

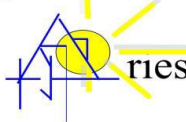
Diagnostic partagé du Projet Territorial de Santé Mentale de la Haute Savoie

Version définitive – Octobre 2019

Présentée et acceptée par la Délégation Départementale de l'ARS le 2.10.19
Présentée et acceptée par la Commission Spécialisée en Santé Mentale le 8.10.19
Validée par le Conseil Territorial de Santé le 22.10.19

Transmis au Directeur Général de l'ARS le 25.10.19 – En attente de validation

Ce document a été rédigé grâce aux contributions de nombreux acteurs du territoire, leur mobilisation et leur disponibilité.



SOMMAIRE

I. ELEMENTS DE DEFINITION	8
A. Projet Territorial de Santé Mentale.....	8
B. Santé mentale.....	8
C. Handicap psychique.....	8
D. Réhabilitation psychosociale	9
II. CONTEXTE D'ELABORATION DU DIAGNOSTIC.....	11
A. Environnement législatif et réglementaire.....	11
1. <i>Au niveau national</i>	11
2. <i>Au niveau régional et départemental</i>	11
B. Sources et ressources documentaires.....	12
C. Orientations existantes : fil conducteur du futur PTSM.....	13
1. <i>Les objectifs du PRS et du PRAPS</i>	13
2. <i>Les objectifs du Schéma de l'Autonomie du Département</i>	13
3. <i>Les objectifs des Groupements Hospitaliers de Territoire</i>	14
III. METHODOLOGIE DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL.....	16
A. Rappel chronologique : de la Mission Santé Mentale 74 au PTSM.....	16
B. Limites du diagnostic et difficultés rencontrées	18
C. Présentation du territoire projet.....	19
D. Présentation du document.....	21
1^{ERE} PARTIE : CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE.....	22
I. UNE SITUATION GEOGRAPHIQUE PRIVILEGIEE	22
II. UNE CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE SOUTENUE.....	22
A. Une augmentation du nombre d'habitants et une forte attractivité.....	22
B. Des variations saisonnières importantes de population	24
C. Indice de vieillissement	24
III. UN CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE CONTRASTE	25
A. Un département parmi les moins exposé au chômage.....	25
B. ... Mais un marché de l'emploi à double visage	26
C. Un niveau de vie élevé.....	27
D. ... Et une existence réelle d'inégalités aux profils hétérogènes	28
IV. DONNEES RELATIVES A L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION	30
A. Espérance de vie et taux de mortalité.....	30
1. <i>Taux de mortalité par suicide et tentatives de suicide</i>	30
2. <i>Décès liés à des troubles mentaux et aux addictions aux produits psychoactifs</i>	32
B. Les ALD 23 et ALD15 (Régime général uniquement).....	32
C. Le recours à des traitements psychotropes	34
D. Données de consommations de soins	34
E. Le handicap psychique en Haute Savoie	35
1. <i>Un taux de recours à la MDPH inférieur à la moyenne nationale</i>	35
2. <i>Des demandes en augmentation, des délais de traitement particulièrement longs</i>	35
3. <i>Une représentation forte des troubles psychiques</i>	36
a) <i>Dans les dossiers traités par la MDPH</i>	36
b) <i>Au sein des ESMS</i>	36
4. <i>Des départs vers la Belgique</i>	37
5. <i>Des adolescents en situation complexe</i>	38

2^E PARTIE : RESSOURCES DU TERRITOIRE..... 39

I. OUTILS DE PLANIFICATION ET DE CONCERTATION 39

- A. Le Conseil Territorial de Santé et la Commission Spécialisée en Santé Mentale39
- B. Les Contrats Locaux de Santé39
- C. Les Conseils Locaux de Santé Mentale40

II. OFFRE DE SANTE HOSPITALIERE ET LIBERALE 42

- A. Les établissements hospitaliers et l'offre de soins en psychiatrie42
 - 1. *Les offreurs de soins publics*42
 - 2. *Le SAMU – Centre 15*43
 - 3. *Les offreurs de soins privés à but lucratif (hors psychiatrie)*.....43
 - 4. *Les Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC)*.....43
 - 5. *L'offre de soins en psychiatrie*44
 - c) *Les secteurs de psychiatrie*.....44
 - d) *La dotation annuelle de fonctionnement (DAF) en Haute Savoie*45
- B. Les professionnels de la santé46
 - 1. *Les médecins généralistes*46
 - 2. *La démographie médicale*46
 - 3. *Les médecins spécialisés en psychiatrie et les pédopsychiatres*47
 - 4. *Les psychologues*48
 - 5. *Les infirmiers*.....48
- C. Les regroupements des professionnels de santé48
 - 1. *Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires*.....48
 - 2. *Les Communautés professionnelles territoriales de Santé (CPTS)*.....49
- D. La permanence des soins ambulatoires50
- E. La dynamique de santé connectée en Haute Savoie.....51

III. OFFRE DESTINEE AUX ENFANTS ET ADOLESCENTS 53

- A. Les ressources liées à la scolarisation.....53
 - 1. *Les Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS)*53
 - 2. *La lutte contre le décrochage scolaire*53
 - a) *Mission de Lutte contre le décrochage scolaire (MLDS)*.....53
 - b) *Dispositif d'accueil pour les lycéens décrocheurs en souffrance (DALY)*.....54
- B. Les structures de prévention, de dépistage et de diagnostic précoce.....54
 - 1. *Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)*.....54
 - 2. *Les Centres Médico Psycho Pédagogiques (CMPP)*54
 - 3. *La Maison des Adolescents*.....55
 - 4. *Les Missions Locales*56
 - 5. *Les Points d'Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ)*57
- C. La psychiatrie infanto-juvénile57
 - 1. *L'offre de prise en charge à temps complet*57
 - 2. *L'offre ambulatoire*.....58
 - a) *L'hôpital de jour (HJ)*.....58
 - b) *Les CMPI et les CATTPI*.....59
 - c) *La pédopsychiatrie de liaison*.....60
- D. L'offre médico-sociale destinée aux enfants en situation de handicap61
 - 1. *Equipement global du département dans le secteur du handicap*61
 - 2. *Taux d'équipement dédié à la déficience du psychisme*61
 - 3. *Focus sur l'amendement Creton*61
- E. Les établissements et services de la protection de l'enfance62
 - 1. *L'offre globale*.....62
 - 2. *La prise en charge spécifique des Mineurs Non Accompagnés (MNA)*.....63
 - 3. *Focus sur le CAR Marie Bochet : dispositif dédié aux adolescents « en situation complexe »*63
 - 4. *La gestion des situations d'urgence*.....64

IV. OFFRE DESTINEE AUX ADULTES.....	66
A. La psychiatrie générale.....	66
1. L'hospitalisation temps plein.....	66
a) Focus sur l'hospitalisation sous contrainte.....	67
b) L'Unité de soins intensifs psychiatriques (USIP).....	68
c) Les mineurs hospitalisés en pédiatrie ou en psychiatrie adulte pour un diagnostic principal psychiatrique.....	69
2. L'offre ambulatoire.....	70
a) L'hôpital de jour.....	70
b) Les CMP et les CATT.....	70
c) L'activité ambulatoire.....	72
3. La Réhabilitation Psychosociale en Haute Savoie.....	74
a) L'hôpital de jour du Centre Départemental de Réhabilitation Psychosociale des Glières (EPSM).....	74
b) L'Unité de Réhabilitation Psychosociale du CHANGE.....	75
c) L'Accueil Familial Thérapeutique (AFT).....	75
d) Les soins résidentiels et les appartements associatifs.....	75
e) L'Unité de Réhabilitation Psychosociale de l'EPSM.....	77
4. Présence aux urgences et psychiatrie de liaison.....	77
a) La psychiatrie de liaison.....	77
b) La gestion de la crise et de l'urgence psychiatrique.....	78
5. Focus sur la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP).....	78
B. L'offre médico-sociale destinée aux adultes en situation de handicap.....	80
1. Equipement global du département.....	80
2. Taux d'équipement dédié à la déficience du psychisme.....	81
3. Représentation des troubles psychiques dans la population accueillie.....	82
4. Les établissements et services.....	82
5. Les équipes mobiles à destination du public adultes en situation de handicap.....	84
a) L'Unité Mobile de Médicalisation (U2M).....	84
b) Equipe mobile EM3R (Centre Ressources).....	84
6. Les dispositifs spécifiques.....	84
a) HANDICONSULT.....	84
b) GEM.....	85
V. OFFRE DESTINEE AUX PERSONNES AGEES.....	86
A. L'offre sanitaire.....	88
1. L'offre globale d'hospitalisation complète ou partielle.....	88
2. L'offre d'hospitalisation et l'offre ambulatoire en gériopsychiatrie.....	88
3. L'Equipe mobile de gériopsychiatrie.....	89
B. L'offre médico-sociale destinée aux personnes âgées.....	90
1. L'offre globale en établissements et services.....	90
2. Les Equipes Spécialisées Alzheimer.....	90
VI. OFFRE REpondant A DES PROBLEMATIQUES SPECIFIQUES.....	91
A. Les personnes porteuses de troubles du spectre autistique ou de troubles neurodéveloppementaux.....	91
1. Le Centre Ressource Autisme Auvergne Rhône Alpes.....	91
2. Le CESA.....	91
3. L'offre médico-sociale.....	92
a) Taux d'équipement médico-social dédié à la prise en charge de l'autisme.....	92
b) Les établissements, services et dispositifs expérimentaux.....	92
B. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité.....	93
1. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).....	93
2. Les Equipes Mobiles à destination des adultes en situation de précarité.....	94
3. Les Médiateurs de santé.....	96
C. Les possibilités d'accès au logement et à l'hébergement pour des personnes présentant des troubles psychiques.....	97
1. Le Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO).....	97
2. L'hébergement d'urgence – CHRS Urgence.....	97
3. Les CHRS – Insertion.....	98
4. Les Dispositifs de logement accompagné.....	98

a)	<i>Les Maisons Relais / Pensions de Famille</i>	99
b)	<i>Les Résidences Accueil</i>	100
5.	<i>Les structures à dimension thérapeutique</i>	101
a)	<i>Les Lits halte soins santé (LHSS)</i>	101
b)	<i>Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)</i>	102
c)	<i>Les Appartements de Coordination thérapeutique</i>	102
D.	Les personnes présentant des conduites addictives	103
1.	<i>Les CSAPA</i>	103
2.	<i>Les Consultations spécifiques pour Jeunes Consommateurs (CJC)</i>	103
3.	<i>Les CAARUD</i>	104
4.	<i>Les activités spécifiques</i>	104
5.	<i>Les établissements de soins résidentiels</i>	105
6.	<i>La prise en charge sanitaire des addictions</i>	105
E.	Les migrants et demandeurs d'asile	106
F.	L'accompagnement des personnes en détention	107
VII.	OFFRE DE PREVENTION, DE PROMOTION DE LA SANTE ET DE SENSIBILISATION .	109
A.	L'Education Thérapeutique du Patient (ETP).....	109
B.	L'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS)	110
C.	Le Réseau 74 (Prévention des Conduites Suicidaires à l'adolescence)	111
D.	Les Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM)	111
E.	Les Journées de la Schizophrénie	112
F.	La Fédération Santé Mentale France (SMF)	112
VIII.	AIDE AUX AIDANTS ET REPRESENTANTS DES USAGERS	113
A.	L'UNAFAM	113
B.	L'Union Départementale des Familles (UDAF 74)	114
C.	Les Maisons des Usagers	115
D.	Les dispositifs de répit et d'accompagnement.....	115
IX.	ACTEURS ET DISPOSITIFS DE LA COORDINATION ET DE L'ARTICULATION ENTRE SANITAIRE ET MEDICOSOCIAL	116
A.	Le Dispositif d'Orientation Permanent (DOP) de la MDPH	116
B.	Les Pôles de compétences de prestations externalisées (PCPE).....	117
C.	Le Réseau Handicap Psychique (RéHPSy)	117
D.	Les MAIA et les gestionnaires de cas.....	119
E.	Le Réseau ACCCES	120
F.	Le Réseau INTERMED	121
G.	Des exemples d'initiatives locales de coordination	122
1.	<i>Les plateformes territoriales SAMSAH / SAVS</i>	122
2.	<i>L'expérimentation des CTLA</i>	122
3.	<i>Les réunions partenaires</i>	123
4.	<i>Le collectif Arve-Mont Blanc « Des clés pour communiquer »</i>	123

3^E PARTIE : PROBLEMATIQUES DU TERRITOIRE.....124

I.	ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES	126
A.	Un défaut d'accès aux soins spécialisés psychiatriques	126
B.	Une majoration des difficultés pour les enfants et les adolescents.....	126
C.	Des inadéquations dans les délais et des défauts de relais	127
D.	Un manque de coordination structurée et de formations partagées	128
II.	PREVENTION ET GESTION DE LA CRISE ET DE L'URGENCE	129
A.	Des problèmes d'optimisation du recours à l'urgence	129
B.	Une difficile anticipation des situations de crises	130
C.	Un manque d'outils partagés pour répondre aux situations de crise	130
III.	ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS MEDICO SOCIAUX ET SOCIAUX	132

A.	Des contraintes liées à la réglementation des ESMS.....	132
B.	Un accès particulièrement difficile au logement et/ou aux structures d’hébergement.....	132
C.	Des freins liés aux modalités d’accompagnement et aux pratiques des ESMS.....	132
IV.	CONTINUITÉ ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE ET DES ACCOMPAGNEMENTS	134
A.	Un manque de lisibilité de l’offre et de communication entre les différents acteurs	134
B.	Des points de rupture particulièrement sensibles	135
C.	Un manque de sécurisation des sorties d’hospitalisation.....	135
V.	ACCES AUX SOINS SOMATIQUES	136
A.	Un manque de concertation et de coordination entre les différents acteurs	136
B.	L’éloignement des soins somatiques de certains publics.....	136
C.	Une offre inégale en psychiatrie de liaison et des modalités d’accueil spécifiques variables en services MCO	137
VI.	PREVENTION ET ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION.....	138
A.	Une prise en compte limitée des déterminants sociaux	138
B.	Un manque d’information et une stigmatisation persistante.....	138
C.	Un portage politique inégal des CLSM	138
D.	Une prise en compte trop faible des usagers et des aidants	138
VII.	SYNTHESE DES PROBLEMATIQUES	140
4^E PARTIE :	PISTES DE TRAVAIL IDENTIFIEES	141
I.	PRIORITE 1 (ART. R. 3224-5.-I).....	141
II.	PRIORITE 2 (ART. R. 3224-6.-I).....	142
III.	PRIORITE 3 (ART. R. 3224-7)	142
IV.	PRIORITE 4 (ART. R. 3224-8)	143
V.	PRIORITE 5 (ART. R. 3224-9.-I).....	143
VI.	PRIORITE 6 (ART. R. 3224-10)	144
5^E PARTIE :	SUITE DES TRAVAUX	146
A.	Rétroplanning global pour aboutir au PTSM	146
B.	Méthodologie de la feuille de route.....	146
CONCLUSION		149
ANNEXES		150
ANNEXE 1 :	Lettre de Mission lancement Phase 2 « Mission Santé Mentale 74 »	151
ANNEXE 2 :	Liste des membres du Groupe de terrain « Mission Santé Mentale 74 ».....	152
ANNEXE 3 :	Lettre de Mission Projet Territorial de Santé Mentale	154
ANNEXE 4 :	Questionnaire participatif diagnostique territorial partagé PTSM 74.....	155
ANNEXE 5 :	Liste des répondants au questionnaire	159
ANNEXE 6 :	Arrêté n°2019-22-0069	161
ANNEXE 7 :	Liste des MSP en fonctionnement, en projet, en réflexion.....	163
ANNEXE 8 :	Synthèse du déploiement ViaTrajectoire Handicap et Grand Age en ARA.....	164
ANNEXE 9 :	Liste des structures et nombre de places en protection de l’enfance (2019).....	166
ANNEXE 10 :	Données SAE 2013 à 2018 concernant l’hospitalisation sous contrainte	167
ANNEXE 11 :	Liste (non nominative) des volontaires de la CUMP 74 par établissement	168
ANNEXE 12 :	Liste des établissements et services pour adultes en situation de handicap	168
ANNEXE 13 :	Liste des CHRS	173
ANNEXE 14 :	Liste des dispositifs de logement accompagné	174

PREAMBULE

I. ELEMENTS DE DEFINITION

A. Projet Territorial de Santé Mentale

La Loi de Modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016 instaure, dans son article 69 les **Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM)**, « dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture » et qui constituent les fondements de la nouvelle politique territoriale de santé mentale.

Leur élaboration, sur la base d'un « **Diagnostic Territorial Partagé** » et leur mise en œuvre sont « à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale ».

Le PTSM préconise des actions à entreprendre pour répondre aux besoins identifiés par le diagnostic, afin de favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social, conformément aux dispositions du décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017.

Les actions développées 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.

Diagnostic territorial partagé et PTSM sont transmis à l'ARS qui les arrête après avoir recueilli l'avis des instances concernées. Un contrat territorial de santé mentale d'une **durée de 5 ans**, conclu entre l'ARS et les acteurs concernés, participera à la mise en œuvre de projets d'actions répondant à des priorités inscrites dans le décret, en cohérence avec le Projet Régional de Santé et la feuille de route santé mentale de juin 2018, dans un objectif d'organisation optimale de la santé mentale.

B. Santé mentale

La santé mentale est définie par l'OMS comme *"un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"*. Elle englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.

L'article L3221 du Code la Santé Publique stipule que « *la politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion* ».

C. Handicap psychique

La notion de handicap psychique (qui se distingue du handicap mental) reste une notion relativement récente, mise notamment en avant par l'UNAFAM, permettant de reconnaître le handicap généré par les troubles

psychiques. Depuis la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la citoyenneté des personnes handicapées, le handicap psychique, est reconnu comme un handicap spécifique.

Le handicap psychique est caractérisé dans le champ social par un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles intactes. Le handicap psychique, secondaire à la maladie psychique (psychoses, trouble bipolaire, troubles graves de la personnalité...) impacte essentiellement cinq domaines de la vie courante : la capacité à prendre soin de soi, à établir des relations durables, à se former et à assurer une activité, à se maintenir dans un logement, à organiser une vie sociale et des loisirs.¹

D. Réhabilitation psychosociale

*« Le concept de réhabilitation psychosociale propose une philosophie de soins qui marque une évolution par rapport aux prises en charge classiques en santé mentale. Elle recourt à des techniques de soins particulières, comme la remédiation cognitive, pour aider les personnes vivant avec des troubles psychiques à conforter leurs fonctions cognitives et leurs compétences sociales, socle indispensable pour se maintenir dans le milieu de vie le plus ordinaire possible. (...) La réhabilitation psychosociale a pour objectif de favoriser le rétablissement des personnes atteintes de troubles psychiatriques dont les rapports avec les autres et dont l'autonomie sociale sont mis à mal à cause de ces troubles, de leurs séquelles et de leur stigmatisation ».*²

*« Elle a pour enjeu de favoriser le rétablissement personnel et l'inclusion sociale de ces personnes en tenant compte de la nature et de la complexité de leurs difficultés et de leurs besoins, en s'appuyant sur leurs capacités préservées et en respectant leurs choix ».*³

Ce qui caractérise cette approche du soin par rapport à d'autres est l'importance accordée à la permanence de l'évaluation de la situation de la personne, ses compétences et ses ressources cognitives, bien plus qu'à la pathologie ou le handicap dont elle est atteinte. De nombreuses études scientifiques étrangères démontrent l'efficacité des soins de réhabilitation psychosociale pour :

- Améliorer la qualité de vie ;
- Diminuer la prescription médicamenteuse ;
- Renforcer l'observance au traitement ;
- Favoriser le maintien au domicile ;
- Renforcer l'insertion sociale et professionnelle ;
- Réduire les coûts grâce à la diminution des ruptures dans les parcours.

¹ Source UNAFAM

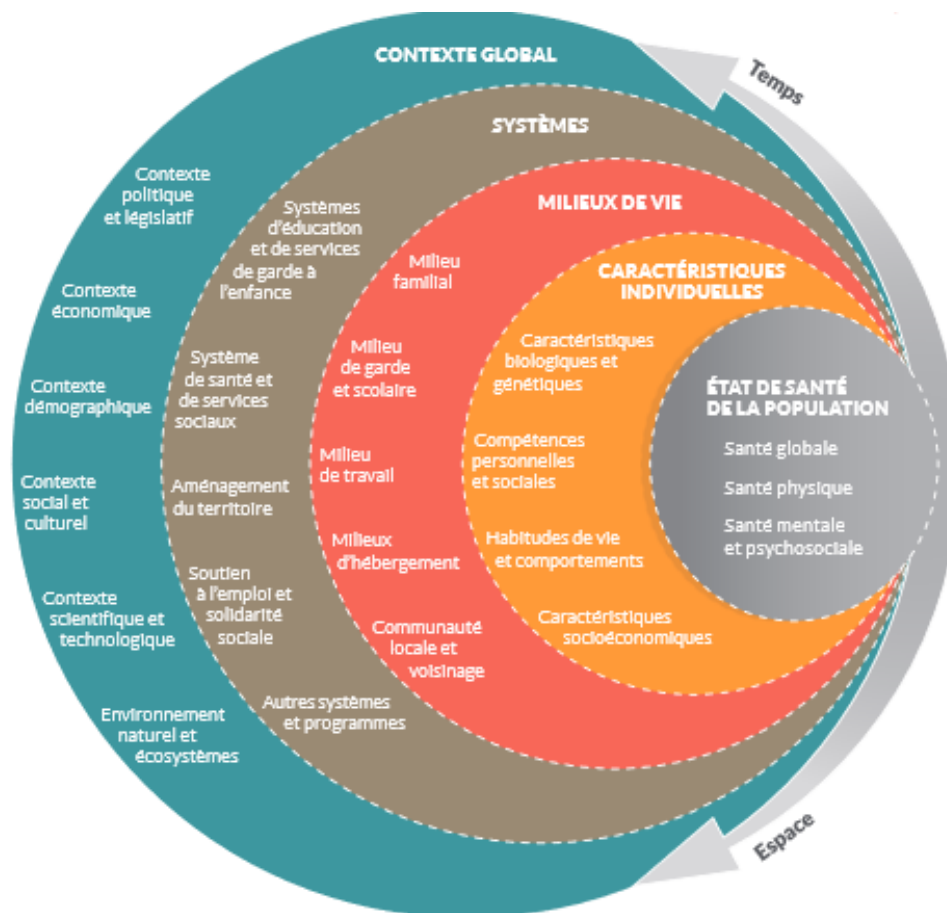
² Source ANAP

³ Source Traité de Réhabilitation psychosociale

Ce que nous pouvons retenir dans le cadre de l'élaboration du futur PTSM

Au regard des éléments de définition présentés ci-dessus, le cadre du PTSM invite les acteurs à penser la santé mentale dans une **approche globale**, non pas seulement autour du parcours d'un-e patient-e mais bien autour du parcours d'une personne. En d'autres termes, l'enjeu est grand : il s'agit de considérer le champ de la santé mentale dans une perspective dynamique, à travers un **ensemble de déterminants interdépendants et non statiques : les déterminants de santé**.⁴

Dans cette optique, les travaux québécois nous proposent une schématisation utile au processus de construction du PTSM⁵.



⁴ OMS - Comblent le fossé en une génération, 2009

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69831/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf;sequence=1.

⁵ Contribution IREPS Haute Savoie : La santé et ses déterminants, Mieux comprendre pour mieux agir, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2010

II. CONTEXTE D'ELABORATION DU DIAGNOSTIC

Le présent diagnostic vise à identifier ce qui fait défaut et ce qui peut constituer des leviers d'amélioration et de changement à mobiliser au sein du Projet Territorial de Santé Mentale. Il s'appuie sur un recueil de données et d'indicateurs de besoins, de ressources et d'offres ainsi que sur les documents et schémas existants.

A. Environnement législatif et réglementaire

1. Au niveau national

- [Article 69 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016](#) dite loi « de modernisation de système de santé » portant modification de l'article L.3221-3 du Code de la santé publique (CSP).
- [Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017](#) relatif au Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), plus particulièrement :
 - Article R.3224-2 du CSP à propos du Diagnostic territorial partagé (DTP) du PTSM.
 - Articles R.3224-5 et suivants définissant les priorités du PTSM
- [Instruction ministérielle n°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018](#) relative aux projets territoriaux de santé mentale.
- [Décret n° 2017-982 du 9 mai 2017](#) relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques.
- [Guide pour l'application de la nomenclature des établissements et services sociaux et médico sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques](#), Direction générale de la cohésion sociale, Janvier 2018.

2. Au niveau régional et départemental

- Le [Projet Régional de Santé \(PRS\) Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028](#) adopté par arrêté du Directeur général de l'ARS le 25 mai 2018, publié le 14 juin 2018, est composé de trois documents constitutifs :
 - Le [Cadre d'orientation stratégique \(COS\)](#), qui détermine les objectifs stratégiques de l'ARS et les résultats attendus à 10 ans, en lien avec la stratégie nationale de santé, pour améliorer l'état de santé de la population et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans la région.
 - Le [Schéma régional de santé \(SRS\)](#), établi sur la base d'une évaluation des besoins et de l'offre de santé, qui détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels, déclinant les objectifs stratégiques du COS, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, promotion de la santé et accompagnement médico-social. Il a une durée de 5 ans. Il fusionne les schémas d'organisation des soins (SROS) et les schémas régionaux d'organisation médico-Sociale (SROMS).
 - Le [Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies \(PRAPS\)](#), qui est une déclinaison spécifique du SRS en vue de faciliter l'accès et l'égalité au système de santé dans sa globalité et d'améliorer la cohérence dans le parcours des personnes les plus démunies.

- Le [PDALPD](#) (Plan Départemental d'Action pour le logement et l'hébergement des Personnes Défavorisées) qui définit les mesures destinées à permettre à toute personne ou famille éprouvant des difficultés particulières en raison notamment de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'existence, d'accéder à un logement décent et indépendant ou de s'y maintenir. Le PDALPD 2014-2018 est arrivé à échéance le 27 janvier 2019. En juillet 2019, le Département et la Préfecture de la Haute-Savoie lancent conjointement la démarche d'élaboration du Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD) pour la période 2020-2024.
- Le [Schéma Départemental de l'Autonomie 2019 – 2023](#) dans lequel les besoins sociaux et médico-sociaux de la population de la Haute-Savoie sont identifiés, constitue un bilan de l'offre sociale et médico-sociale du territoire et des besoins d'adaptation de celle-ci. Il définit les orientations politiques et les chantiers spécifiques à investir sur 5 ans en sus des missions et compétences départementales règlementaires.
- A noter également : les travaux d'élaboration du [1^{er} Schéma Départemental Enfance Famille 2019-2024](#) qui ont démarré en juillet 2019 par la réunion d'installation de l'Observatoire Départementale de la Protection de l'Enfance (ODPE). Ce Schéma sera commun aux politiques de protection maternelle et infantile et de protection de l'enfance, avec un accent mis particulièrement mis sur la prévention, afin d'intervenir au plus tôt auprès des familles et des enfants. Une semaine de concertation s'est déroulée en octobre 2019. Une étude réalisée en juin 2019 par le cabinet ENEIS by KPMG a pu établir un [bilan des actions menées dans le cadre du schéma 2013-2017](#) et a proposé un focus sur les dispositifs spécifiques déployés en direction des adolescents dits « en situation complexe », présentant des problématiques multiples (socio-éducatives, santé mentale et handicap).

B. Sources et ressources documentaires

- [Statistiques Annuelles des Etablissements \(SAE\)](#) de santé pour la région Auvergne Rhône Alpes et pour le département de la Haute Savoie, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) des ministères sociaux.
- [Site Internet AtlaSanté](#), mis en place au niveau national afin d'appuyer les démarches des PTSM.
- [Rapport IGAS N°2017-064R](#), Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, Novembre 2017.
- [INSEE](#)
- [Rapport relatif à la santé mentale](#), Michel LAFORCADE, Octobre 2016.
- [Feuille de Route Santé Mentale et Psychiatrie](#), Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie, Juin 2018.

Le diagnostic territorial partagé a également bénéficié des travaux antérieurement réalisés en Région AuRA ou en Haute Savoie :

- [Rapport SPH-Conseil – Etat des lieux global de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale sur le Département de la Haute Savoie](#), Janvier 2016.
- [Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale en Haute Savoie](#) : descriptif du volet organisation de l'offre médico-sociale du schéma régional de santé 2018-2023, constitué de deux documents : l'un relatif aux personnes âgées, l'autre aux personnes en situation de handicap.
- [Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques \(CMP\) de la région Rhône-Alpes](#), réalisée par Dr. Sylvie YNESTA et Mme Anne-Sophie DANGUIN, Juin 2015.

- [Enquête sur les hospitalisations psychiatriques au long cours en Rhône-Alpes](#), réalisée par Dr Sylvie YNESTA et Mme Anne-Sophie DANGUIN, Octobre 2016.
- [L'offre dans le secteur du handicap des territoires d'Auvergne Rhône Alpes](#), Guide régional, Autonomie / Stratégie et parcours, Janvier 2019, Edition 2018, ARS AuRA.
- [Diagnostic environnemental réalisé pour l'EPSM de la Vallée de l'Arve](#) par le cabinet CNEH – Conseil et Formation Santé, en 2016, dans le cadre de la rédaction du projet d'établissement 2016 – 2020.

C. Orientations existantes : fil conducteur du futur PTSM

1. Les objectifs du PRS et du PRAPS

- [Les objectifs spécifiques du PRS Auvergne Rhône Alpes](#) pour contribuer à améliorer le parcours de santé en santé mentale sont au nombre de huit :
 1. Promouvoir un environnement favorable à la santé mentale et renforcer les facteurs de protection.
 2. Optimiser le repérage et le dépistage précoce de la souffrance et des troubles psychiques.
 3. Améliorer l'accès au diagnostic des troubles mentaux.
 4. Améliorer la réponse aux situations de détresse psychologique, de crise et d'urgence en santé mentale.
 5. Améliorer l'accès aux soins psychiatriques.
 6. Améliorer et adapter les modalités de prise en charge et d'accompagnement en psychiatrie.
 7. Optimiser le parcours de vie et de soins des personnes souffrant de troubles psychiques ou en situation de handicap psychique selon leurs besoins notamment en généralisant les pratiques favorisant le rétablissement, dont celles de réhabilitation psycho-sociale.
 8. Optimiser la transversalité et la coordination des acteurs dans le champ de la santé mentale au niveau régional et à l'échelle des territoires.
- [Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des Personnes les plus démunies \(PRAPS\)](#), définit cinq objectifs qui devront, dans le cadre du futur PTSM, être adaptés aux particularités de la Haute Savoie :
 1. Favoriser la prise en compte des besoins et attentes des personnes les plus démunies.
 2. Favoriser une meilleure connaissance, par les professionnels, des personnes en situation de précarité pour en améliorer la prise en charge.
 3. Déployer des outils et/ou dispositifs facilitant la compréhension entre les professionnels et les patients.
 4. Promouvoir des dispositifs de prévention adaptés aux personnes en situation de précarité.
 5. Faciliter la prise en charge en santé mentale des publics en situation de précarité.

2. Les objectifs du Schéma de l'Autonomie du Département

La politique du Conseil Départemental de la Haute-Savoie, chef de file en matière sociale, est essentielle au bon fonctionnement des acteurs de la santé mentale. Son Schéma Départemental qui s'oriente vers des actions transversales à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap apporte

une aide précieuse à la fois en termes de recensement mais également de dynamiques territoriales. Le Schéma de l'Autonomie 2019-2023 est construit autour de [trois axes déclinés en un ensemble de priorités](#) :

➤ Axe 1 : Prévention

- Diversifier les formes de prévention proposées sur le territoire
- Poursuivre le déploiement de la plateforme de prévention des chutes et soutenir le living-lab.
- Renforcer le recours aux aides techniques et aux outils numériques
- Consolider la mission de prévention de la perte d'autonomie des résidences autonomie
- Reconnaître le rôle des proches aidants de personnes âgées et de personnes en situation de handicap et soutenir leur action
- Faciliter l'accès aux soins ordinaires

➤ Axe 2 : Innovation et adaptation de l'offre

- Développer l'offre d'accompagnement médico-social
- Consolider et diversifier les formes d'accompagnement à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et de leurs aidants
- Améliorer les réponses apportées aux personnes qui ne peuvent travailler à temps plein en établissement et service d'aide par le travail (ESAT)
- Développer des formes diversifiées d'accueil et d'accompagnement, notamment séquentielles
- Développer l'habitat inclusif

➤ Axe 3 : Parcours et coopération

- Poursuivre le déploiement de la réponse accompagnée pour tous en Haute-Savoie
- Dynamiser les coopérations au niveau local pour renforcer leur impact sur les parcours
- Favoriser la coopération autour de la question des ressources humaines en se positionnant comme facilitateur / fédérateur

[3. Les objectifs des Groupements Hospitaliers de Territoire⁶](#)

Le [Projet Médical Partagé du GHT Léman Mont-Blanc](#), dans le cadre de sa filière Santé Mentale, définit [neuf objectifs opérationnels](#) avec lesquels les actions du PTSM pourront légitimement se mailler :

1. Assurer un maillage et une organisation adaptée des structures de consultations et faire connaître les dispositifs.
2. Proposer une organisation adaptée et cohérente en cas d'urgence (psychiatrie de liaison dans chacun des sites de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) du territoire, lien avec les CMP pour les psychiatries générales et infanto-juvéniles.
3. Être en mesure de traiter les situations et l'orientation adaptée (crise, semi-urgence) des patients atteints de troubles psychiatriques, en privilégiant les prises en charge en ambulatoire.

⁶ Les GHT sont présentés en Partie 2. II. A. 1, [Les offreurs de soins publics](#)

4. Favoriser l'accès et les meilleurs soins somatiques (généralistes et spécialisés) aux personnes souffrant de troubles psychiatriques avec recours éventuel à la télémédecine (télé expertise).
5. Adapter l'accès aux soins et aux prises en charge des personnes notamment pour ce qui concerne le rapprochement institutionnel des secteurs du Chablais et de l'EPSM.
6. Assurer des soins coordonnés en matière somatique et psychiatrique aux détenus de la Maison d'Arrêt de Bonneville (expérimentation de la télémédecine).
7. Coordonner les interventions des structures en faveur des personnes âgées et renforcer les partenariats réciproques pour fluidifier le parcours de ces patients.
8. Mailler les interventions des structures en faveur des enfants et adolescents (notamment centrées sur les troubles du spectre autistique et les troubles du comportement).
9. Réfléchir à structurer un service social territorial ou une plateforme territoriale d'appui avec des coordinateurs de parcours patients.

Le GHT Genevois Anancy Albanais, dans le cadre de sa filière santé mentale, fixe sept objectifs dans sa convention cadre de juin 2017 :

1. Stabiliser et pérenniser la psychiatrie de liaison sur le SAU de Saint Julien, et plus globalement, discuter de la question de la prise en charge de la population du Pays de Gex et du Genevois avec l'EPSM et le CPA
2. Pérenniser le dispositif de réhabilitation sociale intégratif
3. Modifier l'organisation de la prise en charge hospitalière avec la mise en œuvre du schéma immobilier
4. Coordonner le Projet Maison des Adolescents
5. Collaborer avec la filière addictologie sur le site de Saint Julien
6. S'engager dans une démarche de discussion de convention d'association avec l'EPSM, le CPA, la Clinique Régina et la Clinique des Vallées
7. Améliorer la coordination de la prise en charge avec les acteurs du champ médico-social.

III. METHODOLOGIE DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL

A. Rappel chronologique : de la Mission Santé Mentale 74 au PTSM

Entre décembre 2014 et décembre 2016, le Cabinet SPH-Conseil a été missionné par l'ARS pour réaliser un état des lieux global de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale sur le Département. Cet audit, restitué le 26.01.16, a mis en avant les difficultés du département à répondre aux besoins de la population. A partir des constats de la mission d'audit et des propositions formulées par les groupes de travail constitués dans le cadre de cette mission, l'ARS a souhaité mettre en place, sous son égide, un groupe de réflexion chargé d'élaborer un projet d'organisation territoriale de santé mentale.

Le 25.03.16, l'ARS désigne deux professionnels, l'un issu de secteur de la psychiatrie (Madame Florence QUIVIGER, directrice de l'EPSM), l'autre du secteur médico-social (Monsieur MAZILLE, Directeur Général de l'APEI de Thonon et du Chablais) pour coordonner, sur la base d'un cahier des charges, une « Mission Santé Mentale 74 » qui vise à déterminer une nouvelle organisation de prise en charge dans le domaine de la santé mentale.

La Phase 1 de cette Mission Départementale Santé Mentale s'est déroulée entre mars 2016 et février 2018 et s'est centrée essentiellement sur le Chablais. Un groupe de travail, dit « groupe de terrain », représentatif des établissements, secteurs sanitaire et médico-social, public et privé, usagers a été constitué (EPSM, APEI Thonon Chablais, Hôpitaux du Léman, Foyer de Vie « Les Marmottés », Associations Oxygène, UNAFAM, GAIA, Cliniques des Vallées, Régina, Parassy, Ordre des Médecins, Equipe mobile du Genevois).

- Huit réunions ont eu lieu entre le 9.05.16 et le 4.11.16.
- Six entretiens ciblés complémentaires (CFDT, FO, Collectif Psychiatrie en danger, Maire de Thonon, DDJSCS, Médecin Responsable du Centre 15) ont été menés.

Le Comité Technique, constitué de l'ARS et des deux coordonnateurs, et en charge de l'analyse des propositions du groupe terrain, s'est réuni à deux reprises le 7.07.16 et le 01.12.16. Le COPIL s'est réuni trois fois (25.03.16, le 14.03.17 et le 02.02.18) afin de ponctuer la démarche.

Cette phase 1 s'est conclue lors du COPIL de 02.02.18 par la présentation à l'ARS des 7 fiches action élaborées par les groupes :

1. Diversifier les dispositifs médico-sociaux à l'attention des personnes en situation de handicap psychique
 - o Lits dédiés CHRS spécialisé ou suivi pluridisciplinaire dans les CHRS par des équipes mobiles spécialisées
 - o Augmentation du nombre de résidences accueil handicap psychique
 - o SAMSAH
 - o Accueil Familial et soins résidentiels
2. Redéfinir la fonction pivot du CMP (renforcé par une équipe mobile d'appui, pour « aller vers » les patients)
3. Créer un ESMS pour malades psychiques : MAS psychiatrique à vocation départementale
4. Mettre en place des Conseils Locaux de Santé Mentale
5. Faire évoluer les 43 lits d'hospitalisation complète du site de Thonon

6. [Renforcer la coordination](#) des parcours (dans une logique de Plateforme territorial d'Appui)
7. Couvrir l'ensemble des bassins par une offre en [Maison des adolescents](#)

En mai 2018 le lancement de la [Phase 2](#) (formalisé par une lettre de mission de l'ARS en date du 25.06.18)⁷ ouvre la réflexion à tout le département sur la base des thèmes suivants et réunit les acteurs⁸ autour de 4 thèmes :

- [La gestion de crise](#) : aussi bien pour les adolescents que pour les adultes
- Les actions à mener en matière de [santé mentale / précarité](#)
- [La coopération publique / privé et le travail en réseau](#)
- [La psychiatrie aux Hôpitaux du Léman](#) : vers un rapprochement avec l'EPSM, forme juridique, fonctionnement, réflexion sur le volet architectural.

En lien avec l'instruction ministérielle du 5 juin 2018 relative aux Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) le Président de la Commission Spécialisée de la Santé Mentale (M. REBECHE, Directeur de la Clinique des Vallées) se voit officiellement confier le pilotage de [l'élaboration du PTSM en Haute Savoie](#) par lettre de mission du 02.08.18⁹. [Une logique de rapprochement](#) entre les coordonnateurs de la Mission Santé Mentale et le Président de la Commission de la Santé Mentale est alors opérée.

[En septembre 2018, le lancement officiel des travaux du PTSM](#), sous le pilotage de la Commission Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé (CSSM), s'est concrétisé par [2 rencontres des groupes de travail](#) (19.10.18 et le 15.12.18) et a permis d'établir une première convergence entre les priorités du PTSM et les travaux antérieurs. Le 25 juin 2019, les membres de la CSSM valident collégialement les préconisations à intégrer dans le diagnostic.

[Entre juillet et septembre 2019](#), afin de garantir la continuité de la démarche partenariale instaurée depuis 2016 et de finaliser le diagnostic partagé dont le rendu est attendu par l'ARS le 31.10.2019 :

- De nombreux contacts ont été repris (entretiens physiques ou téléphoniques) pour actualiser les parties relatives à l'état des lieux des acteurs, les problématiques du territoire et les projets en cours.
- Un [questionnaire](#)¹⁰ a été envoyé à 200 acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et 683 médecins généralistes libéraux par l'intermédiaire du Conseil Départemental de la Haute Savoie de l'Ordre des Médecins). Le lien du questionnaire a été relayé au sein de plusieurs réseaux (filière gérontologiques, services territorialisés de l'autonomie du Conseil Départemental, mailing listes internes des établissements) ; ce qui ne permet pas de recenser le nombre « réel » de destinataires.

Les réponses recueillies ont permis de référencer certaines bonnes pratiques à l'œuvre dans le département et de confirmer les difficultés et les leviers d'améliorations identifiés par les acteurs locaux dans le cadre de la MSM74. Ce questionnaire a été construit sur la base de l'approche méthodologique par « portes d'entrée » promue par l'ANAP pour l'analyse du parcours de soins :

- L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques,
- Les situations non pertinentes,
- L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux,

⁷ [ANNEXE 1](#) : Lettre de mission Lancement Phase 2 de la Mission Santé Mentale 74

⁸ [ANNEXE 2](#) : Composition des groupes de travail Mission Santé Mentale 74 - Phase 2

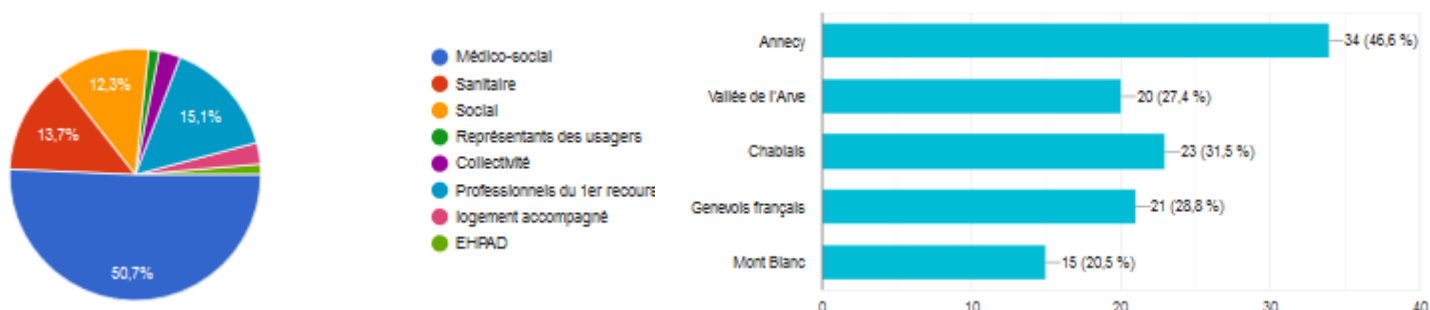
⁹ [ANNEXE 3](#) : Lettre de mission Projet Territorial de Santé Mentale, du 02.08.18

¹⁰ [ANNEXE 4](#) : Questionnaire participatif diagnostic territorial partagé

- L'accès aux soins somatiques,
- La prévention et la gestion des situations de crise.

Le questionnaire a été complété par 73 professionnels¹¹.

Les résultats ont permis d'obtenir un panel représentatif des acteurs locaux et des différents bassins (certaines structures pouvant intervenir et être comptabilisées sur plusieurs bassins).



Ainsi, le présent diagnostic s'appuie sur une [compilation des différents travaux](#) réalisés lors de la Mission Santé Mentale entre 2016 et 2018, l'[actualisation de certaines données](#) du rapport SPH Conseil et les [réponses au questionnaire](#).

B. Limites du diagnostic et difficultés rencontrées

Alors que la Haute Savoie se trouvait assez en avance pour les travaux du PTSM avec l'ensemble des études (SPH), la Mission Santé Mentale et les réunions *ad hoc*, elle s'est retrouvée secondairement dans l'urgence pour la rédaction du diagnostic.

En effet, entre décembre 2018 et juin 2019, la transition entre Mission Santé Mentale et démarche du PTSM a généré une [période d'essoufflement de la dynamique](#) : même si la dimension diagnostique était lisible à travers les différents travaux réalisés depuis 2016, le PTSM ne pouvait voir le jour qu'après consolidation et actualisation des constats et leviers identifiés.

Les [contraintes temporelles](#) (rédaction du diagnostic effectuée entre juillet et octobre 2019 pour un dépôt de celui-ci à l'ARS fixé au 30.10.19) n'ont pas permis de réunir à nouveau les groupes de travail durant la phase de consolidation du document (la période estivale, en raison des congés et des périodes de fermeture de certains services, n'étant par ailleurs pas propice à la prise de contact et à la capitalisation d'informations).

Le temps imparti pour la rédaction du document n'a pas non plus permis une analyse fine des problématiques par territoire de proximité, ce qui induit des formulations souvent généralistes. L'extraction et l'interprétation des réponses au questionnaire auraient quant à elles méritées une méthode exploratoire d'analyse plus structurée.

Par ailleurs, certaines données chiffrées ont été reprises du Rapport SPH [sans possibilité immédiate d'actualisation](#) ; l'appui de l'ARS pour abonder le diagnostic de chiffres récents n'a pas toujours été facilité par les changements d'organisation en cours en son sein.

Une remarque sur la philosophie même du document s'impose. Le présent diagnostic se conclut par l'identification des pistes de travail identifiées lors des différents travaux conduits entre 2016 et 2019. Ces dernières n'ayant pas toutes été directement construites dans le cadre formel de l'élaboration du PTSM (fixé

¹¹ [ANNEXE 5](#) : Liste des répondants au questionnaire

par décret à posteriori de la démarche de la Mission Santé Mentale 74), certaines présentent des **limites d'adéquation avec les attendus fixés dans l'instruction de juin 2018**. Certaines composantes de la santé mentale (voir Schéma des déterminants de la santé en Partie I. ELEMENTS DE DEFINITION) n'ont, par exemple, pas pu être abordées.

La phase de rédaction du PTSM (prévue entre octobre 2019 et avril 2020) aura pour objectif d'affiner les pistes de travail grâce à la construction de la feuille de route et des fiches action. Les pistes de travail présentées s'inscriront dans un processus évolutif et évaluatif qui permettra, au fil du temps, de prendre mieux en compte certaines orientations de l'instruction aujourd'hui moins considérées.

C. Présentation du territoire projet

En Auvergne Rhône Alpes, le **territoire désigné** est celui du Conseil Territorial de Santé, défini à l'article L.3221-2 du Code de la Santé Publique, à savoir **le département**. Il représente un niveau suffisant pour permettre :

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

Un découpage du territoire départemental semble néanmoins pertinent pour répondre au souhait d'accessibilité et de respect de la logique de parcours des personnes.

Il convient de mentionner ici qu'il n'existe plus de carte de la sectorisation psychiatrique disponible et exploitable. L'ARS n'est « *plus en mesure de constituer la base de données nécessaire à la réalisation d'une carte détaillée de la sectorisation psychiatrique puisque conformément à l'article L3221-4 du Code de la Santé Publique, ce découpage, au sein de leur zone d'intervention respective, relève désormais des seuls établissements dans le cadre de leur organisation propre (...) Ces zonages ne sont pas systématiquement portés à la connaissance de l'ARS, et sont sans doute mouvants, selon l'évolution organisationnelle interne aux établissements chargés de la sectorisation* ». ¹²

Les dénominations utilisées tout au long de ce document pourront faire référence aux subdivisions territoriales que représentent **les 5 zones d'emploi et les 4 arrondissements**¹³ (cartes en page suivante) qui permettent la prise en compte de la géographie montagnaise et de niveaux de proximité d'accès aux soins et aux services.

Ces découpages ne peuvent pas se superposer au découpage de la sectorisation psychiatrique. Ils permettent cependant le recours aux **4 dénominations** entrées aujourd'hui dans le langage commun :

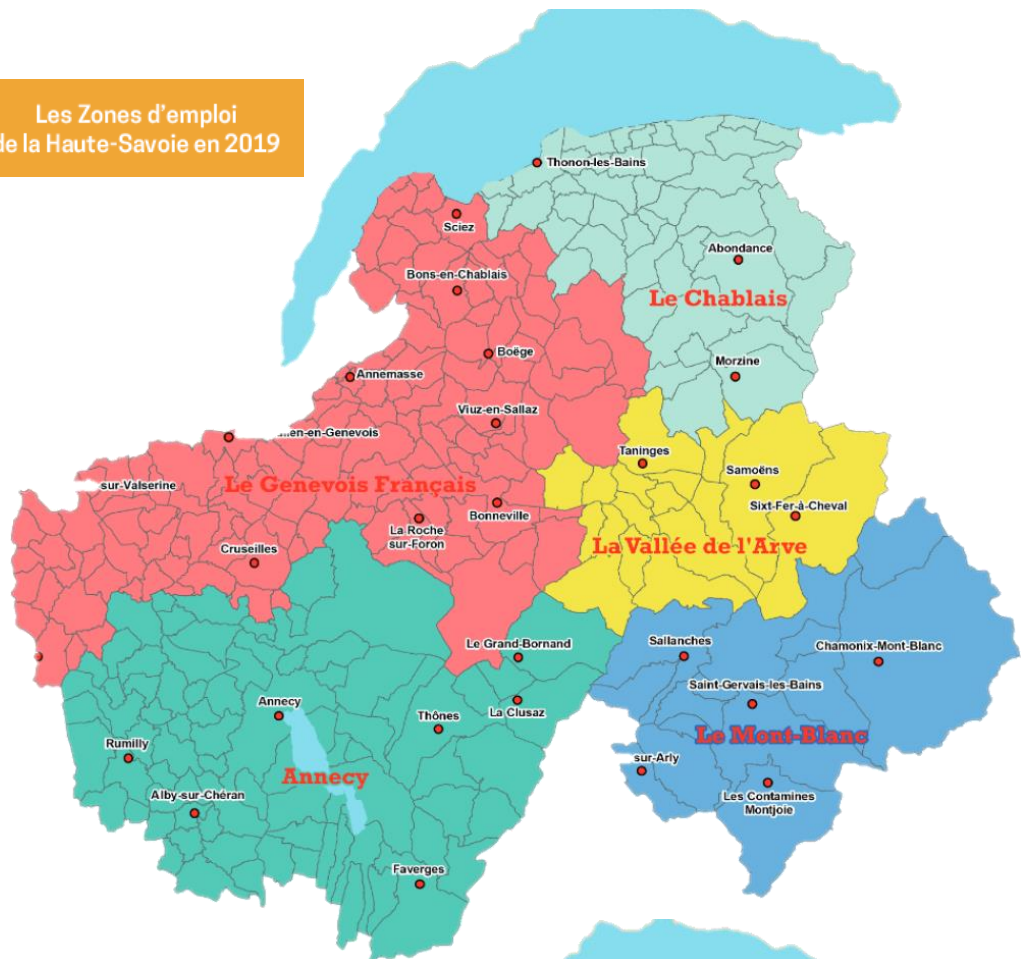
- **Chablais**
- **Arve-Mont Blanc**
- **Genevois**
- **Annecy.**

Il convient de préciser qu'en fonction des acteurs interrogés, de leur champ de compétences, de leurs projets respectifs et de leurs modalités de financement, les délimitations peuvent être poreuses, différemment appréhendées et définies.

¹² Contribution Direction de la Stratégie et des Parcours - Service Statistiques et Etudes, ARS, Juillet 2019

¹³ Conseil Départemental 74, Service Tourisme et Attractivité, Pôle Animation Territoriale et Développement durable, Décembre 2018

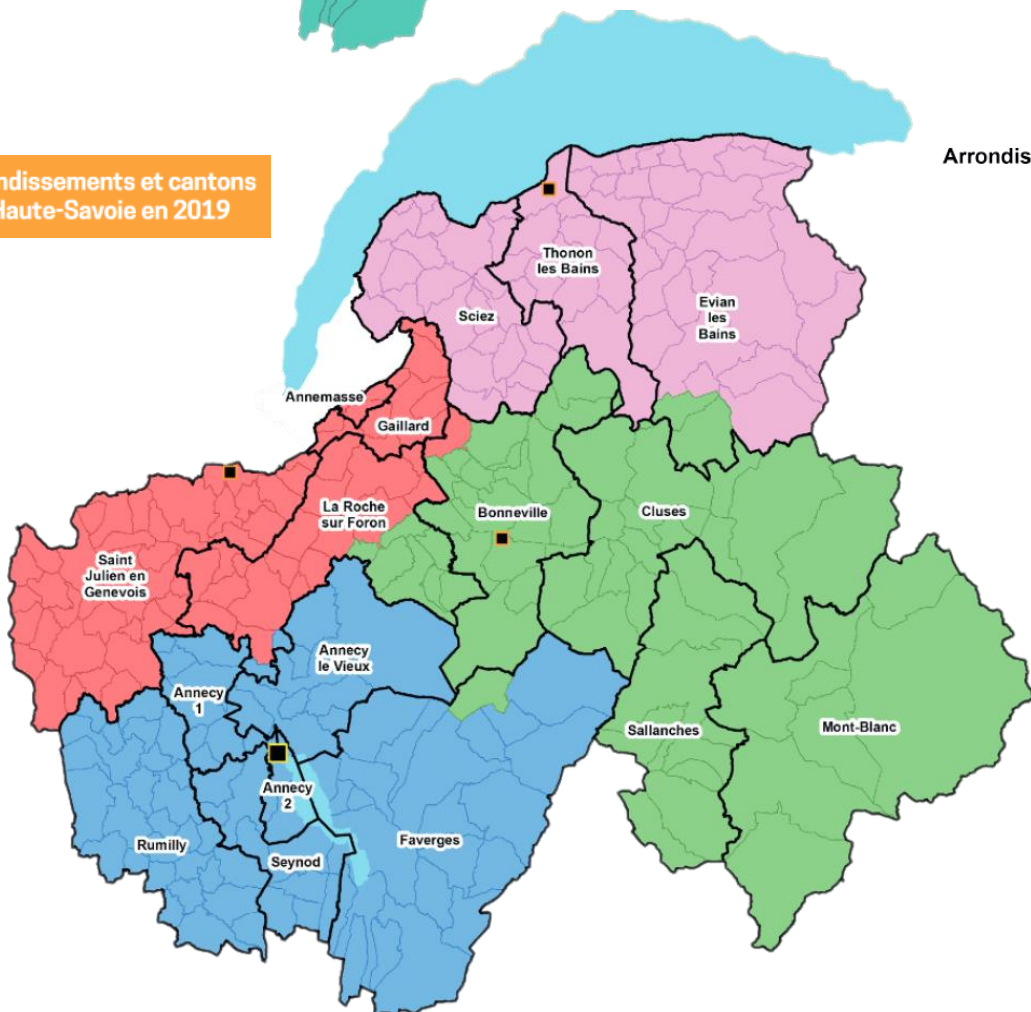
Les Zones d'emploi de la Haute-Savoie en 2019



Les Zones d'emploi en Haute-Savoie

- Agglomérations principales
- Ancecy
- La Vallée de l'Arve
- Le Chablais
- Le Genevois Français
- Le Mont Blanc

Les arrondissements et cantons de la Haute-Savoie en 2019



Arrondissements de la Haute-Savoie en 2019

- Préfecture
- Sous-préfecture
- Ancecy
- Bonneville
- Saint-Julien-en-Genevois
- Thonon-les-Bains

Source : Conseil Départemental, Service Tourisme et Attractivité, Pôle Animation Territoriale et Développement durable, Décembre 2018, Réalisation E. Cavazzana

D. Présentation du document

LA PREMIERE PARTIE visera à présenter certaines caractéristiques géographiques, démographiques et socio-économiques du département de la Haute Savoie. Une sous-partie sera dédiée à des données relatives à l'état de santé de la population.

LA DEUXIEME PARTIE identifiera les ressources du territoire, par type de public (enfants / adolescents / adultes / personnes âgées, populations spécifiques, aidants) en tâchant de répertorier au mieux celles liées à la prise en charge sanitaire, à l'accompagnement social ou médico-social ou aux dispositifs concourant à la promotion de la santé mentale. Des données d'activité pourront s'y ajouter.

Concernant les données d'activités des établissements de santé une partie des données (en psychiatrie générales comme en psychiatrie infanto-juvénile) sont issues du Rapport SPH. Celles-ci demanderaient d'être commentées et examinées de plus près pour une actualisation.

Concernant l'offre dans le secteur du handicap (enfants et adultes), les données sont celles arrêtées au 31.12.2017, issues du Guide régional conçu par l'ARS « *L'offre dans le secteur du handicap des territoires d'Auvergne Rhône Alpes, Guide régional, Autonomie / Stratégie et parcours, Janvier 2019, Edition 2018* ».

Il s'agira d'identifier la part des établissements et services autorisés à accueillir un public présentant une déficience du psychisme par rapport au taux d'équipement global du département. Ne seront concernées que les places autorisées et installées pour la catégorie de clientèle « Déficiences du Psychisme » renseignée dans FINESS au 31.12.2017.

Au-delà des taux d'équipement médico-social autorisés et installés (enfants et adultes), le diagnostic devait permettre de préciser, à travers les chiffres issus du tableau de bord ANAP 2018, la proportion de personnes accompagnées présentant des troubles psychiques dans les ESMS haut-savoyards (toutes autorisations confondues). Ces données n'ont pas pu être transmises à temps par le service compétent¹⁴ de l'ARS. Un recueil pourrait être envisagé dans le cadre de la suite des travaux du PTSM car même si ces indicateurs ne sont pas construits comme un ensemble d'indicateurs opposables, ils permettent de donner une photographie des réalités d'accompagnement, sur la base des déclarations des professionnels concernés.

LA TROISIEME PARTIE présentera les problématiques du territoire, repérées grâce aux différents travaux et aux réponses au questionnaire, en les déclinant selon les 10 éléments attendus d'un diagnostic territorial partagé selon le décret (Art. R. 3224-3).

LA QUATRIEME PARTIE répertoriera les axes de travail déjà identifiés à ce jour et les mettra en lien avec les 6 priorités du décret.

Les étapes suivantes d'élaboration du PTSM viseront à établir la cohérence d'une feuille de route, avec l'identification de macro-actions et leur hiérarchisation, leurs objectifs et l'organisation des actions.

LA CINQUIEME PARTIE définira la suite des travaux.

¹⁴ Service Observation dans le champ médico-social, Pôle Qualité et sécurité des prestations médico-sociales, Direction de l'Autonomie, Clermont Fd

1^{ERE} PARTIE : CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE

I. UNE SITUATION GEOGRAPHIQUE PRIVILEGIEE

Au 1.01.2019 (données INSEE) le Département de la Haute Savoie représente :

- 4 arrondissements
- 17 cantons
- 279 communes
- 20 bassins de vie

La Haute-Savoie bénéficie d'une position géographique privilégiée, qui lui permet d'être un carrefour économique et humain entre la France, la Suisse et l'Italie.

Le département a une géographie impactée par les lacs et le relief. 86 % des communes de la Haute-Savoie sont classées communes de montagne (18 % en France). Cette morphologie façonne le territoire et son occupation du sol, et influence l'organisation territoriale (déplacements, marché immobilier, foncier disponible, etc.). Seulement 11% de la surface du département est urbanisée.



II. UNE CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE SOUTENUE

A. Une augmentation du nombre d'habitants et une forte attractivité

La Haute-Savoie compte **801 416 habitants** au 1er janvier 2016¹⁵ (829 668 en estimation provisoire de l'INSEE au 1.01.2018), soit un habitant de la région sur dix. C'est le **3e département le plus peuplé de la région**, après le Rhône et l'Isère.

	Haute-Savoie	Auvergne Rhône Alpes
Densité de la population (nombre d'habitants au km ²) en 2016	182,6	113,6
Superficie (en km ²)	4387,8	69711,1
Variation de la population : taux annuel moyen entre 2011 et 2016, en %	1,4	0,7

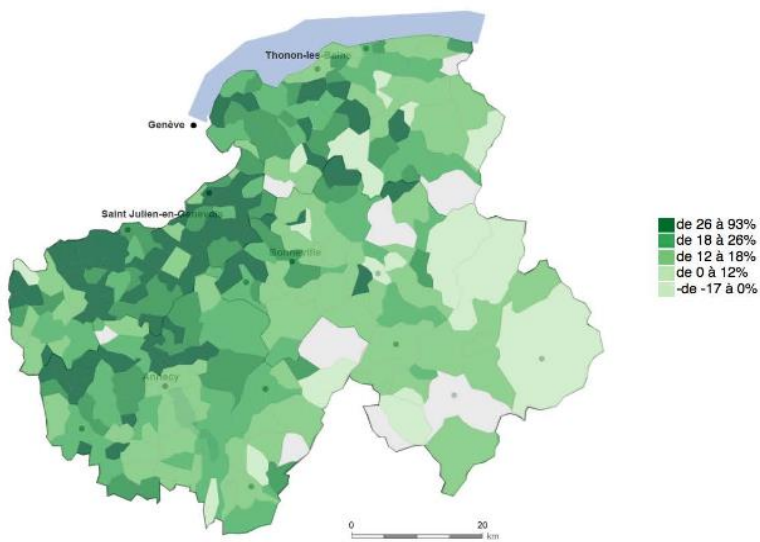
Sources : Insee, RP2011 et RP2016 exploitations principales en géographie au 01/01/2019

¹⁵ INSEE Flash Auvergne Rhône Alpes, n°53, paru le 11.01.2019

La Haute-Savoie affiche la **croissance démographique la plus élevée de France métropolitaine**, avec une augmentation annuelle moyenne de **1,4 % entre 2011 et 2016** (rythme similaire à celui de la période précédente (2006-2011) qui correspond à un gain de 105 000 habitants supplémentaires en dix ans).

Cette croissance tient à la fois à un **excédent des naissances** sur les décès (solde naturel positif) et à un **excédent des arrivées** dans le département sur les départs (solde migratoire positif). L'excédent migratoire (+ 0,8 % par an en moyenne entre 2011 et 2016) est le plus élevé de la région, en lien notamment avec **l'attractivité du Genevois français** où s'implantent de nombreux travailleurs transfrontaliers, mais aussi par le dynamisme de l'aire urbaine d'Annecy.

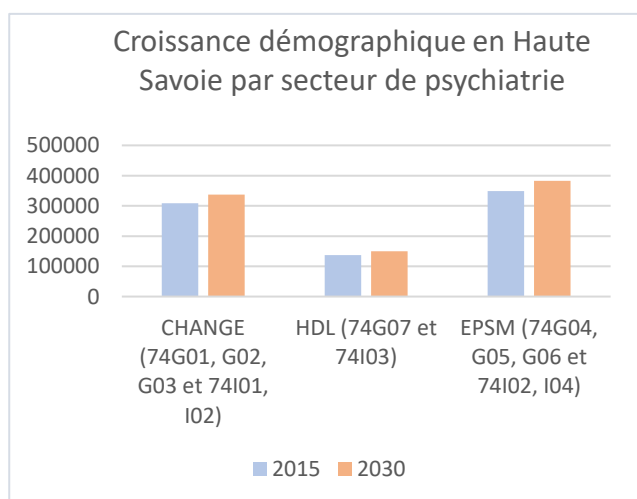
Variation de la population 2006-2015



La croissance de la population est très rapide à proximité de la frontière suisse : la vitalité économique de Genève et le coût du logement (qui reste plus accessible en Haute Savoie que dans le cœur de l'agglomération genevoise) peut expliquer en partie cette dynamique.

A l'inverse, certaines communes de montagne, notamment du massif du Mont-Blanc restent à l'écart de la croissance (-16,6% à Megève entre 2006 et 2015). Le coût du logement et du foncier n'étant sûrement pas étranger à cette diminution de la population).

Au regard de l'objet du présent document, l'évolution de la croissance démographique peut être abordée par secteur de psychiatrie.



	Nombre d'habitants (INSEE 2015)	Nombre d'habitants (Estimés en 2030)
CHANGE	308 128	337 400
HDL	136 940	149 949
EPSM	349 105	382 270
<i>Total</i>	<i>794 173</i>	<i>869 219</i>

Source : Diagnostic Projet d'établissement EPSM, CNEH, Juin 2016

B. Des variations saisonnières importantes de population

En 2017, la Haute Savoie comptait une **fréquentation touristique** annuelle globale de 34 millions de nuitées tout type d'hébergement compris) et un nombre de lits touristiques qui atteint 704 900 pour l'ensemble du département. Malgré une fréquentation touristique annuelle orientée à la baisse (-13% de nuitées entre 1998 et 2017), le tourisme continue d'occuper une part très importante de l'économie (27 228 emplois touristiques salariés dans le secteur privé en 2017, soit 18% des emplois touristiques d'Auvergne Rhône Alpes).¹⁶

Les afflux touristiques **impactent logiquement les professionnels de santé et les structures hospitalières** qui doivent redoubler d'effort pour assurer une présence soignante pérenne et continue notamment dans les zones les plus attractives. Les médecins généralistes, qui représentent l'offre de soins de première ligne, peuvent être d'autant plus touchés sur les territoires sur lesquels les services hospitaliers de référence sont éloignés et dont l'accessibilité par la route est soumise aux conditions climatiques.

L'augmentation saisonnière de la population pose également la question de la **gestion des situations sanitaires exceptionnelles** sur le département.

C. Indice de vieillissement

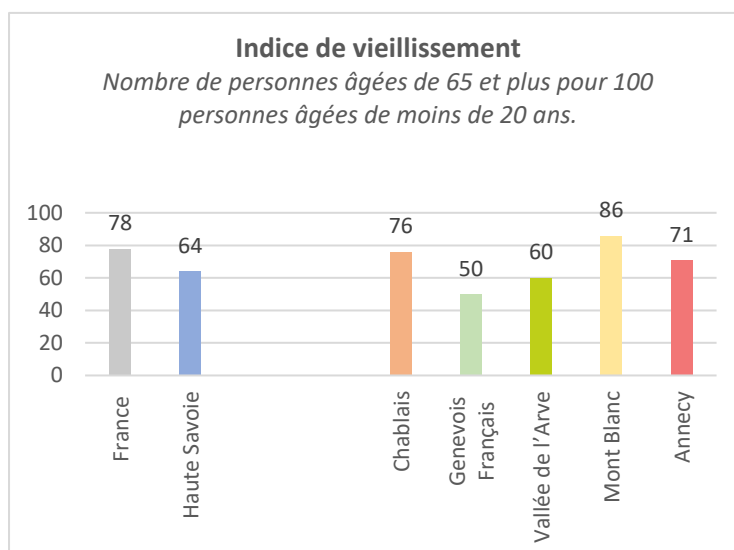
L'indice de vieillissement de la Haute Savoie reste inférieur à l'indice national mais donne à voir des dynamiques différenciées entre les territoires.

La zone d'emploi du Mont Blanc est celle dans laquelle les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents des proportions les plus proches. A l'inverse, l'indice du Genevois français indique un rapport plus favorable aux jeunes.

Malgré cet indice de vieillissement moins important qu'en France métropolitaine, une analyse prospective démographique réalisée par l'INSEE via le modèle OMPHALE 2017, et reprise dans les travaux du Schéma départemental de l'autonomie, met en évidence une hausse de la population âgée au sein de tous les territoires d'ici à 2030 avec des dynamiques démographiques différenciées à l'échelle infra-départementale.

Au 1er janvier 2016, la Haute Savoie compte 7977 bénéficiaires APA à domicile et 6973 bénéficiaires de la Téléalarme.

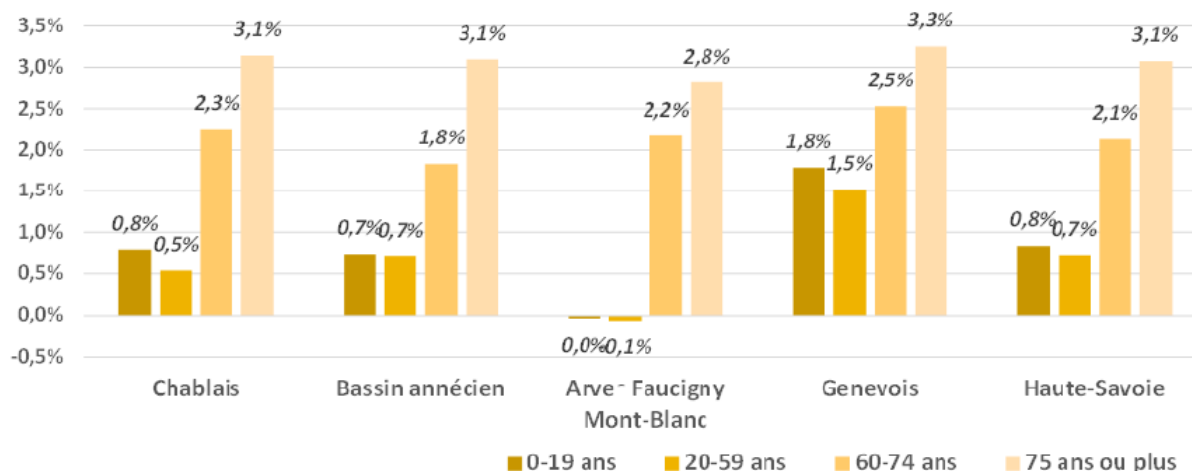
Le nombre de bénéficiaires de l'APA dans le département est dans la moyenne nationale et au-dessus de la moyenne régionale.



¹⁶ Observatoire du tourisme Savoie Mont Blanc, Les chiffres clés, Edition 2019 ; <https://pro.savoie-mont-blanc.com/Observatoire/Nos-publications/Chiffres-cles>

Evolution de la population entre 2013 et 2030 par grande classe d'âge

Selon le scénario central, par territoire



Source : Schéma de l'autonomie 2019-2023 - INSEE, RGP 2013, Projections démographiques, OMPHALE, Scénario centrale

III. UN CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE CONTRASTE

A. Un département parmi les moins exposé au chômage...

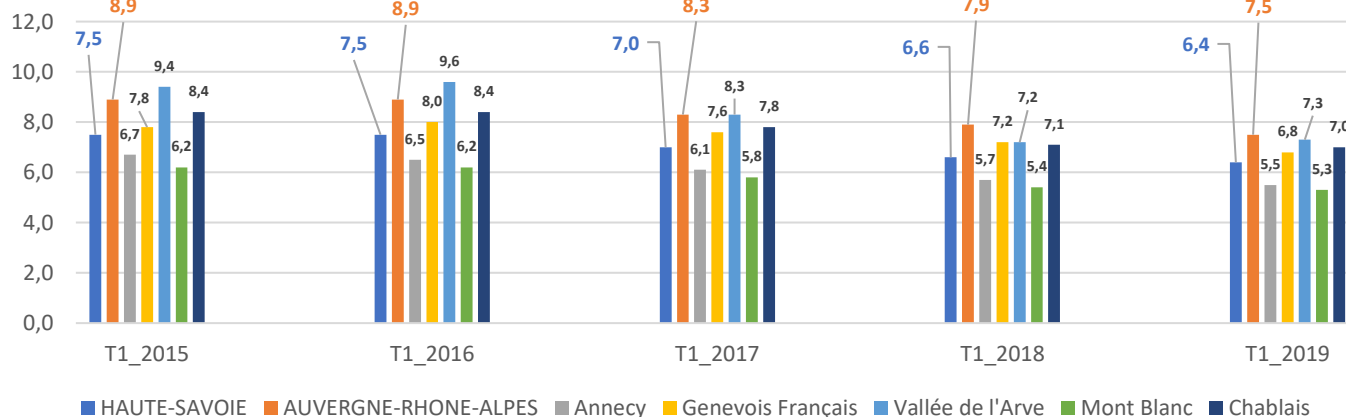
La Haute-Savoie (comme l'Ain et la Savoie) se démarque par une **économie et un marché du travail dynamiques**. Entre 2000 et 2016, le nombre d'emplois s'accroît en moyenne de 0,7 % en Haute-Savoie, contre seulement 0,45 % en France métropolitaine.

Même si en 2015 et en 2016, la Vallée de l'Arve présentait un taux de chômage supérieur à la moyenne départementale, la Haute Savoie se caractérise, par un taux de chômage moins élevé qu'au niveau régional et national. Les zones d'emploi du Mont Blanc et d'Annecy restent significativement en deçà des taux régionaux et départementaux.¹⁷

Taux de chômage localisés par zone d'emploi, en moyenne trimestrielle

(1^{ers} trimestres 2015 à 2019)

Zones d'emploi, Département et Région AuRA

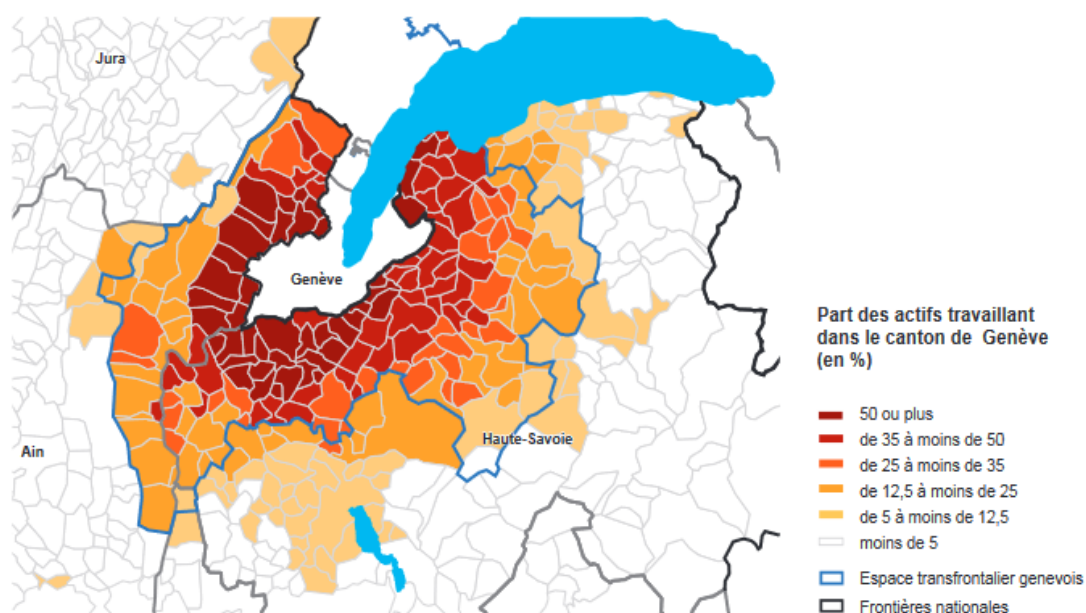


¹⁷ INSEE

B. ... Mais un marché de l'emploi à double visage

La Haute-Savoie bénéficie de l'attractivité de zones dynamiques voisines. Si cet environnement frontalier est porteur, il n'est pas nécessairement synonyme de sécurité de l'emploi pour les résidents, puisque la situation d'une grande partie d'entre eux dépend directement de l'activité des cantons lémaniques et des perspectives d'emploi offertes en Suisse. En 2015, 56 % des nouveaux arrivants en Haute Savoie sont des personnes en emploi dont la moitié déclare exercer leur activité professionnelle en Suisse.¹⁸

Part d'actifs travaillant dans le canton de Genève parmi les actifs occupés des communes françaises, en 2015



Source : Observatoire statistique transfrontalier, INSEE, OCSTAT, Synthèse 2018, p. 16

Le travail frontalier impacte certains secteurs du marché du travail français notamment celui de la santé humaine et de l'action sociale (ou encore ceux de l'hôtellerie-restauration, du ménage ou de l'aide à domicile) qui se trouvent régulièrement devant une pénurie de candidats. Les résultats 2019 de l'enquête « Besoins en main d'œuvre »¹⁹ effectuée chaque année par Pôle emploi (informations liées aux seuls projets de recrutement connus de Pôle Emploi) illustre en partie cette réalité haut-savoyarde, principalement marquée dans le Genevois français.

Enquête besoins en main d'œuvre 2019 – Secteur Santé Humaine et Action sociale			
Bassin d'emploi	Projets de recrutement	Difficultés à recruter	Emplois saisonniers
Auvergne Rhône Alpes	37 291	64,80%	19,40%
Haute-Savoie	3 561	75,80%	14,10%
Chablais	582	79,40%	9,30%
Genevois Français	821	81,20%	11,60%
Vallée de l'Arve	816	67,00%	17,40%
Anancy	1 342	76,30%	15,80%

Source : Site Pôle Emploi

¹⁸ Observatoire statistique transfrontalier, INSEE, OCSTAT, Synthèse
https://www.geneve.ch/statistique/tel/publications/2018/hors_collection/ost/Synthese_2018.pdf

¹⁹ <https://statistiques.pole-emploi.org/bmo>

Même si les postes non pourvus ne sont pas uniquement dus à la proximité de la frontière et que d'autres phénomènes entrent en jeu (notamment l'attractivité même des métiers, le coût du logement et de la vie en Haute Savoie), les difficultés de recrutement peuvent en partie être éclairées par les différences de salaires notables entre la France et la Suisse (les chiffres présentés sont à prendre avec précaution au regard de leur « décontextualisation »).

Comparaison salaires à fonction équivalente en début de carrière	
Salaires mensuel net FPH avant impôt	Salaires mensuel net Hôpitaux Universitaires de Genève
<ul style="list-style-type: none"> • Infirmier Diplômé d'Etat : 1 770 € • Aide-Soignant : 1 564 € • Agent de Service Hospitalier : 1 414 € 	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmier (non spécialisé : classe 15 niveau 1) : 6 600 CHF (6 000 €) 3,3 fois supérieur au salaire FPH • Aide en soins et accompagnement (classe 8, niveau 1) : 4 854 CHF (4 400€) 3,1 fois supérieur au salaire FPH

Source : Document de travail interne EPSM

Cette particularité transfrontalière demande d'accorder une attention particulière à la question du *turn-over* du personnel médical et non médical, qui représente une cause de fragilité pour plusieurs établissements.

La promotion de l'application d'une prime de vie chère fait partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM

C. Un niveau de vie élevé...

La présence d'une forte partie de la population tirant ses ressources du travail frontalier entraîne un niveau de vie élevé sur l'ensemble des 5 zones d'emploi du département (+17,7 % par rapport à la Région). En 2015, la médiane du niveau de vie des résidents du Genevois français était de 28 732 euros (un montant supérieur de 26 % à celui observé en région Auvergne-Rhône-Alpes) alors même que la part des ménages fiscaux imposés était la plus basse des différentes zones d'emploi.

Zones d'Emploi	Part des ménages fiscaux imposés (%)	Médiane du niveau de vie (€)
Auvergne Rhône Alpes	56,2	21 231
Haute-Savoie	60,4	25 001
Chablais	64,2	24 693
Genevois Français	53,0	28 732
Vallée de l'Arve	61,6	22 039
Annecy	65,4	24 147
Mont Blanc	63,9	22 295

Source : Insee, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) – 2015

D. ... Et une existence réelle d'inégalités aux profils hétérogènes

Les données relatives au niveau de vie sont à nuancer avec d'autres indicateurs qui illustrent la présence d'inégalités territoriales locales²⁰ :

- En février 2019, sur l'ensemble du département, 6 quartiers sont identifiés comme Quartier Prioritaire de la Ville²¹ :

Haute-Savoie		6 QPV	
Annemasse Agglo	Ambilly	en veille	La Croix
		en veille	La Treille
	Annemasse	Restant	Le Perrier - Château Rouge - Livron
	Gaillard	Restant	Le Chalet - Helvetia Park
CC Cluses-Arve et montagnes	Ville-la-Grand	en veille	Pré des plans
	Cluses	Restant	Les Ewües
	Marnaz	en veille	Les Valignons
CC des collines du Léman	Scionzier	en veille	Le Crozet
	Thonon-les-Bains	Restant	Collonges-Sainte-Hélène
CC du Genevois	Saint-Julien-en-Genevois	Entrant	Saint-Georges - Route de Thairiv
CC Faucigny-Glières	Bonneville	Restant	Bois Jolivet - Les Iles - Bellerive
CC du Pays Rochois	La Roche-sur-Foron	en veille	La Balme

- En 2015, 65 809 personnes vivent dans un foyer allocataire à bas revenus, c'est-à-dire un foyer dont les ressources sont inférieures à 1 043 euros par mois. Même si cette situation ne concerne « que » 8,4 % de la population du département (taux très inférieur aux valeurs observées pour la région (13,2 %) et pour la France métropolitaine (15 %) elle ne peut être niée, notamment car certains territoires présentent des situations contrastées : Annemasse-Les Voirons Agglomération et la communauté de communes de Cluses-Arve et Montagnes ont des proportions plus élevées de leur population vivant dans un foyer allocataire à bas revenus (respectivement 12,9 % et 12,1 %).
- En 2015, 24 438 personnes vivent dans un foyer allocataire du revenu de solidarité active (RSA), soit 3,1 % de la population du département. Cette part est inférieure aux valeurs régionale (6,2 %) et nationale (7,8 %). En raison du nombre important de travailleurs saisonniers dans les zones de montagne qui ont un statut et des conditions d'emploi plus précaires, le poids du RSA activité est marqué dans le massif du Mont-Blanc (Vallée de Chamonix-Mont-Blanc et Pays du Mont-Blanc), la chaîne des Aravis (Vallée de Thônes) et le massif des Bauges (Canton de Rumilly).
- L'accès au logement représente également une source d'inégalité à ne pas négliger. En raison du coût élevé du logement (plus de 3 500 € le m²) les Haut-Savoyards ont de plus en plus recours à la location plutôt qu'à l'achat.
 - A titre indicatif, au regard des salaires présentés en partie précédente et sur la base du montant moyen d'un F3 en location dans le territoire (Source FNAIM) équivalent à 840€/mois (14 €/m²), un F3 de 60 m² revient à 47 % d'un salaire IDE (Infirmier Diplômé d'Etat), 54 % d'un salaire AS (Aide-Soignant), 59 % d'un salaire ASH (Agent de Service Hospitalier).
 - La demande de logement locatif social n'a jamais été aussi élevée : 24 132 début janvier 2019 (soit une progression de 4,7 % en un an). 13 491 ménages en demande sont éligibles à un logement très social. La demande en logement très social a par ailleurs progressé de près de 5 % depuis un an (3,5 % entre 2017 et 2018).²² Les principaux motifs de la demande sont :

²⁰ https://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2018/hors_collection/ost/Synthese_2018.pdf

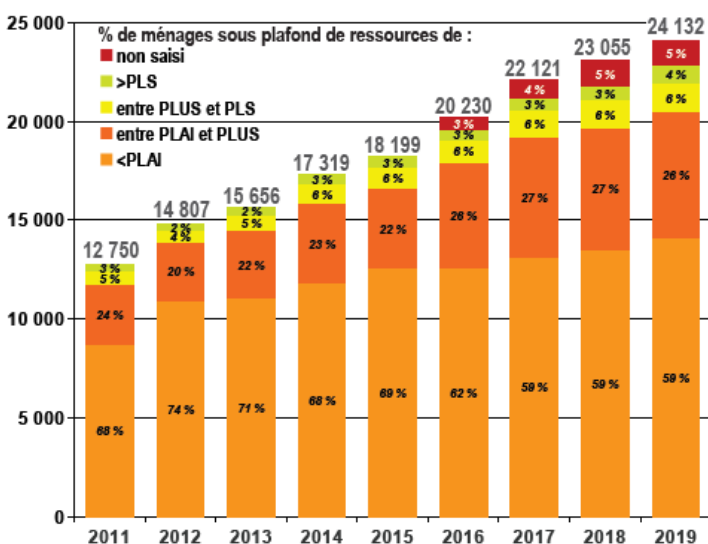
²¹ Labo-Cité https://www.labo-cites.org/politique_ville

²² Observatoire de la demande en logement social en Haute-Savoie, n°14 <http://www.haute-savoie.gouv.fr/Politiques-publiques/La-Haute-Savoie/Logement/Observatoire-de-la-demande-en-logement-social>

- L'inadaptation du logement actuel (logement trop petit, trop grand, trop cher, problèmes d'environnement ou de voisinage, rapprochement du lieu de travail ou des services) : 42 % des demandeurs.
- Situations de grande précarité : 28 %
- Demande suite à un changement de situation familiale : 12 %.
- Par ailleurs, 5 % demandeurs sont logés dans des foyers ou centres d'hébergement, 25 % sont hébergés chez un tiers et 4 % sont logés dans des conditions précaires : camping, sans abri, hôtel ou squat. Ce nombre de demandeurs qui était en augmentation de 17 % en 2017 progresse de 11 % sur l'année 2018.

Évolution du nombre de ménages en demande de logement social

Au 1^{er} janvier de chaque année



Jusqu'au 31 décembre 2015 : source PLS-ADIL74,
Depuis le 1^{er} janvier 2016 : source SNE

Répartition des ménages en demande

Dans les 8 Établissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) les plus peuplés

Territoires	Nombre de demandeurs début 2019	Nombre de demandeurs début 2018	Évolution depuis 1 an
CA Grand Anney	8 098	7 833	+3,4 %
CA Annemasse Agglo	5 011	4 661	+7,5 %
CA Thonon Agglomération	2 415	2 241	+7,8 %
CC Cluses Arve et Montagnes	1 343	1 284	+4,6 %
CC Genevois	1 183	1 112	+6,4 %
CC Pays du Mont-Blanc	995	882	+8,3 %
CC Pays d'Évian Vallée d'Abondance	920	828	+11,1 %
CC Rumilly Terre de Savoie	550	548	+0,4 %

L'augmentation de la demande est forte, voire très forte, sur ces différents EPCI, sauf sur le territoire de la CC Rumilly Terre de Savoie.

La demande est encore extrêmement forte sur les deux communautés d'agglomération les plus peuplées : Grand Anney avec plus de 8 000 demandeurs et Annemasse Agglo avec plus de 5 000. A eux seuls, ces deux territoires concentrent 54 % de la demande en logement social, tandis que leur parc locatif social représente 46 % du parc locatif social du département²³.

²³ Observatoire de la demande en logement social en Haute-Savoie, n°14

IV. DONNEES RELATIVES A L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

A. Espérance de vie et taux de mortalité

En 2013, le département de la Haute Savoie présente une espérance de vie de 80,2 ans pour les hommes et de 85.8 ans pour les femmes, soit respectivement 1,5 an et 8 mois de plus par rapport à la moyenne française (tendance proche des années précédentes).

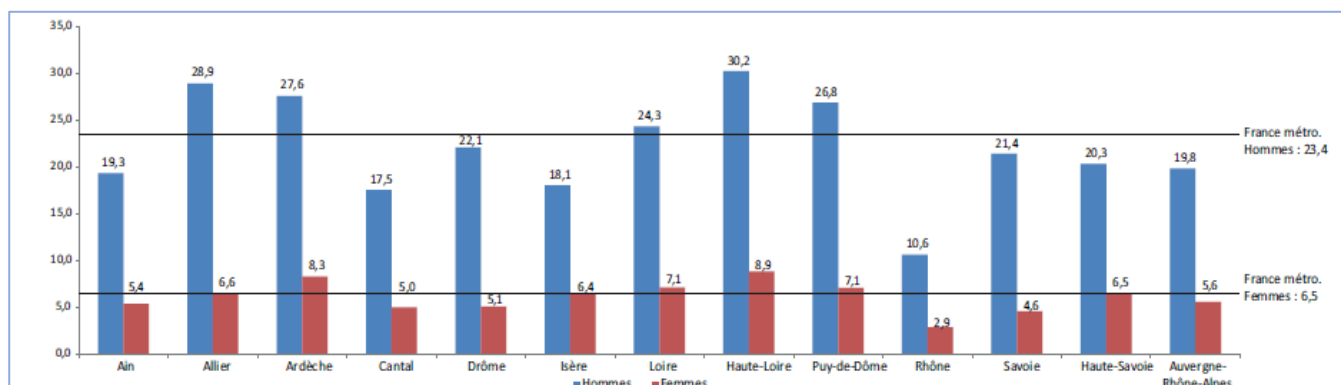
Indicateurs 2013	Haute Savoie	Région AuRA	France
Hommes	80.2	79.6	78.7
Femmes	85.8	85.5	85.0

Source : INSEE, 2013

1. Taux de mortalité par suicide et tentatives de suicide

Sur la période 2000-2008, le taux annuel de mortalité par suicide en Haute Savoie était le 4^{ème} taux le plus élevé de la région (7,2/100 000 pour 6,3/100 000 pour la région) alors que le taux d'hospitalisation (la psychiatrie n'était pas incluse dans l'étude) pour tentatives de suicide était le plus faible de la région (235,6/100 000 vs 351,9/100 000 en Rhône Alpes pour les femmes et 80,6/100 000 vs 130,5/ 100 000 pour les hommes).²⁴

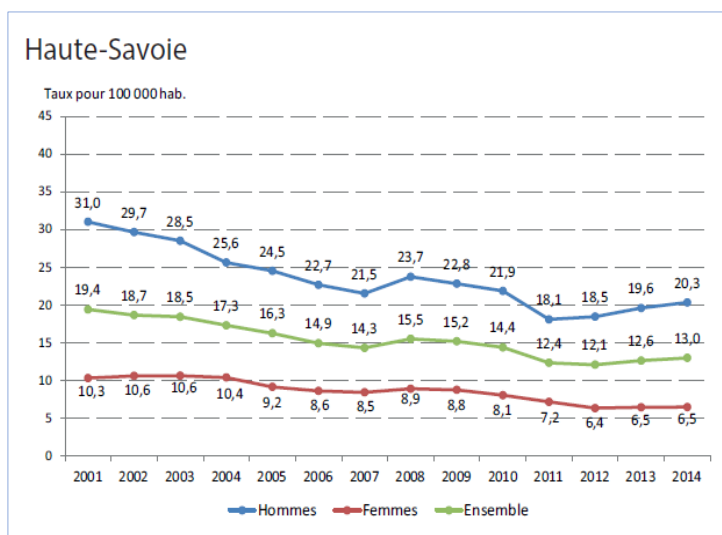
Sur la période 2013-2015, le Département de la Haute Savoie enregistre un **taux annuel standardisé de mortalité par suicide inférieur au taux national pour les hommes et égal pour les femmes** mais qui continue d'être supérieur au taux régional (5^{ème} taux le plus haut de la région pour les femmes).²⁵



Sources : INSERM-CépiDc 2013-2015, INSEE (RP 2013-2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône Alpes

²⁴ Réalisation d'un projet d'organisation territoriale de l'offre de soins psychiatriques et de santé mentale sur le département de la Haute Savoie, SPH Conseil, Novembre 2015

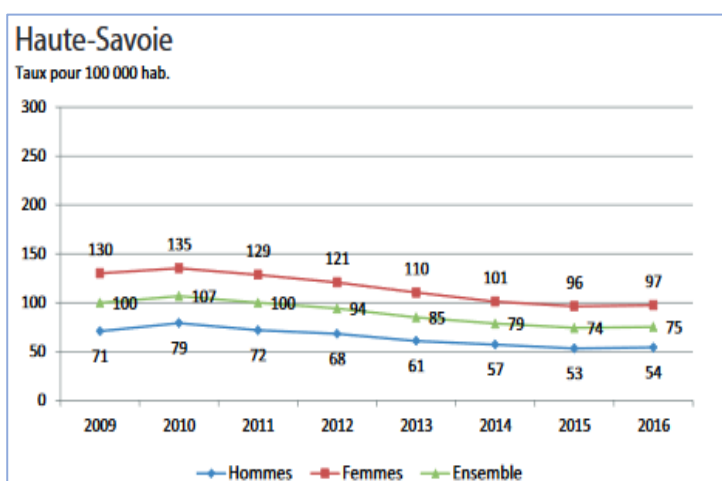
²⁵ Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes - Bulletin N°5, janvier 2019, p.40 https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ORSuicide_Bull5_2019.pdf



Le graphique ci-contre présente l'évolution des taux annuels standardisés de mortalité par suicide en Haute Savoie de 2000 à 2015.

La tendance globale est à la baisse mais une augmentation chez les hommes apparait entre 2010 et 2014.

Par ailleurs, en 2015, le taux d'hospitalisation pour suicide chez les 12-18 ans était de 13.6 pour 10 000 habitants en Haute Savoie. Un taux supérieur à celui de la Région (11,8) et inférieur au taux national (16,1)²⁶



Sur la période 2008-2016, la Haute Savoie enregistre une diminution des taux* annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour TS avec une stabilisation entre 2015 et 2016.

* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée.
Sources : PMSI-MCO 2008-2017, Insee, estimation de population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En 2016, le taux annuel standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour TS est significativement en dessous des taux régionaux et nationaux :

- Chez les hommes : 54 pour 100 000 (AuRA : 89 / France : 111)
- Chez les femmes : 97 pour 100 000 (AuRA : 142 / France : 167 pour les femmes).

Entre 2015-2017, le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide représente :

- Chez les 10-24 ans :
 - 47 pour 100 000 chez les garçons (AuRA : 80 / France : 100)
 - 170 pour 100 000 chez les filles (AuRA : 220 / France : 276)
- Chez les 45-64 ans :
 - 70 pour 100 000 chez les hommes (AuRA : 116 / France : 139)
 - 118 pour 100 000 chez les femmes (AuRA : 177 / France : 202)
- Chez les plus de 65 ans :
 - 48 pour 100 000 chez les hommes (AuRA : 58 / France 61)

²⁶ Source PMSI / Traitement Cartosanté – Atlas santé mentale ; <https://santementale.atlasante.fr/>

- 48 pour 100 000 chez les femmes (AuRA : 76 / France : 85)

Comme pour la Région, les taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour TS sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

En Haute Savoie, sur la période 2013-2017, 13.6 % des patients hospitalisés pour une tentative de suicide ont eu au moins 2 séjours pour tentative de suicide sur cette période (14,7 % pour la Région).

Le déploiement d'une politique de prévention du suicide, notamment autour de la réitération suicidaire (VigilanS) fait partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM

2. Décès liés à des troubles mentaux et aux addictions aux produits psychoactifs

En 2016 en Haute Savoie, sur les 5523 décès recensés, 231 le sont pour cause de troubles mentaux et du comportement (soit 4.2% du total des décès). Ce nombre de décès est en augmentation chaque année puisqu'en 2013, 168 décès étaient comptabilisés (208 en 2014, 229 en 2015). Un croisement de ces données avec les chiffres concernant l'évolution démographique du département serait pertinent.

Causes de décès en Haute Savoie			
Année 2016			
	Haute Savoie	Rhône Alpes	France
Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)	27	181	2464
<i>Dont Hommes</i>	19	141	1934
<i>Dont Femmes</i>	8	40	530
Pharmacodépendance toxicomanie	5	16	224
<i>Dont Hommes</i>	3	12	188
<i>Dont Femmes</i>	2	4	36
Autres troubles mentaux et du comportement	199	2072	22923
<i>Dont Hommes</i>	66	714	7925
<i>Dont Femmes</i>	133	1358	14998
TOTAL	231	2269	25611
<i>Total Hommes</i>	88	867	10047
<i>Total Femmes</i>	143	1402	15564

Source : INSERM, CépiDc

Sur les 231 décès recensés en 2016, 184 concernent les plus de 75 ans, 40 concernent les 45-74 ans, 7 les 25-44 ans.

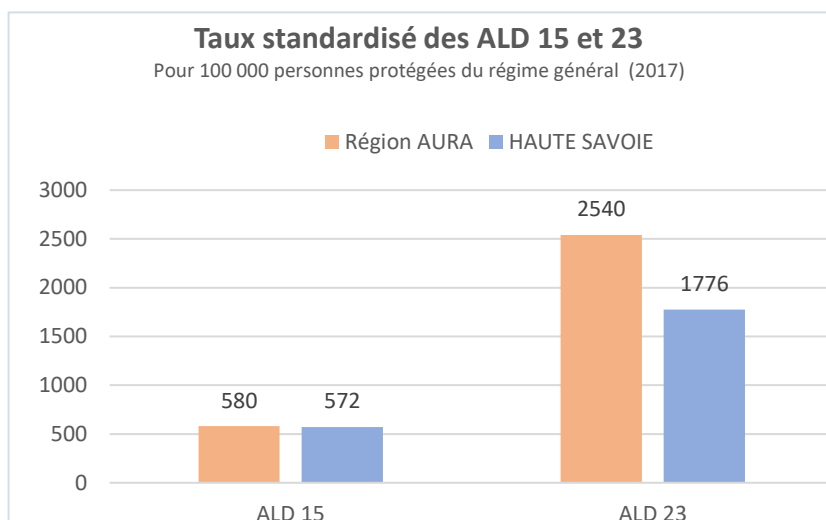
B. Les ALD 23 et ALD15 (Régime général uniquement)

Une affection de longue durée exonérante est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ouvrant droit à la prise en charge à 100 % pour les soins liés à cette pathologie. Sur la trentaine de pathologies figurant sur la liste de ces affections, l'ALD 15 et l'ALD 23 sont celles directement et systématiquement liées à un problème de santé mentale :

- Maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15)
- Affections psychiatriques de longue durée (ALD 23)

La Haute Savoie présente un taux de personnes prises en charge en ALD15 équivalent au taux régional. Le taux de prise en charge en ALD 23 se situe quant à lui en deçà des chiffres régionaux.²⁷

Notons par ailleurs que d'autres ALD peuvent secondairement engendrer des troubles psychiques voire psychiatriques (exemple de la sclérose en plaques) et avoir des conséquences plus ou moins importantes sur l'état de santé mentale des personnes touchées

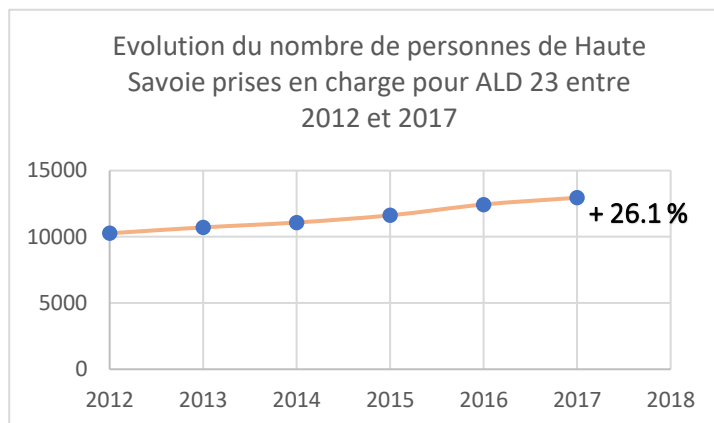
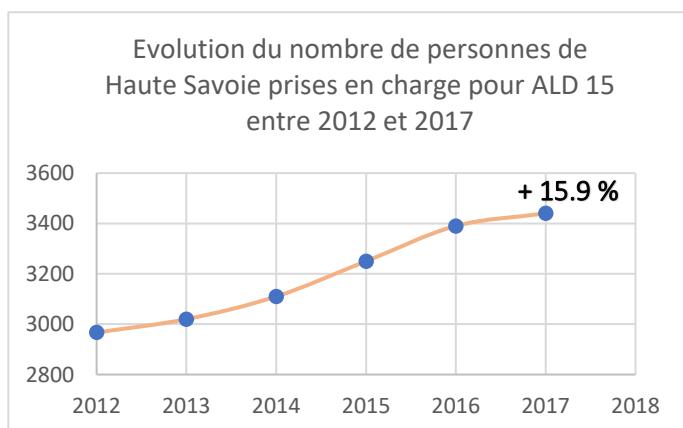


En 2017 en Haute Savoie :

- 3440 personnes sont prises en charge au titre d'une affection longue durée pour maladie d'Alzheimer et autre démence (ALD 15), soit 473 personnes de plus qu'en 2012 (soit une augmentation de 15.9% en 5 ans)
- 12950 personnes sont prises en charge au titre d'une affection psychiatrique de longue durée (ALD 23), soit près de 2684 de plus qu'en 2012 (soit une augmentation de 26.1% en 5 ans).

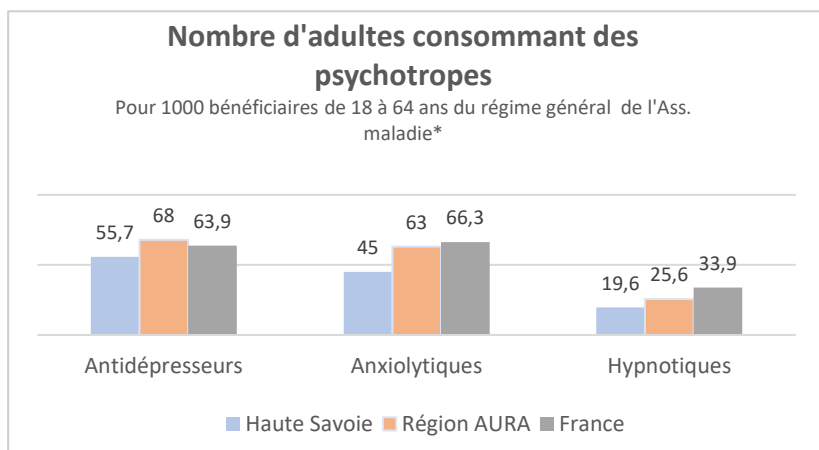
A titre de comparaison, sur la même période :

- En ALD 15 : 423 personnes de plus dans l'Ain et 535 de plus en Savoie
- En ALD 23 : 1826 personnes de plus dans l'Ain et 1499 de plus en Savoie.



²⁷ Source AMELI

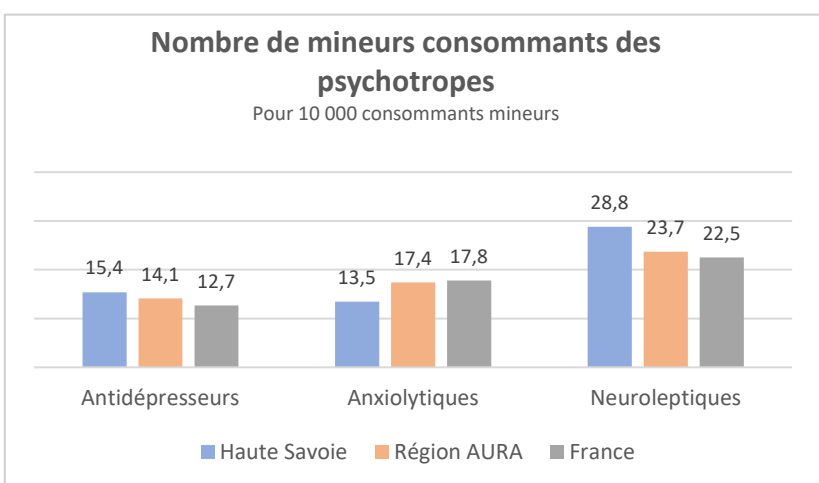
C. Le recours à des traitements psychotropes



Chez les adultes, la consommation de psychotropes est en deçà de la consommation régionale et nationale.

Source : SNIRAM 2015 / Traitement Cartosanté – Atlas santé mentale

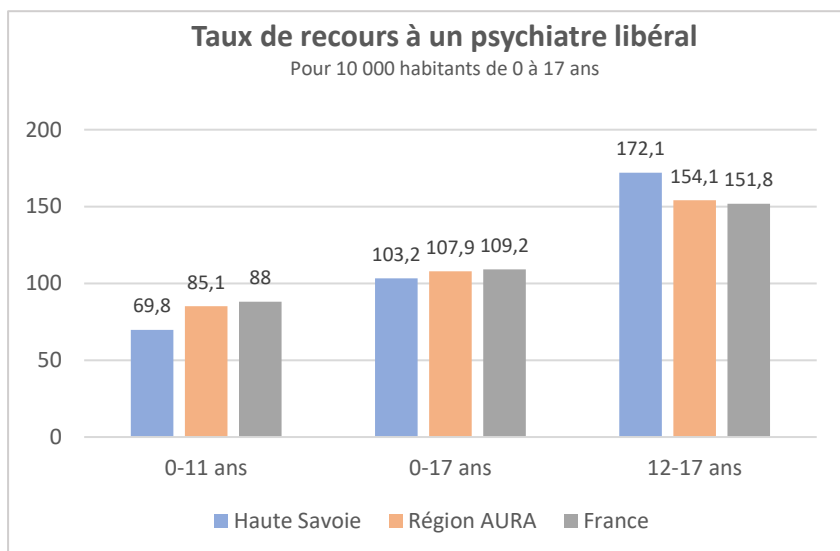
Il s'agit de traitements pris « hors pathologies », c'est à dire sans code diagnostic de pathologie psychiatrique retrouvé dans les 5 ans



Contrairement à la population adulte, les données 2014 donnent à voir une consommation plus élevée de neuroleptiques et d'antidépresseurs chez les mineurs du département par rapport aux indicateurs régionaux et nationaux.

Source : CNAMTS 2014 / Traitement Cartosanté – Atlas santé mentale

D. Données de consommations de soins



Le taux départemental de recours à un psychiatre est inférieur aux taux régional et national pour les 0-17 ans et plus élevé pour les 12-17 ans.

Source : CNAMTS 2015 / Traitement Cartosanté – Atlas santé mentale

E. Le handicap psychique en Haute Savoie

1. Un taux de recours à la MDPH inférieur à la moyenne nationale

La MDPH, en tant qu'instance d'orientation qui conditionne l'accès aux établissements et services médico-sociaux est un partenaire incontournable de toute démarche de diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale. La Haute Savoie (comme l'Ain) fait partie des départements de la Région dans lesquels le taux de recours à la MDPH est le plus faible.

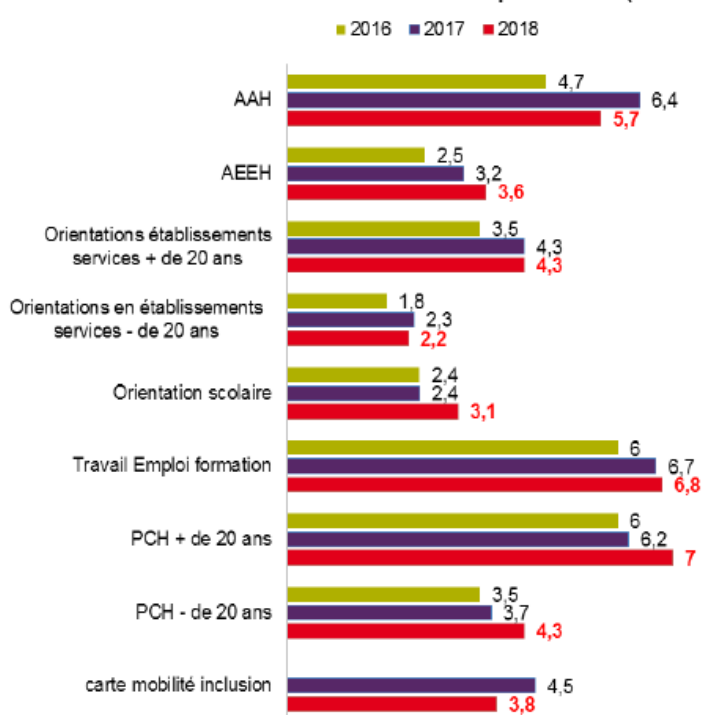
En 2016²⁸, chez les adultes, le taux de personnes de 20 ans et plus ayant déposé une demande à la MDPH est de **21,8 pour 1 000 habitants** contre **27,3 %** pour l'ensemble des départements français. Chez les enfants, le taux de personnes de moins de 20 ans ayant déposé une demande à la MDPH est de **19,3 pour 1 000 habitants** contre **22,8 %** pour l'ensemble des départements français.

La CNSA constate, à partir d'un ensemble d'indicateurs, qu'un faible taux de recours à la MDPH concerne particulièrement les départements jeunes, à densité plus forte, dans lequel le taux de chômage est le moins élevé et où les taux d'allocataires d'AAH et de PCH rapportés à la population sont les plus faibles, ce qui est le cas de la Haute Savoie.

2. Des demandes en augmentation, des délais de traitement particulièrement longs

Les données issues du logiciel de la MDPH²⁹ indiquent que 39 527 personnes, soit **4,76% de la population de la Haute-Savoie, sont « connues » de la MDPH** (en 2017 : 37 031 personnes, soit 4,59% de la population de la Haute-Savoie). Malgré une stabilisation du nombre de demandes ces deux dernières années, celles-ci ont doublé en 10 ans (environ 14 000 demandes en 2008 / 31 000 demandes en 2018). La reconnaissance du handicap psychique comme handicap spécifique n'est pas étrangère à cette augmentation.

Evolution des délais de traitement par mesures (en mois)



En Haute Savoie, le délai moyen global est passé de 5 mois en 2017 à 4,5 mois en 2018.

Si les délais moyens de traitement ont été proches des délais moyens nationaux jusqu'en 2015 et relativement stables (autour de 4,4 mois) avec un délai de traitement pour les moins de 20 ans particulièrement bas (2,3 mois), une dégradation est observée depuis 2016. L'année 2018 a néanmoins permis une amélioration sensible pour les plus de 20 ans.

Les délais présentés ci-contre représentent l'intervalle de temps entre la date de dépôt de la demande par l'utilisateur et la date de décision prise par la CDAH. Il n'intègre pas le délai entre le dépôt du dossier et sa réception "réputé complet" par la MDPH.³⁰

²⁸CNSA, Analyse statistique n° 07 Novembre 2018, Les personnes ayant recours à la MDPH en 2016 : portrait des territoires https://www.cnsa.fr/documentation/analyse_statistique_n7_personnes_ayant_recours_aux_mdph_en_2016-nov_2018.pdf

²⁹Rapport d'activité MDPH 2018, p. 7

³⁰Rapport d'activité MDPH 2018, page 11

3. Une représentation forte des troubles psychiques

a) Dans les dossiers traités par la MDPH

De façon à mieux connaître la population haut-savoiarde en matière de handicap, et donc de mieux connaître les besoins, le codage des pathologies et des déficiences est effectué depuis début 2013. Réalisé par les médecins avec implication du secrétariat de l'Equipe Pluridisciplinaire, le codage est réalisé de façon « ciblée » lors de l'étude d'une demande.

En 2017, sur 1283 décisions d'accord de PCH (Prestation de Compensation du Handicap) :

- Chez les moins de 20 ans, les troubles envahissants du développement, autisme typique, autisme Asperger... étaient les pathologies les plus fréquemment codées (36,7 % des dossiers). Une déficience du psychisme (catégorie 2) était relevée dans 30,8 % des situations (dont 77 % relevant de troubles du comportement de la personnalité et des capacités relationnelles).
- Chez les plus de 20 ans, les pathologies psychiatriques représentaient 8 % des dossiers.

En 2017 également, sur 209 accords d'orientation en ESAT, les pathologies psychiatriques représentaient les pathologies les plus fréquemment codées à hauteur de 50 %. Un syndrome autistique apparaissait dans 10 % des dossiers. Une déficience du psychisme (catégorie 2) était relevée dans 35 % des situations (dont 47 % relevant de troubles du comportement et des capacités relationnelles).

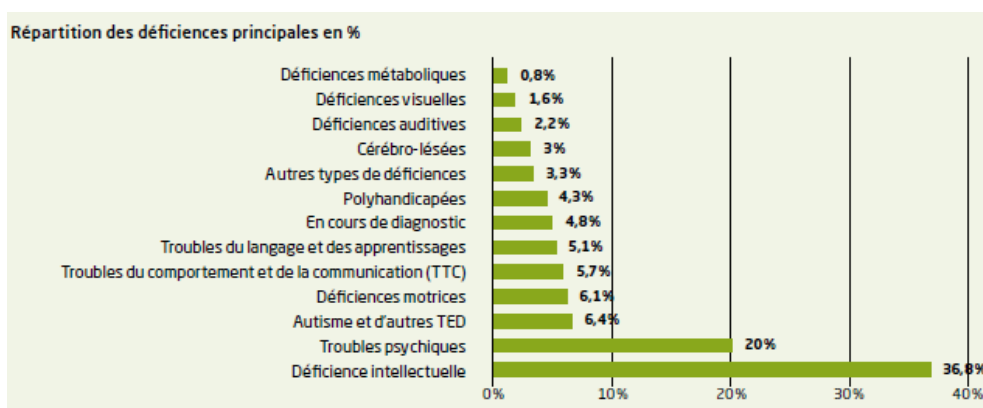
b) Au sein des ESMS

Comme indiqué en page 21, les données spécifiques à la Haute Savoie n'ont pas pu être collectées dans le cadre de la rédaction de ce diagnostic. Néanmoins les informations collectées dans le [tableau de bord de la performance dans le secteur médicosocial](#) permettent de pointer certaines spécificités et de donner certaines [tendances nationales](#) en fonction des catégories d'ESMS concernées par le tableau de bord.

En 2016, les 9444 ESMS du secteur PH renseignant le tableau de bord ont pris en charge 586 645 personnes.

Ces personnes présentent majoritairement des déficiences intellectuelles (36 % des cas) ou des [troubles psychiques](#) (20 %).

On constate que certaines catégories d'ESMS accueillent des publics aux profils variés et prennent en charge différentes déficiences à titre principal, tels que les SESSAD, les CMPP ou les CAMSP. À l'inverse, d'autres catégories, conformément à leur mission, apparaissent plus spécialisées³¹.



³¹ Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, Premiers enseignements, Publication ANAP, Juin 2018

Répartition des déficiences principales au sein des ESMS (données nationales)

%	TTC	Polyhandicapés	Cérébro-lésés	Déf. métaboliques	Déf. motrices	Déf. visuelles	Déf. auditives	Troubles du langage et des apprentissages	Troubles psychiques	Autisme et autres TED	Déf. Intellectuelles	Autres types de déf.	En cours de diagnostic
CAMSP	5,0%	4,0%	2,9%	0,7%	10,0%	0,8%	2,0%	10,2%	12,2%	6,7%	14,8%	10,5%	20,3%
CMPP	13,0%	0,1%	0,0%	0,1%	1,1%	0,0%	0,1%	17,7%	36,2%	4,2%	2,6%	6,4%	18,6%
CRP	0,1%	3,5%	2,7%	11,7%	48,5%	3,5%	2,3%	0,7%	12,2%	0,5%	1,4%	11,5%	1,5%
EEAP	1,2%	72,3%	2,3%	0,3%	4,4%	0,2%	0,2%	1,2%	1,0%	4,6%	9,6%	0,7%	1,9%
ESAT	1,3%	0,5%	2,0%	0,6%	2,6%	0,8%	0,9%	0,5%	22,6%	2,0%	64,1%	1,6%	0,6%
FAM	2,2%	9,5%	10,1%	0,9%	10,1%	1,4%	0,8%	1,4%	17,1%	13,2%	29,9%	2,7%	0,6%
FH	1,6%	0,4%	1,4%	0,6%	2,1%	0,8%	0,7%	0,5%	17,2%	2,3%	70,0%	1,4%	0,9%
FV	1,6%	2,0%	3,5%	0,9%	4,1%	1,2%	0,6%	1,1%	18,7%	5,0%	58,8%	1,7%	0,7%
IDA	0,0%	1,9%	0,0%	0,0%	0,1%	0,3%	74,5%	18,0%	1,7%	0,5%	1,5%	1,4%	0,0%
IDV	0,1%	4,2%	2,1%	0,6%	0,1%	81,7%	0,0%	0,0%	0,4%	4,5%	1,3%	3,9%	1,1%
IEM	1,0%	11,9%	11,8%	1,9%	59,4%	0,3%	0,3%	2,6%	0,8%	1,1%	3,7%	3,8%	1,3%
IME	1,6%	2,9%	1,2%	0,6%	0,3%	0,0%	0,1%	1,4%	9,4%	17,3%	62,2%	2,0%	0,8%
ITEP	53,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%	34,9%	4,2%	2,1%	0,9%	0,8%
MAS	2,4%	34,8%	8,6%	0,9%	7,5%	0,4%	0,3%	1,8%	8,9%	11,8%	19,9%	2,5%	0,3%
SAMSAH	0,9%	2,1%	16,4%	0,9%	15,0%	4,3%	0,8%	0,5%	45,6%	1,8%	9,2%	1,9%	0,5%
SAVS	0,8%	0,4%	3,6%	1,2%	12,2%	2,4%	6,2%	0,4%	25,7%	1,0%	42,7%	1,8%	1,7%
SESSAD	9,5%	2,0%	2,2%	0,6%	9,2%	7,0%	8,7%	8,6%	9,3%	10,0%	30,0%	1,9%	1,0%
TOTAL	5,66%	4,34%	2,95%	0,79%	6,06%	1,56%	2,19%	5,08%	20,03%	6,43%	36,81%	3,25%	4,84%

4. Des départs vers la Belgique

Alors que traditionnellement, du fait de l'éloignement géographique de la Haute-Savoie, peu de demandes d'orientation vers un établissement belges étaient formulées, il est constaté depuis 2016 une augmentation de ces demandes émanant des hôpitaux psychiatriques (eux-mêmes démarchés par les établissements belges).

Pour les personnes handicapées les plus âgées, les demandes sont motivées par le fait que ces personnes sont hospitalisées en psychiatrie depuis plusieurs années. Une orientation vers un établissement médico-social (FAM Cognac Jay) est en cours de validité mais sans perspective d'admission, du fait du manque de places mais aussi en raison d'un état psychique insuffisamment stabilisé.

Pour les plus jeunes, la plupart ont un parcours antérieur en établissement médico-social. Les demandes d'orientation vers la Belgique sont liées au profil de ces personnes qui présentent des troubles psychiques associés à une déficience intellectuelle moyenne. Dans ce cas, ce double handicap est un frein à l'admission en établissements médico-sociaux.

En 2017, la CDAPH a prononcé 6 orientations vers la Belgique. Trois personnes y ont été effectivement admises.

Au total depuis 2012, 20 personnes ont fait l'objet d'une orientation vers un établissement belge. Au 31 décembre 2017, 13 personnes originaires de Haute Savoie étaient effectivement hébergées en Belgique (2 personnes sont revenues en France, dont une en 2017 à la suite de la décision d'exclusion par l'établissement belge qui l'hébergeait du fait de troubles du comportement).³²

³² Rapport d'activité MDPH 2017

5. Des adolescents en situation complexe

L'accompagnement des enfants et des adolescents placés au titre de la protection de l'enfance vient interroger massivement l'articulation entre les domaines du soin, de l'éducatif, de la psychiatrie et du travail social. Il s'agit d'une part de prendre en compte les différents facteurs de vulnérabilité et les facteurs de risques prédisposant aux troubles psychiques, et d'autres part, de développer des pratiques visant une prise en charge globale, notamment pour les **jeunes présentant des problématiques multiples**.

La complexité des situations de ces adolescents se traduit par des parcours semés de ruptures, des allers retours d'institution en institution, des mises en échec qui se répètent, des difficultés de scolarisation, des passages à l'acte, des conduites violentes, addictives, des difficultés relationnelles ou psycho-affectives... L'accompagnement de ces situations relève ainsi de **différents dispositifs et secteurs d'intervention** (ASE, champ social / médico-social, secteur sanitaire, PJJ, éducation nationale...) et se trouve contraint par des freins administratifs et financiers (logique d'orientation, logique de placement, chevauchement des territoires d'intervention ou de compétences, cloisonnement des financements...).

2^E PARTIE : RESSOURCES DU TERRITOIRE

Les éléments présentés dans cette partie du diagnostic tendent à repérer ce que les différents groupes de travail ont qualifié de « **galaxie de la santé mentale** ». Cet état des lieux des ressources intègre en effet de nombreux acteurs et dispositifs, sans pouvoir nécessairement prétendre à une quelconque exhaustivité au regard de la complexité et du caractère ambitieux de la démarche, de l'importance de ses enjeux et de l'étendue du champ concerné. Cette partie pourra potentiellement constituer par la suite une **base pour construire un répertoire des professionnels de la santé mentale** en Haute Savoie.

I. OUTILS DE PLANIFICATION ET DE CONCERTATION

A. Le Conseil Territorial de Santé et la Commission Spécialisée en Santé Mentale

Le **Conseil Territorial de Santé (CTS)** est une instance créée par la loi de modernisation de notre système de santé et amené à prendre une place majeure dans le fonctionnement de la démocratie sanitaire. En Haute-Savoie comme dans chacun des territoires de santé de la région Auvergne- Rhône-Alpes, un CTS composé de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé (dont les usagers) est en place depuis le 28 mars 2017. Ses missions :

- Veille à conserver la spécificité des dispositifs et démarches locales
- Participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé
- Contribue au Projet régional de santé (PRS)
- Est informé des créations de plateformes territoriales d'appui à la coordination et contribue à leur suivi
- Est associé à la mise en œuvre du Pacte territoire santé (PTS)
- Donne un avis sur le projet territorial de santé mentale
- Dispose d'une compétence expérimentale (art.158)
- Peut faire au directeur général de l'ARS toute proposition pour améliorer la réponse aux besoins de la population sur le territoire, notamment sur l'organisation des parcours de santé.
- Peut être saisi par le directeur général de l'ARS sur toute question relevant de ses missions prévues dans la loi.

Le CTS est constitué d'une assemblée plénière, d'un bureau, d'une Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM) et d'une Commission des usagers.

La **Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM)** comprend des membres titulaires issus du CTS et des acteurs du sanitaire, du médico-social, du social, des élus : elle a ainsi été une instance territoriale de réflexion, d'échanges, de partage, force de propositions pour le PTSM.³³

B. Les Contrats Locaux de Santé

Le **Contrat Local de Santé (CLS)** est un outil porté conjointement par l'ARS et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.

³³ **ANNEXE 6** : Arrêté n°2019-22-0069 Portant modification de la composition du bureau, de la commission spécialisée en santé mentale et de la formation spécifique organisant l'expression des usagers du Conseil territorial de santé de la circonscription départementale de la Haute Savoie

En Haute Savoie, un seul [Contrat Local de Santé](#) a été élaboré pour la période 2014-2017 ; celui de l'Agglomération Annemassienne. A l'heure de la rédaction de ce diagnostic, un projet de renouvellement est en cours de négociation avec l'ARS.

Concrètement, le CLS de l'agglomération annemassienne comportait 5 axes étroitement liés à la question de la santé mentale :

1. Contribution et soutien au développement des partenariats entre les acteurs du champ sanitaire et social
2. Faciliter l'accès aux soins des personnes en précarité et en grande précarité
3. Mise en œuvre du Conseil Local de Santé Mentale et développement des réponses adaptées à la souffrance psychique en lien avec la précarité
4. Favoriser le travail de sensibilisation sur les conséquences de l'alimentation sur la santé
5. Soutien et développement des actions de lutte contre les addictions

Par ailleurs, en 2015-2016, dans la dynamique de l'élaboration des contrats ville plusieurs [diagnostics locaux de santé](#) à l'échelle des communautés de communes, préalables à l'étude d'élaboration d'un CLS, ont été financés par l'ARS sur les territoires classés prioritaires au titre de la politique de la ville :

- La communauté de communes Faucigny Glières
- La communauté de communes Arve et Montagne
- La communauté de communes du Genevois
- La ville de Thonon les Bains (qui ne faisait pas partie d'une communauté de communes) a réalisé un diagnostic en 2016 ; diagnostic récemment élargi à celui de la communauté de communes de Thonon Agglomération.

Indépendamment, la communauté de communes du Pays d'Evian et de la vallée d'Abondance a financé un diagnostic local de santé sur son territoire et a sollicité la délégation de Haute-Savoie de l'ARS pour s'inscrire dans l'écriture d'un CLS.

Durant l'année 2018, pour différentes raisons, et dans l'attente de la parution du nouveau projet régional de santé de l'ARS ARA, le travail d'élaboration des CLS a fait l'objet d'une pause.³⁴

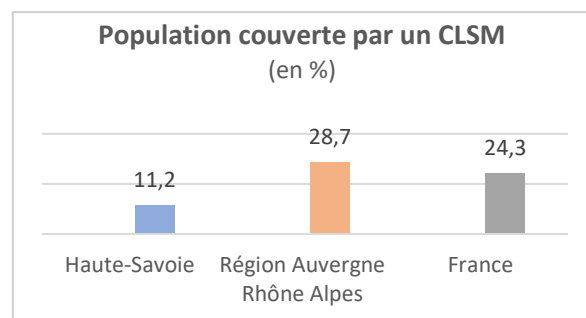
C. Les Conseils Locaux de Santé Mentale

Un [Conseil Local de Santé Mentale \(CLSM\)](#) est un espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins, il associe les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire et définit des objectifs stratégiques et opérationnels.

³⁴ Contribution ARS, Pôle Prévention et Gestion des risques, données transmises le 26.07.19

A l'échelle nationale, le nombre de CLSM opérationnels est passé de 35 en 2010, 100 fin 2014 à plus de 200 en 2018³⁵.

La Haute Savoie ne compte qu'un seul CLSM, créé dans le cadre du CLS d'Annemasse Agglomération. Ce CLSM représentait une couverture de 12 communes sur les 279 du département (Ambilly, Ville-la-Grand, Bonne, Lucinges, Saint-Cergues, Juvigny, Gaillard, Vétraz-Monthoux, Cranves-Sales, Annemasse, Machilly, Etrembières) soit 11,2 % de la population (AuRA : 28,7 %, France : 24,3 %).³⁶



Le CLSM de l'Agglomération Annemassienne, coordonné par Annemasse Agglomération en lien avec l'EPSM s'appuyait sur un protocole d'engagement partenarial qui visait à :

- Améliorer l'accès au logement des personnes souffrant de troubles psychiques,
- Prévenir l'expulsion et favoriser le maintien de la personne dans le logement.

A l'heure de la rédaction de ce diagnostic, le CLSM d'Annemasse Agglomération est en « sommeil » dans l'attente du renouvellement du CLS. Un projet de CLSM est en cours de réflexion sur le bassin annécien.

En 2018, un état des lieux du CCOMS repère certaines tendances nationales après une enquête auprès de 110 CLSM (soit 60 % des CLSM opérationnels) :

- 90 % des CLSM ont un comité de pilotage. Les élus, tout comme la psychiatrie adulte et les aidants, participent au comité de pilotage dans 95 % des CLSM. Les aidants sont présents et impliqués dans les comités de pilotage de 95% des CLSM, contre seulement 60 % en 2015.
- La mise en place d'instance d'analyse de situations individuelles, fait l'objet d'un groupe de travail dans 84 % des CLSM.
- Les représentations sociales de la santé mentale à travers les SISM ou par des actions de sensibilisation tout au long de l'année font l'objet de groupe de travail dans 73 % des CLSM.
- Le logement ou l'habitat fait l'objet d'un groupe de travail dans 73 % des CLSM.
- Les CLSM couvrent des territoires allant de 3 000 à 850 000 habitants.
- Une variété de thématiques sont travaillées en fonction des spécificités du territoire, certains CLSM développent des actions autour de la parentalité ou de la prévention auprès des jeunes tandis que d'autres CLSM travaillent sur l'isolement des personnes âgées.
- Le poste de coordonnateur est central dans un CLSM : il est en charge de l'animation du réseau afin de rassembler et sensibiliser un collectif d'acteurs, d'appuyer les instances de gouvernance du CLSM, et de mettre en œuvre un processus d'information et de communication sur le territoire du CLSM.

L'incitation et l'accompagnement pour l'implantation d'un CLSM par bassin fait partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM.

³⁵ État des lieux national des CLSM, Centre national de ressources et d'appui aux CLSM, CCOMS, 2018
http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2018/09/Etat-des-lieux-national-2018-des-CLSM-en-France_Centre-national-de-ressources-et-dappui-aux-CLSM-2.pdf

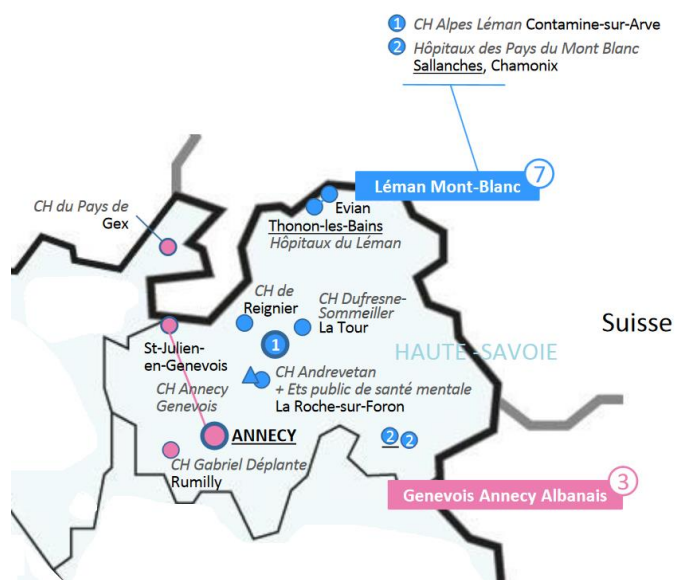
³⁶ Source : INSEE, CCOMS - 2016 / Traitement Cartosanté – Atlas santé mentale

II. OFFRE DE SANTE HOSPITALIERE ET LIBERALE

A. Les établissements hospitaliers et l'offre de soins en psychiatrie

1. Les offreurs de soins publics

9 offreurs de soins publics sont organisés au sein de 2 Groupements hospitaliers de territoire (GHT) : le GHT Genevois Anncy Albanais et le GHT Léman Mont Blanc.



GHT Genevois Anncy Albanais	
CH Anncy-Genevois (CHANGE) Anncy et Saint-Julien-en-Genevois (74)	
CH du Pays de Gex Ain (01)	
CH Gabriel Déplante Rumilly (74)	
GHT Léman Mont Blanc	
CH Alpes Léman (CHAL) Contamine-sur-Arve (74)	
CH Andrevetan La-Roche-sur-Foron (74)	
Etablissement public de santé mentale (EPSM) La-Roche-sur-Foron (74)	
CH Dufresne-Sommeiller La Tour (74)	
CH de Reignier (74)	
CH Hôpitaux du Pays du Mont Blanc (HPMB) Sallanches et Chamonix (74)	
CH Hôpitaux du Léman (HDL) Thonon-les-Bains et Evian (74)	

Selon l'article L6122-25 du code de la santé publique, la médecine d'urgence appartient aux activités soumises à autorisation. La Haute Savoie dispose de 6 services d'urgence répartis au sein des 2 GHT :

- Le GHT G2A dispose de 3 structures d'urgences (le CH du Pays de Gex n'accueillant pas d'urgence) : sites du CHANGE à Anncy et Saint Julien, et CH Rumilly (SAU ouvert en journée de 8h à 18h, 6 jours sur 7).
- Le GHT Léman Mont Blanc dispose de 3 services d'urgence au CHAL, aux HPMB et aux HDL.

Admission par les urgences

Indicateurs	Haute-Savoie	France
Addiction (%)	11,0 ▼	12,1
Troubles de l'humeur (%)	24,9 ▲	11,7
Troubles mentaux sévères (%)	20,9 ▲	12,7
Autres TMS (%)	20,5 ▲	10,8

Source : RIM-P - 2015

* Troubles psychotiques, bipolaires et dépressifs sévères

En 2015, le pourcentage de patients admis aux urgences pour troubles psychiatriques est nettement plus élevé qu'en France (hormis pour les addictions).

2. Le SAMU – Centre 15

Le siège du SAMU 74 et de son Centre 15 est situé sur le site du SAU du CHANGE à Annecy ; il gère environ 160 000 dossiers de régulation par an.

Le SAMU-Centre 15 dispose d'une plateforme commune avec le 18, le 112 (n° européen) et le 115 (géré par la Croix-Rouge française depuis mars 2017). Les différents services de l'urgence sont regroupés par pôle, au sein d'une salle de plus de 500m², située à Meythet (pôle prise d'appel, pôle CODIS, pôle SAMU, pôle Secours à Personnes, pôle Commandement, pôle débordement, Service téléalarme du Conseil Départemental). Les différents partenaires partagent le même logiciel d'aide à la décision et les mêmes bases de données afin de garantir l'optimisation des temps d'envoi des moyens.

En 2017, dans le cadre de la Mission Santé Mentale 74, le SAMU-Centre 15 faisait part d'une **augmentation des appels concernant les violences intrafamiliales** (avec baisse de l'âge des enfants concernés), des **appels nombreux d'établissements de la protection de l'enfance** qui ne parviennent plus à gérer certaines situations de violence et un **recours aux services de pédiatrie des hôpitaux publics** lorsque la Clinique des Vallées et la Clinique Régina ne peuvent être sollicitées ou contactées.

La mise à disposition de la régulation (SAMU-Centre 15, SIAO) de l'information nécessaire pour une orientation adéquate (organisation de la permanence des soins dans les établissements, permanences téléphoniques existantes...) fait partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM.

3. Les offreurs de soins privés à but lucratif (hors psychiatrie)

- Clinique Générale d'Annecy (dont SAU) - Groupe VIVALTO SANTE
- Hôpital privé Pays de Savoie (dont SAU), Annemasse – Groupe RAMSAY GENERAL DE SANTE
- Clinique d'Argonay - Groupe RAMSAY GENERAL DE SANTE
- Clinique le Mont Veyrier (Centre de Réadaptation fonctionnelle), Argonay - Groupe KORIAN
- Centre médical Sancellemoz (SSR) - Groupe CLINEA
- Clinique Les deux Lys (SSR), Thyez – Groupe KORIAN
- Clinique Pierre de Soleil (SSR), Vétraz-Monthoux, Groupe CLINEA
- Maison de convalescence Bon Attrait (SSR), Villaz

4. Les Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC)

- Centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) La Marteraye, Saint Jorioz
- Centre Médical Martel de Janville (SSR), Fondation des VSHA (Villages de Santé et d'Hospitalisation en Altitude)
- Etablissement de Soins d'Evian, Site Camille Blanc - Groupe MGEN

5. L'offre de soins en psychiatrie

En psychiatrie, l'une des spécificités de la Haute Savoie réside dans l'éclatement de l'offre de soins qui se répartie sur 6 établissements : trois établissements publics et trois établissements privés. La Haute Savoie ne dispose pas d'offre de soins en psychiatrie en ESPIC

Public

- L'EPSM de la Vallée de l'Arve (rattaché au GHT Léman Mont Blanc mais à vocation départementale) qui couvre 3 secteurs de psychiatrie adulte et 2 intersecteurs de psychiatrie infanto juvénile.
- Le CH Annecy Genevois (CHANGE) – Unité d'hospitalisation psychiatrique adulte qui couvre 3 secteurs de psychiatrie générale et 2 intersecteurs de psychiatrie infanto juvénile.
- Les Hôpitaux du Léman (HDL) de Thonon dispose encore, au moment de la rédaction du diagnostic, d'un secteur de psychiatrie adulte et d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Cependant, une opération de rattachement des secteurs 74G07 et 74I03 a été décidée par le Directeur Général de l'ARS en début d'année 2019. Juridiquement, il s'agit d'une cession des autorisations d'activité de psychiatrie des HDL (en psychiatrie générale et infanto-juvénile) à l'EPSM, qui les gèrera au sein d'une même entité : l'EPSM 74. L'organisation regroupée est prévue pour 2020.

Privé

- La Clinique des Vallées (Ville La Grand) – Groupe INICEA
- La Clinique Régina (Sévrier) – Groupe CLINEA
- La Clinique Parassy (Plateau d'Assy - Passy) – Groupe CLINEA

c) Les secteurs de psychiatrie

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 69 - Art. L. 3221-3.-I :

« L'activité de psychiatrie peut être exercée par l'ensemble des établissements de santé, universitaires ou non, indépendamment de leur statut juridique. Au sein de cette activité, la mission de psychiatrie de secteur, qui concourt à la politique de santé mentale définie à l'article L. 3221-1, consiste à garantir à l'ensemble de la population :

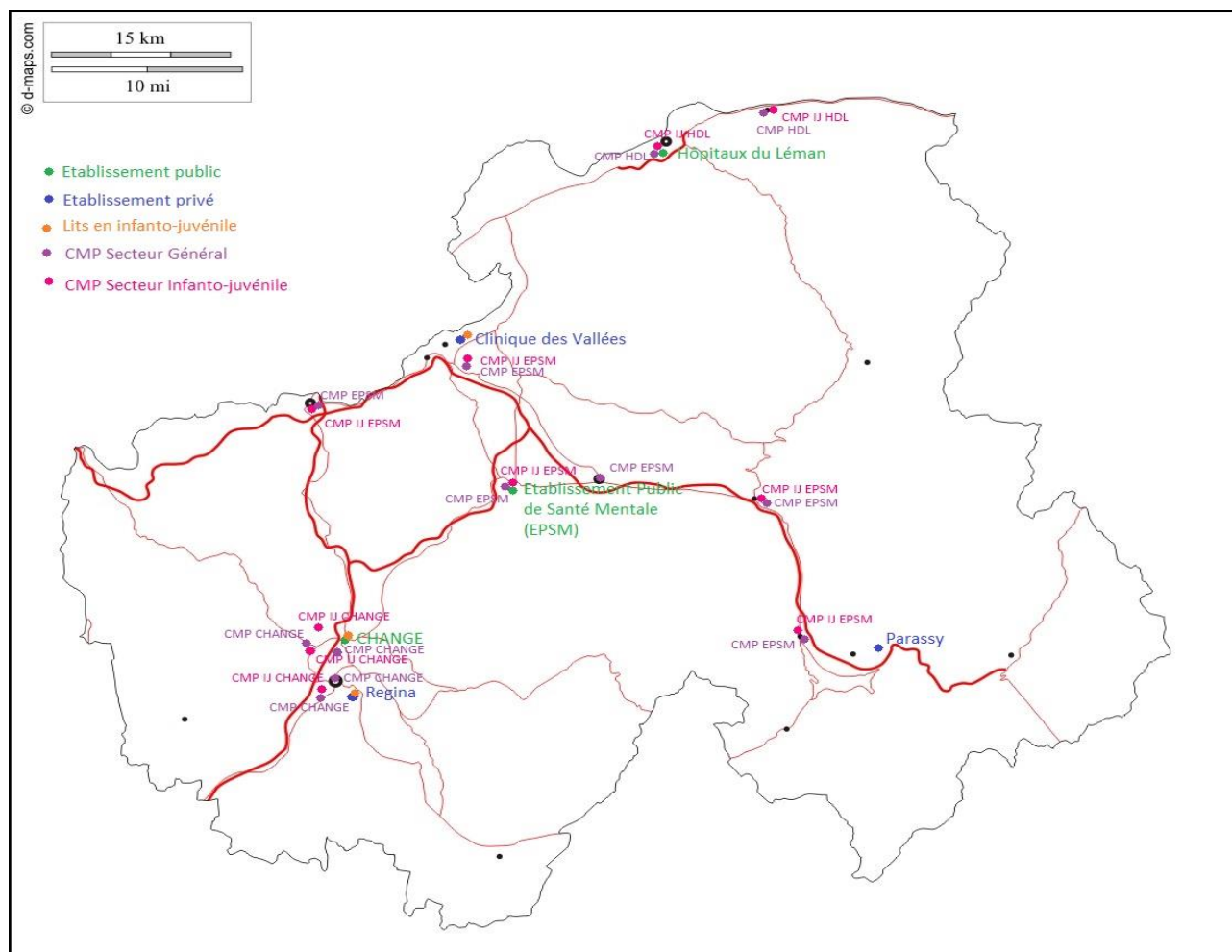
1°) Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assuré par des équipes pluri professionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et les communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ;

2°) L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;

3°) La continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes, y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur.

La mission de psychiatrie de secteur se décline de façon spécifique pour les enfants et les adolescents.

La répartition des établissements de soins sur le département



Source : Travaux Mission Santé Mentale 74

d) La dotation annuelle de fonctionnement (DAF) en Haute Savoie

La sous dotation historique de la DAF/habitant en Haute Savoie est aujourd'hui reconnue (audit et analyses environnementales, rapports d'inspection, travaux sur la péréquation régionale, ...). En 2013, le rapport SPH pointait déjà cette problématique tout en faisant mention du « *ratissage volontariste du département qui permettait à la Haute-Savoie de bénéficier de la plus forte progression de la région depuis 2007 (+ 23.6 %)* ». Cet effort se poursuit, malgré des chiffres plus récents qui témoignent toujours de cette problématique³⁷:

- DAF par habitant au niveau national = 134 €
- DAF par habitant de la région Auvergne/Rhône-Alpes = 132 €
- DAF par habitant du département = 81 €
- DAF par habitant des secteurs des HDL = 66 €
- DAF par habitant de l'EPSM (unités sectorisées + intersectorielles) = 93 € (Source CNEH 2015).

Il convient de mentionner ici la réforme du financement du système de santé (et le récent rapport Aubert) qui permettra notamment d'intégrer le critère géo populationnel dans la répartition des financements ; réforme qui pourrait être favorable au Département.

³⁷ Source ATIH 2015

B. Les professionnels de la santé

1. Les médecins généralistes

En Haute Savoie, au 1er janvier 2018, et en ne tenant compte que des médecins généralistes libéraux exerçant leur activité principale en pratique de ville, 716 médecins généralistes ont été recensés par l'URPS ML-AURA.

- **612 médecins généralistes libéraux** répartis sur 216 communes, soit un taux d'encadrement de 37,1%. Au total, 79,3% de la population du département bénéficie de la présence d'au moins un médecin généraliste sur le territoire de sa commune de résidence.
- **92 médecins généralistes à mode d'exercice particulier (MEP)** exclusifs (allergologue, angiologue, homéopathe, acupuncteur...).
- **12 médecins urgentistes exclusifs** et médecins exerçant exclusivement en établissement.

Soit une densité médicale de 78 médecins généralistes pour 100 000 habitants (Région AuRA = 79) et une desserte médicale de 1 280 habitants pour un médecin généraliste (Région AuRA = 1 261). Cependant cette densité n'inclut pas les touristes et les saisonniers particulièrement nombreux pendant les saisons d'hiver et d'été.

2. La démographie médicale

Le Département de la Haute-Savoie, est actuellement comparativement bien pourvu en médecins généralistes mais « *plus de 46 % des médecins généralistes libéraux sont âgés de 55 ans et plus, soit plus de quatre praticiens sur dix* » ce qui soulève des enjeux forts d'accès aux soins de premier niveau dans les années à venir : « *Concrètement, plus de deux généralistes libéraux sur cinq vont atteindre l'âge de 65 ans (départ théorique à la retraite) d'ici l'année 2027, et donc est susceptible de cesser son activité d'ici l'année 2027.* »³⁸

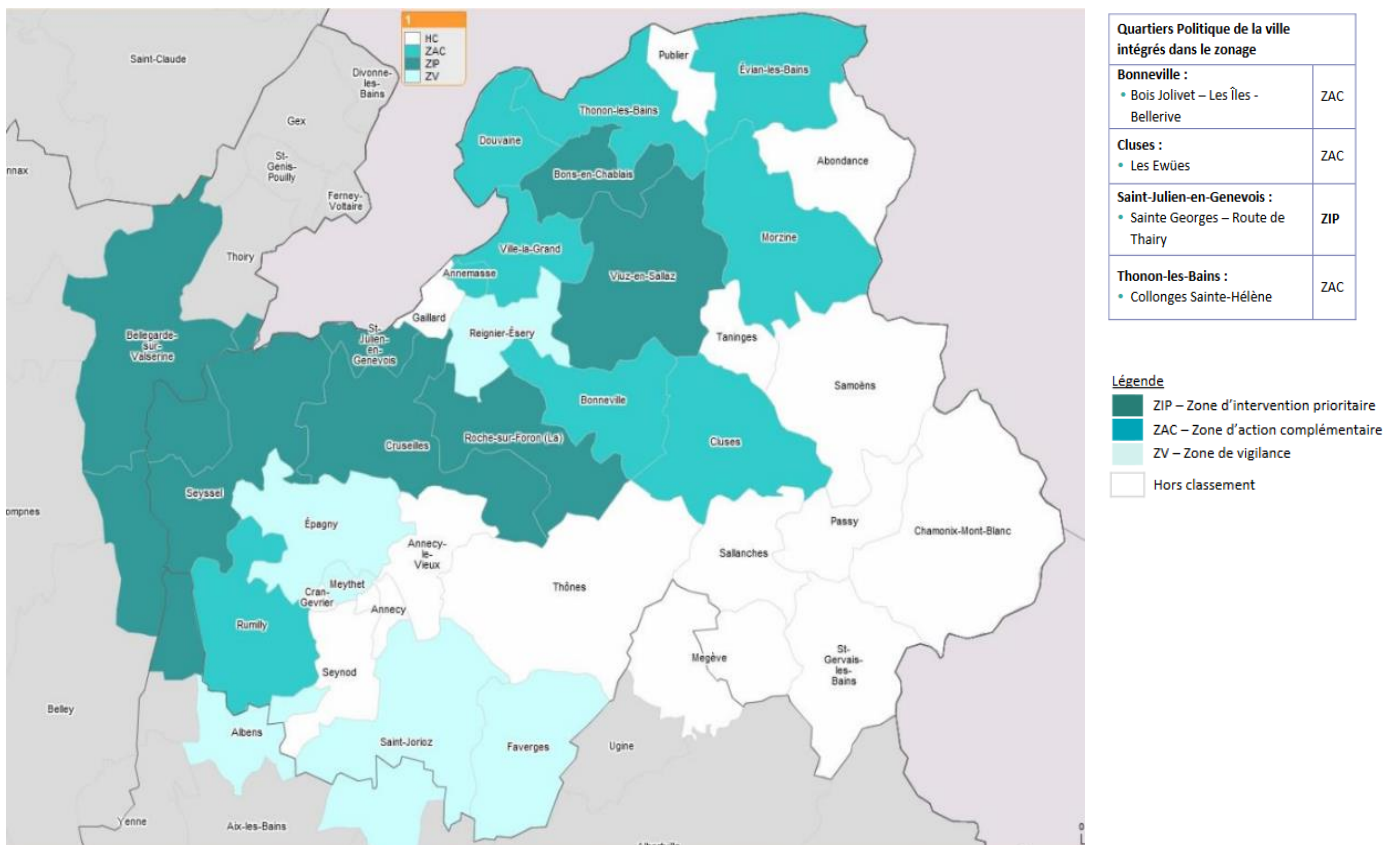
Le zonage Médecine Générale 2018³⁹, effectif depuis le 1er mai 2018, identifie les zones caractérisées par une offre insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins concernant la profession de médecin. En Haute Savoie, sur les 35 bassins de vie « Territoire de Vie-Santé » définis par l'INSEE, sont identifiées :

- **5 Zones d'intervention prioritaire (ZIP)** qui représentent les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins, éligibles à l'ensemble des aides de l'ARS et de l'Assurance maladie et les exonérations fiscales (Bons-en-Chablais, Cruseilles, Saint-Julien-en-Genevois, Seyssel, Viuz-en-Sallaz)
- **7 Zones d'action complémentaire (ZAC)** moins impactées par le manque de médecins mais où des moyens doivent être mis en œuvre pour éviter que la situation ne se détériore (Annemasse, Bonneville, Cluses, Douvaine, Rumilly, Thonon-les-Bains, Ville-la-Grand)
- **8 Zones de vigilance (ZV)** qui représentent des territoires dans lesquels l'accès à la médecine générale libérale n'est pas aujourd'hui en difficulté immédiate mais qui fait appel à une vigilance particulière pour le moyen terme (Épagny, Évian-les-Bains, Faverges, Meythet, Morzine, Reignier-Ésery, la Roche-sur-Foron, Saint-Jorioz).
- **15 Zones hors classement**

NB : Dans l'annexe 3 de l'arrêté n° 2018-1463, La Roche sur Foron est identifiée en zone de vigilance mais apparaît sur la carte ci-dessous en ZIP.

³⁸ URPS Médecins libéraux, Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes en Haute Savoie, Avril 2018

³⁹ Auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/Liste-des-zones-selon-classement-ZIP-ZAC-ZV-en-Auvergne-Rhone-Alpes



Pour répondre à cet enjeu d'accès à l'offre sanitaire et paramédicale, le Département et l'ARS (à travers le Schéma Régional de Santé et le Schéma Départemental de l'Autonomie) poursuivent des objectifs communs et mènent conjointement des actions sur le territoire : soutien à l'installation de nouveaux praticiens sur le territoire haut savoyard, facilitation et soutien à la création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires, poursuite de l'attribution de bourses aux étudiants en médecine sur le territoire.

3. Les médecins spécialisés en psychiatrie et les pédopsychiatres

La densité de psychiatres et de pédopsychiatre sur le département est inférieure à celle de la Région et de la France, quel que soit le mode d'exercice. L'écart est principalement marqué chez les psychiatres salariés hospitaliers (- 3.9 % par rapport à la densité départementale)⁴⁰.

	Densité de psychiatres Offre de ville – Pour 100 000 habitants Données 2016		
	Haute-Savoie	Région Auvergne Rhône Alpes	France
Tous modes d'exercice	18,5	23,0	23,0
<i>Libéraux ou mixtes</i>	9,2	9,7	9,9
<i>Salariés hospitaliers</i>	8,2	12,1	11,4
<i>Autres salariés</i>	1,1	1,2	1,7
Part des psychiatres âgés de 55 ans et plus (2017 – en %)	50%	62,7%	66,3%

⁴⁰ Atlas de la Santé mentale, RPPS, INSEE – 2016

Densité de pédopsychiatre libéraux et salariés <i>Offre de ville – Pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans</i> <i>Données 2016</i>			
	Haute-Savoie	Région Auvergne Rhône Alpes	France
Pédopsychiatres libéraux et salariés	4,4	6,7	6,7

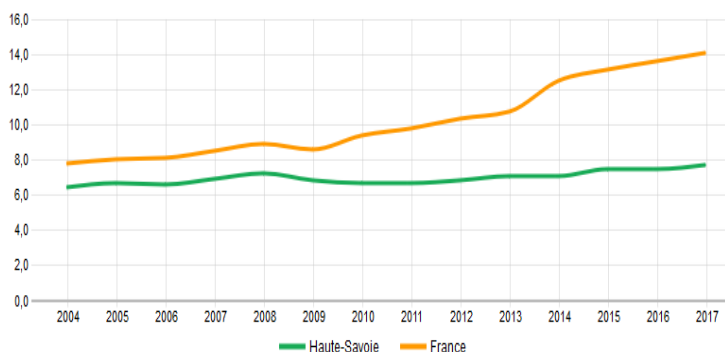
Le manque de ressource psychiatrique, pédopsychiatrique et gérontopsychiatrique peut être logiquement éclairé par le contexte national de démographie médicale et le coût de la vie en Haute Savoie. Dans une approche plus globale, les difficultés de recrutement viennent aussi interroger les capacités du territoire à se rendre attractif (perspectives innovantes, projets en cours novateurs, politiques internes des établissements en termes de qualité de vie au travail...).

4. Les psychologues

La densité de psychologues libéraux en Haute Savoie est nettement supérieure à la densité nationale⁴¹.

Densité de psychologues <i>Offre de ville – Pour 100 000 habitants</i> <i>Données 2016</i>			
	Haute-Savoie	Région Auvergne Rhône Alpes	France
Psychologues libéraux*	35,6	31,8	27,1

5. Les infirmiers



En 2017, la densité d'infirmiers en Haute Savoie est de 7,7 pour 10 000 habitants (AuRA : 14,4 / France : 14,1). Sur la période 2004-2017 l'évolution de la densité est caractérisée par une forte stagnation malgré l'évolution des besoins en ETP infirmiers sur le département⁴².

C. Les regroupements des professionnels de santé

1. Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires contribuent au maintien ou au développement de soins de proximité dans un contexte de raréfaction des ressources médicales et soignantes. Elles présentent l'avantage pour les professionnels de santé d'un exercice regroupé et partagé autour d'un projet de santé fédérateur et socle de la coordination. Elles contribuent également à garantir un égal accès aux soins de premier recours.

⁴¹ Atlas de la Santé mentale, RPPS, INSEE – 2016

⁴² AtlaSanté – Traitement Cartosanté – FNPS – INSEE, 2004-2017

En juillet 2019⁴³ la Région Rhône Alpes Auvergne compte 214 MSP en fonctionnement. La Haute Savoie comptabilise, 16 MSP en fonctionnement (dont 14 en zone rurale), 5 en projet engagé (immobilier en cours) avec projet de santé validé par l'ARS, et 9 en réflexion.⁴⁴

Leur répartition par zone d'emploi est la suivante :

- **Chablais** : 4 MSP en fonctionnement et 1 en réflexion.
- **Vallée de l'Arve** : 3 en fonctionnement.
- **Genevois** : 3 en fonctionnement (dont 1 en Zone d'intervention prioritaire et 2 en zone urbaine), 3 en projet engagé et 2 en réflexion.
- **Bassin annécien** : 3 en fonctionnement, 2 en projet engagé, 5 en réflexion.
- **Vallée du Mont Blanc** : 3 en fonctionnement et 1 en réflexion.

Dans le champ de la santé mentale, notons par exemple la mise en place d'un protocole interne au sein de la MSP de Megève pour la prise en charge des patients dépressifs et de la crise suicidaire qui favorise le partage de points de vue, l'élaboration d'hypothèses diagnostiques et permet d'envisager collectivement des pistes de prise en charge (psychothérapie, traitement, indications d'hospitalisations...).

2. Les Communautés professionnelles territoriales de Santé (CPTS)

Une CPTS est un ensemble de professionnels portant un projet visant l'amélioration de l'accès aux soins et/ ou de la continuité des parcours de santé sur le territoire du projet, au-delà de la stricte patientèle des promoteurs du projet. Elle est constituée d'un ensemble de professionnels du secteur sanitaire (premier et second recours), du secteur médico-social et/ou du secteur social. Dans le champ de la santé mentale, le maillage du territoire par les CPTS peut notamment concourir à l'organisation du lien entre la psychiatrie, les soins de premier recours et les hôpitaux de proximité.

A l'heure de la rédaction de ce diagnostic, les professionnels de santé libéraux de premiers recours de Haute Savoie ne se sont pas encore organisés selon le « format » considéré dans l'instruction N°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Néanmoins, au moins 2 projets sont en cours de développement ou d'élaboration.

- **CPTS d'Annecy** qui aurait pour objet la sortie précoce après une chirurgie du rachis et la prise en charge des patients en EHPAD.
- **CPTS d'Annemasse Agglomération** (élargi au Genevois et à la Vallée de l'Arve) qui aurait pour objet l'éducation thérapeutique en psychiatrie et le travail autour de la télémédecine.

Le renforcement du repérage et de la prise en charge précoce des troubles psychiques par le biais de formations, à destination des acteurs de la santé et de l'Education Nationale, fait partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM.

⁴³ Données transmises par ARS-ARA/DTARS-74 - Pôle Offre de santé territorialisé / Offre de soins ambulatoire - Premier recours

⁴⁴ **ANNEXE 7** : Liste des MSP en fonctionnement, en projet et en réflexion

D. La permanence des soins ambulatoires

La **Permanence des Soins Ambulatoire (PDSA)** est une mission de service public, elle a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux et des centres de santé. Un cahier des charges régional⁴⁵ a été conçu pour organiser la PDSA. La région y est découpée en territoires qui constituent les périmètres géographiques des différentes gardes assurées par les professionnels de santé. La PDSA est assurée, sur la base du volontariat, par les médecins libéraux ou salariés exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé et centres de santé. Lorsque l'activité est suffisamment importante, le directeur général de l'ARS peut organiser la participation de la PDSA à la régulation au sein des SAMU en dehors des horaires de PDSA.

Le **département de la Haute Savoie** a mis en place une organisation de la PDSA qui a pour particularités, depuis plusieurs années :

- De fonctionner de 20h à 22h dans la majorité des secteurs, avec un basculement sur les urgences hospitalières de 22h à 24h puis en nuit profonde.
- D'avoir peu de secteurs de PDSA en nuit profonde.
- D'avoir 3 systèmes de fonctionnement des secteurs en sous-secteurs selon la saisonnalité (basse saison, hiver, été).

Le département de la Haute Savoie dispose de **4 maisons médicales de garde** qui assurent les consultations les soirs à partir de 18h, 19h ou 20h, en fonction de la maison médicale, les weekends et jours fériés. Les patients de Haute Savoie peuvent accéder aux dispositifs de permanence des soins en appelant le 15.

- **Maison médicale de garde de Thonon les Bains** (tous les soirs de 20h à 22h ; les samedis de 12h à 22h et les dimanches et jours fériés de 8h à 22h, la Maison Médicale est située à côté des Urgences sur le site des HDL). Depuis 2017, des médecins assurent des consultations non-programmées lors de leurs journées de présence aux urgences afin de répondre aux besoins de mise en place d'un secteur ultra court.
- **Maison médicale de garde de Frangy** (les samedis de 12h00 à 20h00 et les dimanches et jours fériés de 8h00 à 20h00)
- **Maison médicale de garde d'Annecy** (les samedis de 12h00 à 22h00 et les dimanches et jours fériés de 8h00 à 22h00) et assurant une activité de consultation médicale non programmée). La MMG d'Annecy est attenante au SAU.
- **Maison médicale de garde de Sallanches** (en semaine de 19h à 23h, le samedi de 14h à 23h et le dimanche de 9h à 23h).

La convention cadre GHT G2A mentionne des discussions en cours, débutées en début d'année 2017, pour étudier la faisabilité d'accueillir une maison médicale de garde dans les locaux non utilisés du site hospitalier de St Julien en Genevois (contexte de pénurie médicale (5.3 médecins généralistes pour 10 000 habitants versus 8.5 pour le département et 13.1 pour la moyenne nationale).

- **SOS Médecins (SOS Médecins Annecy et Agglomération, SOS Médecins Thonon-Chablais) et l'Urgence médicale du Léman** ont également pour vocation d'assurer la permanence des soins.

⁴⁵ Cahier des charges, Permanence des soins ambulatoire, ARS Auvergne Rhône Alpes, Avril 2018

Lorsque le médecin traitant n'est pas disponible, SOS Médecins travaille en étroite collaboration avec les médecins traitants, les services d'urgence, les cliniques et hôpitaux. Ces 3 structures utilisent un centre d'appels fonctionnant 24/24. Selon le motif et le moment de l'appel, une consultation en cabinet ou une visite à domicile sont proposés. Les médecins assurent des gardes de semaine, de week-end et de jours fériés. Aucun médecin de ces structures ne peut assurer le suivi régulier d'un patient (ils ne peuvent être identifiés comme médecin traitant). En cas d'urgence vitale, ils s'interconnectent avec le SAMU 74, les pompiers, la police ou les services d'urgence.

A ce jour, la PDSA n'est pas organisée pour répondre aux besoins spécifiques de la psychiatrie.

E. La dynamique de santé connectée en Haute Savoie

Le GCS SARA est l'expert opérationnel de la e-santé en Auvergne-Rhône-Alpes (SARA, pour Système d'Information Santé en Auvergne-Rhône-Alpes). Le GCS SARA fédère les acteurs de la région autour de la stratégie régionale d'e-santé, participe à la promotion de l'usage des services numériques en santé dans les territoires et apporte son expertise aux acteurs régionaux. Le GCS SARA est réparti sur quatre sites, Lyon, Clermont-Ferrand, Saint Etienne et Grenoble, afin de maintenir et renforcer l'ancrage territorial et le maillage indispensable au déploiement des outils numériques. Depuis l'automne 2018, la Haute Savoie dispose d'une animatrice territoriale qui a pour mission d'accompagner les professionnels de santé vers l'utilisation des différents services et outils.

En 2018 en Haute Savoie, la dynamique d'échange ville-hôpital est forte avec plus de **40 000 documents envoyés mensuellement par les établissements publics et privés du territoire à leurs correspondants** (CHANGE, CHAL, HDL, HPMB, Clinique Générale...). Parallèlement, la dynamique en ville suit son cours avec plus de **2000 professionnels libéraux équipés et actifs**.

Différents projets se structurent : Suivi de parcours (en lien avec le réseau ACCESS notamment) ; informatisation des échanges entre acteurs des MSP ; mise en œuvre de projet de téléexpertise et de téléconsultation (les professionnels du CHANGE sont particulièrement dynamiques sur ces sujets) ; lancement d'actions en vue de la mise en place d'un portail patient dans plusieurs sites du département.

Différents acteurs sont accompagnés : Pharmacies (déploiement MonSisra) ; Centre d'Hémo-Cancérologie Praz-Coutant (déploiement outil téléconsultation avec le Centre Léon Berard) ; EHPAD CH Alpes Léman (accompagnement projet téléconsultation) ; ACCCES (accompagnement MesPatients).

Au 31.12.2018 les **indicateurs de déploiement** sont les suivants :

- **Messagerie Sécurisée de Santé**
 - 480 médecins généralistes équipés (70%)
 - 190 pharmacies équipées (84%)
 - 98 infirmiers libéraux équipés (17%)
 - 530 masseurs kinésithérapeutes (58%)
- **Zepira** (outil spécifique au secteur hospitalier ; envoi automatisé et généralisé)
 - Nombre et liste des hôpitaux utilisateurs : CH Alpes Léman, CH Annecy Genevois, Hôpitaux du Léman, Hôpitaux du Pays du Mont Blanc, Clinique Générale d'Annecy

- Autres établissements : Mont Blanc Pathologie, 3C Haute Savoie Nord, SSR Camille Blanc
- **MesPatients** : Réseaux de santé utilisateurs : ACCCES ; 158 patients inclus et 18 professionnels impliqués
- **ViaTrajectoire**⁴⁶
 - Nombre de demandes d'orientation en SSR : 37 387
 - Nombre de demandes d'orientation PA : 218
 - Nombre de demandes d'orientation PH : pas encore déployé
 - Nombre d'utilisateurs habilités : 691
- **Télémédecine par Estela**
 - Nombre de téléconsultations : 10
 - Spécialités concernées : AVC, USN1

Rappel : cinq actes de télémédecine sont aujourd'hui reconnus :

- **La téléconsultation** : un médecin donne une consultation à distance à un patient, lequel peut être assisté d'un professionnel de santé. Le patient et/ou le professionnel à ses côtés fournit les informations, le médecin à distance pose le diagnostic et la proposition thérapeutique.
- **La téléexpertise** : un médecin sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs confrères sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
- **La télésurveillance médicale** : un médecin surveille et interprète à distance les paramètres médicaux d'un patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisées ou réalisées par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
- **La téléassistance médicale** : un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- **La régulation médicale** : Les médecins des centres 15 établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.

Le développement de la télémédecine (télé-expertise en première intention voire téléconsultation et téléassistance) et la création d'un outil dématérialisé d'information et d'orientation (outil type Via Trajectoire) font partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM.

⁴⁶ [ANNEXE 8](#) : Synthèse du déploiement ViaTrajectoire Grand Age et Handicap en ARA, Août 2019

III. OFFRE DESTINEE AUX ENFANTS ET ADOLESCENTS

A. Les ressources liées à la scolarisation

« La promotion de la santé mentale en milieu scolaire est une démarche globale et transversale. Elle s'inscrit dans le projet d'école ou d'établissement et dans le continuum éducatif. Cette démarche a pour socle le développement des compétences psychosociales des enfants et adolescents et pour objectif d'apprendre aux élèves à devenir des acteurs éclairés de leur santé. »⁴⁷

Des travaux sont engagés en région AuRA pour renforcer le partenariat institutionnel et la coopération entre les établissements scolaires et les ESMS en vue du développement de l'école inclusive. Ce partenariat s'est traduit par la signature, le 21.09.16, d'une convention entre l'ARS AuRA et les académies de Lyon, Clermont-Ferrand et de Grenoble.

En matière de projet de collaboration avec l'Education Nationale, notons par exemple ici, l'existence du Réseau 74 (présenté plus loin dans le document) [Le Réseau 74 \(Prévention des Conduites Suicidaires à l'adolescence\)](#) ou encore le développement, par la section MGEN de la Haute-Savoie de l'outil digital « [Filgood](#) » qui aide les professionnels de la communauté éducative à identifier et prioriser les thématiques de santé à aborder auprès des collégiens et lycéens et à faire de ces derniers des acteurs éclairés de leur santé.

Nb : Cette partie n'a pas pu faire l'objet d'un développement plus conséquent dans le cadre du temps imparti pour la rédaction de ce document. Néanmoins, l'Education Nationale et l'ensemble des communautés éducatives seront des partenaires à associer à certaines actions du PTSM notamment en ce qui concerne les liens avec les dispositifs existants de coordination.

1. Les Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS)

Tous les dispositifs collectifs de scolarisation s'appellent unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) : ULIS-école, ULIS-collège, ULIS-lycée. Les élèves scolarisés au titre des ULIS présentent des troubles des fonctions cognitives ou mentales, des troubles spécifiques du langage et des apprentissages, des troubles envahissants du développement (dont l'autisme), des troubles des fonctions motrices, des troubles de la fonction auditive, des troubles de la fonction visuelle ou des troubles multiples associés (pluri-handicap ou maladies invalidantes). La CDAPH décide de l'orientation d'un élève vers une ULIS qui lui offre la possibilité de poursuivre en inclusion des apprentissages adaptés à ses potentialités et besoins et d'acquérir des compétences sociales et scolaires, même lorsque ses acquis sont très réduits.

Durant l'année scolaire 2017-2018, le Département comptait 51 dispositifs ULIS école et 33 dispositifs ULIS collège.⁴⁸

2. La lutte contre le décrochage scolaire

a) Mission de Lutte contre le décrochage scolaire (MLDS)

L'objectif principal de la MLDS est d'accompagner autrement, pendant quelques mois des élèves de lycée d'enseignement général et technologique ou de lycée professionnel en situations de rupture. Basée au Lycée des Glières à Annemasse, la MLDS concerne cinq établissements (en plus du lycée support) : Lycée Jean

⁴⁷ Source Eduscol

⁴⁸ <http://www.ac-grenoble.fr>

MONNET (Annemasse), Lycée professionnel du Salève (Annemasse), Lycée Mme De STAEL (Saint Julien en Genevois), Lycée Guillaume FICHET (Bonneville), Lycée Professionnel Hôtelier François BISE (Bonneville).

Chaque année, environ quarante élèves sont pris en charge sur l'ensemble des six lycées : stages en entreprises, modules collectifs (continuité des apprentissages, activités d'expression, citoyennes, artistiques...); l'objectif étant qu'en fin de parcours, chaque élève trouve la solution adaptée à son projet : poursuite de scolarité en cours, formation initiale avec changement d'orientation, formation en alternance ou emploi.

Depuis plusieurs années, la Maison des Adolescents « Rouge Cargo » est partenaire du dispositif MLDS. Par des interventions régulières, deux professionnelles de la MDA (infirmière et éducatrice) proposent un dispositif qui mobilise les élèves sur la prise de parole et l'expression d'un point de vue et le plaisir de penser pour eux-mêmes : groupe de parole et d'expression par le théâtre d'improvisation.

b) *Dispositif d'accueil pour les lycéens décrocheurs en souffrance (DALY)*

Dans le cadre de l'hôpital de jour géré par la Clinique Régina, un dispositif d'accueil pour les lycéens, le "DALY", a été créé en partenariat avec le lycée public Gabriel Fauré et la médecine scolaire de Haute Savoie. Sa mission est de permettre à des adolescents en souffrance et en décrochage scolaire de se remettre en dynamique et de réintégrer progressivement un espace de vie éducatif et social.

B. Les structures de prévention, de dépistage et de diagnostic précoce

1. Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)

La Haute Savoie dispose d'un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) gérés par l'APAJH HAUTE-SAVOIE réparti au sein de 4 unités (Annecy, Annemasse, Sallanches, Thonon) et d'une antenne située à la Roche sur Foron. Les CAMSP proposent les services suivants :

- Le **dépistage précoce** des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux.
- La **cure ambulatoire** et la rééducation des enfants qui présentent des déficiences sensorielles, motrices ou mentales.
- La mise en place d'**actions préventives** spécialisées.
- Une **guidance des familles** dans les soins et l'éducation spécialisée requise par l'état de l'enfant au cours des consultations ou à domicile.

En matière d'actions préventives spécialisés mise en œuvre en Haute Savoie, notons par exemple ici le partenariat entre le CAMPS et les HPMB qui permet l'intervention d'une psychomotricienne du CAMSP formée à l'échelle de Brazelton auprès des nouveaux nés, prématurés et grands prématurés.

Le Schéma Régional de Santé donne comme perspective de mieux identifier et de renforcer la fonction ressource du seul CAMSP du département (et de ses 5 unités/antennes).

2. Les Centres Médico Psycho Pédagogiques (CMPP)

Les CMPP assurent des consultations, des diagnostics et des soins ambulatoires pour des enfants et adolescents de 0 à 20 ans. Les CMPP sont fréquemment consultés en **première intention dans le cadre de troubles psychiques**, avec des manifestations symptomatologiques, comportementales ou instrumentales variées et pour lesquels il est difficile de faire un lien avec la gravité de la pathologie sous-jacente.

La Haute Savoie dispose d'1 CMPP (géré depuis janvier 2019 par l'Association le Championnet) dont l'activité est répartie sur 3 antennes : C.M.P.P. A BINET à Annecy, à Thonon les Bains et à Ville la Grand.

Le Schéma Régional de Santé donne comme perspective de développer le rôle de pôle ressources du CMPP, en application du nouveau cahier des charges⁴⁹ qui, dans une logique d'assouplissement des agréments, prévoit :

- Un renfort des compétences des CMPP sur l'ensemble des troubles du neurodéveloppement et/ou des troubles psycho-affectifs (troubles sévères des apprentissages dont DYS avec troubles associés, troubles du comportement, troubles de la communication, troubles de la relation, troubles du Spectre de l'Autisme).
- Un positionnement davantage centré sur le diagnostic et le repérage précoce (démarrage de l'accompagnement à 3/4 ans, afin d'éviter des orientations par défaut en CAMSP ou en CMPI, prise en charge rapide des cas les plus complexes, intervention en milieu ordinaire...).
- L'inscription des prestations dans une logique de parcours et de passage de relais afin de soutenir le projet personnalisé d'accès à l'autonomie (en accordant une attention prioritaire aux enfants et adolescents orientés par les institutions ou services tels que la PMI, les services sociaux, les services de protection de l'enfance, les crèches, les établissements scolaires, les CAMSP, les PCPE, les ESMS et professionnels libéraux et en coopérant avec ces différents partenaires en matière d'inclusion et de guidance parentale).
- La formalisation d'un projet de soins et le développement de nouvelles stratégies d'accompagnement personnalisé inclusives et adaptatives et mettant autant que faire se peut à distance un risque de chronicisation tant des troubles que des modalités techniques de prise en charge et des traitements.
- Le développement d'une intervention de coordination en tant que pilote ou contributeur (recherche d'une cohérence des actions en direction des partenaires de l'écosystème de la famille et de l'enfant ; dans le passage de relai, dans le cadre d'un Groupe Opérationnel de Synthèse, dans la gestion de situation de transition vers le secteur sanitaire (CMP...)).

3. La Maison des Adolescents

La Maison des Adolescents a pour mission d'informer, conseiller, accompagner les adolescents de 11-21 ans, de façon gratuite, anonyme si besoin, avec ou sans rendez-vous et quelles que soient leurs préoccupations (médicale, sexuelle, psychique, scolaire, juridique, sociale, etc.). En 2017, la Région Auvergne-Rhône-Alpes compte 20 maisons des adolescents et antennes, réparties dans presque tous les départements de la région. Seul le département de l'Ardèche ne dispose pas de ce type de structure.

La Haute-Savoie possède une Maison des adolescents sur le nord du département : la « Maison des Adolescents Rouge Cargo », située à Vétraz-Monthoux rattachée et hébergée par l'EPSM. Elle se trouve dans le même bâtiment que le CATTP pour adolescents et regroupe en un même lieu des structures qui assurent la totalité de leur activité dans les locaux de Rouge Cargo (CATTP Ado = ETAGE (Espace Thérapeutique pour les Adolescents du Genevois ; CJC « T'en es où ? » (APRETO) ; Point Ecoute Jeunes 16-25 ans (EPSM) ; et d'autres qui y réalisent des permanences régulières (Pédiatrie du Centre Hospitalier Alpes Léman (CHAL) ; Centre de Planification et d'Education Familiale). La pénurie de pédiatre du CHAL a conduit à évoluer vers une permanence de médecine générale pour traiter les problématiques somatiques des adolescents.

⁴⁹ Actualisation Cahier des Charges CMPP - Version SRS 2018-2022

Sur la partie sud du département, l'idée d'un guichet unique à l'usage des adolescents, puis celle de la création d'une Maison des adolescents sont travaillées par les professionnels du bassin d'Annecy depuis 2007. Les travaux menés dans le cadre de l'audit réalisé par SPH Conseil avaient confirmé l'intérêt d'une Maison des adolescents spécifique pour le sud du département.

Au jour de la rédaction de ce diagnostic, ce [nouveau projet de MDA sur le bassin Annécien](#) porté par le CHANGE a pu aboutir : la convention constitutive définissant le cadre général de coopération et les conventions spécifiques avec chacun des partenaires sont en cours de signature entre les différents membres (ARS AuRA ; CHANGE ; Commune nouvelle d'Annecy ; Conseil Départemental ; Protection Judiciaire de la Jeunesse ; Association OPPELIA THYLAC ; Clinique Régina ; Association l'Ecole des parents et des éducateurs ; Association départementale des pupilles de l'enseignement public (ADPEP 74) ; IREPS AuRA ; Education Nationale). Les locaux ont été trouvés (mis à disposition par la Ville d'Annecy), et l'équipe socle a été recrutée.

Le projet annécien est une [MDA « deuxième génération »](#) issue de la refonte du cahier des charges 2016. Les partenaires ont exprimé le choix d'un lieu neutre non marqué par la prévalence d'une des institutions ou associations membres et de mettre l'accent sur le dispositif d'accueil sans rendez-vous.

Le déploiement des différents projets de Maison des adolescents fait partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM

4. Les Missions Locales

Les missions locales remplissent une mission de service public pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes en risque d'exclusion (articles L.322-4-17-1 et 2 du Code du travail) : « *Toute personne de seize à vingt-cinq ans révolus en difficulté et confrontée à un risque d'exclusion professionnelle a droit à un accompagnement [...] mis en œuvre par les Missions locales* » (accueil, information, orientation, accompagnement). Les Missions locales sont des associations ou groupements d'intérêts publics (GIP) créées par des communes ou des groupements de communes.

La loi de modernisation de notre système de santé reconnaît le rôle essentiel que jouent les Missions Locales en ce qui concerne les questions liées à la santé des jeunes qu'elles accompagnent : « *les missions locales sont reconnues comme participant au repérage des situations qui nécessitent un accès aux droits sociaux, à la prévention et aux soins, et comme mettant ainsi en œuvre les actions et orientant les jeunes vers des services compétents qui permettent la prise en charge du jeune concerné par le système de santé de droit commun et la prise en compte par le jeune lui-même de son capital santé.* »⁵⁰

En 2018, la Haute Savoie dispose de [4 Missions locales](#), 6 antennes et 17 permanences :

- [Mission Locale du Chablais](#) (Thonon les Bains), une antenne à Douvaine et 2 permanences à Evian les Bains et Saint Jean D'Aulps.
- [Mission Locale du Bassin Annécien](#) (Annecy) avec 2 antennes (Rumilly et Faverges) et 4 permanences (La Balme de Sillingy, Thônes, Alby-sur-Chéran, Saint-Jorioz).

⁵⁰ Article L. 5314-2 du Code du Travail

- **Mission Locale du Faucigny, Mont-Blanc** (Cluses) avec 2 antennes à Sallanches et Bonneville et 8 permanences à Scionzier, Taninges, Samoëns, Passy, Chamonix, Saint-Jeoire, Viuz-en-Sallaz, La Roche/Foron.
- **Mission Locale du Genevois** (Annemasse), une antenne à Saint-Julien-en-Genevois et 3 Permanences à Reignier, Boège et Cruseilles.

Nombre de Missions locales bénéficiant de temps de psychologues financés par l'ARS et équivalents temps plein par département

Départements	Nombre de missions locales	dont missions locales bénéficiant de temps de psychologues	Équivalents temps plein de psychologues
Ain	3	3	0,50
Allier	3	0	0,00
Ardèche	3	3	0,54
Cantal	2	1	0,05
Drôme	5	4	0,85
Isère	11	7	1,20
Loire	5	3	0,50
Haute-Loire	3	3	0,84
Puy-de-Dôme	6	1	0,10
Rhône	12	5	1,45
Savoie	4	2	0,25
Haute-Savoie	4	1	0,10
Auvergne-Rhône-Alpes	61	33	6,38

Source : ARS 2018, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Seule la Mission Locale Jeunes Faucigny Mont Blanc bénéficie d'un temps de psychologue financé par l'ARS à hauteur de 0.10 ETP (employeur EPSM). La présence d'un tel poste permet notamment de soutenir les équipes de la Mission locale (écoute, analyse des difficultés potentielles, approche globale et accompagnement des jeunes) et de faciliter les interfaces entre les équipes de la Mission locale et les partenaires de santé mentale.

A l'échelle de la Région, sur les 61 Missions Locales existantes, 33 bénéficient d'un temps de psychologue (pour un total de 6.38 ETP).

5. Les Points d'Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ)

Les Points Accueil Écoute Jeunes (PAEJ) sont des structures de proximité qui s'adressent aux jeunes âgés de 12 à 25 ans en situation de vulnérabilité, de souffrances psychiques ou avec des difficultés particulières : conflits familiaux, fugue, décrochage, rupture, radicalisation... Ils s'adressent également aux parents et à tous les professionnels au contact de ces jeunes. L'accueil des jeunes est inconditionnel, gratuit et confidentiel, sans rendez-vous. Le jeune peut venir seul ou en groupe. Les PAEJ sont complémentaires et s'articulent avec les Maisons des Adolescents.

En 2017, la région Auvergne Rhône Alpes compte 36 Points Accueil Écoute Jeunes. Ces PAEJ peuvent avoir des permanences délocalisées. Le département de la Haute Savoie dispose de 5 Points Ecoute Jeunes (PEJ) qui ne sont pas des Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) : Vétraz-Monthoux, Thonon les Bains, Cluses, Sallanches, Annecy.

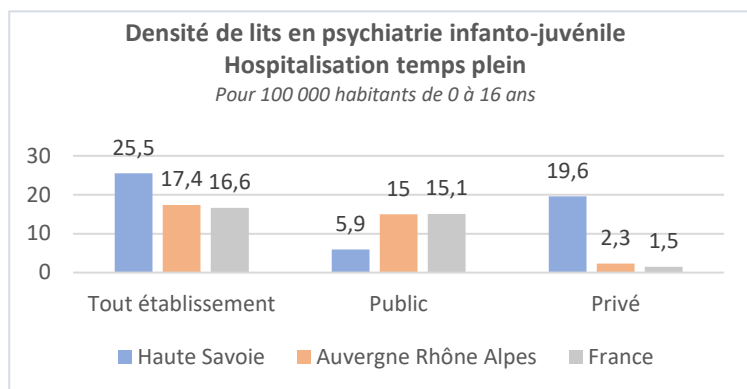
C. La psychiatrie infanto-juvénile

1. L'offre de prise en charge à temps complet

En psychiatrie infanto-juvénile, la Haute Savoie dispose de 33 lits :

- 15 lits, « Rimbaud », Clinique Régina (12-18 ans)
- 18 lits, « Intermed », Clinique des Vallées, (12-18 ans)

Il convient de préciser ici que 10 lits du service « la Parenthèse » du CHANGE, qui étaient dédiés à un public jeune âgé de 7 à 12 ans et qui couvrait également le territoire de la Savoie, ont été fermés en novembre 2016 en raison de problématiques de recrutement médical et paramédical.



Avant la fermeture de l'unité « Parenthèse », la Haute Savoie bénéficiait d'une densité de lits en hospitalisation à temps plein supérieure à la densité régionale et nationale. La répartition des lits était inversée par rapport à la répartition nationale : 76 % des lits dans le secteur privé, contre 25 % à l'échelle de la France et 42 % à l'échelle de la Région.

Source : AtlaSanté, SAE INSEE, Période 2015 et DRESS (SAE) – Enquête 2017

Sur la base des 33 lits existants à ce jour, la densité de lits en pédopsychiatrie rejoint les taux régionaux pour atteindre 19,5 lits pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans (AuRA : 17.4 / France : 16.6).

Au jour de la rédaction du diagnostic, à la suite du renouvellement de l'activité accepté par l'ARS, un projet est en cours de rédaction dans une perspective d'ouverture d'une unité d'hospitalisation de courte durée dédié à un public adolescents (de type « UPUP Adolescents »). Projet réfléchi en lien étroit avec l'offre ambulatoire et l'offre d'hospitalisation dans les établissements privés du territoire. A noter également que l'offre de soins du CHANGE pourrait être modifiée dans le cadre de la mise en œuvre de son schéma immobilier (augmentation capacitaire et transformation des unités actuelles).

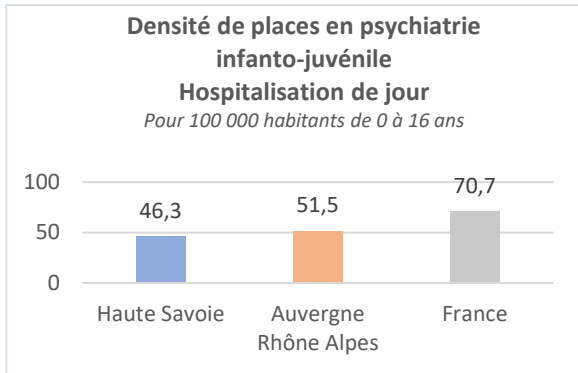
La création d'une Unité Post Urgence Psychiatrique adolescents à vocation départementale fait partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM

2. L'offre ambulatoire

a) L'hôpital de jour (HJ)

En psychiatrie infanto-juvénile, la Haute Savoie dispose de 6 hôpitaux de jour pour un total de 81 places :

- 1 HJ Unité de l'Enfance, Thonon, 16 places, Hôpitaux du Léman (7-12 ans)
- 1 HJ Unité petite Enfance, Thonon, 12 places, Hôpitaux du Léman (3-7 ans)
- 1 HJ, Metz-Tessy, 16 places, CHANGE (6-12 ans)
- 1 HJ, Metz-Tessy, Jardin Enfants Thérapeutique, 12 places, CHANGE (3-6 ans)
- 1 HJ Adolescents, 15 places, Clinique Régina (12-18 ans)
- 1 HJ Adolescents, 10 places, Clinique des Vallées



La densité de place d'hospitalisation de jour sur le département est inférieure à celle de la région Auvergne Rhône Alpes et à celle de la nation.

Source : AtlaSanté, SAE INSEE, Période 2015 et DRESS (SAE) – Enquête 2017



Concernant l'activité en hospitalisation de jour en psychiatrie infanto-juvénile le rapport SPH pointait une absence d'hôpital de jour à l'EPSM pour 73 000 habitants de moins de 16 ans sur les secteurs concernés. A la date de rédaction de ce diagnostic, l'opportunité d'un appel à projet, en lien avec les perspectives des Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS) du Schéma Régional de Santé,⁵¹ permet d'envisager l'ouverture d'un Hôpital de jour adolescents.

b) Les CMPI et les CATTPI

Les Centres Médico-psychologiques Infanto-Juvénile (CMPI) sont les structures de soins pivot des secteurs de psychiatrie. Ils assurent des consultations médico-psychologiques et sociales. Les CMPI peuvent organiser des prises en charge rééducatives individuelles et collectives, élaborer un projet de soins et assurer une mission de prévention en lien avec les services de psychiatrie auxquels ils sont rattachés. Ils ont aussi un rôle d'orientation vers des structures adaptées (CATTP, hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique, foyers...). Les CMP constituent, avec la médecine de ville générale ou spécialisée en psychiatrie, la principale voie d'accès au diagnostic et aux soins.

La Haute Savoie dispose de 11 CMPI répartis sur les 3 établissements publics autorisés en psychiatrie :

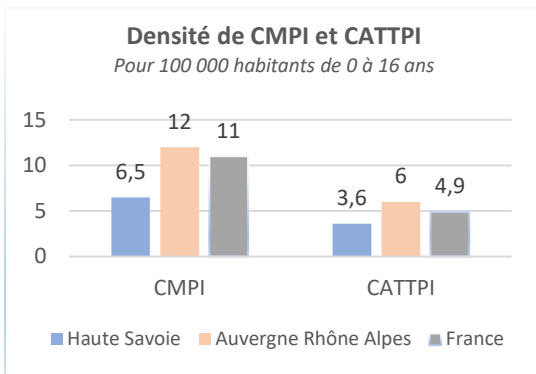
- EPSM : 5 CMP (St Julien-en-Genevois, Vétraz-Monthoux, Cluses, Sallanches, La Roche sur Foron)
- Hôpitaux du Léman : 2 CMPI (Thonon-Douvaine, Evian)
- CHANGE : 3 CMPI (Le « Sextant » Epagny, Le « Val Vert Seynod », Rumilly)

Les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel Infanto-Juvénile (CATTPI) proposent des prises en charge plus intensives, dans le cadre de petits groupes thérapeutiques, souvent en combinaison avec des consultations et rééducations individuelles.

La Haute Savoie dispose de 6 CATTPI dont 2 dédiés à un public adolescent :

- EPSM : 4 CATTPI (Vétraz-Monthoux, Cluses, Sallanches et CATTP Adolescents à Vétraz-Monthoux)
- HDL : 1 CATTPI Adolescents (Thonon)
- CHANGE : 1 CATTPI (Seynod).

⁵¹ *Projet Régional de Santé – Schéma Régional de santé, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, p. 147*



La Haute Savoie compte une densité de CMPI et de CATTPI largement inférieure à celle de la Région et de la France⁵².



Concernant l'activité des CMPI et CATTPI, le rapport SPH pointait que l'activité moyenne déployée était en 2013 proche des prestations attendues par habitant mais que les interventions extérieures restaient encore limitées.

Une enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes réalisée en 2015⁵³ montre que le délai moyen pour obtenir :

- Un premier RDV en CMP (hors urgence) en PIJ = 60 jours aux HDL, 208 jours à l'EPSM et 181.67 jours au CHANGE avec des extrêmes dans les délais très marqués (de 60 à 365 jours).
- Avec un médecin = 365 jours aux HDL (délai le plus élevé de la Région), 167 jours à l'EPSM et 167 jours au CHANGE avec des extrêmes dans les délais allant de 6 à 420 jours.
- Avec un psychologue = 180 jours aux HDL, 179 à l'EPSM et 192 jours au CHANGE avec des extrêmes dans les délais allant de 6 à 420 jours.
- Après une hospitalisation en secteur psychiatrique = 30 jours aux HDL, 20 jours à l'EPSM (malgré un faible taux de réponse lié au faible taux d'hospitalisation complète existant en Psychiatrie Infanto-juvénile, la Haute Savoie affichait les délais les plus importants de la Région).

Nb : des données complémentaires (issues de l'enquête réalisée en 2015) concernant l'activité, le fonctionnement et l'organisation des CMPI, se trouvent dans la partie dédiée au CMP de psychiatrie générale.

[Les CMP et les CATTPI](#)

c) La pédopsychiatrie de liaison

L'équipement en pédopsychiatrie de liaison est, comme en psychiatrie générale, très variable selon les sites :

- Les **Hôpitaux du Léman** dispose d'une **équipe de liaison pédopsychiatrique** qui intervient au sein des urgences.
- Le **CHANGE** dispose d'une **Unité de Liaison en Pédopsychiatrie (ULPP)** depuis 2017 offrant des soins médico-psychologiques aux enfants et adolescents hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHANGE (site d'Annecy).
- L'**EPSM** assure une activité de pédopsychiatrie de liaison et d'urgence :
 - Au sein de l'antenne de périnatalité des **HPMB** à Sallanches. Le renfort de la pédopsychiatrie de liaison des HPMB est en cours.

⁵² Source : AtlaSanté, SAE, INSEE, Période 2015

⁵³ Dr. Sylvie YNESTA et Mme Anne-Sophie DANGUIN, Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes, 2015, p.58

- o Au CHAL : depuis septembre 2017, une équipe de pédopsychiatrie de liaison, renforcée en 2018, vise à améliorer le parcours des jeunes patients et le suivi post hospitalisation. Celle-ci s'est constituée sans financement, par redéploiement des moyens de l'EPSM.

La création d'une équipe mobile de liaison pédopsychiatrique fait partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM

D. L'offre médico-sociale destinée aux enfants en situation de handicap

1. Equipement global du département dans le secteur du handicap

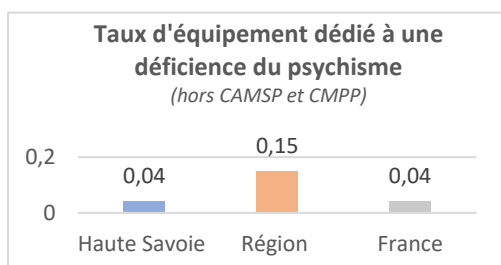
		Nombre de structures	Places autorisées	Places installées	Places installées			Taux d'équipement toutes places installées (tous modes d'accueil)		
					Héberg. Complet	Accueil de jour	Héberg. Temporaire	Département	Régional	National
Etablissements	IME / IEM / EEAP / JE	16	896	896	334	548	14	4.55	4.69	5.11
	ITEP	3	113	113	70	43	0	0.57	1.33	0.98
	SENSORIELS	0	0	0	0	0	0	0.00	0.36	0.44
	CAFS EATEH-FH	0	0	0	0	0	0	0.00	0.05	0.10
Services	SESSAD	20	583	540				2.74	3.51	3.30

Source : FINESS 31.12.2017 / INSEE 2014 – Calcul ARS ARA DSPAR

Le taux d'équipement global en établissements et services (SESSAD) accueillant des enfants en situation de handicap reste en deçà des taux régional et national. Constat déjà effectué lors dans le rapport SPH qui notait « que les équipements n'ont pas réussi à suivre la pression démographique et que, malgré ses bons indicateurs socio-sanitaires, la Haute Savoie présente aujourd'hui, sur l'ensemble des équipements et services médico-sociaux, une situation qui ne pourra pas contrebalancer un diagnostic éventuel de manque d'équipements et services en psychiatrie, contrairement à d'autres situations rencontrées sur le territoire métropolitain ».

2. Taux d'équipement dédié à la déficience du psychisme

Par rapport à l'équipement global du département, la Haute Savoie dispose d'un taux d'équipement dédié à une déficience du psychisme équivalente au taux national mais inférieur au taux régional.



Au 31.12.2017, sur les 1592 places autorisées et 1549 places installées, 8 étaient dédiées à la prise en charge d'une déficience du psychisme (dont 2 en hébergement complet et 6 en semi internat-externat).

3. Focus sur l'amendement Creton

L'amendement Creton est un dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spécialisée dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes. La CDAPH se prononce sur l'orientation de ces jeunes vers un type d'établissement pour adultes, tout

en les maintenant, par manque de places disponibles, dans l'établissement dans lequel ils étaient accueillis avant l'âge de 20 ans.

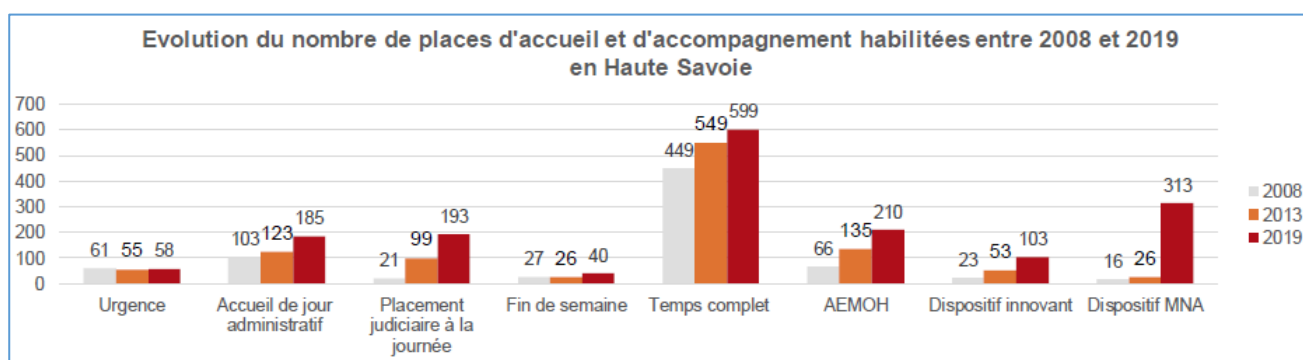
En Haute Savoie, le nombre de jeunes en aménagement Creton est en constante augmentation. Il s'établit à 104 au 31 décembre 2018 (93 au 31/12/2017, 52 jeunes en 2014).⁵⁴

E. Les établissements et services de la protection de l'enfance

1. L'offre globale

Plusieurs réalisations témoignent de l'engagement du Département (et des services départementaux en charge de la prévention et de la protection de l'enfance) dans des **logiques de développement social local** et d'**approche globale des problématiques sociales et des parcours**. Pour ne citer que certains chantiers en cours :

- La mise en place de l'observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE) en juillet 2019 dont l'instance plénière a vocation à se réunir une fois par an pour partager une réflexion sur la politique départementale de prévention et de protection de l'enfance.
- La mise en place en 2019 d'équipes spécialisée sur l'évaluation des informations préoccupantes dans le cadre de la réorganisation des services départementaux.
- La création d'équipes de Référents Interventions Educatives à Domicile sur les territoires (en lieu et places des équipes de référents AED d'une part, et AEMO d'autre part) pour éviter la trop forte segmentation des parcours et des accompagnements.
- La mise en place du Projet Pour l'Enfant (PPE) pour les nouvelles mesures de placement et les renouvellements, puis pour les mesures d'AEMO et d'AED avec un travail préalable conduit à partir de 2014 sur les procédures d'attribution des principales prestations ASE pour formaliser le recueil de l'accord et la participation des familles.
- Le repositionnement des référents « accueil » en référents PPE : une volonté de positionner des référents « accueil » comme coordinateurs des actions menées auprès des familles et des enfants accompagnés.
- La poursuite de la diversification des interventions, avec le renforcement des formes d'accompagnement alternatives au placement en établissement ou un service d'alternative et une amélioration de la couverture du territoire⁵⁵ :



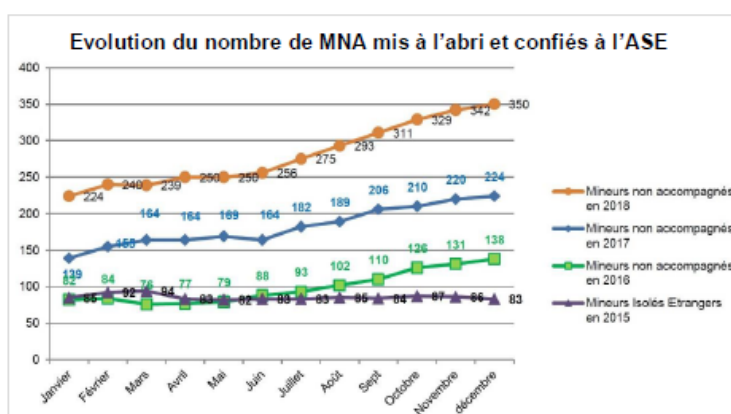
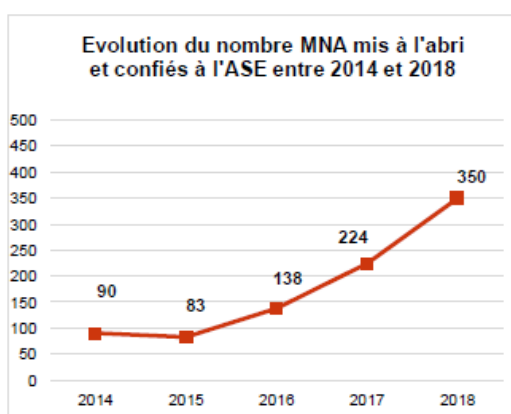
⁵⁴ Rapport d'activité MDPH, 2018

⁵⁵ ANNEXE 9 : Liste des structures existantes sur le Département et nombre de places installées en protection de l'enfance en 2019 - Contribution Conseil Départemental 74, Direction Enfance Famille, Direction Générale Adjointe Action Sociale et Solidarités, Octobre 2019

2. La prise en charge spécifique des Mineurs Non Accompagnés (MNA)

Dans le cadre du schéma de la protection de l'enfance 2013-2017, un effort important a été porté sur la prise en charge des MNA⁵⁶ avec :

- Le déploiement d'une offre d'accueil dédiées au MNA pour répondre au risque de saturation du dispositif d'accueil consécutive à l'augmentation continue du nombre de MNA confiés au Département (ouverture de près de 300 places spécifiques créées en 10 ans) en complémentarité du dispositif d'accueil en maisons d'enfants.
- Une vigilance portée sur le suivi de la santé des MNA avec la création d'une consultation spécifique MNA depuis 2018 en réponse à l'affluence des demandes. Une consultation qui intervient en complément de l'accueil médical réalisé par la PMI.
- Face à la poursuite de l'augmentation du nombre de MNA accueilli en Haute-Savoie et à la saturation du dispositif (100 MNA – mis à l'abri ou confiés au Département accueillis actuellement à l'hôtel), la création de nouvelles places dédiées aux MNA prévue dans le cadre de deux appels à projet (pour la création de 100 et de 25 places respectivement).
- Toutefois, une forte incertitude quant à la capacité du futur dispositif dédié aux MNA à répondre aux besoins à venir, au regard de la difficulté à anticiper le nombre d'arrivées.



3. Focus sur le CAR Marie Bochet : dispositif dédié aux adolescents « en situation complexe »

En 2011, le département de la Haute-Savoie et l'ARS Rhône-Alpes avaient conjointement autorisé et créé un dispositif expérimental pour des enfants et adolescents handicapés psychiques et/ou présentant des troubles du comportement et nécessitant une mesure de protection de l'enfance : le DEAT 74.

Le dispositif DEAT se voulait une structure d'accueil transitoire : dans les faits, faute de relais par d'autres établissements, les jeunes restaient accueillis au DEAT souvent jusqu'à l'âge de 18 ans où se posait également la problématique de la fin de l'accompagnement ASE alors que l'intervention du médico-social devait continuer. L'une des limites du dispositif était liée aux modes d'admissions différents (la MDPH notifiait au titre du handicap, le Département prononçait l'admission au titre de la Protection de l'Enfance) ; sur l'internat, la mesure ASE était nécessairement un placement, très souvent ordonné par le Juge. La lourdeur des dossiers d'admission avec deux commissions (CDAPH et commission ASE) pouvait freiner la remontée des dossiers. Un diagnostic organisationnel du dispositif (établissement et équipe mobile) a été mené entre février et avril 2015

⁵⁶ Etude rétrospective des actions menées dans le cadre du précédent schéma, ENEIS by KPMG, Juin 2019

et trois hypothèses ont pu être envisagées dans un contexte de sortie du cadre de l'autorisation à titre expérimental pour une entrée dans le droit commun d'une autorisation à quinze ans.

Depuis décembre 2018, à l'issue de la période d'expérimentation et des conclusions de l'évaluation, le DEAT est devenu le [Centre d'Accueil et de Répit \(C.A.R\) Marie Bochet](#) (géré par la Fondation OVE) composé de deux structures d'hébergement relevant chacune d'une des deux autorités et une équipe mobile avec double financement :

- Une [MECS](#) de 12 places éclatée (autorisée et financée par le département) pour jeunes filles et garçons âgés de 10 à 15 ans révolus à l'admission (avec poursuite jusqu'à 21 ans le cas échéant) présentant des troubles du comportement :
 - [« Internat »](#) : 8 places d'hébergement à temps complet dont 2 places en « relais » d'un autre lieu d'accueil pour une durée maximum de 8 jours ;
 - [« Maison »](#) : 3 places d'hébergement à temps complet dans un micro-collectif avec prise en charge individualisée renforcée ;
 - [« Unité d'autonomie »](#) : 1 place d'accueil à temps complet en amont et en aval de la majorité pour une durée totale maximum de 6 mois.
- Un [RITEP](#) (offre de répit à destination d'un public DITEP) qui vient de devenir 1 RIME, autorisé et financé par l'ARS.
- Une [équipe mobile](#), avec double autorisation et financement par l'ARS et le Département : 40 places (avec une file active attendue à 60) organisée autour de 4 antennes permettant de couvrir l'ensemble du territoire départemental, pour enfants et adolescents de 0 à 20 ans (Fondation OVE).

4. La gestion des situations d'urgence

Plus globalement, plusieurs réalisations visent à fluidifier le dispositif d'accueil et améliorer la gestion des urgences⁵⁷ :

- La mise en place d'une [cellule d'intervention](#) dans le cadre de l'astreinte des cadres du Département en partenariat avec l'Etablissement Public Départemental Autonome Le Village du Fier :
 - Un protocole signé en 2017 entre le Département et l'EPDA Le Village du Fier pour répondre aux besoins d'accueil en urgence dans le cadre de l'astreinte du Conseil départemental.
 - La création d'une « Equipe Mobile d'Astreinte » (EMA) portée par Le Village du Fier constituée de 3 ETP et dont les missions sont d'apporter une réponse réactive, une évaluation rapide du contexte familial et de construire les premières préconisations d'orientation. Un dispositif doté de 3 places pour des mineurs de 3 à 18 ans pour des accueils dont la durée est limitée à 3 jours (ou 5 si le week-end est inclus).

Un bilan de l'EMA réalisé en décembre 2018 mettant en évidence des durées d'accueil fréquemment dépassés (dans 26 % des situations) du fait de difficultés de réorientations. Des enjeux de fluidité et de lisibilité du dispositif d'accueil d'urgence de la Haute-Savoie qui demeurent. Des pratiques intéressantes par ailleurs développées dans le cadre du dispositif en particulier la recherche de modes d'intervention alternatifs au placement dans le cadre de l'accueil de 5 jours.

- Le [déploiement d'un outil de gestion des places disponibles](#) entre 2015 et 2017.

⁵⁷ Op.cit. ENEIS by KPMG, Juin 2019

- Une **harmonisation des modalités de tarification** des services et établissements habilités à l'Aide sociale à l'enfance avec le passage de tous les opérateurs habilités en dotation globale à compter de 2019
- Une **adaptation du dispositif de Prévention Spécialisée** aux besoins actuels des jeunes haut-savoyards bénéficiaires et aux réalités territoriales
- Une meilleure **prise en compte de la santé des enfants placés** :
 - L'élaboration d'un dossier médical standardisé et d'un protocole de suivi médical des enfants confiés. La création d'un poste de médecin en 2007, dont une partie du temps a été dédié à la réalisation d'une évaluation de l'état de santé des enfants placés et des ressources nécessaires à la mise en œuvre du protocole de suivi médical entre 2008 et 2011.
 - La signature d'une convention de partenariat entre le Département et la CPAM pour faciliter l'instruction et le suivi des dossiers des jeunes relevant de l'ASE.

Au jour de la rédaction du diagnostic et à l'heure des travaux de préfiguration du Schéma Enfance/Famille 2019-2024, **différentes perspectives** s'annoncent déjà, avec lesquelles les travaux du PTSM pourront légitimement se mailler⁵⁸ :

- L'impulsion d'une **logique de parcours** en protection de l'enfance.
- Le travail autour de l'**évolution des pratiques professionnelles** : association des parents aux mesures ASE, valorisation de leur compétences, prise en compte de leur environnement...).
- La mise en œuvre effective du **suivi de la santé des enfants confiés**, pour l'ensemble des mineurs accueillis en Haute-Savoie.
- L'**optimisation et la fluidification du dispositif d'accueil**, dans un contexte de saturation décrit par les acteurs :
 - L'amélioration de la réactivité et de la **fluidité du dispositif d'accueil d'urgence** (capacité à répondre en urgence aux sollicitations, capacité à orienter vers les lieux d'accueil du territoire...)
 - L'optimisation du dispositif d'accueil à temps complet, y compris en identifiant les leviers possibles en matière de tarification (ex : définition de l'accueil séquentiel et modulable dans leurs aspects financiers et tarifaires).
 - Le maintien de l'offre d'accueil familial du département : communication sur le métier d'assistant familial, procédure d'agrément et de recrutement, accompagnement des assistants familiaux, adaptation des projets d'accueil des assistants familiaux à l'évolution du profil des enfants accueillis ...
 - La poursuite de la mise en œuvre de la nouvelle procédure d'orientation vers les lieux d'accueil via l'outil GPDA (dont l'appropriation par les équipes est à travailler).
- La mise en œuvre des appels à projets pour les dispositifs dédiés MNA et une stratégie à construire pour absorber des besoins volatiles qui peuvent difficilement être anticipés.
- La poursuite de l'adaptation du dispositif de prévention spécialisée aux spécificités des territoires : travail avec les communes ou EPCI, constitution de comités territoriaux...
- La **diversification des réponses dédiées aux « adolescents en situation complexe »** et l'évolution des dispositifs dédiés à ce public : optimisation du fonctionnement de la commission de régulation, structuration des partenariats, travail autour de la gestion de crise, attractivité des postes...

⁵⁸ Op.cit. ENEIS by KPMG, Juin 2019

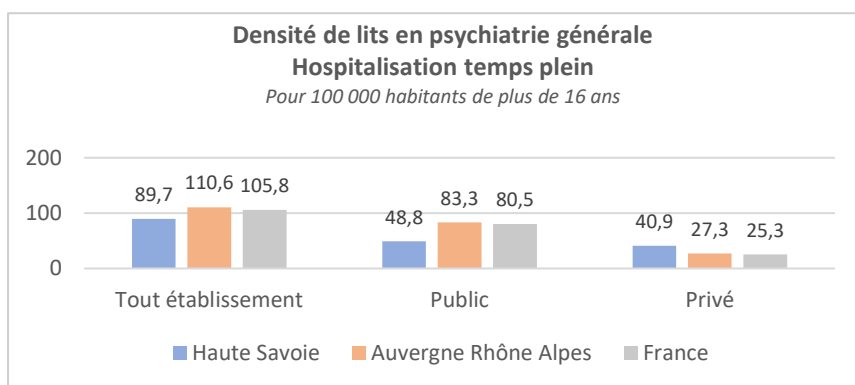
IV. OFFRE DESTINEE AUX ADULTES

A. La psychiatrie générale

1. L'hospitalisation temps plein

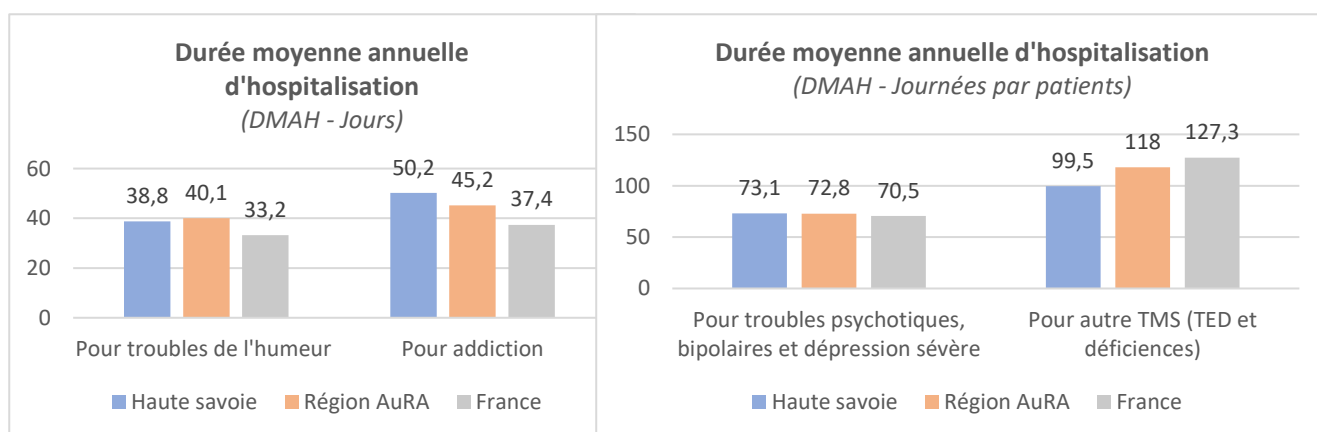
En psychiatrie générale, la Haute Savoie dispose officiellement de 535 lits :

- 53 lits, Clinique Régina, Service "Renouveau"
- 132 lits, Clinique des Vallées
- 55 lits Clinique Parassy
- 165 lits, EPSM
- 85 lits, CHANGE
- 43 lits, HDL



La Haute Savoie présente, en 2016, un taux d'équipement plus faible que le taux régional et national avec la particularité d'une densité forte de lits en établissements privés⁵⁹.

De manière générale, le Département de la Haute Savoie se caractérise par des durées moyennes annuelles d'hospitalisation supérieures aux moyennes régionales et nationales en ce qui concerne les hospitalisations pour addiction, troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère⁶⁰.



Concernant l'activité en hospitalisation temps plein, le Rapport SPH pointait une situation de blocage liée à un faible flux d'hospitalisation (faible file active) et à des durées moyenne d'hospitalisation élevées notamment du fait de l'embolisation des lits par des patients au long cours « pour la plupart en situation inadéquate »

⁵⁹ AtlaSanté, SAE, Période 2015-2016

⁶⁰ AtlaSanté, RIM-P - 2015

(coupe transversale effectuée en 2013). L'ensemble des données n'ont pas pu être actualisées, hormis pour les DMS et les DMH 2016 à 2018 ainsi que pour le nombre de patients hospitalisés depuis plus d'un an sur les mêmes années qui laissent penser que les problématiques repérées en 2015 restent présentes à ce jour.

		Haute Savoie			Région AuRA	France (hors DROM)	Patient + 1 an (SAE)*					
		Public	Privé	Total Public /Privé	Total Public /Privé		EPSM	CHANGE	HDL	Régina	Vallées	Parassy
DMS	2016	30.76	40.73	34.03	32.13	30.46	55	26	17	-	-	-
	2017	33.94	37.14	35.35	32.12	29.86	55	27	6	-	-	-
	2018	33.42	36.75	34.83	32.64	30.10	46	32	19	-	-	-
DMH	2016	61.42	48.19	55.44	55.52	53.40	* L'ensemble des données présentées sont issues des SAE (qui peuvent comprendre des erreurs de saisies).					
	2017	57.88	43.87	50.42	53.54	51.23						
	2018	60.94	38.05	48.01	53.75	52.10						

- Il convient de mentionner ici l'existence d'une **unité de préparation à la sortie (UPAS) au CHANGE** qui permet d'accueillir des patients hospitalisés au long cours et de les accompagner dans la réalisation de leur projet de soin, en étroite collaboration avec les différentes structures sectorielles et intersectorielles et avec les partenaires sanitaires et sociaux.
- La problématique de la disponibilité des lits d'hospitalisation à temps plein dans les établissements publics est majorée compte tenu des **difficultés de recrutement** que peuvent rencontrer les établissements de santé : ces derniers sont parfois contraints de fermer certains lits faute de personnel disponible.

En juillet 2019, l'EPSM présentait 22% de vacance de postes médicaux (8 ETP sur 36,2 ETP). Cela correspond à 12 postes (dont 7 sur le pôle adulte et 5 sur le pôle de pédopsychiatrie) ce qui a eu pour conséquence un recours à l'intérim important et la fermeture de 25 lits du 15/06/19 au 15/08/19.

- En octobre 2015, une enquête sur la situation des personnes hospitalisées au « long cours » dans les 35 établissements psychiatriques de la région montrait qu'au jour de l'étude, **37 % des patients hospitalisés au long cours étaient déclarés comme étant des personnes sans domicile fixe** au sein de l'EPSM de la Vallée de l'Arve (12 % à l'échelle des 35 établissements). Le questionnaire ne permettait pas de savoir si la personne était SDF dès la première hospitalisation ou si elle l'était devenue au fil de l'hospitalisation au long cours.

a) Focus sur l'hospitalisation sous contrainte⁶¹

Le rapport SPH notait une forte diminution des hospitalisations sous contraintes depuis 2013. Les chiffres plus récents tendent plutôt vers une **augmentation des patients et une baisse (plus ou moins marquée) du nombre de journées**. En 2018 à l'EPSM, 38.34% des journées d'hospitalisation se font en soins sous contrainte. A l'échelle du département :

- Tous modes de soins sous contrainte confondus (SPDRE, détenus, SPDT, OPP, Péril imminent) :
 - En 2013 : 927 patients pour 36 955 journées
 - En 2018 : 1056 patients pour 36 691 journées

⁶¹ ANNEXE 10 : Données SAE 2013 à 2018 concernant l'hospitalisation sous contrainte

- Soins Psychiatriques sur décision de représentation de l'Etat (SPDRE) : 121 patients admis en 2015 (pour 8411 journées) contre 104 patients en 2018 (pour 7583 journées).
- Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) : 562 patients admis en 2015 (pour 19 466 journées) contre 573 patients en 2018 (pour 21 635 journées).
- Hospitalisations pour péril imminent : continuent leur augmentation au sein de tous les établissements en restant le fait quasi exclusif de l'EPSM.
 - En 2015 : 257 patients pour 5476 journées (dont 180 patients admis à l'EPSM).
 - En 2018 : 357 patients pour 7247 (dont 279 patients admis à l'EMPS).

En 2015, le Rapport SPH avait déterminé que le CHAL était à l'origine de 70 % de ces mesures et les Hôpitaux du Mont Blanc 30 %. D'après les informations recueillies en septembre 2019, ces proportions restent sensiblement les mêmes en 2018.

- L'ensemble des détenus, y compris mineurs, est hospitalisé à l'EPSM (entre 15 et 22 patients admis entre 2013 et 2015). « Cette charge n'est pas répartie sur les trois établissements, situation devenue assez rare » précisait le rapport SPH. Il est constaté une augmentation du nombre de patients comme du nombre de journées.
- Concernant les OPP (mineurs), 2017 témoigne d'une augmentation du nombre de patients et du nombre de journée au sein de la Clinique des Vallées (8 patients pour 423 journées en 2017, contre 3 patients pour 164 journées en 2015).

b) L'Unité de soins intensifs psychiatriques (USIP)

L'EPSM dispose d'une Unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) de 15 lits qui reçoit en hospitalisation complète sous contrainte, des patient(e)s adultes présentant des troubles majeurs du comportement, ne pouvant être pris en charge de façon satisfaisante dans les services de psychiatre générale. Les personnes hospitalisées sont adressées par les établissements publics des 3 départements de l'arc alpin (Haute Savoie/Savoie/Isère) pour un séjour de deux mois, renouvelable 1 fois.

En 2016, le Rapport SPH rappelait qu'il « n'existe pas de texte réglementaire de base pour les USIP, unités de soins intensifs psychiatriques (appelées aussi UMAP, unités pour malades agités et perturbateurs, ou UPID, Unités psychiatriques intersectorielles départementales selon les lieux). Unités de recours, intermédiaires entre l'unité de secteur, et l'UMD, qui doivent être en mesure de recevoir des patients agités et disposent d'effectifs renforcés. Ces unités ne sont ni des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) prenant en charge des personnes placées sous mains de justice nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète, ni des UMD. Le maintien de la continuité des soins avec le service « adresseur » doit être assuré, dans le cadre d'un contrat qui prévoit une durée d'hospitalisation limitée. »

Au moment du Rapport SPH, l'USIP n'était utilisée « qu'à moitié de sa capacité » (58,12 % en 2014) ; les chiffres plus récents montrent une augmentation de la file active, du nombre de journées de présence et du taux d'occupation (62,36 % en 2018). L'âge minimum de prise en charge en 2018 est de 17 ans⁶².

	2018	2017	2016	2015	2014
Nbre journées de présence	3 414	3 385	3 431	3 002	3 182
File active	77	73	76	70	67
Nbre entrées	51	50	48	36	39
Nbre séjours	79	77	81	70	69
DMS	43,22	43,96	42,36	42,89	46,12
DMH	44,34	46,37	45,14	42,89	47,49
Moyenne âge	39	38	39	36	37
Age mini	17	18	20	18	19
Age maxi	72	61	60	60	58
Taux occupation	62,36	61,83	62,5	54,83	58,12

⁶² Données transmises par le DIM de l'EPSM, Septembre 2019

c) *Les mineurs hospitalisés en pédiatrie ou en psychiatrie adulte pour un diagnostic principal psychiatrique*

L'hospitalisation d'un mineur en service de psychiatrie adulte pose des questions éthiques et thérapeutiques et soulève un risque traumatogène. Les informations recueillies durant l'été 2019 auprès des DIM des établissements publics de Haute Savoie ont permis d'identifier la part de séjours concernés sur l'année 2018 (est compté comme mineur tout patient de moins de 18 ans le jour de son hospitalisation). Cette problématique s'est vue renforcée par la fermeture du service Parenthèse du CHANGE. Faute de place au sein du service INTERMED de la Clinique des Vallées ou au sein de la Clinique Régina, les jeunes atteints de troubles psychiques (épisode dépressif, troubles anxiodépressifs, troubles des conduites) sont accueillis au sein d'unité d'hospitalisation adultes ou en service de pédiatrie.

- **CHANGE⁶³** :
 - 176 séjours en pédiatrie pour un diagnostic principal psychiatrique
 - 16 séjours en psychiatrie adultes
 - 38 en UPUP adultes
 - 7 jours \leq DMS \leq 9 jours
 - 88 % des sorties se sont effectuées vers le domicile
- **HPMB⁶⁴** :
 - 21 patients pris en charge en HDJ pour un diagnostic principal psychiatrique pour un total de 80 séjours (anorexie, autisme principalement)
 - 2 patients en Unité de surveillance continue pédiatrique pour ce motif principal
 - 84 séjours pour des patients avec un diagnostic principal lié à la psychiatrie.
- **EPSM⁶⁵** :
 - 16 mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte pour un total de 18 séjours
 - DMS = 13.33 journées
- **HDL⁶⁶** :

En Psychiatrie adultes :

- 5 patients mineurs de moins de 18 ans
- Pour 6 séjours et 444 journées à temps plein (*un jeune patient, comptabilise 365 jours d'hospitalisation à temps complet*).
- DMS = 74 jours (*en excluant ce patient « atypique » par la durée de se son séjour, DMS = 15.8 jours*)

En pédiatrie (mineurs de moins de 18 ans, hospitalisés en pédiatrie avec « un motif d'entrée psychiatrique » (diagnostic principal codé en F - troubles mentaux et du comportement) :

- 5 jeunes en hôpital de jour pédiatrique
- 50 jeunes en pédiatrie.
- DMS : 4.07 jours
- 232 jours cumulés

⁶³ Données transmises par le DIM du CHANGE lors d'une réunion de travail en avril 2019

⁶⁴ Données transmises par le DIM de l'HPMB le 26.07.19

⁶⁵ Données transmises par la Direction de l'EPSM – Source DIM – le 01.07.19

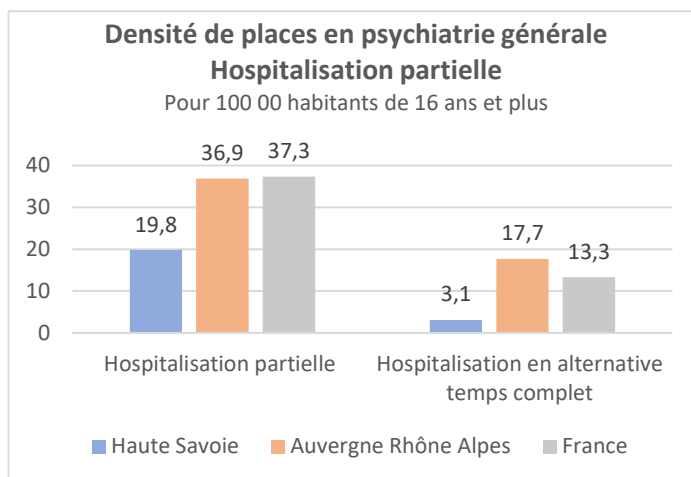
⁶⁶ Données transmises par le DIM des HDL le 14.08.19 et le 22.08

2. L'offre ambulatoire

a) L'hôpital de jour

En psychiatrie générale, la Haute Savoie dispose de 7 hôpitaux de jour, pour un total de 116 places, ce qui représente une densité de place largement inférieure à la moyenne régionale et nationale⁶⁷.

- 1 HJ intersectoriel Seynod, 20 places, CHANGE
- 1 HJ Vétraz-Monthoux, 18 places, EPSM
- 1 HJ, La Roche sur Foron, 10 places, EPSM
- 1 HJ, Sallanches, 10 places, EPSM
- 1 HJ, Thonon, 19 places, HDL
- 1 HJ, Ville la Grand, 24 places, Clinique des Vallées
- 1 HJ « Les Aravis », 15 places, Sévrier, Clinique Régina



En termes d'activité, le rapport SPH pointait en 2015 que l'HDJ intersectoriel de 20 places du CHANGE (pour plus de 226 000 habitants à l'époque) était très centré sur la ville d'Annecy (33 % de la patientèle pour 17.5 % de la population des secteurs).

A la date de rédaction de ce diagnostic, un projet présenté par CLINIPSY permet d'envisager le déploiement d'un HDJ de 10 places à St Julien en Genevois. Un contact est d'ores et déjà pris entre le réseau de cliniques psychiatriques privées indépendantes et l'EPSM afin d'envisager une installation sur le terrain où sont établis les CMP de l'EPSM (adultes et enfants) et de pouvoir mutualiser certains professionnels et des fonctions support le cas échéant.

b) Les CMP et les CATT

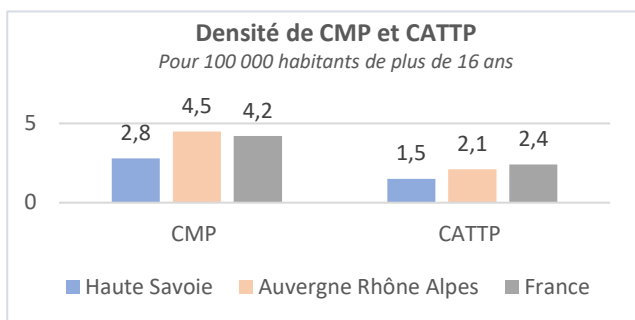
La Haute Savoie dispose de 12 CMP répartis sur les 3 établissements publics autorisés en psychiatrie :

- EPSM : 6 CMP (St Julien-en-Genevois, Vétraz-Monthoux, Bonneville, Cluses, Sallanches, La Roche sur Foron)
- HDL : 2 CMP (Thonon et Evian)
- CHANGE : 4 CMP (Annecy-le-Vieux, Annecy, Seynod, Rumilly)

Le Département dispose de 8 CATT implantés sur les mêmes sites qu'une partie des CMP :

- EPSM : 3 CATT (Vétraz-Monthoux, Bonneville, Cluses)
- HDL : 1 CATT (Thonon)
- CHANGE : 4 CATT (Annecy-le-Vieux, Annecy, Seynod, Rumilly)

⁶⁷ *AtlaSanté, SAE, Période 2015*



La Haute Savoie présente une densité de CMP et de CATT inférieure à celle de la Région et de la France⁶⁸

L'enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes réalisée en 2015⁶⁹ montrait que le délai moyen, en psychiatrie générale, pour obtenir un premier RDV :

- En CMP (hors urgence) en PG = 45 jours aux HDL, 42 jours à l'EPSM et 6.75 au CHANGE, avec des extrêmes dans les délais de 5 à 90 jours.
- Avec un médecin = 60 jours aux HDL, 63 jours à l'EPSM et 70.50 au CHANGE (délai le plus élevé de la Région) avec des extrêmes dans les délais de 25 à 90 jours.
- Avec un psychologue = 45 jours aux HDL, 122.5 jours à l'EPSM et 36.75 au CHANGE avec des extrêmes dans les délais de 7 à 180 jours.
- Après une hospitalisation en secteur psychiatrique = 60 jours aux HDL, 31 jours à l'EPSM et 18 jours au CHANGE avec des extrêmes dans les délais de 5 à 60 jours.

FOCUS SUR L'ENQUETE SUR LES CMP DE LA REGION RHONE ALPES

L'enquête donnait également de nombreux éclairages sur l'organisation et le fonctionnement des CMP/CMPI du département (en 2013) :

➤ **CMP Pivot ou référent**

Sur les 22 CMP/CMPI répondants, 19 déclaraient qu'il n'existait pas de CMP référent ou CMP pivot sur le secteur ou le pôle (la notion de CMP référent ou pivot n'avait cependant pas été définie lors de la passation du questionnaire ce qui pouvait induire des biais de réponse).

➤ **Créneaux d'urgence :**

- Sur 22 CMP/CMPI répondants : 12 ne conservaient pas de créneaux pour les urgences sur le planning des médecins, 13 n'en conservaient pas sur les plannings des psychologues, 10 n'en conservaient pas sur les plannings des infirmiers.
- Un médecin était présent sur 65.2 % du temps d'ouverture des CMP/CMPI du CHANGE, 82.2 % de l'EPSM et 76.2% des HDL.
- Le planning de présence des psychologues était connu dans 95.3 % des CMP/CMPI du département.

➤ **Visites à domicile :**

- 18 déclaraient réaliser des visites à domicile pour des patients déjà connus (soit 82 % CMP répondants) et 3 pour des patients inconnus.

⁶⁸ AtlaSanté, SAE, Période 2015, 2016

⁶⁹ Dr. Sylvie YNESTA et Mme Anne-Sophie DANGUIN, Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes, 2015, p.58

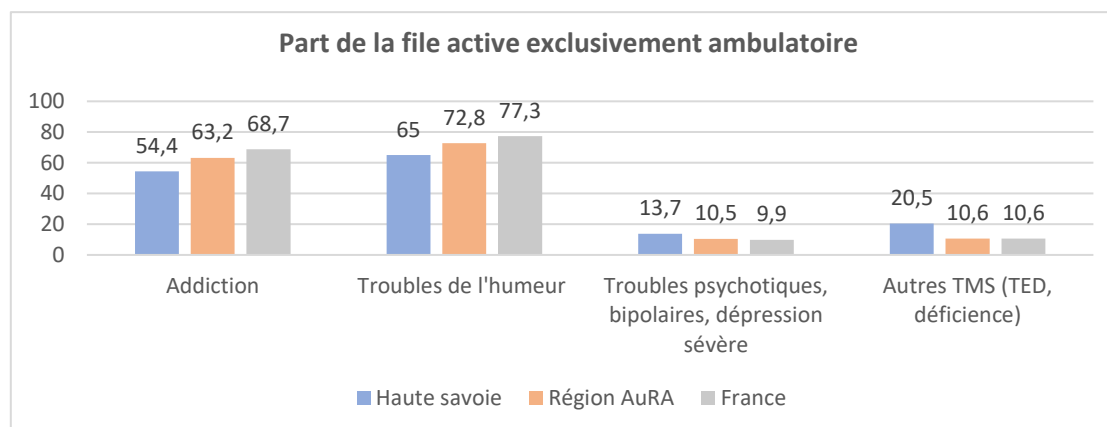
- Seuls 176 patients du département avaient bénéficié de ces VAD (32 patients du CHANGE, soit 3.8 % de la file active ; 126 patients de l'EPSM, soit 10.4 % de la file active ; 18 patients des HDL, soit 2.9 % de la file active).

➤ **Heures d'ouverture, permanence téléphonique et outils de travail**

- Le nombre d'heures moyen d'ouverture hebdomadaire des CMP de Haute Savoie était de 43.53 heures (36.1 heures pour la Région). L'ensemble des CMP/CMPI déclaraient une ouverture 5 jours ou plus par semaine et 20 d'entre eux restaient ouverts toute l'année. Les deux CMP déclarants ne pas rester ouverts toute l'année étaient rattachés à la PIJ.
- Les 22 CMP/CMPI disposaient d'une permanence téléphonique pendant les horaires d'ouverture
- L'utilisation d'un agenda partagé était particulièrement faible : seuls 7 des 22 CMP/CMPI du département déclaraient en avoir l'usage.
- 17 CMP / CMPI possédaient une brochure-plaquette destinée à tout public (missions, public accueilli, horaires, numéro de téléphone).

c) *L'activité ambulatoire*

En 2015, la part de la file active exclusivement ambulatoire des établissements publics est inférieure aux indicateurs régionaux et nationaux en ce qui concerne les patients pris en charge pour addiction et troubles de l'humeur (supérieure pour les troubles psychotiques, bipolarité, dépression sévère et autres TMS)⁷⁰.

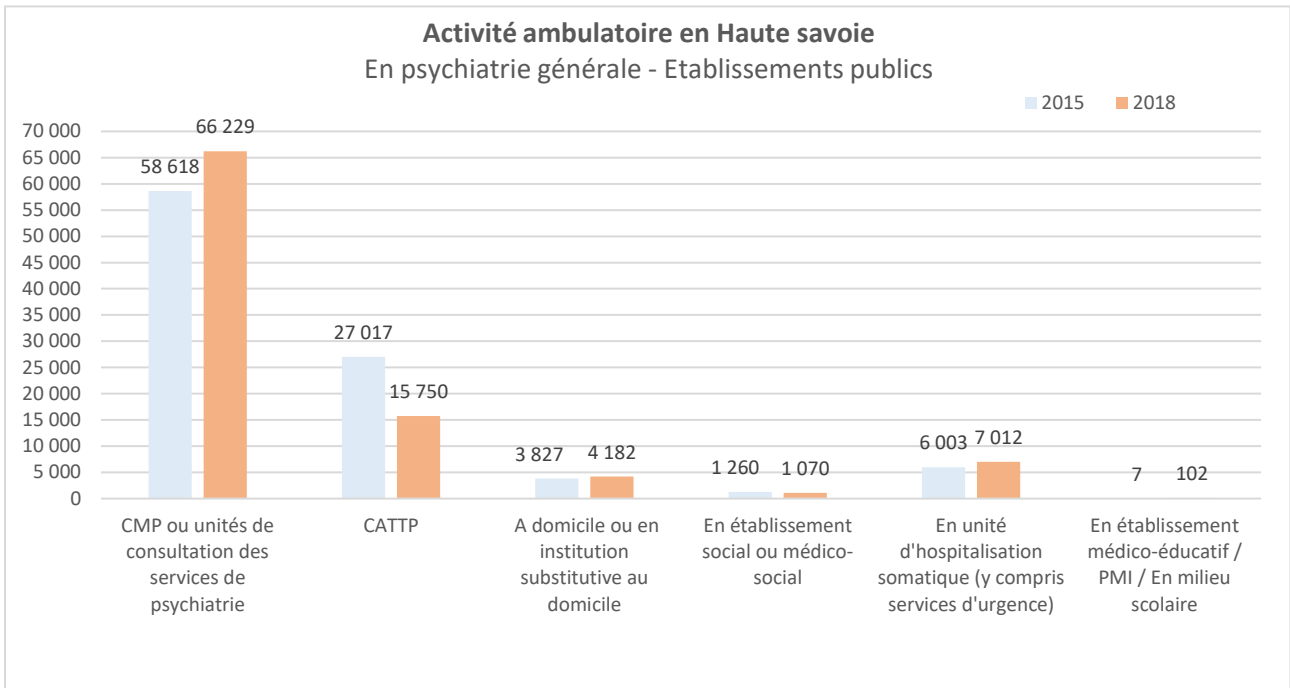


Entre 2015 et 2018 sur l'ensemble des établissements publics est repéré⁷¹ :

- Une augmentation du nombre d'actes en CMP.
- Une baisse marquée de l'activité des CATTP.
- Des interventions en très légère hausse à domicile ou en institution substitutive au domicile.
- Une baisse des interventions en établissement social ou médico-social mais une hausse de l'activité en direction des établissements pour enfants (IME, PMI, milieu scolaire).
- Une augmentation des interventions en unités d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence).

⁷⁰ *AtlaSanté, SAE, Période 2015*

⁷¹ *Enquête SAE 2015-2018*



En février 2018, dans le cadre de la Mission Santé Mentale 74, l'ARS repérait que l'évolution de la file active des patients pris en charge exclusivement en ambulatoire était plus faible sur le département (+ 8,2 %) qu'en Région (+ 15,9 %). Il en était de même pour le nombre d'actes ambulatoires (+ 11,7 % en Haute Savoie contre + 21 % en Région AuRA).

La réaffirmation du rôle pivot des CMP dans les parcours de soins fait partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du PTSM

3. La Réhabilitation Psychosociale en Haute Savoie

a) L'hôpital de jour du Centre Départemental de Réhabilitation Psychosociale des Glières (EPSM)

Le Centre Départemental de Réhabilitation Psychosociale des Glières est une structure de niveau 1 rattachée au C3R de Grenoble (Centre Référent de Réhabilitation et de Remédiation). C'est un projet inter établissements (EPSM et CHANGE), validé par l'ARS en octobre 2015 et ouvert en septembre 2016. Cette organisation est intégrative à l'échelle du département et l'activité du Centre est déployé sous la forme d'un Hôpital de jour de 10 places.

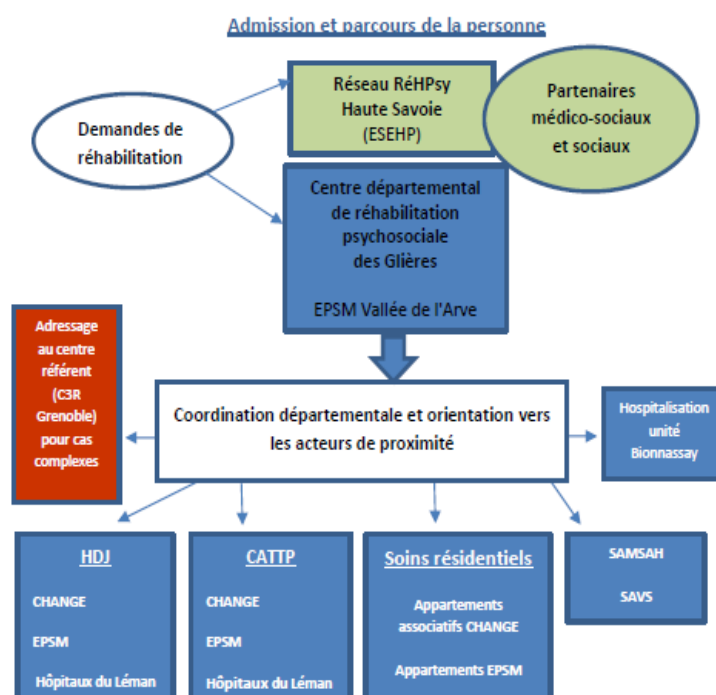
Le centre situé à la Roche sur Foron, propose une évaluation, des ateliers de réhabilitation et de remédiation cognitive en individuel ou en groupe. Il s'adresse aux patients stabilisés de la Haute Savoie âgés de 18 à 35 ans, présentant des troubles schizophréniques ou schizo-affectifs et rencontrant des difficultés de réinsertion et d'autonomisation, notamment en début de parcours de soin. Deux formes d'entrée sont possibles au sein du dispositif : demandes médicales ou demande via le réseau RéHPSY 74.

Ce centre a pour objectif de :

- Promouvoir les principes de la réhabilitation et offrir un dispositif d'évaluation de réhabilitation
- Soutenir l'élaboration du projet, d'autonomisation et de retour vers l'emploi, avec la personne et les partenaires, en s'appuyant sur l'évaluation et les premières interventions.
- Organiser et coordonner le parcours individualisé en travaillant le relai avec l'extrahospitalier et le réseau
- Proposer des actions ciblées de réhabilitation (Entraînement aux Hâbiletés Sociales, Remédiation cognitive, Education Thérapeutique)

Dans son rapport d'activité 2018, le Centre de Réhabilitation de Réhabilitation Psychosociale des Glières mentionne une file active en augmentation passant de 59 patients à 98 pour l'année 2018 dont :

- 51 % des patients suivis sont des secteurs couverts par l'EPSM
- 41 % relèvent des secteurs du CHANGE
- 6 % des secteurs des HDL
- 1 patient du secteur de Bassens et 1 patient de secteur inconnu.



b) *L'Unité de Réhabilitation Psychosociale du CHANGE*

Le CHANGE dispose d'une Unité de Réhabilitation Psycho-Sociale qui travaille en réseau avec le Centre de Réhabilitation psychosociale des Glières et le réseau RÉHPSY. L'activité de l'URPS s'appuie sur plusieurs outils :

- L'Accueil Familial Thérapeutique (CHANGE)
- Les Soins Résidentiels (CHANGE) et les appartements associatifs (Association GAIA)
- Le SAMSAH « le Bilboquet » (Association GAIA)

c) *L'Accueil Familial Thérapeutique (AFT)*

L'AFT est une modalité particulière d'hospitalisation à temps complet. En Haute Savoie, le CHANGE dispose depuis de nombreuses années d'une *Unité d'Accueil Familial Thérapeutique* de 18 places. Cette unité propose à des particuliers d'accueillir à leur domicile, contre rémunération, des personnes en souffrance psychique stabilisées.

Le service d'accueil familial thérapeutique organise le traitement des personnes de tous âges, souffrant de troubles mentaux susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable, en vue notamment d'une restauration de leurs capacités relationnelles et d'autonomie. Le recours à ce type d'accueil doit nécessairement passer par un centre hospitalier. Il est envisageable :

- *En amont d'une hospitalisation*, pour éviter la dégradation prévisible de l'état de santé d'un patient
- *En cours d'hospitalisation*, des accueils ponctuels ou séquentiels (d'un à plusieurs jours par semaine) permettant de vérifier la pertinence d'un projet de 'dés hospitalisation.
- *En aval d'une hospitalisation*, pour une prise en charge de long terme, lorsque le retour du patient à son propre domicile n'est pas souhaitable (en prévention de rechutes favorisées par un environnement matériel et social "nocif") ou envisageable (cas des personnes sans domicile).

En 2018, l'activité de l'unité d'Accueil Familial thérapeutique est en augmentation par rapport aux 3 dernières années) : elle représente 3711 journées (3212 en 2017, 3453 en 2016, 3698 en 2015).⁷²

d) *Les soins résidentiels et les appartements associatifs*

L'Unité de Soins résidentiels fait partie du Pôle Santé Mentale du CHANGE. C'est un dispositif intersectoriel de soins en direction d'adultes en situation de handicap psychique, stabilisés. Les soins et les accompagnements sont proposés exclusivement aux personnes accueillies au sein d'appartements collectifs (19 places depuis juin 2018).

L'Association GAIA est en charge de la gestion locative des appartements collectifs par le biais d'un agrément d'intermédiation locative (Dispositif GALA, Gestion et Accompagnement en Logement adapté). De son côté, l'équipe du CHANGE effectue le suivi sanitaire des résidents en partenariat avec les équipes de soins des résidents.

Ce projet s'inscrit pleinement dans la démarche de Réhabilitation Psychosociale et dans le développement de ces actions sur le département de la Haute Savoie, en partenariat avec l'ARS et le Centre Référent de Remédiation et de Réhabilitation de Grenoble (C3R).

⁷² Source : SAE

La finalité de ce projet est de développer des [alternatives à l'hospitalisation](#) dans un contexte de fermetures de lits en psychiatrie. Les soins résidentiels permettent de :

- Proposer une offre de soins résidentiels adaptés aux problématiques spécifiques liés au handicap psychique, pour éviter les hospitalisations et ré-hospitalisations, participer à favoriser et fluidifier les sorties d'hospitalisation, réduire les hospitalisations inadéquates et la diminution de la durée moyenne de séjour,
- Proposer une prise en charge de proximité, hors hospitalisation complète, pour les patients en attente de structures (Résidence Accueil, FAM, Foyer de vie, EHPAD),
- Améliorer la qualité des soins,
- Offrir un dispositif de soin temporaire qui vise à favoriser l'insertion sociale ou familiale.

Certains patients hospitalisés au CHANGE ont besoin d'une étape intermédiaire entre le milieu médical et la vie extérieure. Cette période de transition permet aux patients de stabiliser leur situation psychique en prolongeant le travail avec l'équipe médicale. Le soin s'articule autour d'un « appartement » provisoire et d'un suivi médical. Cela permet au patient de gagner progressivement en autonomie tant sur le plan social que relationnel.

Historiquement les personnes restaient plusieurs années sur le dispositif des appartements associatifs. Le travail conjoint de l'équipe USR et GALA a pour objectif de dynamiser les projets vers une sortie en logement autonome ou adapté (contrats temporaires d'une durée de trois ans maximum).

Les objectifs 2019 sont de :

- Maintenir le taux d'activité en renforçant le temps de travailleur social et l'organisation du partenariat entre les Soins résidentiels et GALA
- Rechercher l'implication et la responsabilisation des sous-locataires dans l'aménagement et l'entretien de leur logement
- Poursuivre la coopération avec l'équipe de soins résidentiels en consolidant les temps de réunion communs pour faciliter le partage des tâches et des situations, parfaire les outils d'évaluation.

A la date de rédaction de ce diagnostic, l'opportunité d'un appel à candidature permet d'envisager une augmentation de l'offre de réhabilitation psychosociale sur le département : [Avis d'appel à candidatures ARS 2018 DD74 SAMSAH et Conseil départemental de la Haute-Savoie n°2018-04. Projet de renforcement de l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap psychique en Auvergne-Rhône-Alpes](#) par l'extension de 16 places de SAMSAH et la transformation de 10 places de SAVS en SAMSAH déployant des pratiques orientées vers le rétablissement et portant un volet d'accès au logement sur Annemasse, Annecy et Cluses (74).

Le dossier de candidature présenté par GAIA, Espoir74 et Nous Aussi Cluses a été retenu durant l'été 2019 pour le déploiement d'un SAMSAH Réhabilitation Psychosociale adossé au CD Réhabilitation psychosociale (10 places GAIA (Annecy) : création / 6 places Oxygène : création / 10 places Nous Aussi : transformation).

[Le développement des pratiques de rétablissement et de réhabilitation psychosociale fait partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM](#)

e) *L'Unité de Réhabilitation Psychosociale de l'EPSM*

Parmi les modalités d'hospitalisation spécifiques existantes en Haute Savoie, l'EPSM dispose d'une **Unité de réhabilitation psychosociale** « Bionnassay » de 25 lits dont les missions sont de recevoir en hospitalisation libre des patient(e)s souffrant de troubles mentaux chroniques ayant entraînés une perte de l'autonomie sociale.

Il s'agit pour cette unité d'assurer des soins d'accompagnement psychologique et social favorisant la prise de repères dans une dynamique mobilisatrice. Par une meilleure connaissance de la maladie, une réappropriation des actes de la vie quotidienne, la participation à des activités, il s'agit de retrouver l'estime de soi, d'affirmer ses capacités d'autonomie, afin de permettre l'inscription dans une vie sociale satisfaisante.

Le travail partenarial avec l'ensemble du tissu médico-social, les organismes d'insertion et d'aide au logement, le maintien ou la préservation du lien avec le milieu familial et social contribuent à préparer la sortie en collaboration avec les équipes chargées du suivi de secteur.

4. **Présence aux urgences et psychiatrie de liaison**

En psychiatrie générale, le département de la Haute Savoie ne dispose pas d'accueil en centre de crise ou de structure d'accueil des urgences (hors urgences générales). Dans ce contexte, la psychiatrie de liaison permet des interventions en urgence pour des patients psychiatriques.

a) *La psychiatrie de liaison*

L'objectif principal de la psychiatrie de liaison est de mettre les compétences de la psychiatrie au service de la médecine générale hospitalière pour faciliter la prise en charge globale du patient et participer à la coordination de son parcours de soin. La psychiatrie de liaison recouvre une pratique de consultation centrée sur les patients pris en charge par les services MCO et SSR et présentant des troubles psychopathologiques ou une souffrance psychique. L'intervention d'une équipe de psychiatrie de liaison présente de nombreux intérêts notamment de permettre une **prise en charge du patient dans sa globalité** ainsi qu'un travail de **collaboration des psychiatres avec les médecins « somaticiens »**, et avec les médecins urgentistes.

L'équipement haut savoyard en psychiatrie de liaison est très variable selon les sites :

- Les **Hôpitaux du Léman** dispose d'une **unité psychiatrique de liaison**. Celle-ci intervient à la demande des médecins des urgences et des unités de Médecine, Chirurgie et du pôle Mère-Enfant pour les patients nécessitant un avis psychiatrique et/ou un entretien psychologique.
- Le **CHANGE** dispose d'une **unité psychiatrique de liaison (ULPP)** et assure sans équipe dédiée la psychiatrie d'urgence et de liaison sur le site hospitalier de Saint-Julien.
- L'EPSM assure une **activité de psychiatrie de liaison et d'urgence** au sein du :
 - **CH Annemasse Léman**. Présence de l'équipe 7j/7
 - **CH Hôpitaux du Pays du Mont Blanc (HPMB)** Sallanches et Chamonix (74). Présence de l'équipe 5j/7

Le renfort des équipes de liaison dans les services d'accueil d'urgence (SAU) publics et privés fait partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM

b) La gestion de la crise et de l'urgence psychiatrique

- Le CHAL dispose d'un **secteur de post-urgence orienté psychiatrie** au sein de son Unité d'Orientation. Ce secteur a été mis en place pour accueillir des patients relevant d'une prise en charge psychiatrique de courte durée ou des patients pour lesquels un bilan somatique est nécessaire avant éventuel transfert. La durée de passage par patient (**4 maximum**) dans cette unité **ne peut pas excéder 4 nuits**.
- Le CHANGE dispose d'une **Unité de Post Urgences Psychiatrique (UPUP)** de 12 lits situés sur le site d'Annecy qui reçoit pour une courte durée des patients venant des urgences et en situation de crise.

5. Focus sur la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP)

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. 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 a créé le volet médico-psychologique dans le dispositif ORSAN pour répondre aux besoins des victimes. L'ARS élabore le volet d'urgence médico-psychologique dispositif ORSAN avec l'appui de la CUMP régionale. Ce volet est destiné à assurer la mobilisation des CUMP de la région au bénéfice d'une CUMP départementale impactée par un événement dépassant ses capacités propres de réponse.

En Haute Savoie, après une période d'interruption de 8 années, la CUMP 74, est ré-activable depuis octobre 2013. **Les conventions CUMP établies** sont les suivantes :

- Convention « constitutive » de la CUMP 74 signée le 23 février 2015 entre le Centre Hospitalier Annecy Genevois, siège du SAMU 74-Centre 15, l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Vallée de l'Arve, les Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc, le Centre Hospitalier Alpes Léman modifiée par avenant n° 1 du 19 novembre 2015.
- Avenant n° 2 à la convention constitutive de la CUMP 74, portant intégration des Hôpitaux du Léman, signé le 9 novembre 2016.
- Convention d'association au fonctionnement de la CUMP 74 signée avec l'Etablissement Public Départemental Autonome Le Village du Fier le 16 septembre 2016.
- Convention d'association au fonctionnement de la CUMP 74 signée avec l'Etablissement expérimental DEAT 74 – Fondation OVE le 21 novembre 2016.
- Convention d'association au fonctionnement de la CUMP 74 signée avec le Centre de Soins de Suite et de Réadaptation La Marteraye le 7 janvier 2016.

En septembre 2019, sous l'égide de la responsable zonale, la **coordination reste assurée par une psychologue référente du CHANGE (0.20 ETP dédié) soutenue par 3 autres professionnels** pouvant être contactés dans le cadre de la procédure dégradée mis en place avec le Centre 15. La CUMP 74 s'appuie sur **46 volontaires**⁷³ venant du CHANGE, du CH du Léman, de l'EPSM, d'un établissement scolaire privé, des HPMB, du Conseil Départemental, de l'EPDA Le Village du Fier et du secteur libéral.

Ces dernières années, l'activité de la CUMP 74 augmente significativement :

⁷³ **ANNEXE 11** : Liste (non nominative) des volontaires par établissement au 26.09.2019

- 2013, intervention de la CUMP en différé pour animer un groupe de parole
- 2014 : 4 régulations téléphoniques/prises en charge téléphoniques (sans déplacement ni interventions ultérieures); 3 interventions immédiates ; 5 interventions post-immédiates (programmées).
- 2016 : 10 régulations téléphoniques, 1 intervention immédiate, 10 interventions programmées, 2 prises en charge des équipes de soins et de secours, 22 consultations de psycho-traumatisme programmées
- 2017 : 7 régulations téléphoniques ; 15 interventions immédiates sur site ; 6 interventions post-immédiates (programmées), 3 prises en charge des équipes soins/secours
- 2018 : 11 régulations téléphoniques ; 8 interventions immédiates sur site ; 10 interventions post-immédiates (programmées), 5 prises en charge des équipes soins/secours
- Les informations concernant l'activité 2019 n'ont pu être recueillies précisément mais se caractérisent par un nombre de déclenchements de la CUMP quasiment doublé par rapport à 2018.

En 2018, faute de coordination médicale, une démarche conjointe CHS de la Savoie / EPSM a été initiée pour envisager un poste de psychiatre partagé. Actuellement, il existe une compétence médicale spécialisée en psycho-trauma au CHANGE.

La CUMP 74 est aujourd'hui très bien identifiée. L'engagement, la dynamique des professionnels, et l'expérience acquise permet un travail de régulation et d'optimisation des interventions. Certaines remarques présentées lors de l'audit SPH peuvent néanmoins être reprises dans le cadre du présent document :

- Les CUMP sont des unités fragiles, basées sur le volontariat. Les astreintes sur de très longues périodes, l'absence de rémunération, contribuent à cette fragilité.
- Pendant quasiment 9 mois sur 12 la population augmente significativement : près de 34 millions de nuitées touristiques chaque année dans le secteur marchand, arrivée de travailleurs saisonniers vivant souvent dans des conditions précaires (ex : campements à Chamonix). L'impossibilité de passer en CUMP renforcée, en raison d'une population qui n'atteint pas en continu un million d'habitants, pose la question de l'adaptation actuelle du dispositif aux réalités du territoire haut savoyard.
- Le temps dédié à coordination de la CUMP74 est important et se voit augmenté avec la hausse de l'activité (rédaction des fiches d'intervention, activités de présentation, de représentation et d'animation de la CUMP, développement de formation continue, démarche qualité...). La charge de travail pesant sur la référente et les coordinateurs gagnerait à être autrement répartie.

Le renfort de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique par la CUMP (CUMP renforcée) fait partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM

B. L'offre médico-sociale destinée aux adultes en situation de handicap

Comme pour les enfants, il s'agit ici d'identifier la part des établissements et services autorisés à accueillir un public adulte présentant une déficience du psychisme par rapport au taux d'équipement global du département.

1. Equipement global du département

LES ETABLISSEMENTS : ACCUEIL & HEBERGEMENT	Nombre de structures	Places autorisées	Places installées	Places installées			Taux d'équipement* toutes places installées (tous modes d'accueil)		
				Héberg. complet	Accueil de jour***	Hébergement temporaire	Départemental	Régional	National**
MAS	2	136	126	122	2	2	0,30	0,68	0,86
FAM	12	505	505	472	13	20	1,20	1,08	0,85
<i>dont places médicalisées</i>	12	505	505	472	13	20	1,20	1,03	0,79
Foyer de vie / Foyers polyvalents	9	397	367	315	49	3	0,87	1,85	1,62
EATAH	4	47	47	0	10	37	0,11	0,06	0,02

Source : FINESS 31/12/2017 / INSEE 2014 - Calcul ARS ARA DSPAR

LES ETABLISSEMENTS : INSERTION PROFESSIONNELLE	Nombre de structures	Places autorisées	Places installées	Taux d'équipement*		
				Dép.	Rég.	National**
ESAT	14	1 257	1 257	2,99	3,52	3,56
Entreprise Adaptée	2	0	63	0,15	0,38	0,55
CRP / CPO	4	292	292	0,69	0,30	0,32
Foyer hébergement	9	465	432	1,03	1,53	1,17

Source : FINESS 31/12/2017 / INSEE 2014 - Calcul ARS ARA DSPAR

LES SERVICES	Nombre de structures	Places autorisées	Places installées	Taux d'équipement*		
				Dép.	Rég.	National**
SSIAD PH / SPASAD PH	15	63	63	0,15	0,20	0,20
SAMSAH (médicalisé)	9	229	226	0,54	0,27	0,28
SAVS (y compris SAMSAH ayant des places SAVS)	9	468	445	1,06	1,39	1,17

Source : FINESS 31/12/2017 / INSEE 2014 - Calcul ARS ARA DSPAR

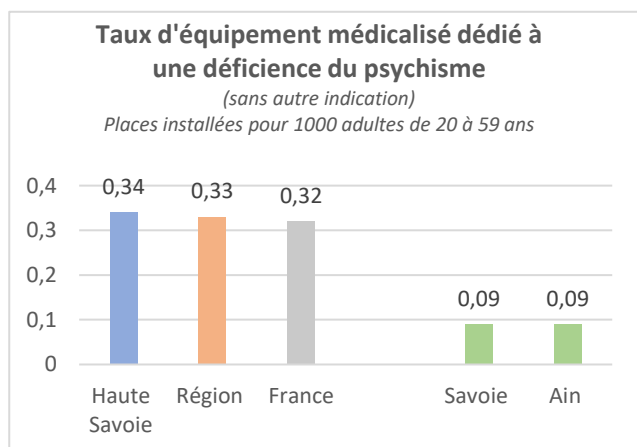
Concernant l'équipement global à destination d'adultes en situation de handicap (au 31.12.2017), nous pouvons noter⁷⁴ :

- Un faible taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisée (0,30 pour 1000 adultes / 0,68 en Région AuRA / 0.86 en France).
- Un taux d'équipement en FAM supérieur à la Région et à la Nation ; « les foyers sont majoritairement localisés dans le Genevois qui totalise 58 % des places installées du territoire. Le territoire d'Arve Faucigny Mont-Blanc se distingue du reste du département par l'absence totale d'offre en FAM, soulevant des enjeux d'équité territoriale. »
- 367 places installées en foyers de vie, soit 0,87 places pour 1000 personnes de 20 à 59 ans (1,85 en Région AuRA / 1,62 en France). Parmi ces 367 places, 315 sont en hébergement complet, 3 en hébergement temporaire et 49 en accueil de jour.
- Un taux d'équipement en SSIAD quasi équivalent au taux régional et national, avec 63 places pour personnes en situation de handicap (63 en 2013). « Si peu de communes sont non couvertes par un SSIAD, le nombre de places ouvertes est relativement limité voire inexistant pour ce public sur certaines zones (ex : Thonon-les-Bains). A ce titre, 2 projets ont été retenus dans le cadre d'un appel à projet conjoint CD/ARS pour la création d'un SPASAD. »

⁷⁴ Source : Schéma de l'autonomie

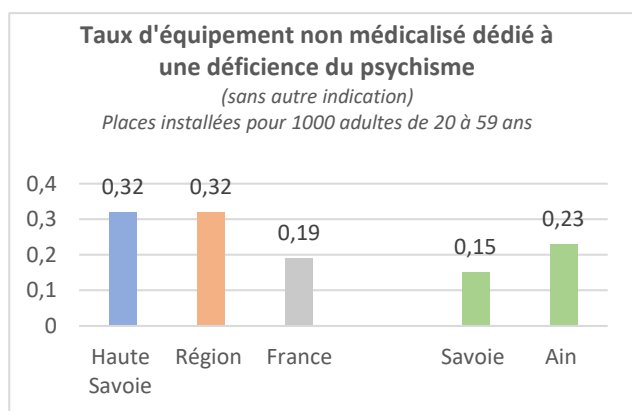
- Un taux d'équipement en SAMSAH (médicalisés) supérieur au taux régional et national (0,54 pour 1000 adultes âgés de 20 à 59 ans (0,27 en Région AuRA et 0,28 en France) et un taux d'équipement en SAVS – y compris SAMSAH ayant des places SAVS inférieur aux taux régional (1,06 pour 1000 / 1,39 en Région AuRA / 1,17 en France). Les services sont principalement installés dans le Bassin annécien et sur le territoire d'Arve Faucigny Mont-Blanc. Au-delà du nombre de places, c'est la couverture des besoins par déficience ainsi que le maillage territorial qui sont aujourd'hui interrogés sur le département.
- 432 places en foyer d'hébergement, soit un taux d'équipement de 1,03 pour 1000 personnes de 20 à 59 ans (1,53 pour la Région AuRA et 1,17 pour la France). Plusieurs opérations de redéploiement de cette offre ont été menées ces dernières années afin d'optimiser les équipements et de répondre à l'évolution des besoins de la population.
- 155 places en appartement de soutien dont 21 à destination des personnes handicapées vieillissantes, soit un total de 0.36 places installées en appartement de soutien pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans. Cette offre intermédiaire, spécifique à la Haute-Savoie, à destination des personnes en situation de handicap est présente sur l'ensemble du département, en particulier sur le territoire d'Arve Faucigny Mont-Blanc et est directement connectée aux foyers d'hébergement.

2. Taux d'équipement dédié à la déficience du psychisme



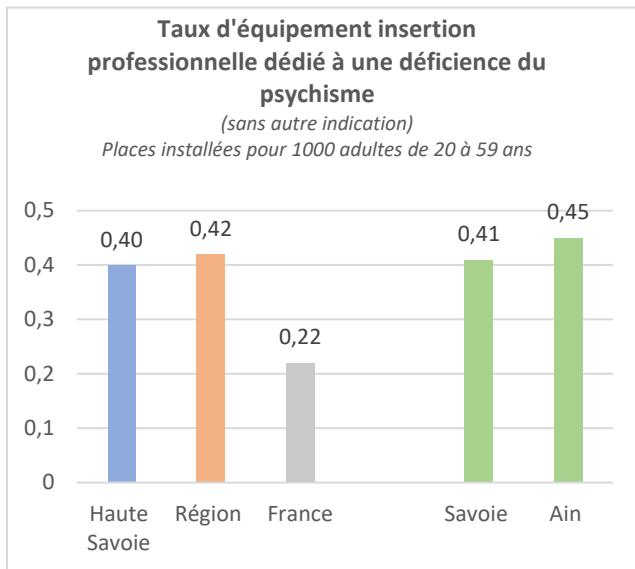
Concernant les établissements et services médicalisés (MAS, FAM, SSIAD PH, SPASAD PH, SAMSAH médicalisé), l'offre pour personnes présentant une déficience du psychisme est quasi équivalente à la Région et à la Nation.

Au 31.12.2017, sur les 933 places autorisées et les 920 installées, 143 étaient dédiées à la prise en charge d'une déficience du psychisme (dont 62 en hébergement complet, 79 en milieu ordinaire et 2 en hébergement temporaire).



Concernant le taux d'équipement des établissements et services non médicalisés (Foyer de vie, EATAH, SAVS y compris SAMSAH ayant des places SAVS), l'offre pour personnes présentant une déficience du psychisme est équivalente à celle de la Région et supérieure à celle de la Nation.

Au 31.12.2017, sur les 1377 autorisées et les 1291 installées, 133 étaient dédiées à la prise en charge d'une déficience du psychisme.



Concernant les structures d'insertion professionnelle (ESAT, Entreprise adaptée, CRP / CPO), l'offre pour personnes présentant une déficience du psychisme est légèrement inférieure à celle de la Région et inférieure et quasiment doublée par rapport à celle de la Nation.⁷⁵

Au 31.12.2017, sur les 1257 places disponibles en ESAT, 167 sont dédiées au handicap psychique. Le Schéma Régional de Santé prévoit que 20% de l'offre en ESAT soit dédiée au handicap psychique, ce qui, pour la Haute Savoie représente 84 places à requalifier (passage de 13,29 % à 20 %) pour arriver à un total de 251 places.

3. Représentation des troubles psychiques dans la population accueillie

A l'échelle nationale, la part du handicap psychique dans la population accueillie au sein des établissements et service est en constante augmentation : les enquête DRESS illustrent ce constat (données 2006/2010 issues du rapport SPH, complétées par les données de l'enquête 2014 - dernières disponibles).⁷⁶

	2006	2010	2014
ESAT	18,9 %	21,5 %	23 %
CRP	10,4 %	12,7 %	10 %
SAMSAH		40,1 %	42 %
SAVS		23,7 %	24 %
Foyers d'hébergement	15,8 %	17,4 %	19 %
Foyers occupationnels et foyers de vie	16,5 %	19,2 %	19 %
Foyers d'accueil polyvalents			
Foyers expérimentaux	18,9 %	28,5 %	39 %
Foyers d'accueil temporaire			
MAS	10,6 %	12,4 %	13 %
FAM	20,0%	24,3 %	25 %

4. Les établissements et services

La liste des FAM, MAS, Foyers de Vie, Foyers d'hébergement, Appartements de soutien et ESAT du département se trouve en Annexe⁷⁷. Ceux dont l'autorisation spécifie l'accueil de personnes présentant une déficience du psychisme sont les suivants :

- FAM Villa Louise, Fondation Cognacq Jay, Monnetier-Mornex (62 places + 2 Accueil temporaire)
- SAMSAH « Le Bilboquet », Association GAIA, Seynod (39 places)
- SAMSAH Oxygène, Association Espoir 74, réparti sur 2 sites (40 places) :

⁷⁵ L'offre dans le secteur du handicap des territoires Auvergne Rhône-Alpes, Guide régional, ARS, Edition 2018

⁷⁶ Enquête DRESS – E.S 2006, E.S 2010, E.S 2014 au 31 décembre (2006/2010/2014) - Etude de la population accueillie selon les grandes catégories de déficiences principales

⁷⁷ [Annexe 12](#) : Liste des établissements et services pour adultes en situation de handicap

- Annemasse (20 places)
- Sallanches (20 places)
- **Appartement relais, Associations Gaia et Espoir 74, Annecy (10 places)**
- **Foyer de vie Les Marmottés, Association Maisons d'accueil Marcel Boussac, Thonon les Bains (25 lits et 2 places d'accueil de jour)**
- **SAVS Oxygène, Association Espoir 74, réparti sur 4 sites (133 places) :**
 - Annecy (45 places)
 - Thonon les bains (30 places)
 - Annemasse (28 places)
 - Sallanches, (30 places)
- **ESAT Messidor (94 ETP) :**
 - Meythet (41 ETP agréés)
 - Ayze (28 ETP agréés)
 - Ville La Grand (25 ETP agréés)
- **Entreprise adaptée, Ayse, Messidor (17 ETP)**
- **Service job coaching (sans RQTH) / Emploi accompagné – Ayse et Meythet (Messidor) qui couvre le département et accompagne des personnes en situation de handicap psychique, avec ou sans RQTH, directement dans l'emploi**
- **ESAT « Les Camarines », Cran-Gevrier, Atelier de 5 places dédiées à un handicap psychique**

De façon [non spécifique](#), notons également :

- **Foyer d'hébergement à Cluses, Résidence Louis Rouge, AFFISPPI Association « Nous Aussi Cluses »** qui accueille des personnes déficientes intellectuelles présentant un handicap psychique stabilisé (15 places + 2 AT mixtes)
- **Appartement de soutien, Association « Nous aussi Cluses » (15 places)**
- **SAVS, Association « Nous aussi Cluses » (60 places)**

A la date de rédaction de ce diagnostic, l'opportunité d'un appel à projet permet d'envisager une augmentation de l'offre médico-sociale : [Appel à projet ARS n° 2018-74-EAM HP et CD n° 2018-04 portant sur la création d'un Etablissement d'Accueil Médicalisé et d'un dispositif mobile pour personnes handicapées psychiques et/ou handicaps associés dans le Département de la Haute-Savoie](#). Cet EAM sera composé de 50 places d'hébergement permanent dont 5 places d'accueil temporaire parmi lesquelles 2 de « crise », permettant de moduler la prise en charge de plusieurs types de publics, avec une réponse particulière apportée pour les adultes lourdement handicapés en situation complexe et/ou critique avec risque important de rupture de parcours.

Précisons également ici, [l'augmentation des capacités de service et la mise en œuvre de la file active](#) pour les services de type SAMSAH qui doivent permettre de proposer de nouvelles réponses et offrir plus de souplesse.

5. Les équipes mobiles à destination du public adultes en situation de handicap

a) *L'Unité Mobile de Médicalisation (U2M)*

L'U2M apporte un soutien aux résidents et aux équipes des foyers d'hébergement et des foyers de vie pour accompagner le maintien des résidents dans leur milieu de vie ordinaire en cas de période délicate (maladie, épisodes de crises...). Son objectif est d'éviter la médicalisation lors de crises somatiques ou psychiatriques. Portée par l'APEI du Chablais, en partenariat avec les HDL, cette unité organise des interventions contractualisées (3 mois maximum, renouvelable) d'une équipe pluridisciplinaire auprès du résident en crise ou de l'équipe (réunion d'analyse de cas pratique, réunions d'équipe...) et peut aussi accompagner une hospitalisation. Elle intervient sur le secteur du Chablais et permet de faire le lien avec le secteur de la psychiatrie.

b) *Equipe mobile EM3R (Centre Ressources)*

L'EM3R se déplace à domicile ou en établissement et propose des interventions ponctuelles en interface avec de nombreux partenaires des secteurs du soin, du médico-social et du social. Ces objectifs sont de : faciliter le maintien, sur leur lieu de vie, de personnes en situation de handicap, et de favoriser le retour, sur leur lieu de vie, de patients hospitalisés.

De prime abord, l'EM3R74, tout comme le Centre Ressource ou les SSR, ne sont pas directement liés à la prise en charge des troubles psychiques ou de la maladie mentale. Néanmoins, dans une approche globale de la santé mentale, ce type de dispositifs participent à la prévention et à la réduction des conséquences de la lésion cérébrale ou d'une maladie neurologique (travail autour de l'acceptation du handicap notamment). L'équipe Mobile et le Centre Ressource participant au cheminement progressif des personnes ou des aidants vers des dispositifs plus centrés sur la prise en charge psychologique.

6. Les dispositifs spécifiques

a) *HANDICONSULT*

Le dispositif "HANDICONSULT" s'adresse aux enfants et aux adultes handicapés en **échec de soins en milieu ordinaire**, résidant en institution publique, privée ou à domicile. Il concerne **tous types de handicap** (moteur, visuel, auditif, psychique, intellectuel) avec forte dépendance. HANDICONSULT vise à faciliter l'accès aux soins courants et à la prévention et a pour mission :

- De coordonner et d'organiser les prises en charge,
- D'assurer un accueil téléphonique,
- De conseiller.

Dans un contexte où l'accès aux soins courants des personnes en situation de lourd handicap s'avère souvent extrêmement difficile, le dispositif, conçu en 2012, est porté par le CHANGE et est le fruit d'une réflexion conjointe menée avec les familles, les établissements médico-sociaux spécialisés du **bassin annécien**, les partenaires administratifs, médicaux, associatifs, institutionnels pour enrichir l'offre de soins courants pour les personnes porteuses d'un handicap.

HANDICONSULT est une filière de consultations et de soins, pluridisciplinaire, adaptée : la finalité du dispositif est de permettre l'accès à plusieurs spécialités identifiées comme prioritaires auprès des partenaires du

dispositif. Ce n'est pas un dispositif "urgentiste" : les situations d'urgence vitale relevant du dispositif d'aide médicale urgente et de la permanence des soins.

En parallèle, le CHANGE a participé avec le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes de Haute-Savoie, les chirurgiens-dentistes libéraux et les associations du handicap à la création de l'association [DENTDICAP 74](#), qui vise à mettre en place des actions pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.

b) [GEM](#)

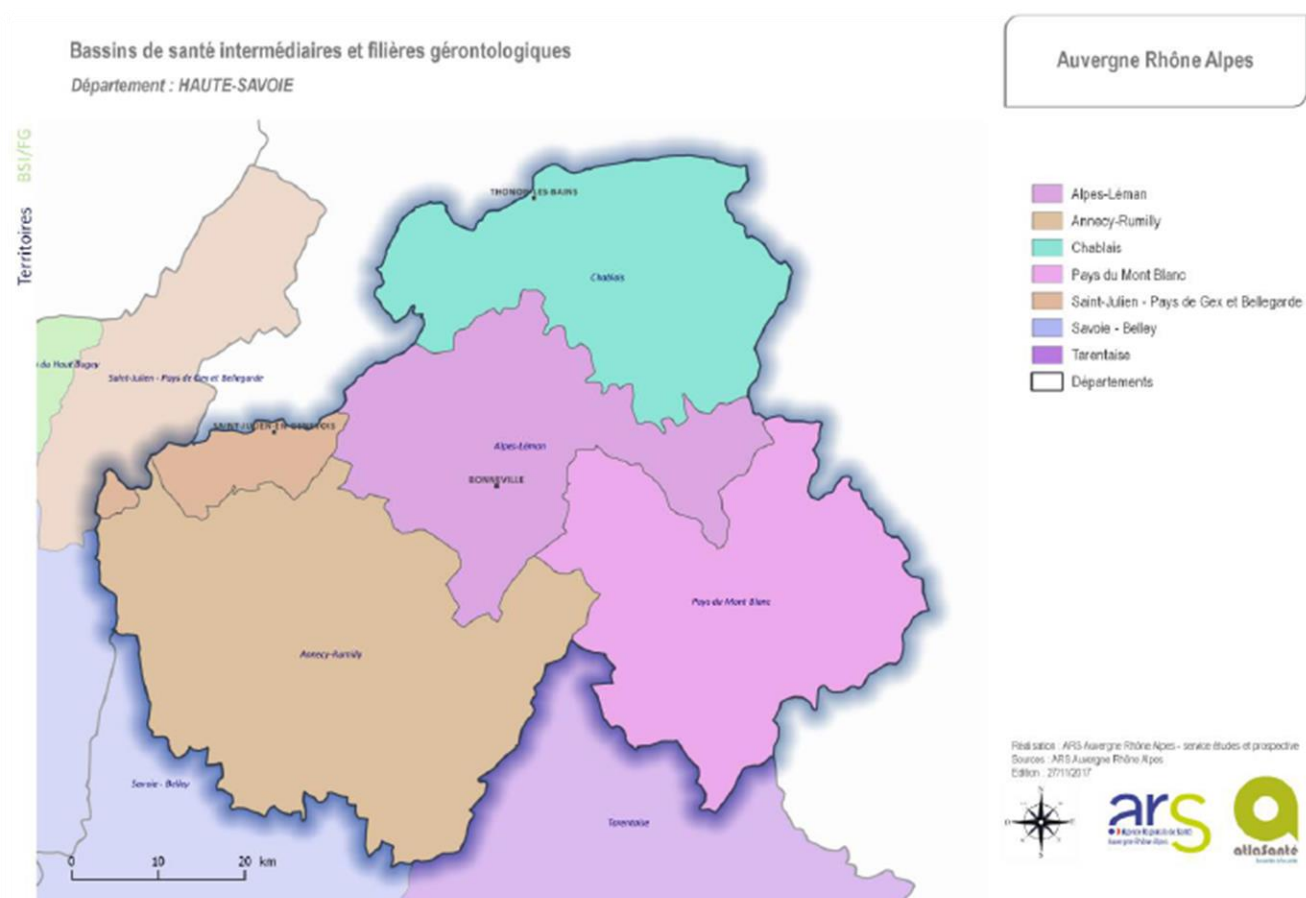
Les GEM sont des associations d'usagers qui ont pour objectif premier la [création de liens sociaux](#) et la [lutte contre l'isolement](#) des personnes affectées par un handicap psychique ou souffrant des conséquences d'une lésion cérébrale. Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) ne sont pas des structures sanitaires mais sont complémentaires de ces dernières. Ces structures s'appuient sur la présence des usagers eux-mêmes, de leurs familles et proches, accompagnés par des bénévoles et d'animateurs salariés qui auront pour mission de soutenir les adhérents dans l'animation, la cohésion et l'organisation du groupe. Les objectifs d'un GEM s'inscrivent aussi dans une démarche de soulagement des aidants.

Même si les GEM ont une « porte d'entrée » par public (en lien notamment avec les activités des structures de parrainage), tous peuvent retrouver des adhérents présentant, à des degrés variables, des troubles psychiques. Au 31/12/2017, la Haute Savoie dispose à ce jour de 6 GEM dont [3 prioritairement destinés à des personnes en situation de handicap psychique](#).

- [GEM au P'tit Vélo](#), Annemasse (parrainé par l'Association Oxygène)
- [GEM Le lien qui fait du bien](#), Sallanches (parrainé par l'Association Oxygène)
- [GEM Attrap'Lune](#), Cran-Gevrier (parrainé par l'association GAIA)
- GEM La Re-Naissance, Annecy (parrainé par l'AFTC)
- Le Club de soutien mutuel « G'EM LA VIE 74 » de l'APF (Thonon les Bains) et celui de l'ADIMC (« Atout Club », Annecy) ont été requalifiés récemment en GEM.

V. OFFRE DESTINEE AUX PERSONNES AGEES

Carte des territoires de parcours



Source : Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale, Volet Personnes Agées, ARS

A l'initiative du Département et de l'ARS, des filières gérontologiques ont été créées pour éviter les ruptures de parcours en déployant des dispositifs de mise en réseau des acteurs. Quatre filières, articulées autour des centres hospitaliers de référence, couvrent à ce jour 4 territoires de parcours et de coopération.⁷⁸ Le nouveau schéma de l'Autonomie 2019-2023 vise à faire évoluer le fonctionnement et le périmètre des filières gérontologiques en partenariat avec l'ARS pour renforcer leur impact sur les parcours et formaliser le Comité Stratégique Départemental.

➤ Filières Gérontologiques d'Annecy - Rumilly - St Julien - Pays de Gex et Bellegarde

Ces deux filières gérontologiques sont adossées au CHANGE, centre hospitalier de référence du département présent à Annecy et à Saint-Julien-en-Genevois, et coanimées avec le Conseil départemental. Le CHANGE est le support d'une plateforme de prévention des chutes. Ces filières seront dotées dès 2019 d'une UHR et d'un Living-Lab, lieu d'innovations pour trouver de nouvelles solutions afin de favoriser l'autonomie et le maintien à domicile des aînés. La partie Haute-Savoie de ces deux filières bénéficie d'un dispositif MAIA dédié, depuis 2012, et est couverte par 2 ESA. Il existe sur ce territoire des soins de réadaptation spécialisés, une plate-forme de répit des aidants, 9 SSIAD, 3 USLD et 36 EHPAD avec des offres en hébergement permanent, en hébergement temporaire et en accueil de jour, ainsi que 5 résidences autonomies.

⁷⁸ Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale, Volet Personnes Agées, ARS

➤ Filière gérontologique Alpes-Léman

La filière est adossée au CHAL, hôpital intercommunal Annemasse-Bonneville. Comme pour les autres filières du département, on y trouve un dispositif MAIA piloté par le Conseil départemental. Il existe sur ce territoire des soins de réadaptation spécialisés au sein du centre hospitalier local de La Tour, une ESA, 3 SSIAD, 2 USLD et 11 EHPAD avec des offres en hébergement permanent, en hébergement temporaire et en accueil de jour, ainsi que 3 résidences autonomie.

Un [groupe de travail sur la psychogériatrie](#) avait été créé, mais n'existe plus à ce jour. Les principales actions qui y avaient été développées étaient les suivantes :

- Organisation d'une rencontre avec les CMP du territoire de la filière pour mieux se connaître et créer des liens de complémentarité
- Création et diffusion d'un annuaire de géronto-psychiatrie sur le territoire Alpes-Léman
- Possibilité de prendre un avis téléphonique auprès d'un psychiatre durant ses heures de travail.

➤ Filière gérontologique du Chablais

La filière est adossée aux Hôpitaux du Léman, situés à Thonon-les-Bains. Le territoire est couvert par des soins de réadaptation spécialisés, à Evian, une ESA, 4 SSIAD, une USLD et 14 EHPAD avec des offres en hébergement permanent, en hébergement temporaire et en accueil de jour, ainsi que 3 résidences autonomie

- Dans le cadre des travaux de cette filière, un [Groupe de travail « Psychogériatrie »](#) a été constitué.
- Notons également que le groupe PA/PH s'était notamment donné comme objectif de répertorier les besoins en formation communs aux membres de la filière pour identifier des pistes de mutualisation. Parmi les thèmes retenus : [« Repérage et premières actions face aux signes précurseurs de la démence »](#). Entre 2014 et 2016, au cours de 5 sessions, 56 professionnels ont été formés (32 du secteur personnes âgées, 20 du secteur médico-social et 4 de services d'aides à domicile).

• Filière gérontologique du Mont Blanc

La filière est adossée aux Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc. Le dispositif MAIA piloté par le Conseil départemental est le dernier à s'être implanté en 2017, ne laissant ainsi plus aucune zone blanche en Haute-Savoie. Il existe par ailleurs sur ce territoire des soins de réadaptation spécialisés, à Chamonix, une ESA, 2 SSIAD, une USLD et 9 EHPAD avec des offres en hébergement permanent, en hébergement temporaire et en accueil de jour, ainsi que 3 résidences autonomie.

A. L'offre sanitaire

1. L'offre globale d'hospitalisation complète ou partielle

	Nombre d'établissements	Capacité	Taux d'équipement ¹ départemental	Taux d'équipement régional
Etablissements offrant des lits en médecine en hospitalisation complète ou partielle	12	1 438	25,9	22,8
Etablissements offrant des lits en hospitalisation complète dans le(s) service(s) ou unité de médecine gériatrique	5	115	2,1	2,2
USLD	7	305	5,5	5,7
SSR ayant une autorisation portant sur les affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	6	6	0,1	0,1
<i>dont Hospitalisation complète (lits)</i>	6	247	4,4	3,3
<i>dont hospitalisation partielle (places)</i>	0	0	0,0	0,1
Structures avec une unité de réhabilitation cognitivo-comportementale (UCC) identifiée en SSR	0	0	0,0	0,1

Source : Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale, Volet Personnes Agées, ARS

2. L'offre d'hospitalisation et l'offre ambulatoire en gérontopsychiatrie

La Haute Savoie dispose de 45 lits d'hospitalisation en géronto-psychiatrie :

- A l'EPSM, l'unité de géronto-psychiatrie « Bargy » (25 lits) reçoit en hospitalisation complète de court séjour des patient(e)s âgés de plus de 65 ans souffrant de troubles psychiatriques. Il peut s'agir de la décompensation d'une pathologie connue ou d'un premier accès, et/ou de manifestations apparaissant dans le cadre d'une maladie neuro-dégénérative. Les personnes sont adressées par les psychiatres des secteurs de l'EPSM, les Centres Hospitaliers Généraux et les médecins de ville de ces secteurs.
- A la Clinique des Vallées, le pôle de géronto-psychiatrie (20 lits, pouvant accueillir jusqu'à 22 patients), a vocation à prendre en charge les patients souffrant de troubles dépressifs, anxieux, de troubles de l'humeur, de troubles psychotiques ainsi que les patients présentant des démences débutantes s'accompagnant de troubles psychologiques. La prise en charge s'effectue par le biais d'activités thérapeutiques qui s'inscrivent dans le projet de soins du patient et visent à rétablir un état d'équilibre bio-psycho-social.
- En 2015, le rapport SPH pointait qu'aucun hôpital de jour gérontopsychiatrique n'existait sur le département et qu'aucune offre extrahospitalière spécifique n'était visible. Depuis 2015 la Clinique des Vallées dispose d'un hôpital de jour gérontopsychiatrique (80 patients en file active sur 2018).

L'hôpital de jour de gérontopsychiatrie propose des ateliers thérapeutiques avec différentes approches avec des psychologues, des neuropsychologues, infirmières et thérapeutes : l'approche corporelle, l'approche sensitive, l'approche psycho éducative et dynamique, l'approche cognitive et comportementale.

- Notons ici un projet de développement d'un service dédié au handicap psychique pour les personnes âgées dans le cadre de la reconstruction de l'hôpital de Reignier.

La gérontopsychiatrie est une thématique identifiée dans le Projet Régional de Santé avec une volonté forte de transversalité sur cette question afin de ne pas se tourner vers une prise en charge exclusivement sanitaire. « La prise en charge des personnes âgées requiert l'intervention de professionnels de la psychiatrie expérimentés à ces modalités, capables d'assurer une prise en charge directe des patients comme d'apporter

un appui aux professionnels. L'amélioration passe, pour cette population aussi, par la coordination des interventions des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux permettant d'assurer la continuité des soins ». ⁷⁹

Le développement de l'ambulatoire est par ailleurs un enjeu repéré pour l'ensemble du département.

Modalités de prise en charge en établissement de santé - ambulatoire		
Indicateurs	Haute-Savoie	France
Taux de recours en ambulatoire pour motif psy. des 65 ans et plus (pour 10 000 hab. (65+ ans))	127,9 ▼	219,7
Part des actes à domicile parmi les actes ambulatoires des 65 ans et plus (%)	15,5 ▼	17,1
Part des actes de liaison vers le médico-social (%)	7,7 ▼	10,6

Source : RIM-P - 2015

3. L'Équipe mobile de gérontopsychiatrie

Depuis le 1^{er} mai 2013, une équipe mobile de gérontopsychiatrie rattachée à l'EPSM offre son expertise spécifique auprès des personnes âgées présentant une souffrance psychique. Elle intervient auprès des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile ou en institution et résidant dans la Vallée de l'Arve et à la demande de l'entourage et/ou des professionnels des différents secteurs.

Cette EMGP a des missions d'évaluation clinique, d'orientation des patients, de médiation à domicile et en institution et de prise en charge sociale. Elle est mobile sur le territoire Léman Mont-Blanc et intervient au sein du CHAL, des HPMB, du HL Reignier et du HL Andrevetan.

A noter également que plusieurs équipes mobiles extra de gériatrie (EMG) interviennent sur le département en EHPAD et au domicile propre du patient (EMG du CHANGE site d'Annecy, du CHAL, des HDPMB et des HDL).

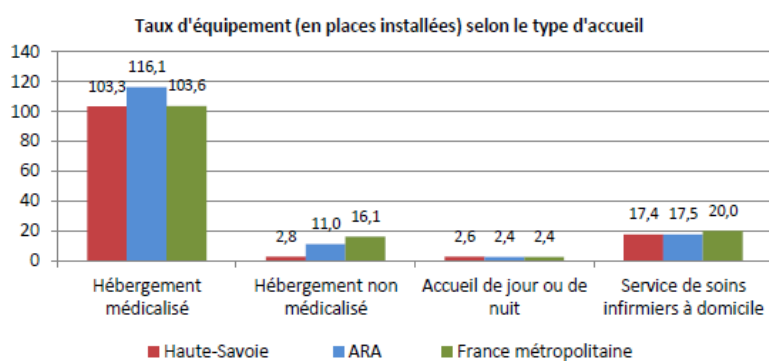
Le développement des équipes mobiles de gérontopsychiatrie fait partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM

⁷⁹ Extrait Projet GHT Léman Mont Blanc

B. L'offre médico-sociale destinée aux personnes âgées

1. L'offre globale en établissements et services

	Nombre de structures	Autorisée	Capacité Installée	Taux* d'équipement
Hébergement médicalisé	76	5 877	5 737	103,3
- Permanent	76	5 703	5 580	100,4
<i>dont EHPAD ou EHPA percevant financement AM</i>	66	5 177	5 054	91,0
<i>dont résidence autonomie avec forfait de soins</i>	10	526	526	9,5
-Temporaire	36	174	157	2,8
Hébergement non médicalisé**	5	177	154	2,8
Accueil de jour ou de nuit	19	161	142	2,6
Service de soins infirmiers à domicile	17	966	966	17,4
<i>dont SPASAD</i>	0	0	0	0,0
Structure disposant d'un ESA	5	50	50	0,9



Source : Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale en Haute Savoie, Volet Personnes Agées, ARS

2. Les Equipes Spécialisées Alzheimer

Les ESA accompagnent à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée sur un nombre de séances limité pour aider à stimuler les capacités cognitives et relationnelles de la personne et conseiller les aidants. Elles interviennent sur prescription médicale avec une prise en charge de l'Assurance Maladie.

- ESA Filière Alpes Léman
- ESA ADMR Filière Chablais
- ESA Mutualité Française des Savoie
- ESA ADMR
- EMSAD Scionzier Filière Mont Blanc

VI. OFFRE REpondant A DES PROBLEMATIQUES SPECIFIQUES

A. Les personnes porteuses de troubles du spectre autistique ou de troubles neurodéveloppementaux

Le Schéma Régional de Santé 2018-2023 et ses déclinaisons départementales portent des objectifs transverses qui s'appliquent dans le cadre de la politique menée en faveur des personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme. La feuille de route Auvergne-Rhône-Alpes 2019-2022, présentée au Comité technique régional autisme le 8 mars 2019, définit les mesures spécifiques et pluriannuelles en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme à travers 5 engagements :

1. Remettre la science au cœur de la politique publique de l'autisme
2. Intervenir précocement auprès des enfants présentant des différences de développement, afin de limiter le sur-handicap
3. Rattraper notre retard en matière de scolarisation des enfants autistes, et permettre à tous les enfants d'aller à l'école
4. Soutenir la pleine citoyenneté des adultes et s'assurer de l'adéquation des réponses aux besoins
5. Soutenir les familles et reconnaître leur expertise

1. Le Centre Ressource Autisme Auvergne Rhône Alpes

Le CRA AuRA est un « ensemble de moyens matériels et d'équipes multidisciplinaires spécialisés dont l'objectif est d'améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes autistes en recherchant pour chacune une solution adaptée de proximité ». Le CRA AuRA comprend 3 pôles : le Centre Léo Kanner à Saint Etienne, le Centre d'Evaluation et de Diagnostic de l'Autisme (CEDA) à Lyon et le Centre Alpin de Diagnostic Précoce pour l'Autisme (CADIPA) à Grenoble. Les missions du CRA sont centrée sur le **diagnostic et l'évaluation, la recherche, l'animation de réseaux, et la formation professionnelle**.

2. Le CESA

Le CESA est une des unités du Service Dispositif Ressources Autismes du CHS de la Savoie (Bassens). Il est également une des six unités d'évaluation du Centre de Ressource Autisme Rhône. Il est rattaché au Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du CHS de la Savoie. Le CESA est une équipe pluridisciplinaire qui propose des **consultations, des bilans diagnostiques et des évaluations fonctionnelles** pour des personnes susceptibles de présenter un trouble envahissant du développement. Le CESA reçoit les personnes et leur famille qui sont adressées par des équipes de proximité, des médecins libéraux et/ou hospitaliers. La demande de la personne et/ou de la famille doit être accompagnée d'un courrier du médecin qui l'adresse au CESA, ainsi que des bilans déjà effectués qui constitueront le dossier initial.

En Haute Savoie, pour les enfants, les diagnostics sont réalisés principalement par le CESA (Centre d'Evaluation Savoyard de l'Autisme).

A noter :

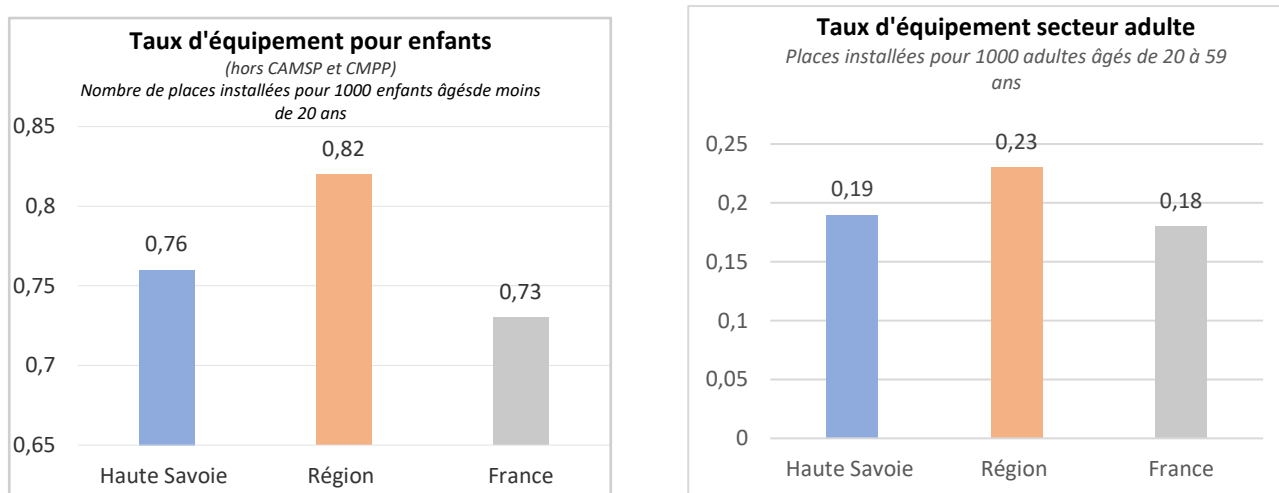
- **Pour les enfants** : depuis le plan Autisme 3, les CAMPS sont habilités à réaliser un diagnostic (enfants de 0 à 6 ans), ce qui est le cas du CAMSP de Haute-Savoie, labellisé par le CESA.

- Pour les adultes, depuis 2016, l'Ordre de Malte a déployé un service permettant d'obtenir un diagnostic et une évaluation pour des personnes adultes atteintes d'autisme. Il s'agit du premier service du genre sur notre territoire qui peut notamment permettre de préciser une orientation ou une réorientation vers un établissement ou un service adapté. Le service s'adresse à des adultes disposant d'une notification d'orientation diagnostic en accueil temporaire émise par la MDPH. Le diagnostic se déroule généralement sur une semaine (deux s'il est complété par des évaluations).

Notons ici aussi le projet commun inter GHT et inter pôles concernant la prise en charge des enfants et adolescents souffrant de troubles neurodéveloppementaux : renforcement du centre diagnostic situé au CHAL et projet de création d'un centre diagnostic au CHANGE ; projet articulé avec les professionnels libéraux qui interviennent pour le diagnostic et la rééducation ainsi qu'avec l'Education Nationale.

3. L'offre médico-sociale

a) Taux d'équipement médico-social dédié à la prise en charge de l'autisme



Source : L'offre dans le secteur du handicap des territoires Auvergne Rhône-Alpes, Guide régional, ARS, Edition 2018

Pour les enfants : au 31.12.2017, sur les 1592 places autorisées et 1549 places installées, **150 étaient dédiées à la prise en charge de l'autisme** (dont 16 en internat, 57 en semi internat-externat, 6 en hébergement temporaire et 71 en milieu ordinaire).

Pour les adultes : au 31.12.2017, sur les 933 places autorisées et 920 places installées, **89 places étaient autorisées et 79 installées** pour des adultes présentant des troubles du spectre autistique (dont 54 en hébergement complet, 2 en accueil de jour, 3 en hébergement temporaire, et 20 en milieu ordinaire).

b) Les établissements, services et dispositifs expérimentaux

Parmi les établissements, services et dispositifs existants, citons :

- **SESSAD Autisme 74, Ordre de Malte, (0-20 ans, 38 places) – UEMA (3-6 ans)**, GCSMS, Annecy, Bons-en-Chablais et Cran-Gevrier
- **Mon Ecole Extra Ordinaire (MeeO)** : Ecole primaire, structure d'accueil pour collégiens et structure expérimentale d'accueil pour les jeunes collégiens de 11 à 15 ans à destination d'un public identique à celui des classes élémentaires.

L'association annécienne Mon Ecole Extra Ordinaire s'est fortement rapprochée de l'Ordre de Malte France afin de pérenniser le fonctionnement de son dispositif expérimental financé par des Fonds

d'Intervention Régionaux de l'ARS. Cette structure « passerelle » vers le système scolaire ordinaire, dite DIME (dispositif médicoéducatif) correspond à 3 classes internalisées de primaire en faveur de 27 enfants présentant des troubles du neurodéveloppement (autisme, troubles des apprentissages, haut potentiel, troubles de l'attention avec ou sans hyper activité...). Il est depuis septembre 2019 sous l'égide de l'Ordre de Malte France qui en détient l'autorisation et financé de manière pérenne par l'ARS (sur les volets thérapeutiques et éducatifs) et par l'Education Nationale pour les postes d'enseignants (à compter de septembre 2020). L'association Mon Ecole Extra Ordinaire va poursuivre ses nombreuses actions et rejoint donc le réseau des partenaires privilégiés du SESSAD & UEM Autisme Saint-François.

- **SESSAD Jean DARROT**, les PEP 73-74, Annecy le Vieux (8 places - 0-20 ans)
- **SESSAD L'Espoir AFPEI**, Bonneville (4 places, 0-20 ans)
- **IME/SESSAD de Tully** APEI Thonon les Bains, (16 places, 0-20 ans)
- **Service Expérimental d'Accompagnement Comportemental (SEDAC)**, (14 places, 18 mois à 8ans), Meythet expérimentation de 5 ans.
- **Structure expérimentale OVA** : Monnetier-Mornex (Genevois) et l'autre à Quintal (Annecy).
- **Service d'aide à la personne spécialisé en autisme – OVA**
- **MAS Notre Dame de Philermes**, Ordre de Malte France, (22 places, adultes, Sallanches)

Notons ici également la présence sur le département de l'**Equipe Mobile Autisme de l'Ordre de Malte**. Service piloté depuis la MAS Notre Dame de Philermes et animé par une équipe pluridisciplinaire qui intervient tant en institution qu'auprès de familles demandeuses. Elle apporte un appui technique et une expertise aux professionnels comme aux parents dans l'observation et l'adaptation des modalités d'accompagnement.

- **SAMSAH A3A** LADAPT, AAPEI Epanou, Ordre de Malte, Annecy le Vieux (20 places, plus de 16 ans)
- **Dispositif Horizon** AAPEI Epanou LADAPT et Ordre de Malte, Annecy le Vieux, (20 places, plus de 16 ans)
- **AAPEI Epanou** :
 - SES (Section d'éducation Spécialisée en Autisme), Seynod (7 places, 6-14 ans)
 - IMP – IMPro, Seynod (11 places, 14-20 ans)
 - FAM La Ferme des Roches (Chaumont, 27 places, Plus de 16 ans)
 - Internat « autiste », Cran Gevrier (5 places, 6-20 ans)
- **IME Association « Nous aussi »**, Classe Trampoline –Vétraz-Monthoux (4 places, 0-20 ans)

B. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité

En Région Auvergne Rhône Alpes, un Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), dédié spécifiquement aux personnes en situation de précarité est actuellement à l'œuvre sur la période 2018-2023.

1. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Les **PASS** sont des dispositifs d'accueil et de prise en charge auxquels peuvent s'adresser toute personne démunie en besoin de soins et en difficulté d'accès au système de santé. Elles s'adressent à des personnes en situation de précarité qui ont besoin de soins et qui ne peuvent y accéder en raison de plusieurs critères

- Absence de couverture sociale ou incomplétude (sans droits, en attente ou en rupture de droit)
- Ressources insuffisantes (ayant des droits partiels mais dont les ressources sont insuffisantes pour leur permettre de payer le ticket modérateur)
- Absence de domicile fixe ;
- Isolement social ;
- Statut administratif complexe

Les PASS assurent une prise en charge médicosociale avec une délivrance de soins sans frais pour le patient et un accompagnement social principalement axé sur l'ouverture des droits à l'assurance maladie. La PASS doit aussi accompagner le patient dans son parcours de soins afin de lui permettre de poursuivre ceux-ci dans les dispositifs de droit commun dès que sa situation administrative et sociale lui permet. Il est souvent nécessaire d'aider les personnes venant en PASS à mieux connaître et utiliser le système de soins du droit commun. Les professionnels de PASS concourent à développer le réseau local d'intervenants autour des parcours de santé, parfois complexes, des populations en situation de précarité.

Les PASS sont rattachées à un établissement de santé dans lequel elles sont intégrées (c'est une unité fonctionnelle dans l'établissement) ce qui facilite l'accès au plateau technique, aux soins spécialisés et à la pharmacie. Elles ne sont pas destinées aux personnes hospitalisées qui relèvent du service social hospitalier en cas de situation de précarité sociale et financière.

La [Région Auvergne Rhône-Alpes](#) compte 55 PASS, dont 47 généralistes, et 7 PASS-PSY ; il s'agit de la deuxième région en nombre de PASS après l'Ile-de-France. La [Haute Savoie](#) compte 5 PASS généralistes mais aucune [PASS Psychiatrique](#) (PASS du CHANGE - Site d'Annecy et site de St Julien en Genevois ; PASS des HDL ; PASS du CHAL ; PASS du CH de Rumilly ; PASS des HPMB).

2. Les Equipes Mobiles à destination des adultes en situation de précarité

Sur la base de la Circulaire n°2005-521 du 23 novembre 2005, les [Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité](#) ont bénéficié de financements ciblés intégrés dans le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Les deux missions principales définies par le cahier des charges étaient d'aller au contact des personnes en situation de précarité et d'exclusion en se positionnant dans une fonction de « tiers » et de soutien aux équipes médicosociales de première ligne, et d'assurer une « interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociale ». La circulaire prévoit des interventions :

- En direction des personnes en situation de précarité et d'exclusion :
 - Permanences dans des lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté (CHRS, hébergements d'urgence, lieux de vie, accueils de jour...) voire participation à des interventions mobiles ou dans la rue (type maraude du SAMU social).
 - Entretiens individuels contribuant notamment à l'évaluation des besoins, y compris en urgence.
 - Accueil, orientation et accompagnement vers des prises en charge de « droit commun » (dont préparation à l'hospitalisation et aux sorties d'hospitalisation).
 - Prises en charge dans le cadre de groupes d'échanges ou de parole d'ateliers thérapeutiques.
- En direction des acteurs de première ligne :
 - Actions de formation (notamment formations croisées de professionnels de santé et de travailleurs sociaux) sur les problématiques liées à la précarité.

- Actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs.
- Développement du travail en réseau à partir de l'examen de situations cliniques.
- Soutien des équipes de première ligne (information, conseil, supervision).

En Haute-Savoie, des équipes mobiles psycho-sociales (EMPS) ont pu être constituées, souvent à l'initiative des collectivités territoriales (exemple d'Annemasse) témoins directs du besoin d'accompagnement des populations en situation de précarité et de la nécessité d'adapter une prise en charge spécifique à ce public singulier.

- [L'EMPS du Genevois](#) : créée en 2004 et fonctionnant avec une gouvernance collégiale, cette équipe intervenait sur l'ensemble du territoire du Genevois. Financée par Annemasse Agglomération, l'ARS et le Conseil Départemental 74 (avec l'EPSM comme « maître d'œuvre » et employeur) son activité a été suspendue en juin 2019 pour des raisons de dysfonctionnement interne et de réponses diversement apportées et appréciées. L'équipe bénéficiait de temps de psychologues, d'infirmier et de médecin psychiatre (0.10 ETP).
- [L'EMPS du Chablais](#) : créée en 2008 en fédérant de multiples partenariats et 12 soutiens et financeurs, l'EMPS intervient sur l'ensemble du territoire du Chablais (avec les HDL comme « maître d'œuvre » et employeur). L'équipe est composée de temps de psychologues et d'infirmiers⁸⁰.
- [L'Antenne Mobile de Précarité du CMP de Bonneville](#) (EPSM) a, en 2016, identifié un [temps infirmier](#) (0.80 ETP) dédié à la prise en charge de la population en situation de précarité. Son activité est circonscrite sur le bassin de la Vallée de l'Arve et centrée essentiellement sur Bonneville. Cette activité a été suspendue pendant l'été 2019 face au manque de personnel du CMP mais a repris depuis.
- Des projets autour des [équipes mobiles psychosociales sur le bassin annécien](#) sont évoqués et réactivés régulièrement sans être mis en place.

L'action de ces équipes qui permettent d'amener aux soins un public précaire grâce à un travail de proximité, et des modalités d'accompagnement qui se veulent souples et flexibles, est désormais reconnu. Cependant, depuis plusieurs dernières années, des [difficultés sont repérées](#) : « *pluri financement avec des crédits non pérennes, découpage territorial différent pour chaque financeur, manque d'organisation générale, difficultés concernant le management médical de ces équipes, turnover des personnels et postes vacants, incompréhension des financeurs qui privilégient l'accueil direct du public, lorsque les équipes cherchent à développer l'aide aux aidants.* »⁸¹

De nombreuses réflexions, engagées avec l'ensemble des partenaires, ont permis d'identifier les manques au niveau départemental pour obtenir une couverture égalitaire au niveau de chaque territoire et travailler à meilleure lisibilité des actions des différentes EMPS. L'hétérogénéité dans la composition actuelle des équipes, dans les files actives suivies et les missions proposées, ainsi qu'un faible travail de concertation entre elles, sont repérés comme des freins au déploiement structuré de ces dispositifs sur le département.

Un [projet de coordination départementale des EMPS](#) a été déposé à l'ARS en décembre 2018, soutenu par le CHANGE, l'EPSM et l'association GAIA. Il y est proposé de reproduire la configuration de l'EMPS du Chablais sur les 4 bassins avec un médecin coordinateur départemental. La dimension globale de la santé mentale et l'approche somato-psycho-sociale (non exclusivement psychiatrique) des équipes y est revendiquée, afin de

⁸¹ Source : Rapport SPH-Conseil

favoriser « l'aller vers » et de mieux cerner toutes les problématiques des publics en précarité voir grande précarité.

Au jour de la rédaction du diagnostic, le projet global de développement des EMPS à l'échelle du département est encore en réflexion ; un Cabinet de Conseil (ACTENSO) présentera ses conclusions en octobre 2019 pour alimenter la réflexion autour des questions de gouvernance, de financement, d'organisation, et de fonctionnement.

Le développement des Equipes Mobiles Psychosociales, coordonnées à l'échelle départementale, fait partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM

3. Les Médiateurs de santé

« La médiation est un processus temporaire de « l'aller vers » et du « faire avec » dont les objectifs sont de renforcer : l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun, le recours à la prévention et aux soins, l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé, la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public. »⁸²

Depuis 2016, et dans le cadre d'un appel à candidature dédié, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes développe la médiation en santé dans les "quartiers prioritaires de la politique de la ville" de la région. A la date de rédaction de ce diagnostic la Haute Savoie dispose de **3 postes de médiateurs de santé** financés dans ce cadre :

- Médiation en santé dans le **QPV du Perrier à Annemasse** et le **QPV Le Chalet/Helvetia Park à Gaillard**, portée par l'Association ARIES (1 ETP).
- Médiation en santé dans le **QPV de Bonneville**, portée par l'association Les Bartavelles (0.5 ETP)
- Médiation en santé dans le **QPV des Ewües de Cluses**, portée par l'association Mieux vivre dans la ville (1 ETP de médiatrice sociale référente sur la médiation en santé).

Leurs activités ont comme socle commun le référentiel de la HAS mais se déploient selon des modalités spécifiques en fonction des territoires sur lesquels ils sont implantés, du profil du médiateur, de l'ancrage de la structure porteuse dans le système de santé etc... Les projets développés par les médiateurs de santé et leur structure de rattachement témoignent de la diversité de leurs champs d'action et de leur capacité d'adaptation aux singularités de leurs territoires ; tous en néanmoins en commun l'objectif de mieux se faire connaître et reconnaître. Notons par exemple ici :

- La diversification, recherchée par les médiateurs, de leurs lieux de permanence, afin de renforcer « l'aller-vers » ;
- L'inscription des médiateurs et/ou de leur structure dans des réseaux plus larges (candidature de l'association « Mieux Vivre dans sa ville » au label [« Maisons France services »](#), implication des associations ARIES et les Bartavelles au sein de la Fédération des acteurs de la Solidarité...)
- La participation active de la médiatrice de santé de Bonneville au collectif [« Des clés pour communiquer »](#) qui vise à favoriser l'accès et le maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques.

NB : Le médiateur de santé ne doit pas être confondu avec le médiateur de santé pair qui est un agent qui accompagne d'autres usagers notamment, par son savoir expérientiel. Dans le domaine de la santé mentale, ce sont des agents ayant eux-mêmes fait face à une phase de fragilité psychique et qui mettent cette expérience à profit des usagers pour les accompagner dans leur parcours.

⁸² La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, Haute Autorité de Santé, Octobre 2017

C. Les possibilités d'accès au logement et à l'hébergement pour des personnes présentant des troubles psychiques

1. Le Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO)

Le SIAO unique, plateforme d'orientation, a pour vocation de simplifier les démarches d'accès à l'hébergement et au logement, de traiter avec équité les demandes, de coordonner les différents acteurs de la veille sociale et de l'accès au logement, de contribuer à la mise en place d'observatoires locaux. En Haute-Savoie, le SIAO est porté par la Croix-Rouge et est opérationnel depuis début avril 2017. Le SIAO est organisé en trois pôles : urgence, insertion et accès au logement.

Dans le cadre d'un partenariat avec le CHANGE et d'un financement de la DDCS, le pôle urgence du SIAO bénéficie, depuis février 2018, d'un temps médical (0.25 ETP) réalisé par un médecin de la PASS dont les missions sont les suivantes :

- Faciliter les passerelles avec les dispositifs sanitaires, en rencontrant l'ensemble des PASS
- Analyser les éléments médicaux et traiter les demandes d'hébergement de personnes malades réalisées par un médecin (généraliste, spécialisé, hospitalier, PASS...), un référent social ou un autre professionnel (infirmier...).
- Assurer la réévaluation médicale des situations des personnes hébergées (en cas de difficulté de santé détectée lors du passage dans un centre d'hébergement, le référent social d'un CHRS peut par exemple saisir le SIAO et demander l'intervention du médecin).
- Participer au travail d'orientation et aux commissions des situations complexes dans le cadre du pôle urgence du SIAO.

Le croisement des regards en interne au SIAO entre référent social et médecin permet de traiter plus efficacement les demandes pour trouver une place adaptée en évitant parfois le passage plus chronophage par une commission.⁸³

2. L'hébergement d'urgence – CHRS Urgence

La porte d'entrée dans les dispositifs d'hébergement d'urgence est le 115, qui est un numéro d'urgence pour les sans-abris. Ce numéro vert national fonctionne toute l'année et est décliné dans le département. Il est un outil de régulation des structures d'urgence qui accueillent sans condition et sans délai des personnes en détresse sociale ou sans-abri pour un hébergement ponctuel et de courte durée. Le SIAO-hébergement d'urgence a pour mission de :

- Réguler l'attribution des places d'hébergement d'urgence et veiller à la continuité de la prise en charge
- Coordonner les acteurs de la veille sociale
- Contribuer à l'observation locale de l'hébergement d'urgence

Toute l'année, les personnes en détresse sociale peuvent bénéficier :

- D'un accueil de jour : il existe [quatre établissements dans le département](#). Ce sont des lieux d'écoute et d'information, de consultations sanitaires et sociales.

⁸³ Source : Agence nouvelle des solidarités actives, *Pratiques inspirantes des SIAO, Accès aux soins, Avril 2018*

- D'un hébergement d'urgence pour la nuit : le département de la Haute-Savoie compte au total 568 places d'hébergement d'urgence ouvertes toute l'année. On y propose le gîte, le couvert et un accompagnement social. La loi du 5 mars 2007 a introduit le principe de continuité de prise en charge avec le principe de non remise à la rue, qui implique la reconduction de la prise en charge ou à défaut une proposition d'orientation. Un entretien doit permettre de détecter les difficultés de tous ordres et de cibler les orientations à préconiser.

Le dispositif d'hébergement d'urgence est renforcé pendant les périodes hivernales avec l'ouverture de places supplémentaires, ce qui se traduit par une veille quotidienne sur les besoins et les disponibilités. Des équipes mobiles de terrain et des maraudes sont également assurées tous les soirs par l'Ordre de Malte France, la Croix-Rouge et l'association GAIA.

3. Les CHRS – Insertion⁸⁴

Les 11 CHRS du département « constituent l'un des principaux dispositifs participant à la lutte contre l'exclusion, accueillant des personnes admises à l'aide sociale et connaissant des difficultés familiales, économiques, sociales, d'insertion, de santé, de logement, souvent cumulées. L'objectif est d'accompagner ces personnes vers un "retour à la normale" quand cela est possible »⁸⁵. Ils ont 4 missions essentielles :

- Accueil et orientation
- Hébergement en structures, voire en sous-location dans le parc privé ou social
- Soutien et accompagnement social
- Adaptation à la vie active et insertion sociale (lien avec le pôle emploi, ateliers internes).

« Les CHRS sont souvent les structures d'aval de la psychiatrie pour les plus démunis, sans pour autant garantir un suivi sur le plan psychique. Sans les CHRS ces personnes se retrouveraient à la rue, ce qui poserait un réel problème d'ordre public. Les CHRS jouent un rôle de contenant sans pour autant en apporter le contenu. Les équipes quant à elles, ne sont pas formées aux pathologies psychiatriques ni aux actions à mettre en place face à des troubles du comportement et sont demandeuses de lien avec la psychiatrie, de suivi en commun avec la santé mentale afin de mieux appréhender les écueils. Il n'est pas du rôle des CHRS d'effectuer des suivis de soin, mais bien de coordonner un parcours social et professionnel et d'insertion dans le logement des usagers ».⁸⁶

4. Les Dispositifs de logement accompagné

La formule « logement accompagné » est utilisée pour désigner toutes les formules de logement dont les occupants bénéficient d'un accompagnement ou de services spécifiques. « Des résidences sociales aux pensions de famille, des foyers de travailleurs migrants aux foyers de jeunes travailleurs, le secteur du logement accompagné s'organise autour de trois piliers de la gestion locative sociale : accueillir les publics en difficulté ; leur permettre de se loger ; et enfin accompagner les personnes et les familles, pour accéder et se maintenir dans un logement ».⁸⁷ Ces solutions de logement sont liées à l'évolution des politiques publiques du logement sur la prise en charge des publics en difficultés d'accès au logement.

Au 1.02.2018, la Haute Savoie dispose de⁸⁸ :

⁸⁴ ANNEXE 13 : Liste des CHRS

⁸⁵ Source : HauteSavoie.gouv.fr

⁸⁶ Fiche Action n°1 – Mission Santé Mentale 74 - Diversification des dispositifs médico-sociaux à l'attention des personnes handicapées psychiques

⁸⁷ Source Unafo (Union professionnelle du logement accompagné)

⁸⁸ ANNEXE 14 : Liste des dispositifs de logement accompagné

- 21 résidences sociales
- 6 Résidences Sociales Jeunes
- 5 dispositifs d'intermédiation locative
- 4 dispositifs d'Allocation Logement Temporaire (ALT)
- 5 dispositifs de baux glissants
- 2 Résidences Accueil
- 6 dispositifs d'Accompagnement Vers et Dans le Logement (AVDL)

a) *Les Maisons Relais / Pensions de Famille*

Forme particulière de résidence sociale, les maisons relais sont des habitats communautaires de petite taille associant la jouissance de logements privatifs à la présence de lieux collectifs. Un hôte (ou un couple d'hôtes) est chargé du fonctionnement de la maison, ainsi que de son animation et de sa convivialité.

Ces structures sont destinées à fournir un logement, sans limitation de durée, à des personnes, qui ne peuvent trouver un équilibre de vie dans un logement individuel autonome. Elles sont destinées à accueillir des personnes à faible niveau de ressources dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, dont la situation sociale et/ou psychologique, voire psychiatrique, rend impossible, à échéance prévisible, leur accès à un logement ordinaire. Elles permettent l'accès à un logement individuel à des personnes en situation de handicap psychique, stabilisées mais qui restent confrontées à des difficultés importantes et n'ayant pas jusqu'alors pu accéder, ou se maintenir dans un logement autonome. Pour ces personnes, il est souhaitable que soit associé à la maison relais une structure d'accompagnement (SAVS ou SAMSAH) qui accompagne la personne vers une plus grande autonomie.⁸⁹

Les locataires signent un contrat de résidence ou titre d'occupation et assurent le paiement d'un loyer. Ils sont bénéficiaires de l'APL. Il n'y a pas d'orientation par la CDAPH. Le dossier de demande de logement est établi par un référent social (assistante sociale de secteur, tuteur, curateur, travailleur social...) avec l'hôte de la pension de famille. Le dossier est instruit dans le cadre du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation. Les maisons relais sont placées sous la compétence de la DDCS.

En Haute Savoie, il existe **6 établissements de type Maison Relais – Pension de famille** répartis dans le Genevois, la Vallée de l'Arve et la Bassin Annécien. Seul le Chablais en est dépourvu.

- Maison relais « Léritable » (Dingy en Vuache), Habitat et Humanisme, *16 logements*
- Maison relais « Les Hutins » (Monnetier-Mornex), Armée du Salut, *9 logements*
- Pension de Famille « Le Borne » (Saint Pierre en Faucigny), AATES, *16 logements*
- Pension de Famille « Montoulivet » (Cluses), AATES, *13 logements*
- Pension de Famille « La Belle Etoile » (Annecy), AATES, *15 logements*
- Pension de famille « Les Alpains » (Annecy) – ADOMA, *24 logements*

Au jour de la rédaction du diagnostic, un projet porté par les associations APRETO, ARIES et la Passerelle a été présenté en septembre 2018 à la DDCS et à l'ARS afin de répondre aux besoins des personnes sans domicile stable, souffrant de troubles psychiques et pour lesquelles les structures collectives et les modalités

⁸⁹ UNAFAM

d'accompagnement ne sont pas adaptées. Ce projet intitulé « AxiHome » s'inscrit dans le cadre du programme « Un Chez Soi d'Abord » porté par la DIHAL (Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement) qui coordonne l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre du Plan quinquennal pour le Logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme (2018-2022).

« L'approche du Logement d'abord est d'utiliser le logement comme point de départ plutôt que comme objectif final [...] Cette stratégie permet de sortir de leur situation de sans-abrisme les personnes qui ont des besoins d'accompagnement élevés. Elle est particulièrement adaptée aux personnes qui souffrent de troubles psychiques, de pathologies liées à une/des dépendances sévères, qui ont une mauvaise santé physique, avec ou sans handicap et qui se trouve en rupture ou pas, de lien social »⁹⁰

Les objectifs du projet « AxiHome » sont les suivants⁹¹ :

- Permettre aux personnes non seulement d'accéder et de se maintenir dans le logement, mais encore de se rétablir dans tous les domaines de leur vie : stabilisation de la pathologie, restauration de l'estime de soi, participation active à la vie sociale
- Faire primer les droits fondamentaux des personnes : logement, santé, ressources, vie privée et familiale.
- Faire de l'accompagnement social et médical, un levier d'émancipation et d'autodétermination
- Développer un mode d'accompagnement efficient économiquement dans la mesure où les coûts qu'il requiert ne sont pas nettement supérieurs, si ce n'est inférieurs, aux coûts du modèle ordinaire (multiplication des allers-retours entre la myriade de dispositifs de l'urgence sociale, les hospitalisations, voire les incarcérations répétées)
- Développer et accroître la collaboration entre les différents partenaires.

En lien avec les préconisations de la DIHAL, le projet envisage 50 accompagnements dans le Chablais (Thonon les Bains), le Genevois (Annemasse) et la Vallée de l'Arve (Bonneville), puis un éventuel déploiement sur l'ensemble du département. En septembre 2019, des expérimentations sont déjà mises en œuvre : 6 places dans le Chablais et 3 sur le Genevois avec des moyens existants le temps de la transition.

Le projet a été identifié au niveau national, avec un délai de mise en œuvre, au mieux, en 2021.

L'enclenchement et l'essaimage du dispositif « Un Chez Soi d'abord », par le biais du Projet « AxiHome », fait partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM

b) Les Résidences Accueil

La Haute Savoie dispose de 2 Résidences Accueil qui s'adressent aux personnes en situation de handicap psychique :

- **Résidence Accueil Le Séséli** (Annecy), Association GAIA, (20 appartements). Cette résidence a la spécificité de proposer un logement à des personnes souffrant de troubles psychiques stabilisés, non obligatoirement reconnus par la MDPH. Les personnes doivent avoir une autonomie suffisante

⁹⁰ Guide sur le logement d'abord en Europe – Nicolas Pleace, http://housingfirsteurope.eu/assets/files/2017/03/HFG_FR_full_digital.pdf

⁹¹ Projet « AXIHOMÉ », Proposition d'accompagnement d'un public précaire cumulant des difficultés sociales, de santé mentale et d'addiction, dans le cadre des pratiques de rétablissement associées au « Logement d'abord », Septembre 2018

notamment dans les actes de la vie quotidienne. Ces personnes doivent être actrices dans leur prise en charge de manière globale et plus particulièrement en ce qui concerne les soins, ce qui implique qu'elles doivent avoir conscience de leurs fragilités psychiques et être inscrites dans un processus de soins.

- [Résidence Accueil Les Allobroges](#), (Ville la Grand), Association Château Rouge.

5. Les structures à dimension thérapeutique

a) *Les Lits halte soins santé (LHSS)*

Les LHSS accueillent temporairement des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Ces structures ont pour missions :

- De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;
- De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;
- D'élaborer avec la personne un projet de sortie individuel.

Elles sont ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. La durée prévisionnelle de séjour est de 2 mois, éventuellement renouvelables.

Les LHSS sont une [alternative à l'hospitalisation pour des personnes en situation de grande précarité](#). Fragilisées par leurs conditions d'existence, les personnes vivant dans la rue ont besoin de lieux où elles peuvent se reposer, se remettre d'une pathologie qui, sans gravité pour quelqu'un qui dispose d'un toit et de soins de base, pourrait rapidement empirer. Si les effets ne peuvent qu'être modestes et ponctuels compte tenu de la durée limitée des séjours au regard des pathologies et situations complexes des personnes, ils ne sont pas insignifiants : les partenaires paramédicaux des LHSS repèrent souvent une évolution des patients au cours de leur séjour, en termes d'autonomie, d'hygiène et d'estime de soi. Quant aux problèmes médicaux, ils ne sont pas réglés mais stabilisés.⁹²

[En Haute Savoie, il existe 1 service de LHSS](#), géré par l'association GAIA (Groupement d'Associations d'Insertion Annécien) qui dispose à ce jour de 4 lits sur Annecy et 2 à Annemasse au sein de la Maison Coluche.

L'une des limites existantes de ce type de dispositif est le risque de saturation lorsque le circuit en aval d'une prise en charge n'est pas suffisamment solide. En effet, le manque de places d'hébergement et de logements adaptés pour des personnes qui nécessitent un suivi médical important tout en ayant besoin d'un toit et d'un cadre pour poursuivre leur réinsertion sociale peut rapidement venir emboliser les places existantes.

La très grande majorité des admissions se traite en direct avec les assistantes sociales des établissements adresseurs. Le médecin qui prononce les admissions LHSS est le médecin de La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), les infirmières de la PASS facilitent la collaboration avec l'hôpital, et autres établissements, ainsi que le repérage des situations sur le bassin Annécien. Un deuxième médecin du CHANGE (équipe mobile de soins palliatifs) assure les consultations hebdomadaires.

⁹² *Projet Régional de Santé Auvergne-Rhône Alpes*

L'activité 2018 des LHSS de GAIA (23 personnes accompagnées) se traduit par une augmentation des demandes de personnes de plus de 60 ans avec des problématiques d'addiction. Malgré un travail autour de leur adhésion au dispositif de Via Trajectoire, des refus restent fréquents de la part des différents organismes.

Le SIAO remonte le besoin de développer encore des places de LHSS ; le Schéma Régional de Santé identifie la Haute Savoie comme prioritaire avec un besoin estimé à 13 LHSS.

b) Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)

Les LAM sont des structures médico-sociales dont la capacité d'accueil varie entre 15 et 25 lits. Elles accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.

Ces structures ont pour missions :

- De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;
- D'apporter une aide à la vie quotidienne adaptée ;
- De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;
- D'élaborer avec la personne un projet de vie et de le mettre en œuvre.

La Région Auvergne Rhône Alpes dispose de 20 lits implantés depuis juillet 2016 sur le territoire de Lyon Métropole (Rhône). Même si 20 lits ont vocation à accueillir des patients originaires de toute la région, le recrutement se réalise à ce jour en grande majorité sur le département du Rhône. **Il n'existe pas de Lits d'Accueil Médicalisé en Haute Savoie** (un minimum obligatoire de 15 places ouvertes est requis). Le développement de ce type de dispositif pourrait s'avérer pertinent car la durée du séjour n'étant pas limitée et adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne, les LAM permettent la prise en charge de pathologies chronicisées.

Au jour de la rédaction du diagnostic, l'Association ARIES a proposé un projet de LAM, validé par la délégation de Haute-Savoie de l'ARS (le CHRS collectif d'ARIES étant par ailleurs un lieu qui accueille essentiellement des personnes malades).

L'accroissement du nombre de Lits Halte Soins Santé et la création de Lits d'Accueil Médicalisés font partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM

c) Les Appartements de Coordination thérapeutique

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) sont ouverts à l'accueil de toute personne en situation de précarité touchée par une pathologie chronique invalidante (Sida, hépatite, cancer, sclérose en plaques...). Ils proposent un hébergement à titre temporaire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. Si besoin, les personnes hébergées peuvent avoir recours à des prestations extérieures

(paramédicales ou socio-éducatives) ou des soins de ville, des soins et prestations liés à des besoins spécifiques de certaines personnes hébergées en fonction de l'évolution de leur état de santé. Ces structures fonctionnent sans interruption, de manière à optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale.

En Haute Savoie, 1 service d'ACT existe (géré par l'Association OPPELIA THYLAC) qui dispose de 17 appartements (13 sur Annecy et 4 sur Annemasse). Un dispositif ACT « Hors les Murs » de 6 places rattaché aux ACT « OPPELIA – Le Thianty » permet de faire bénéficier à des personnes en grande précarité et affectées par une maladie chronique de l'offre de service des ACT au sein de leur lieu de logis (hébergement insertion ou urgence, logement adapté, chez un tiers, squat, CADA...). L'ACT « Hors les murs » fonctionnant ainsi comme « un ACT accueil de jour ».

Le Schéma Régional de Santé identifie la Haute Savoie comme département « intermédiaire » avec un objectif cible de 24 places ACT sous réserve des financements attribués par le niveau national.⁹³

D. Les personnes présentant des conduites addictives

1. Les CSAPA

Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont des structures pluridisciplinaires qui ont pour mission d'apporter une aide aux enfants, adolescents et adultes, ainsi qu'à leur entourage, qui rencontrent des difficultés sur le plan social, médico-social ou sanitaire, liées notamment à l'usage de substances psychotropes ou engagés dans des conduites à risques. Les CSAPA regroupent depuis 2011 les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Depuis le 1er janvier 2018, les CSAPA sont généralistes et habilités à prendre en charge toutes les addictions.

En Haute Savoie, les CSAPA, sont gérés par 3 associations : ANPAA, APRETO et OPPELIA-THYLAC.

OPPELIA THYLAC dispose d'un centre de soins situé à Annecy. L'APRETO dispose d'un Centre de soins à Annemasse et de deux antennes socioéducatives à Thonon-les-Bains et Cluses (ces deux antennes étant respectivement intégrées aux CSAPA gérés par l'ANPAA 74). Ces services proposent une prise en charge globale des usagers de drogues et des personnes « addicts sans substance », deux programmes de substitution aux produits opiacés (par la méthadone d'une part et par la buprénorphine haut dosage d'autre part (prescription et délivrance), des programmes de sevrage ambulatoire et hospitalier (en partenariat avec les Hôpitaux des secteurs du Genevois, du Chablais et de la Vallée de l'Arve).

2. Les Consultations spécifiques pour Jeunes Consommateurs (CJC)

Les CJC, créés en 2004 pour répondre à l'augmentation des consommations de cannabis, proposent accueil, conseil et accompagnement aux jeunes usagers de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis...) ou d'autres objets addictifs (écran, achats...), à leurs familles et aux professionnels. Le principe est également de proposer un soutien avant que la consommation ne devienne problématique. La Haute Savoie dispose de différents lieux de consultations :

- CJC « T'en es où ? » au sein de la Maison Des Adolescents de Vétraz-Monthoux et de la Maison Intergénérationnelle de l'Enfance et de la Famille (MIEF) de Saint-Julien-en-Genevois (APRETO)
- CJC à Annecy et Passy (OPPELIA- THYLAC)

⁹³ Schéma Régional de Santé, p.290

- CJC Thônes et Faverges (ANPAA et OPPELIA-THYLAC)

3. Les CAARUD

De manière complémentaire aux actions d'information réalisées quotidiennement auprès des usagers de drogues des CSAPA, la Haute Savoie dispose de 2 Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) qui accueillent en collectif et en individuel toute personne en difficulté avec son usage actif de drogues : ils proposent de l'information, des conseils personnalisés, un soutien dans l'accès aux soins, la mise à disposition de matériel de prévention des risques et de réduction des dommages, l'incitation au dépistage des infections transmissibles, le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle.

Le CAARUD de l'APRETO, baptisé « Le Fil Rouge », concerne à ce jour l'agglomération annemassienne et l'agglomération thononaise. En 2018, le CAARUD a accueilli 330 usagers de drogues et 73 personnes en situation de prostitution. Le CAARUD de l'Association OPPELIA THYLAC prend 2 formes :

- CAARUD Camion dite « Equipe mobile CAARUD » qui intervient dans le cadre d'actions de type stationnements, maraudes, distribution de matériel, dépistage VIH Hépatites...) dans l'objectif premier « d'aller vers » et de créer du lien.
- CAARUD Boutique qui met à disposition des outils de consommation à moindre risque (matériel d'injection, traitement d'urgence...

4. Les activités spécifiques

Le CSAPA de l'APRETO dispose :

- D'une permanence socioéducative à destination des usagers de drogues fréquentant la salle de consommation à moindre risque (SCMR) « Quai 9 » à Genève et son environnement proche.
- D'une permanence socioéducative à destination des usagers de drogues incarcérés à la Maison d'Arrêt de Bonneville, permanence assurée par un travailleur social à temps plein.
- D'une Consultation avancée, au sein du centre de soins, du Centre Gratuit, d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) du nord du département de la Haute-Savoie, qui dépend réglementairement, administrativement et financièrement du Centre Hospitalier Alpes Léman (CHAL), gestionnaire du CeGIDD.
- Un dispositif d'accueil et d'accompagnement en direction des personnes en situation de prostitution et/ou victime de la traite des êtres humains : l'Appart'74.

Le CSAPA d'OPPELIA THYLAC dispose quant à lui d'un service prévention, basé sur Annecy qui propose des actions de prévention à destination de publics différents : Prévention Addiction en milieu festif, Prévention santé sexuelle, Addiction en milieu scolaire, Prévention du VIH et des IST auprès des publics à risque, Coordination du collectif Santé Saison 74.

L'association AIDES, association de lutte contre le sida et les hépatites virales accueille également un public concerné par la consommation de produits psychoactifs. L'association ne gère pas de CAARUD en Haute Savoie mais, au travers de son action d'accompagnement en santé sexuelle, est amenée à rencontrer des usagers HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) consommateurs de produits psychoactifs qui associent dans le cadre de certaines de leurs relations sexuelles l'usage de tels produits : pratique appelée le « chemsex ».

L'association propose à ce titre un accueil individualisé de ce public spécifique (écoute, conseil sur l'injection ou la consommation à moindre risque, matériel de prévention et de réduction des risques, récupération de seringues usagées, analyse de produits, orientations selon les besoins). AIDES a ainsi mis en place :

- Des rencontres avec des usagers et une enquête auprès d'eux concernant leurs attentes et leurs besoins : plus de la moitié (54 %) souhaitaient une intervention de professionnels en addictologie et sexologie. Une plaquette a été conçue présentant des numéros d'urgence, médicales et psychiatriques.
- Des rencontres en « week-end santé » avec les usagers.
- Une page Facebook pour échanger sur le sujet avec d'anciens et de nouveaux « chemsexuels », afin d'échanger sur la pratique pour prévenir des dérives et des accidents et permettre une écoute hors cadre médical ainsi qu'un numéro WhatsApp National à disposition en cas d'urgence.

5. Les établissements de soins résidentiels

La Haute Savoie dispose :

- D'un [Centre thérapeutique Résidentiel \(CTR\)](#) à Alex (OPPELIA THYLAC) qui permet aux consommateurs de vivre une expérience sans consommation pendant 3 mois et demi.
- De [6 places en Appartement Thérapeutique Relais \(APRETO\)](#)
- De [6 places en Familles d'Accueil Thérapeutique \(APRETO\)](#)

Concernant les ATR de l'APRETO, l'année 2018 a vu la transformation de cinq places d'hébergement dédiées au réseau de familles d'accueil en cinq places d'hébergement en Appartement Thérapeutique Relais. Au regard du caractère tendu du marché de l'immobilier sur le secteur Haut Savoyard, seulement un appartement supplémentaire a pu être trouvé fin d'année 2018. Depuis mars 2019, un nouvel appartement de type F3 (pouvant donc accueillir 2 personnes) est également loué sur la commune de Thyez. Le pôle hébergement peut donc accueillir 4 personnes sur les 6 places agréées.⁹⁴

6. La prise en charge sanitaire des addictions

Le Département dispose de [3 Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie](#) qui prennent en charge les personnes présentant des comportements d'abus et de dépendance aux substances psychoactives et réalisent des sevrages ambulatoires, des hospitalisations et un travail de liaison dans différents services.

- [ELSHA du CHANGE](#) présente sur le site d'Annecy (et sevrages alcooliques menés en hospitalisation dans le service de gastro-entérologie du site de Saint-Julien-en-Genevois).
- [ELSHA du CHAL](#) dont l'activité est transversale avec consultations inter services, coordination des soins, du suivi, et liens avec les SSR et addictologie de la région.
- [ELSHA des HPMB](#) qui intervient sur sollicitation des équipes soignantes et qui prend en charge les personnes présentant des comportements de mésusages (abus-dépendance) aux substances psychoactives (licites et illicites). L'équipe élabore des protocoles de repérage et de prise en charge, sensibilise et forme les équipes hospitalières.

⁹⁴ *Rapport d'activité 2018 APRETO*

Au HPMB, une [Unité de 9 lits d'hospitalisation](#) propose des cures de désintoxication de 3 à 4 semaines, après sevrage en milieu hospitalier.

Au CHANGE, depuis janvier 2018, il existe une [Unité d'hospitalisation en addictologie](#) (unité de niveau 1 qui devrait évoluer vers une unité de niveau 2 en 2020). Située sur le site de St Julien-en-Genevois, contiguë au service de neurologie, elle est composée de douze lits dont quatre en chambres doubles et quatre en chambres simples. Des temps partiels de médecins en addictologie, enseignante APA (Activité Physique Adaptée), psychologues et assistante sociale ont été spécialement recrutés pour assurer les prises en charge. L'équipe soignante est quant à elle commune au service de neurologie. Cette nouvelle unité vient compléter l'offre de soins en addictologie déjà existante au CHANGE assurée par les ELSHA des deux sites. Elle permet de proposer dorénavant des sevrages simples en alcool, opiacés, cocaïne, cannabis, anxiolytiques et nouveaux produits de synthèse, ainsi que l'introduction hospitalière de traitement de substitution aux opiacés, ou encore des conseils pour la réduction/arrêt du tabac chez les patients hospitalisés.

E. Les migrants et demandeurs d'asile

La Fédération des Œuvres Laïques gère depuis 12 ans en partenariat avec la DDCS, les crédits d'urgences sociales permettant l'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile sur le département.

Les [demandeurs d'asile](#) sont des personnes qui viennent en France pour demander une protection. Elles ont reçu des menaces graves, ont subi des persécutions ou craignent de subir des persécutions pour des motifs politiques, ethniques, religieux, de nationalité...⁹⁵

- Le [Service de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile \(S.P.A.D.A\)](#) créé en 2016, à vocation départementale est financé par l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (O.F.I.I.). Ce service prend en charge, dans le cadre d'un premier accueil, des personnes primo-arrivantes qui souhaitent déposer une demande d'asile. LE SPADA propose une orientation vers le GUDA (Guichet unique des demandeurs d'asile) et un suivi administratif des personnes jusqu'à l'obtention d'un hébergement (115-HUDA-CADA).
- Le [Service d'Accompagnement et d'Intégration Fonds Européens pour les Réfugiés \(S.A.I.F.E.R./ F.A.M.I.\)](#), créé en 2013, à vocation départementale est financé par la DDCS. La prise en charge par ce service débute au moment de l'obtention d'un statut. Le S.A.I.F.E.R./ F.A.M.I propose un accompagnement et la coordination de l'insertion des personnes bénéficiant d'une protection nationale ou internationale : réfugiés, bénéficiaires d'une protection subsidiaire, apatrides.
- Le [Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile \(CADA\)](#) de la FOL 74 a une capacité de 80 places réparties sur le Centre Le Nid à St-Jeoire et celui des Chavannes à Onnion. Même si le service peut accueillir des personnes isolées, il est particulièrement adapté aux familles avec enfants. L'accueil en CADA se fait pendant la durée de la procédure de demande d'asile. La procédure de demande d'asile peut se dérouler en 2 étapes : La 1ère demande est faite à l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides). Si la demande est rejetée, le demandeur a la possibilité de faire un recours auprès de la CNDA (Cour Nationale du Droit d'Asile). Le CADA a pour mission :
 - L'accueil et l'hébergement,
 - L'accompagnement administratif (aide à la rédaction du récit, préparation aux différents entretiens OFPRA et CNDA),
 - L'accompagnement social et médical (ouverture de droits CMU-CMUC, rendez-vous médicaux...),

⁹⁵ Source : FOL 74, <http://www.fol74.org/demandeur-d-asile>

- La scolarisation des enfants et l'organisation d'activités socioculturelles au profit des résidents,
- La gestion des sorties du centre (dans un délai d'1 mois pour les personnes déboutées de leurs demandes d'asile et de 3 mois pour les personnes obtenant le statut de réfugié).

F. L'accompagnement des personnes en détention

La Maison d'Arrêt de Bonneville est la seule du département de la Haute-Savoie. Elle relève du ressort des TGI de Bonneville, Thonon-les-Bains et Annecy, de la cour d'appel de Chambéry, et est rattachée au Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de la Haute-Savoie qui est composé de trois antennes en lien avec les 3 juridictions du département. L'établissement dispose d'une capacité d'accueil théorique de 185 places (quartier hommes = 132, quartier femmes = 22, quartier mineurs = 20, quartier arrivants = 7, quartier d'isolement = 2, quartier disciplinaire = 2).

Nombre de détenus présents en détention			
Détenus présents	2016	2017	2018
HOMME	847	999	704
FEMME	72	64	54
MINEUR	41	48	48
TOTAL	960	1111	806

Mouvement des détenus			
		2017	2018
PPMJ majeurs	Nombre d'entrants	1063*	758
	Nombre de sortants	1044 *	658
PPMJ mineurs	Nombre d'entrants	48	48
	Nombre de sortants	45	32

* Le chiffre transmis en 2017 par la maison d'arrêt concernait l'ensemble des détenus y compris les patients en semi-liberté ; en 2018, ce chiffre ne concerne que les détenus pris en charge par l'USPM. Compte tenu de ce réajustement, le nombre d'entrant hors semi-liberté reste du même ordre : 758 en 2018 versus 710 en 2017.

- L'EPSM et le CHAL assurent un pilotage partagé de l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP).
- L'activité du dispositif de soins psychique recouvre les consultations médicales, les entretiens, la prise en charge de groupe à visée thérapeutique. Les soins peuvent s'apparenter à une activité de CMP et CATTP. Cette activité concerne l'ensemble des détenus (majeurs, mineurs). Est repérée une forte augmentation des activités paramédicales grâce à la structuration des activités de soins et l'implication des personnels.
- L'Association APRETO est le CSAPA référent au sein de l'USMP. L'objectif de son intervention, en partenariat avec l'EPSM, est d'apporter une contribution socioéducative à la prise en charge globale et pluridisciplinaire des usagers de drogues incarcérés, avant, pendant et à la sortie de leur incarcération. L'activité est assurée par un travailleur social de l'APRETO qui intervient à temps plein au sein de la maison d'arrêt. Une augmentation de la file active est repérée (145 en 2015, 164 en 2017, 178 en 2018) et le nombre d'entretiens est croissant (à mettre en perspective avec l'augmentation du temps de travail socio-éducatif) : 340 en 2013, 422 en 2015, 665 en 2017, 768 en 2018). Le nombre de patients nécessitant un traitement substitutif progresse notamment concernant la méthadone (18 patients en 2013, 22 en 2015, 30 en 2017, 53 en 2018).

Un projet concernant la prévention des addictions auprès des mineurs incarcérés a démarré en fin d'année 2018 par un cycle de formation destiné aux professionnels entourant les jeunes incarcérés.

- Associée à l'APRETO dans la prise en charge des addictions, l'ANPAA est implantée sur l'USMP depuis plusieurs années. Plusieurs types d'activités sont proposées avec le patient comme acteur de sa prise en soin (jeux de société, groupe de parole...). File active de 48 en 2016, 60 en 2017, 78 en 2018. Un partenariat avec l'association des alcooliques anonymes permet d'envisager la continuité de soin à la sortie.
- Un travailleur social de l'Association les Bartavelles intervient à la Maison d'Arrêt, notamment pour préparer la sortie (orientations SIAO).

- La **téléconsultation**, implantée en 2015, est désormais intégrée dans le parcours de soins mais reste encore parcellaire. La réflexion médicale relative à la place de la téléconsultation en psychiatrie demeure. Au printemps 2018, dans un contexte d'urgence, la première téléconsultation de psychiatrie a eu lieu entre l'USMP et le site du CHAL. Malgré, un retour positif des acteurs concernés cette expérience n'a pas été reconduite. **L'expérimentation de la télémédecine** fait partie des objectifs de la filière Santé Mentale du GHT Léman-Mont Blanc.
- Le **respect des droits de la personne en milieu carcéral** reste une préoccupation au quotidien. Différentes actions ont été réalisées :
 - Mise en place d'un livret d'accueil présentant l'offre de soins
 - Réflexion concernant l'organisation des rendez-vous : l'objectif étant de tendre vers la prise en compte de l'emploi du temps du patient (activité, travail etc.).
 - Ajustement des horaires des personnels le weekend de manière à permettre au patient de profiter du temps de promenade
 - **Recherche de consentement** avant chaque soin avec un refus de soins entendu et admis dans la limite de la législation
 - **Amélioration de la communication** face une éventuelle barrière linguistique : un projet celui de disposer du livret d'accueil traduit dans les langues les plus usitées à l'USMP (exemple l'albanais).
- Plus globalement, les indicateurs 2016 concernant les soins en milieu pénitentiaire en Haute Savoie reflètent :
 - Une part de détenus placés à l'isolement et une proportion de journées d'isolement thérapeutique des détenus hospitalisés supérieurs aux indicateurs nationaux
 - Un taux de recours en hospitalisation inférieur au taux national.

Soins en milieu pénitentiaire		
Indicateurs	Haute-Savoie	France
<u>Part de détenus placés à l'isolement (%)</u>	76,9 ▲	60,1
<u>Proportion de journées d'isolement thérapeutique des détenus hospitalisés (%)</u>	72,4 ▲	37,2
<u>Taux de recours en hospitalisation (Article D398 Code Procédure Pénale) (pour 10 000 détenus)</u>	161,9 ▼	166,3
<u>Taux de recours en ambulatoire (Article D398 Code Procédure Pénale) (pour 10 000 détenus)</u>	5 479,5 ▲	5 150,2

Source : RIM-P - 2016

VII. OFFRE DE PREVENTION, DE PROMOTION DE LA SANTE ET DE SENSIBILISATION

A. L'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

L'ETP s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé, dans une vision globale et positive de la santé, orientée vers le bien-être physique, mental et social des personnes. Elle s'appuie sur des méthodes et postures professionnelles issues du champ de l'éducation pour la santé et qui cherchent à valoriser, à renforcer les savoir-faire et les compétences des individus, en tenant compte de leurs attentes et de leur contexte de vie, dans une démarche participative. C'est la loi HPST du 21 juillet 2009 qui a offert un cadre légal à l'éducation thérapeutique du patient.

En Haute Savoie, l'Unité Transversale pour l'Education Thérapeutique du Patient (UTEP) du CHANGE accompagne les professionnels du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Albanais Annecy Genevois et a mis en place des activités pour aider les patients atteints de maladie chronique à mieux vivre au quotidien.

Ses missions :

- Aider les professionnels dans la conception, la mise en œuvre, la communication et l'évaluation de leurs projets ou actions en éducation thérapeutique
- Organiser une formation de 40 heures en éducation thérapeutique ouverte aux professionnels hospitaliers et libéraux
- Faciliter les échanges entre les acteurs de l'éducation thérapeutique lors des réunions trimestrielles du Comité de Développement de l'ETP (CDETP).

En octobre 2016 un Programme d'Education Thérapeutique « Profamille » pour les familles de patients souffrant de troubles psychiques a vu le jour. Organisé par le Centre Départemental de Réhabilitation Psychosociale des Glières, en collaboration avec l'EPSM, le Centre Hospitalier Annecy Genevois et le soutien de l'UNAFAM 74, ce programme, proposé à un groupe de 12 personnes se compose de deux modules consécutifs. En 2018, et depuis 2016, trois groupes ont été menés et 39 personnes en ont bénéficié.

Deux programmes d'Education Thérapeutique sont également recensés à l'EPSM en lien direct avec la maladie mentale : un programme « Mieux vivre la schizophrénie » (date de fin d'autorisation en septembre 2019) et un autre autour de la bipolarité.

D'autres programmes concernant des pathologies chroniques, dont on peut penser qu'elles aient un impact sur la santé mentale des patients (de par l'impact d'une pathologie ou d'une douleur chronique sur la personne), existent également ; notons par exemple :

- Education thérapeutique des insuffisants coronariens (HDL)
- Education thérapeutique du patient insuffisant rénal chronique (HDL)
- Programme d'éducation thérapeutique pour patients souffrant de douleurs chronique (dispositif de Soins Prevention Accompagnement – Scionzier)
- Education thérapeutique en cancérologie (CHANGE)
- Education Thérapeutique des Rhumatismes inflammatoires (CHANGE)
- Education thérapeutique des patients atteints de sclérose en plaques (CHANGE)

- ReVIHVRE Réconcilier les personnes vivant avec le VIH : Voir Rencontrer Entendre (CHANGE)

B. L'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS)

L'IREPS Auvergne-Rhône-Alpes (IREPS), association loi 1901, est une structure ressource en promotion de la santé qui :

- **Accompagne les professionnels** dans leurs projets de promotion de la santé par des services formations, ressources et outils.
- Met en œuvre des **programmes de promotion de la santé** à une échelle régionale, départementale ou locale.

En appui au déploiement des politiques régionales de santé, l'IREPS a ainsi pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé et de lutter contre les inégalités sociales de santé. Ses projets s'appuient sur les principes de la charte d'Ottawa et :

- Favorisent la prise en compte des déterminants sociaux de la santé ;
- Permettent l'équité d'accès à l'éducation pour la santé et à la prévention entre les territoires et entre les populations ;
- Développent les savoir-faire et la professionnalisation de l'ensemble des acteurs concernés.

Exemples de projets portés par l'IREPS dans le cadre de son expertise méthodologique et thématique :

- Soutient et coordonne des réseaux d'acteurs pour développer des dynamiques collaboratives autour des questions de santé ;
- Co-anime le Pôle Education et promotion de la Santé Environnement avec le GRAINE ARA ;
- Coordonne EMERGENCE, dispositif d'appui en prévention et promotion de la santé ;
- Contribue au déploiement du service sanitaire des étudiants en santé.

Dans le **champ de la santé mentale**, l'IREPS peut intervenir dans les domaines suivants :

- Soutien au développement d'actions de **promotion de la santé mentale** et de **déstigmatisation** : relai des outils du Psycom, participation aux collectifs SISM (ex. l'IREPS74 est présente dans trois collectifs du département).
- Appui méthodologique à la **participation des personnes concernées** : accompagnement-formation... (ex. enquête régionale GEM)
- Mise en œuvre de projets de développement des **compétences psychosociales** (ex. projet CPS 0-6 ans avec mise en place d'un COPIL regroupant les acteurs de la petite enfance du 74)
- Coordination régionale du déploiement des nouveaux formats de formations de professionnels sur la **prévention du suicide** (ex. déploiement départemental en lien avec le Réseau 74 de Prévention des Conduites suicidaires).
- **Appui à l'élaboration des politiques territoriales** : soutien méthodologique aux réseaux locaux (CLSM, volet santé mentale des CLS), participation à l'élaboration des PTSM... (ex. participation de l'IREPS74 à la commission spécialisée en santé mentale du CTS).

Selon l'approche globale de la santé dans laquelle s'inscrivent les actions de l'IREPS, la promotion de la santé mentale concerne toutes les personnes, tout au long leur vie ainsi que les collectivités, notamment les

personnes et les groupes à risque ainsi que les personnes atteintes de maladie mentale, et dans les différents environnements sociaux de la santé : milieu familial, milieu de travail, milieu de garde et scolaire, communauté locale et voisinage. Elle permet de renforcer les ressources personnelles des individus et le soutien du milieu, et peut ainsi contribuer à prévenir l'émergence de problèmes de santé mentale, de problèmes de santé physique et de problèmes sociaux.

C. Le Réseau 74 (Prévention des conduites suicidaires à l'adolescence)

La Maison Des Adolescents « Rouge Cargo » travaille en appui avec le Centre Ressource de Prévention des Conduites Suicidaires Jean Bergeret Rhône Alpes (C.R.P.C.S.) autour de la prévention des conduites suicidaires et du suicide en Haute-Savoie auprès des adolescents. Un groupe de travail composé de nombreux professionnels de la santé, de l'Education Nationale ou encore d'associations du champ social du département se réunit depuis octobre 2015 à la Maison des Adolescents pour réfléchir et mettre en place des actions de prévention des conduites suicidaires à l'adolescence : le Réseau 74.

En 2018, 19 personnes ont participé à ces groupes de travail régulièrement (professionnels de la M.D.A, un membre du C.R.P.C.S., sept infirmières scolaires, cinq assistantes sociales scolaires, un médecin pédopsychiatre et un cadre de l'EPSM, une animatrice socio-culturelle du département). Le Réseau 74 s'est réuni à cinq reprises en plénière à la Maison Des Adolescents. En termes d'actions, le Réseau 74 a notamment :

- Organisé un « ciné-débat » dans le cadre des Journées Mondiales de Prévention contre le Suicide.
- Porté un projet de prévention des conduites suicidaires pour et par des jeunes au sein du Lycée Baudelaire à Annecy (organisation, avec le soutien de l'éducation nationale, d'une formation de repérage à la crise suicidaire à destination de professionnels volontaires de l'établissement).
- Développer un partenariat avec l'association PROPSI pour l'organisation d'un colloque en 2020.

D. Les Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM)

A l'échelle nationale, les Semaines d'Information sur la Santé Mentale consistent en une manifestation annuelle, la 2^{ème} quinzaine de mars, coordonnée par un collectif de 23 partenaires (réunis dans un Comité de coordination) qui a pour but de sensibiliser l'opinion publique aux questions de santé mentale et de déstigmatiser les personnes souffrant de troubles psychiatriques et mentaux par le biais d'un thème qui change annuellement (en 2018 : « Santé Mentale et Parentalité », 2019 : « Santé Mentale à l'ère du numérique »).

En [Haute Savoie](#), à l'initiative des acteurs locaux, les SISM sont mises en place depuis 2009 et se déclinent à l'échelle des quatre bassins :

- Thonon (Collectif local du Chablais)
- Sallanches (Collectif local de la Vallée de l'Arve)
- Annecy (Collectif local du Bassin Annécien)
- Annemasse (Collectif local du Genevois français)

Depuis 2012, un Comité départemental SISM 74 est créé et une charte d'engagement a été rédigée et signée par [15 partenaires](#) (GEM Attrap'Lune, Comité Croix Marine, UNAFAM, Espoir 74, Argos 2001, GAIA, FAM Cognacq Jay, Clinique des Vallées, Clinique Régina, Foyer de vie les Marmotté, Nous Aussi Cluses, ATMP, ESAT Messidor, EPSM, CHANGE).

Les actions proposées sont très variées : portes ouvertes de structures, ciné-débats, conférences/tables rondes, interventions auprès de jeunes/collégiens/lycéens, ateliers, théâtre-forum, expositions, etc.

Ces différentes actions, dans lesquelles la participation des personnes concernées est encouragée autant que possible, permettent de toucher plusieurs centaines de personnes dans le département. Les bilans de ces dernières années attestent d'une **augmentation des partenaires impliqués** localement et d'une **diversification des actions menées**. Par exemple, la présence du "PsyTruck" (le 'Camion des Psys') qui sillonne certaines villes du département à la rencontre du public pour le sensibiliser aux troubles mentaux ; « *il n'a rien à vendre si ce n'est des conseils pour les diagnostiquer à temps* ». ⁹⁶

E. Les Journées de la Schizophrénie

L'Association créée dans le canton de Vaud, en Suisse, a pour objet de :

- Sensibiliser l'opinion publique à la schizophrénie et/ou aux autres troubles psychiques au moyen d'une communication positive,
- Participer activement à la déstigmatisation des troubles psychiques.

Le siège de l'Association des Journées de la Schizophrénie – France se situe à Lugrin. Les actions s'inscrivent dans le cadre de la détection précoce, de la facilitation de l'accès aux soins et du soutien aux proches.

L'association compte aujourd'hui plusieurs partenariats avec les acteurs de la santé mentale en Haute Savoie (Clinique des Vallées, Hôpitaux du Léman, CHANGE Annecy). En 2019 les SISM et les Journées de la Schizophrénie ont collaboré autour du thème du numérique, afin de communiquer plus largement auprès du grand public.

F. La Fédération Santé Mentale France (SMF)

La Fédération Santé Mentale France, reconnue d'utilité publique, réunit des professionnels de tous horizons et des militants autour de l'accès à la santé et à la citoyenneté des personnes vivant avec des troubles psychiques et/ou en situation de handicap psychique. Résultat de la fusion, en juin 2016, des fédérations d'aide à la santé mentale (FASM) Croix-Marine et des associations gestionnaires et d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique (AGAPSY), SMF s'appuie sur des coordinations régionales pour organiser :

- Des journées nationales et régionales qui permettent la rencontre et la formation pluridisciplinaire des professionnels
- Des forums nationaux décentralisés qui réunissent les professionnels, les usagers, les familles, les élus et le grand public sur des thèmes mobilisateurs pour la santé mentale et le rétablissement, des formations adaptées pour différents publics
- Une aide aux loisirs et aux départs en vacances pour les personnes en situation de handicap psychique.

Le Comité Croix-Marine Annecy (c/o CHANGE), l'Association GAIA (SAMSAH Le Bilboquet) et l'Association ESPOIR 74 sont aujourd'hui adhérents de la fédération.

⁹⁶ <https://informations.handicap.fr/a-psy-truck-sante-mentale-8685.php>

VIII. AIDE AUX AIDANTS ET REPRESENTANTS DES USAGERS

A. L'UNAFAM

L'UNAFAM est une association reconnue d'utilité publique, qui accueille, écoute, soutient, forme, informe et accompagne les familles et l'entourage de personnes vivant avec des troubles psychiques, notamment les troubles psychiques sévères (schizophrénie, troubles bipolaires, dépressions sévères, psychoses graves...). Plus récemment, l'UNAFAM reçoit les parents d'enfants et d'adolescents ayant des troubles psychologiques, des troubles psychiques ou des troubles du comportement. En Haute-Savoie, le siège de la délégation départementale se situe à Meythet dans le bassin Annécien. La délégation a pour mission d'accompagner les aidants familiaux et proches par :

- Des accueils de proximité géographique avec des entretiens individualisés et de l'information adaptée :
 - Sur les quatre bassins de la Haute-Savoie et sur 6 sites d'accueil répartis sur le département : dans les locaux du Siège à Meythet/Annecy (bâtiment de l'UDAF) ; dans des locaux du SAVS "Oxygène" géré par Espoir-74 à Annemasse et Sallanches ; à l'EPSM, à la Maison des Usagers aux HDL, aux Hôpitaux du Mont-Blanc.
 - Lors des permanences au sein des Maisons des Usagers (MDU) dans différents établissements sanitaires du département : CHANGE (permanence 1 fois tous les 15 jours), EPSM (1 fois par mois), HDL (1 fois par semaine), Clinique des Vallées (1 fois par mois).
- Des accompagnements dans la durée par des réunions d'information, des Groupes de Parole, des Ateliers d'entraide "Prospect" et des conférences-débats.

La délégation assure la Représentation des Usagers (pour patients et familles) dans les instances sanitaires et médico-sociales publiques et privées, régionales et départementales et la promotion et le soutien à la création de structures d'accompagnement et de logement pour les personnes malades et/ou reconnues handicapées psychiques.

L'UNAFAM 74 développe actuellement le « Programme Prospect » : des ateliers d'entraide pour toute personne qui se sent concernée et touchée par la maladie mentale et les troubles psychiques d'un proche. Dix modules dont les objectifs sont de pouvoir prendre du recul par rapport à l'incidence de la maladie sur sa vie, d'identifier des stratégies pour faire face dans la durée à la maladie psychique d'un proche, développer un réseau soutenant et développer confiance et estime de soi ; « *c'est un travail d'intériorité, d'incitation à se centrer sur soi alors que tout dans le processus psychotique invite à se centrer sur l'autre, à être fasciné, capté par lui (Guy Oslow)* ». ⁹⁷

En 2018, l'action de l'UNAFAM sur le département s'est notamment traduite par :

- 76 accueils physiques, 20 accueils téléphoniques auxquels il faut ajouter les nombreux suivis, mails, courriers ou téléphones faisant suite à ces rencontres
- De l'accueil des familles (7 groupes de parole, 3 ateliers Prospect, des soirées convivialités « 7 à 9 »)
- La défense des droits des usagers dans les diverses Instances existantes : Commission Départementale des Soins Psychiatriques, Commissions des Usagers (EPSM, CHANGE d'Annecy, Clinique des Vallées, Parassy et Régina), Conseils de Surveillance (CHANGE, EPSM, HDL), MDU (EPSM, CHANGE, HDL, Clinique des Vallées, CSSM...)

⁹⁷ Rapport d'activité 2018 UNAFAM 74

- La [communication en vue de la déstigmatisation de la maladie psychique](#) : actions de sensibilisation à l'IFSI Thonon et Annemasse, au CHANGE (stagiaires soignants), EPSM de La Roche sur Foron (auprès des primo-arrivants toutes professions confondues), en entreprise (Vinci à Thonon), et au sein de la MFR à Annecy ; animation de conférences ; participation à la SISM 2018 ; rencontres avec des élus.
- Organisation de [4 conférences « Trans'faire »](#) (animées par un médecin psychiatre responsable du Centre de réhabilitation psycho-sociale de l'hôpital des Glières) à destination des aidants familiaux et visant notamment à vulgariser certains concepts et notions (les états limites ou borderline, les troubles anxieux, les schizophrénies).
- Organisation d'une [conférence animée par le Dr REY](#) (CH le Vinatier – Lyon) portant sur le programme « BREF » mis en place dans cet Etablissement sur la psychoéducation et le rôle des familles en vue d'une alliance thérapeutique efficiente (médecins et soignants / familles de patients et patients). Programme que l'UNAFAM soutient et souhaiterait voir mis en place en Haute-Savoie.
- Des [partenariats avec les acteurs du sanitaire et du médico-social](#).

L'UNAFAM 74 en 2018 c'est aussi : 234 adhérents, 29 bénévoles, 1 Chargée de Coordination et de Développement, 4 150 heures de bénévolat, 44 000 kms parcourus.

[A noter](#) : le développement en cours d'un Programme « Premiers secours en santé mentale » (« Mental Health First Aid ») porté par l'association PSSM France (regroupant l'INFIPP, Santé mentale France et l'UNAFAM). Il s'agit d'un programme standardisé, visant à former la population générale pour être en mesure d'intervenir avec aisance et de façon proactive devant toute situation nécessitant des secours en santé mentale.

L'organisation d'une conférence en novembre 2019 intitulée : "[Les Invités au Festin, une expérience innovante de psychiatrie humaniste et citoyenne](#)" animée par la psychiatre/fondatrice des Invités au Festin, association créée en 1990 à Besançon qui a pour but de lutter contre la solitude et l'exclusion des personnes souffrant de difficultés psychologiques et/ou sociales en proposant notamment des espaces d'accueil et de vie entre des personnes dites intégrées et des personnes ayant des difficultés de relation : « *Tracer le chemin manquant entre la psychiatrie, le social et la société, en recréant un pont entre les personnes fragiles psychologiquement et la communauté des citoyens* ».

[B. L'Union Départementale des Familles \(UDAF 74\)](#)

L'UDAF 74 est agréée en qualité d'association : de défense des consommateurs, de représentant des usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique, éducative complémentaire de l'enseignement public, en ingénierie sociale, financière et technique pour le logement. L'UDAF a pour mission de :

- Donner son avis aux pouvoirs publics et proposer des mesures conformes aux intérêts matériels et moraux des familles
- Représenter officiellement l'ensemble des familles
- Gérer tout service d'intérêt familial confié par l'Etat
- Exercer devant toutes les juridictions

Dans le cadre de son service d'accompagnement budgétaire et social, l'UDAF gère les mesures suivantes : MJAGBF (Mesure Judiciaire d'Aide à la Gestion du Budget Familial), MAJ (Mesure d'Accompagnement Judiciaire), MASP (Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé) et AEB (Accompagnement Educatif Budgétaire).

C. Les Maisons des Usagers

Les « Maison des usagers » sont des lieux d'accueil, d'échanges, d'écoute, d'expression et d'information pour les usagers et les associations. Ce type de dispositif permet de donner un contenu concret à la notion de démocratie sanitaire développée dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les Maisons des Usagers répondent aux préoccupations de tous en matière d'information sur la santé. Elles sont ouvertes à toutes les demandes : de la simple envie de savoir, à la question clairement formulée, en passant par le besoin encore mal identifié. En Haute Savoie, plusieurs Maisons des Usagers ont été créés. Toutes n'ont pas été recensées ici mais notons notamment celles du SSR de la MGEN (Evian), du CHANGE (qui couvre les deux sites : Saint Julien et Annecy), des HDL, de la Clinique des Vallées, de l'EPSM (qui a développé un projet des usagers au sein de son projet d'établissement 2017-2021).

D. Les dispositifs de répit et d'accompagnement

- L'APEI de Thonon et du Chablais propose une [Plateforme de Répit et d'Accompagnement aux Aidants de Personnes avec Autisme ou Troubles Envahissants du Développement](#) (PR2A 74). Plusieurs antennes sont ouvertes :
 - Antenne de la Vallée de l'Arve : AFPEI du pays Rochois
 - APEI du Mont-Blanc
 - Antenne du bassin Annecien : AAPEI-EPANOU Annecy
 - Antenne du Chablais : APEI Thonon et du Chablais
 - Antenne du Genevois : « Nous aussi » Vétraz-Monthoux
- La Fondation VSHA propose une [Plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants d'un proche âgé à domicile atteint de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées](#). La plateforme est adossée au Centre de gériatrie Le Val d'Arve.
- Le CIAS du Grand Annecy propose une [Plateforme d'Accompagnement et de Répit « La Parenthèse d'Aloïs »](#) destinée aux aidants (aux familles) d'un proche atteint d'une maladie neurodégénérative (Alzheimer, Sclérose en plaque, Parkinson) résidant sur tout le territoire du Grand Annecy.
- L'[Association Graine d'Amis](#) (Seyssel), créée en 2014 avec le soutien de la MSA Alpes du Nord et du Département, est dédiée aux aidants familiaux. Elle organise à Frangy et à Seyssel, des groupes de paroles et d'échanges, des cafés rencontres, ainsi que diverses actions (ateliers, rencontres, conférences) ouvertes aux non adhérents.
- L'[Association Mont-Blanc Oxygène \(MBO₂\)](#), créée en 2014 et historiquement soutenue par le notariat (CRPCEN, CSN, CPRN) organise un dispositif de répit, non médicalisé, destiné à accueillir les proches aidants et les personnes en perte d'autonomie, en particulier due à une maladie invalidante telle que la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, dans le cadre de courts séjours. Depuis janvier 2018, la [Maison de Répit "Les Grands Monts"](#) à Megève dispose d'une autorisation de fonctionnement de 5 ans, au titre de dispositif de répit à caractère expérimental.⁹⁸

⁹⁸ http://www.mbo2.fr/qui_sommes_nous/association

IX. ACTEURS ET DISPOSITIFS DE LA COORDINATION ET DE L'ARTICULATION ENTRE SANITAIRE ET MEDICOSOCIAL

A. Le Dispositif d'Orientation Permanent (DOP) de la MDPH

Le département de la Haute Savoie, avec l'ensemble des acteurs du territoire, s'est engagé depuis le 1er janvier 2017 dans la démarche de la « Réponse Accompagnée Pour Tous », en tant que département pionnier de la seconde vague de déploiement.

Lorsqu'une orientation notifiée par la CDAPH ne peut être mise en œuvre immédiatement, une réponse alternative est formalisée dans un Plan d'Accompagnement Global. Il peut s'agir d'une réponse partielle ou totale ou encore de l'ajout d'une ou plusieurs réponse(s) au regard de l'offre disponible sur le territoire. L'ensemble des partenaires se mobilisant afin d'apporter une solution qui réponde autant que de possible aux besoins et attentes de la personne et prévienne les risques de rupture dans l'accompagnement.

Le dispositif RAPT est aujourd'hui opérationnel sur le département :

- Il rend possible les doubles orientations de la MDPH
- Permet de développer des partenariats dans une logique d'accompagnement souple, diversifié et de proximité.
- Demande aux services et établissements de raisonner davantage en termes de « réponses » qu'en termes de places : ce qui permet progressivement aux établissements et services de faire évoluer leurs modalités de fonctionnement, leurs pratiques d'admission et d'accompagnement.
- S'articule avec l'application de la nomenclature des établissements et services sociaux et médico sociaux.

Depuis mars 2018, la cellule interne du [Dispositif d'Orientation Permanent](#) créée au sein de la MDPH avec les membres de l'EP enfants et adultes, a étudié [52 situations signalées](#) principalement par les ESMS et le PPE dont [19 ont été admises sur le DOP](#). Concernant le profil des 19 personnes admises sur le DOP :

- Il s'agit quasi exclusivement de mineurs (15 sur 19)
- De garçons (17 garçons pour 2 filles)
- Les ESMS sont principalement à l'origine de ces demandes de PAG.

Sur les 52 situations signalées depuis janvier 2018, 73,08 % présentent un handicap psychique, 13,46 % présentent des troubles du comportement, 3,85 % présentent un handicap mental, 5,77 % présentent un handicap moteur et 3,85 % sont polyhandicapés.

Dans son rapport d'activité 2018, la MDPH mentionne que « *l'absence de place en ESMS ou la situation sociale des personnes ne sont pas à l'origine de ces admissions. C'est bien la complexité des réponses à apporter et l'absence de réponse adaptée en lien avec le handicap qui caractérisent ces situations.* »

Renforcer et fédérer les espaces de concertation pluridisciplinaire fait partie des pistes de travail identifiées dans le cadre du futur PTSM

B. Les Pôles de compétences de prestations externalisées (PCPE)

Les PCPE visent à concevoir et organiser une réponse transitoire pour des personnes en situation de handicap ne trouvant pas de réponse (partielle ou totale) adaptée à leurs besoins dans l'offre de services existante. Le PCPE s'inscrit dans le cadre du RAPT. Les PCPE constituent des effecteurs des MDPH en ce qu'ils sont à même de **prévenir la dégradation d'une situation** en intervenant notamment auprès des personnes sur liste d'attente, en devenant les correspondants de pôles régionaux d'expertise de niveau 3 permettant ainsi aux équipes pluridisciplinaires de disposer d'un diagnostic complexe et différentiel et comme viviers de coordonnateurs de parcours. Ils sont également à même de constituer une ressource pour le suivi de plans d'accompagnement global.⁹⁹

En Haute Savoie, 4 PCPE¹⁰⁰ ont été labellisés par l'ARS en 2017-2018 et maillent aujourd'hui le territoire. Un projet était en cours d'examen (TSA Adultes) lors de l'état des lieux effectué dans le cadre de la rédaction du Schéma de l'autonomie.

- **Association PEP Savoie Mont Blanc** : à destination des enfants et adolescents en attente d'un SESSAD, ainsi que des familles et aidants des jeunes en situation de handicap suivis par l'association.
- **Association Championnet** : destiné aux enfants et jeunes adultes de 0 à 25 ans, présentant des troubles de la conduite et du comportement, ainsi que les familles et aidants.
- **Fondation OVE** : à destination des enfants et adolescents présentant des troubles de la conduite et du comportement et/ou une déficience intellectuelle.
- **Association OVA France** : destiné aux enfants et adolescents présentant des troubles du spectre autistique.

Une étude du CREAI Auvergne Rhône Alpes¹⁰¹ met en avant les **bénéfices générés par la création des PCPE** dans la coordination des parcours et ce, malgré des modalités d'action et des durées d'accompagnement très hétérogènes au sein des 10 PCPE de la Région investigués :

- La **présence d'un coordinateur de parcours** qui « *facilite beaucoup de choses et offre un impact très concret pour les personnes en situation complexe, qu'elles soient ou non en situation de handicap* ».
- Des prestations **réactives, souples et personnalisées** qui permettent notamment de répondre à certaines situations d'urgence en intervenant dans des délais courts (15 jours).
- Le **soutien proposé par le PCPE aux aidants et familles** qui offre une réassurance des parents dans leur fonction parentale et permet ainsi de leur donner des clés de compréhension du secteur médico-social (qui manque de lisibilité) et de réduire leur isolement.

C. Le Réseau Handicap Psychique (RéHPsy)

Le RéHPsy a été créé en 2002 dans l'Isère et en 2009 dans la Drôme. Il fédère depuis 2012, au sein d'un Groupement de Coopération sociale et Médico-Sociale (GCSMS) de droit public, des structures sanitaires, médico-sociales et sociales ainsi que des Groupes d'Entraide Mutuelle, une association de familles (UNAFAM), des Collectivités territoriales, les MDPH et des professionnels de santé libéraux des départements de l'Isère, de la Drôme, de la Savoie et de la Haute-Savoie. Le dispositif du RéHPsy est financé par l'ARS, est

⁹⁹ Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale en Haute Savoie, Volet personnes en situation de handicap, p.7

¹⁰⁰ Schéma de l'autonomie, p.64

¹⁰¹ Premiers retours d'expériences concernant les PCPE en région Auvergne Rhône Alpes, Analyse qualitative auprès d'un échantillon de PCPE, CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, Août 2018

administrativement porté par le Centre Hospitalier Alpes Isère, et s'inscrit dans le courant du rétablissement, de la réhabilitation psychosociale et du *case management*. Ses objectifs :

- Coordonner les parcours de santé des personnes en situation de handicap psychique et faciliter leur rétablissement, en apportant l'expertise de ses membres, en favorisant l'accès aux soins et coordonnant les différents intervenants et en élaborant des projets individualisés d'insertion sociale et/ou professionnelle.
- Identifier les besoins non couverts et demander leur prise en compte par les pouvoirs publics.
- Contribuer à la déstigmatisation et à une meilleure connaissance du handicap psychique.

Le RéHPSy s'adresse à toute personne adulte rencontrant des difficultés du fait de troubles psychiques (troubles bipolaires, schizophrénie, troubles de la personnalité, troubles anxieux invalidant, comorbidité addictive, trouble du spectre autistique sans déficience intellectuelle...). Il s'adresse également aux aidants familiaux et aux professionnels institutionnels et libéraux. La prise en charge par le RéHPSy ne nécessite ni RQTH, ni notification de la MDA ou MDPH.

Le RéHPSy est implanté en Haute Savoie ; ses locaux se situent à ce jour à la Roche sur Foron dans les locaux du Centre de Réhabilitation psychosociale avec lequel il entretient un lien étroit, de par la proximité géographique et l'histoire croisée de la création de ces deux dispositifs.

Le RéHPSy Haute-Savoie s'organise autour de modalités de fonctionnement spécifiques :

- De postes dédiés : un [poste de « casemanager »](#) (0.50 ETP) et de neuropsychologue (0.10 ETP) qui permettent de proposer un accompagnement au patient, en concertation avec les personnes qui aident, soutiennent et accompagnent déjà celui-ci.
- Une [Equipe Spécialisée d'Evaluation du Handicap Psychique \(ESEHP\)](#) dont les membres (médecins, travailleurs sociaux, paramédicaux...) viennent de structures membres du GCSMS RéHPSy (signataires de la Charte du RéHPSy) et travaillent au sein de structures d'accueil, services d'accompagnement, d'ESAT...

« Le case management répond à la nécessité d'une approche globale de la personne soignée. Pour les intervenants, le case management permet le renforcement des compétences professionnelles afin d'apprécier, selon une approche évaluative, le niveau d'intervention requis auprès de l'utilisateur et les ressources à mobiliser et à coordonner afin d'obtenir les services. Cela implique la participation active de la personne et de son entourage, à tous les niveaux d'intervention. »¹⁰²

Concrètement, l'ESEHP se réunit trimestriellement au sein d'un [CoTech RéHPSy](#). Ces réunions permettent, à toute structure demandeuse (adhérente ou non) de présenter une situation (préalablement proposée au RéHPSy par le biais d'une fiche standard et anonymisée par la casemanager) qui nécessite un regard croisé sanitaire, social et médicosocial. Le professionnel peut s'adresser au RéHPSy suite une hospitalisation de l'utilisateur accompagné, suite à un 1^{er} épisode psychotique ou à une rupture dans son parcours professionnel...

Le cadre de ces réunions doit permettre à l'ESEHP de proposer son appui dans la mise en place du projet de la personne et aux professionnels d'envisager collectivement des pistes d'accompagnement concrètes. Les demandes d'appui des équipes n'aboutissent pas nécessairement à une réunion du CoTech ; elles peuvent parfois « seulement » nécessiter un éclairage.

¹⁰² *Petitqueux-Glaser Cécile, Acef Saïd, Mottaghi Mohsen, « Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ? », Vie sociale, 2010/1 (N° 1), p. 109-128 ; <https://doi.org/10.3917/vsoc.101.0109>*

Les participants réguliers de l'ESEHP de Haute Savoie sont : CHANGE, EPSM de la Vallée de l'Arve, HDL, Clinique des vallées, Association GAIA, Espoir 74, MESSIDOR, UNAFAM, SAVS « Nous aussi Cluses », COGNACQ JAY, Centre Ariès, Centre Ressources Cérébraux-lésés, SAMSAH le Fil d'Ariane, APEI Chablais, Foyer du Léman, Cap Emploi/Agir H.

Le RéHPsy s'adresse à un public adulte mais il peut lui arriver d'être sollicité pour des situations d'adolescents (notamment pris en charge par l'ASE) pour travailler à une sécurisation des transitions entre les dispositifs enfants et les dispositifs de prise en charge adultes. Dans cette même optique la Maison des Adolescents « Rouge Cargo » a rejoint le COTECH en 2019. En novembre 2018, les membres du CoTech s'interrogeaient : « La présentation d'une situation par l'ASE a soulevé un questionnement sur la place du RéHPsy dans l'accompagnement de ce passage en psychiatrie adulte. Dans la mesure où ce ne sont pas les missions premières du RéHPsy, et qu'un tel accompagnement demande un investissement particulier, en temps et en compétences, le RéHPsy ne pourra pas répondre favorablement à toutes les demandes de ce genre. Il est donc indispensable de mettre en place des temps de réflexion sur l'articulation possible entre les différentes structures pour fluidifier le passage en psychiatrie adulte pour les jeunes majeurs »¹⁰³.

En août 2019 un accompagnement est proposé à 15 personnes (4 situations sont en attente d'être présentées et 2 en attente de rdv) ; une augmentation des demandes est repérée sur l'année 2019.

D. Les MAIA et les gestionnaires de cas

Le dispositif gérontologique MAIA (Méthodes d'Action et d'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) permet d'apporter une réponse harmonisée, complète et adaptée à chaque situation (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations). En Haute-Savoie, les dispositifs MAIA sont portés par le Département, chef de file de l'action sociale, en partenariat avec les Centres Hospitaliers. Ils sont intégrés aux pôles gérontologiques des différents territoires.

- **Dispositif interface MAIA du Bassin Annécien**, intégré au Pôle gérontologique du Bassin Annécien sur le territoire de la filière du CHANGE.
- **Dispositif MAIA du Chablais**, intégré au Pôle gérontologique du Chablais sur le territoire de la filière des Hôpitaux du Léman
- **Dispositif MAIA Alpes Léman**, intégré au Pôle Gérontologique du Genevois sur le territoire de la filière du CHAL
- **Dispositif MAIA Mont-Blanc**, intégré au Pôle Gérontologique Arve - Faucigny - Mont-Blanc sur le territoire de la filière des HPMB

Chaque dispositif est composé d'un pilote, de gestionnaire de cas, d'un secrétariat et dispose également d'un temps médical et de conseil technique. Tout professionnel en relation avec une personne âgée répondant aux critères de saisine peut saisir ce dispositif.

Les gestionnaires de cas sont des professionnels formés pour accompagner de façon soutenue les personnes âgées en perte d'autonomie. Leur action est dédiée à la coordination des interventions adaptées aux besoins des personnes en situation complexe. L'accompagnement d'une situation par le gestionnaire de cas n'a pas vocation à s'inscrire sur le long terme. Dans le cadre de l'APA, le travailleur médico-social du pôle gérontologique reste le référent de la situation avant et après l'intervention du gestionnaire de cas.

¹⁰³ Compte rendu CoTech RéHPsy, Novembre 2018

E. Le Réseau ACCCES

Depuis 2017, pour prendre en compte et répondre à des préconisations nationales visant à harmoniser le fonctionnement des réseaux de santé sur l'ensemble du territoire français et élargir les champs de compétence avec des réseaux pluri-thématiques, [3 réseaux de Haute Savoie se sont regroupés](#) pour devenir le réseau ACCCES (Réseau de Soins Palliatifs A Domicile du Faucigny pour des personnes en fin de vie, Réseau 3 Lacs et montagnes pour des patients diabétiques de type 2, Réseau Oncoleman pour des patients cancéreux).

Dans un contexte de pénuries des équipes du premier recours et de précarisation des patients, le Réseau ACCCES s'adresse à des patients atteints de pathologies chroniques en situation de complexité ou de fragilité et à l'ensemble des professionnels confrontés à des [situations complexes](#) de maintien à domicile sur le secteur de la Haute-Savoie, du sud de l'Ain et quelques communes de la Savoie.

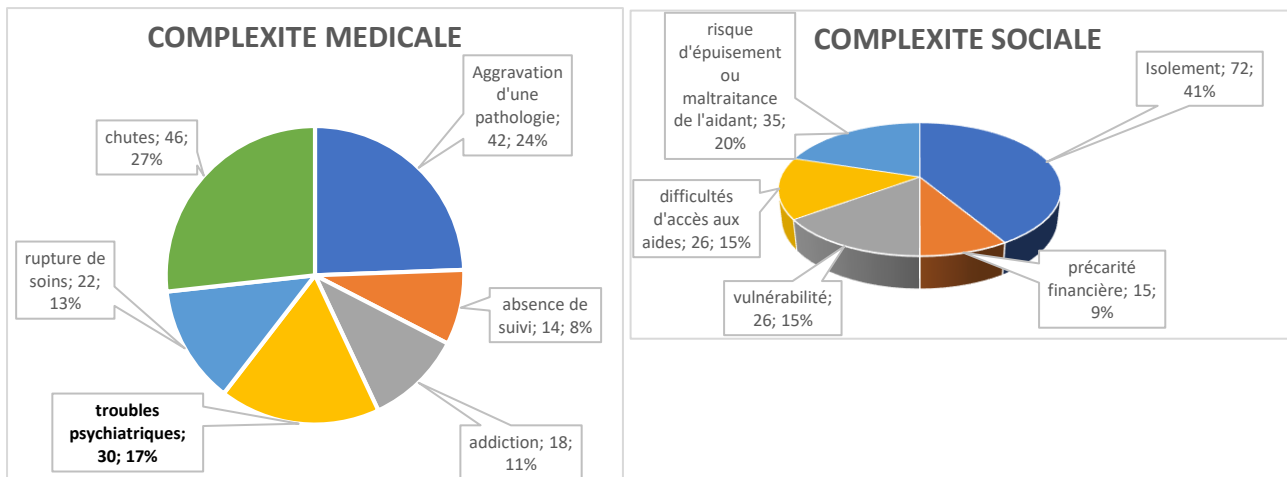
Dans le cadre de sa [mission d'appui aux professionnels de premier recours](#), le Réseau ACCCES a construit avec le Centre 15 un projet de signalement et de prises en charge de situations médico-sociales complexes ne relevant pas de l'urgence. Concrètement, lorsqu'un appel reçu au Centre 15 correspond à des critères de complexité et/ou besoin de coordination ne relevant pas de l'urgence, le médecin régulateur (ou l'assistant de régulation médicale) transmet au réseau ACCCES, le lendemain de l'appel (et avec l'accord du patient) une fiche de renseignement permettant aux coordinatrices d'appui de recontacter la personne afin d'identifier le niveau d'intervention nécessaire :

- [Niveau 1](#) : information et réorientation
- [Niveau 2](#) : appel du médecin traitant pour un complément d'information et proposition de préconisations
- [Niveau 3](#) : nécessité d'une évaluation à domicile avec orientation sur un dispositif d'évaluation ou de coordination sur le territoire (PASS, SSIAD, HAD, Pôles gériatriques, MDPH, Plateforme Prévention Chutes, Equipe mobile de gériatrie, Réseau EM3R, Réseau ACCCES...).

Un lien est fait avec le médecin traitant (lorsqu'il existe) et les difficultés des personnes signalées sont évaluées avec les outils produits par la Haute Autorité de Santé dans le cadre du repérage de la fragilité et/ou de la mise en œuvre des programmes PAERPA.

Même si la présence d'une maladie psychiatrique ou de troubles psychiques n'est pas la porte d'entrée dans le dispositif, les situations accompagnées peuvent présenter de nombreuses difficultés en lien avec les problématiques de santé mentale, notamment dans leurs composantes sociales (isolement géographique, précarité, marginalisation, difficulté d'accès aux droits...) qui peuvent générer une souffrance des patients, des familles et des équipes. [En 2018, 172 situations ont été identifiées, dont 30 \(soit 17 %\) pour lesquelles la complexité médicale renvoyait à la présence de troubles psychiatriques¹⁰⁴.](#)

¹⁰⁴ Rapport d'Activité 2018 – ACCCES - Expérimentation Projet Centre 15



En intervenant auprès des professionnels qui s'occupent des patients pour renforcer l'efficacité dans leur parcours de santé le Réseau ACCES facilite les échanges et la coordination entre les professionnels de l'ambulatoire et des établissements de santé et médico-sociaux.

La diminution des appels et des hospitalisations reste plus délicate dans le cadre des signalements relevant de pathologies psychiatriques notamment en l'absence d'adhésion du patient. Néanmoins, l'évaluation de la première année d'expérimentation du Projet ACCES / Centre 15 a montré qu'il était possible de réintégrer des patients dans un parcours de santé (notamment en identifiant certaines personnes inconnues des services sociaux, médico-sociaux ou sanitaires) et de prévenir les hospitalisations itératives, pas toujours indispensables.

F. Le Réseau INTERMED

Le Réseau INTERMED est un dispositif de médiation et coordination santé en foyers et résidences sociales ADOMA qui a pour mission de sensibiliser, mobiliser et mettre en réseau des acteurs des champs sanitaire, médico-social et social. Intermed intervient sur les sites ADOMA du bassin Annécien (4 résidences ADOMA à Annecy, 1 à Seynod, 2 à Cran-Gevrier, soit 632 résidents en 2016).

Il s'adresse aux résidents les plus vulnérables (personnes très isolées qui du fait de leur âge, ou de problèmes psychosociaux et médicaux complexes ont été perdues de vue et sont dans l'incapacité d'un accès autonome aux services de droit commun.

Son objectif principal est de contribuer à l'accès à la santé et aux soins par :

- Une approche globale des situations dans leur complexité,
- Un accompagnement de proximité,
- Un travail en réseau,
- Une veille attentive favorisant les prises de relais,
- Une implication au sein des instances inter-partenariales.

Le Réseau peut être sollicité par la personne elle-même, son voisinage, le responsable de résidence ou l'ouvrier de maintenance, son médecin traitant et/ou tout praticien, son référent social et tout professionnel préoccupé par la situation.

Des conventions sont signées avec Convention signée avec le CH Annecy Genevois pour la mise à disposition d'une infirmière (2011) et la mise à disposition d'une infirmière en pension de famille (2015), avec le service d'aides à domicile du CIAS pour la mise en place d'un projet d'intervention à domicile auprès des résidents Adoma vieillissant en situation de crise durable (2014) et avec ADOMA pour des interventions auprès de demandeurs d'asile et de réfugiés statutaires (2017).

G. Des exemples d'initiatives locales de coordination

1. Les plateformes territoriales SAMSAH / SAVS

Créés en 2008 à l'initiative des SAVS de la Vallée de l'Arve, les plateformes d'accompagnement SAVS/SAMSAH réunissent trimestriellement des professionnels des SAMSAH, de SAVS et la MDPH. Aujourd'hui actives au sein de la Vallée de l'Arve (Sallanches), sur le Genevois (Annemasse) et à Annecy, ces plateformes continuent de reposer sur leurs objectifs initiaux tout en s'adaptant aux nouvelles dispositions législatives et réglementaires. Ainsi, les plateformes permettent de :

- Bénéficier de relais lorsqu'un service se trouve « à bout de souffle » avec un usager.
- Concevoir des collaborations et des modalités de soutien et d'accompagnement croisées, afin d'optimiser les compétences des différents services et les mobiliser pour l'accompagnement des situations complexes.
- Suivre les évolutions et les spécificités des services (public accompagné, public orienté, nombre de places, composition de l'équipe, compétences et savoir-faire, périmètre géographique...) et échanger de manière concertée sur les évolutions des secteurs.
- Mutualiser les moyens et les ressources des différents services (services de transport, analyse de pratique, formations collectives...).
- Mutualiser les permanences sur les zones excentrées (notamment Chamonix) afin de faire vivre les services sur l'intégralité du territoire tout en restant vigilants quant au respect des zones correspondants aux autorisations.

2. L'expérimentation des CTLA

Dans l'objectif de structurer les liens entre les partenaires, dont les professionnels libéraux, pour les patients ayant un parcours complexe, le Réseau ACCCES et l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) du Centre Hospitalier d'Annecy Genevois expérimentent un projet de [Cellule Territoriale de Liaison et d'Appui \(CTLA\)](#).¹⁰⁵

Sur le secteur d'Annecy, depuis octobre 2016, différentes structures se réunissent, une fois tous les 15 jours, [autour de situations d'accompagnement concrètes](#), afin de proposer la prise en charge la plus adaptée de manière concertée. La Communauté de Commune de St Julien en Genevois organisait, tous les 2 mois depuis juin 2015, des réunions qui présentaient les mêmes objectifs (le Réseau ACCCES a depuis pris le relai de la coordination de ces rencontres). Cette expérience s'étend aujourd'hui sur le territoire de Thonon.

¹⁰⁵ Contribution Réseau ACCCES, Projet CTLA

3. Les réunions partenaires

Sur le territoire, des « réunions partenaires » sont organisées 2 fois par an et permettent aux acteurs d'un même bassin d'actualiser leurs connaissances sur les services et dispositifs existants et de mieux se connaître (dans un contexte de *turnover* fréquent) tout en travaillant autour d'une thématique préalablement identifiée.

Sur Annecy et la Vallée de l'Arve, c'est l'association Messidor qui organise ces réunions depuis leur démarrage ; dans le Chablais c'est Espoir 74 qui les coordonne. Concernant le Genevois les comités de partenaires étaient initialement portés par Espoir 74 mais au fur et à mesure du temps ils se confondaient avec les réunions de préparation de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale, d'où une reprise d'animation actuellement réfléchi par Messidor.

Depuis 2018 et le déploiement du dispositif emploi accompagné, Messidor anime également des temps de réunion plus spécifiques à ce service.

4. Le collectif Arve-Mont Blanc « Des clés pour communiquer »

Le collectif « Des clés pour communiquer » s'inscrit dans un travail de collaboration initié entre le service Accompagnement Vers et Dans le Logement Arve-Mont Blanc (AVDL AMB) et deux bailleurs (Halpades et Haute-Savoie Habitat) dans le but de « *faciliter l'accès et le maintien dans le logement des publics en souffrance psychique en favorisant la gestion de situations complexes* ».

Partant du constat que de nombreux acteurs se trouvaient en difficulté pour accompagner un public de plus en plus précarisé et en grande souffrance psychique, plusieurs partenaires se sont réunis ces dernières années (environ 4 rencontres par an) autour d'objectifs communs :

- Créer une cellule d'appui pour appréhender les problématiques spécifiques de la santé mentale dans le champ de l'hébergement et du logement (et limiter ainsi l'isolement des professionnels en alliant les différents domaines de compétences) ;
- Connaître la mission et les modalités d'intervention de l'ensemble des services du groupe de travail afin de créer un réseau de partenaires ;
- Créer une charte sur les droits et les devoirs de chacun au cœur du collectif.

Depuis sa création, le collectif a permis la rencontre de plus d'une trentaine de partenaires : service AVDL AMB, service AVDL Genevois, CCAS Bonneville, CCAS Cluses, CCAS la Roche sur Foron, PMS Bonneville, Résidences sociales AATES Cluses, Pensions de Famille Cluses et Saint Pierre en Faucigny, CHS Sallanches, CHRS Bonneville et Cluses, SAVS Cluses, Sallanches, la Roche sur Foron, Services de médiation santé de Bonneville, Antenne Mobile Précarité Bonneville, Halpades, Haute-Savoie Habitat.

A chaque rencontre, l'une des structures se présente plus en détails et les partenaires échangent sur leurs pratiques à partir de situations anonymisées.

3^E PARTIE : PROBLEMATIQUES DU TERRITOIRE

Cette partie synthétise les difficultés du territoire. Elle s'appuie sur les deux premières parties de ce document et met en lumière la parole des acteurs recueillie à travers les comptes rendus et les réponses au questionnaire.

La présentation des problématiques se décline selon les 10 éléments attendus d'un diagnostic territorial partagé selon le décret (Art. R. 3224-3) qui sont regroupés ainsi :

1. Accès au diagnostic, aux soins psychiatriques et permanence des soins (*regroupement des axes 1 et 9 de l'article R 3224-3 du décret*)
2. Prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique et organisation de la réponse à ces situations (*axe 8 de l'article R 3224-3 du décret*)
3. Accès aux accompagnements médico sociaux et sociaux (*regroupement des axes 2 et 5 de l'article R 3224-3 du décret*)
4. Continuité et 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 (*axe 4 de l'article R 3224-3 du décret*)
5. Accès aux soins somatiques (*axe 7 de l'article R 3224-3 du décret*)
6. Prévention et actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique (*axe 10 de l'article R 3224-3 du décret*)

L'accès au droit (axe 6) et les situations de défaut de prises en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes (axe 3) sont traités transversalement dans les 6 portes d'entrées.

Malgré une présentation par portes d'entrée, l'interdépendance et l'interpénétration des causes et des problématiques peuvent induire des redondances dans les énoncés.

FOCUS LA PROBLEMATIQUE DU RECRUTEMENT ET DU TURN OVER

Afin de limiter certaines répétitions, choix est fait de mentionner dès maintenant les problématiques transverses et centrales de recrutement et de turnover ; celles-ci pouvant impacter la majorité des axes présentés.

A l'instar du contexte national, la démographie médicale généraliste et spécialisée (psychiatres, pédopsychiatres et gériatro-psychiatres) est sinistrée, allant à l'inverse de l'évolution populationnelle et de la croissance de ses besoins.

Par ailleurs, les structures et établissements du département (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) sont confrontés à un phénomène important de rotation du personnel qui ne favorise pas l'équilibre des équipes, la continuité des accompagnements et des suivis. L'attrait d'une rémunération substantielle en Suisse, le coût élevé de la vie en Haute-Savoie, expliquent en partie ce turnover.

A toutes les échelles, des actions sont menées pour répondre aux enjeux d'accès à l'offre sanitaire et paramédicale :

- Soutien à l'installation de nouveaux praticiens sur le territoire haut savoyard
- Facilitation et soutien à la création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires
- Poursuite de l'attribution de bourses aux étudiants en médecine sur le territoire
- Stratégies de « séduction » des établissements et services en termes d'accueil, de formation et de fidélisation (allocations d'études, accueil en stage pour les services peu attractifs, accueil lors du premier entretien, traitement des candidatures de manière réactive, paiement des heures supplémentaires dans certains établissements etc...)
- Structuration d'un groupe stratégique dédié aux Ressources Humaines, coanimé par le Conseil Départemental et l'Agence Régionale de Santé.

Retenir les professionnels et limiter le « nomadisme professionnel » de ces derniers est un objectif partagé par l'ensemble des acteurs institutionnels et acteurs de terrain.

Cette problématique largement identifiée fait l'objet d'une piste de travail souhaitée par les acteurs dans le cadre du PTSM « *même si ce dernier n'est pas le seul outil à mobiliser pour apporter des mesures concrètes immédiates* ». ¹⁰⁶

¹⁰⁶ Compte rendu réunion CSSM - Travaux PTSM, 26 Juin 2019

I. ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

Certaines pratiques sont à l'œuvre sur le département et permettent de favoriser un repérage précoce des troubles psychiatriques pour empêcher ou retarder la survenue de la maladie, améliorer le pronostic fonctionnel ou faciliter l'accès aux soins.

L'appui des professionnels de la psychiatrie aux acteurs sociaux et médico-sociaux et l'appui de ces derniers aux acteurs de la psychiatrie pour la mise en œuvre de réponses d'accompagnements adaptées ne sont pas des dynamiques absentes du paysage haut-savoyard (on peut notamment citer l'équipe mobile psychosomatique mise en place dans les structures de l'APEI du Chablais avec mise à disposition de compétences psychiatriques hospitalières ou le partenariat étroit entre l'association GAIA et le CHANGE). A plusieurs reprises, les professionnels interrogés mentionnent le travail partenarial et en réseau existant qui permettent de trouver des réponses et de construire des solutions au cas par cas. Des formations se développent au sein des ESMS, des filières gérontologiques, pour accompagner les professionnels dans la compréhension des troubles psychiques et de leur manifestation.

Néanmoins, des problématiques importantes sont relevées quel que soit le public ciblé (de l'enfance à la personne âgée).

A. Un défaut d'accès aux soins spécialisés psychiatriques

- Faible densité de CMP et de CATTP ; dispositifs saturés et fragilisés par la pénurie médicale, ce qui ne permet plus d'avoir un accès rapide aux prises en charge.
- Problématiques de délais et de gradation : lorsque la réponse libérale est inexistante ou inaccessible financièrement, les indications (quelles que soient leur pertinence, gravité ou niveau d'urgence) sont orientées vers les structures publiques qui sont de ce fait engorgées (forts délais d'attente qui ne permettent plus à ces dispositifs de jouer leur rôle de 1^{er} accès aux soins spécialisés).
- Eloignement géographique de certains bassins de vie des lieux de prise en charge.
- Défaut d'interconnaissance des acteurs qui génère un mésusage des ressources.
- Limites de prises en charge financières des prestations de diagnostic et de soins psychiatriques.
- Absence et/ou réticence de demande de soins des publics les plus marginalisés qui rend difficile l'accès aux soins.
- Manque d'homogénéité dans les missions et compositions des équipes mobiles psychosociales du département pour les publics en situation de grande précarité et d'exclusion et absence de PASS Psy sur le département.
- Télémédecine encore sous-développée par rapport aux besoins et à la nécessité d'optimiser les ressources médicales du territoire.

B. Une majoration des difficultés pour les enfants et les adolescents

- Taux d'équipement en établissements et services pour enfants inférieurs aux moyennes régionales et nationales : les prises en charge IME/ITEP/SESSAD sont particulièrement difficiles à obtenir, ce qui ne favorise pas la relation de travail entre partenaires.
- Manque de pédopsychiatres libéraux et non remboursement des consultations des psychologues libéraux.

- Rôle ressource des CAMPS et des CMPP insuffisamment identifié.
- Plus que les troubles autistiques stricto sensu, pour lesquels des recours sont possibles (recours aux CAMSP, CESA à Bassens), problèmes de diagnostic repérés concernant les autres troubles neurodéveloppementaux.
- Coordination insuffisante avec les professionnels du premier recours notamment dans le repérage.
- Manque de formation des professionnels non spécialistes de santé mentale (Education Nationale, entourage, services de la petite enfance...)
- Faible repérage des problématiques psychiques chez les jeunes adultes qui « échappent » aux dispositifs classiques et accèdent souvent aux soins au moment de la crise.
- Rôle des familles dans le repérage insuffisamment soutenu et reconnu.
- Filière de soins pédopsychiatrique jugée comme insuffisante :
 - Problématique forte des mineurs hospitalisés en service de psychiatrie adulte qui demande à améliorer la coordination entre secteur adolescents et secteurs adultes et pose la question d'un dispositif spécifique pour les grands ados.
 - Manque de lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie (Service Intermed régulièrement saturé ne permettant pas la réalisation de sa mission d'accueil en urgence, fermeture du service d'hospitalisation du secteur Sud).
 - Manque de clarté dans les missions et les populations cibles des deux cliniques (Régina et Clinique des Vallées) qui accueillent les adolescents et manque d'articulation avec les structures d'amont et aval
- Saturation des capacités du secteur médico-social
- Manque de spécialisation des professionnels du soin psychiatrique lorsque les troubles surviennent dans un contexte de handicap, pluri handicap, polyhandicap (prise en charge spécifique en lien avec la déficience).

C. Des inadéquations dans les délais et des défauts de relais

- Embolisation des lits d'hospitalisation en psychiatrie générale (des durées moyennes d'hospitalisation élevées, des taux de patients au long cours élevés)
- Des hospitalisations inadéquates : qu'il s'agisse d'une absence de services pour intervenir à domicile en cas d'urgence, d'une hospitalisation d'un adolescent dans un service adulte lors d'une première crise, de l'absence de médecin référent pour un patient suivi en CMP, de rupture dans l'accompagnement ou d'absence de soutien à l'insertion sociale, de discrimination au travail : les situations inadéquates peuvent prendre des formes multiples.
- Pour les personnes présentant des conduites addictives, manque de relais auprès des médecins généralistes libéraux lorsque les patients sont stabilisés (nombre de relais limité par médecin qui sont déjà débordés).
- En gérontopsychiatrie :
 - Offre ambulatoire peu développée et peu structurée
 - Manque d'EHPAD à orientation handicap psychique

- Absence d'un parcours patient structuré avec des critères d'orientation clarifiés pour les résidents souffrant de troubles du comportement important (multiplicité et complexité des critères complexes : âge, troubles psychiatriques, maladies neurologiques, maladie d'Alzheimer, zones géographiques)
- Embolisation des dispositifs spécialisés temporaires (UHR Bonneville, Unité Psycho-gériatrique du CHANGE...) par manque de possibilité de sortie pour leurs patients.

D. Un manque de coordination structurée et de formations partagées

- Information insuffisante des médecins traitants (à l'issue d'une hospitalisation, complète, au cours d'un suivi psychiatrique assuré en ambulatoire) et une communication demandant une amélioration (par le biais d'une messagerie sécurisée notamment).
- Défaut de communication avec les autres professionnels de santé libéraux (pharmaciens d'officine, infirmiers libéraux) dans le cadre du suivi des patients.
- Forte demande de soutien des établissements sociaux et médico-sociaux et professionnels de l'ASE.
- Pour les personnes âgées, manque de consensus entre psychiatres, gériatres et neurologues, tant au niveau des définitions que de la coordination des prises en charge.
- Manque de formations des professionnels des EHPAD et des SAAD concernant les troubles psychiques et les pathologies psychiatriques.
- Présence d'équipes mobiles gériatriques qui demandent à être mieux connues, renforcées et pérennisées.



« (...) Plus le temps passe pour les enfants et plus les troubles s'installent durablement » (Psychologue en CMPI)

« Quand on suspecte un trouble autistique, c'est un véritable marathon pour les familles. Exemple d'un jeune dont je suspectais un trouble Asperger. Pour pouvoir faire une demande au Centre Ressource Autisme de Bassens, il faut un courrier d'un médecin psychiatre. Or le médecin psychiatre ne reconnaissait pas ce trouble. Il aura fallu 4 ans pour que ce jeune, devenu adulte, soit diagnostiqué. » (Médecin généraliste)

« Que leur problématique de santé mentale soit la cause ou la conséquence de leur situation de grande précarité (...) les SDF rencontrés lors des maraudes ne veulent souvent pas consulter » (Délégation 74 Ordre de Malte)

« Manque de connaissance en psychiatrie et donc manque de savoir-faire, voire de savoir être face à ces patients » (Responsable SSIAD)

« L'intervention d'un géronto-psychiatre en EHPAD permettrait d'évaluer un état, d'instaurer un traitement adapté, de conseiller et d'aider les équipes non formées à une prise en charge psychiatrique » (Cadre EHPAD)

« En dehors de l'équipe de psychiatrie de liaison de l'hôpital, je ne sais pas vers qui m'orienter, je manque d'information sur l'offre de psychiatrie sur le territoire (...) » (Médecin généraliste)

« Clivage trop important entre le secteur public (CMP et hôpitaux) et le privé (professionnels en Maison de Santé). Nous serions plus efficaces si nous parvenions à travailler tous ensemble et non pas chacun de notre côté (...) Dans notre MSP nous travaillons ensemble, psychologue et médecins, pour améliorer la prise en charge de nos patients souffrants de troubles psychiques. Ce qui nous aiderait serait sans doute de pouvoir échanger avec un médecin spécialiste pour nous accompagner dans la prise en charge de nos patients plus complexes (avoir un avis diagnostique, avis sur le traitement etc... (...)) avoir accès à des pédopsychiatres consultants. (Psychologue en MSP)

II. PREVENTION ET GESTION DE LA CRISE ET DE L'URGENCE

*« Une crise, se définit par : une impossibilité pour l'utilisateur d'être maintenu dans son lieu de vie habituel ;
Une souffrance de la personne et son environnement (famille et/ou équipe) ;
Un comportement incompatible avec un groupe ;
Une mise en danger de la personne ;
Un risque de « surcrise » en l'absence de réponse ;
De la fulgurance ;
Des délais, par le passage aux urgences, pour traiter la crise. »*

Définition partagée proposée par le groupe de travail de la Mission Santé Mentale 74 (Décembre 2018)

L'ensemble des travaux effectués sur le territoire précise la nécessité de différencier les notions de crise et d'urgence. En fonction de la structure de laquelle on dépend, du prisme que l'on a, et des outils dont on dispose, la crise et l'urgence sont appréhendées de manière différente. Les services d'urgences voient arriver tout type de situations qui ne sont pas forcément urgentes. En psychiatrie, toutes les maladies psychiatriques sont susceptibles de connaître des phases critiques qui peuvent amener à l'urgence ; la souffrance psychique aiguë est à différencier d'un moment de crise au décours d'une maladie psychiatrique chronique. Le secteur médico-social est fréquemment le « témoin » de l'arrivée de la crise et a un rôle central dans la détection de celle-ci, l'anticipation de l'urgence (et *in fine*, la diminution du recours aux urgences).

Certaines pratiques et certains dispositifs représentent des ressources unanimement repérées : citons par exemple l'intervention de l'Equipe Mobile de Géronto-Psychiatrie de l'EPSM en prévention des situations de crise sur certaines structures médico-sociales de la Vallée de l'Arve, la mise en place d'hospitalisations programmées pour des personnes en situation de handicap accompagnées au sein d'un foyer du Chablais grâce à une collaboration avec les psychiatres, la présence d'un psychiatre 24/24h au CHANGE ou encore celle d'un IDE référent santé mentale en lien avec le service des urgences pour une 1ère évaluation à Saint Julien en Genevois. A Sallanches, en psychiatrie de liaison, le rappel des patients à la suite d'une tentative de suicide est mis en place (dispositif Vigilans) : le psychologue ou l'infirmière recontacte la personne 3 jours, 3 semaines et 3 mois après sa sortie et accompagne la suite de sa prise en charge.

Des travaux menés dans le cadre de la MSM 74 et de la pratique quotidienne dans le département, ressortent néanmoins des manques, notamment pour la prise en charge des adolescents en crise du fait de la saturation des unités existantes à la Clinique Régina et la Clinique des Vallées, de la fermeture du service du CHANGE et de l'absence de recours en situation d'urgence.

Par ailleurs, l'accès au parcours de soins psychiatriques se fait majoritairement en situation de crise ; or, il n'existe pas de centre de crise à proprement parler dans le département. Le centre 15 et les services d'urgences des établissements MCO publics sont donc la porte d'entrée naturelle dans ce parcours avec un équipement très variable selon les sites.

A. Des problèmes d'optimisation du recours à l'urgence

- Absence de critères et de procédures lisibles pour coordonner les acteurs de l'intervention en urgence qui entraîne un détournement des missions d'urgence.
- Capacité limitée du Centre 15-SAMU à gérer les situations d'urgence psychiatrique ou psychosociale et à orienter de manière adéquate :
 - Manque de connaissances de la régulation 15 des dispositifs de permanence de soin psychiatriques.

- Difficulté à Annecy car même si un bilan somatique est effectué, passage obligatoire par les urgences du CHANGE (même en UPUP, l'admission directe reste exceptionnelle).
 - Augmentation des appels concernant des situations de violence intra familiale (parents « dépassés » et baisse de l'âge des enfants concernés. L'orientation se heurte parfois à l'impossibilité d'accueil par la Clinique des Vallées (Intermed) ou la Clinique Regina : les services de pédiatrie des hôpitaux publics sont alors le seul recours.
 - Beaucoup de structures d'accueil prescriptives pour le 15 (village du Fier, Les Apprentis d'Auteuil, ex. DEAT – CAR Marie Bochet...) ne parviennent plus à gérer une situation de crise de violence essentiellement.
 - Augmentation des appels au 15 (fréquemment en dernier recours) pour des problématiques de violence, de comportement de personnes âgées, au sein des établissements ou à domicile.
- Difficultés d'adressage en post urgence.
 - Défaut d'information sur les soins sans consentement : lors de l'appel au 15 par l'entourage d'une personne psychotique (délire, agitation, violence...) et si la famille ne connaît pas le parcours SPDT, très chronophage pour la régulation de préparer une hospitalisation sans consentement.
 - Manque de créneaux de consultation non programmés.
 - Adressage aux urgences des enfants et adolescents sans équipe en permettant l'accueil.
 - Manque de définition partagée des conditions d'une hospitalisation et de ce à quoi elle sert

B. Une difficile anticipation des situations de crises

- Des pratiques trop peu orientées vers l'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes (en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence).
- Absence de lisibilité du rôle de chaque professionnel de santé sur un territoire : qui fait quoi selon les bassins de vie ?
- Articulation insuffisante entre les dispositifs pour prévenir la crise : manque de clarté et de définition partagée par rapport aux rôles de chacun (médecin traitant, professionnels paramédicaux, structures de soins, ESMS...)
- Déploiement inégal des équipes mobiles psychosociales.
- Des situations de crise « évitables » faute de réponse précoce en ambulatoire.

C. Un manque d'outils partagés pour répondre aux situations de crise

- Sentiment d'isolement des intervenants sociaux et médico-sociaux dans la gestion de la crise : au sein des structures d'hébergement sociales ou médico-sociales (adultes, enfants, personnes âgées) face à certaines situations complexes et aux manifestations parfois « bruyantes » des problématiques psychiatriques ou psychiques.
- Manque de formation des équipes sociales et médico-sociales concernant les pathologies psychiatriques, et les actions à mettre en place face aux symptômes. Besoin important et demande forte de soutien exprimés par les professionnels sociaux et médico-sociaux.

- Manque d'outils partagés et communs pour savoir ce qui relève véritablement d'une crise, de ce qui la caractérise, du processus qui l'entraîne et d'informations sur « qui fait quoi en cas de crise »
- Représentation importante de patients/usagers sans domicile et hébergés dans les CHRS présentant des pathologies psychiatriques non suivies, non stabilisées avec des troubles importants du comportement.
- Disparités des modalités de réponse à la crise et à l'urgence sur le territoire selon les CMP et les moyens alloués : accueil, horaires d'ouverture, pas ou peu d'intervention sur l'accueil des urgences et de la crise.



« A l'initiative des représentantes des usagers, du point de vue de la famille comme d'un établissement médico-social en difficulté avec un résident, la question essentielle est l'entrée dans la crise et quelles ressources mobiliser, comment on accède à un dispositif de traitement de la crise ou comment éviter l'entrée en crise ? » (Groupe de Travail Mission Santé Mentale)

« Je ne sais pas comment est organisée la permanence des soins de psychiatrie, mon seul interlocuteur en cas d'urgence est l'hôpital avec l'équipe de psychiatrie de liaison via le service des urgences » (Médecin généraliste)

« Certaines institutions médico-sociales, type Foyer de vie ou FAM, se trouvent en difficulté dans la gestion de situations de violence (pour des raisons diverses, liées à la personne, à l'environnement collectif qui perturbe, à la formation des professionnels pas toujours suffisante, etc.) » - (Groupe de travail Mission Santé mentale 74)

« Les problèmes de violence (...) nous amènent à faire un lien étroit avec la nécessité d'une qualité d'écoute et d'attention envers le patient / résident / usager, de prise en compte singulière de chacun... Ce qui nécessite aussi des temps de soutien et réflexion des professionnels. » (Groupe de travail Mission Santé Mentale 74)

« Des situations singulières qui peuvent devenir 'intenable' » (Directrice de SESSAD)

« Absence de soutien des services de psychiatrie qui ne reconnaissent pas suffisamment les éléments d'observation fournis par les ESMS qui peuvent pourtant constituer une aide au diagnostic médical (...) Imaginaire que le social veut se décharger des situations sur le médical (et vice-versa) » (Directeur CHRS)

« Les patients sont trop souvent admis en situation de crise dans des services d'admission, incapables par manque de personnel de gérer des cas difficiles. Ces patients sont donc ensuite transférés de plus en plus souvent en urgence à l'USIP de la Roche sur Foron (Infirmier EPSM)

« Besoin de plus de temps, et de plus de prise en charge lors des temps de crises pour pallier l'hospitalisation en psychiatrie (...) Lorsque nous parvenons à voir les personnes tous les jours en UHCD à la suite de leur passage aux urgences et à mettre en place des soins rapides, nous parvenons souvent à éviter l'hospitalisation en psychiatrie (...) » (Psychologue EPSM)

« Le rêve serait : un Centre d'Accueil de Crise comme un SAS avec un accueil bicéphale psy/somatique, évidemment non sectorisé, pour temporiser les situations aiguës et bien orienter les patients (...) Il y a un vrai besoin d'équipe mobile éventuellement public/privé qui interviendrait en appui ou pour traiter des situations de crise (sur le modèle des EMSP ou EMG). C'est un vrai sujet de santé publique car ce sont les malades mentaux de demain en psy adultes. » (Entretien Chef du Samu-Centre 15 – MSM 74, 2.03.2017)

III. ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS MEDICO SOCIAUX ET SOCIAUX

« Le travail en réseau avec le champ social et médico-social est indispensable pour répondre aux besoins en santé mentale de la population de façon globale. On constate également (...) des ruptures dans la continuité du suivi psychiatrique et des difficultés d'accès aux soins dans des délais rapides (sans passer par les services d'urgence) pour les patients pris en charge dans les établissements médico-sociaux. Ces derniers rencontrent aussi des difficultés pour héberger des patients présentant des pathologies psychiatriques, du fait du manque de lits d'hébergement disponibles et de compétences des personnels dans le champ de la psychiatrie (...) ». ¹⁰⁷

A. Des contraintes liées à la réglementation des ESMS

- Manque de solutions modulées et modulables permettant le respect de la temporalité des personnes (paliers successifs permettant une progression, possibilité d'aller/retours au sein des dispositifs, hospitalisations séquentielles, étapes intermédiaires)
- Obstacles liés aux modes de catégorisation des ESSMS qui déterminent leur mode de financement.
- Lourdeur et complexité dans la constitution et le renouvellement du dossier MDPH et délais d'instruction des notification MDPH.
- Accompagnement insuffisant en matière de contenance et d'intensité (exemple de l'ouverture limitée à 202 jours / an pour les ITEP et IME).
- Manque de structures adaptées à un public de jeunes en situation de handicap moteur et/ou cognitifs avec des troubles psychiques associés.

B. Un accès particulièrement difficile au logement et/ou aux structures d'hébergement

- Difficulté d'avoir un parcours résidentiel sans rupture pour des personnes présentant un handicap psychique.
- Manque d'offre adaptée selon les territoires du département (dispositif de logement accompagné, logements sociaux, manque de places d'accueil médicalisé).
- Coût du logement en Haute Savoie.
- Frilosité des bailleurs sociaux ou privés vis-à-vis de personnes présentant des troubles psychiques.
- Inadaptation des structures collectives pour les personnes sans domicile stable souffrant de troubles psychiques (malgré la présence de structures d'accueil déjà existantes sur le territoire, ces personnes ont parfois des difficultés à pouvoir supporter les contraintes d'un collectif ce qui met en péril le maintien dans un hébergement (exclusion ou retour 'volontaire' à la rue).

C. Des freins liés aux modalités d'accompagnement et aux pratiques des ESMS

- Grande variété des critères d'admission en établissement.
- Méconnaissance, résistances, réticences des professionnels.

¹⁰⁷ Projet GHT Annecy-Genevois-Albanais

- Manque de formation, d'information et de compétences des personnels sociaux et médico-sociaux dans le champ de la psychiatrie.



« Délais de prise en charge par SAVS ou SAMSAH très longs, le patient doit être d'accord immédiatement sinon pas de prise en charge par le service (manque d'un travail d'entrée en relation progressive) » (Coordinatrice d'Appui ACCCES)

« Le niveau cognitif et de concentration demandé est trop important. La gestion du temps est difficile (les RDV par exemple), faire des choix provoque des angoisses importantes. L'accès à des logements indépendants doit être accompagné pour éviter l'isolement des personnes qui risque de renforcer leur pathologie (...) il faut que les personnes soient disponibles pour recevoir l'information. Elles ne le sont pas forcément quand il y a une programmation dans le temps » (Directeur Foyer de Vie)

« L'hôpital psychiatrique accueille des patients pour lesquels l'hospitalisation ne semble plus adéquate et faute de place dans des lieux adaptés. Idem pour des patients en gériatrie (...) L'hôpital, bien qu'indispensable dans certaines situations, est parfois utilisé à défaut d'autres solutions alternatives. » (Groupe de travail Mission Santé mentale 74)

« Les liens de confiance avec la MDPH sont essentiels pour un partenariat efficace au service des parcours des personnes » (Directeur ESMS)

« Les délais d'attente facilitent difficilement l'adhésion et la construction d'un projet (...) » (Cadre de santé Hôpital de jour)

IV. CONTINUITÉ ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE ET DES ACCOMPAGNEMENTS

Le site Internet des Agences Régionales de Santé résume les objectifs de l'approche du « parcours de soins » de la manière suivante : « *faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment et au meilleur coût* ». Michel LAFORCADE précise : « *Ce qui est vrai pour la santé en général l'est aussi pour la santé mentale* ».

Le développement spontané d'initiatives locales (réunions partenaires, plateformes territoriales, CTLA, Collectif Arve-Mont Blanc « Des clés pour communiquer » ...) et de pratiques instituées (dispositif d'orientation permanent, Dispositif intégré DITEP...) témoigne d'une volonté forte des acteurs d'adapter les modalités d'accueil et d'accompagnement en favorisant le partage, les échanges des nombreux partenaires pouvant se rejoindre sur des situations d'accompagnement.

Le déploiement de la RAPT et des différents chantiers connexes en cours (développement de SERAPHIN PH, PCPE, formalisation d'engagement contractuels dans les CPOM...) représentent des leviers essentiels pour limiter les ruptures de parcours, les mauvaises orientations. La nouvelle nomenclature des établissements et services sociaux et médico sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques vise également à lever certains obstacles à la continuité de l'accompagnement des personnes.

D'un point de vue législatif et réglementaire, deux décrets renforcent la nécessité d'assurer une continuité des soins entre les différents professionnels (santé, social, médico-social) intervenant auprès d'un patient. La mise en place d'une lettre de liaison remise au médecin traitant par le médecin de l'hôpital est prévue par le Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016. Le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 précise quant à lui les conditions et les modalités d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Néanmoins, la mise en œuvre d'une mobilisation conjointe et précoce des acteurs reste à ce jour freinée par différentes problématiques.

A. Un manque de lisibilité de l'offre et de communication entre les différents acteurs

- Modes de fonctionnement, métiers et enjeux différents qui nécessitent de prendre le temps de se connaître.
- Méconnaissance de la multiplicité des ressources entretenue par les fonctionnements cloisonnés entre sanitaire et médico-social, avec des référents ARS, CD74 différents et travaillant en « tuyaux d'orgue ».
- Manque d'outils communs ; absence de connaissance et/ou de partage de tous les outils facilitant le parcours des usagers.
- Absence récurrente de la psychiatrie dans les dispositifs de coordination sociaux ou médico-sociaux.
- Complexité des dispositifs et risque toujours présent de juxtaposer des espaces de coordination (risque de coordonner des coordonnateurs...).
- Identification limitée, voire absente d'un coordonnateur de parcours (ou de situation).
- Recours à la télémédecine trop peu usité.

B. Des points de rupture particulièrement sensibles

- Après 6 ans : Fin de prise en charge CAMSP, délai des notifications et listes d'attente des SESSAD.
- Adolescence : Défaut de structures spécifiques pour adolescents, difficulté pour accéder à un ESAT, risque accru concernant les « grands ados ».
- Personnes âgées : Manque d'offre en EPHAD et de lisibilité des critères d'admission ; difficile accès en EHPAD pour les personnes ayant des troubles psychiques du fait d'une crainte d'un manque d'étayage du sanitaire, d'un manque de formation ; problématique de l'admission en EHPAD pour les moins de 60 ans ; difficile passage du médico-social handicap vers EHPAD.

C. Un manque de sécurisation des sorties d'hospitalisation

- Méconnaissance respective et manque de coordination entre des structures médico-sociales et le secteur sanitaire
- Envoi non systématique d'un compte rendu en sortie d'hospitalisation pour les situations « à risque ».
- Parcours insuffisamment explicite pour les patients et leur entourage
- Problématique des « perdus de vue »



« Au sortir de l'hospitalisation le secteur sanitaire ne collabore pas suffisamment avec les différents acteurs du médico-social qui devraient amener à une réhabilitation du malade, qui lui-même n'est pas toujours en mesure d'exprimer ses craintes/blocages/peurs » (UNAFAM 74)

« Les sorties de l'hôpital ne sont pas négociées ni dans le temps ni dans leur pertinence » (Responsable de Pôle Médico-social).

« L'absence de lisibilité des ressources ne favorise pas la coordination des prises en charge. Il serait souhaitable d'imaginer la diffusion d'un annuaire sur les structures prenant en charge les troubles mentaux avec les coordonnées, que ce soit des professionnels libéraux ou publics, et avec le "niveau d'intervention" (pour une prise en charge urgente, un suivi...) » – (Médecin généraliste Chablais)

V. ACCES AUX SOINS SOMATIQUES

Malgré le recrutement de médecins somaticiens dans certains établissements psychiatriques, l'accès aux consultations spécialisées reste souvent complexe notamment pour les disciplines : dentiste, gynécologie, cardiologie, diabétologie, infectiologie et les moyens d'explorations (laboratoire, imagerie...) souvent sommaires.

La présence d'HANDICONSULT au CHANGE constitue un atout dans le département même si le handicap psychique n'est pas le recrutement principal de ce dispositif innovant. Pour le public précaire, l'accès aux soins somatiques demeure difficile, notamment pour les personnes accueillies en établissements sociaux.

A. Un manque de concertation et de coordination entre les différents acteurs

- Manque de communication et d'outils partagés entre les professionnels du 1^{er} recours et les professionnels de la psychiatrie
- Manque de familiarisation, voire de formation :
 - De certains médecins somaticiens concernant les troubles psychiques, leurs traitements, qui peut les faire hésiter devant des prises en charges longues et complexes.
 - De certains psychiatres concernant l'approche somatique qui peut rendre difficile le repérage de symptômes d'une affection somatique en raison même de la présence des troubles psychiques.
- Difficulté de la prise en charge des situations complexes qui est aggravée lorsque plusieurs professionnels de différents secteurs interviennent dans la prise en charge.
- Manque ou insuffisance de courriers et de comptes rendus rédigés par les psychiatres pour expliquer la prise en charge et le traitement des patients
- Absence de coordinateur de santé somatique au sein des CMP et/ou référent médical pas toujours identifié
- Absence de lisibilité des articulations, des responsabilités et des missions de chacun
- Absence de dossier médical partagé qui amène chacun à devoir reconstituer l'anamnèse et à garantir la transmission des informations utiles, lesquelles sont souvent relayées de façon tardive entre l'hôpital et le médecin prescripteur. Accès à l'information par la carte vitale jugé parfois inefficace. La définition du prescripteur des actes, des transports, des médicaments, etc. contribue à renforcer la difficulté d'accès aux soins somatiques et leur traitement pour des raisons directement inhérentes aux modalités de tarification (T2A, dotation globale, etc.)

B. L'éloignement des soins somatiques de certains publics

- Public en errance, en situation grande précarité ou non accompagné par un proche ou un service médico-social) : refus de soin et/ou difficile verbalisation par le patient de son problème somatique.
- Manque de Lits Halte Soins Santé et absence de lits d'accueil médicalisé en Haute-Savoie (les PASS, dépendantes des hôpitaux publics MCO, prennent en charge les publics en situation de précarité).
- Crainte des patients d'être stigmatisés par les professionnels.

- Hétérogénéité de l'organisation du secteur ambulatoire selon les lieux de vie ne favorisant pas l'accessibilité aux soins.
- Absence de médecins traitant pour certains patients ou absence de droits sociaux.

C. Une offre inégale en psychiatrie de liaison et des modalités d'accueil spécifiques variables en services MCO

- Difficultés de recrutement et de pérennisation de la psychiatrie d'urgence et de liaison sur le site de St Julien en Genevois (territoire Genevois Pays de Gex qui voit intervenir deux établissements spécialisés (Centre Psychothérapique de l'Ain et Etablissement Public de santé mentale de la Roche sur Foron) et des patients provenant de quatre secteurs de psychiatrie).
- Complexité pour les services MCO de démultiplier les circuits spécifiques (handicapés, personnes âgées, patients psychiatriques, gardés à vue, etc.).
- Absence de dossier médical partagé.



« En tant que généraliste, je rencontre des difficultés pour communiquer directement avec un psychiatre, pour avoir un avis sur les modifications thérapeutiques qui pourraient éviter une consultation » (Médecin généraliste Annecy)

« Les psychiatres ne font pas de courrier aux médecins généralistes pour expliquer la prise en charge et le traitement, les CMP non plus. Uniquement les comptes rendus d'hospitalisation » (Médecin généraliste Chablais)

« Suivi complexe et chronophage avec une morbidité souvent multiple » (Médecin généraliste Annecy)

« Angoisse du médecin face à un patient psychiatrique » (Médecin généraliste)

« En sortie d'hospitalisation, chacun travaille dans "sa bulle" sans se préoccuper réellement du suivi de la personne fragilisée ; c'est à elle de "demander" bien souvent, mais pour ça encore faut-il aller 'relativement' bien » (UNAFAM)

« Manque de suivi sécurisant, notamment pour les familles qui se sentent souvent livrées à elle-même » (Directrice SESSAD)

VI. PREVENTION ET ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION

Les parties précédentes de ce document ont permis d'identifier certaines initiatives mises en place par les acteurs qui témoignent d'une dynamique de renforcement et de promotion des droits. Qu'il s'agisse du CLSM d'Annemasse Agglomération, des GEM, des associations d'usagers, des actions d'aides aux aidants, des actions de promotion de la santé, toutes visent à placer les usagers et les aidants au cœur de la dynamique.

Le portage des SISM sur l'ensemble des bassins constitue un facteur d'amélioration de l'information sur la santé mentale auprès du grand public.

Le dispositif départemental reste malgré tout perfectible dans sa dimension collective et dans la place accordée aux personnes concernées et à leurs proches.

A. Une prise en compte limitée des déterminants sociaux

- Dynamique de promotion de la santé mentale insuffisante : manque de définition partagée de la santé mentale et manque de connaissance des ressources existantes.
- Développement des actions visant le renforcement des compétences psychosociales de la population à élargir.
- Déploiement non homogène de l'Education Thérapeutique du Patient et de la réhabilitation psychosociale.

B. Un manque d'information et une stigmatisation persistante

- Amalgame encore vif entre les notions de santé mentale, maladie mentale et psychiatrie.
- Méconnaissance, tabous, réticence à nommer explicitement les termes, communication négative des médias.
- Manque de sensibilisation des employeurs ou des acteurs de première ligne.
- Manque de visibilité des associations (usagers, famille) pouvant jouer un rôle de pairs aidants sur le département.

C. Un portage politique inégal des CLSM

- Méconnaissance des CLSM par les élus et acteurs locaux, manque d'intérêt, d'informations, de volonté partagée.
- Développement des CLSM reposant uniquement sur la dynamique des acteurs.

D. Une prise en compte trop faible des usagers et des aidants

- Manque de disposition spécifique (préparation, accompagnement) permettant leur mobilisation effective dans les instances qui les concernent.
- Non systématisation d'action d'aide aux aidants : accompagnement encore trop peu important des proches dans la compréhension des troubles de la personne malade.
- Déploiement encore timide des programmes d'Education Thérapeutique

- Sous-estimation du « *potentiel de transformation que recèle la parole des personnes vivant avec des troubles psychiques* »¹⁰⁸



« La stigmatisation liée au handicap psychique engendre de grandes difficultés d'accès à l'ensemble de ces domaines (emploi, logement, scolarisation, étude...) » (Assistante sociale EPSM)

« L'environnement ordinaire doit s'adapter aux personnes et non le contraire (...) » (Directeur Foyer de Vie)

« (...) "Mauvaise image" de la psychiatrie dans la société, défiance des parents vis à vis du soin psychiatrique, en particulier des médicaments. Tabou. De plus, sur le versant "psychiatrique" les parents se sentent potentiellement coupables ou responsables. Ils ont peur d'être jugés » (Psychologue SESSAD)

¹⁰⁸ UNAFAM

VII. SYNTHÈSE DES PROBLÉMATIQUES

Les parties précédentes ont permis de mettre en exergue les éléments diagnostics forts et les problématiques principales auxquelles le PTSM s'attachera à répondre.

➤ ACCÈS AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

- Un défaut d'accès aux soins spécialisés psychiatriques
- Une majoration des difficultés pour les enfants et les adolescents
- Des inadéquations dans les délais et des défauts de relais
- Un manque de coordination structurée et de formations partagées

➤ PREVENTION ET GESTION DE LA CRISE ET DE L'URGENCE

- Des problèmes d'optimisation du recours à l'urgence
- Une difficile anticipation des situations de crises
- Un manque d'outils partagés pour répondre aux situations de crise

➤ ACCÈS AUX ACCOMPAGNEMENTS MÉDICO SOCIAUX ET SOCIAUX

- Des contraintes liées à la réglementation des ESMS
- Un accès particulièrement difficile au logement et/ou aux structures d'hébergement
- Des freins liés aux modalités d'accompagnement et aux pratiques des ESMS

➤ CONTINUITÉ ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE ET DES ACCOMPAGNEMENTS

- Un manque de lisibilité de l'offre et de communication entre les différents acteurs
- Des points de rupture particulièrement sensibles
- Un manque de sécurisation des sorties d'hospitalisation

➤ ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES

- Un manque de concertation et de coordination entre les différents acteurs du soin et du médico-social
- L'éloignement des soins somatiques de certains publics
- Une offre inégale en psychiatrie de liaison et des modalités d'accueil spécifiques variables en services MCO

➤ PREVENTION ET ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION

- Une prise en compte limitée des déterminants environnementaux
- Un manque d'information et une stigmatisation persistante
- Un portage politique inégal des CLSM
- Une prise en compte trop faible des usagers et des aidants

4^E PARTIE : PISTES DE TRAVAIL IDENTIFIEES

Les pistes de travail exposées ci-dessous sont présentées et ventilées dans chacune des 6 priorités du décret. Elles ont été identifiées et formulées à des périodes différentes des travaux menés. Ainsi, certaines d'entre elles sont déjà impulsées, voire en phase de mise en œuvre (exemple du déploiement de la Maison des adolescents). Le cadre de la construction du PTMS permettra d'apporter des précisions sur leur modalités de développement (déploiement géographique, temporalité, processus évaluatif) et s'attachera à inclure progressivement certains d'acteurs, inscrits à l'annexe de l'instruction, qui à ce stade du diagnostic sont moins représentés.

Un [tableau de corrélation](#) entre les pistes de travail et les six priorités du décret (page 144) permettra de visualiser en quoi chacune des préconisations peut venir simultanément répondre à plusieurs priorités.

A noter également que certains [éléments transversaux](#) se dégagent de l'ensemble des différentes pistes de travail :

- La formation des professionnels des différents champs concernés à une culture commune sur la santé mentale pour favoriser le dynamisme du réseau encouragé par le PTSM ;
- La prise en compte des déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale pour favoriser :
 - L'inclusion des personnes concernées par la maladie mentale ou psychique dans leurs milieux de vie ; en particulier : logement, éducation, travail ;
 - La préservation de la santé mentale de la population en général.

I. PRIORITE 1 (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 :

- L'accès à un avis spécialisé pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes ;
- L'accès aux soins et aux accompagnements dans des délais répondant à la nature des situations ;
- L'accès aux dispositifs spécifiques existant au niveau régional ou interrégional.

Piste de travail 1.1 : Renforcer et réaffirmer le rôle pivot des CMP dans les parcours de soins (accroissement de l'amplitude horaire, permanence téléphonique, créneaux d'urgence...) et leur articulation avec les professionnels du 1^{er} recours.

Piste de travail 1.2 : Consolider et structurer les équipes mobiles psycho-sociales.

Piste de travail 1.3 : Déployer les projets d'antennes de Maisons des Adolescents sur l'ensemble du département.

II. PRIORITE 2 (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 :

- 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 ;
- 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.

Piste de travail 2.1 : Renforcer et fédérer les espaces et dispositifs de concertation pluridisciplinaires (réaffirmer le rôle central de la MDPH dans la coordination).

Piste de travail 2.2 : Structurer le réseau pour fluidifier les parcours (création d'un outil dématérialisé d'information et d'orientation (outil type Via Trajectoire).

Piste de travail 2.3 : Enclencher et essaimer le dispositif « Un Chez Soi d'abord ».

Piste de travail 2.4 : Développer les pratiques de rétablissement et de réhabilitation psychosociale.

III. PRIORITE 3 (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 :

- **L'accès au suivi somatique de ces personnes** par les médecins généralistes, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé ;
- **En cas d'hospitalisation**, l'organisation des établissements ayant une activité en psychiatrie pour assurer à leurs patients un accès aux soins somatiques, y compris spécialisés ;

L'organisation, par les établissements de santé autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique, d'un **accueil spécifique des personnes présentant des troubles psychiques**, incluant l'accès aux investigations et aux soins spécialisés nécessaires, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.

Piste de travail 3.1 : Renforcer les équipes de liaison psychiatriques dans les services d'accueil d'urgence (SAU) publics et privés.

Piste de travail 3.2 : Renforcer le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques par le biais de formations à destination des acteurs de la santé et de l'Éducation Nationale.

Piste de travail 3.3 : Accroître le nombre de lits halte soins santé et soutenir la création de lits d'accueil médicalisé.

IV. PRIORITE 4 (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.

Piste de travail 4.1 : Créer une Unité de Post Urgences Psychiatrique (UPUP) adolescents à vocation départementale.

Piste de travail 4.2 : Créer une équipe mobile de liaison pédopsychiatrique.

Piste de travail 4.3 : Développer des équipes mobiles de gérontopsychiatrie par bassin.

Piste de travail 4.4 : Mettre à disposition de la régulation (SAMU-Centre 15, SIAO) l'information nécessaire pour une orientation adéquate (organisation de la permanence des soins ambulatoire, permanences dans les établissements, permanences téléphoniques existantes...).

Piste de travail 4.5 : Déployer une politique de prévention du suicide, notamment autour de la réitération suicidaire (VigilanS).

Piste de travail 4.6 : Renforcer la prise en charge de l'urgence médico-psychologique par la CUMP (CUMP renforcée)

V. PRIORITE 5 (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.

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.

Piste de travail 5.1 : Inciter et accompagner l'implantation d'un CLSM par bassin.

VI. PRIORITE 6 (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 :

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

Piste de travail 6.1 : Développer la télémédecine (télé-expertise en première intention voire téléconsultation et téléassistance).

Piste de travail 6.2 : Promouvoir l'application d'une prime de vie chère.

Tableau de corrélation entre les pistes de travail et les six priorités d'actions du Décret

Priorités du Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

Piste de travail	P1	P2	P3	P4	P5	P6
	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.	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.	L'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.	L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence.	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.	L'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.
1.1	X	X		X		
1.2	X	X	X	X	X	
1.3	X		X		X	X
2.1	X	X	X	X		
2.2	X	X		X		
2.3		X	X		X	X
2.4		X	X		X	X
3.1			X	X		
3.2	X		X		X	X
3.3	X	X	X		X	
4.1				X		
4.2				X		
4.3	X			X		
4.5		X		X		
4.6				X		
5.1	X	X			X	X
6.1	X	X	X		X	X
6.2	X	X	X	X		X

5^E PARTIE : SUITE DES TRAVAUX

A. Rétroplanning global pour aboutir au PTSM

Le rétroplanning global comprenant les prochaines échéances pour aboutir au Projet Territorial de Santé Mentale est le suivant :

ETAPES	TEMPORALITE	CONTENU
Ajustements diagnostic	2.10.2019	Présentation 1 ^{er} jet diagnostic à la DT ARS
	8.10.2019	Présentation du 1 ^{er} jet diagnostic à la CSSM
Validation du diagnostic	22.10.2019	Avis CTS sur la version définitive du diagnostic
	25.10.2019	Transmission du diagnostic au DG ARS
	Avant fin 2019	Validation du DG ARS
Elaboration de la feuille de route et rédaction du PTSM	Novembre à décembre 2019	Construction de la méthodologie de la feuille de route Identification des acteurs pilotes/coordinateurs des fiches actions
	Janvier à mai 2020	Elaboration de la feuille de route et des fiches action
	Mai/Juin 2020	Pré-validation de la feuille de route et des fiches action par les acteurs pilote
Validation du PTSM	Juillet 2020	Avis CTS
		Transmission du PTSM au DG ARS
		Décision et arrêté du DG ARS

B. Méthodologie de la feuille de route

La prochaine étape, qui s'étalera de novembre 2019 à juillet 2020, consistera en la **construction de la feuille de route et la rédaction du Projet Territorial de santé Mentale**. Il s'agira de transformer les pistes de travail issues du diagnostic partagé en actions territorialisées réalisables, qui permettent de transformer durablement la prise en charge et la prise en compte de la santé mentale en Haute Savoie.

La feuille de route sera une résultante du diagnostic partagé. Elle impliquera un reclassement, une sélection des pistes de travail issues du diagnostic en grandes thématiques. Elle comprendra le plan d'actions, les fiches actions, le tableau de financement et un échéancier de mise en œuvre.

- Chaque piste de travail se verra déclinée en une ou plusieurs actions ;
- Chacune des actions fera l'objet d'une fiche action circonscrite sur un (ou plusieurs) bassin(s).

Durant la phase d'élaboration de la feuille de route et du PTSM, dans un souci d'optimisation du temps des professionnels qui s'impliqueront dans les travaux, il sera opportun d'utiliser un service de stockage et de partage de fichiers en ligne.

FICHE ACTION 1

EXEMPLE DE FICHE ACTION
Trame non définitive

PISTE DE TRAVAIL 1 : RENFORCER ET REAFFIRMER LE ROLE PIVOT DES CMP DANS LES PARCOURS DE SOINS ET LEUR ARTICULATION AVEC LES PROFESSIONNELS DU 1^{ER} RECOURS.

➤ **Action 1 (exemple) :** *Renforcer la collaboration entre les CMP et les MSP*

➤ Action 2 :

➤ Action 3 :

Bassin de déploiement de l'action

- Chablais
- Arve-Mont Blanc
- Genevois
- Annecy

Coordinateur / Acteur pilote

Partenaires associés

Éléments de contexte – Éléments diagnostic forts liés aux problématiques du territoire

Objectifs généraux / stratégiques (*liés au Priorités du décret*)

- ...
- ...
- ...

Liens avec d'autres travaux territoriaux

CONCLUSION

Ce diagnostic partagé est une **photographie instantanée** du Département de la Haute-Savoie mais représente le **fruit d'un travail collectif** de plusieurs années. Il présente des manques, des imperfections et ne peut prétendre à une quelconque forme d'exhaustivité. Il est coloré par l'histoire du territoire : ses limites, certaines de ses difficultés mais aussi de certaines de ses ressources.

Condition *sine qua non* à la construction du Projet Territorial de Santé Mentale, ce diagnostic a aujourd'hui le mérite d'exister et d'être le point de départ de ce qui s'annonce être un véritable **changement de paradigme**.

La démarche du PTSM donne en effet l'opportunité de réunir l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale au sens large (santé, logement, médico-social, ville, éducation nationale...) en invitant ces derniers à interroger leurs fonctionnements parfois cloisonnés, sources de rupture de parcours ou d'incohérences dans les accompagnements.

Les visions, les représentations et les pratiques de chacun doivent trouver dans le futur PTSM un espace de rencontre et de mise en action : chacun, de sa place, constituant un maillon de la chaîne. L'enjeu des prochains mois (et des prochaines années) est immense : « *structurer la galaxie haut-savoyarde de la santé mentale* »¹⁰⁹, avec humilité et créativité.

« Maintenant, nous avons rendez-vous.

Il va nous falloir le faire, passer d'une culture de la conviction à une culture de l'évaluation. Il va nous falloir chacun assumer son regard de sa place. Tout n'est pas dans tout, chacun ayant tendance à une représentation de ce que fait l'autre, nous sommes sommés, à présent, à la rencontre.

L'ensemble de nos succès aussi divers que variés, ont produit le changement de paysage en cours que nous connaissons, avec une approche repensée du soin, l'inscription du droit des patients, le renforcement du pouvoir d'agir, la mise en place des conseils locaux de santé mentale, une vision environnementale de la personne concernée par des troubles psychiques et non plus seulement à ses visions pathologiques.

La santé mentale est l'affaire de tous, prendre soin nous concerne chacun et collectivement. La psychiatrie étant un acteur parmi les autres.

(...)

Nous y sommes, voilà, on y est.

Nous avons rendez-vous. »¹¹⁰

¹⁰⁹ Journée Régionale « Ma Santé 2022, Présentation du diagnostic du PTSM 74 par M. Xavier REBECHE, Président CSSM, 17.10.19

¹¹⁰ PTSM, PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE, Claire Thébaut-Jean, CAIRN, Champ social, « Pratiques en santé mentale », 2018/1 64e année, pages 51 à 52

ANNEXES

[ANNEXE 1](#) : Lettre de Mission lancement Phase 2 « Mission Santé Mentale 74 »

[ANNEXE 2](#) : Liste des membres du Groupe de terrain « Mission Santé Mentale 74 »

[ANNEXE 3](#) : Lettre de Mission Projet Territorial de Santé Mentale

[ANNEXE 4](#) : Questionnaire participatif diagnostic territorial partagé

[ANNEXE 5](#) : Liste des répondants au questionnaire

[ANNEXE 6](#) : Arrêté n°2019-22-0069

[ANNEXE 7](#) : Liste des MSP en fonctionnement, en projet, en réflexion

[ANNEXE 8](#) : Synthèse du déploiement Via Trajectoire Handicap et Grand Age en ARA

[ANNEXE 9](#) : Liste des structures et nombre de places installées en protection de l'enfance en Haute-Savoie (2019)

[ANNEXE 10](#) : Données SAE 2013 à 2018 concernant l'hospitalisation sous contrainte

[ANNEXE 11](#) : Liste (non nominative) des volontaires de la CUMP 74 par établissement

[ANNEXE 12](#) : Liste des établissements et services pour adultes en situation de handicap

[ANNEXE 13](#) : Liste des CHRS

[ANNEXE 14](#) : Liste des dispositifs de logement accompagné

ANNEXE 1 : Lettre de Mission lancement Phase 2 « Mission Santé Mentale 74 »



Le Directeur général

Néf : 18-0013539
Acroweb : 31595

Lyon, le 25 JUIN 2018

Madame Florence QUIVIGER
Directrice
EPSM DE LA VALLEE DE L'ARVE
530 Rue DE LA PATIENCE
CS 20149
74800 LA ROCHE SUR FORON

Monsieur Didier MAZILLE
Directeur Général
Association des Parents d'Enfants
Inadaptés (APEI)
Route du Ranch – BP 30157
74024 THONON CEDEX

Objet : Lettre de mission santé mentale - département Haute-Savoie

Madame, Monsieur

Par lettre de mission en date du 13 mai 2016, je vous avais confié la charge d'engager une réflexion permettant de structurer une organisation départementale de la psychiatrie et de la santé mentale, en centrant plus particulièrement votre réflexion sur le Nord du département, dans le contour du groupement hospitalier de territoire.

Je tiens tout d'abord à vous réitérer mes remerciements pour votre implication dans cette démarche et pour la qualité des propositions que vous avez pu formuler, et qui ont été présentées lors du COPIL du 02 février dernier.

Certaines de vos propositions pourront se concrétiser à très court terme, notamment le dispositif d'accueil de personnes en situation de handicap psychique.

D'autres propositions trouveront naturellement leur place à travers la mise en œuvre du schéma régional de santé, notamment autour de la notion de CMP pivot.

Aussi, et dans la suite de nos deux dernières réunions, qui se sont tenues les 18 mai et 15 juin dernier, je vous confirme que le contexte du département nécessite d'engager un deuxième cycle de réflexion autour des orientations structurantes suivantes :

- La gestion de la crise : aussi bien pour les adolescents que pour les adultes
- Les actions à mener en matière de santé mentale/précarité
- Les coopérations public/privé et le travail en réseau
- La psychiatrie aux hôpitaux du Léman : vers un rapprochement avec l'EPSM, forme juridique, fonctionnement, réflexion sur le volet architectural

Ces quatre orientations feront l'objet, chacune, d'un groupe de travail.

A l'intérieur de chacun de ces quatre axes, seront notamment abordées des actions plus transversales, telles que :

- Le fonctionnement des CMP, notamment autour de la notion de CMP pivot, et en développant davantage les visites à domicile, "Aller vers", et ce quel que soit le type de domicile,
- La prise en charge à domicile
- La prise en charge en établissement social, médico-social

La réflexion concernera désormais l'ensemble du département et non plus uniquement les contours du GHT Léman-Mont-Blanc, avec la perspective attendue d'une proposition d'un projet territorial de santé mentale.

Dans ce contexte, je souhaite renouveler votre mission de coordonnateurs et animateurs des groupes de travail qui seront mis en place.

L'organisation retenue pour cette réflexion reste la même que celle qui avait été posée dans la première phase, à savoir :

- Vous-mêmes en tant que coordonnateurs (sanitaire + médico-social)
- La constitution de groupes "terrain" dont la composition sera soumise à la validation de l'ARS (délégation départementale) et dont la coordination vous est confiée
- Un comité technique, composé de vous-mêmes, du Président de la commission spécialisée en santé mentale et de cadres de l'ARS
- Un pilotage général assuré par l'ARS et associant les partenaires institutionnels de l'Agence, les établissements de santé, sociaux, médico-sociaux, les représentants des usagers, les représentants des personnels des établissements

Le calendrier retenu est le suivant :

- Lancement officiel du pilotage et de la coordination : septembre 2018
- Comités techniques : décembre 2018 et mars 2019
- Premier comité de pilotage avec présentation d'une première ébauche de l'architecture du projet territorial de santé mentale : avril 2019
- Comités techniques : juin et novembre 2019
- Validation du projet territorial de santé mentale par le comité de pilotage : janvier/février 2020

Dans l'attente de la confirmation de l'acceptation de votre mission, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de ma considération distinguée.

En vous remerciant,

S. Moran
Par déléguation,
Le Directeur général adjoint

Serge Moran

ANNEXE 2 : Liste des membres du Groupe de terrain « Mission Santé Mentale 74 »

GESTION DE LA CRISE				COOPERATION PUBLIC-PRIVE, RESEAU			
Nom	Prénom	Fonction	Organisme	Nom	Prénom	Fonction	Organisme
LACAILLE D'ESSE	Isabelle	chef de pôle	CHANGE	REBECHE	Xavier	Directeur	CDV
FONGEALLAZ	Laure	cadre des liaisons	EPSM	BREILLARD	Thomas	Directeur adjoint	Régina
GILLES	Bernard Philippe	médecin liaison HPMB, CMP Sallanches	EPSM	LENGAGNE	Fanny	Directrice	Parassy
PECCOUX	Béatrice	cadre du pôle urgences	CHAL	ROUPIOZ	Thierry	médecin responsable	centre 15
DEPOND	Bertrand	médecin Intermed	CDV	ROUTHIER	Michel	coordonateur	réseau ACCESS
SCHNEIDER	Nicolas	médecin pôle ado	Clinique Régina	LE NALLIO	Jean-Pierre	Pour plateforme d'appui et équipe de médicalisation	APEI Thonon
LE BIHAN	Eva	psychologue clinicienne	Clinique Régina	CARLIER	Pierre	Directeur adjoint référent du pôle santé mentale	HDL
DEUNNELIN	Philippe	Médecin chef de pôle	HDL	PAGLIANO	Bruno	Directeur adjoint	EPSM
BOIVENT	Sylvie	Cadre du pôle santé mentale	HDL	HUMBERT	Béatrice	Directeur référent santé mentale	CHANGE
GAZIK	Françoise	représentante des usagers	UNAFAM	REVOL	François	Directeur	ADIMC Epicentre
VANHAEKE COLLARD	Claire	chef de pôle gériatrie	CHAL	MIRO	Jean-François	Directeur	Espoir 74
RENAUDET	Jean-Luc	Directeur	DEAT	SURGET	Loïc	Directeur	MAS ND de Philerme
GIRARD	Nathalie	Pilote Dispositif d'Orientation Permanent	MDPH	LE MER	Sophie	Directrice adjointe	HPMB
DELMAS	Frédéric	Directeur	FAM Monnetier Mornex	AKOKA	Stéphane	Directeur	APRETO
GONNET	Gwenaëlle	Directrice	EPANOU	MARIS	Jean-François	Directeur	FAM Cognac Gay
PROVOST	Pascal	Directeur	ITEP Championnet	MALJEAN	Marie-Pierre	Directrice	MDPH
VIALETTE	Pascale		Protection de l'enfance CD74	REDIVO	Denis	administrateur provisoire	CAMPS APAJH
LAVANCHY	Catherine	chef de service	Nous aussi Annemasse	BALET KILANI	Aymeric	Directeur	ANPAA 74
RAFFIOT	Agnès	Cadre de pôle adultes	EPSM	GAZIK	Françoise	représentante des usagers	UNAFAM
DAVEINE	Jean Marc	Directeur Général	ARIES, Foyer du Léman, Les Bartavelles	BOIVENT	Sylvie	Cadre du pôle santé mentale	HDL
				KRZYWKOWSKI	Pascale	Déléguée territoriale	IREPS AuRA
				GAUCHER	Fabienne	cadre social	EM3R
MAZILLE	Didier	coordonnateur		MAZILLE	Didier	coordonnateur	
QUIVIGER	Florence	coordonnatrice		QUIVIGER	Florence	coordonnatrice	

SANTE MENTALE ET PRECARITE			
Nom	Prénom	Fonction	Organisme
MAYET-NOEL	Géraldine	conseillère en cohésion sociale	DDCS
SOUTON	Laure	médecin PASS	CHANGE St Julien
AGNOLI	Anne	médecin PASS	CHANGE Annecy
GOUX	Eric	directeur	maison Coluche
PARROT	Laurence	Directrice	GAIA
DAVEINE	Jean-Marc	Directeur	Bartavelles
RAMBAUD	Brigitte	Directrice	Passerelle
BATS	Rémi	Directeur	CHRS Croix Rouge
DELACQUIS	Amélie	Directrice	Maison St Martin
GOMIS	Sabine	IDE équipe mobile Bonneville	EPSM
TILLIER	Virginie	Psychologue	EMPS Chablais
COURDIER	Fabienne	animatrice territoriale d'insertion	CD74
DENIKINE	Nathalie	Responsable	SIAO
DE FLEURIAN	Bertrand	reponsable territorial	Ordre de Malte
DALIGAUX	Sarah	Expérimentatrice dispositif Un chez soi d'abord	Passerelle
A définir		représentant des usagers	Etablissement social
GAZIK	Françoise	représentante des usagers	UNAFAM
BOIVENT	Sylvie	Cadre du pôle santé mentale	HDL
RAFFIOT	Agnès	Cadre du pôle adultes	EPSM
MAZILLE	Didier	coordonnateur	
QUIVIGER	Florence	coordonnatrice	

RAPPROCHEMENT HDL ET EPSM			
Nom	Prénom	Fonction	Organisme
CARLIER	Pierre	Directeur adjoint référent du pôle santé mentale	HDL
DENNEULIN	Philippe	médecin chef de pôle santé mentale	HDL
BOIVENT	Sylvie	Cadre du pôle santé mentale	HDL
KARLINSKI	Sandrine	cadre gestionnaire de pôle	EPSM
STANESCU	Bogdan	médecin psy de liaison	HDL
CHARASSIN	Didier	médecin USN	HDL
HARDY	Elodie	Cadre de santé USN	HDL
ECHERNIER	Elisabeth	Cadre de santé USN	HDL
LORIOUS	Jacques	chef de pôle adultes	EPSM
NAHRA	Ghada	vice présidente de CME	EPSM
RAFFIOT	Agnès	cadre du pôle adultes	EPSM
QUIVIGER	Florence	Coordinatrice	



Le Directeur général

Affaire suivie par :
Karyn GUIARD-LECOMTE
Direction de la Stratégie et des parcours
Karyn.guisard-lecomte@ars.sante.fr

Réf : 2018-112

Objet : Projet territorial de santé mentale

Lyon, le 02 AOUT 2018

Mesdames, Messieurs les Présidents
de la commission spécialisée en santé
mentale

Madame, Monsieur,

Les modalités d'élaboration et de suivi des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) sont définies par le décret du 29 juillet 2017 complété par la circulaire du 05 juin 2018. Ces textes prévoient leur élaboration au plus tard le 28 juillet 2020.

Après expertise de mes services, il apparaît que le territoire le plus pertinent pour réaliser le diagnostic partagé correspond à celui des conseils territoriaux de santé.

Dans la mesure où ces conseils territoriaux existent au sein de notre région et que chaque commission spécialisée en santé mentale s'est emparée du sujet, il me paraissait important de vous confier la mission de piloter l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale.

La première phase consistera en la réalisation d'un diagnostic territorial partagé. À l'issue de cette phase, je vous saurai gré de me proposer des actions, qui pourront lorsque cela s'avère nécessaire dépasser le cadre départemental, en tenant compte des priorités énoncés aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10 du code de santé publique et dans le projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes paru le 14 juin dernier. La circulaire n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé vous donnera un premier cadre à mobiliser afin d'élaborer, suivre et évaluer les PTSM.

Il vous appartiendra d'organiser les travaux de votre commission spécialisée, étant entendu que, pour ce faire, vous bénéficierez de l'appui méthodologique de mes services.

En termes de calendrier, je vous prie de bien vouloir me communiquer le diagnostic territorial partagé de votre territoire de santé pour septembre 2019 ; ce diagnostic alimentera vos réflexions qui seront déclinées en actions de prévention et de promotion de la santé, en soins et en accompagnements à l'autonomie et à l'inclusion sociale et citoyenne.

Les délégués départementaux seront vos interlocuteurs de proximité. Je vous remercie donc de prendre leur attache pour échanger sur l'avancée de vos travaux. La référente régionale santé mentale Karyn GUIARD LECOMTE coordonnera le projet et vous fournira l'appui méthodologique.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Docteur Jean-Yves GRAY

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES
241 rue Garibaldi - CS 93383 - 69418 Lyon cedex 03
04 72 34 74 00 - www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr

ANNEXE 4 : Questionnaire participatif diagnostic territorial partagé PTSM 74

Madame, Monsieur,

Des réflexions sont engagées depuis plusieurs années concernant les problématiques liées à la prise en charge de la santé mentale en Haute Savoie.

La santé mentale est définie par l'OMS comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Elle englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.

En août 2018, l'ARS a confié le pilotage de l'élaboration du **Projet Territorial de Santé Mentale** (Décret n°2017-1200 du 27.07.2017) à la Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM) du Conseil Territorial de Santé.



Le Projet Territorial de Santé Mentale devra aboutir à des engagements, de la part des acteurs et des institutions, en vue de favoriser la fluidité des parcours de soins et de vie des personnes concernées par des troubles psychiques ou psychiatriques.

Nous vous donnons accès aujourd'hui à un **questionnaire dont l'objectif est de fournir des données utiles à la consolidation définitive du diagnostic territorial partagé** (qui sera transmis à l'ARS 31.10.19) qui rassemblera différents travaux déjà réalisés ces dernières années (notamment dans le cadre de la Mission Santé Mentale 74). Il s'agit également de mettre en lumière des éléments actualisés concernant les difficultés et les leviers repérés sur le territoire de la Haute Savoie en termes de prise en charge de la santé mentale.

Lien du questionnaire : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf8TtwFhJuPaBhqVF1HIQLHYfN83CHiyDs-rP7WB47bZK868A/viewform?usp=sf_link

Vous pouvez le compléter jusqu'au **13.09.2019 inclus**.

Ce mail a été envoyé à de nombreux acteurs sanitaires (autorisés en psychiatrie ou non), sociaux, médico-sociaux et à des professionnels du 1^{er} recours : si certains membres de votre réseau ne l'ont pas reçu, n'hésitez pas à le transférer.

Questionnaire participatif PTSM   Toutes les modifications ont été enregistrées dans Drive

QUESTIONS **RÉPONSES** 73

Questionnaire participatif relatif au Projet Territorial de Santé Mentale de Haute Savoie

Selon une méthodologie nationale, pour chaque question, vous identifierez les problématiques majeures, leurs possibles causes et proposerez des pistes d'actions concrètes pour y remédier. Vous pourrez également apporter vos témoignages concernant les actions innovantes et les leviers déjà à l'œuvre sur votre territoire.

L'essentiel n'est pas de repérer toutes les difficultés mais celles qui vous paraissent essentielles, par public accompagné (enfants/adolescents, adultes, personnes âgées), et ce, quelques soient votre filière de prise en charge ou les prestations d'accompagnement que vous proposez.

L'intérêt qualitatif des réponses étant centrale : la forme de vos réponses est libre et vous avez la possibilité de ne pas répondre à l'ensemble des questions.

Vous pouvez réaliser une réponse jusqu'au 13 septembre 2019 inclus. Le diagnostic sera transmis à l'ARS au plus tard le 31 octobre 2019.

Représentant d'usagers, aidant, professionnel du soin, du médico-social, du social (logement, insertion...), des collectivités territoriales, de l'éducation : votre contribution sera essentielle à la réussite du projet.

Adresse e-mail *

Adresse e-mail valide

Ce formulaire collecte des adresses e-mail. [Modifier les paramètres](#)

Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

Aborder ici les questions relatives aux ressources existantes (CMP, équipes mobiles...), aux alternatives à l'hospitalisation, au repérage précoce (accessibilité, couverture, adéquation par rapport aux besoins, réactivité...).

Il peut s'agir de difficultés inhérentes au pilotage, aux pratiques professionnelles, à l'organisation, la coordination, la communication etc... Il s'agit pour vous d'identifier une/des problématique(s) puis de faire une brève analyse causale de chaque problème posé. Nous vous demandons de proposer d'éventuelles pistes d'amélioration à ce sujet et de témoigner d'actions pertinentes déjà à l'œuvre sur votre territoire.

- Sur votre zone d'intervention, quelles sont les principales difficultés d'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques (dans le cadre d'un premier accès ou d'un suivi) ?
- Quelles sont les principales causes de ces difficultés que vous identifiez ?
- Quelles seraient les pistes d'amélioration possibles ?
- Pouvez-vous citer un levier / une bonne pratique déjà en place sur votre zone d'intervention pour favoriser l'accès au diagnostic et aux soins ?

Situations inadéquates

Aborder ici les questions relatives aux hospitalisations de longues durées pour troubles psychiques, aux hospitalisations prolongées par défaut, aux situations de personnes maintenues par défaut en ESMS, aux capacités de réponse des établissements médico-sociaux...

Il peut s'agir de difficultés inhérentes au pilotage, aux pratiques professionnelles, à l'organisation, la coordination, la communication etc... Identifiez une/des problématique(s) puis faites une brève analyse causale de chaque problème posé. Nous vous demandons de proposer d'éventuelles pistes d'amélioration à ce sujet et de témoigner d'actions pertinentes déjà à l'œuvre sur votre territoire.

- Quels types de situations inadéquates repérez-vous sur votre territoire ?
- Quelle(s) sont les principales cause(s) que vous identifiez aux difficulté(s) énoncée(s) ?
- Quelles seraient les pistes d'amélioration possibles ?
- Pouvez-vous citer un levier / une bonne pratique déjà en place sur votre zone d'intervention pour limiter les situations inadéquates, les suivre, les évaluer ?

Accès aux accompagnements médico-sociaux et sociaux

Aborder ici les questions relatives aux ressources sociales et médico-sociales, à leur accès, à la prise en compte des troubles psychiques au sein des ESMS, aux instances de concertation pluridisciplinaire existantes...

Il peut s'agir de difficultés inhérentes au pilotage, aux pratiques professionnelles, à l'organisation, la coordination, la communication etc... Identifiez une/des problématique(s) puis faites une brève analyse causale de chaque problème posé. Nous vous demandons de proposer d'éventuelles pistes d'amélioration à ce sujet et de témoigner d'actions pertinentes déjà à l'œuvre sur votre territoire.

- QUESTION 1 : Quelles sont les principales difficultés pour l'accès des personnes en situation de handicap psychique au milieu ordinaire (services sociaux, logement, emploi, enseignement et formation) ?

- Quelle(s) sont les principales cause(s) que vous identifiez aux difficulté(s) énoncée(s) dans la question 1 ?
- Quelles seraient les pistes d'amélioration possibles ?
- Pouvez-vous citer un levier / une bonne pratique déjà en place sur votre zone d'intervention pour répondre aux besoins d'accès au milieu ordinaire des personnes en situation de handicap psychique ?
- **QUESTION 2** : Quelles sont les difficultés relatives à l'accès aux établissements et services médico-sociaux ?
 - Quelle(s) sont les cause(s) aux difficulté(s) énoncée(s) dans la question 2 ?
 - Quelles seraient les pistes d'amélioration possibles ?
 - Pouvez-vous citer un levier / une bonne pratique déjà en place sur votre zone d'intervention pour répondre aux besoins d'accès aux établissements médico-sociaux des personnes en situation de handicap psychique ?

Accès aux soins somatiques

Aborder ici les questions relatives aux liens avec les professionnels du 1er recours, à la prise en charge de la douleur pour les patients porteur d'une pathologie psychiatrique, au suivi de l'état de santé somatique des personnes présentant des troubles psychiques...

Il peut s'agir de difficultés inhérentes au pilotage, aux pratiques professionnelles, à l'organisation, la coordination, la communication etc... Identifiez une/des problématique(s) puis faites une brève analyse causale de chaque problème posé. Nous vous demandons de proposer d'éventuelles pistes d'amélioration à ce sujet et de témoigner d'actions pertinentes déjà à l'œuvre sur votre territoire.

- **QUESTION 1** : Quelles sont les difficultés d'accès aux soins et suivis somatiques pour des personnes présentant des troubles psychiques ?
 - Quelle(s) sont les cause(s) des difficulté(s) énoncée(s) dans la question 1 ?
 - Quelles seraient les pistes d'amélioration possibles ?
- **QUESTION 2** : Quelles sont les difficultés de coordination entre la médecine générale ambulatoire et les acteurs de la psychiatrie et du soin somatique au sein des établissements psychiatriques spécialisés ?
 - Quelle(s) sont les cause(s) des difficulté(s) énoncée(s) dans la question 2 ? *
 - Quelles seraient les pistes d'amélioration possibles ?
 - Quelles seraient les pistes d'amélioration possibles ?
- **QUESTION 3** : En cas d'hospitalisation en psychiatrie, quelles sont les difficultés pour assurer les soins somatiques aux patients ?
 - Quelle(s) sont les cause(s) des difficulté(s) identifiée(s) dans la question 3 ?
 - Quelles seraient les pistes d'amélioration possibles ?
- **QUESTION 4** - Quelles sont les difficultés d'accès et de suivi des personnes présentant des troubles psychiques au sein des services de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) ?
 - Quelle(s) sont les cause(s) des difficultés identifiée(s) dans la question 4 ?
 - Quelles sont les pistes d'amélioration possibles ?

Pouvez-vous citer un levier / une bonne pratique déjà en place sur votre zone d'intervention pour favoriser l'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques / psychiatriques ?

Prévention et gestion des situations de crise

Aborder ici les questions relatives aux outils de prévention de la crise ou de gestion de la crise et de l'urgence (exemple de l'intervention des professionnels de psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales).

Il peut s'agir de difficultés inhérentes au pilotage, aux pratiques professionnelles, à l'organisation, la coordination, la communication etc... Identifiez une/des problématique(s) puis faites une brève analyse causale de chaque problème posé. Nous vous demandons de proposer d'éventuelles pistes d'amélioration à ce sujet et de témoigner d'actions pertinentes déjà à l'œuvre sur votre territoire.

- **QUESTION 1** : Quelles principales difficultés repérez-vous dans la prévention des situations de crise et d'urgence ?
 - Quelle(s) sont les cause(s) des difficulté(s) identifiée(s) dans la question 1 ?
 - Quelles seraient les pistes d'amélioration possibles ?
 - Pouvez-vous citer un levier / une bonne pratique déjà en place sur votre zone d'intervention pour prévenir les situations de crise ou d'urgence ?
- **QUESTION 2** : Quelles problématiques principales identifiez-vous en termes d'organisation de la permanence des soins et de réponse aux urgences psychiatriques ?
 - Quelle(s) sont les cause(s) des difficulté(s) identifiée(s) dans la question 2 ?
 - Quelles seraient les pistes d'amélioration possibles ?
 - Pouvez-vous citer un levier / une bonne pratique déjà en place sur votre zone d'intervention pour répondre aux urgences psychiatriques ?
- **QUESTION 3** : Quelles difficultés repérez-vous en termes d'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide) ?
 - Quelle(s) sont les cause(s) des difficulté(s) identifiée(s) dans la question 3 ?
 - Quelles seraient les pistes d'amélioration possibles ?
 - Pouvez-vous citer un levier / une bonne pratique déjà en place sur votre zone d'intervention pour favoriser le suivi des personnes en sortie d'hospitalisation ?

ANNEXE 5 : Liste des répondants au questionnaire

Nom de l'établissement / Service / Organisation	Fonction / Poste occupé	Nom de l'établissement / Service / Organisation	Fonction / Poste occupé
Etablissement SSR MGEN d'Evian	Médecin Directeur	FAM Les Voirons	Psychologue
L'Etape du Semnoz	Directeur	Foyer de vie des grands Champs, Foyer de vie Arpin, Service d'accueil de jour	Directeur de pôle
UNAFAM 74	Présidente déléguée 74	Médecin généraliste Lugrin	Médecin
MECS Saint Benoit / Fondation Apprentis d'Auteuil	Directeur d'établissement	APRETO : CSAPA d'Annemasse	Médecin
SESSAD Autisme Saint-François	Directrice	Cabinet de médecine générale	Médecin
SSIAD UMFMB	Cadre infirmier responsable SSIAD	Libéral	Médecin généraliste
Conseil départemental 74	Travailleur social	Cabinet Médecine Générale privé	Médecin Généraliste
CHRS ARIES, Foyer du Léman et Les Bartavelles	Directeur	Cabinet Médecine générale	Médecin généraliste libéral
EHPAD RESIDENCE DU LEMAN	Cadre de Santé	Libéral Chablais	Médecin généraliste
CCPEVA	Chargée de mission services à la population	Centre médical Morzine	Médecin Généraliste
Hôpitaux du Léman	Assistante sociale	Cabinet médical	Médecin généraliste
ADIMC74	Directrice	Libéral	Médecin
CMPI ST JULIEN E/G	AMA	Liberal	Généraliste
EPSM 74	Assistante sociale	Cabinet médical	Médecin généraliste
EPSM 74	Assistante Sociale	Cabinet médical	Médecin généraliste
EPSM 74	Assistante de service social	Complexe Enfants AAPEI EPANOU	Directrice
EPSM 74	ASSISTANTE SOCIALE	Pôle santé GAIA	Directrice
EHPAD résidence du Léman	Médecin coordonnateur	Conseil Départemental 74 - Equipe Territoriale Vallée de l'Arve	Assistante sociale
EPSM de la vallée de l'Arve	Chef de service	Cabinet privé	Médecin
EPSM Vallée de l'Arve : CMPI Sallanches	Psychologue clinicienne	Liberal	Médecin
EPSM 74	IDE	Cabinet médical	Médecin généraliste
EPSM de la vallée de l'Arve	Infirmier	Professionnel de santé	Médecin généraliste libéral
FAM Cognacq Jay	Médecin généraliste	Cabinet médical libéral	Médecin généraliste premier recours
Réseau de santé ACCCES	Coordinatrice d'appui	Clinique PARASSY Groupe CLINEA	Directrice
EM3R74	Cadre Social	Maison de santé de Megève	Médecin généraliste libéral
EPSM 74	Psychologue	Association APRETO CSAPA, CAARUD, Appart'74	Directeur
Ordre de Malte France	Délégué Haute-Savoie	Institut Guillaume Belluard - ADIMC74	Psychologue
Cabinet médical privé	Médecin Généraliste	ADIMC74	Psychologue

PLATEFORME IME (IMPRO HENRI WALLON + IMP NOTRE DAME DU SOURIRE)	DIRECTEUR	HPPS Urgences	Médecin urgentiste
CAMSP Sallanches Fédération APAJH	Cheffe de service	SESSAD Site Belluard, ADIMC74	Psychologue clinicienne
Maison de santé de Megève	Psychologue	CEM-PHARE-SESSAD de l'ADIMC 74	Neuropédiatre
EPSM vallée de l'ARVE	Infirmière	Pension de famille Montoulivet	Responsable
Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Megève	Coordinateur - MG	MDPH	Assistante Sociale DOP
EPSM de la Vallée de l'Arve	Psychologue	Pension de Famille La Belle Etoile association AATES	Responsable de la Pension de Famille
Conseil Départemental, Service autonomie	Pilote MAIA	EAM Fondation Cognacq-Jay	Directeur adjoint
Institut d'Education Motrice Guillaume Belluard	Infirmière Coordinatrice	Résidence accueil le Séséli	Travailleur social
		Service Autonomie Bassin annécien - MAIA	Pilote MAIA



Arrêté n°2019-22-0069

Portant modification de la composition du bureau, de la commission spécialisée en santé mentale et de la formation spécifique organisant l'expression des usagers du Conseil territorial de santé de la circonscription départementale de la Haute-Savoie.

Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L.1434-9, L.1434-10 et R.1434-33 à R.1434-40 ;

Vu la loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment l'article L.1434-11 de la section 3 de son article 158 ;

Vu le décret n°2016-1024 du 26 Juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire, aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé ;

Vu l'arrêté du 03 Août 2016 relatif à la composition du conseil territorial de santé ;

Vu les réponses aux appels à candidature organisés en application des dispositions de l'article R.1434-33 du décret n°2016-1024 susvisé ;

ARRETE

Article 1 : Le bureau du Conseil territorial de santé de la circonscription départementale de la Haute-Savoie est composé conformément à l'annexe I du présent arrêté.

Article 2 : La commission spécialisée en santé mentale du Conseil territorial de santé de la circonscription départementale de la Haute-Savoie est composée conformément à l'annexe II du présent arrêté.

Article 3 : La formation spécifique organisant l'expression des usagers du Conseil territorial de santé de la circonscription départementale de la Haute-Savoie est composée conformément à l'annexe III du présent arrêté.

Article 4 : Le directeur de la stratégie et des parcours de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Fait à Lyon, le 10 juillet 2019

Le directeur général
De l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Docteur Jean-Yves GRALL

ANNEXE I COMPOSITION DU BUREAU

Président du Conseil territorial de santé :

M. Philippe FERRARI, collège 1

Vice-Présidente du Conseil territorial de santé :

Mme Josiane LEI, collège 3

Président de la Commission spécialisée en santé mentale :

M. Xavier REBECHE, collège 1

Vice-Président de la Commission spécialisée en santé mentale :

M. Michel ROUTHIER, collège 1

Président de la Formation spécifique organisant l'expression des usagers :

M. Joseph ENGAMBA, collège 2

Vice-Président de la Formation spécifique organisant l'expression des usagers :

M. Nicolas CHARPENTIER, collège 2

Personnalité Qualifiée :

M. Bruno DELATTRE

**ANNEXE II
COMPOSITION DE LA COMMISSION SPÉCIALISÉE
EN SANTE MENTALE**

Président : M. Xavier REBECHÉ, collège 1

Vice-Président : M. Michel ROUTHIER, collège 1

Membres :

Mme Stéphanie MONOD, collège 1, titulaire
Mme Catherine GAVARD RIGAT, collège 1, suppléante

M. Jean-Rolland FONTANA, collège 1, titulaire
Mme Lucette BETOULAUD, collège 1, suppléante

M. Aymeric BALET-KILANI, collège 1, titulaire
Mme Pascale KRZYWKOWSKI, collège 1, suppléante

M. Jean-Marc DAVEINE, collège 1, titulaire
M. Stève PASCAUD, collège 1, suppléant

Dr Julie MAZET, collège 1, titulaire
Dr Jean-Claude MONTIGNY, collège 1, suppléant

Mme Pascale BONTRON, collège 1, titulaire
A désigner, collège 1, suppléant

A désigner, 1 représentant des internes en médecine, collège 1, titulaire
A désigner, collège 1, suppléant

A désigner, 1 représentant des organisations de coopération territoriale,
collège 1, titulaire
A désigner, collège 1, suppléant

A désigner, collège 1, titulaire
Dr Stéphane FERRANDO, collège 1, suppléant

Dr Daniel HEILIGENSTEIN, collège 1, titulaire
Dr René-Pierre LABARRIERE, collège 1, suppléant

Mme Françoise GAZIK, collège 2, titulaire
Mme Colette PERREY, collège 2, suppléante

Mme Annick MONFORT, collège 2, titulaire
M. Didier BOYER, collège 2, suppléant

A désigner, 1 représentant des usagers des associations des personnes
handicapées, collège 2, titulaire
A désigner, collège 2, suppléant

A désigner, 1 représentant des usagers des associations de retraités et
personnes âgées, collège 2, titulaire
A désigner, collège 2, suppléant

Mme Josiane LEI, collège 3, titulaire
Mme Agnès GAY, collège 3, suppléante

Mme Marie-Luce PERDRIX, représentante des communautés de communes,
collège 3, titulaire
Mme Françoise TARPIN, collège 3, suppléante

M. Jean DENAIS, collège 3, titulaire
M. François PRADELLE, collège 3, suppléant

M. Gérard TARDIF, collège 4, titulaire
Mme Géraldine MAYET-NOEL, collège 4, suppléant

Mme Isabelle VERNHOLLES, collège 4, titulaire
M. Olympio SELVESTREL, collège 4, suppléant

Suppléant du Président de la Commission Spécialisée en Santé Mentale

M. Benjamin GROSGOJAT, collège 1, suppléant

Suppléante du Vice-Président de la Commission Spécialisée en Santé Mentale

Mme Karine DELUERMOZ, collège 1, suppléante

**Invité permanent en qualité de représentant de la Formation spécifique
organisant expression des usagers :**

A désigner, collège X, titulaire
A désigner, collège X, suppléant



**ANNEXE III
COMPOSITION DE LA FORMATION SPECIFIQUE
ORGANISANT L'EXPRESSION DES USAGERS**

Président : M. Joseph ENGAMBA, collège 2

Vice-Président : M. Nicolas CHARPENTIER, collège 2

Membres :

Dr Michel MORICEAU, collège 1, titulaire
Dr Aurélie LAURENT-BARALDI, collège 1, suppléante

Mme Catherine THONY, collège 1, titulaire
M. Pascal FRICK, collège 1, suppléant

M. Jean-Marc DAVEINE, collège 1, titulaire
M. Stève PASCAUD, collège 1, suppléant

M. Jean-Paul DIF-TURGIS, PA, collège 2, titulaire
M. François MOGENET, PA, collège 2, suppléant

M. Daniel VERBEKE, PA, collège 2, titulaire
M. FILLIGER Claude, PA, collège 2, suppléant

M. Laurent RIZET, PH, collège 2, titulaire
M. Raphaël MICONNET, PH, collège 2, suppléant

M. Noël PONTIUS, PH, collège 2, titulaire
A désigner, collège 2, suppléant

Mme Josiane LEI, collège 3, titulaire
Mme Agnès GAY, collège 3, suppléante

M. Stéphane VALLI, collège 3, titulaire
M. Serge SAVOINI, collège 3, suppléant

M. Joseph DE BEVY, collège 4, titulaire
Mme Danielle BAUDIN, collège 4, suppléante

Suppléant du Président de la Formation Spécifique Organisant l'Expression des Usagers

A désigner, collège 2, suppléant

Suppléante du Vice-Président de la Formation Spécifique Organisant l'Expression des Usagers

Mme Jocelyne BIJASSON, collège 2, suppléante

**Invité permanent en qualité de représentant de la Commission spécialisée en
santé mentale :**

A désigner, collège X, titulaire
A désigner, collège X, suppléant

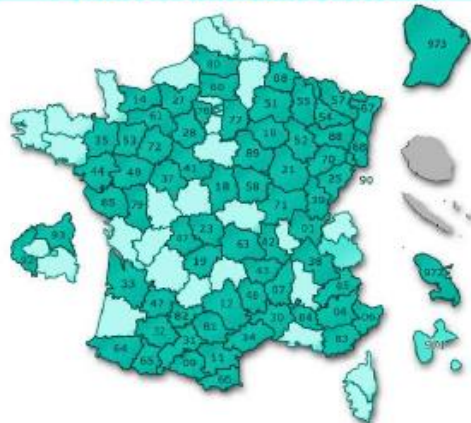
ANNEXE 7 : Liste des MSP en fonctionnement, en projet, en réflexion

MSP en fonctionnement				
Zone d'emploi	Nom des MSP <i>(Et zonage médecine générale le cas échéant)</i>	Mono ou Multisites	Statut	Zone rurale/urbaine
Vallée de l'Arve	ARACHES LA FRASSE / FLAINE - LES CARROZ	Mono	SISA	Zone rurale
	MARIGNIER	Mono	Association	Zone rurale
	MARNAZ	Multi	SISA	Zone rurale
Mont Blanc	CHAMONIX	Mono	SISA	Zone rurale
	MEGEVE	Mono	SISA	Zone rurale
	LES HOUCHES	Mono	SCM	Zone rurale
Chablais	VALLEE D'AULPS : ST JEAN D'AULPS, MORZINE, LES GETS, AVORIAZ	Multi	SISA	Zone rurale
	PUBLIER	Mono	Association	Zone rurale
	BAS CHABLAIS	Multi	Association	Zone rurale
	VALLEE DU BREVON	Multi	SISA	Zone rurale
Genevois français	CRUSEILLES (Zone intervention prioritaire)	Mono	Association	Zone rurale
	GAILLARD	Mono	SCM	Zone urbaine
	COLLONGES SOUS SALEVE	Multi	Association	Zone urbaine
Annecy	THORENS-GLIERES	Mono	Association	Zone rurale
	SAINT FELIX	Mono	SISA	Zone rurale
	VUACHE			

Zone d'emploi	MSP en projet engagé	Zone d'emploi	MSP en réflexion
Genevois français	ARTHAZ PONT NOTRE DAME (Zone de vigilance)	Annecy	CUSY
	VALLEIRY		VEYRIER DU LAC
	ANNEMASSE PERRIER		ANNECY LE VIEUX
	THONES		
Annecy	SAINT JEAN DE SIXT		LE GRAND BORNAND
	CRAN GEVRIER	Genevois français	SCIEZ
			BOGEVE
		Chablais	VINZIER
		Mont Blanc	PRAZ SUR ARLY

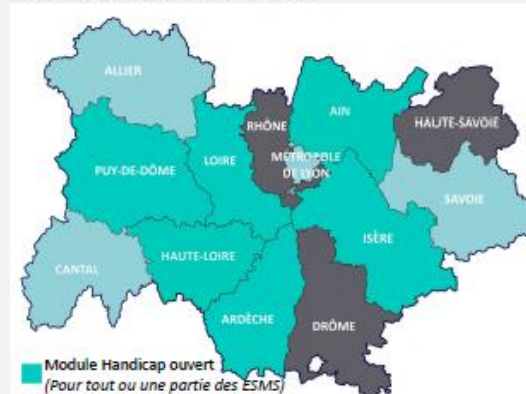
ANNEXE 8 : Synthèse du déploiement ViaTrajectoire Handicap et Grand Age en ARA

Déploiement National (Juillet 2019)



Avancement en Auvergne-Rhône-Alpes (Aout 2019)

Carte du déploiement en ARA



Actualités en Aout

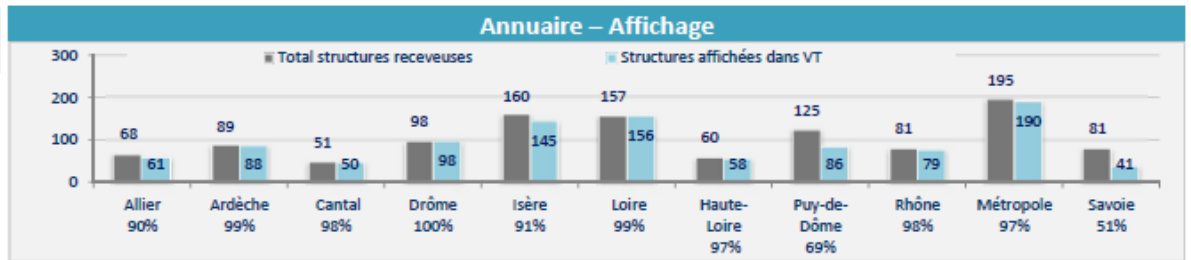
- RAS

Avancement par département	Réunion(s) csdrage	Mise en cohérence annuaire	Import ESMS	Formation(s) MDPH	Import DO	Formations ESMS	ESMS affichés dans l'annuaire / ESMS importés	Ouverture module usager ? *
Ain (01)							82 / 113 (72%)	NON (cible niv.2)
Allier (03)							0 / 0 (0%)	NON (cible niv.0)
Ardèche (07)							44 / 58 (77%)	NON (cible niv.0)
Cantal (15)							0 / 0 (0%)	NON (cible niv.0)
Drôme (26)							0 / 0 (0%)	NON (cible niv.0)
Isère (38)							161 / 245 (66%)	NON (cible niv.0)
Loire (42)							160 / 191 (84%)	NON (cible niv.0)
Haute-Loire (43)							61 / 69 (88%)	NON (cible niv.0)
Puy-de-Dôme (63)							114 / 152 (75%)	NON (cible niv.0)
Rhône (69D)							0 / 0 (0%)	NON (cible niv.0)
Métropole de Lyon (69M)							82 / 227 (36%)	NON (cible niv.2)
Savoie (73)							0 / 0 (0%)	NON (cible niv.2)
Haute-Savoie (74)							0 / 0 (0%)	NON (cible niv.0)

* Cible Niveau 0 : Ne pas ouvrir à l'utilisateur / 1 : Informer l'existence de l'annuaire / 2 : Permettre le suivi du dossier / 3 : Permettre de contacter l'établissement

Données issues de la requête VT DEP010 du 01/08/2018 au 31/08/2019

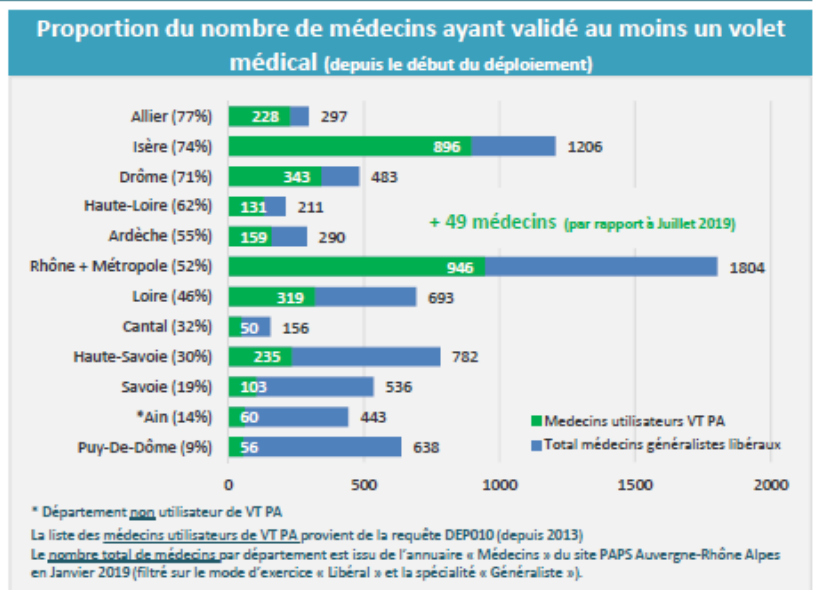
Actualités
RAS



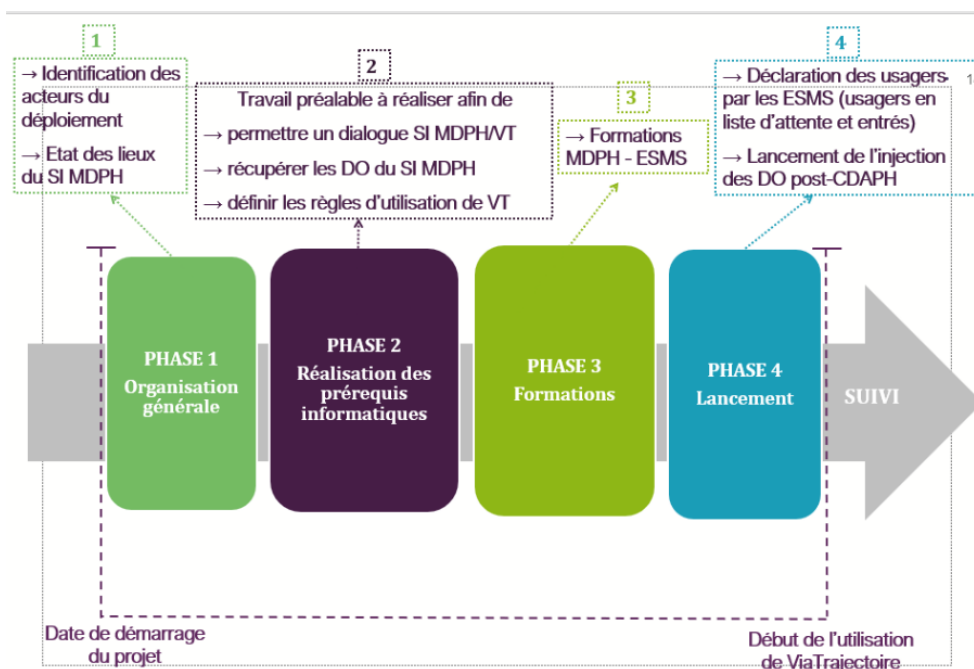
INFORMATIONS SUR LES DOSSIERS PAR CATÉGORIES D'ACTEURS

Volume de dossiers créés (Aout 2019)

Département	Structures sanitaires	Structures MS	Usagers-Aidants
	Espace Professionnel		Espace Particulier
METROPOLE	383	7	93
RHONE			74
ISERE	203	14	172
ALLIER	138	8	52
DROME	147	1	92
LOIRE	216	2	64
ARDECHE	71	1	82
HAUTE-LOIRE	75	/	26
CANTAL	60	1	5
PUY DE DOME	23	/	17
SAVOIE	29	/	47



LES ETAPES DU DEPLOIEMENT



ANNEXE 9 : Liste des structures et nombre de places en protection de l'enfance (2019)

Etablissements	Urgence	Accueil de jour administratif	Placement judiciaire à la journée	Fin de semaine	Temps complet	AEMOH	Dispositif innovant	Dispositif MNA	TOTAL
OVE -Centre d'Accueil et de Répit Marie Bochet									
Equipe mobile							40		40
Mecs - Internat					12				12
Total	0	0	0	0	12	0	40	0	52
La Maison de l'Enfance et de la Famille - siège à Taninges									
Accueil des mères et enfants					60				60
Pouponnière					29				29
Sites du Chablais		8	32	6	43				89
Site du Genevois					6				6
Sites de la Vallée de l'Arve	16	16	26	8	63				129
Total	16	24	58	14	201	0	0	0	313
Le Village du Fier - siège à Pringy									
Sites de la Vallée de l'Arve		12	12		15	50			89
Sites d'Annecy	24	8	28		66				126
Sites Corbattaz, Prélude, séjour souvenirs, week-end/vacances				6	10				16
Services MNA								60	60
Total	24	20	40	6	91	50	0	60	291
Les Maisons d'Enfants à caractère social									
DDAMIE - Accueil mineurs isolés étrangers								34	34
Maison des Enfants			18		50			39	107
A.Rétis		20			8	156	40		224
Reliances	8	9	9		20	4			50
Gai Logis		21	17		19				57
Championnet		10	31		12		23	20	96
Saint-Benoît		45			51				96
Le Bettex					16				16
Cognacq-Jay	10	28	20		73			40	171
CPIE Bugey Genevois				20					20
Total	18	133	95	20	249	160	63	133	871
Accueil des mères et enfants									
AME Foyer du Léman					13				13
AME La Passerelle					18				18
AME Foyer la Traverse					15				15
Total	0	0	0	0	46	0	0	0	46
Résidences sociales									
AMIE (FOL)								30	30
MARNAZ (ALPHA 3A)								85	85
Total	0	0	0	0	0	0	0	115	115
TOTAL Haute-Savoie	58	177	193	40	599	210	103	308	1688

ANNEXE 10 : Données SAE 2013 à 2018 concernant l'hospitalisation sous contrainte

		CHANGE		EPSM		HDL		VALLEES		TOTAL	TOTAL
		P	J	P	J	P	J	P	J	Patients	Journées
SPDRE	2013	28	3036	63	3883	11	1590			102	8509
	2015	66	5219	42	2672	13	520			121	8411
	2016	46	4069	55	3916	13	1408			114	9393
	2017	108	3624	48	3399	15	1338			171	8361
	2018	27	3219	64	3475	13	889			104	7583
Détenus	2013	1	4	14	86	-	-			15	90
	2015	-	-	17	225	-	-			17	225
	2016			15	231					15	231
	2017	-	-	22	186	-	-			22	186
	2018	-	-	20	156	-	-			20	156
SPDT	2013	198	9513	323	10899	61	2188			582	22600
	2015	219	9570	284	7834	59	2062			562	19466
	2016	241	11253	327	8921	68	2166			636	22340
	2017	223	8430	282	9164	96	2787			601	20381
	2018	156	9294	354	10472	63	1869			573	21635
OPP	2013							2	30	2	30
	2015							3	164	3	164
	2016							6	118	6	118
	2017							8	423	8	423
	2018							2	70	2	70
Péril Imminent	2013	25	833	187	4544	14	349			226	5726
	2015	54	1782	180	3184	23	510			257	5476
	2016	45	2535	149	3167	18	807			212	6509
	2017	44	1603	157	4033	30	1220			231	6856
	2018	46	1638	279	4000	32	1609			357	7247
Total 2013		252	13386	587	19412	86	4127	2	30	927	36955
Total 2014		274	16122	446	17165	84	4604	-	-	804	37891
Total 2016		332	17857	546	16235	99	4381	6	118	983	38591
Total 2015		339	16571	523	13915	95	3092	3	164	1660	33742
Total 2017		375	13657	509	16782	141	5345	8	423	1033	36207
Total 2018		229	14151	717	18103	108	4367	2	70	1056	36691

SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

ANNEXE 11 : Liste (non nominative) des volontaires de la CUMP 74 par établissement

- CHANGE : Psychologue référent, 8 IDE, 3 Cadres de santé, 8 psychologues, 1 médecin, 1 psychiatre, 1 ISP
- CH du Léman : 6 Psychologues, 4 IDE
- EPSM : 5 IDE, 2 psychologues
- Etablissement scolaire privé : IDE
- Hôpitaux du Pays du Mont Blanc : 2 psychologues
- 1 psychologue Libéral
- 1 psychologue EPDA « Le Village du Fier »
- 1 psychologue du Conseil Départemental

ANNEXE 12 : Liste des établissements et services pour adultes en situation de handicap

Cette liste ne prend pas en compte :

- La nouvelle nomenclature simplifiée et opposable issue du décret du 9 mai 2017
- La fusion de l'APEI du Mont Blanc, de l'AFPEI de la Roche sur Foron et de Nous Aussi Cluses : devenue l'Association « Aller plus Haut » durant l'été 2019.

MAS				
Nom de l'établissement	Commune	Nom de l'association	Déficiences	Capacité en nombre de places
MAS L'OPALINE	THORENS LES GLIERES	Ets public départemental autonome (Statut personnel FPH)	Polyhandicap	104
CENTRE NOTRE DAME DE PHILERME	SALLANCHES	Association Ordre de Malte	Autisme	18 + 2 AJ + 2 AT

FAM				
Nom de l'établissement	Commune	Nom de l'association	Déficiência	Capacité en nombre de places
FAM LE CRISTAL	THORENS LES GLIERES	Ets public départemental autonome (Statut personnel FPH)	Polyhandicap/ autisme	40 + 3 AJ + 2 AT
FOYER Les Quatre Vents	LA TOUR	Etablissement public départemental (Statut personnel FPH)	Polyhandicap	43
LES VOIRONS	SAINT CERGUES	Association Croix Rouge française	Polyhandicap/cérébro lésés	40
RESIDENCE SAINT FRANCOIS DE SALES	MACHILLY	Association L'arbre de vie	Handicap moteur	32 + 2 AT + 6 AJ (AJ non médicalisées – statut foyer de vie)
VILLA LOUISE	MONNETIER MORNEX	Fondation Cognac-Jay	Handicap psychique	62 + 2 AT
FAM DU MOULIN	ALLINGES	APEI de Thonon les Bains et du Chablais	Handicap mental (pers. vieillissantes)	37 + 3 AT
FAM DE CHAUMONT Ferme des Roches	CHAUMONT	AAPEI d'Annecy et ses environs	Autisme	26 + 1 AT
VILLA LEIRENS	MONNETIER MORNEX	Association française des œuvres de bienfaisance - Armée du Salut	Handicap mental (pers. vieillissantes)	60 + 2 AT
LES NARCISSES	VILLARD SUR BOEGE	APEI de Thonon les Bains et du Chablais	Polyhandicap	52 + 2 AT
FAM L'HERYDAN	HERY SUR ALBY	ADIMC	IMC/ Polyhandicap	31 + 2 AT + 4 AJ
LES IRIS	LA BALME DE SILINGY	AAPEI d'Annecy et ses environs	Handicap mental (pers. vieillissantes)	40 + 5 AJ + 2 AT
LE GOELAND	MEYTHET	ADIMC	Infirmes moteurs cérébraux	11 + 1 AT

FOYERS DE VIE				
Nom de l'établissement	Commune	Nom de l'association	Déficiência	Capacité en nombre de places
LE CHAMP D'OR	SEYNOD	AAPEI ANNECY ET SES ENVIRONS	Déficiência intellectuelle	10
LES ROSEAUX	LA BALME DE SILINGY	AAPEI ANNECY ET SES ENVIRONS	Déficiência intellectuelle	51
LE GOELAND	MEYTHET	ADIMC	Infirmes moteurs cérébraux	29 + 15 AJ + 2 HT
MAGLAND	MAGLAND	APEI du Mont Blanc	Déficiência intellectuelle	36 + 10 AJ + 1 HT mixte
LES ROSEAUX	LA BALME DE SILINGY	AAPEI d'Annecy et ses environs	Déficiência intellectuelle	43 + 8 AJ
FOYER DE VIE DE MAGLAND	MAGLAND	APEI du Mont Blanc	Déficiência intellectuelle	36 + 10 AJ + 1 AT mixte
LES MARMOTTES	THONON LES BAINS	Association Maisons d'accueil Marcel Boussac	Handicap psychique	25 + 2 AJ
VILLA MAGNA	VILLE LA GRAND	Association « Osez y croire »	Handicap moteur	19 + 1 AT mixte
LES GRANDS CHAMPS	ALLINGES	APEI de Thonon les Bains et du Chablais	Déficiência intellectuelle	23 + 15 AJ mixtes
VILLA ARPIN	THONON LES BAINS	APEI de Thonon les Bains et du Chablais	Déficiência intellectuelle	23 + 2 AT
LES OLIVIERS	VETRAZ MONTHOUX	Association Nous aussi VETRAZ	Déficiência intellectuelle	24 + 4 AJ
LA LICORNE	LA ROCHE	AFPEI DU PAYS ROCHOIS ET DU FORON	Déficiência intellectuelle	49 + 10 AJ

FOYERS D'HEBERGEMENT

Nom de l'établissement	Commune	Nom de l'association	Déficiences	Capacité en nombre de places
VILLA MAGNA	VILLE LA GRAND	Association « Osez y croire »	Handicap moteur	7
ADIMC	ANNECY et PERS JUSSY	ADIMC	Informes moteur cérébraux	50 + 3 AT
L'EPANOUE	SEYNOD	AAPEI d'Annecy et ses environs	Déficiences intellectuelles	52 + 3 AT mixtes
LA FERME DE CHOSAL	COPPONEX	AAPEI d'Annecy et ses environs	Déficiences intellectuelles	12
AFPEI	LA ROCHE SUR FORON	AFPEI du Pays Rochois et du Foron	Déficiences intellectuelles	60
LE MONT JOLY	SALLANCHES	APEI du Mont Blanc	Déficiences intellectuelles	20
CENTRE NOUS AUSSI	VETRAZ MONTHOUX	Association Nous aussi	Déficiences intellectuelles	80 + 2 AT
APEI DU CHABLAIS	THONON LES BAINS	APEI de Thonon les Bains et du Chablais	Déficiences intellectuelles	42 + 1 AT mixte
RESIDENCE LOUIS ROUGE	CLUSES	AFFISPPPI NOUS AUSSI CLUSES	Déficiences intellectuelles Handicap psychique stabilisé	15 + 2 AT mixtes

APPARTEMENTS DE SOUTIEN

Nom de l'établissement	Commune	Nom de l'association	Déficiences	Capacité en nombre de places
L'EPANOUE	LA BALME DE SILLINGY	AAPEI d'Annecy et ses environs	Déficiences intellectuelles	8 (pers. handicapées vieillissantes)
L'EPANOUE	SEYNOD	AAPEI d'Annecy et ses environs	Déficiences intellectuelles	31
LA FERME DE CHOSAL	COPPONEX	AAPEI d'Annecy et ses environs	Déficiences intellectuelles	17
LES MARMOTTES	LA ROCHE SUR FORON	AFPEI du Pays Rochois et de la vallée de l'Arve	Déficiences intellectuelles	20 + 13 AT (pers. handicapées vieillissantes)
NOUS AUSSI	VETRAZ MONTHOUX	Association Nous aussi Vétraz	Déficiences intellectuelles	24
APEI DU CHABLAIS	THONON LES BAINS	APEI de Thonon les Bains et du Chablais	Déficiences intellectuelles	14
OVE	FAVERGES	Fondation Œuvre Village d'Enfants	Déficiences intellectuelles	13
RESIDENCE LOUIS ROUGE	CLUSES	AFFISPPPI Nous Aussi Cluses	Déficiences intellectuelles Handicap psychique stabilisé	15

ESAT			
Nom de l'établissement	Commune	Déficiência	Capacité en nombre de places
LE PARMELAN	SEYNOD	Déficiência intellectuelle moyenne/ sévère	193
LA FERME DE CHOSAL	COPPONEX	Déficiência intellectuelle moyenne/ sévère	63
OVE	THONES	Déficiência légère et troubles associés	30
OVE	FAVERGES	Déficiência légère et troubles associés	30
LE FAUCIGNY	BONNEVILLE	Déficiência intellectuelle moyenne	145
LES HERMONES	THONON	Tous handicaps	170
LES ATELIERS DE NOVEL	ANNECY	IMC	96
PERSY CAT	PERS JUSSY	IMC, cérébro-lésés	
LE MONTHOUX	ANNEMASSE	Déficiência intellectuelle moyenne	166
LE MONT JOLY	SALLANCHES	Déficiência intellectuelle moyenne	65
LES CAMARINES	CRAN GEVRIER	Déficiência légère et troubles associés (dont atelier 5 places handicap psychique)	117 5
LE FORON	VILLE LA GRAND	Déficiência légère et troubles associés	51
L'ARVE	CLUSES	Déficiência légère et troubles associés	37
MESSIDOR	MEYTHET	Déficiência du Psychisme Déficiência Intellectuelle	41
MESSIDOR	AYZE		28
MESSIDOR	VILLE LA GRAND		25

SAMSAH				
Nom de l'établissement	Commune	Nom de l'association	Déficiência	Capacité en nombre de places
LE FIL D'ARIANE	SEYNOD	SYNAPS-CL 74	Handicap moteur Troubles cognitifs	34 (dont 3 boucles courtes)
APF	CLUSES	APF	Handicap moteur Troubles cognitifs	30
SAMSAH DU CHABLAIS	THONON LES BAINS	LADAPT	Handicap moteur Troubles cognitifs	30
SAMSAH A3A	ANNECY LE VIEUX	LADAPT	Autisme	20
OXYGENE	SALLANCHES	Espoir Haute-Savoie	Handicap psychique	20
OXYGENE	ANNEMASSE	Espoir Haute-Savoie	Handicap psychique	20
SAMSAH DU GENEVOIS	VILLE LA GRAND	Osez y croire	Handicap moteur Troubles cognitifs	30
LE BILBOQUET	SEYNOD	GAIA	Handicap psychique	39

SAVS				
Nom de l'établissement	Commune	Nom de l'association	Déficiences	Capacité en nombre de places
IMC	ANNECY	ADIMC	Infirmes moteurs cérébraux	26
AFPEI DU PAYS ROCHOIS ET DE LA VALLEE DE L'ARVE	LA ROCHE SUR FORON	AFPEI du Pays Rochois et du Foron	Déficiência intellectuelle	25
NOUS AUSSI	VETRAZ MONTHOUX	Association Nous aussi	Déficiência intellectuelle	21
LOUIS ROUGE	CLUSES	AFFISPPI	Déficiência intellectuelle Handicap psychique stabilisé	60
APEI DU CHABLAIS	THONON LES BAINS	APEI de Thonon les Bains et du Chablais	Déficiência intellectuelle	28
OXYGENE	ANNECY	Association Espoir Haute-Savoie	Handicap psychique	45
OXYGENE	THONON LES BAINS	Association Espoir Haute-Savoie	Handicap psychique	30
OXYGENE	ANNEMASSE	Association Espoir Haute-Savoie	Handicap psychique	28
OXYGENE	SALLANCHE	Association Espoir Haute-Savoie	Handicap psychique	30
ARCHIM'AIDE	ANNECY	Association Amitié Avenir	Déficiência intellectuelle	94 + 14 logt + 1 logt AT
APF	ANNECY/ GENEVOIS/ VALLEE ARVE	APF	Handicap moteur	45
APEI MONT BLANC	SALLANCHES	APEI du MONT BLANC	Déficiência intellectuelle	20

ANNEXE 13 : Liste des CHRS

CHRS				
Nom de l'établissement	Commune	Nom de l'association	Capacité en nombre de places	Public
CHRS Saint François d'Assise	ANNECY	GAIA	72 places dont 40 places en collectif et 32 en diffus	Homme seul ou femme seule entre 18 et 65 ans
CHRS La Traverse			30 places insertion dont 6 places dans le collectif (10 logements en diffus (studio, T1, T2) sur le bassin annécien).	Femmes, âgées de 18 à 65 ans, seules ou avec enfants de plus de 3 ans. Une place couple avec enfants.
CHRS ARIES	ANNEMASSE	ARIES	Regroupé chambre, regroupé studio / Diffus appartements du studio au T4 / CHRS Insertion = 34 places CHRS + urgence = 78 places	Tout public en très grandes difficultés sociales Familles et isolés (excepté femme isolée enceinte ou accompagnée d'un enfant de moins de 3 ans)
CHRS Foyer du Léman	DOUVAINE	Foyer Du Léman	Appartements individuels au sein d'une structure collective (studio au T4) en milieu rural. CHRS + urgence femmes avec enfants victimes de violence conjugale (42 places), un accueil mère-enfant (13 places)	Femmes avec enfants de plus de 3 ans, Femmes victimes de violences conjugales
CHRS Maison Coluche	AMBILLY	Restos du Cœur	15 places	Accueil public isolé majeur : hommes et femmes
CHRS La Passerelle (Diffus)	THONON LES BAINS	La Passerelle	40 places réparties en appartements du studio au T4, meublés, majoritairement à Thonon (dont un appartement ciblé USN/Hôpitaux du Léman)	Hommes seuls et couples avec ou sans enfants. Femmes seules ou accompagnées d'enfants de plus de 3 ans
CHRS La Margelle (Collectif)			15 places en regroupé au sein du collectif « La Margelle » réparties en chambres collectives et studios famille	
CHRS Les Bartavelles	BONNEVILLE	Les Bartavelles	CHRS + urgence (58 places)	Tout public : Hommes, femmes, familles à l'exception des femmes isolées enceintes et/ou accompagné d'enfant(s) de moins de 3 ans
CHRS Maison Saint Martin	CLUSES	Maison Saint Martin	CHRS regroupé. Etablissement de type collectif (20 chambres dont 12 chambres doubles et 8 chambres individuelles, réparties. Une chambre double est dédiée à l'accueil d'urgence – 2 places	Hommes isolés, de plus de 18 ans, sans animaux, dont la situation nécessite un hébergement et un accompagnement socio-éducatif global.
CHRS Espace Femmes (CHS)	GAILLARD, LA ROCHE SUR FORON, ANNECY	Espace Femmes	10 places Femmes victimes de violence Une maison et des appartements gérés en colocation / Pas d'orientation SIAO	Femmes victimes de violences au sein du couple, avec ou sans enfants
CHRS du Mont Blanc (CHS)	SALLANCHES	AATES	Capacité d'accueil de 10 places Logement en diffus (5 appartements partagés par 2 personnes)	Familles monoparentales, couples avec 1 enfant en bas âge, femmes enceintes, victimes de violences, toute personne majeure, en grande difficulté sociale, sans solution d'hébergement,

Précision : Concernant les Associations ARIES, les Bartavelles et le Foyer du Léman, il existe une convention de direction générale commune mais 3 associations distinctes.

ANNEXE 14 : Liste des dispositifs de logement accompagné

PENSIONS DE FAMILLE

Nom de l'établissement	Commune	Nom de l'association	Capacité en nombre de places	Public
Pension de famille Les Alpins	ANNECY	ADOMA	24 logements (26 places)	Public isolé en grande précarité, hommes et femmes (possibilité accueil couple)
Pension de famille La Belle Etoile	ANNECY	AATES	15 places (Logements accompagnés meublés, 15 logements pour personne seule.)	Hommes et femmes de plus de 40 ans à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont la situation sociale et psychique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire
Pension de famille Montoulivet	CLUSES		15 logements meublés de type T1	Public isolé de plus de 40 ans avec de faibles ressources, en situation d'exclusion, d'isolement avec une fragilité psychologique voir psychiatrique rendant impossible l'accès dans un logement ordinaire dans l'immédiat
Pension de famille Le Borne	SAINT PIERRE EN FAUCIGNY		16 logements meublés de type T1 ou T1bis	
Pension de famille Les Hutins	MONNETIER MORNEX	ARMEE DU SALUT	25 logements	Personnes isolées ayant de faibles revenus Public mixte de plus de 40 ans
Pension de famille L'Erable	DINGY EN VUACHE	HABITAT ET HUMANISME	16 logements ; 16 appartements au sein d'un petit village	

RESIDENCES ACCUEIL

Nom de l'établissement	Commune	Nom de l'association	Capacité en nombre de places	Public
Résidence Accueil Le Séséli	ANNECY	GAIA	20 appartements du T1 au T1 bis (1 personne par logement)	Personnes handicapées psychiques stabilisées, majeures de 18 à 65 ans, au faible niveau de ressources, en situation d'isolement ou d'exclusion sociale et suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis en tant que de besoin.
Résidence Accueil Les Allobroges	VILLE LA GRAND	Association Château Rouge	17 logements	Personnes fragilisées et handicapées par des troubles psychiques dont l'état est suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie semi-collective, suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif

BAUX GLISSANTS			
Nom de l'établissement	Commune	Nombre de baux glissants	Public
Baux glissants GAIA	Annecy	10	Ménages remplissant les conditions de solvabilité nécessaires pour l'accès au logement social concerné ; Demande de logement social enregistrée et en cours de validité ; Ménage relevant d'un niveau d'autonomie proche de l'accès à un logement de droit commun, mais dont certains obstacles ne permettent pas une attribution directe, dont la situation administrative permet une ouverture du droit APL et dont la gestion de la dette locative antérieure est engagée et respectée
Baux glissants ALFA3A	Annecy	20	Familles et personnes isolées qui sont reconnues prioritaires par la commission départementale de médiation en vue d'une offre de logement, issus de la population ROMS (Communauté Européenne) en amont et en aval des évacuations des campements illicites et des squats.
Baux glissants ARIES	ANNEMASSE	20	Personnes reconnues prioritaires DALO ayant bénéficié d'un diagnostic.
Baux glissants La Passerelle	THONON	12 + 2 baux glissants DALO	« Personnes et familles sans domicile ou éprouvant des difficultés particulières, en raison notamment de l'inadaptation de leurs ressources ou de leurs conditions d'existence, pour accéder par leurs propres moyens à un logement décent et indépendant » (LOI ALUR du 24.03.2014 – Art.30).
Baux glissants Maison St Martin	CLUSES	4	

Le dispositif « Bail Glissant » est un dispositif d'insertion par le logement. Il favorise l'accès au logement de droit commun des ménages en difficultés. Il sécurise et fluidifie le parcours résidentiel de l'hébergement vers le logement. L'accompagnement social dédié dans le cadre du dispositif s'inscrit dans un projet global d'insertion. Le bail glissant permet aux ménages d'entrer en logement ordinaire avec le statut de sous locataire, puis de devenir locataire en titre quand ils sont en capacité d'assumer les obligations résultant d'un bail. La mise en place d'un bail glissant favorise notamment le relogement des ménages reconnus prioritaires au titre du DALO en s'appuyant sur l'accompagnement du ménage dans le logement et la sécurisation du bailleur. Cette mesure vise à permettre l'évaluation de la personne dans sa capacité à tenir correctement un logement et à en assumer les charges.

A noter : les Baux glissants ARIES sont ceux utilisés pour l'expérimentation [Un Chez Soi D'abord](#) (page 93).

Résidence Sociale

- ✦ La Mélitte AATES
- ✦ Le Périmètre ADOMA
- ✦ Le Fier ADOMA
- ✦ Les Fins ADOMA
- ✦ Léonard de Vinci ADOMA
- ✦ André Gide ADOMA
- ✦ Gaston Rebuffat ALFA3A
- ✦ Le Logis de Novel SOLIHA
- ✦ Les Romains Commune Nouvelle
- ✦ Les Chanterelles AATES
- ✦ Le Salève – Le Parc ADOMA
- ✦ Les Allobroges AATES
- ✦ Les Clarines ADOMA
- ✦ Les Poses AATES
- ✦ Le Meunier AATES
- ✦ Clémenceau AATES
- ✦ Les Pouretelles AATES
- ✦ Montoulivet AATES
- ✦ Grange Neuve AATES
- ✦ Lionel Terray ALFA3A
- ✦ Henriette d'Angeville ALFA3A

Résidence Sociale Jeunes

- ✦ RS FJT La Tournette
- ✦ RS FJT Le Boutae
- ✦ RS FJT Le Novel
- ✦ FJT Les Compagnons du Tour de France
- ✦ RSJ Le Roset
- ✦ RS FJT Le Château Rouge

IML – Intermédiation Locative

- ✦ Habitat & Humanisme Annecy
- ✦ Résidence Intergénérationnelle Roger Socco
- ✦ Habitat & Humanisme Ville la Grand
- ✦ Habitat & Humanisme Thonon les Bains
- ✦ Habitat & Humanisme Arve Mont Blanc

ALT – Allocation Logement Temporaire

- ✦ Hébergement d'insertion du CCAS de Rumilly
- ✦ Logement ALT du CLLAJ Service Logement Mission Locale Jeunes
- ✦ Logement ALT du CCAS de Thonon Les Bains
- ✦ Communauté Emmaüs

