territorial de santé mentale.

Les projets territoriaux de santé mentale d'une même région peuvent être arrêtés à des temps différents.

⁸ Soit 3 ans à compter de la parution au JO du décret relatif au projet territorial de santé mentale.

3.2 Modalités de déclinaison et de contractualisation de la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale

Les agences régionales de santé utiliseront les outils à leur disposition afin de faciliter la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale.

3.2.1 Le contrat territorial de santé mentale

Conformément aux dispositions de l'article L3221-2 du Code de la santé publique, le contrat territorial de santé mentale est conclu entre l'Agence régionale de santé et les acteurs participant à la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale.

Il est recommandé que la signature du contrat intervienne dans un délai de 6 mois suivant l'arrêt du projet territorial de santé mentale.

Le contrat territorial de santé mentale précise pour chacune des actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial :

- Les acteurs responsables
- Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre
- Les moyens consacrés par les acteurs
- Les modalités de financement, de suivi et d'évaluation

3.2.2 La déclinaison des actions du projet territorial de santé mentale au sein des projets d'établissement ou de service et des projets médicaux partagés des GHT

Le directeur général de l'ARS s'assure que les établissements de santé, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, et les groupements hospitaliers de territoire déclinent au sein de leur projet stratégique (projet d'établissement ou de service, projet médical partagé) les actions du projet territorial de santé mentale qui les concernent. Il sollicite le cas échéant leur actualisation par voie d'avenant.

Conformément aux dispositions du décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016, les communautés psychiatriques de territoire dont l'un des membres est partie à un GHT s'assurent de la prise en compte des orientations du projet territorial de santé mentale au sein du projet médical partagé du GHT.

3.2.3 Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Autant que de besoin, les actions permettant la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale peuvent être déclinées au sein des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre le directeur général de l'ARS et chaque établissement sanitaire, et établissement et service médico-social, ainsi qu'au sein des contrats liés à la mise en œuvre d'actions financées par le Fonds d'intervention régional.

3.2.4 Les autres outils de déclinaison et de contractualisation

Le projet territorial de santé mentale est décliné autant que de besoin au sein :

- Des contrats de ville ;
- Des contrats locaux de santé ;

- Des projets des conseils locaux de santé, des conseils locaux de santé mentale et de toute commission créée par les collectivités territoriales pour traiter de santé mentale ;
- Des projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé et des plates-formes territoriales d'appui.

3.3 Suivi et évaluation

Le suivi de l'état d'avancement de la démarche d'élaboration de la première génération des PTSM au sein des régions sera réalisé par les services des ministères chargés des solidarités, de la santé et des personnes handicapées, en lien avec les ARS.

Par ailleurs, les acteurs inscrivent au sein du projet territorial de santé mentale des indicateurs d'évaluation correspondant aux six priorités fixées par le décret et visant prioritairement à mesurer l'amélioration du parcours des personnes au sein de chaque territoire .

Ces indicateurs font l'objet d'un suivi régulier, par les pilotes du projet, sur sa durée de mise en œuvre. Leur évolution est communiquée à l'ensemble des acteurs parties prenantes du projet territorial de santé mentale. Reflétant la responsabilité partagée des acteurs du projet territorial de santé mentale dans le parcours, ils ont vocation à être interprétés et interrogés collectivement.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette instruction aux acteurs de santé mentale. Nos services se tiennent à votre service en cas de difficulté rencontrée dans l'application de la présente instruction.

Pour la ministre et par délégation

signé

Cécile COURREGES
Directrice générale de l'offre de soins

Pour la ministre et par délégation

signé

J-Ph. VINQUANT
Directeur général de la cohésion sociale

Pour la ministre et par délégation

signé

Jérôme SALOMON
Directeur général de la santé

Pour la ministre et par délégation

signé

Sabine FOURCADE
Secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales

ANNEXE 1 : Les acteurs partie prenante du projet territorial de santé mentale (PTSM)

Cette liste non exhaustive est donnée à titre indicatif.

- **Les représentants des personnes et des familles**
 - Associations d'usagers et de familles
 - Représentants au Comité des usagers des établissements autorisés en psychiatrie
 - Représentants au Conseil de la vie sociale des ESSMS
 - Représentants de GEM
 - Représentants du conseil régional des personnes accueillies et accompagnées (CCRPA)

- **Les acteurs sanitaires :**
 - Etablissements de santé autorisés en psychiatrie, publics, ESPIC et privés
 - Etablissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique
 - Communautés psychiatriques de territoire
 - Maison des adolescents
 - Psychiatres libéraux
 - Médecins généralistes
 - Médecins pédiatres et gériatres
 - Equipes de soins primaires (dont centres de santé et maisons de santé pluri-professionnelle), communautés professionnelles territoriale de santé et plates-formes territoriales d'appui
 - Officines de pharmacie
 - Psychologues
 - Caisses primaires d'assurance maladie et mutualité sociale agricole
 - Unités sanitaires en milieu pénitentiaire, service médico-psychologique régional et unité hospitalière spécialement aménagée
 - Acteurs du service de santé au travail
 - Personnels psychologues, sociaux et de santé (infirmiers et médecins) de l'éducation nationale et des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé
 - Services de soins infirmiers à domicile
 - CeGGID
 - PASS et EMPP

- **Les acteurs sociaux et médico-sociaux**
 - Services et établissements sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes présentant des troubles ou un handicap psychiques, dont :
 - Les acteurs de l'emploi et du logement accompagnés
 - les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD, SAVS, SAMSAH, SAMSAH Psy)
 - les MAS, les FAM
 - Les foyers d'hébergement, de vie
 - les services à destination des enfants et adolescents (CAMSP, CMPP, SESSAD, IME, ITEP...)
 - les ESAT et entreprises adaptées
 - Maison départementale des personnes handicapées
 - Acteurs impliqués dans la démarche « réponse accompagnée pour tous »
 - Service public de l'emploi (dont Cap emploi et les missions locales)
 - Points d'accueil et d'écoute jeunes
 - Acteurs du logement et de l'hébergement (bailleurs sociaux, foyers,..)
 - Associations en charge de l'accès aux sports, aux loisirs, à la culture
 - Professionnels et structures de l'insertion par l'activité économique
 - Les acteurs concourant à une continuité scolaire, à la poursuite d'un apprentissage, à des études adaptées et choisies

- **Les services de l'Etat**
 - Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) et/ou de la protection des populations
 - Direction départementale des territoires
 - Délégués du Préfet
 - DIRECCTE (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi)
 - Services de la Direction régionale de la PJJ (protection judiciaire de la jeunesse)
 - Direction des services départementaux de l'éducation nationale

- **Les collectivités territoriales et les acteurs de démocratie sanitaire**
 - Conseil départemental et ses services de protection maternelle et infantile (PMI) et d'aide sociale à l'enfance (ASE) notamment
 - Communes, communautés de communes, agglomérations, métropoles
 - Conseil territorial de santé et sa commission spécialisée en santé mentale
 - Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
 - Conseils locaux de santé mentale
 - Les coordonnateurs des contrats locaux de santé
 - Conseils locaux de santé
 - Centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS ou CIAS)
 - Ateliers santé-ville
 - Toute commission créée par les collectivités territoriales ou les acteurs locaux pour traiter de santé mentale

- **Les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé**
 - Associations et acteurs intervenant dans la prévention, notamment du suicide
 - Acteurs de la promotion de la santé scolaire et universitaire

- **Les acteurs de la lutte contre les addictions**
 - Sanitaires : services d'addictologie, équipes de liaison en addictologie, soins de suite et réadaptation
 - Médico-sociaux : centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), consultations jeunes consommateurs (CJC), centres d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)

- **Les acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion**
 - Acteurs des PRAPS
 - Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)
 - Acteurs de l'urgence sociale (centres d'hébergement d'urgence, accueils de jour...)
 - Acteurs de l'hébergement et du logement des publics précaires et des personnes migrantes ou réfugiées (CHRS, lits haltes soins-santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM), ACT et ACT psy, résidences sociales, maisons relais, ...)
 - Associations et ONG (MSF, MDM...)
 - SAMU social

- **Les autres ressources contribuant à la coordination territoriale**
 - CRéHPSy et autres dispositifs ayant une fonction d'appui aux acteurs du parcours de santé des personnes atteintes de troubles psychiques

- **Les autres acteurs concourant à la politique territoriale de santé mentale**
 - Services de tutelle pour majeurs protégés
 - Caisses d'allocations familiales
 - Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)
 - Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII)
 - Services de la direction de la sécurité publique
 - Centres de ressource politique de la ville

ANNEXE 2 : Le RECUEIL DE DONNEES DANS LE CADRE DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ : EXEMPLES DE DONNEES POUVANT ETRE MOBILISEES

Exemples d'indicateurs et de données relatifs aux besoins :

- ✓ ***Caractéristiques socio-démographiques de la population et écarts par rapport aux moyennes régionale et nationale :***
 - Répartition en tranches d'âge
 - Proportion de personnes âgées de plus de 75 ans
 - Répartition de la population active dans les différents groupes socioprofessionnels
 - Niveau de formation de la population active
 - Structure du foyer familial
 - Nombre moyen de pièces par logement/taille du ménage
 - Taux d'emploi au sein de la population active
 - Taux de pauvreté
 - Revenu disponible médian des ménages
 - Proportion de ménages soumis à l'impôt
 - Proportion d'allocataires de minima sociaux
 - Nombre de signalements d'incurie du logement
 - Taux d'urbanisation
 - Nombre d'habitants résidant en quartiers prioritaires de la politique de la ville
 - Nombre de personnes sous main de justice (en milieu fermé et en milieu ouvert)
 - Nombre de personnes sans domicile fixe
 - Taux de CMUc et d'AME
 - Nombre de placements à l'ASE
 - Taux de non recours aux droits (dont RSA et CMUc)

- ✓ ***Indicateurs de santé de la population et écarts par rapport aux moyennes régionale et nationale :***
 - Taux d'admission en ALD, dont ALD 23 « troubles psychiatriques de longue durée »
 - Taux de mortalité, dont taux de mortalité prématurée
 - Taux de participation aux dépistages organisés
 - Taux de suicide (avec ventilation par tranche d'âge)
 - Indices comparatifs de mortalité par causes de décès
 - Prévalence des addictions et décès liés à des pathologies liées à l'alcool
 - Consommation de psychotropes
 - Taux d'allocataires de l'AAH, dont AAH pour handicap psychique
 - Consommation de soins de ville par les personnes en ALD 23 par rapport à la population générale

Exemples d'indicateurs et de données relatifs aux ressources et à l'offre (enfants et adultes):

- ✓ ***Ressources sanitaires :***
 - Offre de psychiatrie et de pédopsychiatrie publique et privée (libérale et en établissement) et répartition sur le territoire (hospitalisation et dispositifs ambulatoires)
 - Densité de médecins généralistes et spécialistes et répartition sur le territoire
 - Densité de psychiatres (libéraux et salariés)
 - Densité de psychologues
 - Effectifs d'infirmiers libéraux et mixtes
 - Nombre et répartition de Consultations dédiées (douleur, soins somatiques, santé bucco-dentaire...) pour les personnes en situation de handicap

- Offre de soins, publique et privée, ayant adapté leur organisation à l'accueil des personnes en situation de handicap ou de précarité (lieu dédié, horaires dédiés, formation spécifique des professionnels...)
 - Organisation des urgences
 - Organisation de la PDSA
 - PASS et PASS psychiatrique
 - EMPP
 - Autres dispositifs locaux ou équipes mobiles pour des personnes cumulant des troubles psychiques et des difficultés sociales et/ou de santé
- ✓ **Ressources médico-sociales et sociales¹** :
- Offre médico-sociale d'accompagnement des personnes présentant des troubles ou un handicap psychiques (établissements et services sociaux et médico-sociaux) et répartition sur le territoire
 - GEM et clubs d'insertion
- ✓ **Ressources en direction des enfants/adolescents** :
- Offre médico-sociale pour les enfants et adolescents présentant des troubles psychiques (CMPP, CAMSP, IME, SESSAD, ITEP, BAPU...) et répartition sur le territoire
 - Offre en structures relevant de la protection de l'enfance (MECS, foyers de l'enfance, accueil familial, accueil mère-enfant...)
 - Etablissements de la PJJ
 - Consultation jeunes consommateurs (CJC)
 - Autres structures ou dispositifs locaux d'intervention précoce en santé mentale
- ✓ **Lieux et dispositifs de coordination des parcours (généralistes ou spécialisés)** :
- Equipes de soins primaires (ESP), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours complexes (PTA), services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO)
 - Conseils locaux de santé mentale, contrats locaux de santé et toute autre commission créée par les collectivités territoriales à cette fin
 - CRéHPsy et autres dispositifs ayant une fonction d'appui aux acteurs du parcours de santé des personnes atteintes de troubles psychiques
- ✓ **Logement et hébergement** :
- Offre de logement social
 - Offre de logement et d'hébergement accompagné par type de structure
 - Dispositifs de soutien au maintien dans le logement ou d'accès au logement ou à l'hébergement, autres que médico-sociaux
 - Taux de logements vacants (parc social et parc privé)
 - Taux de rotation du parc public
- ✓ **Emploi**
- Dispositifs d'emploi accompagné
 - Offre en milieu protégé, dont ESAT
- ✓ **Scolarité, formation et enseignement supérieur**
- Offre de dispositifs soins-études
 - Dispositifs, autres que médico-sociaux, de soutien à la scolarité, à l'inclusion scolaire (dont les dispositifs de réussite éducative), à la poursuite d'un apprentissage, à des études adaptées et choisies dans l'enseignement supérieur
 - Etablissements d'enseignement adapté

¹ Distinguer l'offre spécialisée pour les personnes avec troubles psychiques et les offres mixtes

✓ **Lutte contre la précarité et l'exclusion**

- Offre de logement et d'hébergement (urgent et non urgent) à destination des publics précaires ou exclus
- Dispositifs « un chez soi d'abord » ou inspirés du modèle « un logement d'abord »
- Offre d'accompagnement social, juridique des personnes précaires ou exclues
- EMPP, PASS et PASS psy, équipes de maraude (par types de publics : jeunes, précaires...)
- Taux de réponse du 115
- Actions et dispositifs du PRAPS déployées pour les personnes précaires atteintes de troubles psychiques
- Actions et dispositifs déployées par la démarche «réponse accompagnée pour tous» pour les personnes en situation de handicap psychique sans solution de prise en charge adaptée à leurs besoins et aspirations, qui concernent des publics vulnérables et précaires

✓ **Prévention et promotion de la santé mentale**

- Programmes et outils de prévention mis en œuvre sur le territoire de projet, dont programmes de formation à la prévention du suicide Programmes de développement des compétences psychosociales développés
- Actions de lutte contre la stigmatisation mises en œuvre
- Acteurs de prévention présents

✓ **Prise en charge des addictions**

- Dispositifs de prise en charge sanitaire (ELSA, services d'addictologie, offre libéral et médico-sociale (CSAPA, CAARUD, CJC) des consommateurs de substances

Exemples d'indicateurs et données relatifs au recours à l'offre :

- Taux d'hospitalisation et de prise en charge ambulatoire pour troubles psychiques (tous troubles psychiatriques et selon les grandes catégories diagnostiques)
- Taux d'hospitalisation de mineurs en psychiatrie adulte
- Taux de réhospitalisation
- Taux d'hospitalisation au long cours
- Nombre de mesures de soins sans consentement et de personnes concernées
- Délai moyen de traitement d'un dossier MDPH
- Taux de personnes hospitalisées en attente d'un logement
- Nombre de personnes disposant d'une orientation MDPH en attente de solution
- Durée moyenne d'accompagnement par type d'ESMS
- Taux de rotation par type d'ESMS

Sources : recensement de la population de l'INSEE, Scansanté de l'ATIH, Atlas de la santé mentale en France (Irdes-DREES), enquêtes de la DREES : enquête ES-PH (établissements sociaux accompagnant des personnes, enfants et adultes, en situation de handicap), enquête ES-Difficulté sociale, Statistique annuelle des établissements de santé, bases de données de la CAF et de la MSA sur les bénéficiaires de l'AAH à domicile, diagnostics territoriaux des PRS, diagnostics territoriaux partagés à 360° du sans-abrisme au mal-logement, données et études des ORS et des CREAI, données de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), outil en ligne Sig-ville (CGET-Observatoire national de la politique de la ville), bilans des centres de ressources politique de la ville, données DIM des établissements de santé, données des MDPH, SAE.

Psychiatrie Adulte

Structure	Équipement	Lieu	
CH Charles Perrens (hors MAS 50 places)	<p>482 lits TP (Hospitalisation complète) dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urgence (SECOP) : 11 lits • Admissions : 321 lits (dont unité mère-enfant de 10 lits) • Réhabilitation Psycho-sociale : 132 lits • Gérontopsychiatrie : 18 lits (Unité à Xavier Arnozan) <p>1 SMPR (Gradignan)</p> <p>Centres experts et centres ressources : EMPP, Réseau de psychiatrie périnatale Périnatale, Centre ressource Erios (auteurs de violences sexuelles), Centre ressource Cerpad (pathologies anxieuses et dépressives), Centre Expert Fondamental Dépression Résistante, Centre Expert Fondamental Troubles Bipolaires, Centre Expert Fondamental Schizophrénie, Equipe Transgender, CUMP, Equipe UTEP (Education thérapeutique)</p> <p>Equipes mobiles: Hospitalisation à domicile, ACCESS (L'Equipe Ambulatoire de Coopération, de Coordination et d'Evaluation Sanitaire et Sociale), Equipe Psychiatrique d'Intervention et de Crise (EPIC), Equipe Mobile Géronto-Psychiatrie (EMGP),</p> <p>Addictologie : CSAPA, équipe ELSA, HDJ d'addictologie, centre de consultation d'addictologie, Dispositif Renapsud, Centre Ressource de jeux pathologiques, Equipe de recherche et d'évaluation, équipe mobile addiction- parentalité, espace famille, Caan'abus</p> <p>Activité universitaire et de recherche, équipe CNRS (psychiatrie, addictologie)</p> <p>12 CMP : Bordeaux centre, Bordeaux cours du Médoc, Bordeaux Caudéran, Eysines (2), Pessac, Talence, Mérignac, Lesparre, Castelnau, Arcachon, Andernos</p> <p>170 places d'HDJ, 8 HDJ (2 à Bordeaux, Arcachon, Andernos, Lesparre, Eysine, Talence, Merignac)</p> <p>Espace Santé Étudiant : Partenariat CH Charles Perrens, association Rénovation, Campus Pessac et Victoire</p>	Bordeaux	Publique
CHU Pellegrin	Unité de soins complexes en addictologie		
CH Cadillac	<p>494 lits TP (répartis sur 4 sites : Cadillac, Villenave d'Ornon, Lormont, Bazas) dont</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admissions : 253 (dont 29 lits de gérontopsychiatrie : unité Parchappe et 1 lit mère-enfant à l'unité Charcot) • Réhabilitation : 101 (pôle perspective) 		Publique

	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrie médico-légale (USIP UMD UHSA) 140 <p>9 à 12 places d'hospitalisation de nuit (Bègles) 88 places d'HDJ sur 5 HDJ (14 places à Lormont, 18 à Bègles, 5 à CASP-Bègles, 17 places à Cadillac, 18 pl à Laroque, 16 pl à Bègles pour les 16/25 ans) 25 places d'accueil familial thérapeutique (enfant/adultes) 1 consultation et 1 équipe de liaison en addictologie 12 CMP : Bordeaux Bastide, Créon , Lormont Cenon, antenne de consultation à Ambares et Carbon blanc, Bègles, Bordeaux Gare, villenave d'Ornon Cestas,Langon, Cadillac, Bazas, La Réole 1 centre de consultation orienté vers le psychotraumatisme (CASPERIT) 2 unités de gérontopsychiatrie ambulatoire (UGPA) : Lormont, Créon 1 unité mobile de psychiatrie de liaison 7 CATTP à Créon, Bordeaux-Bastide Lormont(2), Langon, Villenavec d'Ornon et Cadillac 1 EMPP</p>		
CH Garderose (Hors FAM: 46 places)	<p>94 lits TP dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admission : 54 lits • Réhabilitation 21 lits • Unité long séjour SPDRE 16 lits <p>1 équipe d'urgence et de psychiatrie de liaison 1 équipe de liaison et consultation en addictologie 1 Éducation thérapeutique schizophrénie 1 équipe mobile psychiatrie précarité (2018)</p> <p>5 CMP : <i>Libourne, Sainte Foy la Grande, Coutras, Castillon La Bataille, Saint André de Cubzac</i></p> <p>104 places d'HDJ ou CATTP :</p> <p>20 pl HDJ à Libourne (<i>site Garderose</i>) 30 pl HDJ/CATTP : <i>Libourne (clé des champs)</i> 30 pl HDJ/CATTP <i>Castillon la Bataille</i> 24 pl HDJ/CATTP <i>Saint-André de Cubzac</i></p>	Libournais	Publique
		Haute-Gironde	
Clinique Bethanie	<p>62 lits TP</p> <p>15 pl HDJ adulte (plus de 18 ans)</p>	Graves (Talence)	
Clinique Anouste	<p>30 lits TP (possibilité ECT)</p> <p>35 places HDJ (centre d'accueil dépression)</p>	Bordeaux	Privé à partir de 18 ans (exceptionnellement à partir de 16 ans)
Clinique des Pins	<p>85 lits TP</p> <p>Possibilité ECT DMS 40 jours</p>	Graves (Pessac)	Privé but lucratif
Clinique Korian Les Horizons	<p>84 lits</p> <p>Clinique court séjour La Charmille 18 lits Soins post-aigus Les jardins de la charmille 6 lits Unité de Psychiatrie générale Horizon 60 lits</p>	Haut de Garonne (Cambes)	Privé but lucratif Aigu Réhabilitation Psycho social

	20 pl HDJ de Cenon (CEPAC)	Haut de Garonne (Cenon)	adultes, plus de 18 ans
Robert Piqué	16 lits TP	Graves (Villenave d'Ornon)	Adultes , plus de 18 ans, militaires (pour les 3/4) et civils Aigu Territoire grand quart Sud-ouest (de Poitiers, la Rochelle, Brive, à Bordeaux et Toulouse
Centre Montalier (réhabilitation psycho-sociale)	Pôle Saint Selve 52 lits TP (répartis sur 4 structures) Résidence des gants Résidence Marc Blanc (10 studios thérapeutiques)	Graves (saint selve) Bordeaux	Privé but non lucratif (financement DAF ARS) Jeunes 17 25 ans
Association Rénovation (réhabilitation psychosociale)	Centre de réadaptation Pasteur 44 lits TP répartis sur trois structures de 14 à 16 places : foyer Croix de Seguey, foyer Caudéran, foyer Pasteur. Pass'Mirail : lieu d'accueil et d'orientation (ambulatoire)	Bordeaux Bordeaux	Association reconnue d'intérêt public loi 1901 Jeunes adultes : 18 à 30 ans Recrutement régional
MGEN	HDJ 62 places	Bordeaux	Établissement de Santé Privé d'intérêt collectif (ESPIC) Adultes : plus de 18 ans
CRPS Tour de Gassie (réhabilitation psychosociale) C2RP : Centre référent de réhabilitation	25 lits TP 25 places d'hôpital de jour 2 places d'hospitalisation de nuit.	Bruges	Établissement de Santé Privé d'intérêt collectif (ESPIC) Jeunes Adultes : plus

psycho-sociale niveau 2 (en partenariat avec le CHCP)			de 18 ans
SHMA	70 places <ul style="list-style-type: none"> • Hôpital de jour, Bd Wilson à Bordeaux • Service du soir, Bd Wilson à Bordeaux • Centre médico-psycho-social (CMPS) • CATT 		Établissement de Santé Privé d'intérêt collectif (ESPIC)
CPCT Centre Psychanalytique de Consultation et de Traitement	4 centres : 11/25 ans à Cenon 15/21 ans à Libourne Jeunes Adultes à Bordeaux (orienté précarité) et Bastide (orienté parentalité)		
Structures du département /municipales (pour les 11/25 ans)	PAEJ (point d'accueil et d'écoute jeunes) : à Blayes, Cadillac, La Teste, Libourne, Saint Pey de Castet, Talence Maison des adolescents à Bordeaux avec antennes à la Réole et Lesparre Maison service public à Eysines Pôle municipal Simone Veil à Saint Médard en Jalles		

Psychiatrie Infanto-juvénile

Structure	Équipement	Lieu	
CHCP	<p>25 lits temps plein (2 unités USAA et UPSILON) (+Centre Abadie Unités de soins spécialisés de jour CCPEA Centre Jean Abadie – 89 rue des Sablières à Bordeaux)</p> <p>Unité de pédopsychiatrie de liaison située à l'hôpital des enfants au CHU de Bordeaux</p> <p>4 HDJ : Bordeaux, Pessac, Biganos Blanquefort</p> <p>??? places AFT</p> <p>12 places HAD</p> <p>CATTP pour adolescents à Blanquefort géré par l'association <u>Rénovation</u></p> <p>12 CMPEA dont <u>5 en partenariat avec Rénovation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • CMPEA Bordeaux Centre • <u>CMPEA Bordeaux Nord</u> • CMPEA Mérignac • CMPEA Gradignan • CMPEA Pessac • CMPEA Biganos • CMPEA Andrenos • CMPEA La Teste • <u>CMPEA Blanquefort</u> • <u>CMPEA Eysine/ SaintMédard en Jalles</u> : <ul style="list-style-type: none"> ✘ 16, rue des Treytins, 33320 Eysines Tél : 05.56.28.06.35 ✘ Maison de la petite enfance – 33160 St Médard en Jalles • <u>CMPEA Pôle Médoc à Pauillac</u> <p>Centre Expert Asperger Centre Ressource Autisme et équipe mobile autisme Centre de Référence Déficits de l'Attention et Hyperactivité</p>	Bordeaux	Publique
CHU Pellegrin UMPAJA Centre Abadie	<p>33 lits TP + lits HDJ</p> <p>UTCA 8lits TP + HDJ L'Unité des Troubles des Conduites Alimentaires accueille en hospitalisation des jeunes de 14 à 25 ans.</p> <p>Umpaja 15 lits TP Dr Pommereau L'Unité Médico-psychologique de l'Adolescent et du Jeune Adulte accueille des jeunes patients pubères jusqu'à l'âge de 22 ans suite à une tentative de suicide ou des conduites à risque répétées.</p> <p>Suhea 10 lits TP + 5 lits HDJ - Pr Bouvard Le Service Universitaire d'Hospitalisation pour Enfants et</p>		

	Adolescents de 7 à 17 ans. Ccpea - Pr Bouvard / Dr Pommereau Le Centre de Consultation Polyvalente pour Enfants et Adolescents (12 à 25 ans) et propose une évaluation pluridisciplinaire des troubles psychopathologiques et la mise en place de projets thérapeutiques individualisés.		
CH Cadillac	72 places d'HDJ infanto-juvénile avec 5 HDJ à Villenave d'Ornon (15 places), Toulennes (12 places), Podensac (15 places, Cadillac (15 places), Bordeaux- Bastide (15 places) 3 CATTP : Langon, La Réole, Cenon 15 CMPEA (dont en association avec le Prado) : <u>Bazas</u> , <u>Bègles</u> , <u>Belin- Belier</u> , <u>Bordeaux Marne</u> , <u>Bordeaux-Bastide</u> , <u>Cestas</u> , <u>Langon</u> , <u>Portets</u> , <u>Villenave d'Ornon</u> , Cenon, Lormont, Créon, Cadillac, La Réole, Ambares)		Publique
CH Garderose	3 lits temps plein (ados) dans l'unité Ulyss 8 places hôpital de semaine (8-16 ans) 5 places AFT 40 places d'HDJ/CATTP (chiffres variant selon file active) répartis sur site Garderose (24 places) et 4 HDJ/CATTP à Libourne, Saint André de Cubzac, Saint Giron d'Aiguevives et Pugnac 5CMP : 2 à Libourne, Pugnac, Saint André de Cubzac, Saine Foy la Grande, Blayes	Libournais Haute-Gironde	Publique
Clinique Bethanie	20 places HDJ infanto-juvénile	Graves (Talence)	Adolescents 14 à18 ans
Association Rénovation	HDJ du Parc (Bd Wilson Bordeaux) 35 places (projet thérapeutique + scolarisation) CATTP ESCAPA Boulevard Wilson à Bordeaux 6 CMPEA (dt 5 en partenariat avec le CHCP) le Bouscat, <u>Bordeaux Blanquefort</u> , <u>Eysines</u> , <u>Maison de la petite enfance</u> <u>à St Médard en Jalles</u> , <u>Pauillac</u> 1 CATTP à Blanquefort	Bordeaux Bordeaux	Association d'intérêt public loi 1901 Adolescents 12 /18 ans (dérogation exceptionnelle jusqu'à 21 ans)
APAJH (structure médico-sociale)	6 CMPP Centre Médico-psychopédagogique :	Bordeaux Cenon Pessac Le Teich Libourne, Port Sainte Foy	
CPCT Centre Psychanalytique	Centres de consultations 11/25 ans à Cenon		

de Consultation et de Traitement	15/21 ans à Libourne		
Structures du département /municipales (pour les 11/25 ans)	PAEJ (point d'accueil et d'écoute jeunes) : à Blayes, Cadillac, La Teste, Libourne, Saint Pey de Castet, Talence Maison des adolescents à Bordeaux avec antennes à la Réole et Lesparre Maison service public à Eysines Pôle municipal Simone Veil à Saint Médard en Jalles		

Maison d'accueil spécialisée en Gironde 10 MAS dans le département

structure	lieu	Organisme gestionnaire	Public accueilli	Place hébergement complet	spécificité
MAS Les 4 Vents St Denis de Pile 0557256020	2 route de Guitres 33910 St Denis de Piles	ADAPEI	polyhandicapés	49 places	6 places accueil de jour
MAS de Tresse 0556334204	60 avenue de Mélac BP 57, 33390 Tresse	Association Girondine des infirmes moteur-cérébraux	polyhandicapés	59 places	
MAS Le SABLA	14 chemin de Ronde 33690 Grignols	Autisme sud Gironde	autiste	28 places	accueil de jour, accueil temporaire
MAS du CH Sud Gironde 0556615336	Place St Michel BP 90055 33192 la Réole Cedex	Centre hospitalier intercommunal Sud Gironde	polyhandicapés	48 places	
MAS le Junca 0556874747	1 chemin des Cressionnières 33140 Villenave d'Ornon	APAJH AD 33	Déficients grave du psychisme consécutive à lésion cérébrale polyhandicapés	15 places ----- 47 places	3 places accueil de jour ----- 6 places accueil de jour
MAS Monséjour Marly 0556121616	28 rue Delacroix 33200 Bordeaux	APF	Déficients intellectuels profonds polyhandicapés		
MAS APAJH Mérignac 0556348400	43 rue Jean Monnet 33700 Mérignac	APAJH 33	Handicapés mentaux profonds	45 places	7 places accueil de jour
MAS Du CH	Allée du Preuilha	CH Charles	Déficients graves	50 places	10 places accueil

Charles Perrens 0557932970	33160 St Médard en Jalles	Perrens	de la communication		de jour
MAS Croix Rouge Française 0557701616	2 avenue de Pichot 33138 Lanton	Croix rouge Française	polyhandicapés	38 places	
MAS du Lac Vert de Biganos 0556038182	16 rue des Colverts 33380 Biganos	ADAPEI 33	polyhandicapés	48 places	6 places accueil de jour

L'offre médico-sociale et pédopsychiatrique en Gironde

Nombre d'établissements et de services

Places installées par catégorie d'établissement au 1^{er} janvier 2015 – Taux d'équipement

Catégorie d'établissement	Aquitaine	Gironde
Instituts Médico-Educatifs (IME)		
Nombre d'établissements	54	21
Nombre total de places installées	2975	1282
Établissements enfants ou adolescents polyhandicapés		
Nombre d'établissements	9	2
Nombre total de places installées	195	72
Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP)		
Nombre d'établissements	44	22
Nombre total de places installées	1730	1075
Instituts d'Éducation Motrice (IEM)		
Nombre d'établissements	8	4
Nombre total de places installées	500	309
Établissements pour jeunes déficients sensoriels		
Nombre d'établissements	5	5
Nombre total de places installées	464	464
Établissements expérimentaux		
Nombre d'établissements	5	1
Nombre total de places installées	79	10
Service d'Éducation Spécial et de Soins A Domicile (SESSAD)		
Nombre d'établissements	91	32
Nombre total de places installées	2061	802
Taux d'équipement en places dans les établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD, jardins d'enfants spécialisés et accueil temporaire) pour 1000 habitants de – 20 ans	7,9	9
Taux d'équipement en places dans les SESSAD pour 1000 habitants de – 20 ans	2,8	2,2

Source : DRESS – ARS – FINESS

EHPAD médicalisée de la Gironde

179 EHPAD dans la Gironde

- 39 ehpad public
- 57 ehpad privé non lucratif
- 83 ehpad privé commercial

Aide Financière :

APA : allocation personnalisée d'autonomie
ASH : aide sociale à l'hébergement (habilité)
APL : aide personnalisée au logement (conventionné)
ALS : allocation de logement sociale

Spécificité :

unité d'Azheimer
PASA : pôle activités et de soins adaptés
UHR : unité d'hébergement renforcé

EHPAD médicalisée en Gironde

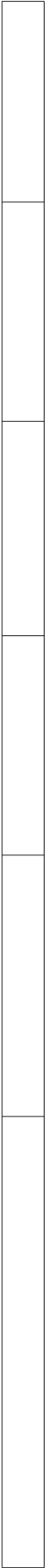
EHPAD public	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Financement public	spécificité	Nombre de place
La CLAIRIERE 8 avenue de Bel Air 33200 Bx 0524993600	CCAS Bordeaux	Permanent Temporaire	APA ASH ALS	Unité Alzheimer PASA	50 à 100
EHPAD du Petit Trianon 6 rue Jean Artus 33300 Bx 05 57 59 28 60	CCAS Bordeaux	Permanent	APA ASH ALS		50 à 100
EHPAD Maryse Bastié 16 rue Maryse Bastié 33000 Bx 05 56 69 31 31	CCAS Bordeaux	Permanent	APA ASH ALS		62
Balcon de Tivoli 148 avenue de Tivoli 33110 le Bouscat, 05 5 78 11 55	Balcon de Tivoli	Permanent	APA ASH ALS	PASA	100
EHPAD du Centre hospitalier de marseille 53 rue St Jean 33580 Monséjour 05 56 61 60 50	CH Monsjour	Permanent	APA ASH ALS		50 à 100
EHPAD Terrasse de Bellerogue Bellerogue 33710 Bourg sur Gironde, 05 57 33 44 83	CH haute Gironde	Permanent Temporaire	APA ASH ALS	Unité Alzheimer PASA UHR	50 à 100
EHPAD Fondation Sabatié 112 rue de la Marne BP 199, 33500 Libourne 05 57 55 35 96	CH Libourne	Permanent Accueil de jour	APA ASH ALS		100

EHPAD public	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Financement public	spécificité	Nombre de place
EHPAD le Barail des jais 4 allée David Mitterrand 33910 St Denis de Pile, 05 24 50 72 27	CH libourne	Permanence Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	100
EHPAD Résidence la Belle Île Chemin des Lamprois 33500 Libourne, 05 57 55 35 96	CH fondation Sabatier	Permanent	APA ASH ALS	Unité Alzheimer PASA	+ de 100
EHPAD Belle Île -pavillon 40 112 rue de la Marne 33500 Libourne 05 57 55 34 34	CH Libourne	Permanent	APA ASH ALS	UTAZ	25 à 50
Le Bois de Semignan rue du Général de Gaulle 33680 Lacanau, 05 56 03 54 17	CCAS Lacanau	Permanent	APA ASH ALS		25 à 50
EHPAD Primerose 10 rue Edouard Vaillant 33230 Coutras 05 57 49 11 65	Maison de retraite publique	Permanent	APA ASH ALS	Unité Alzheimer PASA	50 à 100
EHPAD médicalisée public 46 rue de la Tour du Pin BP 98 33240 St André de Cubzac 05 57 94 02 50	Maison de retraite publique	Permanent	APA ASH ALS	PASA	100
EHPAD les Jardins D'Alouette avenue du Haut Lévêque 33600 Pessac, 05 57 65 65 65	CHU de Bordeaux	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer PASA	50 à 100
EHPAD Public Hubert Lalanne 1 rue de la Victoire Prechac, 05 24 05 00 05	Hubert Lalanne	Permanent Temporaire	APA ASH ALS		25 à 50

EHPAD public	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Financement public	spécificité	Nombre de place
EHPAD Paul Ardouin 25 chemin départemental 33390 Blaye, 05 57 33 44 83	CH haute Gironde	Permanent	APA ASH ALS		25 à 50
EHPAD de Symphorien 21 rue les Sycomores 33113 St Symphorien, 05 56 65 73 00	CCAS St Symphorien	Permanent Temporaire	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	
Jacqueline AURIOL 2 rue Rosa Bonheur 33660 St Seurin sur l'Isle, 05 57 56 01 70	CCAS St Seurin sur l'Isle	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer PASA	50 à 100
Résidence Simone de Beauvoir 29 allée du Preuilha St Médard en Jalles, 05 56 70 13 63	CCAS St Médard en Jalles	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
Manon CORMIER 58 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny 33130 Bègles 05 56 85 95 82	Maison de retraite Manon Cormier	Permanent	APA ASH ALS	Unité Alzheimer PASA	50 à 100
Le Hameau de la Pelou 8 bd de Verdun 33670 Créon 05 57 34 53 11	Le Hameau de la Pelouse	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer PASA	100
Ehpad Château Garderès 24 avenue du Lycée 33400 Talence 05 56 04 04 58	Maison de retraite château de Garderès	Permanent Temporaire	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD Seguin 15 chemin du Biala 33610 Cestas 05 56 78 13 90	E. Seguin	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	PASA	50 à 100

EHPAD public	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Financement public	spécificité	Nombre de place
EHPAD Home Marie Curie avenue Edouard Bouleaux 33140 Villenave d'Ormon, 05 56 75 51 60	CCAS Villenave D'Ormon	Permanent	APA ASH ALS	PASA	50 à 10
EHPAD Centre Hospitalier de Bazas rue du 8 Mai 1945, 33430 Bazas 05 56 65 04 65	CH Bazas	Permanent	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	100
EHPAD Centre Hospitalier de Bazas le Bourg Villandraut 05 56 65 02 83	CH Bazas	Permanent	APA ASH ALS		19
EHPAD Le Jardin des Provinces 33 rue Sarah Bernhardt 33600 Pessac	Le Jardin des Provinces	Permanent	APA ASH ALS		50 à 100
EHPAD Saint Jacques de Compostelle 73 routes des Lacs 33780 Soulac /mer, 05 56 73 50 50	Saint Jacques de Compostelle	Permanent Temporaire	APA, ASH ALS	Unité Alzheimer	100
Fondation Escarraguel 4 rue du général de Gaulle 33810 Ambès, 05 56 77 12 57	Fondation Escarraguel	Permanent	APA ASH ALS		50 à 100
EHPAD CH St Foy la Grande 1 avenue Charrier BP 10, 33220 St Foy la Grande 05 57 41 96 96	CH St Foy la Grande	Permanent	APA ASH ALS		100
Ch du centre hospitalier de Bx à Lormont avenue Pierre Mendès France 33310 Lormont	CHU Bx	Permanent	APA ASH ALS		100

EHPAD public	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Financement public	spécificité	Nombre de place
EHPAD Val de Brion rue Paule Langevin Bp 60283 33210 Langon	CH intercommunal Sud Gironde	Permanent	APA ASH ALS		50 à 100
EHPAD du Centre de soins de Podensac 5 Allée Georges Montel 33720 Podensac, 05 56 76 55 00	Centre de soins de Podensac	Permanent	APA ASH ALS		100
EHPAD La Réole 37 chemin de Ronde BP 90055 33190 La Réole, 05 56 61 52 90	CH intercommunal Sud Gironde	Permanent	APA ASH ALS		100
EHPAD St Macaire 8 rue de Verdun 33490 St Macaire 05 56 62 23 30	Maison de retraite St Macaire	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	100
EHPAD résidence Médicalisée John Talbot 4 rue du 19 mars 1962 BP 124 33350 Castillon La Bataille 05 57 40 03 42	Maison de retraite	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	100
LARRIERE 2 avenue du Général Berdoulet 33120 Arcachon, 05 56 22 43 00	CH Arcachon	Permanent	APA ASH ALS		50 à 100
EHPAD MEDULI 64 avenue Gambetta 33480 Castelneau du Médoc, 05 56 58 16 33	Maison de retraite Castelneau Médoc	Permanent	APA ASH ALS	PASA	50 à 100
Fondation Roux Vertheuil 4 rue Armand Roux 33180 Vertheuil	Fondation Roux 05 56 41 98 06	Permanent	APA ASH ,ALS		50 à 10



EHPAD privé non lucratif	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Financement public	spécificité	Nombre de place
EHPAD St Joseph 19 avenue du Périgord 33220 Port St Foy et Ponchapt 05 53 24 70 87	ADGESSA	Permanent	APA ASH ALS	Unité Alzheimer PASA	50 à 100
EHPAD Fondation DUBOIS 2 avenue du 8 mai 1945, 33420 Branne 05 57 84 63 98	Fondation Dubois	Permanent Temporaire	APA ASH ALS		50 à 100
EHPAD TROPAYSE 13 rue Pierre Mendes-France 33530 Bassens, 05 56 31 53 22	Association action sanitaire sociale Aquitaine	Permanent	APA ASH ALS		25 à 50
Fondation St Léonard 1 bis rue Maurice Rey BP 40062 33340 Lesparre Médoc,	Fondation St Léonard	Permanent	APA ASH ALS	Unité Alzheimer UHR (unité hébergement renforcé)	50 à 100
EHPAD St Dominique 80 Bd Deganne 33120 Arcachon 05 56 83 32 40	Maison de retraite St Dominique	Permanent	APA ASH ALS	PASA	50 à 100
EHPAD Pagneau 8 chemin Pagneau 33700 Mérignac 05 56 34 81 09	Association action sanitaire sociale Aquitaine	Permanent	APA ALS		25 à 50
EHPAD la résidence les Berges du Lac 41 rue Marceline Desbordes Valmore 33300 Bx	PTP résidence médico- sociale	Permanent Accueil de jour	APA ASH ALS	PASA	50 à 100
Les Dames de la Foi, cos villa Pia 52 rue des Treuils 33000 Bx, 05 56 96 13 59	COS	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer PASA	80

EHPAD privé non lucratif	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Financement public	spécificité	Nombre de place
EHPAD Terre Nègre 95 rue Ernest Renan 33000 Bx, 05 56 44 04 40	Maison de retraite Terre Nègre	Permanent	APA ASH ALS	Unité Alzheimer UHR PASA	400
Le Grand Bon Pasteur 6 avenue Charles de Gaulle 3300 Bx 05 56 08 33 10	ADGESSA	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS		101
Le Platane du grand Parc 17 rue des Généraux Duche 33300 Bx 05 56 14 16 30	Association les Doyennés	Permanent Temporaire	APA ASH ALS	Unité Alzheimer PASA	94
EHPAD Henry Dunant 25 Bd Georges V 33000 Bordeaux 05 56 00 24 00	Croix Rouge	Permanent	APA ASH ALS		59
EHPAD Plein Soleil 95 rue Billaudel 33800 Bx 05 56 33 36 36					50
Les fleurs de Gambetta 19 rue Gambetta 33200 Bx 05 56 08 14 70	Association action sanitaire sociale Aquitaine	Permanent	APA ASH ALS		68
EHPAD le Sablonat 9 Bd Albert 1 ^{er} 33800 Bx 05 57 59 28 60	Association chemins d'Espérance	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	PASA	24
Petites sœurs des pauvres 181 rue Judaïque 33000 Bx 05 56 90 12 20	Petites sœurs des pauvres	Permanent	APA ALS		50 à 100
EHPAD Marie Dunan 174 avenue Emile Counord 33300 Bx 05 57 87 02 61	Fondation maison de santé protestante	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	50 à 100

EHPAD privé non lucratif	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Financement public	spécificité	Nombre de place
EHPAD du bon secours rue St Marie 33130 Bègles 05 56 49 18 04	Association Béglaise du bon secours	Permanent Temporaire	APA ASH ALS	PASA	50 à 100
EHPAD GALLEVENT 9 avenue François Mitterand 33470 Le Teich, 05 56 22 66 65	APAPABA	Permanent Temporaire	APA ASH ALS	PASA	50 à 100
EHPAD résidence Aquitaine 50 avenue des Frères Robinson 33700 Mérignac, 05 56 34 30 40	Association action sanitaire sociale Aquitaine	Permanent	APA ASH ALS		25
EHPAD résidence Anna Hamilton 3 rue du 19 mars 1962, 33760 Targon	Fondation maison de santé protestante	Permanent Temporaire	APA ASH, ALS	PASA	50) 100
EHPAD Bois Gramond rue François Mauriac, 33320 Eysines 05 56 16 55 00	ADGESSA	Permanent Temporaire	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD St Joseph 7 bd de l'Océan 33120 Arcachon 05 56 83 03 27	Association Air Plage	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS		25 à 50
EHPAD Louis Braille 2 avenue d'Izon, 33870 Vayres 05 57 76 81 44	UNADEV	Permanent Temporaire	APA ASH ALS		83
EHPAD les Coteaux 38 rue André Dupin 33800 Lormont 05 57 77 68 40	UGECAM aquitaine	Permanent	APA ASH ALS		50 à 100
Ehpad Belle Croix avenue Pierre Mendès-France 33207 Floirac, 05 56 86 38 12	Association veuve de guerre du SO	Permanent Temporaire	APA ASH ALS	Unité Alzheimer PASA	50 à 100

EHPAD privé non lucratif	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Financement public	spécificité	Nombre de place
EHPAD Câteau Vácquey 56 avenue Vacquey 33370 Sallebeouf 05 56 72 91 45	Association des jeunes amis des personnes âgées	Permanent Temporaire	APA ASH ALS	PASA	50 à 100
EHPAD le verger du Câteau 7 rue de Malagenne 33290 Blanquefort 05 56 95 01 04	Association action sanitaire sociale Aquitaine	Permanent	APA ASH ALS		25 à 50
EHPAD Mirambeau 11 rue Mirambeau 33590 St Vivien du Médoc, 05 56 09 44 51	Association action sanitaire sociale Aquitaine	Permanent	APA ASH ALS		25 à 50
Maison de retraite de Fontaudin 2 allée Jeanne Chaney 33600 Pessac 05 56 46 45 70	Association St Joseph	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	100
EHPAD Louise Michel 4 rue Louis Massina 33440 Ambarès la grave 05 56 33 37 66	Association action sanitaire sociale Aquitaine	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD foyer du Combattant Château Saugeron BP 95, 33390 Blaye 05 57 42 28 00	Association foyer du combattant	Permanent Temporaire	APA ASH ALS	Unité Alzheimer PASA	50 à 100
EHPAD les Pilets 2 allée Pignots 33380 Biganos 05 56 03 00 10	Association action sanitaire sociale Aquitaine	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD Résidence St Germaine 2 rue la Chapelle 33500 Bruges 05 56 28 12 80	Association foyer des aînés	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD St Georges 119 rue André-Lesca 33260 la Teste de Buch, 05 57 72 70 00	Association foyer des aînés	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	50 à 100

EHPAD privé non lucratif	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Financement public	spécificité	Nombre de place
EHPAD le Bois des Palombes chemin Bel air 33850 Léognan 05 57 96 05 20	Association action sanitaire sociale Aquitaine	Permanent	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD l'Aarousiney allée de l'Arousiney 33470 Gujan Mestras 05 57 15 56 00	Fondation partage de vie	Permanent Temporaire Accueil de jour	ASH ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD Les Baccharis 7 route de Pouzoum 33138 Lanton 05 57 17 18 00	Association foyer des aînés	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
L'airial de Biron 6 cité Monnier 33840 Captieux	ADGESSA	Permanent	APA ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD résidence le Bois du Loret 30 rue Clément Ader CS 80003 33150 Cenon, 05 56 67 95 95	Association foyer des aînés	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD du Bon Pasteur 33540 St Brice, 05 56 71 54 07	ADGESSA	Permanent	APA ASH ALS		25 à 50
EHPAD le Doyenné de Langon 91 crs Maréchal de Lattre de Tassigny 33210 Langon	Association les doyennés	Permanent Temporaire	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
Paul Louis WEILLER 6 rue Paul Wallerstein 33740 Arès 05 57 17 03 00	Maison de retraite œuvre de Paul Weiller	Permanent	APA ASH ALS	Unité Alzheimer PASA	50 à 100
EHPAD Résidence Bossèges 18 rue Pierre Castera 33112 St Laurent du Médoc 05 56 59 96 96	ADGESSA	Permanent	APA ASH ALS		25 à 50

EHPAD privé non lucratif	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Financement public	spécificité	Nombre de place
Maison de retraite Résidence les Fontaines de Monjous 9 rue des fontaines de Monjous CS 40113, 33170 Gradignan, 05 57 35 28 28	PTP	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer PASA	+ de 100
Maison des Cotoniers 12 rue Michèle Perrin 33580 Audenge, 05 57 17 19 39	ADEF	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer UHR PASA	84
EHPAD le Vigeon 2 place Baudon 33320 Eysines 05 56 28 03 63	Association foyer des aînés	Permanent Temporaire	APA ASH ALS		50 à 100
EHPAD PMMJL 10 route de Soulac 33930 Vendays Montalivet, 05 56 73 53 00	Association Pierre Marc et Marie José Lalanne	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS		50 à 100
EHPAD la mémoire des Ailes 5 rue Elise Deroche 33380 Marcheprime 05 56 33 10 89	Association éduc d'insertion social	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASH ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD MGEN 2 avenue de la Plage BP 32 33740 Arès, 05 56 03 85 00	MGEN	Permanent Temporaire	APA APL	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD les Acacias 8 rue des Acacias 33250 Pauillac 05 56 59 09 42	SARL les Acacias	Permanent	APA ALS		25 à 50
EHPAD mutualiste Pessac 46 avenue Dr A. Schweitzer 33600 Pessac 05 56 46 55 00	Pavillon mutualité	Permanent	APA APL		50 à 100
EHPAD Château Pomerol 21 avenue des Griffon 33530 Bassens05 57 77 50 00	Union mutualiste résidence Château Pomerol	Permanent	APA ALS		50 à 100

EHPAD privé non lucratif	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Financement public	spécificité	Nombre de place
EHPAD la villa Tchanquée 28 crs Tartas 33120 Arcachon 05 57 72 44 90	LOGEA	Permanent	APA APL		50 à 100
EHPAD Villa des Chartrons 21 crs St Louis 33300 Bx 05 57 87 33 66	LOGEA	Permanent	APA APL		73
Notre de dame de Bonne Espérance 40 rue du Fils 33000 Bx 05 57 81 14 30	ADGESSA	Permanent Temporaire	APA ASH ALS	PASA	93
EHPAD Guyenne 192 rue Achard 33300 Bx 05 56 43 18 31			APA ASL		28

EHPAD privé commercial	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Financement public	spécificité	Nombre de place
Résidence Vermeil 138 avenue du Général Leclerc 33200 Bx, 05 56 42 41 00	COLISEE	Permanent Temporaire	APA APL		40
Résidence le Clos d'Alienor 31 rue Lamartine 33110 Le Bouscat 05 56 02 37 58	ORPEA				42
EHPAD le temps de vivre 16 chemin de Ronde 33690 Grignols 05 56 25 55 63	SA du Sabla	Permanent Temporaire	APA APL	Unité Alzheimer	50 à 100
Ehpad le Clos Bonnardel 4 rue Jean Bonnardel 33140 Villenave d'Omon, 05 56 87 70 00	SARL Résidence de la HE	Permanent	APA APL		25 à 50
EHPAD l'entre deux mers 44Bd du 11 Novembre 33540 Sauveterre de Guyenne, 0556718649	Société SA entre deux mers	Permanent	APA ASL		25 à 50
Domaine Bardon Lagrange route de Sauveterre 33410 Cadillac	SARL Bardon Lagrange	Permanent	APA ASL		25 à 50
Ehpad la Chênaie 6 rue André Lafon 33820 St Ciers/Gironde, 05 57 32 99 32	SAS la Chênaie	Permanent	APA APL	Unité Alzheimer PASA	50 à 100
EHPAD le Clos des Acacias 6 rue d'Arche de Luxe 33490 Caudrot 05 56 62 81 12	SARL le Clos des acacias	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASL	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD les Jardins D'Eléonore 2 B rue croix haute 33580 Monségur 05 56 61 82 95	COLISEE	Permanent Temporaire	APA ASL	Unité Alzheimer	58

EHPAD privé commercial	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Financement public	spécificité	Nombre de place
Ehpad le Mont des landes 8 avenue Maurice Lacoste 33920 St Savin 05 57 94 05 05	SAS Mont des landes	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASL	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD La Chartreuse Coutras 4 rue de la République 33230 Coutras 05 57 49 15 32	SARL la Chartreuse	Permanent Temporaire	APA ASL	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD Résidence des Graves 97 lieu dit le bourg 33720 Illats 05 56 62 49 28	SARL maison de retraite des graves	Permanent Temporaire	APA APL	Unité Alzheimer	25 à 50
Maison de retraite la renaissance 7 avenue du Clonnel Fouck 33600 Pessac 05 56 45 28 32	SARL la renaissance	Permanent	APA ALS		50 à 100
EHPAD Clairefontaine 34 avenue des sapinettes 33127 Martignas sur Jalles, 05 56 78 04 79	SARL Clairefontaine	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ALS		50 à 100
EHPAD le Retou é& rue de Pauillac 33460 Lamarque	SARL le Retou	Permanent	APA APL		
Le Clos Caychac 259 avenue Général de Gaulle 33290 Blanquefort 05 56 95 57 30	SARL Résidalya Blanquefort	Permanent Temporaire	APA ALS		25 à 50
EHPAD résidence ALOHA 57 chemin Mathyadeux 33320 le Taillan Médoc, 05 46 05 06 49	SARL Résidalya Blanquefort	Permanent Temporaire	APA ALS		25 à 50
EHPAD le Clos St Martin 80 lieu dit le Vieux Peujard 05 57 43 06 22	SARL le vieux St Martin	Permanent	APA ALS		25 à 50

EHPAD privé commercial	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Financement public	spécificité	Nombre de place
EHPAD le repos Marin 7 bd marsan de Montbrun 33788 Souillac/mer, 05 56 09 04 54	SA le Repos Marin	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ALS	Unité Alzheimer	100
EHPAD les Erable 11 avenue des Erables 33600 Pessac 05 56 65 43 46	SAS les 2rables	Permanent Temporaire	APA APL	Unité Alzheimer	25 à 50
EHPAD ensemble résidentiel de santé AGORA 9 route des bois Savis 33640 Castres Gironde	SAS l'Acropole	Permanent	APA ALS	Unité Alzheimer	25 à 50
EHPAD les Terrasse de Beauséjour 92 avenue de l'entre deux mers 33770 Fargues St Hilaire, 05 56 78 33 34	SA les terrasses de Beauséjour	Permanent	APA ALS		50 à 100
EHPAD château la Cure 1 route du stade 33880 St Caprais de Bx 05 56 78 71 48	SARL château la Cure	Permanent	APA APL		25 à 50
EHPAD le parc du Bequet 344 route de Toulouse 33130 Bègles 05 56 49 26 06	SAS EHPAD du Bequet	Permanent	APA ALS		50 à 100
EHPAD les Jardins du Médoc 7 impasse de la tour 33340 Gaillan en Médoc, 0556 41 87 31	EURL les jardins du Médoc	Permanent	APA APL		25 à 50
EHPAD les bois de Landecotte 890 route Royale 33240 la Lande de Fronsac, 05 57 33 50 33	les bois de Landecotte	Permanent	APA APL		25 à 50

EHPAD privé commercial	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Financement public	spécificité	Nombre de place
EHPAD le Moulin de Jeanne 29 rue du moulin Rouge 33450 St Loubes	SARL du Moulin St Loubes	Permanent Temporaire	APA ASL	Unité Alzheimer PASA	50 à 100
EHPAD les Charmilles 29 avenue de L'Épinette 33500 Libourne 05 57 25 13 89	SARL les charmilles Libourne	Permanent	APA APL		25 à 50
EHPAD du Duc de Lorge 33127 St Jean D'Illac, 05 56 21 67 05	SARL Cambo Enia	Permanent	APA ALS		50 à 100
EHPAD le Clos St Jacques 204 crs du Général de Gaulle 33170 Gradignan, 05 56 89 08 23	SARL clos St Jacques	Permanent	APA ALS		25 à 50
EHPAD la Clairière de Bel air 1 rue de Los Heros 33185 le Haillan 05 56 13 13 56	SARL la Clairière de Bel Air	Permanent Temporaire	APA ASL	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD le lac de Calot 240 chemin du port d'Hourtin 33140 Cadaujac, 05 57 83 84 00	SARL le lac de Calot	Permanent	APA ASL	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD le Home Médocain allée du Chateau 33460 Arsac 05 57 88 56 56	SARL le home médocain	Permanent Temporaire	APA ASL	PASA	50 à 100
EHPAD ma résidence 185 avenue du Périgord 33370 Ivrac, 05 57 34 11 25	SAS ehpad ma résidence	Permanent	APA ASL		50 à 100
EHPAD résidence ABELIA 18 rue Jean Raymond Guyon BP 51 33960 Carbon Blanc, 05 56 33 44 44	Favols santé	Permanent	APA ASL		50 à 100
EHPAD villa Présentine zone artisanale Daubert 33420 Rauzan 05 57 84 50 30	SAS maison du pays langonnais	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA APL		50 à 100

EHPAD privé commercial	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Aide public	spécificité	Nombre de place
EHPAD du bourg 5 rue Louis Pasteur 33127 Martignas/Jalles, 05 56 21 47 06	Gemonie Ehpad du bourg	Permanent Temporaire	APA ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
Maison de retraite Chantefontaine 3 chemin de Chante fontaine 33610 Cestas, 05 56 78 84 38	SA domaine de cestas	Permanent	APA API		25 à 50
EHPAD Jean Monnet 7 rue Goerges Négrevergne 33700 Mérignac, 05 56 01 63 00	COLISEE	Permanent	APA ALS	Unité Alzheimer PASA	50 à 100
EHPAD les roses du bassin 3 rue Guyemer 38260 La Teste du Buch 05 56 22 30 00	SASU les roses du Bassin	Permanent	APA ALS		50 à 100
EHPAD résidence de Pyla /mer 7 allée de la Chapelle 332260 La Teste du Buch, 05 56 22 10 18	Résidence de pyla/mer	Permanent	APA ALS	PASA	50 à 100
EHPAD Paul Claudel 12 rue Paul Claudel 33700 Mérignac 05 56 00 49 49	SAS St Rémi résidence Paul Claudel	Permanent	APA ALS		50 à 100
EHPAD le domaine des Augustins 27 chemins d'Arcins, 33360 Latresne 05 56 20 73 16	LNA-santé	Permanent	APA APL		25 à 50
EHPAD résidence du tertre 7 lieu dit lague-sud 33126 Fronsac 05 57 74 18 67	SAS résidence du tertre	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ALS	Unité Alzheimer PASA	50 à 100
EHPAD les mûriers 4 allée de l'étoile du berger 33360 Carignan, 05 56 20 53 99	SAS les mûriers	Permanent Temporaire	APA ALS	Unité Alzheimer	50 à 100

EHPAD privé commercial	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Aide public	spécificité	Nombre de place
EHPAD la maison de St Aubin allée des châtaigniers 33160 St Aubin du Médoc, 05 56 95 75 62	SAS maison St Aubin	Permanent Temporaire	APA ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD le verger d'Anna 8 rue du grand Jeannot 33350 St Terre, 05 57 49 86 00	ORPEA	Permanent Temporaire	APA ALS	Unité Alzheimer	77
EHPAD les jardins de Leyssotte 126 chemin de Leyssotte 33140 Villenave d'Ornon, 05 64 12 08 00	LNA-santé	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA APL	Unité Alzheimer	110
Maison de retraite Korian villa Bomptemps 257 route de Toulouse 33400 Talence	KORIAN	Permanent	APA API		50à 100
EHPAD le Bourgailh 46 avenue du Bourgailh, 33600 Pessac 05 57 26 07 07	LNA sante	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA APL	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD Korian le Chalet 7 route de l'Aurignolle 33230 Belin Beliet, 05 56 88 01 86	KORIAN	Permanent Temporaire	APA APL	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD le parc des oliviers 61 rue de Vessivey 33290 Parempuyre 05 56 15 40 51	SAS Aquila le parc des oliviers	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ALS		50 à 100
EHPAD résidence le clos Lafitte 20 route de maison rouge 33370 Fargues St Hilaire, 05 56 21 21 21	SAS du clos Lafitte	Permanent	APA ALS	Unité Alzheimer PASA	50 à 100
EHPAD les jardins D'ombeline 24 rue Racine 33560 Carbon Blanc 05 57 30 89 00	ORPEA	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ALS	Unité Alzheimer	50 à 100

EHPAD privé commercial	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Aide public	spécificité	Nombre de place
EHPAD les jardins de l'ombrière 5 rue Olivier de Serre 33320 Eysines 05 56 01 19 99	SARL l'Ombrière	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ALS	Unité Alzheimer PASA	50 à 100
EHPAD résidence D'audenge 2 allée de Boissière BP 9, 33980 Audenge 05 56 03 81 00	SA résidence Audenge	Permanent	APA APL		50 à 100
EHPAD résidence Bellevue 602 rue du cap d'Aulun 33880 Cambes 05 56 78 78 56	SAS holding mieux vivre	Permanent Temporaire	APA APL	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD résidence Médicis 172 avenue du Truc 33700 Mérignac 05 56 34 38 58	SA les jardins de Cybèle	Permanent	APA ASL	PASA	+ de 100
EHPAD les chardons Bleus 37 avenue de Foncatel 33700 Mérignac 05 56 97 33 33	ORPEA	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA		70
Résidence le Tchanques 76 avenue de la mairie 33950 Lège Cap Ferret, 05 57 17 16 30	SARL le temps qui passe	Permanent Temporaire	APA ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD l'Oasis 5 rue du pont neuf 33470 le Teich 05 56 83 31 46	ORPEA	Permanent	APA ALS		25 à 50
EHPAD résidence la Savane 37 39 allée de lespurgères 33470 Gujan Mestras, 05 56 66 16 37	SAS résidence la savane	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ALS	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD résidence les Magnolias 17 bis avenue Victor Hugo 33380 Biganos, 05 57 17 70 50	ORPEA	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA APL	Unité Alzheimer PASA	26

EHPAD privé commercial	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Aide public	spécificité	Nombre de place
EHPAD Korian villa Gabriel 20 avenue Favard 33170 Gradignan 05 57 96 28 28	Société d'exploitation home St Gabriel	Permanent	APA API	Unité Alzheimer	100
EHPAD la Chêneraie 78 rue de Lacanau 33000 Bx 05 56 02 82 27	ORPEA	Permanent Temporaire	APA API	Unité Alzheimer PASA	50 à 100
EHPAD le relai des sens 5 rue Georges Pompidou 33400 Talence 05 56 84 40 00	ORPEA	Permanent	APA API	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD la villa des Pins 1 bd Daniel Digneau 33510 Andernos les Bains, 05 57 76 55 20	ORPEA	Permanent	APA ASI	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD la Pastorale 39 route Bleue 33270 Bouliac 05 57 91 10 00	SARL la Pastorale	Permanent Temporaire	APA API	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD résidence Talansa 62 crs du Maréchal-Gallièni 33400 Talence, 05 35 38 57 00	SAS les jardins de Laurenzanne	Permanent	APA ASI	Unité Alzheimer	50 à 100
EHPAD le clos d'Alienor 31 rue Lamartine 33110 le Bouscat 05 56 02 37 58	ORPEA	Permanent	APA API		50 à 100
EHPAD douceur de France 12 allée Carthon Ferrière 33170 Gradignan, 05 57 12 42 42	SA EMERA	Permanent Temporaire	APA ASI	Unité Alzheimer	117
Maison de retraite les Bouleaux 12 chemin de Bonneau 33640 Arbanats 05 56 67 32 80	Madame Ballange	Permanent	APA API		25

EHPAD privé commercial	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Aide public	spécificité	Nombre de place
EHPAD la Parentèle 65 avenue de l'Alouette 33700 Mérignac 05 56 05 50 00	ALMAGE	Permanent	APA ASI	Unité Alzheimer	
EHPAD les Mimosas 25 route de L'estuaire 33390 Plassac 05 57 42 07 09		Permanent	APA APL		
EHPAD résidence les Dagueys rue de Logrono ZA les Dagueys 33500 Libourne, 05 57 ,23 10 23	COLISEE	Permanent	APA	Unité Alzheimer	63
Maison de retraite l'orchidée 5 avenue du Claret 33360 Carignan de Bx, 05 56 21 20 24		Permanent	APL		
Les jardins d'Iroise de Blaye 36 rue Dr Boutin 33390 Blaye 05 57 42 04 54		Permanent	APL		
Résidence Aimé Cesaire 20 rue du professeur Lamelongues 33300 Bx, 05 57 01 66 00	COLISEE	Permanent temporaire	APA ASI	Unité Alzheimer	88
EHPAD résidence des Carmes tiers temps 1 rue Montgolfier 33300 Bx 05 56 79 65 65	DomusVI	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASL		81
Résidence les jardins de Caudéran 207 rue Pasteur 33200 Bx 05 56 08 36 15	COLISEE	Permanent Temporaire	APA APL	Unité Alzheimer	70
Villa Louisa 76 bis crs St Louis 33300 Bx 05 57 10 58 50	KORIAN	Permanent Temporaire Accueil de jour	APA ASL	Unité Alzheimer	50

EHPAD privé commercial	Organisme gestionnaire	Type hébergement	Aide public	spécificité	Nombre de place
EHPAD les jardins de Jeannes 139 avenue des portes 33450 Izon 05 57 55 68 90	Résidence du lac Izon	Permanent Temporaire	APA ASL	PASA	50 à 100
Clos Serana 1 rue Jean Renaud Dandicolle 33000 Bx 05 56 99 43 43	KORIAN	Permanent	APA APL	PASA	38
Résidence L'Amaryllis 36 avenue de Gravelotte 33800 Bx 05 56 94 70 15	LNA-santé	Permanent			12

