

**Projet Territorial de Santé Mentale
(PTSM)
Département de la Lozère
2019-2023**

**Document soumis à approbation du Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie
le 2 décembre 2019**

Propos liminaires

Les acteurs des champs sanitaire, médico-social, social, de la prévention, ainsi que les administrations de l'Etat, les collectivités territoriales, les usagers, de nombreuses associations, se sont engagés dans l'élaboration du **Projet Territorial de Santé Mentale de Lozère** en application du Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017.

La démarche s'est ouverte officiellement le 28 mai 2019. Ces professionnels se sont appuyés sur les données socio-démo-graphiques et épidémiologiques caractérisant le territoire de la Lozère. A partir d'un questionnaire portant sur l'offre en santé mentale, ils ont dressé un diagnostic territorial partagé.

La mobilisation de plusieurs groupes thématiques au cours de la journée du 10 juillet 2019 est venue compléter des travaux de synthèse réalisés à partir des données existantes et connues, de manière à couvrir l'ensemble du champ d'un projet territorial de santé mentale.

Le COPIL, constitué des membres de la Commission Spécialisée en Santé Mentale, émanation du Conseil Territorial de Santé, a rendu compte aux principales étapes de l'avancement des travaux.

Ce dernier a validé l'ensemble du document (le diagnostic territorial partagé et la feuille de route portant les actions à conduire sur les 5 prochaines années), à l'unanimité (au terme d'une séance d'ultimes amendements et mises au point rédactionnelles), le lundi 4 novembre 2019.

Ses rédacteurs ont délibérément choisi de présenter les deux volets du projet territorial de santé mentale de la Lozère dans un seul et même document. Il s'agit en effet de donner au lecteur la vision globale des enjeux de santé mentale propres au territoire lozérien.

Enfin, il importe de souligner que les acteurs du territoire qui ont produit cette feuille de route dans le champ de la santé mentale l'ont voulue la plus opérationnelle possible et ont organisé une présentation de restitution le 19 novembre 2019.

Le Projet Territorial de Santé Mentale de Lozère, a été présenté, pour avis, aux membres du Conseil Territorial de Santé de Lozère le 12 novembre 2019 où il a reçu une approbation à l'unanimité.

Il est, à présent, soumis à l'approbation du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie.

Table des matières

INTRODUCTION : Le cadre de construction du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) en Lozère	7
1. Le cadre réglementaire du Projet Territorial de Santé Mentale	7
2. Les axes du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2023.....	8
3. La démarche de construction du PTSM	9
3.1. Le PTSM de Lozère : son objet, son périmètre, ses acteurs.....	10
<i>Les acteurs du PTSM sont les acteurs de la santé mentale du territoire, au sens large du terme.....</i>	<i>10</i>
3.2. La gouvernance du projet	11
3.3. La construction du diagnostic territorial partagé en santé mentale (DTPSM)	12
3.4. La mobilisation des acteurs à l'échelle du territoire	14
3.5. La mise en œuvre du PTSM	14
3.5.1. <i>Le Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM)</i>	<i>14</i>
3.5.2. <i>La déclinaison des actions du PTSM au sein des projets d'établissement ou de service et du projet médico-soignant partagé du GHT de Lozère</i>	<i>14</i>
3.5.3. <i>Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.....</i>	<i>15</i>
3.5.4. <i>Les autres outils de déclinaison et de contractualisation</i>	<i>15</i>
DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE EN SANTE MENTALE DE LOZERE	16
1. Synthèse des recueils quantitatifs et qualitatifs	16
1.1. Pour le recueil quantitatif.....	17
1.2. Pour le recueil qualitatif.....	18
2. Caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques liées à la santé mentale en Lozère	19
2.1. Profil socio-économique de la population	19
2.1.1. <i>Evolution et projection de la population.....</i>	<i>19</i>
2.1.2. <i>Emploi et précarité économique</i>	<i>20</i>
2.1.3. <i>Structure familiale et logement.....</i>	<i>21</i>
2.1.4. <i>Etat de santé de la population</i>	<i>22</i>
2.2. Recours aux soins.....	23
2.2.1. <i>Recours aux soins des enfants et adolescents.....</i>	<i>23</i>
2.2.2. <i>Recours aux soins des adultes.....</i>	<i>24</i>
2.2.3. <i>Le recours aux structures médico-sociales pour les patients provenant de la psychiatrie</i>	<i>27</i>

3.	Offres sanitaire, médico-sociale et sociale	28
3.1.	Offre sanitaire	28
3.1.1.	<i>Offre de soins médicale libérale</i>	28
3.1.2.	<i>Offre de soins paramédicale et psychologique</i>	30
3.1.3.	<i>Les regroupements de professionnels</i>	31
3.1.4.	<i>Offre de soins hospitalière en psychiatrie</i>	31
3.2.	Offre médico-sociale et sociale	34
3.2.1.	<i>Equipements à destination des personnes handicapées</i>	34
3.2.2.	<i>Equipements à destination des populations spécifiques</i>	36
3.3.	Les dispositifs de prévention et de coordination.....	38
3.3.1.	<i>La prévention et l'éducation des usagers</i>	38
3.3.2.	<i>Les liens entre structures sanitaires et médico-sociales</i>	39

LES ENJEUX DU PTSM ET SA FEUILLE DE ROUTE 40

1.	Les champs de travail prioritaires issus du diagnostic partagé	40
1.1.	La méthode de travail	40
1.2.	Les thématiques prioritaires et les questions associées	40
1.3.	Les grands enjeux transversaux issus des groupes de travail thématiques	41
2.	Les actions du PTSM – La feuille de route	43
3.	Le partage du PTSM avec les acteurs de sa construction	46

LES ACTIONS DU PTSM47

1.	Action 1 : Un guichet unique pour les adolescents de Lozère : vers un modèle de Maison des Adolescents	48
2.	Action 2 : La prise en charge en santé mentale des adolescents : gestion des situations de crise et des cas complexes.....	53
3.	Action 3 : Le dépistage précoce et la prise en charge de l'autisme en Lozère : l'Equipe d'évaluation des TSA et la Plateforme TND	58
4.	Action 4 : L'équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) : mieux toucher les publics distants et vulnérables	64
5.	Action 5 : La trajectoire des patients vers l'inclusion : la fluidité des parcours entre les champs sanitaire, médico-social et social	72
6.	Action 6 : Le parcours de soins et de vie des personnes handicapées psychiques vieillissantes.....	77

7. Action 7 : La communication / coordination: les outils à disposition des acteurs de la santé mentale en Lozère.....	81
8. Action 8 : La coordination du parcours du patient : déploiement de nouveaux métiers et outils (case manager, IPA...)	84
9. Action 9 : Le partage des pratiques et la formation croisée entre professionnels des champs sanitaire, médico-social et social : voie vers les outils communs.....	88
10. Action 10 : Les Soins Psychiatriques Sans Consentement : sensibilisation des médecins généralistes et urgentistes et des Elus de Lozère.....	91
11. Action 11 : La Cellule d’Urgence Médico Psychologique (CUMP) de Lozère : une réponse aux psycho-traumatismes	94
12. Action 12 : Le transport des mineurs en inter-cité : lutter contre le renoncement aux soins.....	98
13. Action 13 : La prise en charge des détenus de la Maison d’arrêt en psychiatrie : améliorer le dispositif en se tournant vers les UHSA	100
14. Action 14 : La télémédecine en santé mentale au service de la relation médecin/patient et de la collaboration entre professionnels de santé	104
15. Action 15 : Les soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques : le diagnostic différentiel et le suivi somatique	107
16. Action 16 : La crise suicidaire, une préoccupation majeure : sa prévention.....	112
17. Action 17 : L’implication des usagers : leur rôle dans le parcours en psychiatrie et santé mentale.....	120

ANNEXES..... 124

Annexe 1 : Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale	125
Annexe 2 : Journées PTSM des 28 mai, 10 juillet et 19 novembre 2019 – Programmes et Groupes de travail – Listes d’émargement.....	129
Annexe 3 : Trame de questionnaire pour le recueil qualitatif.....	164
Annexe 4 : Sources des données statistiques	168
Annexe 5 : Liste des figures et tableaux	171
Annexe 6 : Offre actuelle du territoire en santé mentale.....	172

Glossaire des abréviations

ADAPEI – Association Départementale des Amis et des Parents d’Enfants handicapés mentaux et Intellectuels
AMP – Aide Médico Psychologique
ANAP – Agence Nationale d’Appui à la Performance
ANESM – Agence Nationale d’Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux.
ARS – Agence Régionale de Santé
ATL – Association Tutélaire de Lozère
AVS – Auxiliaire de Vie Scolaire
EHPAD – Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMPP – Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EPA – Espace Personnes Âgées
EPSM (CHFT) – Etablissement Public de Santé Mentale (Centre Hospitalier François TOSQUELLES)
ES – Etablissements de Santé
ESMS – Etablissements et services Sociaux et Médico-Sociaux
FAM – Foyer d’Accueil Médicalisé
CES – Centre d’Examens de Santé
CDAPH – Commission des Droits et de l’Autonomie des Personnes Handicapées
CLS – Contrat Local de Santé
CMP – Centre Médico Psychologique
CLSM – Conseil Local de Santé Mentale
CPAM – Caisse Primaire d’Assurance Maladie
CRA – Centre de Ressources Autisme
CSAPA – Centre de Soins d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CTSM – Contrat Territorial de Santé Mentale
CTS – Conseil Territorial de Santé
DDARS48 – Délégation Départementale de la Lozère de l’Agence Régionale de Santé
GEM – Groupe d’Entraide Mutuelle
GCSMS – Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GHT – Groupement Hospitalier de Territoire
HAS – Haute Autorité de Santé
MAS – Maison d’Accueil Spécialisé
MAIA – Méthode d’Action pour l’Intégration des services d’Aide et de soins
MDPH – Maison Départementale des Personnes Handicapées
PFIDASS – Plate-Forme d’Intervention Départementale d’Accès aux Soins et à la Santé
PRS – Projet Régional de Santé
PTA – Plateforme Territoriale d’Appui
PTSM – Projet Territorial de Santé Mentale
SAMO - Service d’Accompagnement à la Mobilité et à l’Orientation
SAMSAH – Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS – Service d’Accompagnement à la Vie Sociale
SNS – Stratégie Nationale de Santé
TND – Troubles du Neuro-Développement
TSA – Troubles du Spectre Autistique
UAP (PE) – Unité d’Admission Psychiatrique (Paul Eluard)
UDAF – Union Départementale des Associations Familiales
UNAFAM - Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
UHSA – Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

INTRODUCTION : Le cadre de construction du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) en Lozère

1. Le cadre réglementaire du Projet Territorial de Santé Mentale

Le projet territorial de santé mentale est une démarche démocratique visant à organiser les parcours des patients par la coordination des différents acteurs des parcours de vie. Même si nombre de problématiques locales peuvent émerger au cours de la construction de ce projet, ce dernier doit s'inscrire dans le cadre des politiques nationale et régionale qui constituent des guides et mettent en évidence des axes importants à prendre en compte.

Il est encadré par :

- Le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale
- L'instruction DGOS n°137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale
- La feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » du Ministère de la Santé publiée le 28 juin 2018
- La loi 2019-774 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dite « Ma Santé 2022 »

La stratégie nationale affichée par le ministère est composée de trois ambitions qui s'inscrivent dans la promotion des parcours de vie des usagers :

- 1. Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide ;**
- 2. Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;**
- 3. Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.**

Le décret définit six priorités qui structurent la démarche menée par les acteurs du territoire de la Lozère pour son PTSM :

- Le repérage précoce des troubles psychiques ;
- L'organisation, sans rupture, du parcours des personnes, en particulier celles présentant des troubles graves, à risque ou en situation de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ;
- L'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques ;
- La prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;

- Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décision et d'action ainsi que la lutte contre la stigmatisation de ces troubles ;
- L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale.

2. Les axes du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2023¹

Dans le sens de ces orientations, le Projet Régional de Santé (PRS) d'Occitanie donne, dans son parcours prioritaire « santé mentale », des axes plus précis qui vont dans le sens d'une prise en charge mieux organisée à chacune de ces étapes, tout en cherchant à développer des dispositifs innovants :

- 1. Améliorer le diagnostic précoce et renforcer la prise en charge des troubles psychiatriques chez les enfants et adolescents**
 - a. Etendre les dispositifs de soutien aux aidants et à la parentalité
 - b. Etendre les équipes mobiles adolescents complexes
 - c. Optimiser l'écoute et l'accueil des jeunes
- 2. Renforcer l'action conjointe des professionnels autour du patient par l'intégration des services d'aides et de soins en santé mentale**
 - a. Accentuer la collaboration entre les médecins généralistes et les équipes spécialisées de la psychiatrie
- 3. Favoriser l'accès de l'usager aux dispositifs innovants en santé mentale**
 - a. Promouvoir la réhabilitation psycho sociale
- 4. Renforcer la prise en charge psychiatrique des personnes détenues**
 - a. Améliorer et harmoniser les pratiques d'isolement et de contention
 - b. Renforcer le dépistage des facteurs de risques psychiatriques de radicalisation pour les personnes placées sous-main de justice

Prévention, coordination et parcours sont les principales notions à retenir. Les acteurs de la Lozère ont donc cherché dans le cadre d'une démarche conjointe et par une réflexion collective à mettre en évidence un certain nombre d'axes de travail qui s'inscrivent dans ces dimensions.

¹ Source : PRS Occitanie (<https://prs.occitanie-sante.fr/prs-2/>)

3. La démarche de construction du PTSM

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et son décret d'application du 27 juillet 2017 posent les bases d'une politique de santé mentale territorialisée et centrée sur l'accès de tous à des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture.

Cette politique prend la forme d'un projet territorial de santé mentale (PTSM), élaboré avec l'ensemble des acteurs concernés :

- les représentants des usagers : usagers et familles ;
- les institutions : la Préfecture, l'Agence Régionale de Santé (ARS), le Conseil Départemental, les communes, les intercommunalités, l'Education Nationale, la Police, la Gendarmerie, le TGI, ... ;
- les structures sanitaires : l'EPSM, l'Hôpital Lozère : le Centre 15, le CAMSP, la pédiatrie, la gériatrie, la médecine, ... ; les centres hospitaliers locaux, l'Hospitalisation à Domicile (HAD), ... ;
- les établissements médico-sociaux et sociaux : les foyers d'hébergement , les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM), les Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), les EHPAD, les Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), les services de protection des majeurs, les services d'aide à domicile, ... ;
- les bailleurs sociaux ;
- les professionnels de santé libéraux.

Comme le précise le décret, 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.

La démarche accorde une importance particulière à l'implication de l'ensemble des acteurs de santé mentale, notamment les représentants des usagers et leur entourage. C'est ainsi qu'est construit le PTSM de Lozère.

3.1. Le PTSM de Lozère : son objet, son périmètre, ses acteurs

Le schéma ci-dessous synthétise les objectifs et les conditions d'élaboration du PTSM de Lozère.



Les acteurs du PTSM sont les acteurs de la santé mentale du territoire, au sens large du terme

Les acteurs mobilisés pour la construction du PTSM sont tous les acteurs qui concourent, de près ou de plus loin, à la santé mentale du territoire, dans son acception la plus large.

- Le PTSM est porté par le seul Etablissement de Santé Mentale du territoire, le Centre Hospitalier François Tosquelles, EPSM de Lozère;
- Les acteurs de l'offre sanitaire générale, les membres du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère : l'Hôpital Lozère, établissement support du GHT, les Centres Hospitaliers de Florac, Langogne, Marvejols et Saint-Chély et certains EHPAD ;
- Le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) lozérien, dédié au handicap, et partenaire du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère, qui rassemble 9 associations pour un total de 50 établissements et services :
 - L'association le Clos du Nid ;
 - L'Association Lozérienne de Lutte contre les Fléaux Sociaux (A2LFS) ;
 - L'Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants handicapés mentaux et Intellectuels - ADAPEI-48 ;
 - L'Association Résidence Saint-Nicolas ;
 - Les Résidences Lozériennes d'Olt ;

- L'Association Arc en Ciel ;
- L'Association Les Genêts ;
- L'Association Foyer Bertrand Du Guesclin ;
- L'Association Sainte-Angèle ;
- L'association Le Prieuré.
- Les autres acteurs médicaux-sociaux et sociaux et les autorités et services institutionnels :
 - L'ANPAA 48, les SSR, les SSIAD, l'HAD, l'ADMR, les GEM ;
 - Les associations tutélaires ;
 - Les services du Conseil Départemental (Direction de la Solidarité) ;
 - La Mission Locale et le PAEJ ;
 - La Préfecture, la Gendarmerie, la DDCSPP ;
 - Le TGI ;
 - La Maison d'Arrêt ;
 - Le SDIS ;
 - La Direction des Services départementaux de l'Education Nationale;
 - Les collectivités territoriales ;
 - L'ordre des médecins, l'ordre des infirmiers, l'URPS.

3.2. La gouvernance du projet

La gouvernance du Projet Territorial de Santé Mentale est assurée par les entités suivantes :

- L'Agence Régionale de Santé d'Occitanie exerce le rôle stratégique de supervision du projet
- Le pilotage du projet est assuré par la Commission Spécialisée en Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé de Lozère, investie des missions ci-dessous :
 - participer à la réalisation du diagnostic territorial partagé, préalable à l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale ;
 - donner un avis sur le projet territorial de santé mentale ;
 - faire des propositions pour améliorer la réponse aux besoins de la population sur le territoire, notamment sur l'organisation des parcours de santé.
- Le Centre Hospitalier François Tosquelles, unique Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère, est le porteur du projet. Sa Directrice, MA COLLIN, a été invitée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie à initier la démarche, par courriers des 5 avril 2018 et 31 janvier 2019.

- Autour de ce porteur, une équipe projet opérationnelle est constituée par des professionnels, des acteurs majeurs du territoire, établissements et associations, et de la DDARS 48 :
 - La directrice du Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère ;
 - L'attachée d'administration hospitalière en charge des affaires générales du CHFT ;
 - Le directeur général de l'association le Clos du Nid (ESMS), Administrateur du GCSMS Handicap de Lozère et Président de la Commission Spécialisée en Santé Mentale ;
 - Le président de la CME du CHFT ;
 - Le président de la CME de l'Hôpital Lozère, président du Collège Médical du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère ;
 - Le médecin conseiller technique de l'association le Clos du Nid ;
 - Des médecins psychiatres du CHFT ;
 - Le président de la CSIRMT (commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique) du CHFT ;
 - Le représentant de la délégation départementale de l'ARS ;
- Le projet est accompagné par un cabinet de conseil, le Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH), sur un plan méthodologique, sur la réalisation des diagnostics quantitatif et qualitatif et sur la production des livrables de projet.

3.3. La construction du diagnostic territorial partagé en santé mentale (DTPSM)

La construction du DTPSM commence avec l'élaboration d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale (DTPSM). Ce diagnostic partagé avec l'ensemble des professionnels participant à la prise en charge des usagers constitue une étape importante car il doit permettre de construire une représentation commune du profil de la population à prendre en charge ainsi que des déficits de réponse aux besoins.

Il s'agit, dans un premier temps, d'identifier les champs du diagnostic et la méthode nécessaire pour répondre aux questions posées. Pour réaliser ces étapes, le Centre Hospitalier François Tosquelles a fait appel au Centre National d'Expertise Hospitalière (CNEH) qui apporte un soutien méthodologique dans la construction du DTPSM et anime les groupes de travail entre les professionnels de la santé mentale en Lozère. Deux dimensions d'analyse ont été étudiées par le CNEH pour réaliser ce DTPSM :

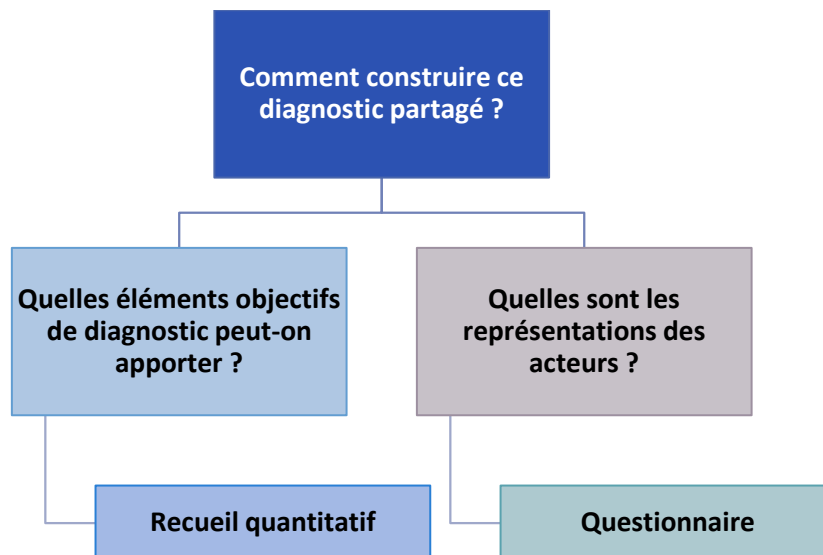


Figure 1 : Dimensions d'analyse et méthode de construction du DTPSM

Le diagnostic s'appuie sur un recueil de données et d'indicateurs, tel que prévu à l'annexe 2 de l'instruction du 5 juin 2018.

Le recueil quantitatif a été réalisé début 2019 sur la base des données disponibles. Ces dernières ont été compilées et synthétisées dans ce document. Elles sont accessibles en ligne à l'adresse suivante :

https://prezi.com/k97w4o9zvidl/?utm_campaign=share&utm_medium=copy.

Concernant le recueil qualitatif, une trame de questionnaire a été construite par les membres de l'équipe projet, envoyée à tous les acteurs participant au PTSM. Cette trame est articulée autour de 5 thématiques² :

1. Accès au diagnostic et aux soins ;
2. Accueil et accompagnement ;
3. Continuité et coordination des prises en charge et des accompagnements ;
4. Accès aux soins somatiques (soins en relation avec le corps par opposition aux soins psychiques) ;
5. Prévention et éducation à la santé.

La période de recueil s'est établie du 26 avril au 24 mai 2019, ce qui a permis de recueillir 56 réponses exploitables soit un taux de sondage d'environ 30 %. Sur ces réponses, les répondants provenaient soit du médico-social (50 %), soit du sanitaire (33 %) ou du social (13 %).

La fonction principalement représentée était celle des directeurs d'établissements (38 % des répondants) traitant des adultes (57 %).

² La trame de questionnaire est fournie en annexe 3.

3.4. La mobilisation des acteurs à l'échelle du territoire

Après recueil des données, deux séminaires de partage et de travail ont été organisés le 28 mai et le 10 juillet 2019. Au cours de ces séminaires, les consultants ont présenté les résultats des différentes enquêtes. Des travaux structurés en groupes de travail thématiques ont été organisés pour déterminer les problématiques prioritaires du territoire, analyser les dysfonctionnements et définir les actions prioritaires selon les professionnels de Lozère, celles-ci ayant vocation à intégrer la feuille de route du PTSM.

L'ensemble des acteurs a été invité à la restitution de la démarche lors du séminaire du 19 novembre 2019.

3.5. La mise en œuvre du PTSM

La mise en œuvre du PTSM se réalise en s'appuyant sur deux outils : le contrat territorial de santé mentale, les projets d'établissement et le projet médico-soignant partagé du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère de Lozère.

3.5.1. Le Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM)

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.

Le contrat territorial de santé mentale précise pour chacune des actions constitutives du 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

3.5.2. La déclinaison des actions du PTSM au sein des projets d'établissement ou de service et du projet médico-soignant partagé du GHT de Lozère

Le directeur général de l'ARS s'assure que les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et sociaux, ainsi que le Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère 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.

3.5.3. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

En tant 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 (CPOM) signés entre l'ARS et chaque établissement sanitaire et médico-social, ainsi qu'au sein des contrats liés à la mise en œuvre d'actions financées par le Fonds d'intervention régional.

3.5.4. Les autres outils de déclinaison et de contractualisation

Le projet territorial de santé mentale est décliné en tant que de besoin au sein :

- 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 plateformes territoriales d'appui.

DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE EN SANTE MENTALE DE LOZERE

1. Synthèse des recueils quantitatifs et qualitatifs

Les recueils de données ont été réalisés sur la base des indications du ministère et mettent en regard des informations quantitatives concernant l'état du département et des informations indiquant les représentations des acteurs quant à ces réalités. Toutes les données du diagnostic quantitatif sont issues des bases de données disponibles, produites par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), l'ARS (Agence Régionale de Santé), l'ORS (Observatoire Régional de Santé), ainsi que des bases fournies par l'Education Nationale ou la Justice.

Le rôle d'un diagnostic quantitatif consiste à mettre en évidence les points saillants caractérisant le territoire étudié. La lecture du producteur doit nécessairement être mise en regard de l'expertise des acteurs de terrain d'où l'importance du diagnostic qualitatif, qui traduit les perceptions des acteurs par rapport aux sujets.

1.1. Pour le recueil quantitatif

La population du département le moins dense de France vieillit et va faiblement croître d'ici 2025 pour atteindre 80.000 habitants



Le niveau de vie des lozériens semble plus faible que celui de la moyenne nationale mais le niveau de précarité est également moindre



Le territoire, principalement rural, ne présente pas de surreprésentation du mal-logement. L'isolement est en revanche relativement supérieur à la moyenne nationale



Le taux d'équipement en médecins est moindre alors qu'il est supérieur pour les paramédicaux et les psychologues



La population apparaît relativement plus touchée par les pathologies liées à la santé mentale, le recours aux soins et aux médicaments est supérieur



Si les taux d'équipement sanitaires semblent très favorables (effet volume), l'accès à ces ressources constitue un enjeu majeur du fait de la faible densité de population et de l'absence de transports en commun



Les taux d'équipements médico-sociaux apparaissent également très favorables, mais les modalités d'admission sont à interroger

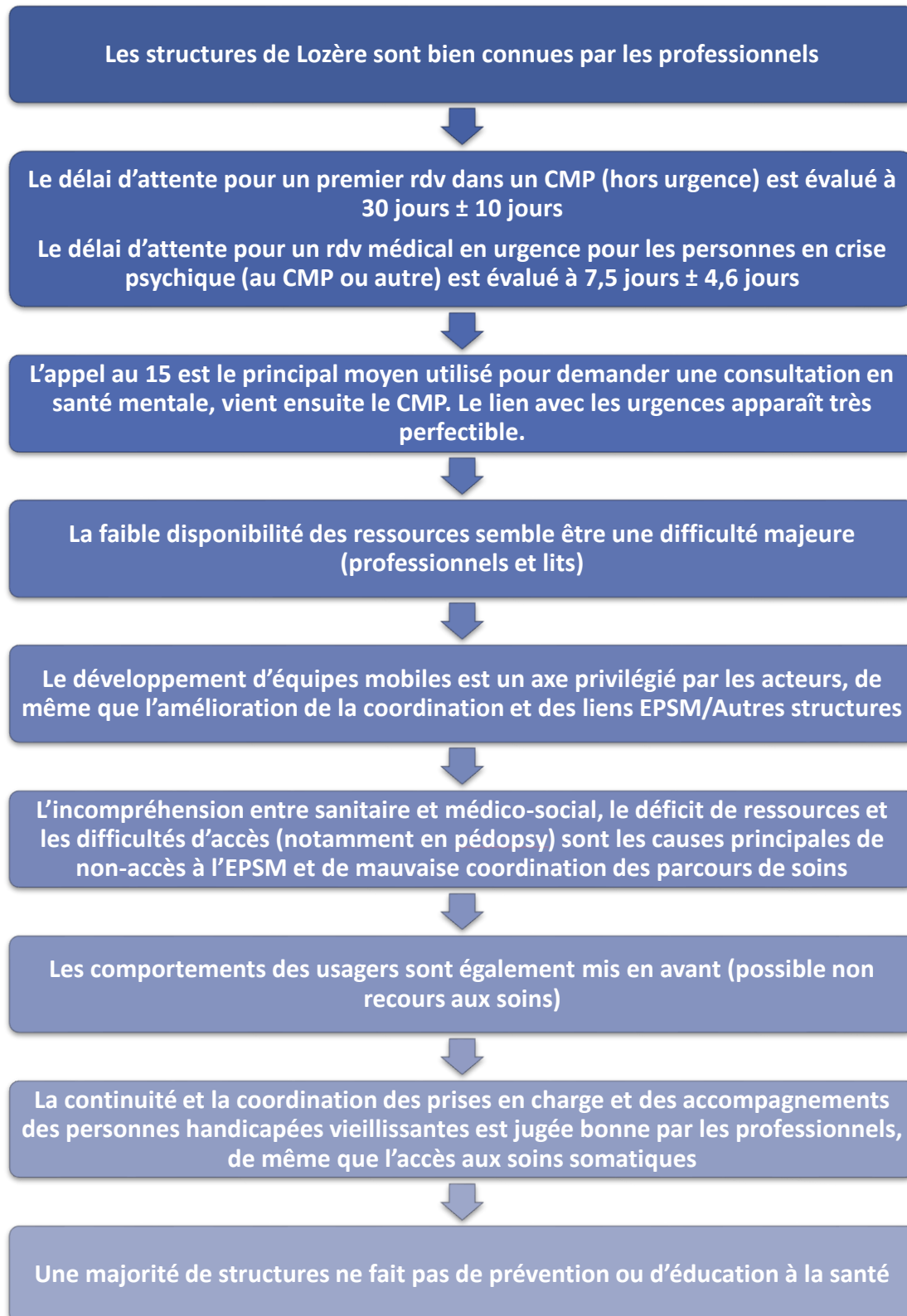


Certains équipements sont en revanche manquants (Maison des Adolescents)



Si les dispositifs de prévention sont développés pour les jeunes, aucun n'est recensé pour les personnes âgées

1.2. Pour le recueil qualitatif



2. Caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques liées à la santé mentale en Lozère

L'analyse environnementale repose sur l'observation de la situation socio-démographique et épidémiologique du département. Elle permet de mettre en perspective les représentations qualitatives des acteurs au regard de données quantitatives, afin de comparer à la fois l'état de santé relatif de la population et les niveaux d'équipement du département. Elle doit participer à l'élaboration d'un diagnostic commun entre tous les acteurs dans la perspective de construire des objectifs atteignables et consensuels.

2.1. Profil socio-économique de la population

2.1.1. Evolution et projection de la population

La Lozère couvre un bassin de population de 76.485 habitants (données INSEE 2015), soit le département le moins peuplé et le moins dense de France métropolitaine avec 15 personnes au km². Depuis 2009, cette population a faiblement diminué (-0,2% par an) avec un fort impact du solde naturel négatif (c'est à dire le solde des naissances et des décès). Même si cette population a faiblement diminué, l'INSEE prévoit que le vieillissement de la population provoquera une augmentation de celle-ci jusqu'à 80.000 personnes en 2025.

Dans ce sens, l'INSEE prévoit que l'âge moyen devrait augmenter de 5 ans pour atteindre 49 ans d'ici 2050, alors que les plus de 55 ans sont déjà surreprésentés (cf. tableau 1).

Classes d'âge	Lozère	Occitanie	France Métro.
0 - 9 ans	10%	11%	12%
10 - 19 ans	11%	12%	12%
20 - 24 ans	4%	6%	6%
25 - 54 ans	36%	37%	38%
55 - 74 ans	26%	24%	22%
75 ans et plus	13%	11%	9%

Tableau 1 : Structure d'âge de la population (source : données INSEE 2017)

Les enjeux populationnels

- Prendre en compte le vieillissement de la population ;
- Adapter les capacités de prise en charge en prévision d'une augmentation de 3 500 personnes d'ici 2025 ;
- Prendre en compte la faible densité de population dans l'analyse pour comprendre l'enjeu de l'accès aux structures sociales, médico-sociales et sanitaires.

2.1.2. Emploi et précarité économique³

Il s'agit d'évaluer les facteurs socio-économiques qui peuvent avoir une influence sur les recours aux soins psychiatriques.

<p>Taux de chômage et qualification</p>	<p>La Lozère est marquée par une part d'actifs occupés de 66 %, sensiblement supérieure aux moyennes métropolitaine et occitane (61 % en Occitanie, 63 % en France) ;</p> <p>Ce phénomène est à corréliser avec le taux d'absence de qualification des habitants de Lozère dont le tiers est sans diplôme/BEPC/Brevet ce qui est similaire aux niveaux régional et national ;</p>																																
<p>Catégories socio-professionnelles</p>	<p>Le département est marqué par une plus forte représentation des agriculteurs exploitants et une faible représentation des cadres (cf. tableau 2) ;</p> <table border="1" data-bbox="432 860 1342 1223"> <thead> <tr> <th>Classes d'âge</th> <th>Lozère</th> <th>Occitanie</th> <th>France Métro.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Part des agriculteurs exploitants</td> <td>9%</td> <td>2%</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>Part des artisans, comm., chefs d'entr.</td> <td>9%</td> <td>8%</td> <td>6%</td> </tr> <tr> <td>Part des cadres, professions intellect. supérieures</td> <td>8%</td> <td>15%</td> <td>16%</td> </tr> <tr> <td>Part des professions interméd.</td> <td>23%</td> <td>25%</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Part des employés</td> <td>30%</td> <td>29%</td> <td>29%</td> </tr> <tr> <td>Part des ouvriers</td> <td>20%</td> <td>20%</td> <td>22%</td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td>1%</td> <td>2%</td> <td>1%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tableau 2 : Répartition de la population de 15 ans ou plus par CSP (Source : INSEE, RP 2014)</p>	Classes d'âge	Lozère	Occitanie	France Métro.	Part des agriculteurs exploitants	9%	2%	1%	Part des artisans, comm., chefs d'entr.	9%	8%	6%	Part des cadres, professions intellect. supérieures	8%	15%	16%	Part des professions interméd.	23%	25%	25%	Part des employés	30%	29%	29%	Part des ouvriers	20%	20%	22%	Autres	1%	2%	1%
Classes d'âge	Lozère	Occitanie	France Métro.																														
Part des agriculteurs exploitants	9%	2%	1%																														
Part des artisans, comm., chefs d'entr.	9%	8%	6%																														
Part des cadres, professions intellect. supérieures	8%	15%	16%																														
Part des professions interméd.	23%	25%	25%																														
Part des employés	30%	29%	29%																														
Part des ouvriers	20%	20%	22%																														
Autres	1%	2%	1%																														
<p>Revenus disponibles des ménages</p>	<p>En lien avec le niveau de qualification et le niveau socio-professionnel dans le territoire, on note que le niveau de revenus disponibles des ménages est 15 % inférieur au niveau national. La population est donc globalement plus employée sur le territoire que dans la moyenne française, mais avec un niveau social plus faible.</p>																																

³ Concernant les données de précarité : Si la précarité constitue un indicateur intéressant pour évaluer l'état d'une population, il est toujours difficile de proposer des liens de causalité entre précarité et état de santé. Ces données sont donc fournies à titre indicatif.

Précarité économique

Les indicateurs de précarité en Lozère montrent des phénomènes ambivalents (cf. tableau 3) :

- La population est globalement plus employée en Lozère qu'en France, mais avec un niveau de revenus plus faible sans non plus que la part des personnes vivant sous le seuil de pauvreté soit plus important que dans les territoires de référence ;
- La part des ménages non soumis à l'impôt renvoie un niveau sensiblement supérieur au niveau national ;
- Enfin, le taux de population couverte par le RSA et celle bénéficiaire de la CMU-C sont plus faibles que les moyennes régionale et nationale ;

Classes d'âge	Lozère	Occitanie	France Métro.
Part des ménages non soumis à l'impôt (Scoresanté 2011)	51%	nd	43%
Taux de population couverte par le RSA (STATISS 2016)	3%	6%	5%
Part des personnes vivant sous le seuil de pauvreté (60%) (Atlas de santé mentale 2013)	16%	17%	15%
Part des bénéficiaires de la CMU-C (STATISS 2016)	5%	9%	7%

Tableau 3 : Indicateurs de précarité économique en Lozère

Dans le questionnaire, les professionnels ont mis en évidence une **possible corrélation entre la surreprésentation des agriculteurs et le non-recours aux prestations sociales** ce qui pourrait expliquer ce phénomène.

Les enjeux économiques

- Prendre en compte le moindre niveau économique de la population, plus faible que la moyenne nationale, tout en gardant un niveau d'emploi relativement élevé ;
- Mettre en place des actions à l'intention de la population ne recourant pas aux prestations sociales.

2.1.3. Structure familiale et logement

Famille	<p>Les facteurs familiaux, identifiés comme fondamentaux dans la probabilité de développer un trouble mental ne sont pas différents en Lozère du niveau national :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Le taux de ménage d'une personne est de 38 % (INSEE 2014) faiblement supérieur aux niveaux national et régional ; → En revanche, le taux de famille monoparentale est faiblement en deçà du niveau métropolitain évalué à 7 % (INSEE 2014) ;
Logement	<p>Concernant les logements, les indicateurs montrent un état des lieux favorable en Lozère par rapport aux niveaux régional et national :</p> <ul style="list-style-type: none"> → La part de la population vivant en grandes aires urbaines est d'environ 3 %, soit environ deux fois moins que la moyenne régionale (SIG ville 2013) ; → 10 % de logements sont vacants, plus qu'en région et France (8 %) (INSEE 2014) ;

- Le nombre moyen de pièces par logement à 1,78 est plus important qu'en France (1,62) (INSEE 2014) ;
- 63 % des élèves scolarisés en internat ont des parents qui résident en dehors du département (Education Nationale) ;

Les enjeux concernant les familles et le logement

- S'assurer de la connexion des dispositifs de soins et sociaux aux 40 % de lozériens isolés ;
- Identifier les risques concernant les adolescents de Lozère, dont les parents habitent en dehors du département.

2.1.4. Etat de santé de la population

<p>Admission en Affectations Longue Durée (ALD) 23</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Le taux standardisé d'admission en ALD 23 pour troubles mentaux est 50 % plus important en Lozère qu'en France métropolitain (341 pour 100.000 habitants en Lozère et 215 en France, Scoresanté 2013)⁴ ; → Même si ce phénomène semble préoccupant en proportion, cela représente un volume de personnes relativement faible ; 																
<p>Handicap</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Le taux d'allocataires de l'allocation Adulte Handicapé pour 100 personnes de 20 à 64 ans est également fortement supérieur en Lozère en rapport aux référentiels régional et national (6,4 en Lozère, 2,9 en France, Scoresanté 2013-2015) ; 																
<p>Taux de mortalité par troubles mentaux</p>	<p>Les taux standardisés de mortalité pour les pathologies liées aux troubles mentaux sont légèrement supérieurs au niveau national pour les suicides et l'alcoolisme :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="491 1323 775 1648"> <p>Taux standardisé de mortalité prématurée par suicide (Scoresanté 2013-2015)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Région</th> <th>Taux standardisé</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lozère</td> <td>14,2</td> </tr> <tr> <td>Occitanie</td> <td>11,7</td> </tr> <tr> <td>France métro.</td> <td>12,6</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox="938 1323 1222 1648"> <p>Taux standardisé de mortalité prématurée liée à l'alcool (Scoresanté 2013-2015)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Région</th> <th>Taux standardisé</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lozère</td> <td>18,6</td> </tr> <tr> <td>Occitanie</td> <td>13,5</td> </tr> <tr> <td>France métro.</td> <td>17,4</td> </tr> </tbody> </table> </div> </div> <p><i>Figure 2 : Taux standardisés de mortalité par suicides / alcool pour 100 000 habitants</i></p>	Région	Taux standardisé	Lozère	14,2	Occitanie	11,7	France métro.	12,6	Région	Taux standardisé	Lozère	18,6	Occitanie	13,5	France métro.	17,4
Région	Taux standardisé																
Lozère	14,2																
Occitanie	11,7																
France métro.	12,6																
Région	Taux standardisé																
Lozère	18,6																
Occitanie	13,5																
France métro.	17,4																

⁴ Il s'agit du taux d'admission en ALD 23 avant la révision de la classification des ALD.

Les enjeux épidémiologiques

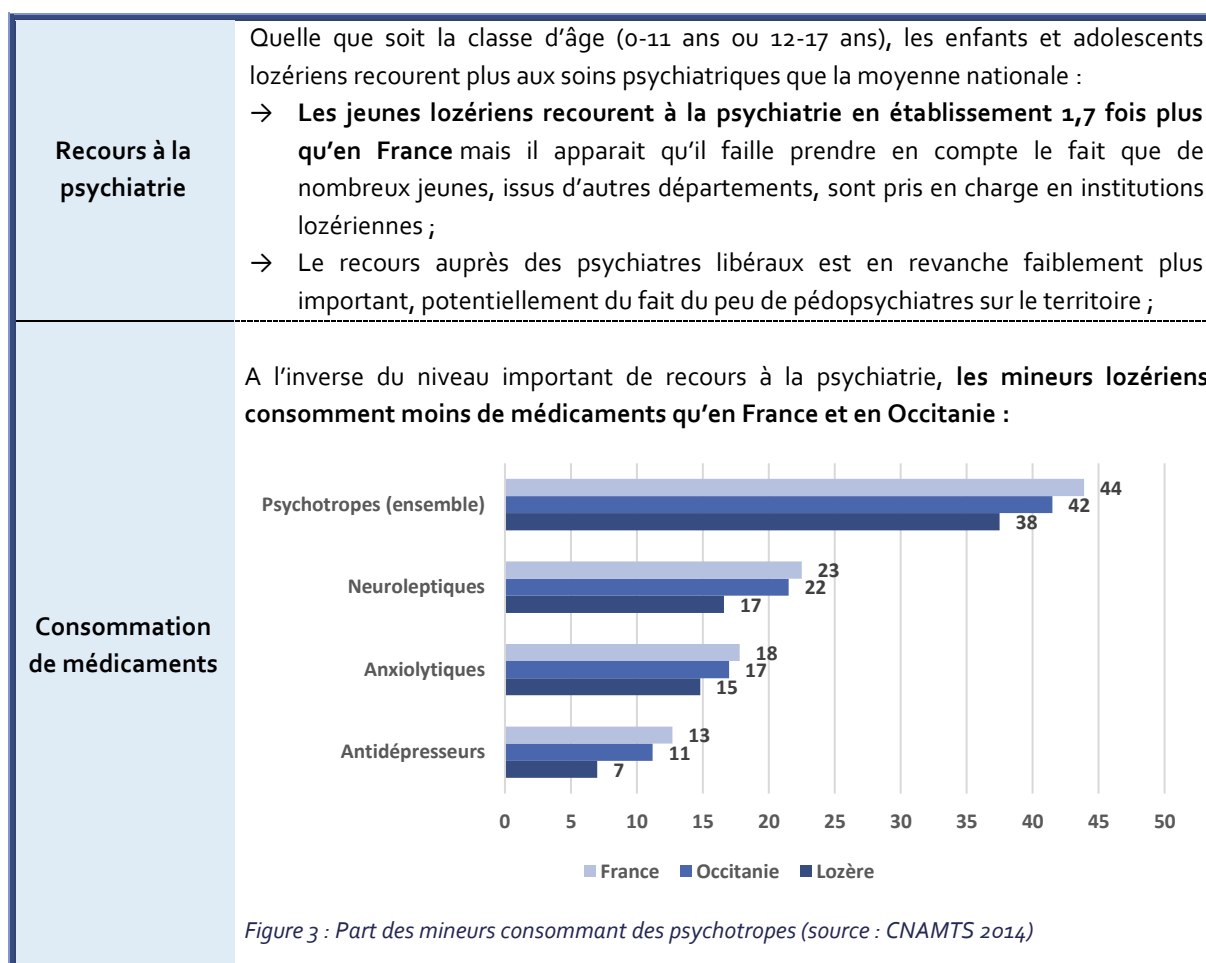
- Globalement, les troubles liés à la santé mentale apparaissent plus importants en Lozère qu'en France et en Occitanie en volume et ce malgré un niveau de précarité qui semble moindre;
- Identifier d'autres causes spécifiques de troubles liés à la santé mentale de cette population.

Dans le questionnaire, **40% des acteurs mettent en évidence des difficultés d'accès à des consultations en relation avec la santé mentale**, alors que 20% seulement considèrent qu'il n'y a pas ou peu de difficulté d'accès à ces consultations.

2.2. Recours aux soins

Le recours aux soins s'évalue en mettant en regard des niveaux de consommation (en journées ou en file active) et un volume de population. Il s'agit d'un indicateur intéressant car il permet d'identifier des niveaux de consommation plus ou moins importants dans le territoire par rapport à des populations de référence. Il existe cependant des biais d'interprétation dans le sens où un fort taux de recours peut autant être le reflet d'un état de santé déprécié de la population ou d'un fort taux d'équipement ce qui permet de limiter le phénomène de file d'attente.

2.2.1. Recours aux soins des enfants et adolescents



Soins hospitaliers	<p>De la même manière que pour le recours à la psychiatrie, le recours en journées aux établissements de santé des lozériens de 0 à 17 ans est fortement supérieure à la moyenne nationale :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Région</th> <th>Taux de recours (pour 10.000 habitants)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lozère</td> <td>566</td> </tr> <tr> <td>Occitanie</td> <td>356</td> </tr> <tr> <td>France métro.</td> <td>343</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Figure 4 : Taux de recours en établissement de santé en journées pour 10.000 habitants de 0 à 17 ans (Atlas de santé mentale 2015)</i></p>	Région	Taux de recours (pour 10.000 habitants)	Lozère	566	Occitanie	356	France métro.	343
	Région	Taux de recours (pour 10.000 habitants)							
Lozère	566								
Occitanie	356								
France métro.	343								
Soins en urgence des adolescents	<p>→ La qualité de la continuité et de la coordination entre l'adolescence et l'âge adulte est plutôt bien évaluée par les professionnels (3,1/5).</p> <p>→ Certains professionnels ont mis en évidence la difficulté d'obtenir des diagnostics précoces ou de réussir à faire hospitaliser les enfants en crise au cours des week-ends. La discontinuité des soins le week-end et les vacances ne facilite ni les prises en charge, ni la construction de parcours coordonnés.</p>								

2.2.2. Recours aux soins des adultes

Pour les professionnels, **le comportement des usagers peut se manifester par une inconscience des troubles, voire une réticence dans certains cas. Le profil socio-économique de la population impliquant des représentations négatives sur la psychiatrie peut constituer un début d'explication de ce phénomène.**

Selon les acteurs, la peur de la stigmatisation et l'absence de stabilité des équipes médicales ne facilitent pas non plus la construction d'un lien de confiance, pourtant fondamental dans les prises en charge.

Soins de ville	<p>→ Avec 6,5 consultants pour 1000 habitants (alors que le niveau est de 18 en France et 23 en Occitanie) les adultes lozériens ont tendance à fortement moins recourir aux soins des psychiatres de ville (probablement du fait de leur faible volume) ;</p> <p>→ Le suivi en ville semble plus important en Lozère à la suite d'hospitalisations qu'en France métropolitaine, que ce soit pour les actes de prévention ou pour les soins somatiques (cf. figure 5) :</p>
----------------	--

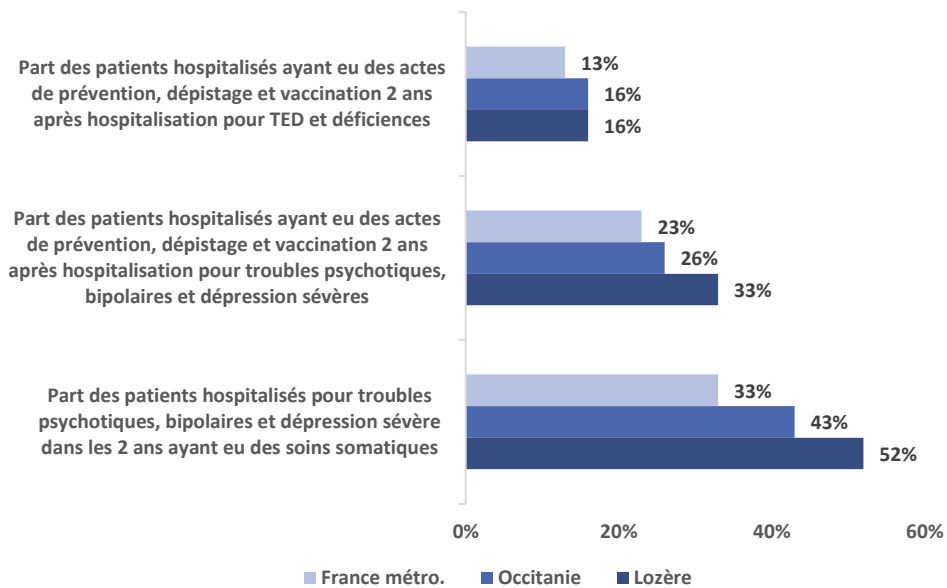


Figure 5 : Taux d'actes de prévention et de soins somatiques pour les patients en suite d'hospitalisation (Atlas de Santé Mentale 2016)

- En lien avec les données quantitatives, les professionnels considèrent que la qualité de l'accès aux soins et du suivi somatique pour les personnes présentant des troubles psychiques est bonne ;
- Le manque de médecins généralistes libéraux et de somaticiens *in situ* est mis en évidence à 90% comme la cause de déficit dans le suivi somatique ;

Le niveau de consommation de médicaments par les adultes lozériens est sensiblement plus important qu'en France (cf. figure 6) :

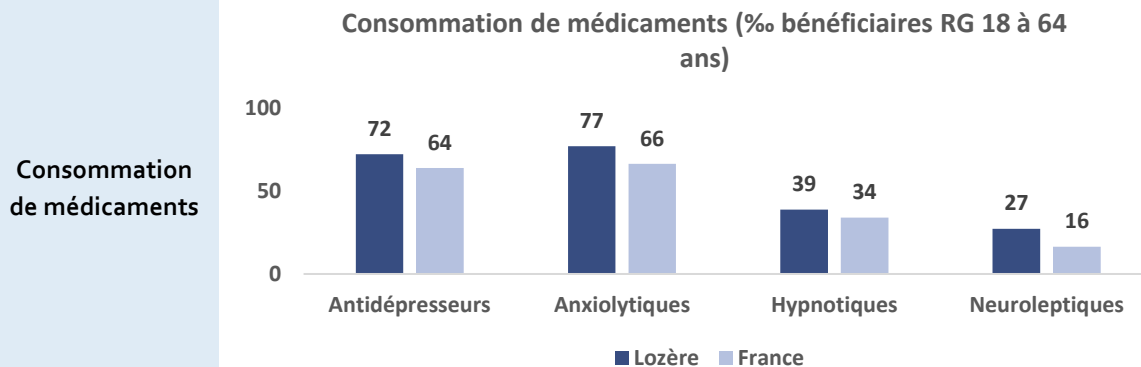


Figure 6 : Taux standardisés de consommation de médicaments (source : Atlas de santé mentale 2015)

Soins hospitaliers Les taux de recours bruts aux soins psychiatriques (pour 1000 bénéficiaires du régime général) sont plus importants (5 points en moyenne) en Lozère quelle que soit la sévérité de la pathologie (cf. figure 7) :

Taux de personnes prises en charge (% bénéficiaires RG 18 à 64 ans)

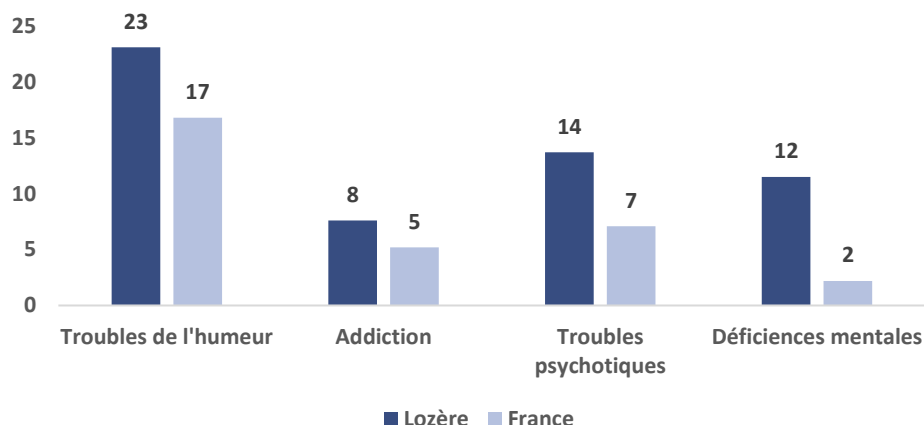


Figure 7 : Analyse comparée des taux de recours aux soins hospitaliers de santé mentale pour 1000 assurés du RG (source : atlas de santé mentale 2015)

Quelques données complémentaires nous permettent d'éclairer la situation de l'hospitalisation au Centre Hospitalier François Tosquelles (DIM CHFT 2018) :

- Le **taux de patients présents depuis plus d'un an dans les structures d'hospitalisation est de 3%**, similaire au niveau national (SAE 2017) ;
- **63 patients ont été admis en Soins Psychiatriques Sans Consentement (SDT+SDRE) en 2016, soit 0,8 personnes pour 1000 habitants**, ce qui est plus faible que les niveaux national et régional ;
- La **Durée Moyenne d'Hospitalisation (DMH) est plus faible en Lozère qu'en Occitanie mais similaire au niveau français** (29 en Lozère et France, 33 en Occitanie) ;
- **Les services adultes sont occupés à 3% par des mineurs** ;
- Le **taux de réhospitalisation au minimum 2 mois après le dernier séjour est égale à 7,8%** ;

→ La qualité de la continuité et de la coordination des prises en charge et des accompagnements des personnes handicapées vieillissantes est jugée bonne par les professionnels.

Les soins en urgences

- Les acteurs ont évalué le **décalé d'attente pour un rdv médical en urgence** pour les personnes en crise psychique (au CMP ou ailleurs) à **7,5 jours ± 4,6 jours** ;
- **Dans 56% des cas, le vecteur de demande d'une consultation est le Centre 15** (le CMP seulement un quart du temps) ;

De ce fait, les admissions en hospitalisation s'effectuent pour une part non négligeable via les urgences, ce qui constitue un enjeu important du diagnostic :

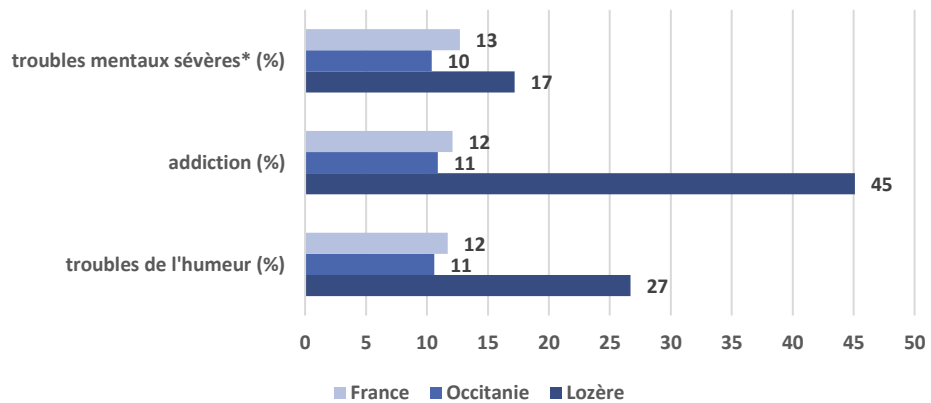


Figure 8 : Part des admissions par les urgences par pathologie (Atlas de santé mentale 2016)

- Pour les professionnels interrogés, **le passage obligatoire par les urgences générales constitue un frein à la qualité de la prise en charge**. En effet, plusieurs répondants ont affiché la **valeur ajoutée** amenée par une **filière directe avec l'UAPP, unité d'admissions du Centre Hospitalier François Tosquelles** ;
- **Plusieurs propositions** sont faites dont le **développement d'équipes mobiles**, une **plus grande mobilisation du CMP en amont de la crise**, le **développement d'un service d'urgences psychiatriques**.

Les enjeux en termes de recours aux soins

- Les taux de recours aux soins de ville et hospitaliers sont globalement plus importants qu'en France notamment pour des addictions ;
- Le recours à l'hospitalisation par les urgences est très important en Lozère et constitue un frein à la qualité.

2.2.3. Le recours aux structures médico-sociales pour les patients provenant de la psychiatrie

Certains patients hospitalisés en psychiatrie pourraient être éligibles à des prises en charge médico-sociales spécialisées dans le handicap psychique (MAS, FAM). Pourtant cette orientation n'est pas systématiquement réalisée, amenant certains patients à rester plusieurs mois, voire années, dans des services d'hospitalisation potentiellement inadaptés. Selon les professionnels, plusieurs causes peuvent expliquer cette difficulté :

- **Le profil des patients** souffrant de troubles psychiques importants, présentant un comportement instable et parfois violent ; face auquel la formation des infirmières et l'encadrement des équipes peuvent paraître insuffisants dans les structures médico-sociales. Ce point constitue donc un enjeu important de l'organisation du parcours des usagers ;
- **Le peu de coordination entre les partenaires** et les représentations négatives des professionnels du médico-social sur l'accueil de patients provenant de la psychiatrie ;
- **Le manque de places, phénomène important.**

L'appui du Centre Hospitalier François Tosquelles à la prise en charge de ces patients pourrait aider à faciliter leur intégration dans les structures médico-sociales.

3. Offres sanitaire, médico-sociale et sociale

La prise en charge de la santé mentale est d'autant plus complexe qu'elle implique une multitude d'acteurs répondant chacun à des étapes spécifiques du parcours de vie des usagers souffrant de troubles mentaux. La connaissance de ces dispositifs constitue un enjeu important, les professionnels ne sachant pas toujours à qui s'adresser en cas de nécessité.

Les professionnels de Lozère ont revendiqué dans leur large majorité (98 %) une bonne connaissance des dispositifs existants participant à la prise en charge en santé mentale des usagers de Lozère, ce qui constitue un point fort.

3.1. Offre sanitaire

Considérée d'un point de vue purement statistique, **l'analyse des taux d'équipements** (c'est à dire le nombre de dispositifs : lits ou places rapportés au volume de population) **indique un niveau d'équipement très important en Lozère**, pour le sanitaire, comme pour le médico-social ou le social. Il convient de pondérer ce constat quasi systématique, dans le sens où le faible volume de population implique mécaniquement des taux d'équipement très importants.

Quand on leur a demandé d'identifier les principales causes des difficultés d'accès aux soins de santé mentale, les acteurs ont répondu :

- **La faible disponibilité des professionnels** (70 % des réponses) ;
- **Le manque d'accompagnement des usagers et aidants** (50 % des réponses) ;
- **L'absence de connaissance des dispositifs par les usagers** (48 % des réponses) ;
- **L'absence de transports en commun** (46 % des réponses) ;
- **Le manque de prévention pour les usagers** (42 % des réponses) ;

Il s'agit donc, en apparence, d'une problématique multifactorielle : les dimensions de ressources mises à disposition qu'elles soient sanitaires ou d'aide au déplacement et de sensibilisation des usagers apparaissent fondamentales.

Selon eux, les deux principaux **vecteurs d'amélioration** de cet accès devraient être **le développement d'équipes mobiles (60 %) et la formation des médecins généralistes (20 %)**. Très peu ont cité la télé-médecine.

3.1.1. Offre de soins médicale libérale

Globalement, la démographie médicale en Lozère est plutôt défavorable par rapport à la moyenne française pour les médecins généralistes et les psychiatres (INSEE 2016) :

- Le taux d'équipement⁵ en généralistes libéraux en Lozère est de 144 praticiens pour 100.000 habitants (tous modes d'exercice) alors qu'il de 155 en France, il y a cependant un peu plus de libéraux répartis sur l'ensemble du département ;
- En revanche, la densité de psychiatres libéraux est 2 fois inférieure au niveau métropolitain tous concentrés à Mende.

⁵ Le taux d'équipement exprime un volume capacitaire (lits ou places, etc.) rapporté au volume de population d'un territoire. Dans le cas des médecins généralistes, 104 praticiens sont recensés dans la base STATISS 2017. Le produit de ce volume et de la population multiplié par 100.000 donne le taux calculé ici.

Accessibilité
potentielle
localisée (APL)⁶

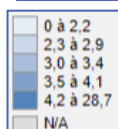
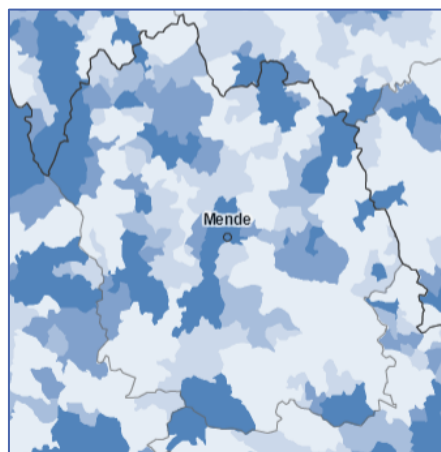


Tableau 4 : APL aux médecins généralistes libéraux (source : Atlas de santé mentale)⁷

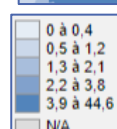
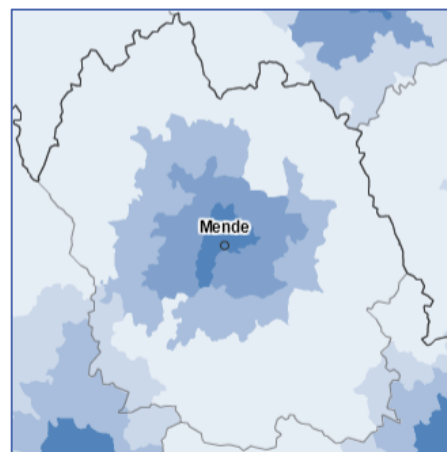


Tableau 5 : APL aux psychiatres libéraux (source : Atlas de santé mentale)

Le déficit de ressources médicales (qu'elle soit libérale ou hospitalière) est un sujet récurrent cité par les professionnels interrogés. Selon eux, le manque de disponibilité induit nécessairement des difficultés de coordination entre les différentes structures et une incapacité à prendre en charge certains patients.

Les enjeux
concernant l'accès
aux médecins

- Le taux d'équipement en médecins généralistes est faiblement inférieur à la moyenne nationale ;
- Sur la base des données quantitatives, la problématique s'inscrit principalement dans l'accès à l'offre de soin libérale particulièrement les psychiatres de ville.

⁶ L'Accessibilité Potentielle Localisée est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes, qu'elles soient intra ou en dehors du département de référence. Calculé à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer. L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins. L'indicateur est calculé en nombre de consultations/visites accessibles par habitant standardisé.

⁷ Ce taux peut sembler favorable compte tenu du niveau d'équipement. Il intègre les praticiens issus des communes environnantes du département, ce qui peut expliquer les résultats.

3.1.2. Offre de soins paramédicale et psychologique

A l'inverse des médecins, les volumes d'IDE libéraux, psychomotriciens et psychologues rapportés à la population mettent en évidence un niveau d'équipement relativement important en Lozère par rapport aux territoires de référence (cf. tableau 6) :

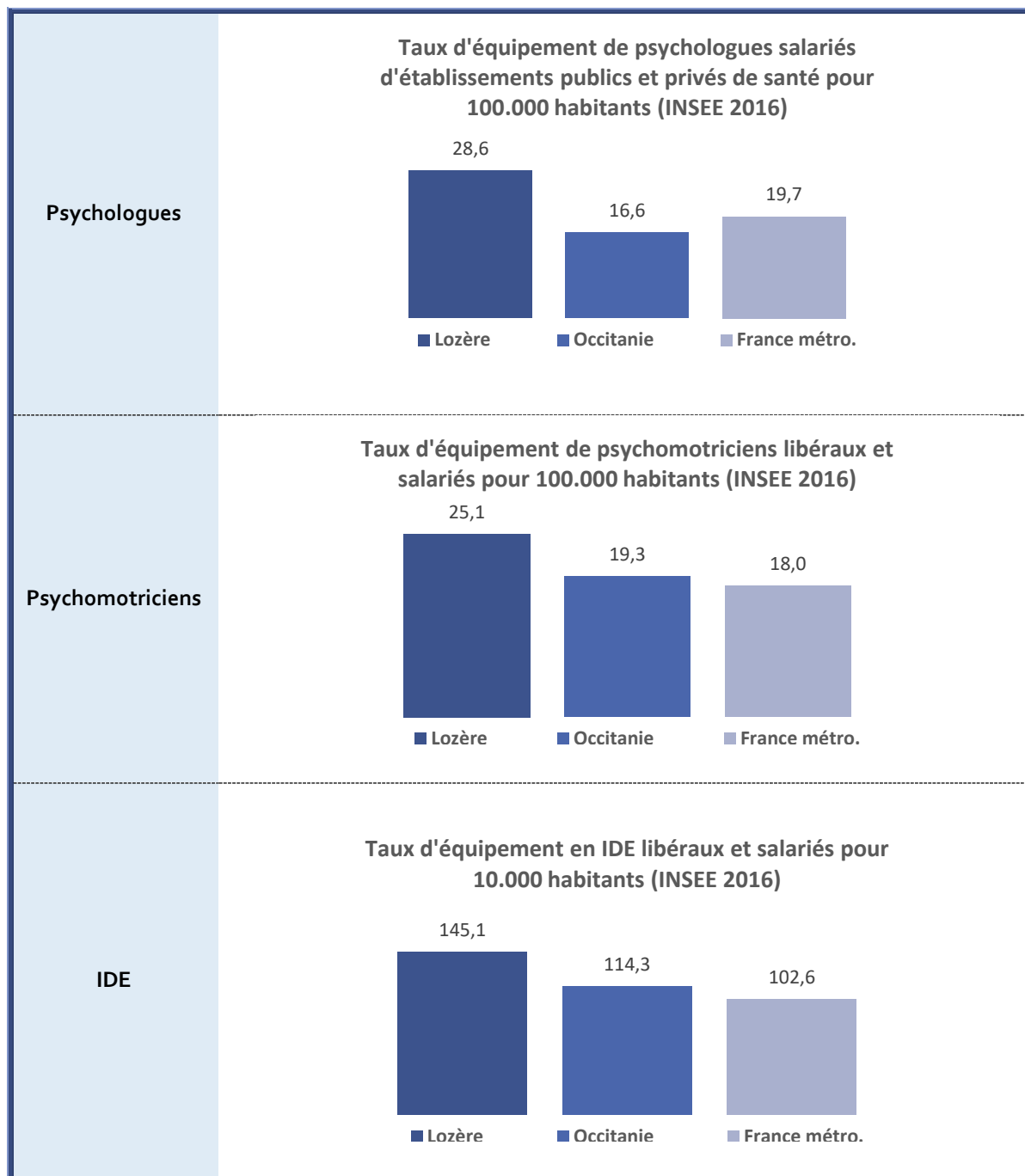


Tableau 6 : offre paramédicale libérale en Lozère (source : INSEE 2016 via Géoclip)

Les enjeux concernant les ressources paramédicales

- La ressource paramédicale libérale semble importante sur le département. De la même manière que pour les médecins, la question de l'accès à celle-ci peut se poser ;
- Les acteurs devront s'appuyer sur cette ressource pour la construction des actions du PTSM.

3.1.3. Les regroupements de professionnels

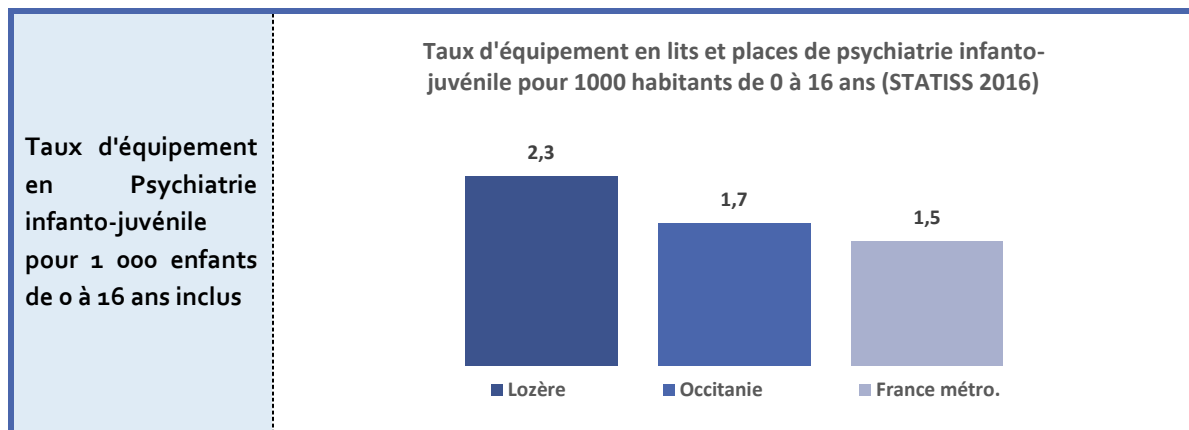
Concernant la coordination entre les professionnels en santé mentale, plusieurs points sont à noter en 2019 :

- 10 maisons de santé pluridisciplinaires sont implantées ;
- Une Equipe de Soins Primaires⁸ est active sur le territoire ;
- Une Plateforme Territoriale d'Appui est en projet⁹ ;
- Une formation à la prévention au suicide a démarré en octobre 2019.

3.1.4. Offre de soins hospitalière en psychiatrie

S'agissant de l'hospitalisation, les taux d'équipement¹⁰ en lits et places en Lozère sont globalement supérieurs à la moyenne nationale (cf. tableau ci-après) :

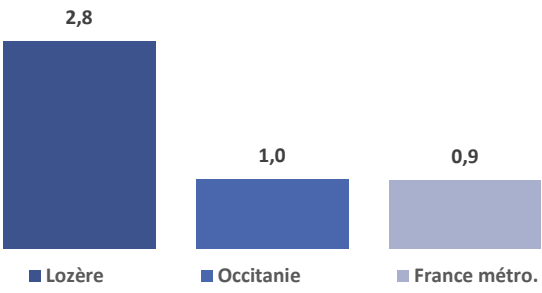
- **Psychiatrie infanto-juvénile** : le taux d'équipement est sensiblement supérieur à la moyenne nationale, aussi bien sur l'hospitalisation complète que partielle, mais les mineurs sont hospitalisés le week-end en service d'admissions adultes ;

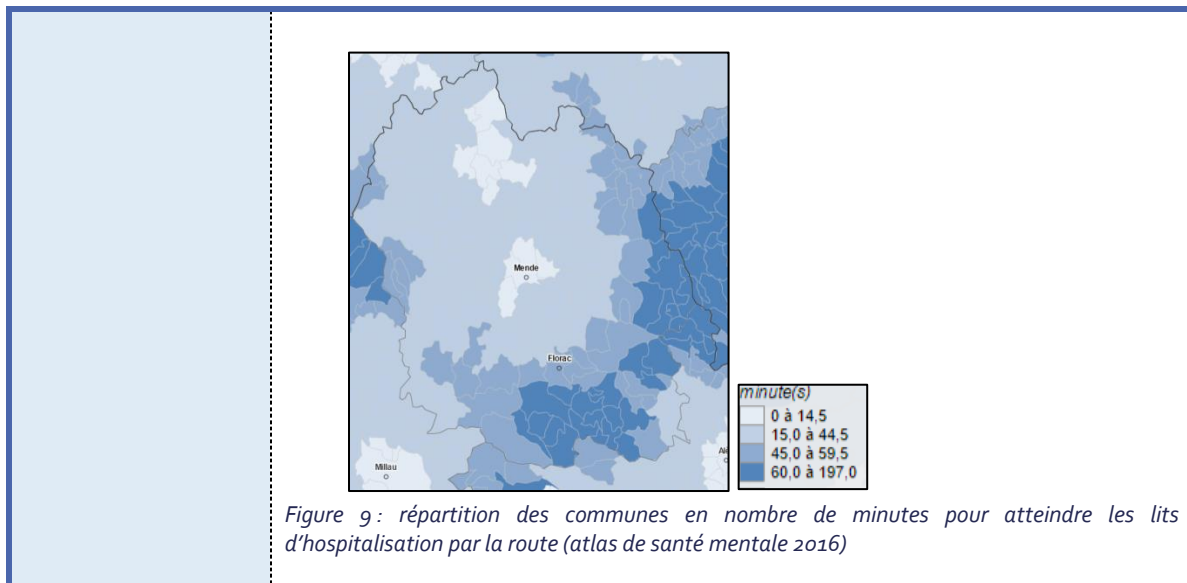


⁸ « L'ESP est constituée de tout professionnel de santé de 1er recours et 2nd recours de ville, dont au moins un médecin généraliste et un professionnel paramédical, regroupés ou non sur un même site, et qui souhaitent se mobiliser autour d'une thématique commune bénéficiant à leurs patients : comme par exemple la prise en charge de personnes vulnérables (précaires, handicapées ou atteintes de maladies chroniques), les soins palliatifs à domicile, la réponse aux demandes de soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets. » (<http://www.paps.sante.fr/Equipes-de-soins-primaires-et-communautés-professionnelles-territoriales-de-santé.41832.o.html>).

⁹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/plateformes-territoriales-d-appui/pta>

¹⁰ Le taux d'équipement exprime un volume capacitaire (lits ou places, etc.) rapporté à la population d'un territoire.

<p>Taux d'équipement en Psychiatrie générale pour 1 000 habitants de plus de 16 ans</p>	<p>Taux d'équipement en lits et places de psychiatrie adulte pour 1000 habitants de plus de 16 ans (STATISS 2016)</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Région</th> <th>Taux</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lozère</td> <td>2,8</td> </tr> <tr> <td>Occitanie</td> <td>1,0</td> </tr> <tr> <td>France métro.</td> <td>0,9</td> </tr> </tbody> </table>	Région	Taux	Lozère	2,8	Occitanie	1,0	France métro.	0,9
Région	Taux								
Lozère	2,8								
Occitanie	1,0								
France métro.	0,9								
<p>Taux d'équipement en CMP adulte et infanto-juvénile (atlas de santé mentale 2016)</p>	<p>→ Psychiatrie infanto-juvénile : La Lozère compte 6 CMPEA ce qui représente 44 CMPEA ou unités de consultation pour 100.000 habitants de moins de 16 ans, soit environ 4 fois plus qu'en France et en Occitanie (6 CMPEA pour 13 600 mineurs de moins de 16 ans X 100 000);</p> <p>→ Psychiatrie générale : on compte 5 CMP Adultes opérationnels sur la Lozère ce qui représente 8 CMP Adultes pour 100.000 habitants alors que ce taux est de 4 en France et en Occitanie (5 CMP pour 64 400 adultes X 100 000).</p> <p>→ Le délai d'attente moyen pour un premier rendez-vous dans un CMP est évalué à 30 jours ± 10 jours par les acteurs de la santé mentale du territoire ;</p> <p>→ La moitié des répondants au questionnaire ont dit avoir mobilisé le CMP au cours de la dernière année, et parmi ces répondants, 52% l'ont mobilisé plus de 5 fois ;</p>								
<p>Taux d'équipement en CATTP adulte et infanto-juvénile (atlas de santé mentale 2016)</p>	<p>→ Psychiatrie infanto-juvénile : De la même manière que pour les CMP la Lozère semble bien dotée en CATTP avec un taux d'équipement pour 100.000 habitants de moins de 16 ans 7 fois supérieur au niveau Français et Occitan ;</p> <p>→ Psychiatrie générale : on compte également 8 CATTP pour 100.000 habitants alors que ce taux est de 2,4 en France et en Occitanie.</p>								
<p>Taux d'équipement en psychiatres salariés</p>	<p>→ Alors que le nombre de structures semble très favorable, la Lozère est en revanche marquée par un déficit de médecins salariés avec 6,5 psychiatres salariés pour 100.000 habitants, alors que ce taux est de 9,8 en Occitanie et 11,4 en France.</p>								
<p>Accès aux lits d'hospitalisation</p>	<p>→ Au-delà des capacités d'hospitalisation qui semblent très favorables en Lozère, l'enjeu principal réside dans le temps d'accès à ces structures. En effet, on peut voir que le nombre de communes situées à plus de 30 minutes des lits d'hospitalisation temps plein est important notamment dans le sud du département (cf. figure 9) ;</p> <p>→ L'absence de transports en commun dans le département rend l'accès aux soins d'autant plus difficile.</p>								



En terme d'équipement, ces taux se traduisent par la mise en œuvre au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale de Lozère du maillage territorial suivant :

- 1) L'Hospitalisation à temps complet :
 - En pédo-psychiatrie : 6 lits installés à Mende, opérationnels du lundi au vendredi. Les week-end, les jours fériés et une partie des vacances scolaires ne sont pas couverts ;
 - En psychiatrie générale : 25 lits sur le site de Mende et 83 lits sur le site de Saint-Alban sur Limagnole (dont 32 lits pour la géro-psi-chiatrie).
- 2) Les Hôpitaux de Jour :
 - En pédo-psychiatrie : 2 hôpitaux de jour sur les sites de Mende et de Saint-Chély ;
 - En psychiatrie adultes : 2 hôpitaux de jour sur les sites de Mende et de Saint-Chély.
- 3) Les CMP :
 - Pour la Psychiatrie infanto-juvénile : 3 CMP sur les sites de Mende, Saint-Chély, Florac, 2 antennes à Marvejols et Langogne et 1 site spécifique pour Ecoute Ados à Mende ;
 - Pour la Psychiatrie générale : 5 CMP sur les sites de Mende, Saint-Chély, Florac, Marvejols et Langogne.

Les enjeux concernant les ressources

- Si les taux d'équipement semblent très favorables sur le territoire, l'accès à ces derniers (notamment pour le sud du département) et à l'offre médicale constituent des problèmes réels qui viennent mécaniquement complexifier les parcours ;
- Le délai d'attente pour un RDV en CMP est relativement faible par rapport à d'autres territoires en France.

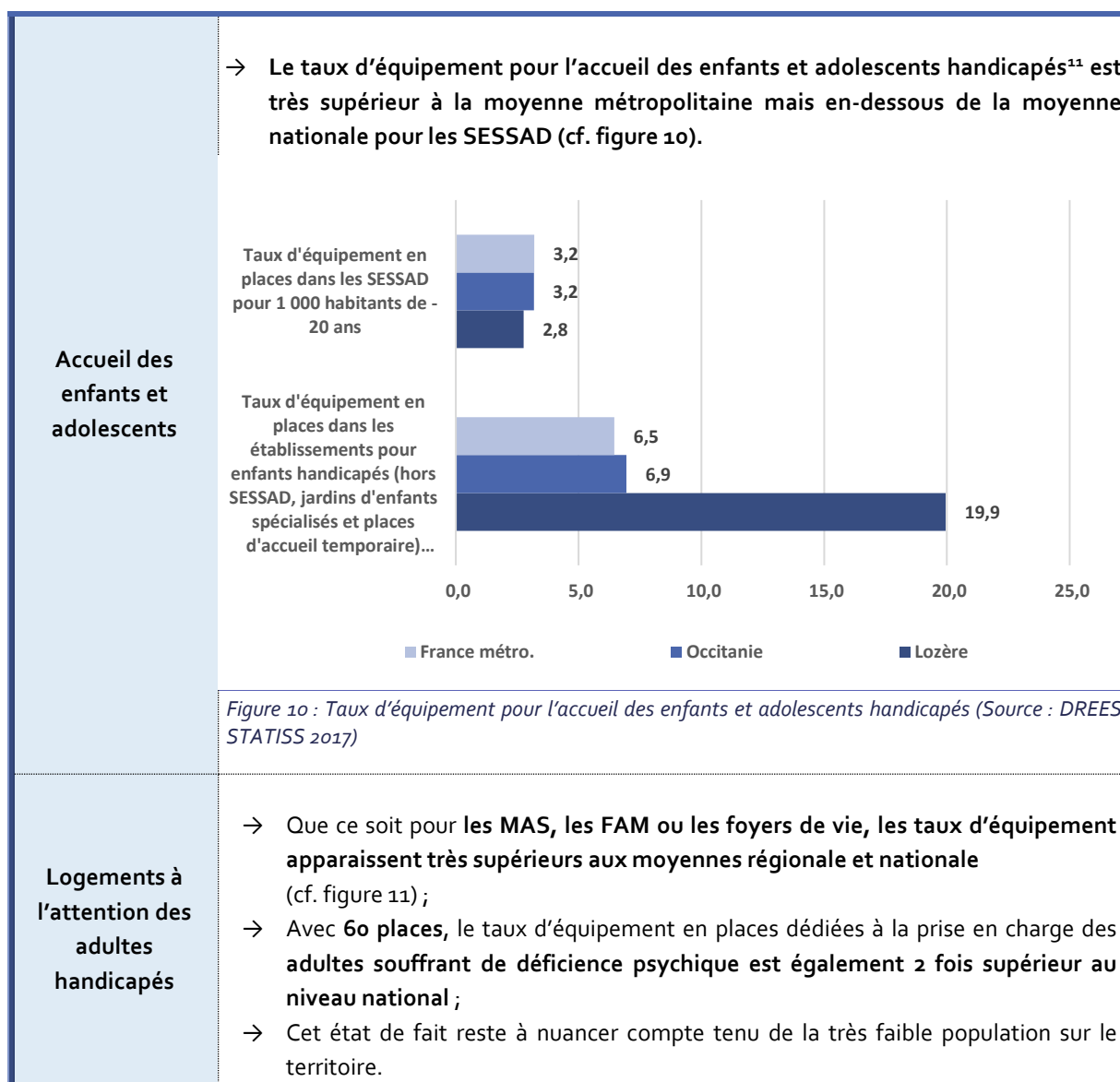
3.2. Offre médico-sociale et sociale

3.2.1. Equipements à destination des personnes handicapées

De manière générale, cet élément constitue un enjeu important pour les ARS. A ce titre, il convient de souligner la singularité de la Lozère.

Les professionnels interrogés ont mis en évidence une plutôt bonne qualité d'accueil et d'accompagnement des personnes atteintes de pathologie psychiatrique voire de handicap psychique, au Centre Hospitalier François Tosquelles ainsi que des résidents présentant un handicap psychique accueillis dans les structures médico-sociales (évaluation supérieure à 3/5 pour les deux types de structures).

S'agissant des structures médico-sociales du handicap, les taux d'équipement sont les suivants :



¹¹ Inclue Instituts médico-éducatifs (I.M.E.), Établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés, Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I.T.E.P.), Instituts d'éducation motrice (I.E.M.),

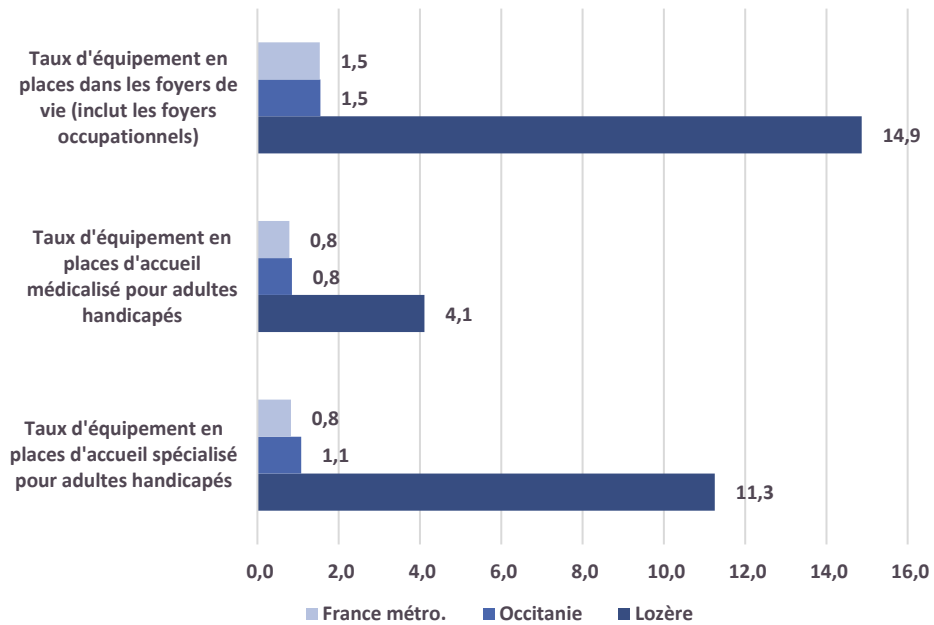


Figure 11 : Taux d'équipement en logements pour les adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (source : DREES STATISS 2016)

Ce niveau d'équipement ne permet aucunement de favoriser l'admission en structures médico-sociales des patients hospitalisés au long cours en psychiatrie.

Dispositifs d'insertion par le travail à l'attention des adultes handicapés

→ De la même manière que pour les autres structures médico-sociales, **le taux d'équipement en places d'ESAT est très supérieur aux niveaux régional et national** (cf. figure 12) ;

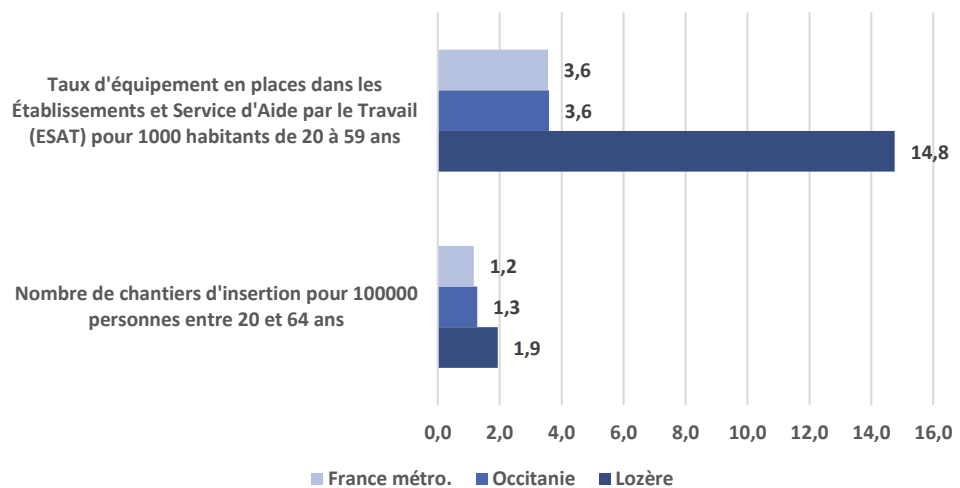
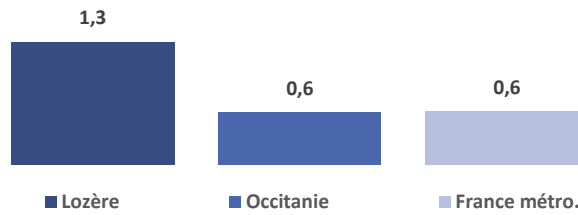


Figure 12 : Taux d'équipement en dispositifs d'insertion par le travail (source : DREES STATISS 2016)

L'accompagnement social

Nombre de Groupes d'Entraide Mutuelle pour 100000 habitants (Atlas de santé mentale / STATISS 2015)



→ Le délai moyen de traitement d'un dossier MDPH est évalué à 4 mois pour les enfants et 3,5 mois pour les adultes.

Les enjeux en termes d'offre sanitaire et médico-sociale

- Dans la plupart des cas, l'effet volume permet de mettre en évidence des taux d'équipement très favorables en Lozère ;
- Le constat semble similaire pour les dispositifs d'insertion par le travail et l'accompagnement social ;
- L'enjeu réside dans l'atteinte des personnes du département nécessitant un accompagnement.

3.2.2. Equipements à destination des populations spécifiques

Accueil des populations précaires

- Avec une PASS et une EMPP, la Lozère semble bien dotée par rapport à la région et la France ;
- En revanche, concernant les places d'hébergement social, on note un taux d'équipement près de 3 fois inférieur au niveau national (figure 13) ;

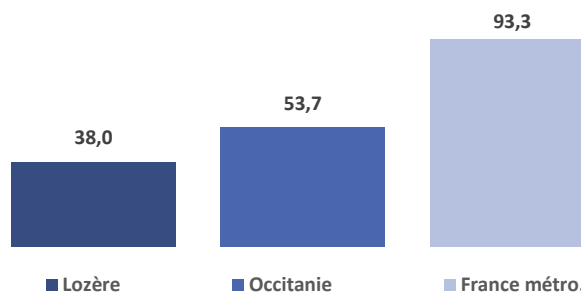
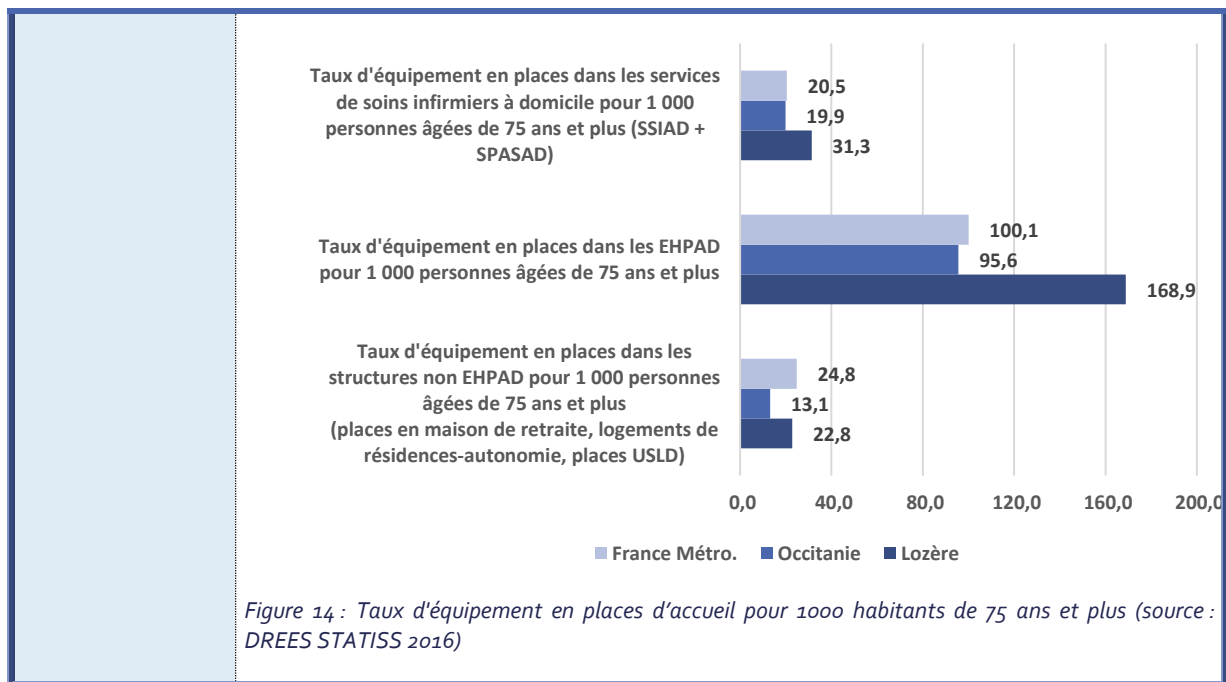


Figure 13 : Densité en places d'hébergement social pour 100 000 habitants (Atlas de santé mentale 2016)

<p>Accueil des enfants et adolescents</p>	<p>La Lozère dispose d'un certain nombre de structures participant à l'accueil et l'accompagnement social des enfants et des adolescents ce qui donne l'impression d'un département très bien doté :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Un dispositif de protection judiciaire de la jeunesse¹² ; → Une consultation jeunes consommateurs (pour les jeunes entre 12 et 25 ans) ; → Concernant la prise en charge au niveau de l'éducation nationale : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un SAPAD ; ○ Pour le 1^{er} degré : 7 ULIS / 3 RASED / 1UPE2A ; ○ Pour le 2^{ème} degré : 6 ULIS / 2 SEGPA / Un dispositif « devoirs faits » ; → Pour la prévention : Le PAEJ, Ecoute Ados, Planning familial, CeGIDD, Centre de planification, Réseau Santé Jeunes 48 et l'ANPAA 48 ; → Une maison d'accueil Familial pour les enfants de 0 à 4 ans ; → Il n'existe pas de Maison des Adolescents, en revanche plusieurs sites d'accueil et d'écoute des adolescents sont implantés sur le territoire ; → Des structures médico-sociales (MECS : La Providence à Mende et le Sentier au Bleynard, des lieux de vie, ...) compétent ces dispositifs. <p>Comme pour la prise en charge en santé mentale, l'enjeu semble résider principalement dans les capacités d'accès de la population à ces dispositifs plutôt que dans le volume de l'offre.</p>
<p>Accueil des personnes âgées</p>	<p>L'offre médico-sociale pour l'accueil des personnes âgées en Lozère présente des différences par rapport aux moyennes régionale et nationale :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Pour les places d'EHPAD, le taux d'équipement lozérien est 60 % plus important qu'en France métropolitaine mais cela s'explique par le fait que la population de plus de 75 ans est de 44 % plus importante que la moyenne nationale ; en outre les difficultés liées au maintien à domicile en territoire rural (portage de repas) explique aussi un recours plus important à l'EHPAD ; → Pour les structures d'hébergement non EHPAD, les taux d'équipement sont comparables au niveau national ; → Le taux d'équipement en places de SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) est également 30 % plus important qu'en France ; → Les professionnels n'ont pas listé de dispositifs de prévention à l'attention des personnes âgées toutefois il en existe.

¹² On parle soit d'Etablissements de placement éducatif (EPE), de Centres éducatifs fermés (CEF), de Centres Educatifs Renforcés (CER), d'Unité éducative de milieu ouvert (UEMO) ou de Foyer d'action éducative (FAE) ;



Les enjeux en termes d'accueil des populations spécifiques

- En lien avec les indicateurs quantitatifs, les capacités d'accueil des populations précaires sont moindres qu'en France ;
- Le regroupement des lieux d'accueil et d'écoute des adolescents constitue un enjeu important en terme de repérage (sur le modèle Maison des Adolescents) ;
- Les capacités d'accueil des personnes âgées sont importantes, mais aucun dispositif de prévention à la santé mentale n'est répertorié par les acteurs pour cette population.

3.3. Les dispositifs de prévention et de coordination

3.3.1. La prévention et l'éducation des usagers

Dans 55% des cas, les professionnels ont mis en évidence l'absence de dispositifs de prévention dans leurs structures. Les principales unités mobilisées sont les CMP, le GEM, l'ANPAA 48, le réseau d'addictologie et le centre médico-social.

Il n'existe pas de structure de prévention qui permette de répondre au besoin de « dédramatisation » des soins psychiatriques pour certaines populations du territoire qui choisissent de ne pas y recourir malgré le besoin.

3.3.2. Les liens entre structures sanitaires et médico-sociales

Au-delà du constat de déficit de ressources médicales affiché par les professionnels et qui reste à pondérer, **il est nécessaire d'augmenter et de formaliser les échanges, de renforcer l'ouverture et les connaissances mutuelles entre les équipes du Centre Hospitalier François Tosquelles et les établissements médico-sociaux** pour éviter les cas où il peut arriver que les équipes soignantes dans les unités non sanitaires ne disposent pas du diagnostic, du traitement et du projet de soin des patients ; ce qui complexifie leur capacité à « équilibrer le traitement quand il existe une dégradation de l'état du patient ou remplir les dossiers MDPH, APA, ALD ou d'assurance ».

Les acteurs demandent dans ce sens plus de travaux en collaboration à travers la mise en place de journées de sensibilisation, ou de connaissance des partenaires, voire de formations communes. L'objectif étant d'améliorer la coopération afin de fluidifier les parcours des usagers.

En lien avec les sujets de coordination entre les structures, les **professionnels du social ou du médico-social mettent en avant le besoin d'avoir plus de lien avec les structures sanitaires** : la mise en place d'infirmiers référents ou IPA pourrait par exemple constituer un axe de travail pertinent.

LES ENJEUX DU PTSM ET SA FEUILLE DE ROUTE

1. Les champs de travail prioritaires issus du diagnostic partagé



A l'occasion de la journée de lancement de la démarche le 28 mai 2019 à Mende et notamment de la présentation des résultats du diagnostic quantitatif et des résultats de l'enquête, les acteurs du territoire ont identifié des problèmes-clés et des dysfonctionnements qui ont fait l'objet de cinq premiers ateliers de travail sur 5 thématiques considérées comme prioritaires et en lien avec les priorités du décret.

ESPACE GEORGES FRECHE - MENDE

1.1. La méthode de travail

- Cinq groupes de travail d'une vingtaine de personnes chacun, représentatifs de la diversité des acteurs du territoire et animés par un binôme de professionnels membres de l'équipe projet ;
- 4 questions posées au groupe dans le champ de sa thématique prioritaire, avec un principe d'une demi-heure par question ;
- Sous la forme d'échanges ouverts, chaque groupe traite les questions les unes après les autres en respectant une trame fixe :
 - Description (rapide) du problème,
 - Identification de l'objectif, du résultat à atteindre, du niveau de priorité,
 - Méthode de travail à mettre en œuvre ;
- Un format de consignation des travaux est rempli au fur et à mesure pour chaque question, servant à une restitution générale en plénière.

1.2. Les thématiques prioritaires et les questions associées

Groupe 1 : ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET PREVENTION ET GESTION DE L'URGENCE

1. Comment diminuer le retard dans la prise en charge des adolescents et jeunes adultes ?
2. Comment repérer les troubles du neuro-développement le plus précocement possible ?
3. Comment éviter le « tout urgences » ?
4. Comment gérer la crise ? Quel dispositif pour le post-urgences ?

Groupe 2 : ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX

1. Comment mieux formaliser l'accès aux accompagnements médico-sociaux, dans un contexte de contraintes sur le nombre de places ?
2. Comment développer des modalités de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète ?
3. Comment développer des formules d'accompagnement à domicile ?
4. Comment être plus inclusifs dans nos prises en charge et nos accompagnements ?

Groupe 3 : CONTINUITÉ ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE ET DES ACCOMPAGNEMENTS

1. Comment éviter la rupture dans la prise en charge ?
2. Comment améliorer le passage des prises en charge de l'enfant à l'adulte et de l'adulte à la personne âgée ?
3. Quelles pistes de solution pour les cas complexes ?
4. Comment éviter l'enfermement des personnes ayant un handicap psychique dans le secteur protégé ?

Groupe 4 : ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES

1. Comment le patient peut-il s'approprier sa prise en charge somatique, qu'il soit à l'hôpital, en établissement, ou à domicile ?
2. Comment apporter une prise en charge des troubles psychiques chez les patients porteurs de maladies chroniques ?
3. Comment assurer le dépistage des maladies graves chez le patient non communiquant ou délirant ?
4. Comment articuler les soins somatiques hospitaliers et les soins somatiques de ville ?

Groupe 5 : PREVENTION

1. Quelles collaborations entre les acteurs pour prévenir l'évolution chronique ?
2. Comment faire reculer le renoncement aux soins ?
3. Comment mieux mobiliser les processus de socialisation et de sociabilité pour diminuer l'impact de la maladie mentale ?
4. Quel rôle pour les acteurs éducatifs du territoire dans la prévention ?

1.3. Les grands enjeux transversaux issus des groupes de travail thématiques

Les groupes de travail thématiques se sont alignés, quelle que soit la thématique traitée, et au-delà du contenu concret des actions à mener, sur les grands enjeux suivants :

- Décloisonner par une connaissance mutuelle
- Décloisonner par la coordination des différents secteurs d'intervention
- Fluidifier les parcours, simplifier et débureaucratiser
- Créer une culture commune par le langage et la formation
- Individualiser les parcours, par l'évaluation approfondie et la traçabilité
- Autonomiser et donner les clés de l'empowerment (accroissement de la capacité d'agir de la personne malade)

Ces grands enjeux sont autant de guides, de facteurs clés de succès du projet, permettant de garantir la faisabilité et la pertinence des actions du PTSM et de la feuille de route.

Ces groupes thématiques ont également permis, en tirant parti du diagnostic et en synthétisant les différents échanges, de concentrer les efforts collectifs sur 9 sujets opérationnels en déclinaison directe des 5 thématiques prioritaires (cf. matrice page suivante).

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
ACTIONS OPERATIONNELLES		Un guichet unique pour les adolescents de Lozère : vers un modèle de Maison des Adolescents	Prise en charge en santé mentale des adolescents : gestion des situations de crise et des cas complexes	Le dépistage précoce et la prise en charge de l'autisme en Lozère : l'Equipe 48 d'évaluation des TSA et la Plateforme TND	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) : mieux toucher les publics distants et vulnérables	Trajectoire des patients vers l'inclusion : la fluidité des parcours entre les champs sanitaire, médico-social et social	Le parcours de soins et de vie des personnes handicapées psychiques vieillissantes	La communication / coordination: les outils à disposition des acteurs de la Santé Mentale en Lozère	La coordination du parcours du patient : déploiement de nouveaux métiers et outils (case manager, IPA...)	Le partage des pratiques et la formation croisée entre professionnels des champs sanitaire, médico-social et social : voie vers les outils communs
THEMATIQUES PRIORITAIRES										
1	ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET PREVENTION ET GESTION DE L'URGENCE	+++	+++	+++	+++	+	+		++	
2	ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX		++			+++	+++		+	
3	CONTINUTE ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE ET DES ACCOMPAGNEMENTS		+	++		++	++	+++	+++	+++
4	ACCES AUX SOINS SOMATIQUES	+			+					
5	PREVENTION	++		+	++			+		+

Les ++ correspondent au niveau d'impact de l'action opérationnelle sur la thématique prioritaire considérée.

+++ : fortement contributeur (ce qui justifie le rattachement de l'action opérationnelle à la thématique)

++ : moyennement contributeur

+ : faiblement contributeur

2. Les actions du PTSM – La feuille de route



L'exploitation des travaux de la journée de lancement a permis de dégager 9 sujets opérationnels devant faire l'objet d'un travail territorial collectif. Ces sujets préfigurent les actions de la feuille de route du PTSM. Ils ont été abordés lors de la 2^{ème} journée de la démarche d'élaboration du PTSM : le 10 juillet 2019 à Mende.

Ceci s'est opéré au sein de 9 groupes de travail dans lesquels les participants se sont inscrits librement en fonction de leur intérêt :

1. Un guichet unique pour les adolescents de Lozère : vers un modèle de Maison des Adolescents
2. Prise en charge en santé mentale des adolescents : gestion des situations de crise et des cas complexes
3. Le dépistage précoce et la prise en charge de l'autisme en Lozère : l'Equipe 48 d'évaluation des TSA et la Plateforme TND
4. Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) : mieux toucher les publics distants et vulnérables
5. Trajectoire des patients vers l'inclusion : la fluidité des parcours entre les champs sanitaire, médico-social et social
6. Le parcours de soins et de vie des personnes handicapées psychiques vieillissantes
7. La communication / coordination: les outils à disposition des acteurs de la Santé Mentale en Lozère
8. La coordination du parcours du patient : déploiement de nouveaux métiers et outils (case manager, IPA...)
9. Le partage des pratiques et la formation croisée entre professionnels des champs sanitaire, médico-social et social : voie vers les outils communs

Avec la méthode de travail suivante :

- Sous la forme d'échanges, chaque groupe traite une thématique en respectant une trame de questionnement fixe :
 - Résultat attendu
 - Objectifs opérationnels
 - Indicateurs
 - Lien avec d'autres programmes territoriaux
 - Modalités et calendrier de réalisation
 - Acteurs impliqués
- Restitution en 5 minutes par thématique des objectifs opérationnels, en plénière.

6 Sujets transversaux sont apparus au sein des 9 groupes de travail et ont conduit à rédiger 6 fiches complémentaires :

10. Les Soins Psychiatriques Sans Consentement : sensibilisation des médecins généralistes et urgentistes et des Elus de Lozère
11. La Cellule d'Urgence Médico Psychologique (CUMP) de Lozère : une réponse aux psycho-traumatismes
12. Transport des mineurs en inter cité : lutter contre le renoncement aux soins
13. Prise en charge des détenus de la Maison d'arrêt en psychiatrie : améliorer le dispositif en se tournant vers les UHSA
14. La télémédecine au service de la relation médecin/patient et de la collaboration entre professionnels de santé
15. Les soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques : le diagnostic différentiel et le suivi somatique

Lors de la présentation du document PTSM au Bureau du Conseil Territorial de Santé, les membres ont demandé que soient traitées deux autres actions :

16. La crise suicidaire, une préoccupation majeure : sa prévention
17. L'implication des usagers : leur rôle dans le parcours en psychiatrie et santé mentale

Leurs impacts sur les thématiques sont les suivants :

	10	11	12	13	14	15	16	17
ACTIONS OPERATIONNELLES	Les Soins Psychiatriques Sans Consentement : sensibilisation des médecins généralistes et urgentistes et des Elus de Lozère	La Cellule d'Urgence Médico Psychologique (CUMP) de Lozère : une réponse aux psycho-traumatismes	Transport des mineurs en inter-cité : lutter contre le renoncement aux soins	Prise en charge des détenus de la Maison d'arrêt en psychiatrie : améliorer le dispositif en se tournant vers les UHSA	La télé-médecine en Santé Mentale au service de la relation médecin/patient et de la collaboration entre professionnels de santé	Les soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques : le diagnostic différentiel et le suivi somatique	La crise suicidaire, une préoccupation majeure : sa prévention	L'implication des usagers : leur rôle dans le parcours en psychiatrie et santé mentale
THEMATIQUES PRIORITAIRES								
1 ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET PREVENTION ET GESTION DE L'URGENCE	+++	+++	+++	+++			++	+
2 ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX					++			+
3 CONTINUTE ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE ET DES ACCOMPAGNEMENTS			++		+++			+
4 ACCES AUX SOINS SOMATIQUES					+	+++		+
5 PREVENTION		++	+			+	+++	+

Les ++ correspondent au niveau d'impact de l'action opérationnelle sur la thématique prioritaire considérée.

+++ : fortement contributeur (ce qui justifie le rattachement de l'action opérationnelle à la thématique)

++ : moyennement contributeur

+ : faiblement contributeur

3. Le partage du PTSM avec les acteurs de sa construction



Le Projet Territorial de Santé Mentale de Lozère, intégrant le Diagnostic Territorial Partagé et la Feuille de Route pour les 5 années à venir, a été partagé à l'occasion d'une réunion de clôture, le 19 novembre 2019, à laquelle étaient conviés tous les participants aux deux précédentes journées.

Cette restitution a été effectuée à l'issue de la validation du projet par la Commission Spécialisée en Santé Mentale le 4 novembre et par le Conseil Territorial de Santé le 12 novembre 2019.

Cette matinée de travail était structurée en 2 parties :

- Un retour sur la démarche, les points saillants du diagnostic territorial et la prise de parole des institutionnels et des pilotes du projet sur les résultats des travaux et l'engagement des acteurs du territoire ;
- Une présentation, par des binômes d'intervenants, de 5 thématiques particulièrement significatives de la feuille de route du PTSM, avec une séquence d'échanges avec la salle à l'issue de chaque présentation. Cette modalité participative a permis de recueillir les derniers avis sur le projet et de maintenir la dynamique pour la séquence à venir, celle de la mise en œuvre du PTSM.

Les 5 fiches actions présentées étaient (par ordre de présentation) les suivantes :

- Fiche action n°3 - Le dépistage précoce et la prise en charge de l'autisme en Lozère : l'Equipe associée d'évaluation des TSA et la Plateforme TND
- Fiche action n°2 - La prise en charge en santé mentale des adolescents : gestion des situations de crise et cas complexes
- Fiche action n°5 - La trajectoire des patients vers l'inclusion : la fluidité des parcours entre les champs sanitaire, médico-social et social
- Fiche action n°6 - Le parcours de soins et de vie des personnes handicapées psychiques vieillissantes
- Fiche action n°4 - L'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) : mieux toucher les publics distants et vulnérables

LES ACTIONS DU PTSM

A la lecture des fiches qui vont suivre, le lecteur pourra constater que les fondements du Plan Ma Santé 2022 sont parfaitement intégrés dans les actions opérationnelles du PTSM :

- Le PTSM inclut des mesures opérationnelles en faveur du décloisonnement des secteurs hospitalier, médico-social, social et de la médecine de ville. C'est le cas de la construction du parcours du patient, jeune ou handicapé psychique vieillissant (plateforme SAMO pour étude des dossiers d'admission en structure médico-sociale), de la mise à disposition d'outils de partage de connaissance et des compétences des différents acteurs de la santé mentale du territoire. Sur ces questions de parcours, l'accent est porté sur l'augmentation de la fluidité de la prise en charge, notamment par la qualification du meilleur type de prise en charge, des compétences et des structures afférentes, adaptés à l'épisode de soins et de vie du patient ;
- Toutes les solutions ambulatoires pertinentes sont recherchées, pour le bien-être du patient et de son entourage, pour lutter contre la chronicisation et aller vers l'inclusion. C'est notamment le cas de la proposition de regroupement de plusieurs acteurs (PAEJ, Mission Locale, EPSM, CMP dit Ecoute Ados) en un guichet unique de prise en charge multidimensionnelle des jeunes de Lozère. C'est aussi le cas de certaines structures médico-sociales : EATU Maison des Sources ;
- Le déploiement de la télésanté et des outils numériques au service des patients et des professionnels de santé, à la fois pour le suivi à distance des patients chroniques et la collaboration entre professionnels de santé, est particulièrement pertinent dans le département de la Lozère, très peu dense et enclavé. La télégériatrie est en phase de montée en charge grâce à l'outil COVOTEM qui favorise la télé expertise et la téléconsultation. Tous les établissements du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère sont dotés d'un système commun de visioconférence (Starleaf) ce qui favorise les échanges entre professionnels en évitant la contrainte des trajets entre structures ;
- Le rôle du patient dans les processus de prise en charge est renforcé par la participation des représentants des usagers à la démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale de Lozère et au sein du COPIIL PTSM constitué par le Commission Spécialisée en Santé Mentale. Ils sont, d'ores et déjà, associés dans les Instances du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère et au sein de la Commission des Usagers de chaque établissement sanitaire et médico-social du territoire. A ce titre, ils examinent les réclamations formulées par les usagers et sont force de proposition en terme d'amélioration de la prise en charge des patients au sein de ces établissements ;
- La formation et l'exercice combiné des professionnels sont encouragés, et de nouveaux métiers apparaissent, notamment de coordination de parcours et de pratique avancée infirmière, dans une logique de globalité de la prise en charge, pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle.

1. Action 1 : Un guichet unique pour les adolescents de Lozère : vers un modèle de Maison des Adolescents

Axe n°1 ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET PREVENTION ET GESTION DE L'URGENCE	Fiche action n°1 Un guichet unique pour les adolescents de Lozère : vers un modèle de Maison des Adolescents	
	Coordinateurs Le PAEJ (Point d'Accueil Ecoute Jeunes)	Partenaires Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère L'association du Planning familial L'Hôpital Lozère : avec son Pôle de santé publique dont le CeGIDD L'ANPAA 48 : Consultation Jeunes Consommateurs (CJC) et service Prévention Le CIDFF (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles) Le Conseil départemental L'Education nationale : publique, privée et enseignement agricole Les Infirmières scolaires Les Médecins Généralistes (Ordre des médecins et URPS)

Diagnostic / Problématique

Constat :

En Lozère, il résulte de la concertation entre acteurs que plusieurs intervenants concourent à **l'accueil et à l'écoute des adolescents**.

En effet, le département de la Lozère n'est pas doté d'une Maison Des Adolescents faute de financement octroyé pour ce dispositif ; de fait il n'existe pas de « guichet unique ».

Cependant, de nombreux acteurs interviennent sur ce champ de l'adolescence :

- Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère, et plus particulièrement le pôle de pédopsychiatrie chargé de la prise en charge médico-psychologique des jeunes ;
- Le PAEJ – Point Accueil Ecoute Jeunes - intervient comme dispositif d'écoute, d'accueil et d'orientation ;
- La Mission Locale répond aux questions d'insertion socio-professionnelle des jeunes ;
- L'association du Planning Familial ;

- L'Hôpital Lozère : le CeGIDD ;
- L'ANPAA 48 avec la Consultation Jeunes Consommateurs (CJC) et le service Prévention ;
- Le CIDFF (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles).

Ces différents acteurs, s'ils se réunissent pour veiller à articuler leurs actions, ne mutualisent cependant pas leurs moyens en un « Guichet Unique » sur le modèle « cahier des charges Maison des Adolescents ».

En effet, la définition d'une Maison des Adolescents, selon le cahier des charges, actualisé en 2016 et annexé à la lettre circulaire du 28 novembre 2016, vise à remplir les objectifs généraux suivants :

- Apporter des réponses pertinentes et adaptées aux besoins des adolescents, notamment en ce qui concerne leur santé et leur bien-être, en articulation et en complémentarité avec les dispositifs existants sur le territoire
- Offrir un accueil généraliste en continu (sans rupture) et ouvert à tous les jeunes par des professionnels des domaines sanitaire, médico-social, social, éducatif ou judiciaire intervenant dans le champ de l'adolescence
- Offrir une prise en charge multidisciplinaire généralement de courte durée
- Fournir aux adolescents un soutien, un accompagnement et les informations nécessaires au développement de leur parcours de vie
- Développer la prévention et promouvoir des modes de vie impactant favorablement la santé et le bien être
- Contribuer au repérage des situations à risques (violences, usage de substances psychoactives et pratiques addictives, comportements sexuels à risques ...) et prévenir la dégradation de situations individuelles (échec scolaire, déscolarisation, radicalisation, ...)
- Garantir la continuité et la cohérence des prises en charge et des accompagnements, en contribuant à la coordination des parcours de santé
- Favoriser l'élaboration d'une culture commune sur l'adolescence, le décloisonnement des différents secteurs d'intervention et les pratiques coordonnées sur un territoire
- Contribuer au renforcement d'une médecine de l'adolescence.

Il en découle les objectifs opérationnels suivants :

- Offrir aux adolescents, notamment ceux qui sont en rupture et/ou ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels, un espace d'accueil neutre, ouvert et non stigmatisant, conforme à la temporalité de l'adolescent, et une prise en charge médico-psychologique et somatique, mais aussi juridique, éducative et sociale, généralement de courte durée
- Accueillir, conseiller, orienter les jeunes et leurs familles, faciliter leur accès aux services dont ils ont besoin
- Favoriser la mise en réseau des acteurs territoriaux intervenant auprès des adolescents et la mise en œuvre d'accompagnements et de prises en charge collectives ou individuelles, globales, pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles (médicales, psychologiques, sociales, éducatives, médico-sociales, voire judiciaires) en vue de la santé et du bien-être des jeunes
- Coordonner le suivi des prises en charge multidisciplinaires conjointes
- Organiser et fournir une expertise pluridisciplinaire sur des situations individuelles afin de définir une stratégie de prise en charge et d'accompagnement
- Développer des dispositifs innovants et/ou expérimentaux, de nature à adapter l'offre de la Maison des adolescents aux évolutions des problématiques de santé des adolescents, du département de la Lozère, des partenariats, des ressources professionnelles ...
- Développer ou participer à des actions de promotion de la santé en direction des adolescents eux-mêmes, mais aussi des professionnels en lien avec l'adolescence
- Participer à des projets de recherche pluridisciplinaires sur l'adolescence.

Pour parvenir à répondre aux besoins des adolescents en Lozère, s'agissant de la santé mentale, le Centre Hospitalier François Tosquelles a développé un **dispositif spécifique qui a été dénommé Ecoute Adolescents**. Trois sites de permanence ont été déployés à l'aide des moyens humains des CMPEA de Mende (locaux dédiés), Saint-Chély d'Apcher et Marvejols. Aucune aide budgétaire n'a été apportée à l'EPSM pour répondre à la prévention des difficultés psychiques des adolescents. En terme de file active, la pédopsychiatrie a pris en charge 1 007 jeunes en 2018.

Ce dispositif dit « Ecoute Ados » est issu d'une réflexion médicale qui date de 1992, menée par le Dr SYLVE alors Médecin Chef du secteur de Pédopsychiatrie au sein de l'EPSM de Lozère.

Les trois permanences dites Ecoute Ados s'opèrent à Mende (24 jeunes vus en 2018) dans un local spécifique du centre-ville et dont la location est à la charge du CHFT. A Saint-Chély (55 adolescents en 2018) et Marvejols (8 adolescents en 2018), un local spécifique est attribué pour cette activité d'accueil au sein des locaux des CMPEA. Ces permanences sont ouvertes chaque semaine à raison de 3 après-midi à Mende et à Saint-Chély ; un jour à Marvejols.

L'accueil est réalisé sans rendez-vous à Mende dans l'esprit d'une Maison des Adolescents.

Cet accueil s'effectue de manière anonyme sans autorisation parentale. Les professionnels du CHFT (infirmiers, éducateurs et psychologues), selon les adolescents, écoutent lors d'une séance, puis d'une deuxième voire d'une troisième la problématique du jeune. C'est à la quatrième séance, si les professionnels le jugent nécessaire, que le jeune est orienté au CMPEA et les parents sont alors contactés.

S'agissant du **PAEJ**, qui a ouvert en 2015, les deux professionnels tiennent 10 permanences d'accueil et d'écoute dans le département : dans les 5 principaux bassins de vie de manière hebdomadaire et dans 5 autres villes de manière bimensuelle (150 jeunes environ par an).

Cet accueil est organisé avec ou sans rendez-vous préalable.

Pour cette activité, le PAEJ est financé par l'Assurance Maladie (Agence Régionale de Santé d'Occitanie), l'Etat (DDCSPP) et le Conseil Départemental.

Le PAEJ est situé dans les locaux de la Mission Locale. A noter que le Centre Hospitalier François Tosquelles a souhaité cesser sa location d'un local spécifique pour tenir sa permanence au centre-ville de Mende et a exprimé la volonté d'un rapprochement dans les locaux de la Mission Locale. Cette configuration aurait pour mérite d'aller vers le modèle Maison des Adolescents et constituerait un repérage pour les jeunes du type « Guichet Unique ».

L'Agence Régionale de Santé d'Occitanie, compte tenu de la taille du département, n'a pas privilégié la constitution d'une Maison des Adolescents en Lozère mais souhaite renforcer le PAEJ, par une enveloppe complémentaire, sur des missions de santé type Maison des Adolescents.

Actuellement, le Centre Hospitalier François Tosquelles, pour assurer cette mission, mobilise des psychologues, IDE et éducateurs spécialisés à hauteur d'1 ETP pour tenir les permanences en santé mentale. Le coût en moyens humains est évalué à 50 000 € par an. Le coût du loyer pour la permanence de Mende est de 4 800 € par an ; s'ajoutent les charges de fonctionnement (téléphone, déplacements, ...).

Les permanences de la pédopsychiatrie auront vocation à se déployer sur plusieurs sites concertés. Sur le site de Mende, la permanence pourrait s'effectuer sur le site PAEJ/Mission Locale favorisant ainsi le regroupement de trois acteurs et facilitant le repérage pour les jeunes ; sur le modèle Maison des Adolescents.

Le PAEJ envisage de solliciter une demande de prestation de service en santé mentale auprès du CHFT via son projet qui sera transmis à l'ARS courant octobre 2019. En ce sens, le PAEJ s'appuiera sur un renforcement de son financement cette année et les trois années à venir par l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie. Il précisera, en partenariat avec le CHFT, les prestations de service concourant à assurer le suivi et la prise en charge multidisciplinaire nécessaire aux besoins de ces adolescents.

Problématique :

Les lieux d'accueil et d'interventions sont multiples.

Les moyens humains sont dispersés.

La lisibilité pour les adolescents est à améliorer pour favoriser le repérage.

Tous les acteurs concourent à apporter une réponse aux adolescents et la mutualisation de leurs pratiques pourrait, à terme, évoluer vers un regroupement dans un Guichet Unique proche d'un fonctionnement de Maison des Adolescents.

Résultats attendus

Accroître la lisibilité des parcours par une porte d'entrée unique pour les jeunes en regroupant, d'ores et déjà, certains acteurs : le PAEJ, la Mission Locale et la permanence de Mende du CHFT (dispositif Ecoute Ados) pour rendre cohérente leurs actions en faveur des adolescents.

Faire bénéficier les adolescents d'une écoute spécialisée, rapide, à proximité de chez eux, d'un abord croisé de leurs problématiques et les orienter vers des prises en charge plus spécialisées si nécessaire.

Aller progressivement vers la création d'un guichet unique pour un accueil généraliste de l'adolescents en s'appuyant sur les compétences de l'ensemble des dispositifs existants sur les missions des Maison des Adolescents.

Imaginer un dispositif « sur mesure » en raison de la configuration actuelle du territoire et ses spécificités.

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

Cette problématique s'inscrit dans les axes de la **feuille de route Santé Mentale et Psychiatrie de juin 2018** qui préconise le repérage précoce de la souffrance psychique chez l'adolescent et de faciliter leurs accès aux soins en santé mentale par la structuration de l'offre de soins (action n°5).

Le **PRS Occitanie 2022** inscrit en priorité opérationnelle (n°1) du parcours santé mentale d'améliorer le diagnostic précoce et renforcer la prise en charge des troubles psychiatriques chez les enfants et adolescents. Dans ce cadre, le projet structurant n°1.3 vise à optimiser l'écoute et l'accueil des jeunes.

Indicateurs de suivi

Création d'un dispositif type « Maison des Adolescents » composé de l'ensemble des acteurs pour fédérer les moyens et répondre aux besoins des adolescents selon le cahier des charges annexé à la lettre du Premier Ministre du 28 novembre 2016

Date de la mise en place du guichet unique à Mende

Nombre de réunions de travail entre acteurs du territoire



Elaboration/réactualisation des conventions entre acteurs

Mise en place d'un plan de communication pluri annuel

Objectifs opérationnels / Actions

Solliciter le renforcement des moyens pour le PAEJ auprès de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie.

Formaliser, entre le PAEJ et le Centre Hospitalier François Tosquelles, les prestations de santé mentale nécessaires aux missions relevant d'une Maison des adolescents sur son volet soins.

Rendre opérationnel le futur « Guichet Unique » en s'appuyant sur le modèle de Maison des Adolescents (prévention, soins, accompagnement, orientation vers la bonne réponse, ...) en regroupant dès à présent le PAEJ, la Mission Locale et la permanence du CHFT sur un même lieu à Mende puis, dans un second temps, les autres acteurs du territoire.

Formaliser les rencontres entre acteurs des différents domaines (sanitaire, médico-social, éducation nationale, judiciaire) pour structurer leurs actions.

Permettre, ultérieurement, selon les coopérations mobilisables, l'évolution progressive du dispositif vers des modalités d'actions relevant plus de l'aller vers.

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Solliciter le renforcement des moyens auprès de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie pour permettre au PAEJ de mobiliser le volet soins en psychiatrie, hors droit commun	Formulation de la demande par le PAEJ auprès de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie	Dès à présent
Constituer le Guichet Unique entre Mission Locale, PAEJ et permanences du Centre Hospitalier François Tosquelles à Mende	Regroupement sur un lieu unique des 3 acteurs : PAEJ/Mission Locale et le CHFT	2020 si locaux disponibles
Coordonner les acteurs	Formalisation juridique et opérationnelle des acteurs (conventions, protocoles, ...)	2020
Déploiement de sites complémentaires PAEJ en association avec, à minima, le CHFT		2020 - 2023

2. Action 2 : La prise en charge en santé mentale des adolescents : gestion des situations de crise et des cas complexes

<p>Axe n°1</p> <p>ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET PREVENTION ET GESTION DE L'URGENCE</p>	<p>Fiche action n°2</p> <p>La prise en charge en santé mentale des adolescents : gestion des situations de crise et des cas complexes</p>				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="502 750 933 817">Coordinateurs</th> <th data-bbox="949 750 1378 817">Partenaires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="502 817 933 1361"> <p>Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère</p> </td> <td data-bbox="949 817 1378 1361"> <p>Le Conseil Départemental : la Maison de l'Autonomie (MDPH), la Protection de l'enfance et la Protection Maternelle et Infantile (PMI), l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)</p> <p>Le Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère</p> <p>Les établissements médico-sociaux</p> <p>La direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse</p> <p>L'éducation nationale publique, privée et l'enseignement agricole</p> <p>Le service de pédiatrie</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Coordinateurs	Partenaires	<p>Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère</p>	<p>Le Conseil Départemental : la Maison de l'Autonomie (MDPH), la Protection de l'enfance et la Protection Maternelle et Infantile (PMI), l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)</p> <p>Le Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère</p> <p>Les établissements médico-sociaux</p> <p>La direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse</p> <p>L'éducation nationale publique, privée et l'enseignement agricole</p> <p>Le service de pédiatrie</p>
Coordinateurs	Partenaires				
<p>Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère</p>	<p>Le Conseil Départemental : la Maison de l'Autonomie (MDPH), la Protection de l'enfance et la Protection Maternelle et Infantile (PMI), l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)</p> <p>Le Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère</p> <p>Les établissements médico-sociaux</p> <p>La direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse</p> <p>L'éducation nationale publique, privée et l'enseignement agricole</p> <p>Le service de pédiatrie</p>				

Diagnostic / Problématique

Définition :

Le public visé concerne des adolescent(e)s de 12 à 18 ans présentant un profil complexe.

Un adolescent complexe présente des problématiques psychologiques et comportementales sévères qui mettent à mal le système d'offre éducative, médicale (psychiatrique) et sociale, aboutissant à un parcours morcelé et dans l'errance, et qui finit parfois par une judiciarisation de sa prise en charge.

Les jeunes dits « complexes » présentent de multiples difficultés marquées par leur intensité et pouvant tenir à la fois à des troubles psychologiques ou psychiatriques, voire à un handicap, à la pratique de conduites addictives, et à un contexte familial et social fragilisé.

Souvent marqué par une extrême précarité, des carences affectives et éducatives, des phénomènes d'errance, un décrochage du système scolaire, ce parcours bascule parfois dans la délinquance.

Leur situation nécessite des prises en charge sociale, éducative, judiciaire, médico-sociale et sanitaire. Ils connaissent des parcours souvent complexes et instables, ponctués par de nombreuses ruptures, mettant en échec les institutions dans lesquelles ils sont successivement accueillis. (Cf. définition des « incasables » dans le cadre de l'étude DGCS de 2015-2016).

Du fait des partenariats attendus, une attention particulière devra être portée sur les jeunes complexes relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Constat :

Le Centre Hospitalier François Tosquelles, unique Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère, se caractérise :

- par son site historique de Saint-Alban où sont situées les unités de Réhabilitation psychosociale (UPC, URO et URE) et l'unité de géro-psycho-geriatrie (83 lits)
- par son site de Mende où sont accueillis les urgences psychiatriques et les Soins Psychiatriques Sans Consentement en hospitalisation complète (adultes : 25 lits) (adolescents : 6 lits)
- par son maillage du territoire (département de la Lozère - 48) à travers ses différents sites implantés au plus près des personnes présentant des troubles psychiques (CMP et Hôpitaux de Jour)

Par courrier du 26 février 2013 de la DOSA de l'Agence Régionale de Santé (n°364), portant décision du DGARS, les autorisations d'activité de soins du Centre Hospitalier François Tosquelles ont été rappelées conformément au SROS PRS en vigueur (Décision ARS/LR/2013/186). Ces autorisations ont fait l'objet d'un renouvellement tacite à compter du 2 août 2016 pour une durée de 5 ans (entité juridique n°480780147).

S'agissant plus particulièrement de la psychiatrie infanto juvénile, le Centre Hospitalier François Tosquelles dispose donc :

- d'une autorisation en hospitalisation complète à Mende (6 lits adolescents appelés par les acteurs Unité de Soins pour Adolescents - USA) ;
- de deux autorisations en hospitalisation de jour l'une à Mende (ET n°480782408) et l'autre à Saint-Chély d'Apcher (ET n°480783224) ;
- Ainsi que des CMPE/A lesquels ne font pas l'objet d'autorisations.

Problématique :

1) Gestion de la crise :

Il apparaît, et il a été fortement pointé, lors du diagnostic de la démarche du Projet Territorial de Santé Mentale en cours, la nécessité **d'améliorer la réponse apportée lors des hospitalisations des enfants et adolescents durant les week-end, les jours fériés et une partie des vacances scolaires.**

En effet, en terme d'historique, il convient de rappeler que l'Unité d'Hospitalisation Adolescents, précédemment installée à Saint-Chély d'Apcher puis à Saint-Alban sur Limagnole, a ouvert le 26 octobre 2011 sur le site de Mende, afin d'adapter l'offre de soins aux besoins des adolescents.

En 2015, la construction d'un bâtiment neuf, à proximité, pour le CMP et l'Hôpital de Jour pour les enfants a complété cette offre.

Cependant, très rapidement, l'établissement a été confronté à une pénurie médicale et paramédicale conduisant à une réflexion sur le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein.

C'est ainsi que **l'unité d'hospitalisation complète des adolescents a vu son fonctionnement évoluer.** En effet, l'hospitalisation complète des adolescents s'est opérée du lundi au vendredi afin de favoriser la mise en place d'un CMP adolescents, d'un Hôpital de Jour adolescents et l'Accueil Familial Thérapeutique pour les adolescents.

Ces structures sont ainsi venues compléter les CMP et Hôpitaux de Jour enfants de Mende.

L'objectif était de créer, sur Mende, une filière cohérente et spécifique pour les adolescents pour une prise en charge et un suivi par une équipe soignante dédiée.

L'accent est actuellement mis, par les acteurs du territoire, sur l'accueil et la prise en charge des enfants et des adolescents les week-end, les fériés et pendant les périodes de fermeture de l'unité d'hospitalisation des adolescents.

Ils sont admis par les Urgences de l'Hôpital Lozère et ne relèvent pas, sauf exception, d'une hospitalisation en pédiatrie mais sont le plus souvent admis, par défaut, au sein du service d'admissions de psychiatrie adultes.

Dès lors, ils sont en situation de côtoyer les patients admis en urgences psychiatriques et les patients sous mesure de soins sans consentement (SPDRE). Les jeunes mineurs cohabitent ainsi avec des patients adultes pouvant être agités et dangereux.

En 2018, ce sont 13 patients mineurs qui ont ainsi côtoyé des profils « sensibles » de patients majeurs au sein de l'unité d'hospitalisation complète UAPPE de Mende.

2) Gestion des cas complexes :

Lors du diagnostic, il est apparu, selon les acteurs, que 10 à 15 situations par an relèvent de cette appellation.

Des dispositifs pluri-partenariaux existent :

- La Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) (rapport PIVETEAU de 2014) pour les personnes en situation de handicap et leurs proches (le PAG - Plan d'Accompagnement Global - dispositif « Zéro sans solution »)
- Le dispositif DECLIC via le Conseil Départemental de la Lozère
- Le Réseau Santé Jeunes 48
- Les rencontres partenariales institutionnelles : pédopsychiatrie/ITEP/établissements médico-sociaux/éducation nationale/ASE/PJJ/...

Des difficultés persistent dans la prise en charge d'adolescents « cas complexes » nécessitant plus de lien et de partenariat afin d'élaborer un projet personnalisé opérationnel et partagé.

L'évolution sociétale conduit à revoir les pratiques et travailler des protocoles entre partenaires (champ sanitaire, social et médico-social) permettant une prise en charge pluri-institutionnelle coordonnée par des manager de parcours.

Il conviendra, par conséquent, d'associer dans les démarches les familles, les associations d'usagers, les pair-aidants

Pair-Aidance : concept qui repose sur l'idée qu'en ayant vécu la même maladie (physique ou psychique), on peut d'autant plus s'entraider. Ainsi, la personne qui a réussi à gérer au mieux sa maladie peut accompagner une autre personne qui n'en est pas au même stade. Inspiré du programme québécois et du savoir « expérientiel » (par le vécu) expérimenté par François TOSQUELLES, médecin psychiatre à Saint-Alban.

Enfin, ces problématiques doivent être envisagées en tenant compte de spécificités du territoire :

- Le taux d'équipement en structures médico-sociales et sociales accueillant des enfants et adolescents d'autres départements ;
- L'accueil en internats, dans des établissements scolaires de Lozère, (collèges isolés du Sud Lozère, lycées professionnels et agricoles, ...) d'enfants et adolescents domiciliés dans le Gard et l'Hérault.

Résultats attendus

Améliorer l'accueil des adolescents en situation de crise au Centre Hospitalier François Tosquelles en toute période de l'année.

Améliorer la prise en charge des mineurs souffrants de troubles psychiques dans le respect de leurs droits et en partenariat avec l'ASE et les établissements médico-sociaux favorisant une prise en charge globale des adolescents.

Veiller à élaborer pour chaque adolescent « cas complexe » un projet personnalisé opérationnel et partagé.

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

Le Schéma Départemental Unique des Solidarités 2018-2022

Le PRS Occitanie 2022 inscrit en priorité opérationnelle (n°1) du parcours santé mentale d'améliorer le diagnostic précoce et renforcer la prise en charge des troubles psychiatriques chez les enfants et adolescents.

Le Projet Médico-Soignant Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère : Filière Femmes, Santé des jeunes et Précarité.

Indicateurs de suivi

Ouverture de l'unité pour adolescents en H24

Nombre d'adolescents suivis dans le cadre de dispositifs opérationnels pour l'élaboration d'un projet personnalisé

Objectifs opérationnels / Actions

Renforcer l'offre de soins en pédopsychiatrie par l'ouverture en H24 de l'unité d'hospitalisation des adolescents (cf. réponse à l'instruction DGOS/R4/2019/175 du 19 juillet 2019 relative aux modalités d'attribution de mesures nouvelles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour l'année 2019) afin d'être en capacité de répondre aux situations de crise.

Créer les conditions opérationnelles de gestion des cas complexes :

- Disposer d'une liste exhaustive des différents acteurs avec leurs coordonnées et leurs missions
- Recenser de manière exhaustive les adolescents au profil cas complexe selon la définition évoquée supra
- Construire collégalement un projet personnalisé pour chaque adolescent repéré cas complexe
- Mettre en place des référents de parcours choisis parmi les opérationnels des structures

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Renforcer l'offre de soins en pédopsychiatrie par l'ouverture en H24 de l'unité d'hospitalisation des adolescents pour répondre à la gestion de la crise	Répondre à l'appel à candidature transmis à l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie par le Centre Hospitalier François Tosquelles dans le cadre de l'instruction relative aux modalités d'attribution de mesures nouvelles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour l'année 2019 afin de bannir les hospitalisations d'enfants/adolescents en unité d'adultes	15 octobre 2019
Programmer des rencontres pluri-professionnelles pour élaborer un plan personnalisé pour chaque adolescent repéré cas complexe	Coordination des acteurs par le Centre Hospitalier François Tosquelles en lien avec la Maison de l'Autonomie (MDPH)	Dès à présent et sur la durée du plan d'actions
Rechercher des familles susceptibles de devenir Accueillant Familial Thérapeutique	Recherche menée par le Centre Hospitalier François Tosquelles	Dès à présent et sur la durée du plan d'actions

3. Action 3 : Le dépistage précoce et la prise en charge de l'autisme en Lozère : l'Equipe 48 d'évaluation des TSA et la Plateforme TND

<p>Axe n°1</p> <p>ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET PREVENTION ET GESTION DE L'URGENCE</p>	<p>Fiche action n°3</p> <p>Le dépistage précoce et la prise en charge de l'autisme en Lozère : l'Equipe 48 d'évaluation des TSA et la Plateforme TND</p>	
	<p>Coordinateurs</p> <p><u>Pilotage opérationnel :</u> L'Association le Clos du Nid pour le médico-social</p> <p><u>Pilotage politique :</u> Le Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère pour le sanitaire</p>	<p>Partenaires</p> <p>L'Hôpital Lozère : le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce - CAMSP Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère : les services de Pédopsychiatrie Le Centre Ressource Autisme Languedoc Roussillon – CRA LR Les acteurs du repérage du territoire : médecins généralistes, pédiatres, Conseil Départemental, professionnels de la petite enfance, ... Réseau Handiconsult48 de l'Hôpital Lozère Maison Départementale de l'Autonomie Education Nationale Intervenants de la prise en charge thérapeutique, éducative et pédagogique de l'enfant</p>

Diagnostic / Problématique

Définition :

Les troubles du spectre de l'autisme sont des troubles du neuro-développement qui entraînent :

- Une altération qualitative de la communication sociale et des interactions sociales ;
- Des comportements, intérêts ou activités restreints ou répétitifs ;
- Des particularités sensorielles.

Il existe plusieurs niveaux de sévérité.

Les TSA peuvent être diagnostiqués chez l'enfant à partir de 18 à 24 mois. Les TSA concernent environ 1 % de la population, le sex-ratio est de 3 garçons pour 1 fille. Il n'y a pas de causes précises retrouvées mais les études actuelles montrent qu'il existe un terrain génétique associé à des facteurs environnementaux. Les TSA sont fréquemment associés à d'autres troubles du neurodéveloppement tels que les déficiences intellectuelles, les troubles « DYS » ou le TDAH (trouble attentionnel avec hyper activité).

Les enfants avec TSA doivent être repérés et diagnostiqués le plus tôt possible afin de pouvoir bénéficier de prises en charge thérapeutiques, éducatives et pédagogiques adaptées le plus précocement possible (orthophonie, psychomotricité, entraînement aux habiletés sociales, ergothérapie, suivi pédagogique, suivi éducatif, adaptations scolaires, adaptation de l'environnement, ...).

Plus le diagnostic et les prises en charge sont précoces et plus l'enfant a de chance de progresser dans les domaines de la communication, de la socialisation et des comportements, ceci afin d'avoir un parcours le plus inclusif possible.

Contexte :

Plan Autisme 2013-2017 et évolution des connaissances :

Le 3^{ème} plan national autisme s'appuie sur l'état des connaissances de la Haute Autorité de Santé de 2010 et sur les recommandations de bonnes pratiques de 2012. Le plan autisme 2013-2017 s'articule autour de 5 axes majeurs :

- **Diagnostiquer et intervenir précocement**
- Accompagner tout au long de la vie
- Soutenir les familles
- Poursuivre les efforts de recherche
- Former l'ensemble des acteurs de la prise en charge de l'autisme

Stratégie pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement :

La stratégie pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022 succède au 3^{ème} plan autisme 2013-2017. Elle s'articule autour de 5 engagements phares :

- Renforcer la recherche et les formations
- Intervenir précocement auprès des enfants
- Garantir la scolarisation effective des enfants et des jeunes
- Favoriser l'inclusion des adultes
- Soutenir les familles

L'Instruction du 17 juillet 2014 relative au cadre national de repérage, de diagnostic précoces pour les enfants avec autisme ou autres troubles envahissants du développement prévu au plan autisme 2013-2017.

La circulaire n° SG/2018/256 du 22 novembre 2018 prévoit la mise en place de plateforme d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles HAS et ANESM.

En Lozère :

La prise en charge des troubles du spectre de l'autisme se structure de la manière suivante :

- **L'Equipe 48 d'évaluation de TSA chez les enfants et adolescents :**

L'Association Le Clos du Nid porte le projet d'une équipe de diagnostic et d'orientation des enfants et des adolescents présentant des troubles du spectre de l'autisme conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé.

Cette équipe est associée au Centre de Ressource Autisme Languedoc Roussillon. Elle fait l'objet d'une convention quadripartite signée entre le CRA LR, le CAMSP de l'Hôpital Lozère, l'Association du Clos du Nid et l'Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère.

Cette organisation repose sur des processus de travail commun s'appuyant sur des pratiques partagées, des outils communs et des compétences mutualisées.

L'Equipe 48 d'évaluation des TSA est une équipe pluri-disciplinaire et pluri-institutionnelle sanitaire et médico-sociale, sous la coordination d'un psychiatre. Ses missions sont les suivantes :

- **EVALUATION** : confirmer ou infirmer des diagnostics de TSA et préciser le profil fonctionnel de l'enfant évalué
- **ORIENTATION** : proposer un projet de prise en charge personnalisé comportant notamment des actions de développement de la communication et du langage. Elle ne peut pas mettre en place directement ou intégralement le projet de prise en charge mais elle doit pouvoir orienter les enfants et leurs familles vers les ressources du territoire. Elle peut aussi, si nécessaire, orienter vers le CRA LR les diagnostics complexes pour des investigations complémentaires et avis.
- **ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES** : assurer l'annonce du diagnostic, le soutien psychologique, l'appui à la constitution des dossiers pour la Maison Départementale de l'Autonomie, la rédaction de documents écrits remis aux parents et aux partenaires, les groupe « d'aide aux aidants ».
- **FORMATION** : mener des actions de formation des professionnels de terrains aux TSA. En priorité, participer à la sensibilisation et à la formation des acteurs locaux de première ligne aux signes d'alerte et de repérage des TSA (professionnels de la petite enfance, médecins généralistes, pédiatres libéraux, ...).

Elle peut être sollicité par la famille et sur indication médicale.

L'équipe est en lien avec les différents acteurs des milieux sanitaires, médico-sociaux, éducatifs et associatifs du territoire. En ce sens, elle propose des actions d'information et de formation en particulier à destination des acteurs principaux du repérage des personnes avec TSA. Elle vise aussi à faciliter et sécuriser le parcours des personnes de l'enfance vers l'âge adulte en favorisant la mise en place de coordonnateurs de parcours ou « case manager ».

L'Equipe 48 a été créée en mars 2019 après validation du projet par le CRA LR en janvier 2019. Elle a déjà reçu 18 dossiers de demande (Clos du Nid – juillet 2019).

Elle fonctionne, dans un premier temps à moyens constants par redéploiement de ressources, humaines en particulier.

Au regard de la file active, une recherche de financement sera engagée auprès de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie.

- **La Plateforme TND :**

Un dossier **d'Appel à Manifestation d'Intérêt** a été déposé en avril 2019 par l'Hôpital Lozère (pour le CAMSP), co-signé du Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère et de l'association Le Clos du Nid, auprès de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie au titre du projet de Plateforme d'orientation et de coordination dans le parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement (TND).

La Plateforme 48 sera pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle, constituée d'un projet commun formalisé entre l'Hôpital Lozère, dont le CAMPS, l'Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère et l'association médico-sociale Le Clos du Nid représentant le GCSMS « Etablissement et Services du Handicap de Lozère ».

La Plateforme 48 est adossée à l'Equipe 48 d'évaluation des TSA et bénéficie donc de l'expérience de cette équipe dans l'utilisation des outils de diagnostic, d'évaluation fonctionnelle et d'accompagnement des enfants avec TSA.

La Plateforme 48 d'orientation et de coordination a pour missions :

- **Appui aux professionnels de première ligne** : assurer une fonction ressource aux professionnels de santé acteurs du dépistage avec un accent important mis sur l'information et la formation
- **Accompagnement et interventions auprès des enfants et des familles dans le parcours diagnostic** :
 - Procédure diagnostique
 - Réalisation des bilans avec les outils validés
 - Adressage à l'Equipe 48 d'évaluation des TSA ou directement au CRA LR
 - Annonce du diagnostic
 - Synthèse et relais entre professionnels en charge de l'accompagnement thérapeutique, éducatif et pédagogique de l'enfant
- **Coordination des professionnels libéraux et accompagnement des familles dans le parcours**

Il convient de préciser que le dispositif mis en place par l'équipe associée 48 d'évaluation des TSA est un dispositif de 2ème ligne destiné pour le moment au dépistage au diagnostic et à l'évaluation des enfants et des adolescents repérés au niveau des familles, des écoles, des PMI ou des médecins de 1er ligne. L'orientation vers des structures et/ou des professionnels libéraux susceptibles de mettre en œuvre une prise en charge adaptée à ces troubles est actuellement en voie d'organisation faute d'un recensement encore incomplet des compétences présentes au niveau du département. L'éventualité d'élargir ce dispositif à l'ensemble des troubles du neuro-développement n'est encore qu'un projet.

L'extension du dispositif à la population adulte demande à considérer deux situations distinctes :

- Celle des Usagers et résidents d'EMS (MAS, FAM) qui présentent le plus souvent des situations complexes du fait de la comorbidité entre TSA, déficience intellectuelle et/ou d'autres handicaps, et chez lesquels une évaluation diagnostique extensive à la recherche d'un TSA ne peut être légitimée que par l'existence préalable de moyens de prise en charge spécifiques au sein des établissements concernés

Celle de personnes autonomes, suivies en ambulatoire, notamment en psychiatrie, et qui après une évaluation standardisée pourraient être référées aux professionnels institutionnels ou libéraux spécialisés dans le domaine des TSA.

Résultats attendus

Développer le diagnostic précoce des enfants et des adultes atteints de TSA et TND par le déploiement de l'Equipe 48 d'évaluation des TSA et de la Plateforme 48 d'orientation et de coordination des TND.

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

PRS 2 Occitanie : Parcours personnes en situation de handicap – priorité opérationnelle n° 1 « améliorer la précocité du diagnostic et l'accompagnement de la personne en situation de handicap et de sa famille » - Projet structurant 1.1 « Améliorer le repérage et la prise en charge précoce des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMPP et CMP ».

Projet Médico-Soignant partagé du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère : Filière handicap

Indicateurs de suivi

Nombre de consultations de l'Equipe 48 d'évaluation des TSA

Nombre de consultations de la Plateforme 48 d'orientation et de coordination des TND

Nombre de patients diagnostiqués

Objectifs opérationnels / Actions

Faire connaître les dispositifs existants en communiquant sur l'existence d'une porte d'entrée unique : l'Equipe 48 d'évaluation des TSA et la Plateforme 48 d'orientation et de coordination des TND.

Organiser les parcours en lien avec tous les acteurs du département, assurer une prise en charge adaptée sur tous les lieux d'accueil: écoles, crèches, familles, ESMS, hôpital... par la diffusion de pratiques et d'outils partagés. Distinguer les différents niveaux d'intervention :

- Acteurs du dépistage
- Acteurs de la prévention (information grand public)
- Acteurs du diagnostic
- Acteurs du suivi du projet individualisé

Recenser les compétences présentes dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi que chez les professionnels libéraux.

S'appuyer sur la formation de 140h pour constituer une équipe de référents autisme formés au diagnostic.

Accompagner les professionnels de terrain dans cette évolution des pratiques et de l'évolution des inter actions professionnelles, au-delà d'un socle de formation de base En ce qui concerne les objectifs de formation, il convient également de distinguer deux étapes distinctes :

- La sensibilisation de l'ensemble des personnels aux conceptions actuelles de l'autisme (diagnostic, caractéristiques cliniques, compréhension de l'origine du trouble, moyens de prise en charge, aspects familiaux et sociaux, ...).
- La formation de certains professionnels aux évaluations diagnostiques et/ou aux techniques spécifiques de prise en charge des TSA dans leur domaine de compétence, formations qui doivent alors être conformes aux recommandations actuelles de bonnes pratiques.

Renforcer les actions de sensibilisation et de formation inter institutionnelles, inter établissements pour favoriser le travail partenarial.

Faciliter le partage de temps pour certains métiers en tension, notamment les médecins psychiatres.

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Equipe 48 d'évaluation des TSA enfants et adolescents	Evaluations réalisées au CAMSP (du lundi au vendredi de 9h à 17h) et au SESSAD Les Dolines	Depuis le 15 mars 2019
Plateforme 48	Réponse à l'Appel à projets en respectant le cahier des charges et au plus près de la réalité du territoire	Publication de l'Appel à Projets par l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie

4. Action 4 : L'équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) : mieux toucher les publics distants et vulnérables

<p>Axe n°1</p> <p>ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET PREVENTION ET GESTION DE L'URGENCE</p>	<p>Fiche action n°4</p> <p>L'équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) : mieux toucher les publics distants et vulnérables</p>	
	<p>Coordinateurs</p> <p>Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère</p>	<p>Partenaires</p> <p>Les Centres Hospitaliers La PASS de l'Hôpital Lozère Les établissements sociaux (CHRS) et médico-sociaux Le CADA Les mandataires judiciaires à la protection des majeurs et associations tutélaires L'ARS La DDCSPP Le Conseil Départemental : la Maison de l'Autonomie (MDPH), la MAIA L'ANPAA 48 : Les Appartements de coordination thérapeutique (ACT) et le CSAPA Les GEM Les SAVS Les élus La CCSS (plateforme FISAS) La MSA Les CCAS/CIAS</p>

Diagnostic / Problématique

Définition :

L'accroissement des phénomènes d'exclusion au cours des dernières décennies a fortement contribué à accentuer le rôle social des acteurs de l'offre de soins auprès des populations précaires.

Plusieurs éléments expliquent les difficultés propres aux plus démunis : ceux-ci ont perdu tout réflexe ou volonté de recours aux soins, ignorent ou méconnaissent leurs droits, manquent d'initiative pour effectuer une démarche administrative, se heurtent à la complexité et à la lenteur de certaines procédures, peuvent être isolés géographiquement. Leurs difficultés financières font, bien souvent, obstacle pour accéder à des soins.

Deux dispositifs créés dans les années 2000 – les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) – jouent un rôle primordial dans l'accès aux soins : cela, tant directement auprès des personnes en situation de précarité qu'indirectement auprès de tous les intervenants en charge de ces publics.

Les PASS et les EMPP, au-delà du public cible, sont liés par les mêmes objectifs :

- Garantir l'accès et la continuité des soins en portant des dynamiques « d'aller vers »
- Réduire les inégalités sociales
- Apporter un appui aux professionnels du droit commun

Aux frontières du sanitaire et du social, ces dispositifs offrent un accueil et une prise en charge soignante, tous deux indissociables. Les médecins, les personnels soignants et les travailleurs sociaux doivent chacun intégrer la dimension de travail des autres professionnels dans leur action et, ainsi, se compléter et échanger les uns avec les autres, pour assurer une prise en charge adaptée aux patients nécessitant une aide pour accéder aux soins.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) :

Ces équipes, dont le cadre d'action est fixé par la circulaire du 23 novembre 2005, interviennent à l'extérieur des établissements, au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les suivent. Elles peuvent ainsi accompagner ces personnes dans leurs parcours de soins mais également former et conseiller les acteurs sociaux pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques ou les situations de détresse sociale.

Contexte réglementaire :

La Circulaire 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

En Lozère :

Le Centre Hospitalier François Tosquelles, EPSM de Lozère, a bénéficié en 2008 de crédits reconductibles attribués par l'ARH Languedoc Roussillon dans le cadre des mesures de financement « plan santé mentale – création d'une équipe mobile de Psychiatrie » (courrier de notification du 5 novembre 2008).

Ces crédits s'élevaient à 153 000 € et ont été intégrés dans la Dotation Annuelle de Financement de l'établissement.

L'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité - EMPP du CHFT :

Ce projet a été élaboré par un praticien hospitalier recruté en 2015 et le Cadre Supérieur de Santé CSS.

Cette équipe mobile est inscrite dans les orientations transversales du Projet Médical 2018-2023 du CHFT.

Les publics concernés :

Une diversité de formes de précarité existe dans un département rural, celle des personnes accueillies dans les institutions sociales de secours ou d'urgence, des personnes désocialisées pouvant être à la rue, ou isolées dans des hameaux retirés. Certaines personnes présentent des troubles mentaux et échappent aux soins, d'autres vivent une souffrance psychique générée par l'exclusion et la précarité.

Les missions :

- Aller au-devant de ce public, là où il est repéré, dans les institutions sociales accueillant les personnes précaires, La Traverse, Quoi de 9, SIAO, domiciles de secours, services sociaux... pour identifier et améliorer la réponse aux besoins non repérés ou non pris en charge.
- Assurer la fonction d'interface entre les acteurs du social, du sanitaire afin de répondre à la nécessaire gradation et à la continuité des soins, en organisant les relais utiles vers les différents dispositifs de soins alternatifs à l'hospitalisation.
- Soutenir les acteurs de première ligne du domaine social ou médico-social, du caritatif qui travaillent dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion.
- S'engager dans un principe de réciprocité dans les partenariats.

Les actions mises en œuvre :

En direction des personnes en état de précarité et d'exclusion : des temps de présence dans les lieux d'accueil de jour, d'accueil temporaire, d'accueil d'urgence, domicile, rue (cas particuliers).

En direction des acteurs de première ligne : des rencontres entre professionnels dans le cadre d'analyse de la pratique, des réunions de concertations concernant des situations en cours, des formations à thèmes communs.

Les moyens mis en œuvre par le CHFT :

Localisé physiquement dans chaque CMP du secteur de psychiatrie adultes de Lozère (Mende, Saint-Chély d'Apcher, Marvejols, Florac et Langogne), un binôme référent précarité (soignant et/ou service éducatif et assistante sociale) est désigné pour assurer ces missions en lien et en coordination avec les partenaires intervenant sur les questions de précarité.

Ces référents sont mobiles vers les lieux d'accueil des précaires : CHRS, CADA, ... mais également vers les domiciles.

L'organisation doit permettre de faciliter la continuité d'actions existantes du fait du maillage territorial du CHFT. Les référents de l'EMPP ont l'avantage de connaître le tissu social, associatif et sanitaire de chaque bassin de vie et de s'adapter rapidement aux besoins des usagers.

Cette organisation, qui s'articule à la fois sur l'EMPP et les CMP, permet d'assurer un suivi aux personnes qui quittent le statut de précaire, de continuer à poursuivre les soins avec les mêmes professionnels lorsque le lien thérapeutique est instauré.

Au total, ce sont 3,25 ETP, temps médical compris, qui sont mobilisés sur le dispositif de l'Equipe Mobile de Précarité du Centre Hospitalier François Tosquelles.

Ce dispositif nécessite également des moyens logistiques pour sa mise en œuvre : déplacements des personnels vers les usagers (visites à domicile), le CADA et les trois CHRS du département ou encore des frais d'interprétariat pour les personnes étrangères.

A noter qu'un temps de cadre de santé au sein de chaque CMP est octroyé pour l'élaboration des plannings des agents et l'organisation des soins incluant ce dispositif.

Il s'agit pour ces binômes d'intervenir auprès des associations partenaires, à leur demande, sous forme d'interventions régulières programmées ou lors de demandes particulières autour de situations déterminées.

Les partenaires directs du CHFT sont :

- Le Collectif SIAO
- L'association La Traverse avec le CMP de Mende
- L'association Quoi de 9 avec le CMP de Florac
- Le CADA avec le CMP de Langogne

Des conventions ont été signées avec chacun de ces partenaires :

- Association La Traverse : signée en 2016 et révisée le 20 février 2018
- Association Quoi de 9 : signée en 2014 et révisée le 18 janvier 2018

Ces conventions permettent de réaffirmer les conditions du partenariat et de fixer les temps d'intervention programmés. Elles font l'objet d'évaluations annuelles par le cadre supérieur de santé coordonnant le dispositif.

Le partenariat avec le CADA se concrétise par des réunions régulières des équipes. Toutefois, ces échanges n'ont pas abouti à la signature d'une convention (cf. réunion avec l'Association France Terre d'Asile à la DTARS48 du 16 novembre 2015).

Problématique :

Lors de la démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale de Lozère, les acteurs du diagnostic territorial ont pointé la nécessité d'assurer une lisibilité du fonctionnement de l'EMPP.

L'articulation avec la Permanence d'Accès aux Soins de Santé - PASS de l'Hôpital Lozère est jugée nécessaire.

De même, le partenariat avec le CSAPA de l'ANPAA 48, pour les situations qui le nécessitent sur le territoire dans le cadre des consultations avancées en addictologie, est à renforcer.

Résultats attendus

Rendre l'équipe mobile visible auprès de la population de Lozère et des partenaires des établissements sanitaires et sociaux (veiller à la distinction avec les missions des CMP) : accompagner l'EMPP dans la clarification et la mise en œuvre de ses missions

Développer, valoriser et évaluer l'activité de l'EMPP pour offrir une réponse aux professionnels de terrain

Conforter l'articulation avec la PASS (Permanence d'Accès aux Soins), les acteurs sociaux et communaux

Formaliser les protocoles (conventions) voire les remettre à jour

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

PRS Occitanie – PRAPS (Priorité d'action n°3 : contribuer à une meilleure prise en compte de la santé mentale des personnes en situation de précarité)

Schéma Départemental Unique des Solidarités 2018-2022

Schéma régional de la protection juridique des majeurs vulnérables

Plan départemental logement

Le Projet Médico-Soignant Partagé 2017-2021 du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère prévoit, dans les actions envisagées de la Filière « Santé Mentale et Addictologie », d'activer l'Equipe Mobile spécialisée en psychiatrie afin de faire face aux troubles psychiques des populations en situation de précarité et d'exclusion notamment les situations de lourdes problématiques d'addiction.

Indicateurs de suivi

Indicateurs du rapport PIRAMIG (plateforme ATIH) dont :

Nombre total de patients différents vus par l'EMPP au cours de l'année

Nombre de patients vus pour la 1ère fois au cours de l'année

Dont nombre de sexe féminin

Dont nombre de sexe masculin

Nombre de 0-6 ans

Nombre de 7- 17 ans

Nombre de 18-25 ans

Nombre de 26-64 ans

Nombre de 65 ans et plus

Logement :

Fixe / stable

Famille, Ami

Hébergé par un organisme ou association de façon suivie

Bidonville / squat / caravane...

Hébergement d'urgence pour quelques nuits, y compris 115.

Rue

Autre (ex. hôtel payé par la personne)

AME (dont AME Soins urgents et AME humanitaire)

PUMA + une PEC complémentaire (CMUC, complémentaire santé, prise en charge étrangère, AME complémentaire...)

PUMA sans complémentaire

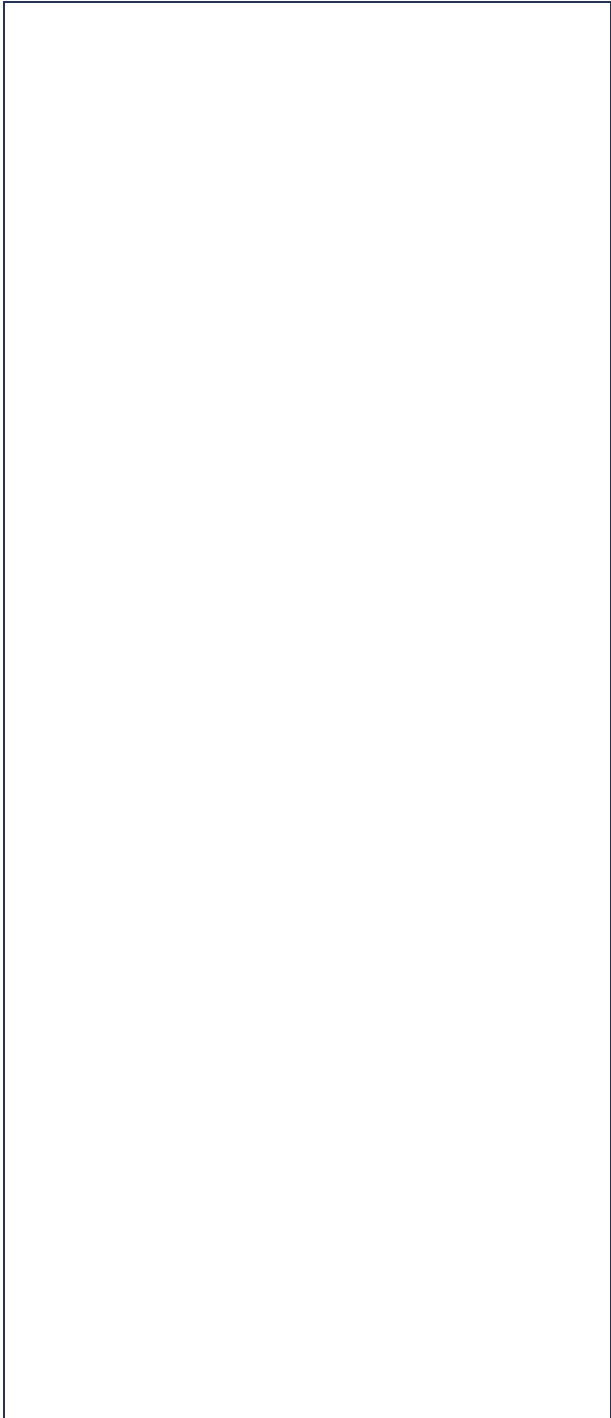
VISA

Couverture médicale dans un autre pays EU (CEAM)

Nombre d'entretiens individuels contribuant notamment à l'évaluation des besoins, y compris en urgence

Nombre de personnes concernées par de l'accueil, l'orientation et l'accompagnement vers des prises en charge de « droit commun »

Pourcentage des orientations en CMP



Pourcentage des orientations en hospitalisation
Pourcentage des orientations en préparation à l'hospitalisation
Pourcentage des orientations en sorties d'hospitalisation
Pourcentage des orientations en prises en charge dans le cadre de groupes d'échanges ou de parole d'ateliers thérapeutiques
Pourcentage des orientations en Autre
Pourcentage des orientations en non déterminé

Nombre de personnes, ne parlant pas le français et/ou une autre langue parlée par l'équipe de la PASS
Nombre de patients ayant fait l'objet de l'intervention d'un interprète professionnel sur place

% approximatif de patients disant avoir de liens familiaux (Parents, enfants, famille proche)
% approximatif de patients disant avoir de liens sociaux / amicaux (dont à la rue)
% approximatif de patients disant ne pas avoir de liens sociaux

Nombre de permanences de l'EMPP dans des lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté (CHRS, hébergement d'urgence, lieux de vie, accueils de jour...)

Nombre de déplacements suite à des signalements au cours de l'année

Nombre de consultations médicales

Objectifs opérationnels / Actions

Mettre en place un comité de pilotage de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité en Lozère afin de favoriser la communication entre les différents acteurs.

Proposition de composition :

- Le CHFT : la Direction, la Direction des Soins et les référents des 5 CMP
- La PASS de l'Hôpital Lozère
- Les associations La Traverse, Quoi de 9, le CADA, le SIAO
- La DTARS
- La DDCSPP
- Le Conseil Départemental

La mission du Comité de Pilotage sera de coordonner les différents partenaires et de promouvoir le rôle de l'EMPP sur tout le territoire.

Recueillir les données d'activité et valoriser, en interne au Centre Hospitalier François Tosquelles, vers les partenaires et auprès de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie, le rôle et l'activité de l'EMPP en Lozère : compléter annuellement PIRAMIG (plateforme ATIH).

Former des professionnels de l'EMPP et envisager des formations croisées avec les professionnels des établissements sociaux.

Formaliser des protocoles ou conventions (ou les réactualiser) avec les partenaires :

- Conforter l'articulation avec la PASS, les acteurs sociaux et communaux
- Renforcer le partenariat avec le CSAPA de l'ANPAA 48
- Aller vers les places (6) d'ACT - Appartements de coordination thérapeutique - Lou Mazuc de l'ANPAA 48

Créer une plateforme Territoriale d'Appui Précarité et renoncement aux soins : projet du Dr PUTOD, responsable du pôle de Santé Publique de l'Hôpital Lozère

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Communiquer sur l'EMPP	Participation et intervention à la Journée Santé Mentale et Précarité organisée le 10 décembre 2019 en Lozère par la Fédération des acteurs de solidarité Occitanie en lien avec l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie	10 décembre 2019
	Autres actions de communication de l'EMPP	Sur la durée du PTSM
Constituer un comité de pilotage de l'EMPP	Composition du Comité de Pilotage, définition des missions et tenue des rencontres annuelles	2020
Recueillir l'activité et valoriser en interne au CHFT, vers les partenaires et auprès de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie le rôle et l'activité de l'EMPP en Lozère	Recensement de l'activité sur le Logiciel DPI du CHFT à travers l'outil « Actions pour la communauté » et complétude du rapport d'activité PIRAMIG	2019
Former les professionnels de l'EMPP et envisager des formations croisées avec les professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux	Inscription au Plan de Formation du Centre Hospitalier François Tosquelles des formations ciblées pour les référents EMPP des CMP	- 30 septembre et 1 ^{er} octobre 2019 - puis sur les années suivantes
Formaliser des protocoles ou conventions	Conventions à établir entre l'EMPP et les partenaires du social et du médico-social	2023
Créer une plateforme Territoriale d'Appui « Précarité et renoncement aux soins »	Par le pôle de santé publique de l'Hôpital Lozère	2023

5. Action 5 : La trajectoire des patients vers l'inclusion : la fluidité des parcours entre les champs sanitaire, médico-social et social

<p>Axe n°2</p> <p>ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX</p>	<p>Fiche action n°5</p> <p>La trajectoire des patients vers l'inclusion : la fluidité des parcours entre les champs sanitaire, médico-social et social</p>
<p>Coordinateurs</p>	<p>Partenaires</p>
<p>Le Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère</p>	<p>Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère Le Conseil Départemental Les établissements sociaux et médico-sociaux du département</p>

Diagnostic / Problématique

Il s'agit de travailler à déterminer la trajectoire des patients porteurs de handicap mental et psychique afin de favoriser leur inclusion.

Cet objectif doit s'opérer en associant les acteurs du champ sanitaire et médico-social.

En terme de constat, il apparaît nécessaire de travailler aux deux définitions :

1 - Définition du handicap mental

En France, le terme de handicap mental désigne la résultante d'une déficience intellectuelle, qui limite les activités de la personne en situation de handicap mental en perturbant ses fonctions cognitives : langage, motricité, performances sociales ainsi qu'une difficulté plus ou moins importante de réflexion, de conceptualisation, de communication et de décision. Ce handicap ne peut pas être soigné mais il peut être compensé par un environnement aménagé et un accompagnement humain adapté.

Un grand nombre de handicaps mentaux ont une cause génétique, anomalie chromosomique (comme la trisomie 21), résultante d'une malformation cérébrale, d'un dysfonctionnement du métabolisme, ou la conséquence d'un accident pendant la grossesse (virus, médicaments ...), au moment de la naissance ou après (souffrance cérébrale, maladies infectieuses). Cependant, dans 30% des cas, l'origine reste inconnue.

2 - Définition du handicap psychique

Le handicap psychique est associé à des « troubles psychiatriques » : donnant lieu à des atteintes comportementales, qui n'altèrent pas les capacités intellectuelles de la personne en situation de handicap psychique mais plutôt leur mise en œuvre. Différents troubles sont compris dans le handicap psychique comme le trouble de la pensée, de la volonté, de la perception ou de l'humeur : comme la schizophrénie, les troubles bipolaires, les troubles obsessionnels compulsifs. Ces pathologies nécessitent donc des soins adaptés à leur évolution dans le temps, sachant que le handicap psychique n'a pas toujours de cause identifiable.

L'inclusion, c'est avant tout accompagner la personne en situation de handicap et l'inscrire dans un projet global qui vise à lui permettre d'exercer ses droits et ses devoirs, d'entreprendre des activités, dans un cadre de respect, d'écoute et de liberté.

La transition inclusive, nouveau paradigme porté par nos politiques, demande de la cohérence. Les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) font du domicile le centre de gravité du parcours des personnes. Mais choisir son lieu de vie ne peut se concevoir sans une aide à la vie quotidienne qui garantisse un parcours sécurisé, un accompagnement vers l'autonomie, une qualité de vie et une participation à la vie sociale et citoyenne.

Des expérimentations sont menées en faveur de la « désinstitutionnalisation », des « territoires 100 % inclusifs » (dont la Lozère depuis 2019) se manifestent, de nouveaux métiers dédiés à l'accompagnement émergent... Des textes officiels engagent les champs professionnels, sanitaires, sociaux et médico-sociaux à prendre le « virage inclusif », de nombreux citoyens s'impliquent au sein d'associations d'usagers, développent des Groupes d'Entraide Mutuelle, s'expriment à travers divers outils numériques.

L'inclusion peut donc s'opérer vers le milieu ordinaire ou par le passage dans des établissements médico-sociaux ; ces deux problèmes méritent donc d'être traités séparément.

En ce qui concerne l'inclusion, il existe un mouvement important dans les ESMS (notamment au niveau des ESAT et de leurs foyers d'hébergement) visant à favoriser l'inclusion de leurs usagers/résidents en dehors de ces établissements. Ce mouvement se heurte cependant à la saturation des dispositifs d'accompagnement médico-social (dispositifs de secteur psychiatrique, SAMSAH, SAVS, structures sociales, ...) visant à assurer le maintien de ces personnes en milieu ordinaire. La redéfinition des tâches des professionnels des établissements médico-sociaux et leur réorientation vers l'accompagnement des usagers en dehors de leurs établissements nécessitent donc que soit mise en place une coordination étroite avec les dispositifs existants et qu'un effort important d'organisation et de formation soit réalisé concernant ces responsabilités nouvelles.

Le problème de l'inclusion renvoie également à celui de la formation des professionnels car ce mouvement de rapprochement avec la vie en société nécessite une évaluation préalable des capacités d'autonomie, des habiletés sociales et des capacités cognitives nécessaires à la compréhension des enjeux d'une vie indépendante des établissements. D'une manière générale dans le médico-social comme dans le sanitaire le temps dévolu à ce type d'évaluations pluridisciplinaires est largement insuffisant voire complètement absent. La sensibilisation de l'ensemble des professionnels des deux milieux à l'évaluation devrait être une priorité du PTSM dans la plupart des fiches action qui seront élaborées.

S'agissant de la fluidité des parcours :

En ce qui concerne le passage du sanitaire psychiatrique vers le médico-social celui-ci est handicapé par plusieurs facteurs dont :

- 1°) Le turn-over très lent des résidents dans les établissements médico-sociaux où la plupart restent jusqu'à leur décès ;
- 2°) Les listes d'attente déjà longues qui existent dans la plupart des établissements ;
- 3°) La nature variée des handicaps accueillis ;
- 4°) La formation psychiatrique, parfois très limitée, des professionnels de ces établissements.

Améliorer la fluidité des parcours entre sanitaire et médico-social imposerait donc soit d'augmenter le turn-over des établissements, soit d'envisager d'autres modes de prise en charge à la sortie de l'hôpital.

En ce qui concerne le premier point, en dehors d'une inclusion peu probable des patients dans la communauté, l'une des solutions envisageables serait le passage de résidents du MS dans des EHPAD où leurs problèmes liés au vieillissement pourraient être pris en compte de manière plus spécifique.

En ce qui concerne le second point les difficultés de transition existant entre hôpitaux psychiatriques et établissements MS ont amené les premiers à envisager pour leurs patients chroniques la création de MAS par redéploiement ou celle d'équipes de suivi intensif dans la communauté ; cette dernière solution a d'ailleurs été largement privilégiée par la plupart des pays occidentaux confrontés à la désinstitutionalisation.

En ce qui concerne les passages qui restent néanmoins envisageables entre sanitaire psychiatrique et établissements médico-sociaux ceux-ci se heurtent à la fois à un manque de coordination et aux préjugés que les deux milieux peuvent avoir l'un de l'autre.

Il faut insister ici sur la nécessaire progressivité de cette transition qui reste le meilleur garant d'une adaptation favorable du patient à son nouveau milieu. On peut proposer dans ce sens :

- Que les décisions de passage d'un milieu à l'autre soient précédées systématiquement d'une évaluation rigoureuse de part et d'autre de la faisabilité de cette transition ;
- Que les équipes concernées prennent conscience de leurs problématiques respectives et des représentations qu'elles peuvent avoir l'une de l'autre par des visites croisées répétées impliquant le patient ;
- Que des séjours d'essai puissent être réalisés systématiquement dans les établissements médicosociaux concernés ce qui demande la création dans ces derniers de places de stagiaires ;
- Que ces transitions fassent systématiquement l'objet d'un travail sur des objectifs communs, matérialisés par une convention.

Résultats attendus

Favoriser la sortie des patients du CHFT vers le milieu ordinaire ou l'admission en structure médico-sociale

Fluidifier les parcours (on entre, on est pris en charge et l'on sort)

Entamer une réflexion sur les séjours d'essai de patients dans les établissements médico-sociaux en fonction du nombre de places disponibles

Favoriser la compréhension des problématiques respectives en proposant des visites croisées répétées

Protocoller les procédures de passage entre sanitaire et médico-social

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

Le PRS

Le Schéma Départemental Unique des Solidarités 2018-2022

Le PRAPS

Indicateurs de suivi

Nombre de patients ayant quitté le sanitaire sur les cinq années à venir

Nombre de structures médico-sociales qui auront accueillies des patients

Nombre de places médico-sociales transformées au regard de la réponse attendue

Objectifs opérationnels / Actions

Répondre à l'Appel à Manifestation d'Intérêt national sur les « territoires 100% inclusifs » lancé par la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées par le Conseil Départemental de la Lozère

Définir les besoins des usagers et donc les besoins en termes de places, de structures médico-sociales et potentiellement de transformation des structures (MAS des Bancelles, association Saint-Nicolas, ...)

S'entendre sur la définition de la crise en améliorer la prise en charge et se projeter en post crise pour favoriser la sortie du patient en établissement médico-social ou au domicile.

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Déposer un Appel à Manifestation d'Intérêt « Territoires 100% inclusifs» auprès de la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées par le Département de la Lozère	Participer à la phase expérimentale dite « territoire 100% inclusif »	2019
Recenser les situations de patients en attente d'inclusion en milieu sanitaire	Réaliser une enquête interne sur les services de Réhabilitation du CHFT afin de mesurer le nombre de patients ayant pu bénéficier d'une sortie définitive	2019
Rechercher les solutions de sortie des patients au long cours au sein du CHFT	Evaluation rigoureuse des patients Dépôts de dossiers en vue d'une reconnaissance d'handicap psychique auprès des MDPH eu égard à la diversité des origines géographiques des personnes Inscriptions sur les listes d'attente des structures médico-sociales	Dès à présent
S'entendre sur la définition de la crise	Caractériser la notion de crise entre sanitaire et médico-social Déterminer où se gère la crise Prévoir les conditions de retour en établissement médico-social lorsque la crise est passée	Dès à présent
Organiser la mise en œuvre de séjours d'essai	Conventions entre le CHFT et les structures médico-sociales	2019
Transformer l'offre	Evolution par les projets de chaque établissement	Au cours de la durée du PTSM

6. Action 6 : Le parcours de soins et de vie des personnes handicapées psychiques vieillissantes

Axe n°2 ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX	Fiche action n°6 Le parcours de soins et de vie des personnes handicapées psychiques vieillissantes	
	Coordinateurs Les établissements sociaux et médico-sociaux du département Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère	Partenaires Le Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère L'Agence Régionale de Santé d'Occitanie SAMSAH 48 – Résidences Lozériennes d'Olt Le Conseil Départemental

Diagnostic / Problématique

Définition de la personne handicapée vieillissante :

Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, quelle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement. Ces effets consistent, plus ou moins tardivement en fonction des personnes, en l'apparition simultanée :

- d'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap ;
- d'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge, maladies dégénératives et maladies métaboliques, pouvant aggraver les altérations de fonction déjà présentes ou en occasionner de nouvelles ;
- mais aussi d'une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie, sachant que les modalités d'expression de ces attentes seront très variables en fonction des personnes et de la situation de handicap dans laquelle elles se trouvent.

Le tout pouvant se conjuguer jusqu'à entraîner une réduction du champ des activités notamment sociales, que cette réduction soit d'origine personnelle (capacitaire ou liée à une modification des attentes) ou environnementale (liée aux possibilités offertes par l'environnement et ses éventuelles évolutions).

Cette définition impose une prise en compte du vieillissement comme phénomène individuel, influencé par l'histoire et l'environnement de la personne, se traduisant en termes de perte d'autonomie.

Cf. Rapport sur le vieillissement des personnes handicapées mentales sous la direction de Gérard ZRIBI

Constat :

1- Au Centre Hospitalier François Tosquelles :

Aujourd'hui, sur les unités de Réhabilitation du site de Saint-Alban sur Limagnole (51 lits), il apparaît que les patients handicapés psychiques sont hospitalisés depuis de nombreuses années et que, faute d'avoir pu être ré-admis en établissements médico-sociaux, d'où ils proviennent (63 % soit 17), ces patients vieillissent, de fait, au sein du CHFT.

A titre d'illustration, à ce jour, 41 % de patients sont âgés de 51 à 60 ans (11 patients) et 15 % de 41 à 50 ans (4 patients) à l'URE et l'URO.

Considérant qu'un consensus se forme autour de l'âge de 40 ans, comme âge à partir duquel une certaine vigilance s'impose (CNSA – Octobre 2010), ces patients sont, ou sont en voie de devenir, des personnes handicapées vieillissantes.

Dès lors, en l'absence de réponse favorable de réadmission en établissement médico-social, se pose la question du devenir de ces patients aujourd'hui **chronicisés et vieillissants**.

La seule possibilité pour le CHFT est de les transférer, en interne, vers l'unité de géronto-psychiatrie dotée de 32 lits. S'ajoutent aux patients des deux unités visées (URE et URO), les patients de l'UPC dont certains sont aussi chronicisés.

Cependant, cette situation a pour corolaire de limiter les possibilités d'admission au CHFT (unité de géronto-psychiatrie) des résidents handicapés vieillissants en provenance des structures médico-sociales (Foyers de vie, FAM, MAS voire EHPAD) et du domicile en situation de crise ou pour des séjours dits de rupture.

S'ajoute à cette problématique, l'admission des résidents d'établissements médico-sociaux, dans l'unité de géronto-psychiatrie, en raison des troubles du comportement qu'ils peuvent présenter au sein de leurs structures, non dotées des personnels formés à la gestion de la crise.

Alors même que les équipes soignantes du CHFT ont géré la crise et par conséquent stabilisé le patient, le retour du patient dans sa structure d'origine n'est pas assuré.

2 – S'agissant des Etablissements Médico-Sociaux :

a) Du handicap (PH) :

L'évolution des troubles psychiatriques associés aux pathologies du vieillissement pose des problèmes aux équipes médico-sociales : le vieillissement biologique et chronologique doit être distingué.

b) En EHPAD (PA) :

Le public accueilli peut être une personne vieillissante qui n'a fait l'objet d'aucune pathologie psychiatrique ou psychique mais aussi un personne handicapée psychique vieillissante.

Ainsi, il y a « cohabitation » entre des personnes âgées non porteuses de handicap et des personnes handicapées vieillissantes.

Le Centre Hospitalier François Tosquelles propose l'intervention des équipes des CMP dans le cadre du travail de liaison (VAD, participation aux réunions de staff, ...) ou des prestations d'analyse des pratiques.

Le déploiement de la télégériatrie en Lozère (cf. PMSP du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère) doit faciliter le recours à la téléconsultation et à la téléexpertise, l'EPSM offrant la possibilité d'être établissement requis.

3 – La question du nombre de personnes handicapées vieillissantes à domicile est posée et nécessitera qu'un recensement soit opéré.

Problématique :

En Lozère, il y a peu de structures adaptées pour les personnes handicapées psychiques vieillissantes (PH ou PA).

Résultats attendus

Transformer l'offre existante afin de répondre aux besoins de la personne handicapée psychique vieillissante

Renforcer le rôle des CMP et/ou envisager la création d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie

Réserver l'admission en psychiatrie des patients dont l'état psychologique et psychiatrique le nécessite.

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

PRS 2 Occitanie

Schéma Départemental Unique des Solidarités 2018-2022

Dispositif « 100 % inclusif »

Le Projet Médico-Soignant Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère : Filière Handicap

Indicateurs de suivi

Nombre de places de PHV ouvertes

Nombre de sorties définitives du Centre Hospitalier François Tosquelles

DMS des unités de Réhabilitation et de l'unité de géronto-psychiatrie du CHFT

Objectifs opérationnels / Actions

Lancer une étude démographique sur la situation de la population handicapée vieillissante au sein des établissements médico-sociaux et des EHPAD du département.

Recenser les différentes formules d'hébergement (autonome, semi autonome, protégé...) permanent ou temporaire et d'accompagnement (plus ou moins soutenu) des PHV.

Exploiter le résultat de cette étude pour adapter l'offre existante aux besoins de la population handicapée vieillissante et âgée : transformation des places existantes.

Selon les résultats de l'étude, envisager de spécialiser des structures médico-sociales à la « nature vieillissante des personnes handicapées » (exemple : autistes) : réponse à la problématique rencontrée par le CHFT (5 patients concernés actuellement).

Structurer les parcours de soins et d'accompagnement par une meilleure concertation des acteurs en créant des équipes mobiles d'évaluation pluridisciplinaires (somatique, psychiatrique et gériatrique).

Associer, de manière plus étroite, les équipes des structures sanitaires et médico-sociales (PH et PA) dans les processus d'admission entre ces établissements (rencontres, visites, stages d'essai, ...).

S'appuyer sur la nouvelle réglementation concernant le virage inclusif (réforme de la tarification Mai 2017) s'appliquant aux services et établissements médico-sociaux pour adapter l'offre aux besoins des personnes handicapées vieillissantes en risque de perte d'autonomie.

Assurer une meilleure coordination avec les dispositifs de coordination (RAPT, CLIC, MAIA...) et les services d'accompagnement type SAVS, SAMSAH.

Recenser les solutions de répit, en établissement, à domicile et communiquer sur leur fonctionnement.

Parallèlement structurer l'aide aux aidants.

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Réaliser une étude démographique du nombre de personnes handicapées psychiques vieillissantes dans le sanitaire, le médico-social et à domicile	Chaque structure, sanitaire, médico-sociale ou prise en charge à domicile, élaborera une file active à partir des rapports d'activité annuels	Dès 2020
Transformer l'offre	Evolution par les projets de chaque établissement	Au cours de la durée du PTSM
Créer la commission des hospitalisations au long cours au CHFT	Recenser, sur les unités de soins du CHFT, les patients dont la durée de séjour est supérieure à 292 jours Constituer la commission des hospitalisations au long cours	Dès à présent

7. Action 7 : La communication / coordination: les outils à disposition des acteurs de la santé mentale en Lozère

<p>Axe n°3</p> <p>CONTINUE ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE ET DES ACCOMPAGNEMENTS</p>	<p>Fiche action n°7</p> <p>La communication / coordination: les outils à disposition des acteurs de la santé mentale en Lozère</p>	
	<p>Coordinateurs</p> <p>Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère</p>	<p>Partenaires</p> <p>L'ensemble des acteurs du Diagnostic Territorial Partagé</p>

Diagnostic / Problématique

Constat :

Pour l'ensemble des acteurs ayant participé aux journées PTSM, il est apparu un manque de connaissance des missions des uns et des autres et une insuffisance de coordination entre eux.

Il est toutefois noté l'existence de différents annuaires ou répertoires (ROR, Via trajectoire, APEL au niveau local pour tous les professionnels du médico-social et quelques éléments du social, réseaux locaux, GCSMS du handicap, Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère, Plateforme autisme, autres...).

Définition :

Le répertoire opérationnel des ressources - ROR - est l'outil de description des ressources de l'offre de santé pour une région qui propose une information exhaustive de l'offre de santé régionale et extra-régionale, sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital, sur le champ du sanitaire, du médico-social, et à terme du social.

Le programme ROR s'inscrit dans les axes de la stratégie nationale de santé - SNS - en contribuant au développement des systèmes d'information de santé pour répondre à une meilleure prise en charge dans le cadre du parcours de santé du patient qui s'appuie sur de multiples acteurs et professionnels. La coordination entre ces acteurs et professionnels, fondée sur l'échange et le partage d'information, requiert une bonne connaissance de l'offre de santé disponible sur le territoire sur les champs sanitaire, médico-social et social.

Le ROR est le référentiel de description des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales de chacune des régions. C'est un outil destiné à aider les professionnels à connaître l'offre de santé disponible afin d'améliorer le parcours du patient.

Le programme ROR est piloté par la direction générale de l'offre de soins - DGOS.

ViaTrajectoire est un service simple et sécurisé qui propose aux professionnels hospitaliers, aux professionnels médico-sociaux, aux médecins libéraux et aux particuliers, une aide à l'orientation personnalisée en soins de suite et de réadaptation, en hospitalisation à domicile, en soins de longue durée ou en structure d'hébergement pour personnes âgées ou pour personnes en situation de handicap.

Résultats attendus

Améliorer la fluidité des parcours du patient grâce à :

- A la tenue de répertoires recueillant les dispositifs existants ;
- Aux rencontres de professionnels de terrain, faisant vivre le réseau.

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

Le Schéma Départemental Unique des Solidarités 2018-2022

Le Projet Médico-Soignant Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère

Indicateurs de suivi

Mise en place d'un annuaire

Nombre de rencontres partenariales

Objectifs opérationnels / Actions

Produire un état des lieux des expériences existantes et des annuaires/répertoires existants

Promouvoir dans chaque établissement les outils existants à commencer par :

- Le Répertoire Opérationnel des Ressources ROR (e-santé): sa mise à jour dans chaque établissement
- Via Trajectoire : utilisation de l'outil pour solliciter l'admission des patients dans le médico-social

Faire vivre le réseau et organiser des rencontres (2 fois par an par exemple)

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Mettre à jour le ROR	Annuellement par chaque établissement sur le site e-sante	2020
Utiliser ViaTrajectoire	Inscriptions des dossiers des patients en vue de leur admission dans un établissement médico-social	2020
Organiser des rencontres entre les acteurs	Faire vivre le réseau via les sites internet des établissements	Dès à présent

8. Action 8 : La coordination du parcours du patient : déploiement de nouveaux métiers et outils (case manager, IPA...)

<p>Axe n°3</p> <p>CONTINUE ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE ET DES ACCOMPAGNEMENTS</p>	<p>Fiche action n°8</p> <p>La coordination du parcours du patient : déploiement de nouveaux métiers et outils (case manager, IPA...)</p>	
	<p>Coordinateurs</p> <p>Le GCSMS du Handicap</p>	<p>Partenaires</p> <p>Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère L'Hôpital Lozère Le Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère via Handiconsult 48 et IDE « cas complexes » Les centres hospitaliers Les établissements médico-sociaux L'IFSIL La MAIA</p>

Diagnostic / Problématique

Il s'agit de favoriser la fluidification des parcours de soins entre établissements des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux mais également à destination des personnes à domicile, en amont et aval de leurs prises en charge.

Définitions :

1 - Le Case management (Gestion de cas) : il s'agit d'un modèle d'intervention personnalisé en psychiatrie ambulatoire qui s'est d'abord développé à Québec, aux Etats Unis et en Grande Bretagne ; le Case Management est porté par un référent unique (le Case Manager) visant à assurer l'efficacité, la transparence et le décloisonnement de la prise en charge des usagers en santé mentale par une coopération interinstitutionnelle, interprofessionnelle et communautaire étroite.

Le Case Manager coordonne les interventions (prises en charges collectives et/ou individuelles) entre elles à partir d'objectifs individuels clairement définis. Il constitue un lien humain entre l'utilisateur et le système de santé mentale, et cherche à associer, du mieux possible, l'entourage proche aux processus de décision.

Les pratiques de Case Management sont intégratives et flexibles en fonction du niveau de soutien et de suivi nécessaire. Il s'agit de porter un regard différent sur l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques en valorisant le retour à une vie « satisfaisante ».

Les expériences multiples de coordination de parcours (Case management) qui existent déjà depuis une vingtaine d'années dans d'autres pays montrent que :

- En fonction des attributions de ces coordinateurs, ce rôle peut être rempli non seulement par des infirmiers mais également par d'autres professionnels (travailleurs sociaux, éducateurs, ...) à condition que prévale chez les personnes concernées une forte motivation. En général chaque coordinateur est responsable de la supervision de 15 à 20 patients.
- Le rôle de coordination n'a pas d'utilité pour un simple passage d'un établissement à un autre mais se justifie par la nécessité de coordonner l'action d'intervenants multiples dans la prise en charge de patients suivis dans la communauté d'où le nom « d'intensive (ou assertive) community treatment » donné à ces programmes au Canada ou aux USA. Ceux-ci sont mis en place dans les cas où :
 - o des intervenants multiples sont impliqués dans les prises en charge ambulatoires
 - o les prises en charge s'enchaînent sans succès notamment du fait de l'échec des traitements
 - o des hospitalisations multiples se succèdent sans résultats probants
 - o comme celui de personnes isolées éloignées de grands centres urbains où il s'agit de mettre en place un dispositif multidisciplinaire cohérent

Pour le handicap psychique cette mission est déjà remplie en partie par les équipes de secteur et c'est à ce niveau qu'il serait nécessaire de localiser ces coordinateurs.

En Lozère, une expérience existe : le SAMO – Service d'Accompagnement à la Mobilité et à l'Orientation. Il s'agit d'un service constituant une porte d'entrée unique de l'Association médico-sociale du Clos du Nid pour l'instruction des dossiers d'admission pour une entrée en structure médico-sociale.

2 – Infirmier en Pratique Avancé en Psychiatrie (IPAP) :

Réglementation : les textes sur les IPAP sont parus au JO du 13 août 2019 (2 décrets et 3 arrêtés) complétant l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les actes techniques des IPA.

La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées.

En outre, la pratique avancée favorise la diversification de l'exercice des professionnels paramédicaux et débouche sur le développement des compétences vers un haut niveau de maîtrise.

Avec la pratique avancée, les professionnels infirmiers élargissent leurs compétences dans le champ clinique. Demain, une fois formés, ils pourront renouveler, adapter voire prescrire des traitements ou des examens, assurer une surveillance clinique, mener des actions de prévention ou de dépistage. Ceci se fera en accord avec des médecins qui leur confieront le suivi de certains de leurs patients dont l'état de santé est stabilisé. Et à condition d'exercer au sein d'une équipe de soins (par exemple en maison ou centre de santé, en établissement hospitalier ou médico-social). En plus de réduire les délais d'accès à une prise en charge, la pratique avancée est une nouvelle réponse pour accompagner l'évolution des besoins de santé de la population, notamment ceux liés aux maladies chroniques et au vieillissement.

Se former à la pratique avancée nécessite au minimum 3 ans d'exercice. La formation – qualifiante – est organisée autour d'une 1ère année de tronc commun permettant de poser les bases de l'exercice infirmier en pratique avancée et d'une 2nde année centrée sur les enseignements en lien avec la mention choisie. Dès la rentrée 2019-20, la pratique avancée s'ouvrira à la santé mentale et la psychiatrie.

Problématique :

La fluidité des parcours de soins et de vie reste un problème majeur.

Les nouveaux métiers (IPA) et outils (case manager) devraient contribuer à résoudre ce déficit de fluidité.

Résultats attendus

Créer un SAMO (Service d'Accompagnement à la Mobilité et à l'Orientation) départemental

Faire connaître Handiconsult 48 et y avoir recours ; pérenniser le poste d'IDE à Handiconsult 48 (qui a été mis en œuvre en crédits ponctuels)

Développer d'autres modes de coordination des parcours sur le modèle du SAMO

Promouvoir la formation d'IPA en Psychiatrie pour pallier le déficit de ressources médicales notamment en CMP (maintenir et renforcer les CMP dans les bassins de vie ; l'IPAP est-il le futur case-manager ?) sachant que les premiers infirmiers en exercice ne pourront l'être qu'à partir de 2020.

Réduire les délais de prise en charge grâce au recours à la pratique avancée

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

Le Projet Médico-Soignant Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère

Le Schéma Départemental Unique des Solidarités

Indicateurs de suivi

Nombre de postes de coordonnateurs de parcours créés

Nombre de dossiers de patients/résidents pris en charge par les case manager

Nombre d'IPAP formés

Objectifs opérationnels / Actions

Faire connaître le SAMO à l'échelle du département afin d'y avoir recours pour fluidifier le parcours des patients/résidents.

Promouvoir la formation des IPAP :

- Organiser la référence et le soutien médical au développement de ce nouveau métier : concevoir en pluri professionnel la place des IPAP dans les nouvelles organisations de soins ;
- Définir les missions des IPA en Lozère et former les professionnels de soins à ces nouveaux métiers.

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Promouvoir le dispositif SAMO actuellement mis en place par l'association du Clos du Nid	Réaliser une campagne de communication sur la nécessité de recourir à cette plateforme pour favoriser les trajectoires de vie (entrées en institutions médico-sociales)	Dès à présent
Former des IDE en pratique avancée en psychiatrie	Inscriptions au plan de formation du CHFT en études promotionnelles	Dès 2019

9. Action 9 : Le partage des pratiques et la formation croisée entre professionnels des champs sanitaire, médico-social et social : voie vers les outils communs

<p style="text-align: center;">Axe n°3</p> <p style="text-align: center;">CONTINUE ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE ET DES ACCOMPAGNEMENTS</p>	<p>Fiche action n°9</p> <p>Le partage des pratiques et la formation croisée entre professionnels des champs sanitaire, médico-social et social : voie vers les outils communs</p>	
	<p>Coordinateurs</p> <p>Le Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère</p>	<p>Partenaires</p> <p>Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère Les établissements membres du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère Les Etablissements sociaux et médico-sociaux Le GCSMS : plateforme de formation pour le médico-social IFSI ETES à Marvejols : centre de formation IREPS (sur la prévention santé)</p>

Diagnostic / Problématique

Constat :

Le Centre Hospitalier François Tosquelles et les établissements médico-sociaux assurent des prises en charge conjointe de patients/résidents qu'ils s'agissent d'enfants, d'adolescents, d'adultes ou de personnes âgées.

L'objectif vise à engager des actions de formations communes entre les deux champs du sanitaire et du médico-social afin de favoriser une meilleure prise en charge des usagers.

Dès lors, le Projet Médico-Soignant Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère fait observer sur la fiche « Filière Personne Handicapée » l'absence d'harmonisation sur la formation ainsi que l'insuffisance de coordination entre le secteur sanitaire et médico-social d'où l'idée dans la gestion des parcours de mettre en place des « formations communes sur site » et « des stages communs en immersion ».

S'agissant plus particulièrement de la prise en charge de l'autisme :

L'autisme est un trouble développemental débutant avant l'âge de 3 ans. Il touche simultanément :

- Les interactions sociales
- La communication, à la fois verbale et non verbale
- Le comportement avec des gestes répétitifs, stéréotypés, des rituels, des intérêts restreints

D'autres troubles existent dans les domaines de la cognition, de la motricité, de la sensorialité, des capacités adaptatives, mais ils ne sont pas retenus dans les critères diagnostiques.

Dans les classifications internationales actuelles, l'autisme fait partie d'un groupe plus large de troubles appelés Troubles du Neuro Développement (TND). L'autisme est la forme la plus typique et la plus complète de TND.

Les acteurs du territoire observent que selon les courants de pensée et les modes de prises en charge, les outils utilisés par les soignants varient. Il est par conséquent nécessaire que les professionnels suivent les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.

Dès lors, et au regard des axes de travail envisagés dans le PMSP du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère, des formations mutualisées sont prévues, en 2019 et pour les années qui viennent. Il s'agit notamment d'une formation portant sur la sensibilisation au handicap (les troubles du neuro-développement et les troubles neuro-dégénératifs).

Résultats attendus

Favoriser la montée en compétences des professionnels pour articuler les prises en charge entre le champ sanitaire et médico-social sur 2 niveaux : la sensibilisation et la formation aux méthodes de prise en charge.

Augmenter l'acculturation entre les différents champs (sanitaire / médico-social / social) en conformité avec les bonnes pratiques professionnelles et dans le respect des identités professionnelles.

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

Le Projet Médico-Soignant Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère qui prévoit la mise en œuvre d'une Cellule Formation de Territoire

Indicateurs de suivi

Nombre de formations croisées
Nombre de rencontres partenariales autour des pratiques
Nombre de stages en immersion réalisés par les professionnels

Objectifs opérationnels / Actions

Favoriser les échanges de professionnels au travers de stages d'immersion croisés sanitaire-médico-social.

Organiser au niveau du GHT et du GCSMS des formations sur des sujets d'intérêt commun.

Créer un vecteur de communication (Site Internet dédié au niveau départemental par exemple) sur les formations entreprises dans les différents établissements en nommant un référent formation dans chacun d'entre eux.

Développer une politique d'évaluation plus systématique.

Prioriser l'acquisition de compétences nouvelles plutôt que l'analyse des pratiques.

Evaluer les actions mises en place.

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Identifier les thématiques pouvant permettre des formations croisées	Plan de formation annuel de chaque structure	Dès 2019
Organiser des rencontres partenariales autour des pratiques	Dans chaque structure et en partenariat entre le champ sanitaire et médico-social	Dès 2019
Organiser des stages d'immersion inter-établissement	Dans chaque structure et en partenariat entre le champ sanitaire et médico-social	Dès 2019

10. Action 10 : Les Soins Psychiatriques Sans Consentement : sensibilisation des médecins généralistes et urgentistes et des Elus de Lozère

Axe n°1 ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET PREVENTION ET GESTION DE L'URGENCE	Fiche action n°10 Les Soins Psychiatriques Sans Consentement : sensibilisation des médecins généralistes et urgentistes et des Elus de Lozère	
	Coordinateurs Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère	Partenaires La Préfecture de Lozère Le TGI de Mende : le JLD Les médecins généralistes de Lozère (ordre des médecins et URPS) Les médecins du SAU de l'Hôpital Lozère Les Maires des communes de Lozère

Diagnostic / Problématique

Constat :

Le Centre Hospitalier François Tosquelles, unique Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère, est chargé d'assurer la prise en charge pour le territoire de la Lozère des personnes hospitalisées sans leur consentement (décision de l'ARS du 28 juillet 2011).

A ce titre, ce sont :

- 93 mesures qui ont été prises en 2016
- 130 en 2017
- 94 en 2018
- 73 au 30/11/2019

Sur le plan juridique, ce sont les lois n°2011-203 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et n°2013-869 du 29 septembre 2013 qui régissent les mesures de Soins Psychiatriques Sans Consentement.

Ainsi, 4 mesures de Soins Psychiatriques Sans Consentement existent :

- Les Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat - SPDRE pris sur arrêté du Préfet du département,
- Les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers - SPDT, en Urgence- SPDU et les Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent – SPPI pris sur décision du Directeur du Centre Hospitalier François Tosquelles.

Concernant plus particulièrement les SPDRE :

Sur les 4 années de référence, 15 mesures de SPDRE ont été prononcées en 2016, 21 en 2017, 16 en 2018 et 6 au 31/08/2019

Ces mesures, qui font l'objet d'un arrêté de Mme la Préfète de Lozère, via les services de l'ARS, peuvent faire l'objet, en amont, d'une prise d'arrêté provisoire par le Maire du lieu où les évènements sont constatés.

L'article L 3213-1 du Code de la Santé Publique prévoit « **Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade.** »

Et l'article L 3213-2 prévoit : « **En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.** »

Problématique :

La Direction du Centre Hospitalier François Tosquelles, le Juge des Libertés et de la Détention, la Préfecture de Lozère et l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie font régulièrement le constat d'une insuffisance de maîtrise de la réglementation (Lois de 2011 et de 2013 qui introduisent le contrôle des mesures par le Juge des Libertés et de la Détention).

S'agissant plus précisément de la rédaction du certificat médical initial, le médecin généraliste pourra être appelé ; en concertation avec le médecin psychiatre de l'EPSM et le Centre 15, une admission directe en psychiatrie pourra être envisagée.

Résultats attendus

Il apparaît donc nécessaire d'assurer une sensibilisation spécifique sur les diverses mesures de Soins Psychiatriques Sans Consentement (SPDRE, SPDT, SPDTU, SPPI) tant en interne à l'établissement qu'auprès des médecins généralistes et urgentistes et des Maires des communes du département.

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

Cette problématique s'inscrit dans les axes de la **feuille de route Santé Mentale et Psychiatrie de juin 2018** qui préconise de réduire le recours aux soins sans consentement (action n°22).

Le **PRS Occitanie 2022** prévoit de renforcer la collaboration entre médecins généralistes et psychiatrie (projet structurant n°2.1).

Indicateurs de suivi

Nombre de professionnels du CHFT sensibilisés aux 4 mesures de Soins Psychiatriques Sans Consentement.

Nombre de réunions de sensibilisation à l'attention des Maires et des médecins généralistes et urgentistes aux mesures de SPDRE.

Objectifs opérationnels / Actions

Sensibiliser l'ensemble du personnel de soins, des Assistants Médico-Administratifs et des praticiens psychiatres du CHFT sur les 4 mesures de Soins Psychiatriques Sans Consentement.

Sensibiliser les médecins urgentistes et libéraux à la rédaction des certificats médicaux notamment de SPDRE.

Sensibiliser l'ensemble des Maires sur les modalités visant à prendre une mesure provisoire d'hospitalisation en SPDRE.

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Sensibiliser l'ensemble du personnel de soins, des AMA et des praticiens du CHFT	Organisation de réunions de sensibilisation au CHFT avec l'intervention du Juge des Libertés et de la Détention et/ou de Monsieur le Procureur de la République	2019
	Formations spécifiques des professionnels à prévoir au plan de formation du CHFT	2019-2023
Sensibiliser les médecins urgentistes et les médecins généralistes à la rédaction des certificats médicaux	Réunions de sensibilisation et de formation avec l'intervention du Juge des Libertés et de la Détention et/ou de Monsieur le Procureur de la République	2020
Sensibiliser l'ensemble des Maires	Organisation d'une réunion plénière en Préfecture pour présenter la mesure de SPDRE en associant magistrats, corps médical et Agence Régionale de Santé d'Occitanie	2020
	Présentation et mise à disposition des Maires des modèles types d'arrêté SPDRE	2020

11. Action 11 : La Cellule d'Urgence Médico Psychologique (CUMP) de Lozère : une réponse aux psycho-traumatismes

<p>Axe n°1</p> <p>ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET PREVENTION ET GESTION DE L'URGENCE</p>	<p>Fiche action n°11</p> <p>La Cellule d'Urgence Médico Psychologique (CUMP) de Lozère : une réponse aux psycho-traumatismes</p>				
	<table border="1"><thead><tr><th data-bbox="502 672 933 772">Coordinateurs</th><th data-bbox="949 672 1378 772">Partenaires</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="502 772 933 1151"><p>Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère</p></td><td data-bbox="949 772 1378 1151"><p>La Préfecture de Lozère Le Conseil Départemental L'Education Nationale L'Hôpital Lozère : SAMU, Centre 15 Le SDIS L'Agence Régionale de Santé d'Occitanie</p></td></tr></tbody></table>	Coordinateurs	Partenaires	<p>Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère</p>	<p>La Préfecture de Lozère Le Conseil Départemental L'Education Nationale L'Hôpital Lozère : SAMU, Centre 15 Le SDIS L'Agence Régionale de Santé d'Occitanie</p>
Coordinateurs	Partenaires				
<p>Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère</p>	<p>La Préfecture de Lozère Le Conseil Départemental L'Education Nationale L'Hôpital Lozère : SAMU, Centre 15 Le SDIS L'Agence Régionale de Santé d'Occitanie</p>				

Diagnostic / Problématique

Définition du dispositif CUMP :

Le dispositif d'urgence médico-psychologique a été constitué dans les suites de l'attentat du 25 juillet 1995 de la station RER Saint-Michel, afin d'assurer la prise en charge des victimes confrontées à un événement psycho-traumatisant. En effet, les catastrophes occasionnent non seulement des blessures physiques, mais aussi des blessures psychiques individuelles ou collectives, immédiates ou différées, aiguës ou chroniques. Ces victimes nécessitent des soins d'urgence au même titre que les blessés physiques.

Lorsque survient un **événement psycho-traumatisant**, l'intervention rapide de médecins psychiatres, de psychologues et d'infirmiers préalablement formés et intégrés aux unités d'aide médicale urgente doit garantir une prise en charge immédiate et post-immédiate satisfaisante des victimes et permettre d'éviter l'installation des troubles de stress post-traumatique.

Evolution de l'organisation de l'urgence médico-psychologique

Dans cette optique, la circulaire du 28 mai 1997 avait mis en place un dispositif gradué de prise en charge de l'urgence médico-psychologique, dont les modalités de renforcement ont été, par la suite, définies par la circulaire du 20 mai 2003.

Compte tenu des évolutions du système de santé, il était devenu nécessaire de réviser le dispositif existant en confiant aux Agences Régionales de Santé (ARS) l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique.

Ainsi, le décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles inscrit l'urgence médico-psychologique dans le Code la Santé Publique et permet de répondre aux objectifs suivants :

- Consolider le dispositif existant des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) ;
- Mieux positionner l'urgence médico-psychologique dans l'offre de soins sous la responsabilité de l'ARS et rattacher cette activité à l'aide médicale urgente ;
- Normaliser le fonctionnement des CUMP et assurer la protection des professionnels de santé volontaires ;
- Coordonner l'activité des CUMP ;
- Clarifier le financement du dispositif ;
- Redynamiser l'animation territoriale et nationale.

Le cadre réglementaire de l'urgence médico-psychologique a été renforcé notamment pour optimiser la prise en charge des blessés psychiques lors d'urgences collectives en particulier les attentats. Le décret du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé ("dispositif ORSAN") et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles crée le volet médico-psychologique dans le dispositif ORSAN pour répondre aux besoins des victimes.

Ce cadre réglementaire permet de disposer, sur l'ensemble du territoire, d'un réseau national de l'urgence médico-psychologique cohérent et homogène, composé d'équipes pluridisciplinaires associant, d'une part, des professionnels spécialistes ou compétents en santé mentale formés sur la base d'un référentiel national et, d'autre part, des volontaires aptes à intervenir dans les situations relevant de l'urgence médico-psychologique.

Constat :

La CUMP 48 est constituée de professionnels volontaires du Centre Hospitalier François Tosquelles.

Une convention entre le Centre Hospitalier François Tosquelles et l'Hôpital Lozère précise l'organisation de cette cellule départementale (convention générale de coopération inter-hospitalière du 5 mars 2012 et ses avenants ; l'avenant n°4 relatif aux modalités de fonctionnement de la CUMP 48 ayant été signé par les parties le 1^{er} septembre 2013).

Le déclenchement de cette cellule est opéré par le Préfet ou le Centre 15.

Une délégation exceptionnelle de crédits MIG 2018 alloué à l'Hôpital Lozère pour la formation des personnels de la Cellule d'Urgence médico-psychologique (CUMP) allouée à l'Hôpital Lozère à hauteur de 3 700 €.

Une allocation supplémentaire pour le Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) allouée à l'Hôpital Lozère en MIG 2018 à hauteur de 3 000 € destinée à la mise en place des moyens matériels et informatiques nécessaires au bon fonctionnement de la CUMP.

De fait, le Centre Hospitalier François Tosquelles, unique Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère, n'a pas été attributaire de crédits ciblés au titre de la CUMP 48 malgré l'engagement de moyens humains et financiers pour mettre en œuvre cette cellule.

En effet, l'établissement a assuré, sans attribution de crédits, le financement des formations suivantes pour les personnels volontaires de la CUMP 48 :

- En 2018 : « Médecine de catastrophe » les 27 et 28 septembre 2018 pour un coût pédagogique et des frais de déplacement à hauteur de 340,05 € ;
- En 2018 : « Victimologie » les 26 et 27 mai 2018 et les 27 et 28 septembre 2018 pour un coût pédagogique et des frais de déplacement à hauteur de 3 607,04 € ;
- En 2019 : Participation à la journée régionale organisée par la CRUMP Occitanie le 4 février 2019 pour un coût de 127,28 € ;
- En 2019 : « Initiation à l'Urgence Médico-Psychologique » les 28 et 29 mai 2019 pour un coût pédagogique et des frais de déplacement à hauteur de 930,33 €. Cette formation se poursuivra en novembre 2019 pour un coût prévisionnel de 1 150 €.

De nouvelles sessions de formations sont prévues en 2019 et 2020.

Le Centre Hospitalier François Tosquelles a également financé, sur les dernières années, l'acquisition de moyens matériels et informatiques dédiés au fonctionnement de la CUMP pour un montant de 3 681,85 €.

Il est également envisagé le financement à court terme de :

- 2 trousseaux CUMP : acquisition des trousseaux et leur contenu ainsi que la révision mensuelle du matériel générant le renouvellement périodique de Dispositifs Médicaux ;
- Un ordinateur portable ;
- Des équipements spécifiques pour les enfants pris en charge ;
- Des grilles d'évaluation de la douleur (EVA) ;
- Des panneaux d'identification aimantés pour les véhicules.

Résultats attendus

Pérenniser la CUMP 48 constituée grâce au concours des personnels volontaires et en disposant des moyens matériels du Centre Hospitalier François Tosquelles.

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

Feuille de Route Santé Mentale et Psychiatrie de juin 2018 : Mettre en place une offre de soins spécialisée dans la prise en charge des psycho-traumatismes (action n°19)

PRS 2 Occitanie

Indicateurs de suivi

Nombre d'interventions de la CUMP 48

Objectifs opérationnels / Actions

Intervenir au titre de la prise en charge des psycho-traumatismes sur sollicitation du Centre 15 et pour cela veiller à la mise à jour de la liste des personnels volontaires.

Poursuivre les formations en direction des personnels concernés (médecins, psychologues et infirmiers).

Informier et former les partenaires de la CUMP 48 :

- Réactualiser les conventions existantes (Samu, Education Nationale) ;
- Mettre en place de nouvelles conventions (Croix Rouge France Victimes 48, ...)
- Organiser un débriefing de la cellule d'écoute et d'appui de l'éducation nationale ;
- Organiser 2 jours de formation pour le personnel de l'éducation nationale.

Formaliser une demande de financements ciblés pour la mise en œuvre de la CUMP 48 par le Centre Hospitalier François Tosquelles auprès de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie.

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Formation des personnels volontaires du CHFT	Inscription au Plan de Formation du CHFT	2019
Informier et former les partenaires de la CUMP 48	Communication et actions de formation vers les partenaires	2019
Demander de financements ciblés pour la mise en œuvre de la CUMP 48	Sollicitation des crédits dédiés par le CHFT	Courrier du 19 septembre 2019 et réponse de l'ARS du 20 novembre 2019

12. Action 12 : Le transport des mineurs en inter-cité : lutter contre le renoncement aux soins

<p>Axe n°1</p> <p>ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET PREVENTION ET GESTION DE L'URGENCE</p>	<p>Fiche action n°12</p> <p>Le transport des mineurs en inter-cité : lutter contre le renoncement aux soins</p>	
	<p>Coordinateurs</p> <p>La Caisse d'Assurance Maladie – La CCSS de Lozère La MSA</p>	<p>Partenaires</p> <p>Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère Les sociétés d'ambulances privées Les familles d'enfants suivis en santé mentale L'ASE</p>

Diagnostic / Problématique

Constat :

Au sein du Centre Hospitalier François Tosquelles, les équipes de pédopsychiatrie : des Hôpitaux de Jour et CMP pour enfants et adolescents de Mende, de Saint-Chély d'Apcher et de Florac constatent que les entreprises privées de transport ne sont pas en mesure de transporter les enfants en inter-cité (domicile/école vers HJ/CMP), en raison du faible tarif de la prise en charge par l'Assurance Maladie et du temps nécessaire à consacrer à cette activité.

Les parents, souvent vulnérables, ne sont pas en capacité d'acheminer leurs enfants vers le lieu de soins (HJ/CMP) (pas de véhicule, pas de permis de conduire, ...).

En 2018, cette problématique concernait 8 enfants à Saint-Chély d'Apcher et 17 enfants à Mende. Elle se présente à nouveau en septembre 2019 sur les deux communes.

Problématique :

La difficulté de se rendre sur le lieu de soins génère le renoncement aux soins et donc une perte de chance pour les enfants des familles concernées

Résultats attendus

Faciliter le transport des mineurs en inter-cité pour permettre l'accès aux soins en Hôpitaux de Jour et CMP et lutter ainsi contre le renoncement aux soins.

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

L'Assurance Maladie a lancé une campagne d'information visant à rappeler les règles de prise en charge et à promouvoir un bon usage des transports.

Indicateurs de suivi

Nombre de patients mineurs ayant eu une rupture de soins liée à une problématique de transport

Objectifs opérationnels / Actions

Sensibiliser les entreprises de transport sur cette problématique par l'Assurance Maladie.

Proposer une indemnisation des parents pour leur frais de déplacement suivant un tarif qui reste à élaborer par la CCSS (CPAM) de Lozère en concertation avec les transporteurs lozériens dans un cadre expérimental.

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Sensibiliser les entreprises de transport	Sensibilisation assurée par l'Assurance Maladie (CCSS) lors de la prochaine Commission Paritaire Locale. Aborder la question en CODAMUPS	octobre 2019
Elaborer un tarif spécifique, peut-être dans un cadre expérimental, pour les transports en inter-cité, en concertation avec les transporteurs privés lozériens	Tarif élaboré par l'Assurance Maladie en concertation avec les transporteurs privés lozériens pour le dédommagement des frais de déplacements des parents	Fin 2019
Informers les parents sur la possibilité de dédommagement des frais de déplacement	Information par l'Assurance Maladie Information sur la demande en ligne par l'appliquatif « Mes remboursements simplifiés »	2020
Organiser une sensibilisation des travailleurs sociaux du CHFT	Sensibilisation assurée par l'Assurance Maladie	2020

13. Action 13 : La prise en charge des détenus de la Maison d'arrêt en psychiatrie : améliorer le dispositif en se tournant vers les UHSA

<p>Axe n°1</p> <p>ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET PREVENTION ET GESTION DE L'URGENCE</p>	<p>Fiche action n°13</p> <p>La prise en charge des détenus de la Maison d'Arrêt en psychiatrie : améliorer le dispositif en se tournant vers les UHSA</p>	
	<p>Coordinateurs</p> <p>Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère</p>	<p>Partenaires</p> <p>La Maison d'Arrêt de Mende L'Agence Régionale de Santé d'Occitanie L'Hôpital Lozère avec l'USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (service hospitalier dédié à la prise en charge des détenus)</p>

Diagnostic / Problématique

Situation en Lozère :

Dans le cadre d'un protocole cadre entre la Maison d'Arrêt de Mende et les établissements chargés de la prise en charge sanitaire des personnes détenues, l'Hôpital Lozère, pour la partie somatique, et le Centre Hospitalier François Tosquelles, pour la partie psychologique et psychiatrique assurent leurs missions dans le cadre de l'USMP (Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire) (ex-UCSA).

L'Hôpital Lozère met notamment à disposition :

- 2 ETP IDE
- Un temps de médecin urgentiste

L'Établissement Public de Santé Mentale de Lozère met à disposition :

- 2 demi-journées de temps de praticien psychiatre les lundis et vendredis matins
- 0,50 ETP de psychologues

L'EPSM est financé partiellement pour cette activité. La Dotation Annuelle de Financement intègre, depuis 2007, des crédits reconductibles à hauteur de 24 450 €.

A noter que ces personnels du CHFT sont également membres de la commission de prévention de la radicalisation en Lozère.

En terme d'activité, en 2018, le personnel du CHFT a réalisé 801 actes au sein de l'USMP.

Contexte :

Le CGLPL a contrôlé, en date du 14 au 17 mai 2018, la Maison d'arrêt de Mende (Lozère). Il en est ressorti des recommandations.

Recommandation n°17

« Le recours à l'isolement (et à la contention) des personnes détenues hospitalisées à l'UAPP doit relever d'une nécessité médicale ».

En effet, par manque de places d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) dans la région Occitanie, l'Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère accueille les détenus de la Maison d'Arrêt de Mende présentant des troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation.

C'est ainsi que l'hospitalisation est prononcée par un Arrêté du Représentant de l'Etat (SPDRE), conformément à l'Article L3214-1 du code de la Santé Publique. Cette situation génère une procédure d'isolement du patient alors même que certains patients (détenus) peuvent être consentants aux soins.

Cette situation constitue un non-respect des droits des patients qui a été relevé par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Libertés (CGLPL) lors de cette visite et qui est dénoncé, plus globalement, dans son rapport d'activité 2018.

Une réponse au CGLPL a été formulée le 20 février 2019 après concertation avec l'équipe de l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire et du Directeur de la Maison d'Arrêt de Mende. Ces éléments ont été transmis à l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie en août 2019.

En terme de données, il convient de préciser que l'EPSM de Lozère a admis en hospitalisation à l'UAPPE, en 2017, 6 détenus au cours de 9 mesures de SPDRE pour une durée moyenne de séjour de 7,44 jours.

En 2018, ce sont 5 détenus qui ont fait l'objet de 8 mesures de SPDRE pour une durée moyenne d'hospitalisation de 5,13 jours.

Les médecins psychiatres sont contraints à provoquer des hospitalisations en soins sans consentement, au titre de l'article D398 du code de procédure pénale, seule voie d'accès d'une personne détenue à l'hôpital.

Ces pratiques conduisent à maintenir sous contrainte une personne qui pourrait bénéficier de soins libres dans une UHSA.

Ceci résulte du faible nombre de places en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) dans la région Occitanie, et plus particulièrement à Toulouse.

Dès lors, la prise en charge des personnes détenues en qualité de patients à l'EPSM de Lozère a fait l'objet d'une procédure interne, conforme au « Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice » diffusé par l'Instruction Interministérielle du 19 décembre 2017.

S'agissant de l'isolement, l'UAPP dispose de 3 chambres adaptées. Les patients issus de la Maison d'Arrêt justifiant des soins y sont pris en charge, l'UAPP étant un service ouvert. La mesure d'isolement fait l'objet d'une prescription médicale systématique et d'un suivi paramédical et médical tracés dans le dossier patient informatisé (DPI Cortexte).

A noter que, lorsque l'état de santé du détenu exige une hospitalisation à l'EPSM, le transfert est opéré par les pompiers accompagnés par un ou plusieurs infirmiers de l'EPSM de Lozère.

Problématique :

Le service de psychiatrie adultes de l'UAPPE, composé de 25 lits, se voit dans l'obligation d'accueillir les détenus qui nécessitent des soins sous contrainte (SPDRE) alors même que ceux-ci, le plus souvent, sont consentants aux soins et relèvent de l'UHSA de Toulouse.

De la même façon, le Centre Hospitalier François Tosquelles se voit dans l'obligation d'admettre dans son service d'admissions, les personnes déclarées pénalement irresponsables par l'Autorité Judiciaire et qui nécessitent une surveillance accrue et un encadrement en personnel important (recours, en 2019, à la demande des personnels qui voulaient mettre en œuvre un droit de retrait, d'un service d'agent de sécurité).

Résultats attendus

Favoriser le respect des droits des détenus lors de soins psychiatriques en veillant à ce que l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP) puisse obtenir l'admission des détenus nécessitant des soins psychiatriques en UHSA à Toulouse afin d'éviter que ceux-ci soient hospitalisés en SPDRE au CHFT.

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

Cette problématique s'inscrit dans les axes de la **feuille de route Santé Mentale et Psychiatrie de juin 2018** qui préconise d'améliorer la prise en charge des personnes détenues (action n°21).

Le PRS Occitanie prévoit de renforcer la prise en charge psychiatrique des personnes détenues (priorité opérationnelle n°4).

Indicateurs de suivi

Nombre de détenus hospitalisés en SPDRE au CHFT

Objectifs opérationnels / Actions

Limiter le recours à une mesure de SPDRE induisant des soins intensifs (mise à l'isolement) des détenus de la Maison d'Arrêt de Mende.

Solliciter l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie pour que l'offre régionale soit étoffée (UHSA de Toulouse) afin de répondre aux besoins croissants de la population carcérale et éviter la prise de SPDRE.

Obtenir les moyens budgétaires pour faire face au coût engendré par l'hospitalisation de patients irresponsables pénaux nécessitant la présence d'agents de sécurité (prestation chiffrée à 400 €/jour).

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Développer les actions de prévention pour éviter le recours à l'hospitalisation par la présence hebdomadaire d'un praticien psychiatre à la Maison d'Arrêt de Mende (Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire)	Pérenniser cette présence médicale malgré le contexte de pénurie médicale et de moyens financiers contraints	Sur la durée du PTSM
Solliciter une augmentation du nombre de places en UHSA dans la région Occitanie	Saisir l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie par courrier, avec l'appui de la Maison d'Arrêt de Mende, pour répondre aux recommandations du CGLPL (éviter les isolements)	2019
	Sensibiliser le Conseil Territorial de Santé sur cette question	2019
Obtenir les moyens budgétaires pour faire face au coût engendré par l'hospitalisation de patients irresponsables pénaux nécessitant la présence d'agents de sécurité	Saisir l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie pour une dotation complémentaire en DAF pour assurer la surveillance des irresponsables pénaux	Courrier du 19 septembre 2019

14. Action 14 : La télémédecine en santé mentale au service de la relation médecin/patient et de la collaboration entre professionnels de santé

<p>Axe n°3</p> <p>CONTINUE ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE ET DES ACCOMPAGNEMENTS</p>	<p>Fiche action n°14</p> <p>La télémédecine en santé mentale au service de la relation médecin/patient et de la collaboration entre professionnels de santé</p>				
	<table border="1"><thead><tr><th data-bbox="533 779 948 824">Coordinateurs</th><th data-bbox="948 779 1377 824">Partenaires</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="533 824 948 1288">Le Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère</td><td data-bbox="948 824 1377 1288">Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère Les Etablissements médico-sociaux Les EHPAD et les médecins coordonnateurs du département Les médecins généralistes du département L'Agence Régionale de Santé d'Occitanie Le CHU de Montpellier L'Hôpital Lozère</td></tr></tbody></table>	Coordinateurs	Partenaires	Le Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère	Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère Les Etablissements médico-sociaux Les EHPAD et les médecins coordonnateurs du département Les médecins généralistes du département L'Agence Régionale de Santé d'Occitanie Le CHU de Montpellier L'Hôpital Lozère
Coordinateurs	Partenaires				
Le Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère	Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère Les Etablissements médico-sociaux Les EHPAD et les médecins coordonnateurs du département Les médecins généralistes du département L'Agence Régionale de Santé d'Occitanie Le CHU de Montpellier L'Hôpital Lozère				

Diagnostic / Problématique

Définition de la Télémédecine :

La télémédecine est une composante de la télésanté. Selon le code de santé publique (art. L.6316-1), elle est « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. »

Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Constat :

Les actes de la télémédecine en santé mentale envisagés en Lozère :

- Téléconsultations
- Télé expertises

Tous les sites des établissements de santé membres du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère sont en cours d'installation d'un système de visioconférence commun (Starleaf).

Le déploiement de la télémédecine répond aux objectifs de la stratégie nationale de santé « Ma santé 2022 » et de la Feuille de la Santé Mentale et de la Psychiatrie du 28 juin 2018 :

« la télémédecine est un important vecteur d'amélioration de l'accès aux soins, en particulier pour les populations fragiles et dans les zones sous denses, car elle permet une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients et offre de nouvelles possibilités de consultations à distance aux médecins généralistes et aux spécialistes de recours difficiles d'accès ».

La HAS a publié un guide de bonnes pratiques pour accompagner le développement de la télémédecine.

La télégériatrie a été installée sur l'unité de géronto-psychiatrie du Centre Hospitalier François Tosquelles, à l'Hôpital Lozère et dans les EHPAD en 2019 permettant la téléexpertise et la téléconsultation (COVOTEM).

Cette pratique pourra être développée auprès des médecins généralistes et à la Maison d'Arrêt de Mende.

Problématique :

En Lozère, l'isolement géographique des patients ou des professionnels de santé constitue une contrainte pour l'accès à un professionnel de santé mentale.

Le maillage territorial des Centres Médico-Psychologiques dans le département déployé par le Centre Hospitalier François Tosquelles répond en partie à cette problématique. Toutefois, dans un contexte de pénurie médicale importante rencontrée par l'ensemble des acteurs (établissements sanitaires, médico sociaux du handicap et de la personne âgée, médecins libéraux, ...) il est nécessaire de pouvoir solliciter les praticiens psychiatres en limitant les déplacements qui sont chronophages.

Résultats attendus

Améliorer l'accès aux soins en santé mentale et la coordination des acteurs grâce au déploiement de la télémédecine.

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

Le **Plan Ma Santé 2022** annonce le déploiement de la télémédecine comme « acte médical de droit commun » par un accompagnement territorial.

La **Feuille de Route Santé Mentale et Psychiatrie de 2018** prévoit de mobiliser les ressources en télémédecine (action n°10) dans le cadre de l'axe Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité.

Le **PRS Occitanie** inscrit dans le parcours santé mentale la priorité opérationnelle n°3 : Favoriser l'accès de l'utilisateur aux dispositifs innovants en

Indicateurs de suivi

Nombre de téléconsultations en santé mentale

Nombre de télé-expertises en santé mentale

santé mentale qui entre pour partie dans le thème transversal « transformation numérique en santé ».

Le Projet Médico-Soignant Partagé et le Schéma Directeur du Système d'Information du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère prévoient le déploiement de la télémédecine et dans un premier temps de la télégériatrie.

Objectifs opérationnels / Actions

Déploiement de la télémédecine au service de la relation médecin/patient (téléconsultation) et de la collaboration entre professionnels de santé (télé-expertise, télé-staff) :

- Déploiement de la télégériatrie dans le cadre du Projet Médico-Soignant partagé du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère ;
- Déploiement de la télémédecine en lien avec le CHU de Montpellier dans le cadre des travaux de recherche sur les effets d'un dispositif multiniveau sur les recours aux soins psychiatriques à partir de l'attention primaire.

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Mettre en œuvre le Projet télégériatrie	Le CHFT est établissement requérant pour les patients de gérontopsychiatrie Et établissement requis pour des téléconsultations en gérontopsychiatrie à destination des EHPAD de Lozère Elargir le recours à la télégériatrie aux spécialistes du CHU de Montpellier, CHU de référence du GHT	2019 2020
S'inscrire dans le projet de télémédecine porté par l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie sous la coordination du professeur Courtet/CHU de Montpellier/CH La Colombière en Occitanie	Le Dr NASSIF, praticien psychiatre au CHFT, s'est positionné favorablement comme psychiatre référent en Lozère	2019
Accroître la possibilité de la mise en œuvre de la télémédecine à la Maison d'Arrêt de Mende	Participation aux réunions de déploiement proposées par l'ARS	2019

15. Action 15 : Les soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques : le diagnostic différentiel et le suivi somatique

Axe n°4 ACCES AUX SOINS SOMATIQUES	Fiche action n°15 Les soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques : le diagnostic différentiel et le suivi somatique	
	Coordinateurs Le Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère	Partenaires Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère L'Hôpital Lozère Les Centres Hospitaliers L'HAD 48 Les médecins généralistes (Ordre des Médecins et URPS)

Diagnostic / Problématique

Définition/Constat :

Soins somatiques et psychiatrie

La santé physique et la surmortalité des personnes vivant avec des maladies psychiques ont longtemps été ignorées, du fait de préjugés, de méconnaissance ou de difficultés de repérage.

Pourtant, de nombreuses études cliniques et épidémiologiques ont porté sur l'association entre maladies somatiques et psychiques (appelée comorbidité). Sans oublier que certains médicaments psychotropes augmentent les risques de maladies cardio-vasculaires, de diabètes et d'obésité.

Tous ces facteurs retardent ou limitent l'accès à des soins adaptés, diminuent de manière importante l'espérance de vie des personnes et compliquent la prise en charge de leur santé mentale et somatique.

Afin de leur apporter la réponse thérapeutique globale et de qualité qu'elles sont en droit de recevoir, une coordination efficace entre psychiatres et somaticiens, psychiatrie et médecine de ville, est indispensable.

La surmortalité des personnes ayant des troubles psychiques sévères est connue depuis les années 1930. Cette surmortalité s'aggrave de manière continue, alors que l'espérance de vie de la population générale augmente. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il y aurait 8 millions de morts prématurées, dans le monde, liées aux troubles psychiatriques.

Des études ont montré que la première cause de mort des personnes vivant avec des troubles psychiques est naturelle, loin devant les suicides, les accidents et les homicides. Ainsi, par rapport à la population générale, l'espérance de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans et leur taux de mortalité est trois à cinq fois supérieur (OMS, 2015).

Les maladies cardiovasculaires et celles liées au tabac représentent les principales causes de décès des personnes atteintes de troubles psychiques. Par exemple, une personne chez qui un diagnostic de schizophrénie ou de troubles bipolaires a été établi aurait 2 à 3 fois plus de risque de mourir d'une maladie cardiovasculaire que la population générale.

Le risque de mort prématurée dépend de nombreux facteurs plus ou moins associés : le tabagisme, le régime alimentaire, l'obésité, le diabète, les effets indésirables des médicaments psychotropes, le manque d'exercice, mais aussi la pauvreté. S'ajoutent des facteurs de risque non modifiables, tels que l'âge, le sexe, les antécédents familiaux et personnels.

De plus, les nombreux obstacles à l'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec des troubles psychiques ont aussi un impact sur leur mortalité. Par exemple, les personnes atteintes de dépression majeure et de schizophrénie ont 40 à 60 % plus de risques que la population générale de mourir prématurément, du fait de problèmes de santé physique : cancers, maladies cardiovasculaires, diabète ou encore infection VIH (OMS, 2015).

Il est fait le constat d'une coordination parfois difficile entre soins somatiques et psychiatriques.

Le manque de coordination entre les soins médicaux en ville (cabinet de médecine générale, maison de santé, etc.) et les soins psychiatriques d'une part, et la disparité de l'organisation de soins médicaux dans les services de psychiatrie d'autre part, expliquent en partie que la santé physique des patients psychiatriques soit moins prise en compte. De fait, on observe souvent des ruptures dans la continuité des soins et des parcours de vie, par défaut de coordination et de communication entre médecine de ville, service de psychiatrie et dispositif médico-social.

De plus, tous les patients suivis en psychiatrie n'ont pas de médecin traitant. Les médecins généralistes ne connaissent pas toujours les traitements que leurs patients prennent pour leurs troubles psychiques, notamment du fait d'un manque de communication entre médecins.

Deux décrets renforcent la nécessité d'assurer une continuité des soins entre les différents professionnels (santé, social, médico-social) intervenants auprès d'un patient. Ils précisent :

- la mise en place d'une lettre de liaison remise au médecin traitant par le médecin de l'hôpital (Décret n°2016-995),
- les catégories de professionnels du champs social et médico-social habilitées à échanger et partager avec les professionnels de santé, et les modalités de cet échange et de ce partage (Décret n° 2016-994).

En Lozère :

Les patients se présentant aux urgences pour des pathologies de profil psychiatrique peuvent parfois masquer des lésions organiques ou des causes toxiques.

Il est donc nécessaire de réaliser, aux Urgences, un diagnostic différentiel préalable à l'admission en unité d'hospitalisation en psychiatrie qu'ils s'agissent des admissions sur l'unité UAPPE de Mende ou sur l'unité de géro-psi-chiatrie à Saint-Alban sur Limagnole.

Par ailleurs, un examen somatique du patient est obligatoire au cours de la procédure d'admission d'un patient en Soins Psychiatriques Sans Consentement (L3211-2-2 du Code de la Santé Publique), quel que soit la modalité (SPDRE, SPDT, SPDTU ou SPPI).

Dans l'éventualité où cet examen somatique n'a pas pu être réalisé en amont, il pourra l'être aux Urgences de l'Hôpital Lozère.

L'utilisation du Dossier de Liaison d'Urgence – DLU est une solution pour la transmission des informations médicales entre praticiens des Urgences et de l'EPSM.

Ainsi, depuis 2018, les praticiens psychiatres du Centre Hospitalier François Tosquelles disposent d'un accès au Dossier Patient Informatisé des Urgences de l'Hôpital Lozère.

Les médecins Urgentistes de l'Hôpital Lozère peuvent également avoir accès au DPI du CHFT.

Problématique :

Le constat est fait que le protocole de prise en charge des urgences psychiatriques entre le service des urgences de l'Hôpital Lozère et service d'admissions (UAPPE) du Centre Hospitalier François Tosquelles est à actualiser.

L'accès des praticiens des deux établissements aux deux logiciels de Dossiers Patients Informatisé (DLU) est désormais opérationnel. Cependant, l'examen somatique avant l'admission en psychiatrie n'est pas toujours garanti.

Il convient donc de chercher à améliorer la qualité de la prise en charge du patient en veillant à :

- Permettre un diagnostic différentiel permettant de lever le doute sur une problématique somatique ;
- Éviter des allers-retours entre l'EPSM et l'Hôpital Lozère (MCO).

Le Projet Médico-Soignant Partagé 2017-2021 du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère envisage un dossier commun partagé entre établissements de santé et médico-sociaux. Ce projet note aussi une sous-utilisation du DLU (complétude, accessibilité, généralisation y compris au programmé).

Le PMSP prévoit également de rompre l'isolement du somaticien du Centre Hospitalier François Tosquelles en favorisant une collaboration entre MCO, somaticien et psychiatres du CHFT.

Plus largement, le suivi somatique des patients porteurs de troubles psychiques hospitalisés au Centre Hospitalier François Tosquelles, parfois au long cours, et des résidents des Etablissements Médico-Sociaux doit être mis en œuvre.

Dans ce domaine, les **recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé** sont les suivantes :

- de prévenir et repérer plus précocement les pathologies somatiques chez les patients souffrant de troubles psychiques graves et chroniques (avec délimitation des pathologies concernées) ;
- d'améliorer la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques graves et chroniques, en ambulatoire, durant et après les hospitalisations en psychiatrie, lors de leur accueil en structure spécifique d'hébergement ;
- d'améliorer l'accompagnement des patients souffrant de ces pathologies dans le quotidien et au long terme.

De plus, la HAS a débuté en 2018 des travaux de développement de nouveaux **Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins** (IQSS) pour le secteur de la psychiatrie et de la santé mentale sur les trois thèmes suivants :

- **Prise en charge somatique en établissement de santé ;**
- Coordination entre l'hôpital et la ville ;
- Pratiques d'isolement et de contention mécanique.

Ainsi, les Indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) ciblent, en santé mentale, des thématiques somatiques (dépistage des troubles nutritionnels, ...)

Au Centre Hospitalier François Tosquelles, un médecin somaticien intervient sur l'ensemble des unités d'hospitalisation à temps complet où il assure le suivi somatique des patients hospitalisés en psychiatrie.

Lorsque l'état de santé du patient hospitalisé au sein du Centre Hospitalier François Tosquelles exige une entrée en MCO (Hôpital Lozère), il est souhaitable d'éviter le passage systématique par les Urgences en ayant recours à la filière d'admission directe en médecine polyvalente ou en gériatrie de l'Hôpital Lozère.

Résultats attendus

Un diagnostic différentiel doit être réalisé pour tout patient hospitalisé en psychiatrie et tout particulièrement pour les patients en Soins Psychiatriques Sans Consentement. Ce diagnostic peut être réalisé par un médecin généraliste ou aux Urgences.

Utilisation des Dossiers Patients Informatisés pour accéder aux DLU et pour les échanges entre médecins et professionnels paramédicaux.

Interopérabilité entre les Dossiers Patients Informatisés (DPI) des membres du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère.

Eviter le passage systématique par les Urgences pour les admissions en MCO.

Suivi somatique notamment pour les patients hospitalisés en psychiatrie au long cours et pour les résidents des établissements médico-sociaux (lien avec Handiconsult 48).

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

Projet Médico Soignant Partagé et Schéma Directeur du Système d'Information du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère

Indicateurs de suivi

Présence du bilan somatique dans chaque dossier médical du patient du CHFT (nombre)

Nombre de connexions au DPI du CHFT par les Urgentistes

Nombre de connexions au DPI de l'Hôpital Lozère par les psychiatres du CHFT

Nombre de consultations somatiques annuelles pour les patients au long cours du CHFT et pour les résidents des établissements médico-sociaux

Objectifs opérationnels / Actions

Réviser la procédure de prise en charge des urgences psychiatriques par les deux acteurs : Hôpital Lozère (Service des Urgences) et CHFT (Unité d'Admissions de Mende).

Organiser le partenariat SAU/CHFT pour assurer la réalisation du diagnostic différentiel avant une admission en psychiatrie afin d'exclure toute problématique somatique.

Former les praticiens des 2 établissements à l'utilisation des DPI.

Elargir l'accès des deux DPI aux professionnels paramédicaux.

Programmer l'interopérabilité ou la convergence des 2 DPI à mettre en œuvre dans le cadre du Schéma Directeur du Système d'Information du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère.

Mettre en avant l'expérience Handiconsult 48 qui permet l'accès aux soins somatiques des personnes en situation de handicap : pérenniser ce dispositif et le déployer sur le département.

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Réviser le protocole de prise en charge psychiatrique aux Urgences entre le service des Urgences de l'Hôpital Lozère et le service d'admissions UAPPE du CHFT	Réunion entre les acteurs (médecins urgentistes et médecins psychiatres, cadres de santé et IDE des deux structures)	Dès 2019
Bilan somatique dans le DPI de chaque patient	Grâce au DLU devenu opérationnel en 2019	Dès 2019
Rendre interopérable l'ensemble des DPI de chaque établissement membre du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère	Passer du logiciel actuel au logiciel retenu par l'établissement support soit Hôpital Manager	Selon le SDSI du GHT approuvé par le DGARS
Favoriser le recours à Handiconsult48	Communiquer le numéro de téléphone (plaquette informative)	Dès 2019

16. Action 16 : La crise suicidaire, une préoccupation majeure : sa prévention

Axe n°5 PREVENTION	Fiche action n°16 La crise suicidaire, une préoccupation majeure : sa prévention	
	Coordinateurs Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère L'Hôpital Lozère	Partenaires Le Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère Les Etablissements sociaux et médicaux sociaux Les médecins psychiatres du CHU de Montpellier Le PAEJ Le Conseil Départemental Les médecins généralistes L'Education Nationale Les associations tutélaires Les services d'aide à domicile La CCSS et la MSA Les familles (les aidants)

Diagnostic / Problématique

Constat :

Selon le BSP (Bulletin de Santé Publique) Occitanie – Février 2019 :

Le suicide est un phénomène complexe qui touche directement ou indirectement un grand nombre de personnes. En France, il est 3 fois plus meurtrier que les accidents de la route et sa prévention est rapidement devenue un enjeu de santé publique. La diminution continue de la mortalité par suicide en France est encourageante, cependant elle demeure insuffisante. C'est ainsi que la feuille de route en santé mentale présentée par la Ministre de la Santé, intègre un plan d'actions de prévention contre le suicide qui se décline autour d'axes forts que sont :

- la prévention de la contagion médiatique du suicide via le programme Papageno, le déploiement de dispositifs de recontact à destination des individus à haut risque de suicide : Vigilan'S ;
- la mise en œuvre d'un nouveau schéma de formation ajustée en 3 modules (intervention de crise, évaluation, sentinelle).

La prévention du suicide a été également identifiée par l'ARS Occitanie comme une priorité du plan régional de santé (2018-2022).

Le Décret du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale prévoit l'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins et en fonction des ressources mobilisables sur le territoire, d'un suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide.

La crise suicidaire, définie par la conférence de consensus de l'HAS de 2000, correspond à une période limitée dans le temps pendant laquelle un individu présente des idées suicidaires dans un contexte de détresse et de souffrance. Cela nécessite un suivi psychiatrique ou psychologique adapté pour celui qui souffre. Or, il existe un faible taux de suicidants qui bénéficient d'un tel suivi. Ainsi, l'organisation de soins doit améliorer l'articulation entre les services d'urgences et les soins spécifiques, avec des rendez-vous rapides et prenant en compte l'entourage du patient. En Occitanie, cette organisation a été mise en place à Toulouse avec l'ouverture du Centre de Thérapie Brève, un centre de crise ambulatoire à proximité.

Le Département d'Urgences et Post-Urgences Psychiatriques du CHU de Montpellier développe depuis 30 ans une séquence de dispositifs spécifiques pour les sujets à risque : accueil dédié aux urgences, évaluation en psychiatrie de liaison, hospitalisations brèves, suivi ambulatoire rapproché médical et infirmier et Vigilant'S. Promouvoir l'alliance thérapeutique et créer un contexte de coopération psychothérapeutique, voilà l'objectif des dispositifs de soins œuvrant pour la prévention du suicide.

Quelques points clés en Occitanie (avec sources) :

Décès par suicide des 10 ans et plus (CépiDc – 2015)

- Le taux de décès par suicide est plus élevé chez les hommes, quelle que soit la classe d'âge. Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 41 % de la part des suicides.
- La pendaison est le mode de suicide rencontré pour la moitié des décès.

Hospitalisations pour tentative de suicide des 10 ans et plus (PMSI - MCO – 2017)

- Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est en diminution depuis 2010 chez les femmes, qui étaient concernées par près des deux tiers des hospitalisations.
- Le taux d'hospitalisation le plus élevé est observé dans la tranche d'âge des 15-19 ans.
- Le mode de tentative de suicide le plus fréquemment rapporté était l'intoxication médicamenteuse : 86 % des séjours hospitaliers pour tentative de suicide de 2015 à 2017.

Passages aux urgences pour tentative de suicide des 10 ans et plus (Oscour® – 2017)

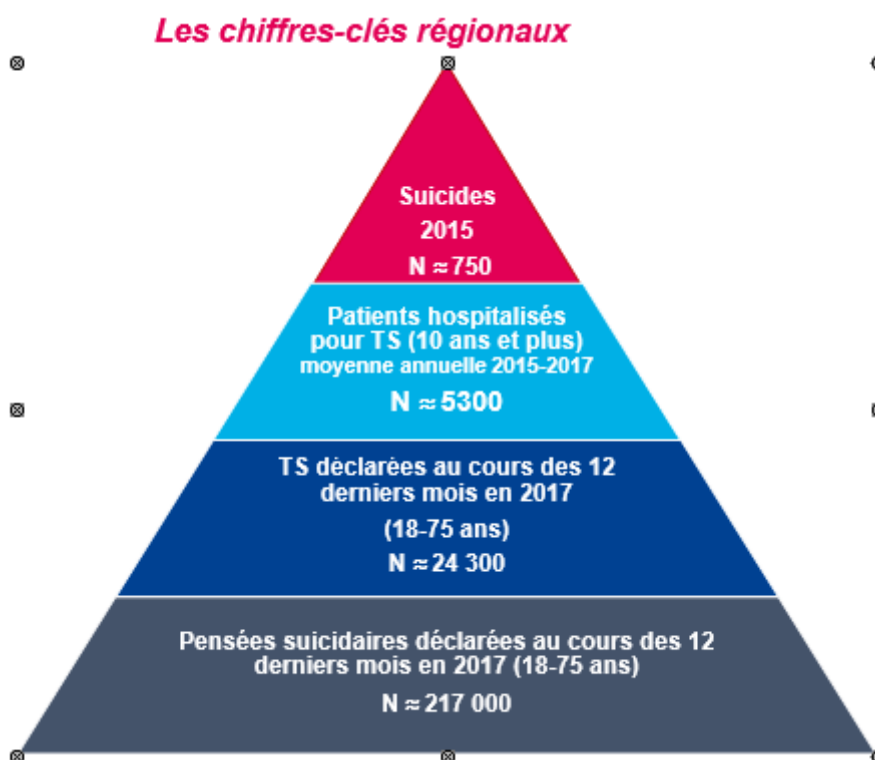
- 6 876 passages aux urgences pour tentative de suicide dans les 66 structures d'urgence d'Occitanie, soit 19 par jour ou 4 tentatives de suicide pour 1 000 passages.
- Peu de différences avec les passages toutes causes concernant la répartition par jour de la semaine ou le mois de l'année, mais une différence nette concernant les heures de prises en charge des suicidants, plutôt en soirée et début de nuit (20h- 4h),
- Le taux de recours est plus important chez les femmes que chez les hommes.
- Plus de 95% des tentatives de suicide correspondent à des intoxications médicamenteuses.

Conduites suicidaires déclarées chez les 18-75 ans (Baromètre de Santé publique France 2017)

- En 2017, 5 % déclaraient avoir eu des pensées suicidaires dans les 12 mois (prévalence la plus élevée observée en France métropolitaine) et 8 % avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Elles sont plus fréquentes chez les femmes.
- Un état dépressif dans les 12 mois augmente le risque de pensées suicidaires et de tentative de suicide.

Prévention : Préconisations nationales pour la prévention et dispositifs en Occitanie

- Vigilant'S est en cours de déploiement en Occitanie depuis 3 ans et s'intègre de plus en plus dans la pratique courante des professionnels de santé mentale. Ils sont 2 400 personnes, de 15 à 98 ans, à avoir bénéficié du dispositif à ce jour.
- Une formation comportant trois modules (sentinelle, évaluateur, intervention de crise), avec pour objectif de créer une véritable chaîne de prévention, est conçue comme un dispositif stratégique permettant l'articulation des différents partenaires sociaux et associatifs avec l'offre de soin. Ce dispositif se met en place en 2019 au niveau des territoires.
- Un dispositif d'accompagnement des personnes endeuillées par le suicide d'un proche est mis en place afin de prévenir un état dépressif, voire des idées ou des intentions suicidaires.

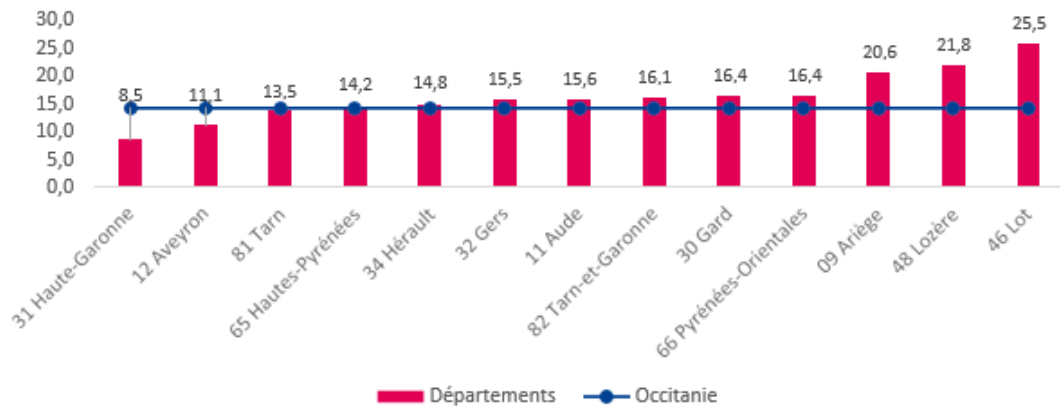


Situation en 2015

En Occitanie, les taux standardisés de mortalité par suicide et le taux d'hospitalisation pour TS variaient selon les départements. Les inégalités territoriales observées n'étaient pas toujours identiques pour les suicides et les TS. **La Lozère présentait le 2ème taux de mortalité par suicide le plus élevé mais un taux d'hospitalisation pour TS inférieur à la moyenne régionale (110,8 vs 130,0 pour 100 000 habitants).**

Figure 7 : Taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge par département, 2015, Occitanie (n=578)

Taux régional = 14,1 pour 100 000 habitants



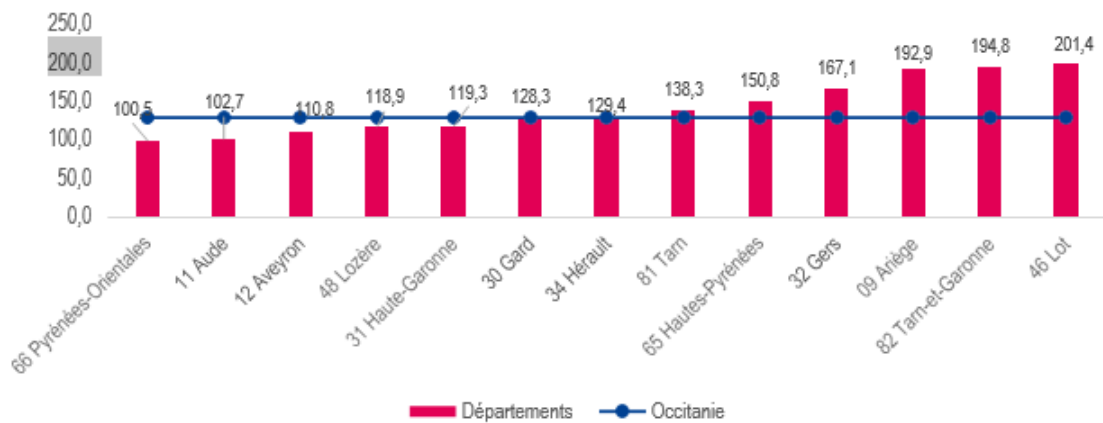
*Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France (2015)

Champ : Population âgée de 10 ans et plus

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

Figure 8 : Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide standardisés sur l'âge par département, 2015, Occitanie (n=578)

Taux régional = 130,0 pour 100 000 habitants



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

Champ : Population âgée de 10 ans et plus

Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France

Les tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois des 18-75 ans, 2017 : prévalence, facteurs associés

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois en région Occitanie était estimée à 0,59 % (Figure 21). On ne note pas de différence significative sur l'ensemble des régions, probablement en raison des faibles prévalences pour cet indicateur.

Par ailleurs, en raison des faibles effectifs en région, les prévalences par sexe et classe d'âge n'ont pas pu être calculées.

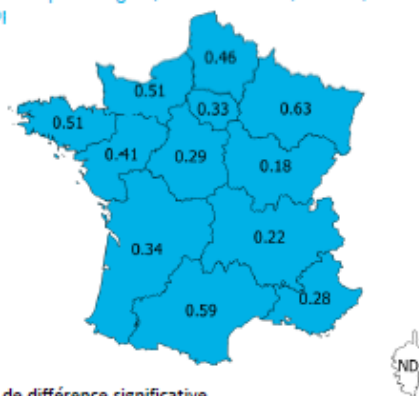
Au niveau national, les tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois apparaissent liées aux facteurs suivants :

- un état dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois,
- le fait d'avoir vécu une séparation ou un divorce au cours des douze derniers mois,
- le fait d'avoir été victime de harcèlement sexuel au cours des douze derniers mois,
- et une consommation quotidienne d'alcool.

A l'inverse, le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1^{er} tercile semble diminuer le risque de tentatives de suicide (Tableau 10).

Le sexe, l'âge, la catégorie d'agglomération, le niveau de diplôme et la situation professionnelle ne sont pas significativement liés aux tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois.

Figure 21 : Prévalence (%) des tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois chez les 18-75 ans par région, tous sexes, 2017, France métro



Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016
 Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires
 Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

Tableau 10 : Facteurs associés aux tentatives de suicide cours des douze derniers mois, chez les 18-75 ans, 2017, France métropolitaine (N=24 997)

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
Sexe	NS		
Homme (réf.) (n=11577)	0,3	- 1 -	
Femme (n=13674)	0,5	1,5	[0,8-2,9]
Age	***		
18-24 ans (réf.) (n=2270)	0,7	- 1 -	
25-54 ans (n=13088)	0,4	0,8	[0,4-1,9]
55-75 ans (n=9893)	0,2	0,5	[0,2-1,5]
Niveau de diplôme	NS		
Inférieur au Bac (réf.) (n=9571)	0,4	- 1 -	
Bac ou équivalent (n=5406)	0,4	0,8	[0,4-1,5]
Supérieur au Bac (n=10216)	0,3	1,1	[0,5-2,1]
Vit seul	***		
Non (réf.) (n=19483)	0,3	- 1 -	
Oui (n=5768)	0,7	1,7	[0,9-3,3]
Situation professionnelle	***		
Travail (réf.) (n=14373)	0,3	- 1 -	
Chômage (n=1812)	0,9	1,3	[0,6-2,8]
Inactifs ¹ (n=9066)	0,4	1,4	[0,7-2,8]
Revenus par unité de consommation en terciles	***		
1er tercile (faible) (réf.) (n=7216)	0,8	- 1 -	
2nd tercile (n=8259)	0,2	0,4*	[0,2-0,8]
3ème tercile (élevé) (n=8604)	0,1	0,3*	[0,1-0,7]
NSP/Refus (n=1172)	0,6	1,3	[0,4-4,0]
Catégorie d'agglomération	NS		
Rurale (réf.) (n=6650)	0,3	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=16516)	0,4	1	[0,5-2,0]
Victime de menace, humiliation, intimidation 12 mois	***		
Non (réf.) (n=22323)	0,3	- 1 -	
Oui (n=2915)	1,3	1,6	[0,9-2,8]
Victime de violences 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=24702)	0,3	- 1 -	
Oui (n=547)	2,3	1,5	[0,6-3,9]
A vécu séparation ou divorce 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=23539)	0,2	- 1 -	
Oui (n=1710)	2,2	3,6**	[1,7-7,6]
Victime de harcèlement sexuel 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=25112)	0,4	- 1 -	
Oui (n=131)	4,5	3,6*	[1,1-11,5]
Épisode dépressif caractérisé (EDC) 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=22786)	0,2	- 1 -	
Oui (n=2404)	2,1	5,0***	[2,8-9,0]
Consommation quotidienne d'alcool	**		
Non (réf.) (n=22543)	0,3	- 1 -	
Oui (n=2708)	0,8	3,2**	[1,4-7,2]
Fumeur quotidien	***		
Non (réf.) (n=19278)	0,2	- 1 -	
Oui (n=5938)	0,8	1,5	[0,8-3,1]

*** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * : $p < 0,05$; NS : non significatif - Les pourcentages sont issus des analyses bivariées - ORa : odds ratio ajusté ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. Résultats issus d'une régression logistique multivariée. Les modalités « NSP » de certaines variables explicatives ont été considérées comme des valeurs manquantes en raison de leurs très faibles proportions 1 : « inactifs » : retraités, personnes au foyer, étudiants, personnes en congés de longue maladie et celles incapables à travailler à cause d'une invalidité 2 : Le revenu du foyer par unité de consommation est obtenu en divisant l'ensemble des revenus du ménage par le nombre de personnes vivant dans le foyer, avec une pondération prenant en compte l'âge de celles-ci (1 UC pour le premier adulte dans le foyer, 0,5 UC pour les autres personnes âgées de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans) (définition de l'Insee).

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires - Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

La prévention de la crise suicidaire : une nécessité :

La prévention du suicide a fait l'objet de recommandations de la part du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) en 2016 et du Conseil National de la Santé Mentale (CNSM) en 2017. En lien avec ces recommandations, le cadre opérationnel est fixé par :

- **Le Décret relatif au projet territorial de santé mentale, juillet 2017** : il reprend l'une des mesures préconisées par le HCSP et le CNSM et prévoit (Art. R. 3224-8. 4e point) « l'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins et en fonction des ressources mobilisables sur le territoire, d'un suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide. » ;
- **La Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, juin 2018** : le premier axe de cette feuille de route consiste à « promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide ». L'action n°6 de cet axe prévoit de « mettre à disposition des ARS un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide ».

En Occitanie, le dispositif VIGILAN'S, rattaché au CHU de Montpellier, vise à favoriser le lien avec les patients et permettre le partage de l'inquiétude avec les professionnels de premier recours.

Les personnes ayant déjà effectué une tentative de suicide présentent un risque de passage à l'acte suicidaire bien plus élevé que la population générale, ils constituent une population cible pour conduire des actions de prévention qui visent à garder un lien avec les soins.

La formation des professionnels :

La formation à la prévention de la crise suicidaire des professionnels a été remaniée.

Au Centre Hospitalier François Tosquelles, le Dr NASSIF, médecin psychiatre et Mme Véronique REYNIER, coordinatrice des psychologues ont été formés à la prévention du risque suicidaire à l'initiative de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie depuis 2018. Une évaluation est programmée les 26 et 27 novembre 2019.

En interne au Centre Hospitalier François Tosquelles, une formation a été dispensée qui a abouti à l'élaboration d'une grille d'évaluation du risque suicidaire. Cette grille a été validée par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et la Commission des Soins Infirmiers (CSIRMT) pour être intégrée au Dossier Patient Informatisé Contexte.

Un groupe de travail a été constitué dans le cadre de la certification, thématique « Parcours Patient ».

Le travail est en cours et vise à construire un protocole type de prise en charge de ce risque. Le groupe s'est réuni les 10 janvier et 21 mars 2019.

Résultats attendus

Améliorer le repérage et l'évaluation du risque suicidaire pour permettre une meilleure prévention du passage à l'acte par la sensibilisation des médecins généralistes et la formation des aidants.

Prévenir le risque suicidaire à tous les âges de la vie (adolescents, adultes, personnes âgées).

Savoir gérer la crise suicidaire.

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

Le PRS Occitanie 2018-2022

Décret relatif au projet territorial de santé mentale, juillet 2017

Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, juin 2018

Indicateurs de suivi

Nombre d'agents ayant participé aux réunions régionales

Nombre d'actions du Compte Qualité – Thématique Parcours Patient - du CHFT réalisées

Nombre de professionnels du CHFT formés à l'utilisation de l'échelle d'évaluation du risque suicidaire

Nombre de réunions du groupe EPP

Nombre de journées de formation/sensibilisation des aidants, médecins généralistes, ...

Objectifs opérationnels / Actions

Constituer un Comité de Pilotage permettant l'articulation des différents partenaires sociaux et associatifs avec l'offre de soins.

Favoriser la consultation rapide dans les CMP pour prévenir le suicide des jeunes.

Suivre les modules de formation organisés entre 2019 et 2022 sous le pilotage de l'ARS avec l'appui des deux formateurs nationaux pour la région Occitanie (Dr Anjali Mathur, CHU de Toulouse et Dr Charly Crespe, CHU de Montpellier).

Mettre en œuvre les actions du Compte Qualité du CHFT, thématique Parcours Patients, relatives à la prévention du risque suicidaire.

Utiliser l'échelle d'évaluation du risque suicidaire sur tout patient admis au CHFT.

Mettre en place un suivi, une prise en charge spécifique, en cas de risque majeur identifié sur un patient.

Sensibiliser et mettre en place une formation pour les aidants, les mandataires judiciaires, les aides à domicile, ...

Sensibiliser les médecins généralistes.

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Participer aux formations régionales organisées entre 2019 et 2022 sous le pilotage de l'ARS	Participation du Dr NASSIF, praticien psychiatre, et de Mme REYNIER, coordinatrice des psychologues au CHFT	Les 26 et 27 novembre 2019 et dates suivantes
Mettre en œuvre les actions du Compte Qualité, thématique Parcours des Patients au CHFT	Réaliser les 9 actions portées à la thématique Parcours Patient du Compte Qualité du CHFT	Dès 2019 et les années suivantes
Utiliser l'échelle d'évaluation du risque suicidaire élaborée pour les patient admis au CHFT	Suivi réalisé dans le Dossier Patient Informatisé	2019
Elaborer, valider et communiquer une conduite à tenir globale (repérage, sécurisation de la prise en charge, évaluation) s'agissant du risque suicidaire au CHFT	Groupe dédié dans la cadre d'une EPP institutionnelle	2019
Organiser des formations pour les aidants, mandataires judiciaires, aides à domicile, ...	Construire une formation adaptée pour ces personnes	Sur la durée du PTSM
Sensibiliser les médecins généralistes en accentuant leur collaboration avec les équipes spécialisées de la psychiatrie	Organiser une réunion d'information avec la participation des psychiatres	Sur la durée du PTSM

17. Action 17 : L'implication des usagers : leur rôle dans le parcours en psychiatrie et santé mentale

Fiche action n°17 L'implication des usagers : leur rôle dans le parcours en psychiatrie et santé mentale	
Coordinateurs	Partenaires
Le Conseil Territorial de Santé	Le Centre Hospitalier François Tosquelles, Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère L'Hôpital Lozère Le Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère Les établissements médico-sociaux Les associations de Représentants des Usagers

Diagnostic / Problématique

Constat :

La participation au fonctionnement de l'établissement ou du service est un des droits collectifs des usagers, définis par la loi du 2 janvier 2002.

En Lozère, au sein du Conseil Territorial de Santé, deux commissions sont composées en partie des Représentants des Usagers :

- La Commission favorisant l'expression des Usagers, présidée par la Présidente du CTS
- La Commission Spécialisée en Santé Mentale, présidée par le Vice-Président du CTS

Au Centre Hospitalier François Tosquelles, les Usagers sont représentés au niveau des Instances et particulièrement à la CDU – Commission Des Usagers. Celle-ci se réunit 4 fois par an et examine notamment les Fiches d'Evénements Indésirables sont examinées en présence des Représentants des Usagers (UNAFAM, ADAPEI, UDAF).

Le Président de la CDU est par ailleurs invité à chaque Directoire. Il a été présent tout au long de la démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale de Lozère.

Dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère, une CDU de territoire regroupant les représentants des usagers de chaque établissement (sanitaire et médico-social) a été créée.

En effet, la mobilisation des usagers mérite une attention particulière en raison de la situation asymétrique liée au statut de soigné/ou à la position d'autorité que représente l'institution. Il est nécessaire de changer de posture pour favoriser leur implication en tant que citoyens. Il est fondamental de respecter le rythme des usagers et des proches qui s'impliquent de manière bénévole dans la démarche, et ne pas oublier que certains ne connaissent pas le milieu organisationnel et institutionnel.

Un autre principe est d'inclure plusieurs représentants des usagers et usagers à titre individuel dans les organes décisionnels, ce qui a été le cas pour la présente démarche.

En effet, les usagers et leurs aidants sont des personnes et des citoyens puisqu'ils peuvent être des usagers :

- qui utilisent les services des établissements de santé ;
- qui utilisent les services des structures médico-sociales ;
- qui vivent à domicile ;
- en situation de handicap psychique ;
- diagnostiquées ou non avec un ou plusieurs troubles de santé mentale.

Les aidants familiaux :

Dans le cadre de la charte européenne, « l'aidant ou le proche familial est une personne, non professionnel, qui vient en aide à titre principal, pour une partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques, ... ».

Les aidants professionnels :

L'aidant professionnel est la personne qui intervient au domicile auprès de personnes handicapées, enfants ou adultes et veille sur leur cadre de vie. Ce peut être différents intervenants : auxiliaire de vie, aide à domicile, assistant de vie, aide-ménagère, garde à domicile, ...

Dès lors, il convient de veiller à quelques points de vigilance :

- Prendre en charge leurs frais de déplacement,
- Présenter les partenaires, leurs rôles et missions tout au long de leur parcours,
- Faire attention au vocabulaire utilisé ainsi qu'à la manière de communiquer,
- Pour les professionnels, le positionnement éthique doit être rappelé : nous ne sommes plus dans une démarche thérapeutique, mais bien dans une démarche de co-construction avec des citoyens,
- Prévoir une information des représentants des usagers au sein des Instances de gouvernance.

Le Centre Hospitalier François Tosquelles a veillé à mettre en œuvre ces actions dans le cadre de la présente démarche.

En effet, une implication réussie des usagers constitue une phase en tant que telle de la démarche et nécessite une mobilisation spécifique :

- Réunions préparatoires,
- Veille particulière lors des réunions des groupes de travail,
- Gestion du temps particulière.

L'Empowerment et la santé mentale :

L'empowerment est une notion récente, apparue il y a quelques décennies, qui désigne l'accroissement de la capacité d'agir de la personne malade via le développement de son autonomie, la prise en compte de son avenir et sa participation aux décisions la concernant. L'empowerment est étroitement lié à la notion de rétablissement). Ce concept est apparu en France dans les années 1990. Il s'est vu renforcé par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, qui consacre les usagers comme des acteurs de leur propre santé. Elle a été complétée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui propose d'une part une définition du handicap psychique et crée d'autre part les groupes d'entraide mutuelle (GEM). On dénombre aujourd'hui plus de 300 GEM en France dont 2 en Lozère sur 4 sites.

Résultats attendus

S'assurer de la présence et participation des Représentants des Usagers et des usagers dans les diverses réunions de la démarche du Projet Territorial de Santé Mentale de Lozère.

Aller vers l'empowerment.

Déployer l'éducation thérapeutique des patients et programmes de psychoéducation aux aidants.

Favoriser l'émergence de « patients experts ».

Lien avec les autres projets territoriaux / régionaux / nationaux et initiatives

Feuille de route santé mentale et psychiatrie de juin 2018 (action n°34)

Indicateurs de suivi

Nombre de Représentants des Usagers ayant participé aux journées officielles PTSM organisées (28 mai, 10 juillet et 19 novembre 2019)

Nombre de Représentants des Usagers ayant participé au Commissions Spécialisées en Santé Mentale et au Conseil Territorial de Santé sur la thématique d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale de Lozère pour les 5 années à venir

Objectifs opérationnels / Actions

Veiller à la présence des Représentants des Usagers dans toutes les étapes de la démarche de mise en œuvre du Projet Territorial de Santé Mentale de Lozère et particulièrement aux Journées de travail organisées (28 mai 2019, 10 juillet 2019 et 19 novembre 2019).

Favoriser leur expression au cours des réunions et des séances du Conseil Territorial de Santé et notamment dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du Projet Territorial de Santé Mentale de Lozère.

Sensibiliser les usagers à devenir « Patients Experts ».

Répondre à l'appel à projet relatif à la reconnaissance contractuelle d'un dispositif de réhabilitation psychosociale au Centre Hospitalier François Tosquelles comprenant la mise en œuvre d'actions d'Education Thérapeutique et psycho-éducation du patient et des aidants ; actions du CPOM 2019-2023 du Centre Hospitalier François Tosquelles :

- Phaser la mise en œuvre de programmes d'Education Thérapeutique du Patient auprès de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie
- Formaliser un programme de psychoéducation destiné aux familles et aux aidants

Echéancier de réalisation

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Echéancier
Veiller à la présence des Représentants des Usagers dans toutes les étapes du Projet Territorial de Santé Mentale de Lozère	Participation aux réunions	28 mai 2019 10 juillet 2019 19 novembre 2019
Participer aux Commissions Spécialisées en Santé Mentale et au Conseil Territorial de Santé	Participation aux réunions traitant du suivi du Projet Territorial de Santé Mentale de Lozère	Dès 2019
Répondre à l'Appel à Projet de réhabilitation psychosociale	Dossier de candidature déposé par CHFTauprès de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie intégrant des actions relative à l'Education Thérapeutique et à la psycho-éducation	5 octobre 2019

ANNEXES

Annexe 1 : Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

Annexe 2 : Journées PTSM des 28 mai, 10 juillet 2019 et 19 novembre 2019 – Programmes et Groupes de travail – Listes d'émargement

Annexe 3 : Trame de questionnaire pour le recueil qualitatif

Annexe 4 : Sources des données statistiques

Annexe 5 : Liste des figures et tableaux

Annexe 6 : Offre actuelle du territoire en santé mentale

Annexe 1 : Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

29 juillet 2017

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 16 sur 99

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

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

NOR : SSAH1710848D

Publics concernés : établissements de santé autorisés en psychiatrie ; professionnels de santé ; établissements et services sociaux et médico-sociaux ; représentants des usagers et des familles ; psychologues ; agences régionales de santé ; collectivités territoriales.

Objet : modalités d'élaboration et priorités du projet territorial de santé mentale.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret fixe les priorités du projet territorial de santé mentale. Il précise également la méthodologie et les délais maximum de son élaboration, en définissant notamment le rôle des agences régionales de santé et le contenu du diagnostic territorial partagé.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 114-1-1 et L. 114-3 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3221-2, L. 3221-5-1 et L. 3221-6 ;

Vu la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, notamment son article 5 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1^{er}. – Le titre II du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o Le chapitre IV devient le chapitre V et l'article R. 3224-1 devient l'article R. 3225-1 ;

2^o Il est rétabli un chapitre IV comprenant les articles R. 3224-1 à R. 3224-10 ainsi rédigé :

« CHAPITRE IV

« Projet territorial de santé mentale

« Art. R. 3224-1. – I. – Le projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2 :

« 1^o Favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;

« 2^o Permet la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;

« 3^o Détermine le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

« II. – La coordination de second niveau permet de garantir l'accès des personnes atteintes de troubles psychiques à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées mentionnées au I de l'article L. 3221-2 lorsqu'elles ne sont pas présentes en proximité, notamment au sein des territoires de proximité que constituent les secteurs de psychiatrie.

« III. – Les modalités et techniques de prises en charge diversifiées visent la promotion de la santé mentale, l'amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, la promotion des capacités des personnes et leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne active.

« IV. – Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après les consultations prévues au IV de l'article L. 3221-2. Le projet territorial de santé mentale est arrêté pour une durée de cinq ans. Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont publiés par l'agence. Ils peuvent être révisés selon la même procédure que celle prévue pour leur élaboration et après les mêmes consultations.

« Art. R. 3224-2. – I. – Lorsque des acteurs de santé mentale mentionnés à l'article L. 3221-2 travaillant dans le champ de la santé mentale sur un territoire prennent l'initiative de l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale, ils adressent au directeur général de l'agence régionale de santé un document précisant la délimitation du territoire de santé mentale proposée, la liste des acteurs associés et le ou les acteurs désignés comme correspondants de l'agence.

« II. – Pour l'élaboration du projet territorial de santé mentale, les professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale sur ce territoire :

« 1° S'assurent de la participation des communautés psychiatriques de territoire mentionnées au VI de l'article L. 3221-2, lorsqu'elles existent ;

« 2° Veillent à la cohérence entre le projet médical partagé du ou des groupements hospitaliers de territoire présents sur le territoire de santé mentale et le projet territorial de santé mentale ;

« 3° Tiennent compte des projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé et des plates-formes territoriales d'appui.

« III. – 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, à l'association de tous les acteurs concernés, à la pertinence du choix du territoire retenu ainsi qu'au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant.

« IV. – Le défaut d'élaboration d'un projet territorial de santé mentale par les acteurs est constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard dans un délai de dix-huit mois à compter de la date d'échéance du délai de cinq ans suivant la décision du directeur général de l'agence régionale de santé ayant arrêté le précédent projet territorial de santé mentale.

« 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 mentionnés à l'article 5 de la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine.

« Art. R. 3224-4. – Le projet territorial de santé mentale organise l'accès de la population à des dispositifs et services répondant aux priorités définies aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10.

« Art. R. 3224-5. – I. – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

« A ce titre, il prévoit l'organisation de :

« 1° L'accès à un avis spécialisé pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes ;

« 2° L'accès aux soins et aux accompagnements dans des délais répondant à la nature des situations ;

« 3° L'accès aux dispositifs spécifiques existant au niveau régional ou interrégional.

- « II. – Pour permettre d'atteindre ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur :
- « 1° La mobilisation et la sensibilisation des acteurs au repérage précoce des troubles, notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse ;
 - « 2° Les professionnels de la psychiatrie, en particulier au titre de la mission de psychiatrie de secteur prévue à l'article L. 3221-3, et le soutien de ces professionnels aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques ;
 - « 3° Les acteurs sociaux et médico-sociaux et le soutien de ces acteurs aux professionnels de la psychiatrie, par la mise en œuvre la plus précoce possible de réponses d'accompagnement adaptées, en particulier pour les situations complexes ;
 - « 4° Les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux apportant eux-mêmes leur appui aux proches et aux familles dans leur rôle d'aidants de proximité.
- « III. – Le projet territorial de santé mentale prend en compte cette priorité en apportant des réponses aux problématiques des populations à risques spécifiques telles que les enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes placées sous main de justice, personnes en situation de précarité, personnes ayant des conduites addictives, victimes de psycho-traumatisme, familles nécessitant un accompagnement à la parentalité, et personnes isolées.
- « Art. R. 3224-6. – I. – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.
- « A ce titre, il prévoit :
- « 1° Les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ;
 - « 2° Le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire.
- « II. – Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur la mise en place d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité.
- « Art. R. 3224-7. – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.
- « A ce titre, il veille à ce que soient prévus :
- « 1° L'accès au suivi somatique de ces personnes par les médecins généralistes, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé ;
 - « 2° En cas d'hospitalisation, l'organisation des établissements ayant une activité en psychiatrie pour assurer à leurs patients un accès aux soins somatiques, y compris spécialisés ;
 - « 3° L'organisation, par les établissements de santé autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique, d'un accueil spécifique des personnes présentant des troubles psychiques, incluant l'accès aux investigations et aux soins spécialisés nécessaires, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.
- « Art. R. 3224-8. – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence.
- « A ce titre, il prévoit :
- « 1° L'organisation de l'intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales en prévention de l'urgence psychiatrique et en cas d'urgence psychiatrique, en promouvant l'intervention coordonnée des professionnels de santé et de ces structures ;
 - « 2° L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, conformément aux dispositions de l'article L. 3221-5-1.
 - « 3° La participation des professionnels de la psychiatrie aux prises en charge réalisées au sein des structures d'urgence des établissements de santé conformément aux dispositions prévues par l'article R. 6123-32-9, dans un cadre organisant les responsabilités des acteurs dans les parcours de soins des personnes présentant des troubles psychiques, afin d'en favoriser la fluidité et de prévenir le risque suicidaire ;
 - « 4° L'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins, et, en fonction des ressources mobilisables sur le territoire, d'un suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide.
- « Art. R. 3224-9. – I. – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles.
- « A cette fin, il veille à promouvoir l'implication de ces personnes, de leurs proches et leurs familles dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement social ou médico-social, notamment en ce qui concerne l'éducation thérapeutique, le soutien aux aidants et les modalités d'entraide par les pairs, tels que les groupes d'entraide mutuelle mentionnés à l'article L. 1114-1 du code de l'action sociale et des familles.

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

« 1° Des espaces de concertation et de coordination locales, notamment les conseils locaux de santé mentale ou toute commission créée par les collectivités territoriales ayant pour objet la santé mentale ;

« 2° L'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits afin d'en favoriser l'accès ;

« 3° Les réponses aux personnes en situation de soins sans consentement mentionnées aux articles L. 3211-2-1 ;

« 4° La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et à améliorer l'information du grand public sur la santé mentale.

« *Art. R. 3224-10.* – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

« A ce titre, il vise à :

« 1° Renforcer les compétences des personnes en matière psycho-sociale, notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental ;

« 2° Prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques. »

Art. 2. – Le défaut d'élaboration d'un premier projet territorial de santé mentale par les acteurs mentionnés au I de l'article R. 3224-2 du code de la santé publique est constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard dans un délai de trente-six mois après la publication du présent décret.

Art. 3. – La ministre des solidarités et de la santé et la secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées, sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 juillet 2017.

EDOUARD PHILIPPE

Par le Premier ministre :
*La ministre des solidarités
et de la santé,*
ACNÈS BUZYN

*La secrétaire d'Etat
auprès du Premier ministre,
chargée des personnes handicapées,*
SOPHIE CLUZEL

Annexe 2 : Journées PTSM des 28 mai, 10 juillet et 19 novembre 2019 – Programmes et Groupes de travail – Listes d'émargement



Mardi 28 mai 2019
de 9h30 à 17h00

Journée de lancement de la démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale

de Lozère

ESPACE GEORGES FRECHE - MENDE

Mardi 28 mai 2019
de 9h30 à 12h30

09h30-10h00 Accueil des participants

10h00-10h30 Ouverture

Alain BARTHELEMY, Délégation Territoriale de Lozère, représentant du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

Patricia BREMOND, Présidente du Conseil Territorial de Santé

Sophie PANTEL, Présidente du Conseil Départemental et Présidente du conseil de surveillance du Centre Hospitalier François Tosquelles - EPSM de Lozère

10h30-10h45 Présentation de la démarche de PTSM

Marie-Annick COLLIN, Directrice du Centre Hospitalier François Tosquelles - EPSM de Lozère

10h45-12h00 Panorama de la santé mentale en Lozère

- Présentation des caractéristiques du département
 - Synthèse des résultats de l'enquête (questionnaires reçus)
 - Présentation des grands enseignements tirés de ces 2 sources
- Juliette PETIT, Centre National de l'Expertise Hospitalière
Etienne JOUBERT, Centre National de l'Expertise Hospitalière

12h00-12h30 Echanges avec la salle

12h30-13h30 Déjeuner (buffet sur place)

Renseignements : 04.66.42.55.35

Sous réserve de modifications

Mardi 28 mai 2019
de 13h30 à 16h30

13h30-15h30 Groupes de travail

- **Groupe 1** : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques, prévention et gestion de l'urgence

Dr Alexandre CHELIAS, Praticien Hospitalier Psychiatre, Président de la CME du Centre Hospitalier François Tosquelles - EPSM de Lozère

Juliette PETIT, Consultant Centre National de l'expertise Hospitalière

- **Groupe 2** : Accès aux accompagnements médico-sociaux et sociaux

Patrick JULIEN, Président de la Commission Spécialisée en Santé Mentale, Directeur Général de l'Association du Clos du Nid

Aline BLANC, Chargée des Affaires Générales au Centre Hospitalier François Tosquelles - EPSM de Lozère

- **Groupe 3** : Continuité et coordination des prises en charge et des accompagnements

Pr Jean-Philippe BOULENGER, Médecin conseiller technique à l'Association du Clos du Nid

Marie-Annick COLLIN, Directrice du Centre Hospitalier François Tosquelles - EPSM de Lozère

- **Groupe 4** : Accès aux soins somatiques

Dr Didier PUTOD, Président de la CME de l'Hôpital Lozère, Etablissement support du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère

Etienne JOUBERT, Consultant Centre National de l'Expertise Hospitalière

- **Groupe 5** : Prévention

Michel DA CUNHA, Consultant Centre National de l'Expertise Hospitalière

Stéphane RIBAUT, Délégation Territoriale de Lozère - Agence Régionale de Santé Occitanie

15h30-16h15 Restitution

16h15-16h30 Clôture de la journée

Patrick JULIEN, Président de la Commission Spécialisée en Santé Mentale

28 MAI 2019

LISTE D'EMARGEMENT

NCM	STRUCTURE	EMARGEMENT	GROUPE
AGUILHON Yannick	MECS - Les amis de la Providence	X	3
AMOUROUX Roger	Représentant des usagers CHFT	X	1
ANININO Eric	Conseil Dép. MDA - MDPH 48		2
ASTRUC Françoise	EPSM Lozère	X	
ATGE Sandra	DDCSPP - Politiques sociales		3
BACHOTET Christine	EPSM Lozère	X	1
BARJETON Marie	EPSM Lozère		1
BARTHELEMY Alain	DTARS48	X	
BASTIDE Daniel	Clos du Nid - FAM des Bernades		3
BENABBOU Caroline	GEM de la Lozère		2
BENLEFKI Abdzaher	Maison d'Arrêt de Mende		
BERBONDE Fabienne	EPSM Lozère		1
BERGOUNHON Stéphane	EPSM Lozère	X	1
BERNY Adéline	CONSEIL DEP. - MAIA 48	X	3
BLANC Aline	EPSM Lozère		2
BLANC Coralie	DDCSPP - Politiques sociales		
BLANC Marie-Christine	SSRA 'Maison Sainte-Marie'		1
BLOND Catherine	ADAPEI 48		
BOMBIN Cristina	EPSM Lozère	X	
BON Sylvie	SSRA Le Boy		1
BONDU Françoise	EPSM Lozère		5
BOUDON Anne-Laure	Association Saint Nicolas	X	
BOULENGER Jean-Philippe	Clos du Nid	X	3
BREMOND Patricia	Présidente Conseil Territorial de Santé	X	
BRESSON Rolande	EPSM Lozère	X	3

28 MAI 2019

LISTE D'EMARGEMENT

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT	GROUPE
AGUILHON Yannick	MECS - Les amis de la Providence		3
AMOUROUX Roger	Représentant des usagers CHFT		1
ANNINO Eric	Conseil Dép. MDA - MDPH 48		2
ASTRUC Françoise	EPSM Lozère		
ATGE Sandra	DDCSPP - Politiques sociales		3
BACHOTET Christine	EPSM Lozère		1
BARJETON Marie	EPSM Lozère		1
BARTHELEMY Alain	DTARS48		
BASTIDE Daniel	Clos du Nid - FAM des Bernades		3
BENABBOU Caroline	GEM de la Lozère		2
BENLEFKI Abdzaher	Maison d'Arrêt de Mende		
BERBONDE Fabienne	EPSM Lozère		1
BERGOUNHON Stéphane	EPSM Lozère		1
BERNY Adeline	CONSEIL DEP. - MAIA 48		3
BLANC Aline	EPSM Lozère		2
BLANC Coralie	DDCSPP - Politiques sociales		
BLANC Marie-Christine	SSRA "Maison Sainte-Marie"		1
BLOND Catherine	ADAPEI 48		
BOMBIN Cristina	EPSM Lozère		
BON Sylvie	SSRA Le Boy		1
BONDU Françoise	EPSM Lozère		5
BOUDON Anne-Laure	Association Saint Nicolas		
BOULENGER Jean-Philippe	Clos du Nid		3
BREMOND Patricia	Présidente Conseil Territorial de Santé		
BRESSON Rolande	EPSM Lozère		3

LISTE D'EMARGEMENT

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT	GROUPE
BREUIL Sylvie	Association les Genêts		1
BROUGNOUNESQUE Magali	CH de Marvejols	α	3
BRUN Mara	Contrat Local de Santé du Haut Allier	α	1
BRUNEL Stéphanie	CONSEIL DEP. - MAIA 48	α	3
BUISSON Isabelle	Clos du Nid - Foyer de vie Lucien Ozol et FAM St Hélon	α	1
CASTANIE-BERTHUIT Isabelle	Clos du Nid - IME "Les Sapins"		3
CELLIER Mathilde	EPSM Lozère		2
CHAMPIN Tiffany	CONSEIL DEP. CMS Langogne	α	1
CHASSING Marc	Hôpital Lozère	α	1
CHAUSSE Aurélie	Hôpital Lozère - PASS		2
CHAUVIGNE Sabrina	COLLECTIF SIAO 48		3
CHELIAS Alexandre	EPSM Lozère		1
CLAVERIE Claude	Médecin Libéral		3
COLLIN Marie-Annick	EPSM Lozère		3
CUCARELLA Gilles	EPSM Lozère	α	3
CURE Delphine	EPSM Lozère		5
DA CUNHA Michel	CNEH	α	5
DEBRET Gaëlle	EPSM Lozère		3
DEL'ANNOY Romuald	ARS Ooclonic		
DELMAS Stéphanie	CONSEIL DEP. -Service prévention Santé		2
DELMAS Valérie	Les résidences Lozériennes - SAMSAH/SSIADPH-SAVS		1
DEMONTOY Jean-Marc	DDSP Lozère		
FAIZANDIE Patricia	DDCSPP - Politiques sociales	α	2
FLAVIER Stéphan	EPSM Lozère		
GAL Nicole	Hôpital Lozère - PASS		4

LISTE D'EMARGEMENT

NCM	STRUCTURE	EMARGEMENT	GROUPE
BREUIL Sylvie	Association les Genêts		1
BROUGNOUNESQUE Magali	CH de Marvejols		3
BRUN Mara	Contrat Local de Santé du Haut Allier		1
BRUNEL Stéphanie	CONSEIL DEP. - MAIA 48		3
BUISSON Isabelle	Clos du Nid - Foyer de vie Lucien Ozol et FAM St Hélon		1
CASTANIE-BERTHUIT Isabelle	Clos du Nid - IME "Les Sapins"		3
CELLIER Mathilde	EPSM Lozère		2
CHAMPIN Tiffany	CONSEIL DEP. CMS Langogne		1
CHASSING Marc	Hôpital Lozère		1
CHAUSSE Aurélie	Hôpital Lozère - PASS		2
CHAUVIGNE Sabrina	COLLECTIF SIAO 48		3
CHELIAS Alexandre	EPSM Lozère		1
CLAVERIE Claude	Médecin Libéral		3
COLLIN Marie-Annick	EPSM Lozère		3
CUCARELLA Giles	EPSM Lozère		3
CURE Delphine	EPSM Lozère		5
DA CUNHA Michel	CNEH		5
DEBRET Gaëlle	EPSM Lozère		3
DELANNOY Remuaid	ARS Occitanie		
DELMAS Stéphanie	CONSEIL DEP. -Service prévention Santé		2
DELMAS Valérie	Les résidences Lozériennes - SAMSAH/SSIADPH-SAVS		1
DEMONTOY Jean-Marc	DDSP Lozère		
FAIZANDIE Patricia	DDCSPP - Politiques sociales		2
FLAVIER Stéphan	EPSM Lozère		
GAL Nicole	Hôpital Lozère - PASS		4

LISTE D'EMARGEMENT

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT	GRUPE
GAUMOND-PLAZA Nathalie	Clos du Nid - Foyer d'hébergement de Bouctoire		
GAY Mérédith	CONSEIL DEP. - MDA - MDPH		3
GHITULESCU Doina	CONSEIL DEP. - DSD Autonomie	α	2
GLEYSOY Cécile	Préfecture de Lozère	α	
GODIN Olivier	Association l'Education par le Travail	α	
GRINDEL Bruno	UDAF48		3
HERMANTIER Jérôme	EPSM Lozère	α	5
HUBERT Olivier	PAEJ / Mission Locale	α	1
ITIER Josiane	EPSM Lozère	α	4
JAFFUEL Michel	Centre Hospitalier de Florac		3
JOUBERT Etienne	CNEH	α	4
JULIEN Patrick	Clos du Nid		2
KNAUZ Daniel	Association Sainte Angèle		2,1
LAPLENIE Franck	ATL	α	1
LAUZE Marie	CONSEIL DEP. - DSD		
LE MERRER <i>Marie</i>	EPSM Lozère	α	2
LOUDCHER Laura	CONSEIL DEP. - Service aide sociale à l'enfance		3
LOYEN Geneviève	ADAPEI 48 - Foyer de vie "Lucifous"	α	
LYOTARD Amault	Conseil Dép. Service Action Sociale	α	2
MALAVAL Guy	Mairie de Langogne	α	
MALIGE Didier	Clos du Nid - MAS La Luciole		2
MARIEZ Julie	Association l'Arc en Ciel	α	X <i>Exercice</i>
MASSA Sébastien	CCSS de la Lozère		1
MAURIN Ginette	Conseil Dép. CMS de Langogne		5
MICHEL Sophie	ATAL		

LISTE D'EMARGEMENT

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT	GROUPE
GAUMOND-PLAZA Nathalie	Clos du Nid - Foyer d'hébergement de Bouldoire		
GAY Mérédith	CONSEIL DEP. - MDA - MDPH		3
GHITULESCU Doina	CONSEIL DEP. - DSD Autonomie		2
GLEYSON Cécile	Préfecture de Lozère		
GODIN Olivier	Association l'Education par le Travail		
GRINDEL Bruno	UDAF48		3
HERMANTIER Jérôme	EPSM Lozère		5
HUBERT Olivier	PAEJ / Mission Locale		1
ITIER Josiane	EPSM Lozère		4
JAFFUEL Michel	Centre Hospitalier de Florac		3
JOUBERT Etienne	CNEH		4
JULIEN Patrick	Clos du Nid		2
KNAUZ Daniel	Association Sainte Angèle		2
LAPLENIE Franck	ATL		1
LAUZE Marie	CONSEIL DEP. - DSD		
LE MERRER	EPSM Lozère		2
LOUDCHER Laura	CONSEIL DEP. - Service aide sociale à l'enfance		3
LOYEN Geneviève	ADAPEI 48 - Foyer de vie "Lucabus"		
LYOTARD Amault	Conseil Dép. - Service Action Sociale		2
MALAVAL Guy	Mairie de Langogne		
MALIGE Didier	Clos du Nid - MAS La Luciole		2
MARIEZ Julie	Association l'Arc en Ciel		1
MASSA Sébastien	CCSS de la Lozère		1
MAURIN Ginette	Conseil Dép. CMS de Langogne		5
MICHEL Sophie	ATAL		



LISTE D'EMARGEMENT

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT	GRUPE
MILHAU Mathilde	GEM de la Lozère		5
MOREY Mégane	UDAF48		
NIMIRCEAG Anca	ITEP de Bellesagne	ANimig	1
NIMIRCEAG Remus	EPSM Lozère	α	
NURIT Gérard	EPSM Lozère		
NURIT Nathalie	SSRA le Boy	α	2
OLLIVIER Rachel	CONSEIL DEP. - MDA - MDPH		3
PANTEL Sophie	CONSEIL DEPARTEMENTAL	α	
PARODI Marie → Remplacée par L. LASCADAN	CONSEIL DEP. -Service prévention Santé		4
PAULHAC Patrick	Clos du Nid - MAS d'Entraygues		3
PETIT Juliette	CNEH		1
PEYROUSE Yohan	Clos du Nid - MAS Aubrac		1
PICARD Cyrille	Association l'Education par le travail	α	3
PICY Laurence	Clos du Nid - FAM Bernades / SSR Ste Marie		1
PITOT Frédéric	EPSM Lozère		5
PLAGNES Séverine	Clos du Nid - Foyer de vie l'Horizon		3
PONS Elodie	Association Saint Nicolas		2
PRAT Jorge	EPSM Lozère		1
PUTOD Catherine	Secama Autisme 48		3
PUTOD Didier	Hôpital Lozère		4
RADWAN Nadine	Hôpital Lozère	α	4
REYNIER Véronique	EPSM Lozère	α	5
RIBAUT Stéphane	DTARS48	α	5
RICHER Charlotte	CONSEIL DEP. -Service aide sociale à l'enfance		α 3
RILLOT Isabelle	CONSEIL DEP. -Maison de l'Autonomie	α	5

LISTE D'EMARGEMENT





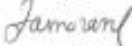

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT	GROUPE
MILHAU Mathilde	GEM de la Lozère		5
MOREY Mégane	UDAF48		
NIMIRCEAG Anca	ITEP de Bellesagne		1
NIMIRCEAG Remus	EPSM Lozère		
NURIT Gérard	EPSM Lozère		
NURIT Nathalie	SSRA le Boy		2
OLLIVIER Rachel	CONSEIL DEP. - MDA - MDPH		3
PANTEL Sophie	CONSEIL DEPARTEMENTAL		
PARODI Marie	CONSEIL DEP. -Service prévention Santé		4
PAULHAC Patrick	Clos du Nid - MAS d'Entraygues		3
PETIT Juliette	CNEH		1
PEYROUSE Yohan	Clos du Nid - MAS Aubrac		1
PICARD Cyrille	Association l'Education par le travail		3
PICY Laurence	Clos du Nid - FAM Bernades / SSR Ste Marie		1
PITIOT Frédéric	EPSM Lozère		5
PLAGNES Séverine	Clos du Nid - Foyer de vie l'Horizon		3
PONS Elodie	Association Saint Nicolas		2
PRAT Jorge	EPSM Lozère		1
PUTOD Catherine	Sesame Aulème 18		
PUTOD Didier	Hôpital Lozère		4
RADWAN Nadine	Hôpital Lozère		4
REYNIER Véronique	EPSM Lozère		5
RIBAUT Stéphane	DTARS48		5
RICHER Charlotte	CONSEIL DEP. -Service aide sociale à l'enfance		1
RILLOT Isabelle	CONSEIL DEP. -Maison de l'Autonomie		5

LISTE D'EMERGEMENT

NOM	STRUCTURE	EMERGEMENT	GROUPE
ROBINNE Antoine	EHPAD Le Réjal	α	2
ROCABOY Anaud	Résidences Lozériennes d'Oit		2
RUIZ Daniela	Hôpital Lozère - Pôle Santé Publique		5
SANCHEZ Noëlia	Réseau Addictologie de Lozère		5
SIMMONEAU-FORT Elisabeth	TGI		
SOULIER Marie-Dominique	LEGTPA de la Lozère	α	1
SOUYRI Cécile	ATAL		
TEISSANDIER Romain	EPSM Lozère		3
TICHIT Claudie	EPSM Lozère		3
VAGANAY Eddy	Association Prométhée 48		1
VIALA André	EPSM Lozère		
VIALARD Fanny	Hôpital Lozère - Handiconsult 48	α	4
ZAMORANO Leticia	EPSM Lozère	α	5
BEZHOND Tábicia	C.T.S.		

3 contacts
personnels

LISTE D'EMARGEMENT

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT	GROUPE
ROBINNE Antoine	EHPAD Le Réjal		2
ROCABOY Anaud	Résidences Lozériennes d'Oit		2
RUIZ Daniela	Hôpital Lozère - Pôle Santé Publique		5
SANCHEZ Noëlia	Réseau Addictologie de Lozère		5
SIMMONEAU-FORT Elisabeth	TGI		
SOULIER Marie-Dominique	LEGTPA de la Lozère		1
SOUYRI Cécile	ATAL		
TEISSANDIER Romain	EPSM Lozère		3
TICHIT Claudie	EPSM Lozère		3
VAGANAY Eddy	Association Prométhée 48		1
VIALA André	EPSM Lozère		
VIALARD Fanny	Hôpital Lozère - Handiconsult 48		4
ZAMORANO Laeticia	EPSM Lozère		5
BREHOD Fabrice	CTS		

2e Journée de la démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale

de Lozère

EHPAD Chaldecoste - 53 av. du 8 mai 1945
(Hôpital Lozère) - MENDE

Mercredi 10 juillet 2019
de 9h00 à 12h30

09h15 Accueil des participants

09h30 Ouverture

Patrick JULIEN, Président de la Commission Spécialisée en Santé Mentale
Marie-Annick COLLIN, Directrice du Centre Hospitalier François Tosquelles-
EPSM de Lozère

Synthèse des travaux de la journée de lancement de la démarche du 28/05 :
Juliette PETIT et Etienne JOUBERT, Centre National de l'Expertise Hospitalière

10h00 Ateliers Thématiques

La maison des Adolescents : le guichet unique

Pr. BOULENGER, médecin conseiller technique à l'association du Clos du Nid
M.A. COLLIN, Directrice du Centre Hospitalier François Tosquelles - EPSM Lozère

L'équipe Mobile de Précarité en Psychiatrie : mieux toucher les publics distants et vulnérables

Dr Didier PUTOD, Président de la CME de l'Hôpital Lozère, Etablissement
support du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère
Stéphane RIBAUT, Délégation Territoriale de Lozère - Agence Régionale de
Santé Occitanie

La Prise en charge des adolescents en situation de crise : cas complexes

Dr Alexandre CHELIAS, Praticien Hospitalier Psychiatre, Président de la CME du
Centre Hospitalier François Tosquelles - EPSM de Lozère
Juliette PETIT, Consultant Centre National de l'expertise Hospitalière

Le dépistage précoce et la prise en charge de l'autisme : l'équipe associée TSA et la plateforme TND

Patrick JULIEN, Président de la Commission Spécialisée en Santé Mentale,
Directeur Général de l'Association du Clos du Nid
Michel DA CUNHA, Consultant Centre National de l'Expertise Hospitalière

Communication / coordination : Le répertoire opérationnel des acteurs de la santé mentale en Lozère

Etienne JOUBERT, Consultant Centre National de l'Expertise Hospitalière
Aline BLANC, Chargée des Affaires Générales au C.H.F.T. - EPSM de Lozère

Mercredi 10 juillet 2019
de 13h30 à 16h30

12h00-13h15 Déjeuner (buffet à l'UAPP service d'admissions EPSM Lozère)

13h30 Suite des ateliers thématiques

Trajectoire des patients vers l'inclusion : la fluidité des parcours entre champs sanitaire, médico-social et social

Dr Alexandre CHELIAS, Praticien Hospitalier Psychiatre, Président de la CME du
Centre Hospitalier François Tosquelles - EPSM de Lozère
M.A. COLLIN, Directrice du Centre Hospitalier François Tosquelles - EPSM Lozère

La télé-médecine au service de la relation médecin / patient et de la collaboration entre professionnels de santé : télé-expertise et télé-consultation

Dr Didier PUTOD, Président de la CME de l'Hôpital Lozère, Etablissement
support du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère
Stéphane RIBAUT, Délégation Territoriale de Lozère - Agence Régionale de
Santé Occitanie

Le partage des pratiques : la formation croisée entre professionnels (sanitaire / médico-social / social) ; voie vers les outils communs

Pr. BOULENGER, médecin conseiller technique à l'association du Clos du Nid
Juliette PETIT, Consultant Centre National de l'expertise Hospitalière

Le parcours de soin et de vie : les handicapés psychiques vieillissants

Patrick JULIEN, Président de la Commission Spécialisée en Santé Mentale,
Directeur Général de l'Association du Clos du Nid
Michel DA CUNHA, Consultant Centre National de l'Expertise Hospitalière

La coordination des parcours du patient : déploiement de nouveaux métiers et outils (case manager, I.P.A. ...)

Etienne JOUBERT, Consultant Centre National de l'Expertise Hospitalière
Aline BLANC, Chargée des Affaires Générales au C.H.F.T. - EPSM de Lozère

16h15 Clôture de la journée

Renseignements : 04 66 42 55 35

Sous réserve de modifications

10 JUL. 2019

LISTE D'EMARGEMENT

66 pers.

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
AGUILHON Yannick	MECS - Les amis de la Providence	
AMOUROUX Roger	Représentant des usagers CHFT	
ANNINO Eric	CONSEIL DEP. MDA	
BACHOTET Christine	EPSM Lozère	
BARGETON Marie	EPSM Lozère	
BASTIDE Daniel	Clos du Nid - FAM de Bernades	
BERBONDE Fabienne	EPSM Lozère	
BERGOUNHON Stéphane	EPSM Lozère	
BLANC Aline	EPSM Lozère	
BON Sylvie	SSRA Le Boy	
BONDU Françoise	EPSM Lozère	
BOUDON Anne-Laure	Association Saint Nicolas - Foyer de Saint Alban	
BOULENGER Jean-Philippe	Clos du Nid	
BOURGADE Jean	EPSM Lozère	
BROUGNOUNESQUE Magali	CH de Marvejols	
BRUNEL Stéphanie	CONSEIL DEP. - MAIA 48	
CANO Bruno	Comité de Protection de l'Enfance et de l'Adolescence - Service AEMO	
CANTAGREL Ninon	Hôpital Lozère	
CASTANIE-BERTHUIT Isabelle	Clos du Nid - IME "Les Sapins"	
CHARRAS Céline	PAEJ / Mission Locale	
CHASSING Marc	Hôpital Lozère	
CHAUDESAIGUES Pauline	CONSEIL DEP. - MDA/MDPH	<i>écouillé la matin présente pm</i>
CHELIAS Alexandre	EPSM Lozère	
COLLIN Marie-Annick	EPSM Lozère	
DA CUNHA Michel	CNEH	

10 JUL. 2019

LISTE D'EMARGEMENT

Lozère

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
AGUILHON Yannick	MECS - Les amis de la Providence	
AMOUROUX Roger	Représentant des usagers CHFT	
ANNINO Eric	CONSEIL DEP.	
BACHOTET Christine	EPSM Lozère	
BARGETON Marie	EPSM Lozère	
BASTIDE Daniel	Clos du Nid - FAM de Bernades	
BERBONDE Fabienne	EPSM Lozère	
BERGOUNHON Stéphane	EPSM Lozère	
BLANC Aline	EPSM Lozère	
BON Sylvie	SSRA Le Boy	
BONDU Françoise	EPSM Lozère	
BOUDON Anne-Laure	Association Saint Nicolas - Foyer de Saint Alban	
BOULENGER Jean-Philippe	Clos du Nid	
BOURGADE Jean	EPSM Lozère	
BROUGNOUNESQUE Magali	CH de Marvejols	
BRUNEL Stéphanie	CONSEIL DEP. - MAIA 48	
CANO Bruno	Comité de Protection de l'Enfance et de l'Adolescence - Service AEMO	
CANTAGREL Ninon	Hôpital Lozère	
CASTANIE-BERTHUIT Isabelle	Clos du Nid - IME "Les Sapins"	
CHARRAS Céline	PAEJ / Mission Locale	
CHASSING Marc	Hôpital Lozère	
CHAUDESAIGUES Pauline	CONSEIL DEP. - MDA/MDPH	
CHELIAS Alexandre	EPSM Lozère	
COLLIN Marie-Annick	EPSM Lozère	
DA CUNHA Michel	CNEH	

10 JUIL. 2019

L' EQUIPE MOBILE DE PRECARITE EN PSYCHIATRIE : MIEUX TOUCHER LES PUBLICS DISTANTS ET
VULNERABLES
Atelier Matin
Salle : EHPAD Chaldecoste - 5ème Etage

Binôme animateur : Dr Didier PUTOD
Stéphane RIBAUT

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
BARGETON Marie	EPSM Lozère	
BOURGADE Jean	EPSM Lozère	
DE BERNY Adeline	CONSEIL DEP. - MAIA 48	
DELMAS Valérie	Les résidences Lozériennes - SAMSAH/SSIADPH-SAVS	
LABEAUME Aline	DDCSPP - Service politique sociale	
MOREY Mégane	UDAF48	
PICARD Cyrille	Association l'Education par le travail	
ROBINNE Antoine	EHPAD Le Réjal	
BERBONDE Fabienne	EPSM Lozère	
BACHOTET Christine	EPSM Lozère	
MANTEL Aziliz	EPSM Lozère	
CHAUDESAIGUES Pauline	CONSEIL DEP. - MDA/MDPH	
VIDAL Marie-Claire	Association La Traverse	
DEFRANCE Marie-Hélène	Association La Traverse	
CICCONE Angelo	Ligue de l'Enseignement	





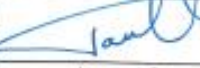




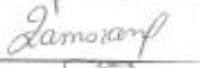





BOISSON Bénédicte ATZ 48
ANNINO ERIC MDA 48

10 JUL. 2019

LE DEPISTAGE PRECOCE ET LA PRISE EN CHARGE DE L'AUTISME : L'EQUIPE ASSOCIEE TSA ET LA
PLATEFORME TND
Atelier Matin
Salle : EHPAD Chaldecoste - 5ème Etage

Binôme animateur : Patrick JULIEN
Michel DA CUNHA




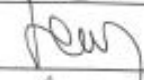
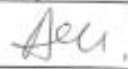
NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
DELMAS Stéphanie	CONSEIL DEP. -Service prévention Santé	
GHITULESCU Doina	CONSEIL DEP. - DSD Autonomie	
MARIEZ Julie	Association l'Arc en Ciel	
OSTY Manon	Association l'Arc en Ciel	
PAULHAC Patrick	Clos du Nid - MAS d'Entraygues	
RENAUDET Jean-Luc	Association l'Education par le travail - FAM	
REYNIER Véronique	EPSM Lozère	
MESLAND Hervé	APF France Handicap Lozère	
NOUANI Stéphane	ADAPEI 48	
ZAMORANO Laetitia	EPSM Lozère	
BONDU Françoise	EPSM Lozère	
BASTIDE MARIE	FAN BERNADE clos du Nid	
GREVUL J-Rémy	Gendarmerie	
Teodorina Rozica	CHFT (FO).	
PONS LOUVERU Stéphanie	Sésame Arkhime 48.	

10 JUL. 2019

COMMUNICATION / COORDINATION : LE REPERTOIRE OPERATIONNEL DES ACTEURS DE LA SANTE MENTALE EN
LOZERE
Atelier Matin
Salle : Conseil de Surveillance - Hôpital Lozère

Binôme animateur : Etienne JOUBERT
Aline BLANC

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
BERGOUNHON Stéphane	EPSM Lozère	
BON Sylvie	SSRA Le Boy	
BOUDON Anne-Laure	Association Saint Nicolas - Foyer de Saint Alban	
BRUNEL Stéphanie	CONSEIL DEP. - MAIA 48	
DUCHESNE Céline	GEM de Modestine	
GAUMOND-PLAZA Nathalie	Clos du Nid - Foyer d'hébergement de Boulidoire	
GODIN Olivier	Association l'Education par le Travail	
ITIER Josiane	EPSM Lozère	
PEYROUSE Yohan	Clos du Nid - MAS Aubrac	
PONS Elodie	Association Saint Nicolas	
VIALARD Fanny	Hôpital Lozère - Handiconsult 48	
LAURIER Viviane	Etablissement Saint Angèle	
CHASSING Marc	Hôpital Lozère	
BROUGNOUNESQUE Maga	CH de Marvajols	
BASTIDE Daniel	Clos du Nid - FAM de Bernades	

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
TEISSANDIER Romain	EPSM Lozère	
FAGES Laetitia	CONSEIL DEP.	
THOMAS Patrick	Clos du Nid	
MANTELLAZ AZILIZ	EPSM Lozère	

10 JUL. 2019

LA MAISON DES ADOLESCENTS / LE GUICHET UNIQUE
Atelier Matin
Salle : EHPAD Chaldecoste - 5ème Etage

Binôme animateur : Pr Jean-Philippe BOULENGER
Marie-Annick COLLIN

Handwritten signatures




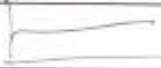

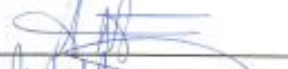


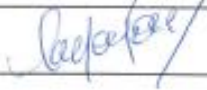
NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
GERBAL française	DT ARS 48	<i>[Signature]</i>
HUBERT Olivier	PAEJ / Mission Locale	<i>[Signature]</i>
CHARRAS Céline	PAEJ / Mission Locale	<i>[Signature]</i>
MASSON Claire	IREPS Occitanie	<i>Exempté</i>
TEISSIER Monique	DDCSPP	<i>[Signature]</i>
<i>TICHIZ Claudie</i>	<i>EPSD</i>	<i>[Signature]</i>
<i>LAURIER Viviane</i>	<i>Ste Angèle</i>	<i>[Signature]</i>

LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS EN SITUATION DE CRISE : CAS COMPLEXES

Atelier Matin

Salle : EHPAD Chaldecoste - 5eme Etage

Binôme animateur : Dr Alexandre CHELIAS
Juliette PETIT

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
AGUILHON Yannick	MECS - Les amis de la Providence	
CANTAGREL Ninon	Hôpital Lozère	
DEBRET Gaëlle	EPSM Lozère	
GRAS Jérôme	A2LFS - CEM Montrodat	
LAURIER Viviane	Etablissement Saint Angèle	
OUTIER Marc	CONSEIL DEP. - ASE	
CANO Bruno	Comité de Protection de l'Enfance et de l'Adolescence - Service AEMO	
CASTANIE-BERTHUIT Isabelle	Clos du Nid - IME "Les Sapins"	
MATONDOT Médéric	ITEP de Bellesagne	
NIMIRCEAG Anca	ITEP de Bellesagne	
AMOUROUX Roger	Représentant des usagers CHFT	

10 JUL. 2019

LE PARCOURS DE SOIN ET DE VIE : LES HANDICAPES PSYCHIQUES VIEILLISSANTS
Atelier Après-Midi
Salle : EHPAD Chaldecoste - 5ème Etage

Binôme animateur : Patrick JULIEN
Michel DA CUNHA

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
BOUDON Anne-Laure	Association Saint Nicolas - Foyer de Saint Alban	
GERBAL française	DT ARS 48	
PONS Elodie	Association Saint Nicolas	
RENAUDET Jean-Luc	Association l'Education par le travail - FAM	
REYNIER Véronique	EPSM Lozère	
BROUGNOUNESQUE Maga	CH de Marvejols	
Dr Didier PUTOD	Hôpital Lozère	
ITTER Josiane	EPSM	
de la Roche CHITULESEU	MDA/MDPH	
Assuché Rosmarie	CHFT (Fo)	

10 JUL. 2019

LE PARTAGE DES PRATIQUES : LA FORMATION CROISEE ENTRE PROFESSIONNELS (SANITAIRE / MEDICO-SOCIAL / SOCIAL); VOIE VERS LES OUTILS COMMUNS
Atelier Après-Midi
Salle : EHPAD Chaldecoste - 5ème Etage

Binôme animateur : Pr Jean-Philippe BOULENGER
Juliette PETIT











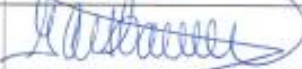



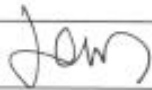
NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
AGUILHON Yannick	MECS - Les amis de la Providence	
BARGETON Marie	EPSM Lozère	
CANTAGREL Ninon	Hôpital Lozère	
DE BERNY Adeline	CONSEIL DEP. - MAIA 48	
DELMAS Stéphanie	CONSEIL DEP. - Service prévention Santé	
GHITULESCU Doina	CONSEIL DEP. - DSD Autonomie	
GRAS Jérôme	A2LFS - CEM Montrodat	
PAULHAC Patrick	Clos du Nid - MAS d'Entraygues	
LAURIER Viviane	Etablissement Saint Angèle	
CHARRAS Céline	PAEJ / Mission Locale	
ZAMORANO Laetitia	EPSM Lozère	
BACHOTET Christine	EPSM Lozère	
BONDU Françoise	EPSM Lozère	
MASSON Claire	IREPS Occitanie	
VIDAL Marie-Claire	Association La Traversée	

10 JUL. 2019

LA COORDINATION DES PARCOURS DU PATIENT: DEPLOIEMENT DE NOUVEAUX METIERS ET OUTILS (CASE
MANAGER, IPA, ...)
Atelier Après-Midi
Salle : EHPAD Chaldecoste - 5ème Etage

Binôme animateur : Etienne JOUBERT
Aline BLANC

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
BERGOUNHON Stéphane	EPSM Lozère	
PICARD Cyrille	Association l'Education par le travail	
VIALARD Fanny	Hôpital Lozère - Handiconsult 48	
CHASSING Marc	Hôpital Lozère	
MESLAND Hervé	APF France Handicap Lozère	
BERBONDE Fabienne	EPSM Lozère	
RIBAUT Stéphane	DTARS 48	
ANNINO Euz	CD MDA 48	
BACHOTET <i>signature</i>	CMP Mende CHFT de CMP Fédéral Néon	

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
CANO Bruno	Comité de Protection de l'Enfance et de l'Adolescence - Service AEMO	
NOUANI Stéphane	ADAPEI 48	
CASTANIE-BERTHUIT Isabelle	Clos du Nid - IME "Les Sapins"	
MATONDOT Médéric	ITEP de Bellesagne	
NIMIRCEAG Anca	ITEP de Bellesagne	
MANTEL Aziliz	EPSM Lozère	
CHAUDESAIGUES Pauline	CONSEIL DEP. - MDA/MDPH	
TEISSIER Monique	DDCSPP	
AMOUROUX Roger	Représentant des usagers CHFT	
TEISSANDIER Romain	EPSM Lozère	
DEFRANCE Marie-Hélène	Association La Traverse	
THOMAS Patrick	Clos du Nid	

10 JUL. 2019

TRAJECTOIRE DES PATIENTS VERS L'INCLUSION : LA FLUIDITE DES PARCOURS ENTRE CHAMPS SANITAIRE,
MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL
Atelier Après-Midi
Salle : Conseil de Surveillance - Hôpital Lozère

Binôme animateur : Dr Alexandre CHELIAS
Marie-Annick COLLIN

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
BOURGADE Jean	EPSM Lozère	
BRUNEL Stéphanie	CONSEIL DEP. - MAIA 48	
DELMAS Valérie	Les résidences Lozériennes - SAMSAH/SSIADPH-SAVS	
DUCHESNE Céline	GEM de Modestine	
GAUMOND-PLAZA Nathalie	Clos du Nid - Foyer d'hébergement de Bouldoire	
GODIN Olivier	Association l'Education par le Travail	
LABEAUME Aline	DDCSPP - Service politique sociale	
MARIEZ Julie	Association l'Arc en Ciel	
MOREY Mégane	UDAF48	
OSTY Manon	Association l'Arc en Ciel	
OUTIER Marc	CONSEIL DEP. - ASE	
PEYROUSE Yohan	Clos du Nid - MAS Aubrac	
ROBINNE Antoine	EHPAD Le Réjal	
DEBRET Gaëlle	EPSM Lozère	
HUBERT Olivier	PAEJ / Mission Locale	

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
CANO Bruno	Comité de Protection de l'Enfance et de l'Adolescence - Service AEMO	
NOUANI Stéphane	ADAPEI 48	
CASTANIE-BERTHUIT Isabelle	Clos du Nid - IME "Les Sapins"	
MATONDOT Miodoric	ITEP de Bellesagne	
NIMIRCEAG Anca	ITEP de Bellesagne	
MANTEL Aziliz	EPSM Lozère	
CHAUDESAIGUES Pauline	CONSEIL DEP. - MDA/MDPH	
TEISSIER Monique	DDCSPP	
AMOUROUX Roger	Représentant des usagers CHFT	
TEISSANDIER Romain	EPSM Lozère	
DEFRANCE Marie-Hélène	Association La Traverse	
THOMAS Patrick	Clos du Nid	



[Zoom arrière (Ctrl+)]

Mardi
19 novembre 2019
de 9h15 à 12h00

Restitution de la démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale

de Lozère

Salle des Fêtes de la Préfecture et du
Conseil Départemental - Rue de la Rovère - MENDE

Mardi 19 novembre 2019
de 9h15 à 12h00

Le Projet Territorial de Santé Mentale de Lozère

En Lozère, le Centre Hospitalier François Tosquelles, unique Etablissement Public de Santé Mentale de Lozère, a été mandaté, par courrier du 31 janvier 2019 par l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie pour élaborer le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de Lozère. Cette démarche s'inscrit dans la volonté des pouvoirs publics qui exigent un PTSM dans chaque département.

La gouvernance de la démarche est portée par la Commission Spécialisée en Santé Mentale, émanation du Conseil Territorial de Santé (CTS).

La démarche arrive à son terme avec la proposition d'un plan d'actions pour 5 ans en vue d'apporter la meilleure réponse aux besoins de la population lozérienne en terme de Santé Mentale. Le PTSM sera présenté à l'approbation du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

09h15 Accueil des participants

09h30 Ouverture de la matinée

Patricia BREMOND, Présidente du Conseil Territorial de Santé,
Sophie PANTEL, Présidente du Conseil Départemental, Présidente du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier François Tosquelles,
Alain BARTHELEMY, Délégué Territorial de Lozère, représentant du Directeur Général de l'ARS d'Occitanie,
Madame La Préfète, ou son représentant,

Patrick JULIEN, Président de la Commission Spécialisée en Santé Mentale,
Marie-Annick COLLIN, Directrice du Centre Hospitalier François Tosquelles EPSP de Lozère,
Juliette PETIT/Etienne JOUBERT, Centre National de l'Expertise Hospitalière.

Présentation des caractéristiques du département de la Lozère avec indicateurs et de la feuille de route pour les 5 années à venir.

Renseignements : 04.66.42.55.35

Sous réserve de modification

Mardi 19 novembre 2019
de 9h15 à 12h00

10h00 Restitution de 5 thématiques de la feuille de route

- Le dépistage précoce et la prise en charge de l'autisme : l'équipe associée TSA et la plateforme TND

Docteur C. VIEUX, médecin psychiatre, association le Clos du Nid
Docteur D. PUTOD, Président de la CME, Hôpital Lozère, établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère

- La prise en charge des adolescents : gestion des situations de crise et cas complexes

M.A COLLIN, Directrice du Centre Hospitalier F. Tosquelles - EPSP de Lozère
M. LAUZE, D.G.A. de la solidarité sociale, Conseil Départemental de Lozère

- La trajectoire des patients vers l'inclusion : la fluidité des parcours entre champs sanitaire, médico-social et social

P. JULIEN, D.G association le Clos du Nid
Docteur C. BOMBIN, médecin psychiatre, Centre Hospitalier F. Tosquelles - EPSP de Lozère

- Le parcours de soin et de vie : les handicapés psychiques vieillissants

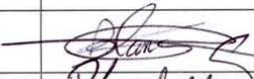
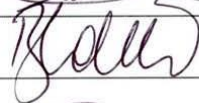


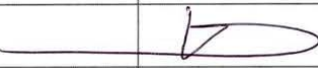
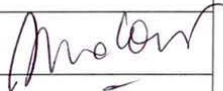
Pr. BOULENGER, médecin conseiller technique, association le Clos du Nid
J.L. RENAUDET, Directeur EHPAD Grandrieu

- L'équipe Mobile de Précarité en Psychiatrie (EMPP) : mieux toucher les publics distants et vulnérables


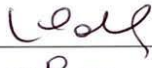
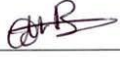
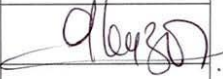


Docteur A. CHELIAS, médecin psychiatre, Président de la CME du Centre Hospitalier F. Tosquelles - EPSP de Lozère
J. HERMANTIER, cadre supérieur de santé, Centre Hospitalier F. Tosquelles EPSP de Lozère

12h00 Clôture de la matinée




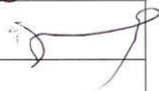

LISTE D'EMARGEMENT

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
AGUILHON Yannick	MECS - Les amis de la Providence	
ALBA Alain	Association l'Arc en Ciel	
AMOUROUX Roger	Représentant des usagers CHFT	
ANNINO Eric	CONSEIL DEP.	
ASTRUC Françoise	EPSM Lozère	
ATGE Sandra	DDCSPP - Politiques sociales	
BACHOTET Christine	EPSM Lozère	
BARTHELEMY Alain	DT ARS 48	
BASTIDE Daniel	Clos du Nid - FAM de Bernades	Excusé
BERBONDE Fabienne	EPSM Lozère	
BLANC Aline	EPSM Lozère	
BLANC Marie-Christine	SSRA "Maison Sainte-Marie"	
BOIRAL Pauline	COLLECTIF SIAO 48	
BOMBIN Cristina	EPSM Lozère	
BOULENGER Jean-Philippe	Clos du Nid	
BREMOND Patricia	Présidente Conseil Territorial de Santé	
BREUIL Sylvie	Association les Genêts	
BROUGNOUNESQUE Magali	CH de Marvejols	
BRUNEL Stéphanie	CONSEIL DEP. - MAIA 48	Excusée
BUISSON Isabelle	ATL	
BUSSADORI Carole	Association Quoi de Neuf	
CHARRAS Céline	PAEJ / Mission Locale	

LISTE D'EMARGEMENT

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
CHASSING Marc	Hôpital Lozère	
CHAUDESAIGUES Pauline	CONSEIL DEP. - MDA/MDPH	
CHAURAND Philippe	Foyer de vie Bertrand du Guesclin	
CHELIAS Alexandre	EPSM Lozère	
CLAVERIE Claude	Médecin Libéral	
COLLIN Marie-Annick	EPSM Lozère	
DE BERNY Adeline	CONSEIL DEP. - MAIA 48	
EL OUACHINI Morad	COLLECTIF SIAO 48	
FAIZANDIE Patricia	DDCSPP - Politiques sociales	
GAUMOND-PLAZA Nathalie	Clos du Nid - Foyer d'hébergement de Bouldoire	
GLEYSO Cécile	Préfecture de Lozère	
GODIN Olivier	Association l'Education par le Travail	
GRAS Jérôme	A2LFS - CEM Montrodat	
GRINDEL Bruno	UDAF48	
GRUHN Isabelle	EPSM Lozère	
HAMCHERIF Kaddour	EPSM Lozère	
HERMANTIER Jérôme	EPSM Lozère	
JOUBERT Etienne	CNEH	
JULIEN Patrick	Clos du Nid	
LAURIER Viviane	Etablissement Saint Angèle	
LAUZE Marie	CONSEIL DEP. - DSD	
LE MERRER Annie	EPSM Lozère	

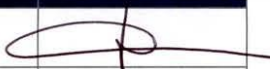
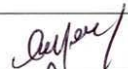


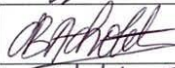



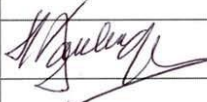
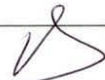
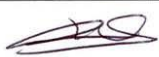
LISTE D'EMARGEMENT

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
LUCENO Jean-Claude	Hôpital Lozère	
MALOTAUX Jehan-Charles	Hôpital Lozère	
MARIEZ Julie	Association l'Arc en Ciel	
MARTI Olivier	Education Nationale	
MARTIN Françoise	Centre de Soins Margeride Aubrac	
MESLAND Hervé	APF France Handicap Lozère	
MICHEL Sophie	ATAL	
MILHAU Mathilde	GEM de la Lozère	
MOLINIER Jérôme	SAMSAH	
NURIT Gérard	EPSM Lozère	
NURIT Nathalie	SSRA le Boy	
OSTY Manon	Association l'Arc en Ciel	
PANTEL Sophie	CONSEIL DEPARTEMENTAL	
PARODI Marie	CONSEIL DEP. -Service prévention Santé	
PELISSE Valérie	CH de Langogne	
PETIT Juliette	CNEH	
PITOT Frédéric	EPSM Lozère	
PLAGNES Séverine	Clos du Nid - Maison des Sources	
PUTOD Didier	Hôpital Lozère	
RADWAN Nadine	Hopital Lozère	
RENAUDET Jean-Luc	Directeur EHPAD de Grandrieu	
RIBAUT Stréphane	DT ARS 48	






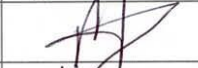
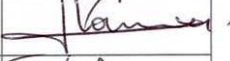


LISTE D'EMARGEMENT

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
RILLOT Isabelle	CONSEIL DEP. -Maison de l'Autonomie	
SICOT Xavier	TGI	
THAN Anne	Association La Traverse	
TICHIT Claudie	EPSM Lozère	
TRINCKQUEL Philippe	Gendarmerie de Mende	
VIEUX Cécile	Clos du Nid	
FRANER stephan		
Pilorge Marie-claude	ARS	
Cubizolles Marlène	ATL	
NIMIRCEAG Anca	ITEP Bellesague	
PEPIN Viviane	FAM Durand - CHAVAC	
GODIN olivier	ESAT-Foyer Le Riane	
Commandant Nehaïr CHAOURZAI	DDSA 48 Police Nationale	
FAIZANOE Patricia	DD SPP 48.	

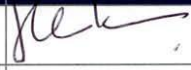

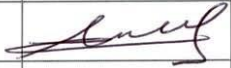



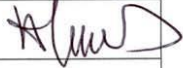



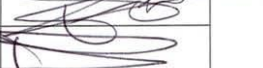



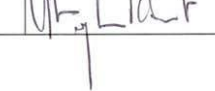
LISTE D'EMARGEMENT

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
AGUILHON Yannick	MECS - Les amis de la Providence	
ALBA Alain	Association l'Arc en Ciel	
AMOUREUX Roger	Représentant des usagers CHFT	
ANNINO Eric	CONSEIL DEP.	
ASTRUC Françoise	EPSM Lozère	
ATGE Sandra	DDCSPP - Politiques sociales	
BACHOTET Christine	EPSM Lozère	
BARTHELEMY Alain	DT ARS 48	
BASTIDE Daniel	Clos du Nid - FAM de Bernades	
BERBONDE Fabienne	EPSM Lozère	
BLANC Aline	EPSM Lozère	
BLANC Marie-Christine	SSRA "Maison Sainte-Marie"	
BOIRAL Pauline	COLLECTIF SIAO 48	
BOMBIN Cristina	EPSM Lozère	
BOULENGER Jean-Philippe	Clos du Nid	
BREMOND Patricia	Présidente Conseil Territorial de Santé	
BREUIL Sylvie	Association les Genêts	
BROUGNOUNESQUE Magali	CH de Marvejols	
BRUNEL Stéphanie	CONSEIL DEP. - MAIA 48	
BUISSON Isabelle	ATL	
BUSSADORI Carole	Association Quoi de Neuf	
CHARRAS Céline	PAEJ / Mission Locale	



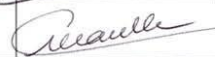
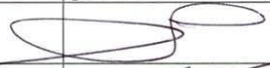




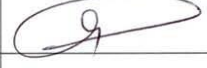

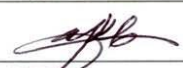

LISTE D'EMARGEMENT

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
CHASSING Marc	Hôpital Lozère	
CHAUDESAIGUES Pauline	CONSEIL DEP. - MDA/MDPH	
CHAURAND Philippe	Foyer de vie Bertrand du Guesclin	
CHELIAS Alexandre	EPSM Lozère	
CLAVERIE Claude	Médecin Libéral	
COLLIN Marie-Annick	EPSM Lozère	
DE BERNY Adeline	CONSEIL DEP. - MAIA 48	
EL OUACHINI Morad	COLLECTIF SIAO 48	
FAIZANDIE Patricia	DDCSPP - Politiques sociales	
GAUMOND-PLAZA Nathaïe	Clos du Nid - Foyer d'hébergement de Bouldoire	
GLEYSON Cécile	Préfecture de Lozère	
GODIN Olivier	Association l'Education par le Travail	
GRAS Jérôme	A2LFS - CEM Montrodat	
GRINDEL Bruno	UDAF48	
GRUHN Isabelle	EPSM Lozère	
HAMCHERIF Kaddour	EPSM Lozère	
HERMANTIER Jérôme	EPSM Lozère	
JOUBERT Etienne	CNEH	
JULIEN Patrick	Clos du Nid	
LAURIER Viviane	Etablissement Saint Angèle	
LAUZE Marie	CONSEIL DEP. - DSD 	
LE MERRER Annie	EPSM Lozère	

LISTE D'EMARGEMENT

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
LUCENO Jean-Claude	Hôpital Lozère	
MALOTAUX Jehan-Charles	Hôpital Lozère	
MARIEZ Julie	Association l'Arc en Ciel	
MARTI Olivier	Education Nationale	
MARTIN Françoise	Centre de Soins Margeride Aubrac	
MESLAND Hervé	APF France Handicap Lozère	
MICHEL Sophie	ATAL	
MILHAU Mathilde	GEM de la Lozère	
MOLINIER Jérôme	SAMSAH	
NURIT Gérard	EPSM Lozère	
NURIT Nathalie	SSRA le Boy	
OSTY Manon	Association l'Arc en Ciel	
PANTEL Sophie	CONSEIL DEPARTEMENTAL	
PARODI Marie	CONSEIL DEP. -Service prévention Santé	
PELISSE Valérie	CH de Langogne	
PETIT Juliette	CNEH	
PITOT Frédéric	EPSM Lozère	
PLAGNES Séverine	Clos du Nid - Maison des Sources	
PUTOD Didier	Hôpital Lozère	
RADWAN Nadine	Hopital Lozère	
RENAUDET Jean-Luc	Directeur EHPAD de Grandrieu	
RIBAUT Stréphane	DT ARS 48	

LISTE D'EMARGEMENT

NOM	STRUCTURE	EMARGEMENT
RILLOT Isabelle	CONSEIL DEP. -Maison de l'Autonomie	
SICOT Xavier	TGI	
THAN Anne	Association La Traverse	
TICHIT Claudie	EPSM Lozère	
TRINCKQUEL Philippe	Gendarmerie de Mende	
VIEUX Cécile	Clos du Nid	
CUERRELLA	EPSM LOZERE	
GHIO	distopie	
PICARD Elyse	AET	
GASPERIN Armand	ADAPEI 48	
GUILLOT	CS 48	
GREVOUL J. Benj	Gendarmérie MENDE	
VIALA A	(Administrateur François Fosq-	
BRUM Mara	CS Haut Allier	
MERLE Arnaud	Maire Mende	
NIMIE CATHERINE	Médecin	

Annexe 3 : Trame de questionnaire pour le recueil qualitatif

Identification du répondant et de la structure		
0.1	Quel est le nom de la structure dans laquelle vous travaillez ? ;	Champ libre : {Caractères alphanumériques}
0.2	Nature de la structure ;	{médico-social ; social ; sanitaire ; prévention ; éducation nationale ; service de l'Etat ; collectivité territoriale ; association d'usagers ; autre}
0.3	Votre fonction ;	{praticien ; infirmier ; éducateur ; directeur d'établissement sanitaire, social ou médico-social ; administratif ; élu ; autre}
0.4	Quelle est la population prise en charge ?	{adolescents ; personnes âgées (+ de 65 ans) ; adultes (18-65 ans) ; enfants ; personnes souffrant de troubles psychiques}
Thématique 1 : Accès au diagnostic et aux soins		
1.1	Connaissez-vous les structures participant à la prise en charge de la santé mentale en Lozère ?	{oui ; non}
1.2	En Lozère, évaluez de 1 à 5 le niveau de difficulté de la population pour accéder à une consultation en relation avec santé mentale (1 signifiant de grandes difficultés d'accès et 5 pas de difficultés) ;	{1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5}
1.3	En moyenne en Lozère, à combien de jours évaluez-vous le délai d'attente pour un premier rdv dans un Centre Médico-Psychologique (hors urgence) ?	Champ libre : {Caractères numériques}
1.4	En moyenne en Lozère, à combien de jours évaluez-vous le délai d'attente pour un rdv médical en urgence pour les personnes en crise psychique (au CMP ou ailleurs) ?	Champ libre : {Caractères numériques}
1.5	Quel principal moyen utilisez-vous pour demander une consultation urgente de santé mentale ?	{appel au 15 ; appel au CMP ; appel au standard de l'hôpital psychiatrique ; médecin généraliste}
1.6	Au cours de la dernière année, combien de fois avez-vous mobilisé le CMP ?	{1 fois ; 2 à 5 fois ; + de 5 fois}
1.7	Selon vous, quelle est la cause principale des difficultés d'accès aux soins en santé mentale pour les usagers de Lozère ?	{L'absence de connaissance des dispositifs par les usagers ; L'absence de transports en commun ; La faible disponibilité des professionnels ; Le manque de prévention pour les usagers ; le manque d'accompagnement}

		des usagers ou aidants}
1.8	Pour vous, qu'est ce qui pourrait améliorer la qualité de l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ?	{Développement d'équipes mobiles ; formation des médecins généralistes ; télémedecine (téléexpertise/téléconsultation ; autres}
1.9	Rencontrez-vous d'autres difficultés concernant l'accès au diagnostic et/ou au soin, lesquelles ?	Champ libre : {Caractères alphanumériques}
1.10	Avez-vous identifié en Lozère ou ailleurs des bonnes pratiques pour améliorer l'accès au diagnostic/soin en santé mentale, lesquelles ?	Champ libre : {Caractères alphanumériques}
Thématique 2 : Accueil et accompagnement		
2.1	En Lozère, évaluez de 1 à 5 la qualité de 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 (1 signifiant un mauvais accueil d'accès et 5 un très bon accueil) ;	{1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5}
2.2	En Lozère, évaluez de 1 à 5 la qualité de l'accueil et l'accompagnement par l'hôpital psychiatrique des personnes présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique (1 signifiant un mauvais accueil d'accès et 5 un très bon accueil) ;	{1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5}
2.3	Selon vous, quelle est la cause principale de non-accès aux structures médico-sociales dans le champ du handicap (types MAS, FAM) ?	Champ libre : {Caractères alphanumériques}
2.3bis	Selon vous, quelle est la cause principale de non-accès aux structures de l'hôpital psychiatrique ?	Champ libre : {Caractères alphanumériques}
2.4	Selon vous quelle est la cause principale de non-accès aux structures médico-sociales dans le champ de la personne âgée (EHPAD, maison de retraite) ?	Champ libre : {Caractères alphanumériques}
2.5	Sur votre secteur, évaluez de 1 à 5 la qualité la continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements, lors du passage de l'enfance à l'âge adulte (5 signifiant une très bonne qualité) ;	{1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5}
2.6	Avec quelle structure travaillez-vous pour organiser la continuité des prises en charge ?	Champ libre : {Caractères alphanumériques}
Thématique 3 : continuité et coordination des prises en charge et des accompagnements		
3.1	Sur votre secteur, évaluez de 1 à 5 la qualité la continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements des personnes handicapées vieillissantes (5 signifiant une très bonne qualité) ;	{1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5}
3.2	Avec quelle structure travaillez-vous pour organiser la continuité des prises en charge des personnes handicapées vieillissantes ?	Champ libre : {Caractères alphanumériques}

Thématique 4 : accès aux soins somatiques (soins en relation avec le corps par opposition aux soins psychiques)		
4.1	En Lozère, évaluez de 1 à 5 la qualité de l'accès aux soins somatiques et le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques	{1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5}
4.2	Quelle(s) est(sont) la(les) principale(s) difficulté(s) que vous rencontrez concernant l'accès aux soins somatiques ?	{absence de somaticiens <i>in situ</i> ; manque de disponibilité des généralistes libéraux ; manque de volonté des généralistes libéraux de prendre en rdv des usagers psychiatriques}
Thématique 5 : prévention et éducation à la santé		
5.1	Est-ce que ce vous connaissez les dispositifs participant à la prévention en santé mentale ?	{association d'usagers (UNAFAM) ; Centre médico-social ; Groupes d'entraide Mutuelle (GEM) ; Centres médico-psychologiques (CMP) ; points d'accueil écoute jeunes (PAEJ) ; écoute ados ; missions locales ; listing à passer ; Association Nationale de Prévention des Addictions (ANPA) ; Réseau d'Addictologie en Lozère ; contrat local de santé (CLS)}
5.2	Au cours de la dernière année, quels dispositifs participant à la prévention en santé mentale avez-vous mobilisé ?	{association d'usagers (UNAFAM) ; Centre médico-social ; Groupes d'entraide Mutuelle (GEM) ; Centres médico-psychologiques (CMP) ; points d'accueil écoute jeunes (PAEJ) ; écoute ados ; missions locales ; listing à passer ; Association Nationale de Prévention des Addictions (ANPA) ; Réseau d'Addictologie en Lozère ; contrat local de santé (CLS)}
5.3	Pour chaque réponse positive à la question précédente : Combien de fois avez-vous mobilisé cette structure ?	{1 fois ; 2 à 5 fois ; + de 5 fois}
5.4	Dans votre structure, avez-vous mis en place des actions de lutte contre les situations de stigmatisation du handicap ou du trouble psychique ?	{oui ; non}

Organisation de la Journée de lancement de la démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale de Lozère fixée le mardi 28 mai 2019 à Mende		
6.1	<p>Pour la Journée de lancement, 5 groupes de travail seront montés sur les sujets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe 1 : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et prévention et gestion de l'urgence • Groupe 2 : Accès aux accompagnements médico-sociaux et sociaux • Groupe 3 : Continuité et coordination des prises en charge et des accompagnements • Groupe 4 : Accès aux soins somatiques • Groupe 5 : Prévention <p>Souhaitez-vous mettre à l'ordre du jour, d'un ou plusieurs de ces groupes, des propositions de travail ?</p>	{oui ; non}
6.2	Si oui, de quel(s) groupe(s) ?	QCM : {G1 ; G2 ; G3 ; G4 ; G5}
6.3	Si G1 ou G2 ou G3 ou G4 ou G5 :	Champ libre : {Caractères alphanumériques}
	Dans quel groupe souhaitez-vous vous inscrire	

Annexe 4 : Sources des données statistiques

Site INSEE :

- <https://www.insee.fr/fr/information/2008354>

Géoclip :

- <https://france-decouverte.geoclip.fr/#c=report&chapter=rpop&report=r01&selgeo1=epci2019.243100518&selgeo2=fra.99>

STATISS :

- <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/fr.asp-prov=BT-depar=CC.htm>

Atlas de santé mentale :

- http://santementale.atlasante.fr/#s=2012-2013;f=TMS;l=fr;i=tms_ag_to3.tms49;v=map4

SAE :

- <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

Donnée	Source	Année
Structure de la population active (15 à 64 ans) par catégorie socioprofessionnelle	STATISS	2016
Proportion de personnes âgées de plus de 75 ans	STATISS	2016
Structure de la population active (15 à 64 ans) par catégorie socioprofessionnelle	INSEE	2015
Taux de personnes sans diplôme, BEPC ou brevet des collèges	INSEE	2015
Taux de famille monoparentale	INSEE	2014
Taux de ménages d'une personne	INSEE	2014
Nombre moyen de pièces par logement/taille moyenne des ménages	GEOCLIP	2014
Part d'actifs occupés	INSEE	2014
Part des personnes vivant sous le seuil de pauvreté (60%)	Atlas de santé mentale	2013
Revenu disponible médian des ménages	Scoresanté	2011
Part des ménages non soumis à l'impôt	Scoresanté	2011
Taux de population couverte par le RSA	STATISS	2016
Nombre de logements potentiellement indignes	Bilan de la missions départemental de Lutte contre les logements indignes	2016
Part de la population vivant dans les grandes aires urbaines	STATISS	2014
Population municipale vivant en quartier prioritaire	SIG ville	2013
Nombre de personnes sous main de justice (en milieu fermé et en milieu ouvert)	Justice.gouv	2018
Nombre de personnes sans domicile fixe	Etude INSEE n°1455	2012
Part des bénéficiaires de la CMUC	STATISS	2016
Nombre de placements à l'ASE	Direction de la Solidarité Sociale Départementale	2018
Taux d'admission en ALD 23 pour 100000 personnes	Scoresanté	2013
Taux de mortalité prématurée pour troubles mentaux	STATISS	2013-2015
Part des patients hospitalisés ayant eu des actes de prévention, dépistage et vaccination 2 ans après hospitalisation pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévères	Atlas de santé mentale	2013
Part des patients hospitalisés ayant eu des actes de prévention, dépistage et vaccination 2 ans après hospitalisation pour TED et déficiences	Atlas de santé mentale	2013
Taux standardisé de mortalité prématurée par suicide	Scoresanté	2013-2015
Taux de mortalité par causes	ORS	2012
Indice comparatif de mortalité prématurée par psychose alcoolique et alcoolisme*	Scoresanté	2013-2015
Taux standardisé de mortalité prématurée liée à l'alcool	Scoresanté	2013-2015
Prévalence des pathologies somatiques chez des patients psy	FFP-CNPP : Recommandation de bonne pratique en psychiatrie	2015
Taux de consommation de médicaments pour 1000 personnes du régime général de 18 à 64 ans	Atlas de santé mentale	2015
Allocataires de l'AAH / 100 personnes de 20 à 64 ans	STATISS	2016
Taux d'équipement en lits et places de psychiatrie adulte pour 1000 habitants de plus de 16 ans	SAE	2016
Taux d'équipement en lits et places de psychiatrie infantojuvénile pour 1000 habitants de 0 à 16 ans	SAE	2016
Taux d'équipement de MG pour 100.000 habitants	STATISS	2016
APL à produire	Atlas de santé mentale	2015
Taux d'équipement de psychiatres (libéraux+salariés) pour 100.000 habitants	STATISS	2016
Taux d'équipement de psychologues salariés d'établissements publics et privés de santé pour 100.000 habitants	STATISS	2016
Taux d'équipement en IDE libéraux et salariés pour 10.000 habitants	STATISS	2017
Taux d'équipement de psychomotriciens libéraux et salariés pour 100.000 habitants	STATISS	2017

Donnée	Source	Année
Part des patients hospitalisés pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère dans les 2 ans ayant eu des soins somatiques	Atlas de santé mentale	2013
Taux d'équipement en maison de santé pluridisciplinaire pour 1000 habitants	INSEE	2016
Nombre de dispositifs PASS sur le territoire	SAE	2017
Nombre de dispositifs PASS sur le territoire pour 100000 habitants	SAE	2017
Nombre d'EMPP sur le territoire	SAE	2017
Nombre d'EMPP sur le territoire pour 100.000 habitants	SAE	2017
Nombre de places dédiées à la prise en charge des adultes souffrant d'handicap psychique pour 10.000 habitants	STATISS	2016
Nombre de GEM pour 100000 habitants	Atlas de santé mentale / STATISS	2015
Taux d'équipement en places dans les établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD, jardins d'enfants spécialisés et places d'accueil temporaire) pour 1 000 habitants de 20 ans	STATISS	2016
Nombre de maisons d'accueil familial pour 10.000 habitants de 04 ans	Data.DREES / STATISS	2016
Nombre d'établissements de la protection judiciaire de la jeunesse (EPE, CEF, CER, UEMO, FAE) pour 100000 habitants de moins de 20 ans	annuaire action sociale	2018
Taux d'équipement en Consultation Jeunes Consommateurs pour 100.000 habitants entre 10 et 19 ans	ANPAA/REAL + STATISS	2019
Taux d'équipement en maison des adolescents pour 10.0000 habitants entre 10 et 19 ans	Atlas de santé mentale / STATISS	2016
Taux de locataires du parc social sur la totalité des modes de logement	INSEE	2014
Taux d'équipement en places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans	STATISS	2016
Taux d'équipement en places d'accueil médicalisée pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans	STATISS	2016
Taux d'équipement en places dans les foyers de vie (inclut les foyers occupationnels) pour 1000 habitants de 20 à 59 ans	STATISS	2016
Taux de logements vacants (parc social et parc privé)	INSEE	2014
Nombre de chantiers d'insertion pour 100000 personnes entre 20 et 64 ans	Annuaire Socialement Responsable + STATISS	2019
Taux d'équipement en places dans les Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT) pour 1000 habitants de 20 à 59 ans	STATISS	2016
Indice comparatif de recours à l'hospitalisation pour troubles mentaux	Data.DREES	2014
Taux d'hospitalisation de mineurs en psychiatrie adulte	DIM du CHFT	2018
Taux de recours en établissement de santé en journées pour 10.000 habitants de 0 à 17 ans	Atlas de santé mentale	2015
Taux de réhospitalisation au minimum 2 mois après le dernier séjour	DIM du CHFT	2018
Taux de patients présents depuis plus d'un an dans les structures d'hospitalisation sur l'ensemble des patients temps plein	SAE	2017
Nombre de mesures SDT+SDRE pour 1000 habitants	SAE	2017
Nombre de patients en mesure SDT+SDRE pour 1000 habitants (63 patients)	SAE	2017
Délai moyen de traitement d'un dossier MDPH	MDPH de la Lozère	2018
Nombre de personnes hospitalisées en attente de logement en 2019 et 2018	Service social du CHFT	2018
Taux de surpopulation carcérale (tous établissements confondus)	Atlas de santé mentale	2016
Nombre de personnes disposant d'une orientation MDPH sont en attente d'une place en établissement médicosocial	Service social du CHFT	2018
DMH pour les services adultes du département (en jours)	SAE	2017
Etablissements d'enseignement adapté (Distinguer l'offre spécialisée pour les personnes avec troubles psychiques et les offres mixtes)	Site académies	2018
Dispositifs « un chez soi d'abord » ou inspirés du modèle « un logement d'abord »	Shéma des solidarités	2018
Taux de réponse du 115	ARS	2018
Actions et dispositifs du PRAPS déployées pour les personnes précaires atteintes de troubles psychiques	ARS	2018
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	ARS	2018
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	ARS	2018
Actions de lutte contre la stigmatisation mises en œuvre	ARS	2018

Annexe 5 : Liste des figures et tableaux

Tableaux	Figures
Tableau 1: Structure d'âge de la population (source : INSEE 2017).....	Figure 1: Dimensions d'analyse et méthode de construction du DTPSM
Tableau 2 : Répartition de la population de 15 ans ou plus par CSP (source : INSEE, RP 2014)	Figure 2 : Taux standardisés de mortalité par suicides alcool pour 100 000 habitants
Tableau 3 : Indicateurs de précarité économique en Lozère	Figure 3 : Part des mineurs consommant des psychotropes (source : CNAMTS 2014)
Tableau 4 : APL aux médecins généralistes libéraux (source : Atlas de santé mentale).....	Figure 4 : Taux de recours en établissement de santé en journées pour 10.000 habitants de 0 à 17 ans (source : Atlas de santé mentale 2015)
Tableau 5 : APL aux psychiatres libéraux (source : Atlas de santé mentale).....	Figure 5 : Taux d'actes de prévention et de soins somatiques pour les patients en suite d'hospitalisation (source : Atlas de Santé Mentale 2016).....
Tableau 6 : Offre paramédicale libérale en Lozère (source : INSEE 2016 via Géoclip).....	Figure 6 : Taux standardisés de consommation de médicaments (source : Atlas de santé mentale 2015).....
	Figure 7 : Analyse comparée des taux de recours aux soins hospitaliers de santé mentale pour 1000 assurés du RG (source : Atlas de santé mentale 2015).....
	Figure 8 : Part des admissions par les urgences par pathologie (source : Atlas de santé mentale 2016)
	Figure 9 : Répartition des communes en nombre de minutes pour atteindre les lits d'hospitalisation par la route (source : Atlas de santé mentale 2016).....
	Figure 10 : Taux d'équipement pour l'accueil des enfants et adolescents handicapés (source : DREES STATISS 2016-2017)
	Figure 11 : Taux d'équipement en logements pour les adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (source : DREES STATISS 2016)
	Figure 12 : Taux d'équipement en dispositifs d'insertion par le travail (source : DREES STATISS 2016).....
	Figure 13 : Densité en places d'hébergement social pour 100 000 habitants (source : Atlas de santé mentale 2016).....
	Figure 14 : Taux d'équipement en places d'accueil pour 1000 habitants de 75 ans et plus (source : DREES STATISS 2016)

Annexe 6 : Offre actuelle du territoire en santé mentale

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/fr.asp-prov=BT-depar=CC.htm>