



DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE EN SANTE MENTALE

Loire-Atlantique

Contacts Acsantis :

Dr Dominique DEPINOY
Président
06 26 06 27 38
dominique.depinoy@acsantis.com

Gaëlle GIORDANO
Consultante
07 77 33 78 06
gaelle.giordano@acsantis.com

Contact Cekoïa :

Chrystelle CAMPAS
Manager
06 23 59 01 11
ccampas@cekoia.eu

SOMMAIRE

I.	Propos introductifs.....	4
II.	Contexte législatif et éléments méthodologiques.....	4
III.	Diagnostic partagé en santé mentale : principaux éléments de contexte	7
1.	Principales caractéristiques du territoire	7
a.	Indicateurs populationnels	7
b.	Indicateurs épidémiologiques.....	9
2.	Cartographie de l'offre en santé mentale : état des ressources	11
a.	Offre de prévention	11
b.	Offre de soins et d'accompagnement en psychiatrie	15
c.	Offre de santé de premier recours pouvant intervenir en santé mentale	32
d.	Offres médico-sociales en lien avec un public souffrant de troubles de la santé mentale	34
e.	Offre de santé spécialisée autour de la prise en charge des addictions	37
f.	Offre dédiée aux publics les plus vulnérables/ à risques	39
g.	Offre relative à l'insertion, la réinsertion	42
h.	Offre d'orientation, de coordination et d'intégration.....	44
i.	Représentation des usagers.....	46
IV.	Diagnostic partagé : principaux points de rupture et améliorations envisageables.....	48
1.	Repérage précoce et accès aux soins.....	48
a.	Difficultés rencontrées au moment du repérage.....	49
b.	Difficultés rencontrées pour faciliter l'accès aux soins	52
2.	Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence	59
a.	Difficultés rencontrées pour la gestion des situations de crise et dès les signalements.....	61
b.	Difficultés rencontrées au moment de la prise en charge des situations d'urgence	63
c.	Besoin partagé d'organiser le suivi post urgence	64
3.	L'accès à des soins somatiques.....	66
a.	Difficultés partagées pour assurer le suivi somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques par le 1 ^{er} recours : un besoin d'améliorer le lien ville - hôpital	66
b.	Une prise en charge globale des patients souffrant de troubles psychiatriques au sein des établissements généralistes à renforcer	68
c.	Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes suivies / hospitalisées en psychiatrie	70
4.	Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture en vue du rétablissement des personnes et de leur inclusion sociale	72
a.	Une offre de réhabilitation psychosociale limitée	72

b.	Une coordination entre les professionnels encore peu formalisée	74
c.	Des difficultés d'accès au logement pour les personnes souffrant de troubles psychiques ..	76
d.	Des difficultés d'accès à l'emploi pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques .	79
5.	Les populations aux besoins spécifiques.....	81
a.	Une articulation entre les acteurs du champ sanitaire et médico-social à renforcer dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap	81
b.	De forts enjeux autour des risques de rupture concernant les personnes âgées.....	82
c.	Un enjeu d'accès et de continuité de soins pour les personnes placées sous-main de justice / les jeunes suivis par la PJJ	83
d.	Un enjeu d'identification de l'offre destinée aux personnes victimes de psycho-traumatismes	84
e.	Des besoins de plus en plus importants autour des populations migrantes.....	85
f.	Des enjeux de formation des professionnels du champ de l'insertion dans l'accompagnement des personnes en situation de précarité ayant des problématiques en santé mentale.....	86
g.	Des difficultés à identifier des prises en charges adaptées pour les personnes ayant à la fois des conduites addictives et souffrant de troubles psychiques.....	86
h.	Les actions transversales à mettre en œuvre pour mieux accompagner les publics spécifiques	87
6.	La promotion des droits et les déterminants sociaux et environnementaux du bien-être.....	88
a.	Une stigmatisation importante des personnes avec des problématiques en santé mentale	89
b.	Renforcer l'accompagnement de l'utilisateur et de la famille lors du diagnostic et au long court	91
c.	L'association des usagers / des patients à généraliser.....	93
7.	La santé mentale des enfants	95
V.	Synthèse : feuille de route en vue de l'écriture du projet territorial de santé mentale	98
1.	Action socle.....	99
2.	Feuille de route par thématique	100
3.	Moyens transversaux nécessaires à l'atteinte des objectifs stratégiques.....	109
VI.	Glossaire.....	110
VII.	ANNEXE : Méthodologie de l'élaboration du diagnostic.....	112
1.	Comitologie.....	112
2.	Etude documentaire	113
3.	Conduite d'entretiens individuels	113
4.	Questionnaires.....	114
5.	Constitution de 7 Groupes de travail	114

I. PROPOS INTRODUCTIFS

La santé mentale est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition qui s'applique également à la santé mentale nécessite donc de s'intéresser à tout ce qui contribue au bien-être de la personne. Être en bonne santé mentale renvoie à l'aptitude des individus à affronter les frustrations et les conflits liés à la vie sociale, les conflits intrapsychiques facteurs d'angoisse, sans être déstabilisés, sans perdre leur aptitude à une harmonie personnelle ni à la jouissance d'un bien-être relationnel et social. Les facteurs sociaux, psychologiques et biologiques multiples déterminent en effet le degré de santé mentale d'une personne à un moment donné. De plus, les problèmes de santé mentale sont également associés aux éléments suivants : changement social rapide, conditions de travail éprouvantes, discriminations, exclusions sociales, mode de vie malsain, risques de violence ou de mauvaise santé physique, violations des droits de l'homme... Enfin, les troubles mentaux peuvent aussi être induits par des désordres biologiques.

Dans la région Pays de la Loire, il a été collectivement décidé que le territoire pertinent pour le PTSM serait le département, en cohérence avec les groupements hospitaliers de territoire.

Ce diagnostic partagé en santé mentale dans le département de la Loire Atlantique présente en première partie le territoire concerné, la typologie de ses habitants et les dispositifs et services existants pour répondre à la définition de la santé mentale, telle que proposée par l'OMS. La seconde partie présente les points de rupture identifiés et les orientations proposées pour effectivement améliorer la prise en charge de la santé mentale en Loire-Atlantique.

Ces travaux sont une première étape vers l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale (PTSM).

II. CONTEXTE LEGISLATIF ET ELEMENTS METHODOLOGIQUES

Le projet territorial de santé mentale (PTSM), dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées par des problèmes de santé mentale à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans ruptures, émane de la Loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 et a depuis lors été précisé par un décret d'application publié en juillet 2017 et une circulaire ministérielle publiée en juin 2018. Schématiquement, il est attendu d'un projet territorial de santé mentale les éléments suivants :

Loi de modernisation du système de santé (01/2016)

Définition législative de la politique de santé mentale

Un projet territorial de santé mentale, 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, est élaboré** et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale.

Décret relatif au PTSM (07/2017)

Identifie les thématiques prioritaires à traiter

Le **repérage précoce et l'accès aux soins et aux accompagnements**

Les **parcours de santé et de vie de qualité** et sans rupture en vue du rétablissement des usagers et leur insertion sociale

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

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

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

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux du mal-être.

Circulaire ministérielle (06/2018)

Vient préciser

- Les thématiques prioritaires
- La méthodologie de travail
- Les outils existants pour mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale

→ Constitution d'**une boîte à outils** présentant différents projets et dispositifs mis en place pour répondre aux enjeux du PTSM

Pour élaborer un projet territorial en santé mentale, la première étape est de partager un diagnostic territorial en santé mentale. L'implication effective des acteurs concernés par ce travail collectif, décloisonné, et l'appui de l'ARS, sont des conditions de réussite de la démarche. Par « acteurs », il est entendu aussi bien les professionnels hospitaliers des services de psychiatrie que des services somatiques, les acteurs médico-sociaux, de l'action sociale, de l'inclusion, les élus, les professionnels de soins primaires, les usagers et aidants, et leurs représentants...

Pour ce faire, la méthodologie suivante¹ a été adoptée par les acteurs du territoire de Loire Atlantique :

- Constitution d'un groupe projet composé d'acteurs de différents champs pour le suivi opérationnel du projet, qui s'est réuni à plusieurs reprises ;
- Mise en place d'un comité de pilotage pour proposer et valider les orientations du diagnostic, qui s'est réuni à reprises ;
- Entretiens exploratoires avec des membres du comité de pilotage, ainsi que l'ARS
- Constitution de 7 groupes de travail thématiques pour préciser les points de ruptures et travailler sur une feuille de route, qui se sont réunis à deux reprises :
 - Le repérage précoce et l'accès aux soins
 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence
 - L'accès aux soins somatiques
 - Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture en vue du rétablissement des personnes et de leur inclusion sociale
 - Les Populations aux besoins spécifiques
 - La promotion des droits et les déterminants sociaux et environnementaux du bien-être
 - La santé mentale de l'enfant

¹ Méthodologie détaillée en annexe et présente notamment les participants aux différentes instances et groupes de travail.

Remarque : La pédopsychiatrie dans le 44 a déjà fait l'objet d'un diagnostic et d'un plan d'actions détaillé entre 2016 et 2018. Le 7^{ème} groupe de travail avait pour objet de capitaliser le travail fait et d'identifier les éventuels manques.

- Diffusion de 5 questionnaires à l'ensemble des acteurs du territoire (professionnels hospitaliers, libéraux, de l'inclusion sociale, du médico-social et un questionnaire à destination des aidants et des usagers).

Le diagnostic partagé a été réalisé entre février et juillet 2018, pour une présentation en première intention au comité de pilotage en septembre 2018, avant remise officielle à l'ARS Pays de La Loire.

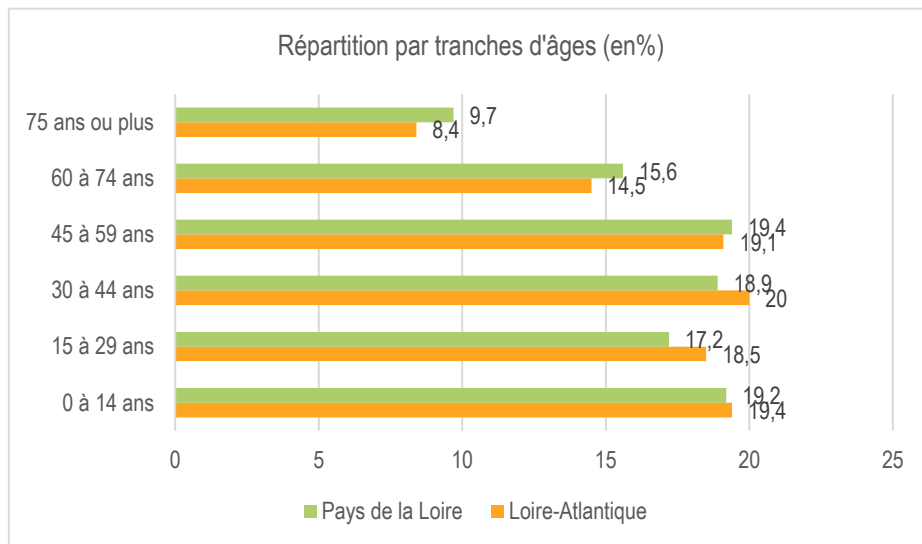
III. DIAGNOSTIC PARTAGE EN SANTE MENTALE : PRINCIPAUX ELEMENTS DE CONTEXTE

1. PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE²

a. Indicateurs populationnels

Le département, composé de 208 communes, recense en 2015 1 365 227 habitants et bénéficie d'un fort dynamisme démographique sur l'ensemble du territoire. Plus de la moitié des habitants sont domiciliés à Nantes métropole. La population est relativement jeune (près de 57% des habitants ont moins de 45 ans).

En 2015, la répartition par tranches d'âges est la suivante :



Source : données INSEE 2015, mise en forme Acsantis – Cékoïa

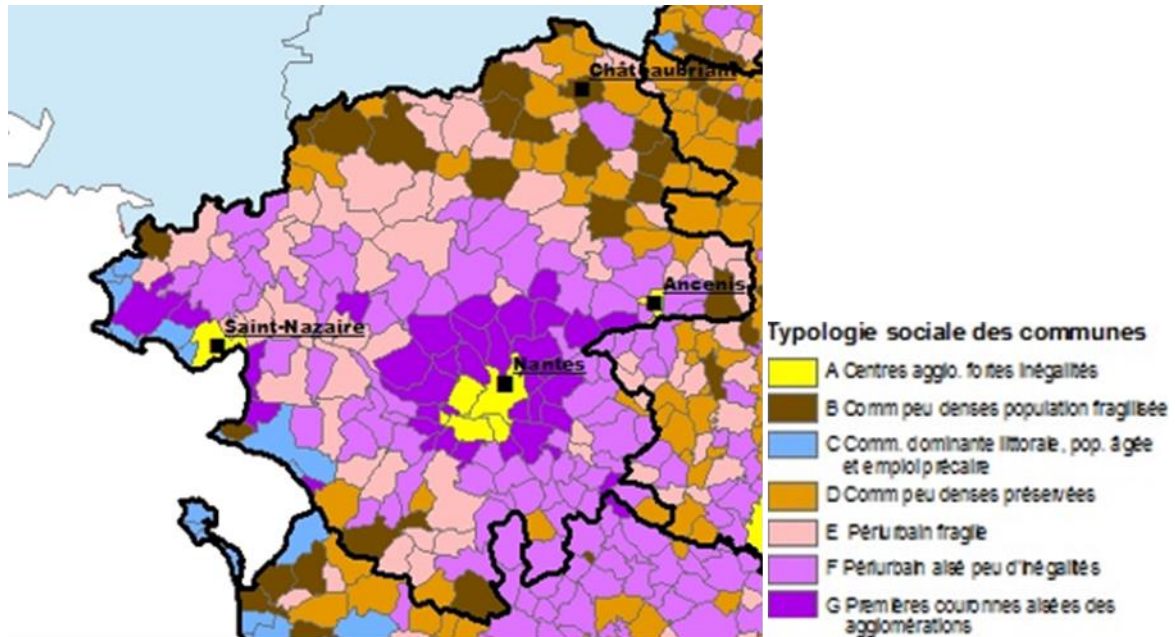
² Pour la partie présentant les caractéristiques du territoire, nous reprenons pour partie des éléments du diagnostic élaboré dans le cadre de la mise en place du groupement hospitalier du territoire. Cette partie est volontairement succincte, eu égard du travail déjà réalisé par le groupement hospitalier de territoire.

Les **déterminants sociaux-économiques** sont plutôt favorables, bien que des **disparités importantes** existent en **infra territoire** (entre les zones urbaines et rurales d'une part, en intra zones urbaines d'autre part).

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région	France métro
Taux de chômage	7,8	8,7	6,3	9,2	7,4	8,0	9,3
Population de 15 ans et plus non scolarisée	944 053	567 376	224 334	416 737	492 855	2 645 356	47 378 128
Population de 15 ans et plus non scolarisée de bas niveau de formation (aucun diplôme, cep, bepc, brevet des collèges)	242 879	192 436	84 919	147 962	166 700	834 896	14937 200
Part des 15 ans et plus de bas niveau de formation (aucun diplôme, cep, bepc, brevet des collèges) parmi les 15 ans et plus non scolarisés en %	25,7	33,9	37,9	35,5	33,8	31,6	32,2
Part des 15 ans et plus de haut niveau de formation (bac+2 et plus) parmi les 15 ans et plus non scolarisés en %	29,7	23,6	19,1	20,0	19,3	24,0	27,1
Taux de couverture des ménages par le RSA global (en %)	7,1	6,6	4,3	6,7	4,6	6,2	8,2
Bénéficiaires CMU de base (régime 806)	18 305	12 497	2 920	11 817	4 521	50 060	1,524,897
Bénéficiaires CMUC Cnam	49 929	33 934	10 383	30 470	15 985	140 701	3 846 917
Bénéficiaires CMUC organisme complémentaire	17 560	8 332	2 822	7 206	6 262	42 182	490 267
Nombre et % de bénéficiaires de l'APA	21 698	12 523	6 034	10 836	13 257	64 348	1 211 092
Taux de bénéficiaires de l'APA parmi les personnes de 75 ans et plus (en %)	19,1	16,4	17,8	18,0	18,4	18,1	20,3
Nombre de foyers allocataires AAH	19 632	10 627	3 613	7 458	8 797	50 127	993 677
Part des ménages couverts par l'AAH (en %)	3,4	3,1	2,7	3,0	3,1	3,2	3,6

Source, ARS Pays de La Loire, Insee, RP 2014 ; Cnamts Ameli - 31/12/2016 ; 2015 (Cabestan - COMPAS)

Ci-dessous, la cartographie présente les typologies sociales des communes, et démontre la fragilité du Nord / Nord Est du département :



Source : ARS PdL

b. Indicateurs épidémiologiques

Les indicateurs épidémiologiques témoignent d'une **moins bonne espérance de vie à la naissance dans le département, en comparaison avec les autres départements de la région, et de la région.** En outre, à l'image des ratios régionaux et de ceux des autres départements, les hommes ont une espérance de vie à la naissance inférieure à celle des femmes.

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région	France
Espérance de vie à la naissance							
Hommes	78,6	79,8	79,6	78,8	79,2	79,1	79
Femmes	85,7	85,8	85,6	85,1	85,6	85,6	85,1
Espérance de vie à 20 ans							
Hommes	59	60,3	60	59,4	59,8	59,6	59,6
Femmes	66,1	66,2	65,7	65,3	65,9	65,9	65,6
Espérance de vie à 40 ans							
Hommes	40,4	41	41,2	40,3	40,5	40,4	40,4
Femmes	45,5	46,6	46,1	45,8	46,2	46,3	49,9
Espérance de vie à 60 ans							
Hommes	22,5	23,5	23,6	23,1	23	23	22,9
Femmes	27,6	28	27,5	27,4	27,4	27,6	27,4
Taux bruts de décès pour 100 000 habitants, toutes causes confondues	767,7	782,4	895,3	922,2	957	839,4	849,1

Sources : ARS PdL - Cnamts ameli 2015

Concernant plus spécifiquement la santé mentale, le département connaît **le taux de suicides pour 100 000 habitants le plus faible de la région** (14,8 pour 100 000 habitants quand il est par exemple en Sarthe de 23,8 pour 100 000 habitants). Ce taux est néanmoins **au-dessus de la moyenne nationale, qui est de 13,8 pour 100 000 habitants**. De même, **le département a l'une des plus faibles prévalences (après le Maine-et-Loire) en nombre de personnes en affection longue durée pour des troubles mentaux sur le territoire** (1991 pour 100 000 habitants du régime général quand ce taux s'élève à 2625 pour 100 000 habitants en Mayenne).

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région	France
Taux bruts de décès pour 100 000 habitants, suicides	14,8	14,9	20,8	23,8	20,6	17,7	13,8
Nombre d'ALD troubles mentaux (ALD n° 23)							
<i>Incidence 2015 régime général (nouveaux cas)</i>	2 390	1 030	600	990	1 090	6 100	130 640
<i>Prévalence 2015, régime général (cas présents)</i>	23 410	11 660	6 280	10 570	11 030	62 950	1 245 340
<i>Taux standardisés de prévalence 2015 pour 100 000 hbts régime général (cas présents)</i>	1 991	1 791	2 625	2 175	1 972	2 020	2 111

Sources : ARS Pdl - Cnamts ameli 2015

2. CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE EN SANTE MENTALE : ETAT DES RESSOURCES

a. Offre de prévention

La prévention en santé mentale est une thématique investie par les acteurs du territoire par plusieurs voies :

Signature de contrats locaux de santé (CLS) sur le département

Les contrats locaux de santé signés au niveau du territoire sont des lieux d'instance et de discussion qui structurent l'organisation territoriale et intègrent tous la question de la santé mentale. Par la réunion et la coordination des différents acteurs, souvent à l'échelle d'une commune ou d'une communauté de commune, ils sont des leviers pour conduire collectivement des actions de prévention sur des thématiques ciblées et prioritaires, répondant aux besoins de la population de l'infra territoire concerné. A ce jour, les territoires de Nantes, St Nazaire, Pays de Redon Bretagne Sud ont signé un contrat local de santé.

- Le CLS de Nantes, signé en 2012, avait dans ses objectifs d'impulser des actions en santé mentale, de faire émerger un conseil local de santé mentale et de réaliser une enquête santé mentale en population générale d'une part, d'autre part d'améliorer la prise en charge des situations individuelles à Nantes (définir en lien avec le pôle psychiatrique les modalités pour une meilleure prise en charge des situations individuelles).
- Le CLS de Saint Nazaire, signé en 2015 pour la période 2015-2018, a mis dans ses actions la réalisation d'un diagnostic approfondi sur les thématiques des addictions et de la santé mentale. Cette action est portée par la coordination santé-ville. Porté par le conseil départemental, l'une des actions du CLS a également comme objet de renforcer les liens entre les professionnels dans le champ de la précarité, de l'insertion et de la santé. Après échange avec l'ARS, la collectivité de St Nazaire a fait le choix de reconduire son CLS jusqu'en 2020, et d'intégrer dans les actions prioritaires la thématique de l'addictologie et, plus particulièrement, de l'alcool.
- Le CLS du Pays de Redon Bretagne Sud, signé en 2015 avec l'ARS Bretagne et l'ARS Pays de la Loire, s'est également fixé des objectifs en termes de prise en charge des addictions et de la santé mentale. Dans son axe « prévenir et prendre en charge les conduites à risque », l'une de ses actions envisage la mise en place un conseil local en santé mentale.

Mise en place de conseils locaux de santé mentale

Les conseils locaux de santé mentale sont des plateformes qui permettent, par la coordination des acteurs, d'identifier les problématiques, de les travailler collectivement et de ce fait d'agir sur le champ de la prévention.

- A ce jour, seul un Conseil local de santé mentale a été mis en place à Nantes. Ce CLSM a pour objectif de pérenniser la dynamique de réseau existante sur ce territoire tout en s'assurant d'associer les différents acteurs agissant sur le champ de la gouvernance de manière structurée et formalisée. Préalablement à sa mise en place, une enquête « santé mentale en population » a été réalisée, en partenariat entre la ville de Nantes et le CHU. Le suicide des jeunes et les addictions ont été les priorités d'actions relevées (du fait d'une surmortalité sur ce territoire). La question du logement a également été pointée. Aujourd'hui, ce CLSM, dont la gouvernance a été définie, associe les tutelles, les acteurs du logement, la MDA, des représentants des centres d'hébergement, le CCAS, la maison tranquillité et hygiène, des représentants de la police et de la gendarmerie. Ce CLSM couvre 22% de la population du département. Il propose des actions de préventions notamment au travers du groupe Adolescents, spécifiques pour ce public.
- D'autres projets sont en cours sur le territoire : un CLSM pourrait voir le jour à Pontchâteau (le CHS de Blain est investi dans ce projet), à Rezé, à Bouguenais et à Vertou par exemple. La ville de St Nazaire a, quant à elle, fait le choix de ne pas mettre en place de CLSM, en raison de l'organisation préexistante sur son territoire et de la place donnée à son CLS, qui porte des actions de santé mentale. En effet, les acteurs travaillent déjà en réseau, même si c'est de manière informelle. Le tissu associatif local est très mobilisé sur les différents champs permettant l'inclusion de la personne dans la cité. Un projet de CLSM est en cours de mise en place sur le territoire Sud Loire avec les élus du vignoble (Vallet, Clisson) en lien avec le groupe de prévention du suicide (GPS) issu d'une mobilisation citoyenne et politique depuis 2005.

Actions de prévention dédiées sur la thématique de la santé mentale

De nombreuses actions de prévention ont été déployées dans le cadre d'appels à projet, soit dans le cadre de conventions avec les opérateurs en prévention et promotion de la santé, soit dans le cadre de la contractualisation avec les établissements de santé (lutte contre le suicide). Les actions relatives à la santé mentale représentent un quart des actions de prévention menées ou prévues en 2016, 2017 et 2018 (soit 44 sur 202) selon la base de données OSCARS³. Des actions sont identifiées comme par exemple l'outil « Stopblues » expérimenté depuis 2017 à Nantes pour prévenir le risque suicidaire, ou encore des initiatives portées par le réseau Maison des adolescents (MDA) à Nantes et à Saint-Nazaire sur l'éducation à la santé, ou l'association A2C44 (Association Coopération Coordination Handicap Psychique Loire-Atlantique). La création du groupe de prévention du suicide (GPS) depuis 2005 avec un réseau de sentinelles formées au repérage de la crise suicidaire en lien avec les services de santé a également été créé. Un annuaire recensant les acteurs ressources en Pays de la Loire dans la lutte contre le suicide a été élaboré et est actualisé chaque année.

33 actions autour des conduites addictives ont également été menées ou prévues en 2016, 2017 et 2018.

Enfin, les programmes d'éducation thérapeutique sont de plus en plus nombreux, avec un total de dix programmes autorisés par l'ARS (principalement portés par les établissements hospitaliers).

Par ailleurs, des actions sont réalisées en périnatalité pour renforcer les compétences parentales, (programme PANJO : programme de la santé et de l'Attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents : outil de renforcement des services de PMI) et des actions en milieu scolaire au niveau du premier degré visant à développer les compétences psycho-sociales sont proposées.

³ <http://www.oscarsante.org/pays-de-la-loire>

Les acteurs investissent la Semaine d'information en santé mentale sur l'ensemble du département.

Un groupe « Entente SISM Atlantique-Ouest » est constitué pour porter cette action à une échelle territoriale. En Loire-Atlantique, ce groupe couvre les secteurs des hôpitaux de Blain, de St Nazaire, une partie du secteur de Nantes et de Daumezon. Il est composé d'usagers et de familles (via les GEM le Pacifique, Les 4 As, l'UNAFAM, l'association soignants – soignés Alliance, des hôpitaux de Blain, Saint Nazaire et Bouguenais (et les secteurs qu'ils desservent), d'associations du département (A2C44, Pas à Pas, ReVivre, ADAR, Silapsy, Une famille un toit, Les amis de Raymond, La Mano de Nozay, les Pieds dans le Paf), des instances municipales (mairies, médiathèques, MJC), du conseil départemental⁴.

La ville de Nantes participe également à cette semaine de sensibilisation via le CLSM, en partenariat avec des acteurs locaux (associations locales, UNAFAM, CHU, GEM le Nouveau Cap, réseau local de santé de Nantes Nord, Epsilon, Res'PPI, association CAP, MGEN, Ecole des parents, UDAF, Réseau ABELA, CCAS, Point Info Parents, SAVS Quai de l'Espoir, Association Vie Toit 44, Les Utopiafs, l'Îlot Familial, collectif parentalité de Beaulieu).

En 2016, 31 actions avaient été conduites dans le cadre de cette semaine de prévention dans le département.

Des temps de sensibilisation sont également organisés à destination de professionnels dans le cadre de journées animées par le RÉHPSY et Psycom.

Actions de formations auprès des acteurs

Des formations sont proposées aux professionnels sur la question de la santé mentale. Cela peut être par le biais de l'IREPS, de l'ARS, de psychiatres, de CHS (par exemple, le service de formation du CHS de Blain) ou d'acteurs locaux (CRESERC, Crehpsy, Unafam).

A titre d'exemple, des sessions de formation ont été organisées par le Pôle de psychiatrie du CH de Saint Nazaire sur la prévention des crises suicidaires. Elles étaient à destination aussi bien des professionnels de santé que sur sollicitation de collectivités pour des agents.

Le Centre Hospitalier Georges Daumézon en lien avec l'ARS avec l'unité de prévention du suicide est engagé depuis 2002 sur la formation au repérage de la crise suicidaire, plus de 1000 personnes ont été formées dont plus d'une centaine de médecins généralistes, notamment dans le cadre des formations médicales continues et des consultations avancées dans les MSP.

Des associations mobilisées sur ce champ sur le territoire

De nombreuses associations sont présentes sur le territoire, dans le champ de la prévention. S'il n'est pas possible de faire preuve d'exhaustivité, ont été cités spontanément :

- Association APUIS, à St Nazaire
- Le réseau RAPPEL, pour l'addictologie
- Les Eaux vives
- L'Etape
- ReVivre
- L'Unafam
- Etc.

⁴ <http://esao.strikingly.com/>

Zoom sur l'offre de prévention à destination des enfants et adolescents⁵

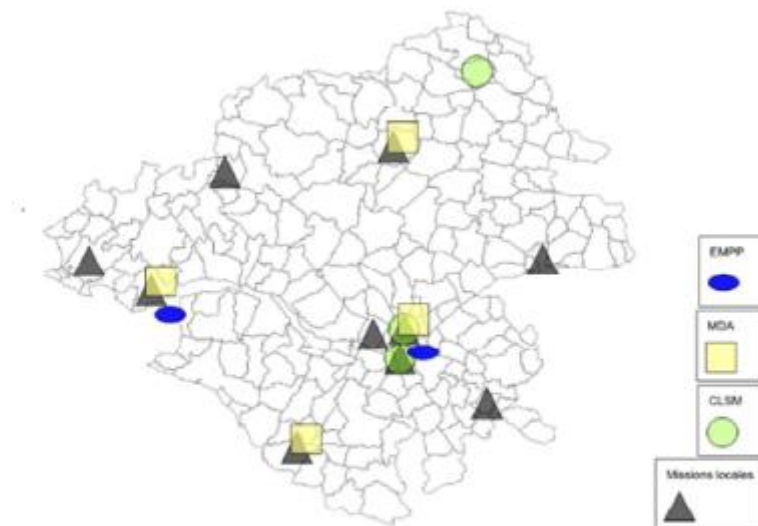
L'offre de prévention est diversifiée :

- Présence d'une offre de prévention en direction des jeunes, avec **17 missions locales dont 8 sur Nantes**. Ces missions locales jouent un rôle de prévention et de repérage en direction des jeunes de 16 à 25 ans.
- **Le réseau MDA** porté par les structures de Nantes et de Saint Nazaire et avec les antennes au Nord et au Sud du département.
 - Lieu à destination des adolescents
 - Réseau d'échanges et de réflexion entre professionnels
- Le **réseau ESPACE** porté par le CHU de Nantes (journée portes-ouvertes et colloque sur la santé des adolescents mai 2017/mai 2018).

La répartition sur le territoire de l'offre de prévention révèle des zones moins dotées en particulier :

- Le Sud du département
- La zone périphérique au Nord de Nantes.

Répartition de l'offre de prévention sur le département



Carte réalisée par le Cabinet Mazars

*Les missions locales sur Nantes ne sont représentées que par un icône
Nota Bene. Les MDA hors Nantes et Saint Nazaire sont des antennes
(permanences mobiles)*

⁵ Extrait de l'audit conduit par le cabinet Mazars, porté par le GCS Psychiatrie 44.

b. Offre de soins et d'accompagnement en psychiatrie

La psychiatrie adulte

L'offre libérale en psychiatrie

Au regard des données, le département de Loire Atlantique est relativement bien doté en offre de psychiatrie libérale. En effet, on compte 39,7 psychiatres pour 100 000 habitants, quand ce ratio est de 27,1 au niveau national. Il est également le plus élevé de la région (en Vendée, il est de 20,1, 25,1 dans le Maine-et-Loire, 13,5 dans la Sarthe et 11,4 en Mayenne). Toutefois, ce ratio n'est pas sans cacher d'importantes disparités au niveau des infra territoires. L'offre de psychiatrie libérale sur le département est, à l'instar du premier recours, très inégalement répartie – les psychiatres libéraux étant quasiment tous installés à Nantes. Un psychiatre est également installé à Guérande. Sur le Nord du département, qui dépend de Blain, seul un psychiatre libéral est encore en exercice (à Chateaubriant) et devrait prendre sa retraite dans moins de trois ans. Il n'a à ce jour pas de remplaçant identifié. Sur le Sud Loire, la problématique est similaire, que ce soit sur les secteurs de G. Daumezon ou de Saint Nazaire. A noter toutefois que la clinique de Guérande permet d'offrir une offre de psychiatrie sur ce territoire, en dehors du service public hospitalier.

Par ailleurs, des départs à la retraite sont à anticiper : en effet, plus de la moitié des psychiatres ont plus de 55 ans sur le département (58,3% en 2016).⁶ A cet effet, des praticiens hospitaliers ont d'ores et déjà fait le choix de s'installer en libéral (3 rien que sur Nantes).

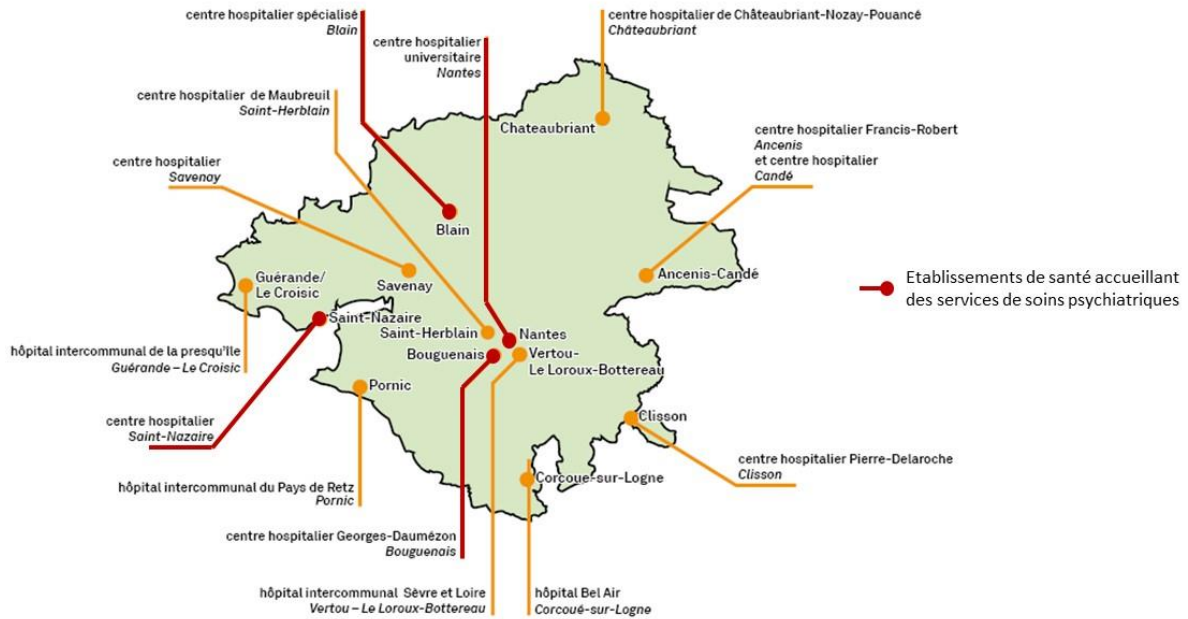
En 2014, sur le département, 77,4% des psychiatres exerçaient en secteur 1, soit un taux supérieur à la moyenne nationale (66,8%).

Au total, dans le département, 122 psychiatres proposent des consultations et plus de la moitié sont installés à Nantes (76/122). Parmi les psychiatres exerçant à Nantes, les 2/3 proposent des honoraires sans dépassement. A noter que certains ont une activité mixte, à la fois libérale ou salarié.

L'offre hospitalière en psychiatrie

Sur le territoire, quatre hôpitaux publics proposent des unités de soins en psychiatrie sur le territoire : le CHU de Nantes, le CH de Saint Nazaire, le CHS de Blain et le CHS de G. Daumezon. La carte ci-dessous présente les établissements membres du groupement hospitalier de territoire. En rouge sont précisés ceux qui bénéficient d'unités de soins en psychiatrie.

⁶ Cartos@nté, Atlas de la santé mentale.



Source : GHT 44

Cette offre est complétée par une offre privée, non sectorisée :

- La Clinique du Parc du groupe RAMSAY GDS, à Nantes (lits d’hospitalisation complète, sismothérapie, places de Jour et de CATTP, prise en charge avec programme de Pleine conscience, sismothérapie en ambulatoire, 10 cabinets de consultation externe),
- La Clinique de la Brière, à Guérande (lits d’hospitalisation complète, sismothérapie et stimulation magnétique transcrânienne, places de Jour, places d’hospitalisation de nuit, 5 cabinets de consultation externe).
- Pour les 18 – 35 ans souffrant de troubles psychiques, l’association Psy’Activ propose une offre de soin graduée et déclinée au sein de cinq services entre Carquefou et le Sud Loire :
 - Une unité d’accueil, d’évaluation et d’orientation (46 lits d’hospitalisation temps plein, 7 jours sur 7
 - Un hôpital de semaine (31 lits d’hospitalisation, du lundi au vendredi)
 - Des appartements thérapeutiques (10 places dans 10 logements individuels, au cœur de la ville)
 - Un accueil de jour en atelier thérapeutique (10 places)
 - Un service d’évaluation et d’accompagnement professionnel.

Personnels concourant à l'activité de psychiatrie au sein des établissements, sur le département

De manière générale sur le département, **les densités de médecins psychiatres et pédopsychiatres sont inférieures à celles constatées à l'échelle nationale**. Cela est **particulièrement probant en ce qui concerne la pédopsychiatrie**, avec, sur le département, une densité de 0,2 pédopsychiatres pour 100 000 habitants, quand elle est de 0,3 à l'échelle régionale et de 0,8 à l'échelle nationale.

Par ailleurs, le turnover annuel des professionnels, notamment médecin, est un vrai problème ressenti sur le territoire.

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région	France métro
Effectif psychiatres libéraux + mixtes <i>DIAMANT janv-2017 (hors internes et remplaçants)</i>	120	67	16	25	16	244	6 198
Densité psychiatres libéraux + mixtes <i>DIAMANT janv-2017 (hors internes et remplaçants)</i>	9,3	8,5	5,2	4,4	2,5	6,8	9,5
Effectif psychiatres salariés <i>DIAMANT janv-2017 (hors internes et remplaçants)</i>	200	119	27	50	51	445	10 390
Densité psychiatres salariés <i>DIAMANT janv-2017 (hors internes et remplaçants)</i>	15,4	15,1	8,8	8,8	7,9	12,4	16
Effectif pédopsychiatres libéraux + mixtes <i>DIAMANT janv-2017 (option enfant & adolescent SM43 - hors internes et remplaçants)</i>	0	5	2	1	0	8	295
Densité pédopsychiatres libéraux + mixtes <i>DIAMANT janv-2017 (option enfant & adolescent SM43 - hors internes et remplaçants)</i>	0	0,6	0,7	0,2	0	0,2	0,5
Effectif pédopsychiatres salariés <i>DIAMANT janv-2017 (option enfant & adolescent SM43 - hors internes et remplaçants)</i>	3	3	2	1	3	12	508
Densité pédopsychiatres salariés <i>DIAMANT janv-2017 (option enfant & adolescent SM43 - hors internes et remplaçants)</i>	0,2	0,4	0,7	0,2	0,5	0,3	0,8



Plus spécifiquement sur le département, le personnel médical travaillant en établissement spécialisés en psychiatrie est le suivant :

	Psychiatres			Autre personnel médical		
	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels
Psychiatrie générale	110	25	91,30	12	6	13,50
Psychiatrie infanto-juvénile	27	15	31,73	1	1	0,55
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	7	-	4,10	-	-	-
Total psychiatrie	144	40	127,13	13	7	14,05
Psychiatrie générale	68	10	55,73	5	4	4,75
Psychiatrie infanto-juvénile	7	1	4,35	-	1	0,10
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	-	-	-	-	-	-
Total psychiatrie en unité d'hospitalisation temps plein	75	11	60,08	5	5	4,85

Source : ARS, SAE 2016, Département 44

A noter :

- S'il n'existe pas de garde senior en psychiatrie, les 4 établissements publics ont mis en place un système d'astreinte. Les établissements de Nantes et St Nazaire proposent un service d'urgences psychiatriques spécifiques, pour accueillir ce public. Pour ce qui concerne la pédopsychiatrie, une astreinte est organisée entre Blain, G. Daumezon et Nantes, aux urgences du CHU de Nantes.
- La majorité des psychiatres en psychiatrie générale exerce en psychiatrie générale – i.e. en unité d'hospitalisation et en CMP (plus de 60% d'entre eux), taux similaire pour le personnel non médical (environ 60%).

Les capacités d'accueil en psychiatrie sur le département sont les suivantes, au 31 décembre 2016 :

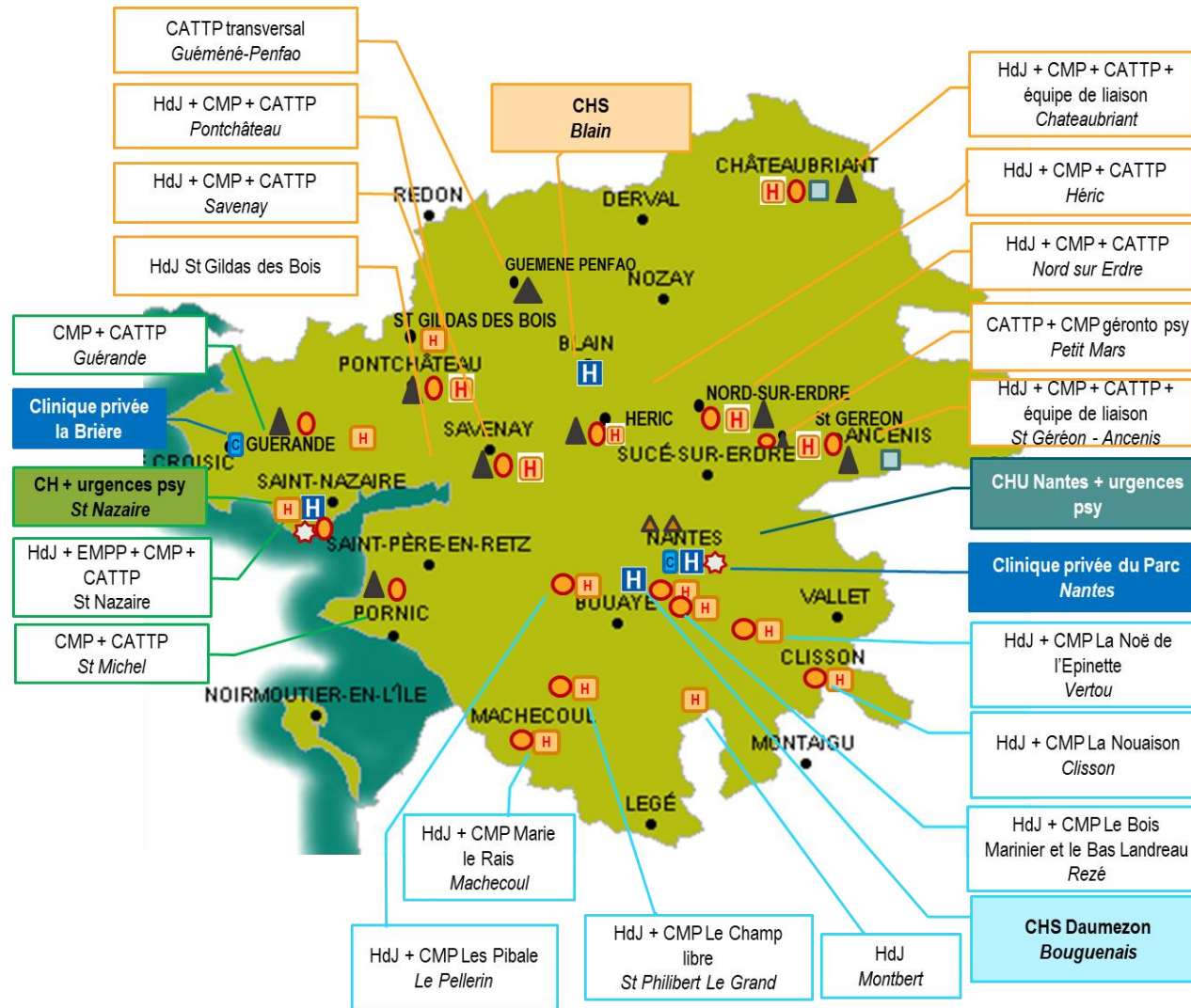
	Prises en charge à temps complet						Nombre de places	
	Nombre de lits ou places installés au 31/12/16						Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit
	Hospitalisation à temps plein	Placement familial thérapeutique	Accueil en appartement thérapeutique	Accueil en centre de post cure	Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences (*)	Hospitalisation à domicile		
Psychiatrie générale 44	775	106	9	107	5	-	391	33
Psychiatrie infanto-juvénile 44	15	22			-	-	196	-
Psychiatrie en milieu pénitentiaire 44	-						20	
Total psychiatrie (calculé)	796	128	9	107	5	-	607	33

Concernant la prise en charge ambulatoire, l'offre est la suivante, au 31 décembre 2016 :

	CAPACITES			ACTIVITE						
	Nombre de structures			Nombre d'actes, soins et interventions :						
	CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie		CATTP	CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie	CATTP	A domicile ou en institution substitutive au domicile	En établissement social ou médico-social	En unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence)	En établissement médico-éducatif/PMI/en milieu scolaire	Dans le cadre d'une USMP d'un hop général
Structures ouvertes moins de 5 jours par semaine	Structures ouvertes 5 jours ou plus par semaine									
Psychiatrie générale	-	31	16	154 185	35 438	26 516	4 109	10 974	3	
Psychiatrie infanto-juvénile	5	21	10	95 101	8 348	2 556	254	4 501	1 069	
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	-	1	-		-	-				15 391
Total psychiatrie (calculé)	5	53	26	249 286	43 786	29 072	4 363	15 475	1 072	15 391

Source : ARS, SAE 2016, département 44

Cartographie de l'offre en psychiatrie hospitalière adulte sur le territoire

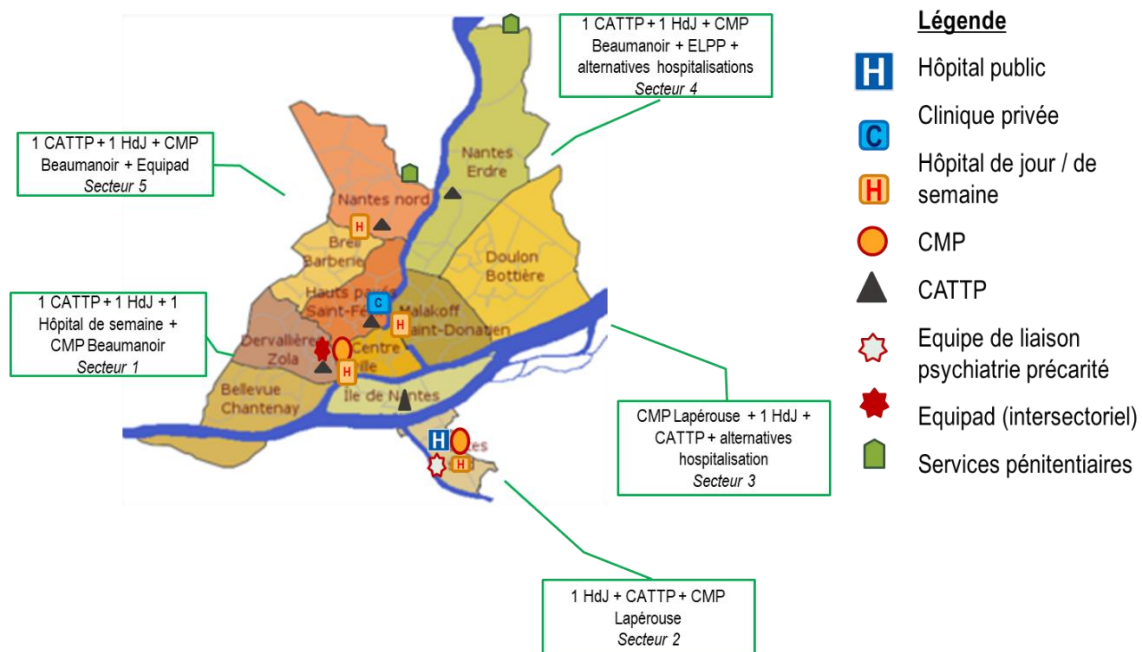


Zoom sur l'offre publique de psychiatrie adulte, organisée sur 14 secteurs.

	CHS de Blain	CHS Daumezon	CHU de Nantes	CH Saint Nazaire
Nombre de secteurs	3 secteurs	3 secteurs	5 secteurs	3 secteurs
Offre ambulatoire (CMP, Hôpital de jour, CATTp)	<p>6 CMP, soit 2 CMP par secteur, où sont généralement localisés les CATTp et l'hôpital de jour</p> <p>Secteur Est : CMP à Nord sur Erdre et à St Géréon, CMP spécifique personnes âgées à Petit Mars, HDJ transversal situé à Blain, CATTp transversal à Nord sur Erdre</p> <p>Secteur Ouest : CMP et HDJ à Savenay et Pontchâteau, HDJ à St Gildas des Bois, CATTp à Guéméné Penfao</p> <p>Secteur Centre : CMP/HDJ/CATTp et CMP spécifique aux personnes âgées (SMV) à Châteaubriant et à Héric</p>	<p>7 CMP pour les 3 secteurs</p> <p>Pôle 44G06 : 3 CMP, 4 HdJ CMP + HdJ Le Bois Marinier - Rezé, CMP + HdJ Les Pibale Le Pellerin CMP + HdJ Marie le Rais à Machecoul</p> <p>1 hôpital de jour à Montbert</p> <p>Pôle 44G07 : 2 CMP, 2 HdJ CMP + HdJ le Bas Landreau, Rezé</p> <p>CMP + HdJ le Champ libre, St Philibert le Grand</p> <p>Pôle 44G08 : 2 CMP, 2 HdJ CMP + HdJ la Noë de l'Épinette, Vertou CMP + HdJ la Nouaison, Clisson</p>	<p>2 CMP qui regroupent les 5 secteurs</p> <p>CMP Beaumanoir : pour les secteurs 1, 4 et 5</p> <p>CMP la Pérouse (transitoirement sur le site de St Jacques) pour les secteurs 2 et 3</p> <p>En plus des CMP :</p> <p>Secteur 1 : 1 CATTp + 1 HdJ Secteur 2 : 1 CATTp + 1 HdJ Secteur 3 : 1 CATTp + 1 HdJ Secteur 4 : 1 CATTp + 1 HdJ Secteur 5 : 1 CATTp + 1 HdJ</p> <p>Unité Espace : 3 places d'HdJ Et des places d'HdJ sur site, en intra hospitalier.</p>	<p>3 CMP, soit un sur chaque secteur</p> <p>Secteur 1 : CMP intersectoriel à St Nazaire + Un CMP intersectoriel, le Sémaphore</p> <p>Secteur 2 : CMP à Guérande – a en son sein un CATTp</p> <p>Secteur 3 : CMP à St Michel – a en son sein un CATTp</p> <p>Les unités d'hospitalisation de jour sont intersectorielles et regroupées sur le site de St Nazaire.</p>
Organisation des CMP	<p>CMP ouverts du lundi au vendredi de 9h00 à 17h15</p> <p>Consultations médicales programmées jusqu'à 19h00</p> <p>Visites à domicile organisées sur indication médicale</p>	<p><i>Sera à préciser dans le cadre des travaux du PTSM</i></p>	<p>CMP ouverts du lundi au vendredi de 8h00 à 19h00</p> <p>Visites à domicile possibles, sur indication médicale</p> <p>Initialement ouverts le samedi, mais service qui a été suspendu car peu de consultations de programmées sur ce créneau.</p>	<p>CMP ouverts du lundi au vendredi, de 9h00 à 18h00, avec des consultations médicales programmées jusqu'à 19h30</p> <p>Délais de 2 à 3 mois minimum pour un rendez-vous médical</p>

<p>Unités intersectorielles</p>	<p>Unité de soins d'addictologie L'ESACABELLE (CMP, HDJ, CATTP) basée à Blain</p> <p>Unité d'admission en court séjour pour des personnes âgées de plus de 65 ans (APSA)</p> <p>Service d'accueil familial thérapeutique pour adultes, à vocation départementale (105 places)</p>	<p>Espace d'accueil et de soins en Santé Mentale Giverny, Vertou.</p> <p>CAPSI : Centre d'Accueil Psychologique Intersectoriel. Accueil de crise ouvert de 8 h 45 à 19 h toute l'année, Vertou</p> <p>Fédération de Santé Publique, Bouguenais :</p> <p>Equipe de prévention du suicide Equipe d'addictologie Equipe mobile psychiatrie précarité</p>	<p>Unité de géronto psychiatrie (visites à domicile, accueil thérapeutique à temps partiel, hôpital de jour</p>	
<p>Equipes mobiles</p>	<p>Une équipe de liaison à Chateaubriant et à Ancenis</p> <p>Une équipe de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile à Ancenis (SPAD)</p>	<p>Equipe mobile psychiatrie précarité</p> <p>Equipe mobile d'addictologie</p> <p>Equipe mobile de prévention du suicide</p>	<p>Equipad : entourage quotidien par une unité d'intervention pluridisciplinaire, à domicile pour les 5 secteurs du CHU</p> <p>Equipe de liaison psychiatrie précarité</p> <p>Equipe de liaison hospitalière dans les structures MCO</p> <p>Equipe de liaison pédo psy</p>	<p>Une équipe mobile psychiatrie précarité, en intersectoriel</p> <p>Equipe nazairienne de prévention du suicide</p> <p>Equipe de liaison hospitalière qui se rend en MCO, dans les services pour enfants (équipes de pédopsychiatrie) et à la MDA</p>
<p>Urgences psychiatriques</p>	<p>Orientent vers les établissements du territoire. Pas de services d'urgence</p>	<p>Orientent vers les établissements du territoire. Pas de services d'urgence</p>	<p>Urgences psychiatriques organisées dans un lieu dédié avec personnel spécifique</p>	<p>Urgences psychiatriques organisées 5 lits d'urgence courte durée</p>
<p>Urgences pédiatriques pour enfants de moins de 15 ans et plus de 3 mois</p>			<p>Urgences pédiatriques et astreintes de pédo psychiatrie qui peut être sollicitée nuit et WE</p> <p>Journée : équipe de liaison</p>	<p>Personnels de pédopsychiatrie assurent une activité de liaison aux urgences</p>

Zoom sur l'offre de psychiatrie adulte rattachée au CHU de Nantes



De plus, il est également proposé une offre publique intersectorielle – départementale :

- Espace Barbara : hospitalisation de jour, centre de soins ambulatoires en addictologie
- Unité Lou-Andréas-Salomé (hospitalisation conventionnelle) : prise en charge des troubles alimentaires
- Centre nantais de la parentalité (enfants de 0 à 3 ans, unité mère-enfant et consultations des tous petits)
- Unité Espace (départementale) : adolescents et jeunes adultes (15 – 25 ans) en crise
- CReSERC : centre de référence en soins d'éducation thérapeutique et de remédiation cognitive
- Unité HoME – Hospitalisation mère - enfant

Eléments complémentaires sur l'offre de psychiatrie :

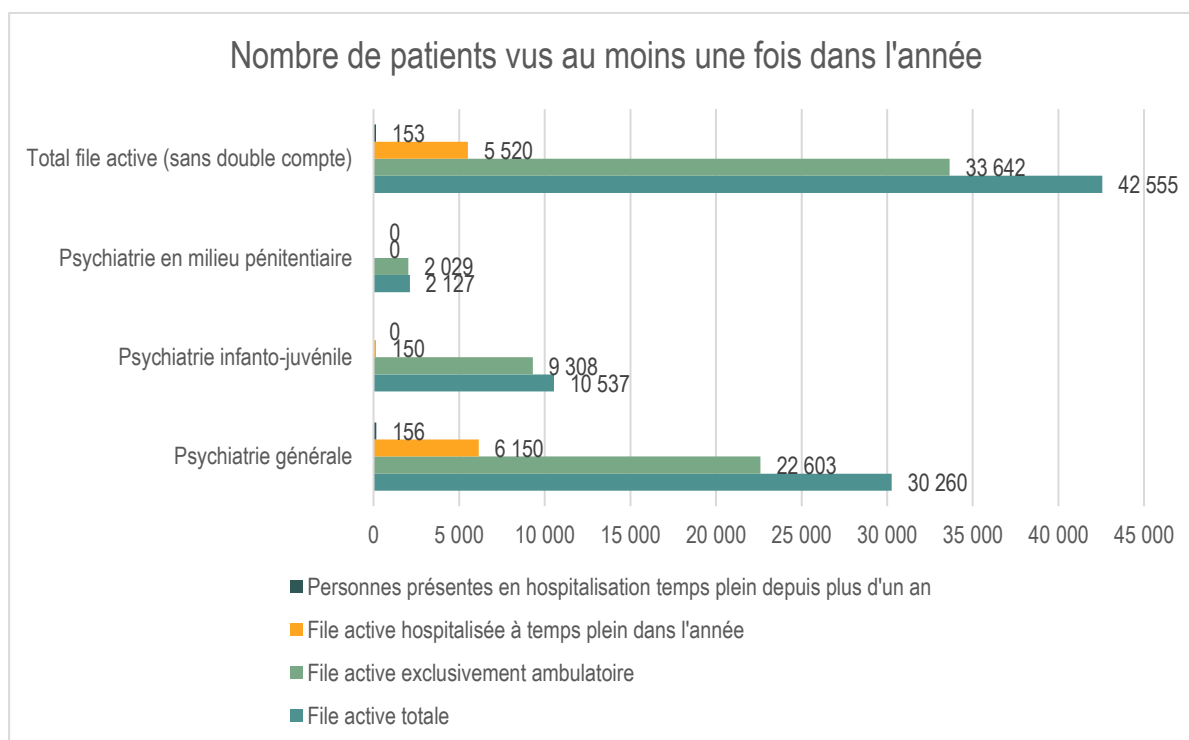
- Le **département ne dispose pas d'unité pour malades difficiles (UMD), d'Unité de soins intensifs psychiatriques ou encore d'unité spécialisée dans la prise en charge de patients agités ou difficiles** (l'UMD la plus proche se situe dans les Côtes-d'Armor, à Plouguernevel).
 - ⇒ Une attention particulière est à porter sur ce point, car cela représente une réelle lacune dans le parcours du patient : il ressort comme une nécessité de créer une USIP, laquelle permettrait une intervention d'équipe spécialisée sur le secteur et favoriserait la coordination et la souplesse entre UMD, USIP et secteur. Sur ce point, des ponts seront à faire entre le PTSM et le projet médical partagé du GHT.
- Le **Pôle de psychiatrie de Nantes travaille avec le centre pénitentiaire, via le service médico-psychologique régional (SMPR)**. Le SMPR intervient à la maison d'arrêt de Nantes, au centre de détention, à l'établissement pénitentiaire pour mineur et directement au sein du CMP Beaumanoir. Une unité d'hospitalisation de jour spécifique est située au sein de la maison d'arrêt, disposant de 20 places.

Des dispositifs sont mis en place pour faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées dans le département. La sensibilisation des professionnels s'accompagne alors d'aménagement pratique des consultations. Par exemple, le dispositif Handisoins 44 (partenariat entre le CHU, la Clinique Jules Verne et le CH de Saint Nazaire) et facilite l'accès aux soins pour des usagers qui en raison de leurs handicaps ne peuvent que difficilement y avoir accès dans les conditions de droit commun.

- Pas de temps d'attente avant les consultations
- Professionnels formés spécifiquement
- Etc.

File active sur le département et modes de prise en charge

Au regard de la file active des patients suivis en psychiatrie dans le département (au 31 décembre 2016), la majorité des patients vus au moins une fois dans l'année le sont en ambulatoire.



Source : ARS, SAE 2016, Département 44

La quasi-totalité des patients est suivie **dans le cadre de soins psychiatriques libres** (près de 96% d'entre eux), au 31 décembre 2016. Le département se situe dans la moyenne, en comparaison avec la région.

Mode de prise en charge	Loire-Atlantique		Pays de la Loire	
	Nombre de patients	Ratio	Nombre de patients	Ratio
Soins psychiatriques libres	42 890	95,72%	110 789	95,62%
Soins psychiatriques sur décision de représentant de l'Etat	236	0,53%	617	0,53%
Article 706-135 du CPP et article L3213-7 du CSP (personnes jugées pénalement irresponsables)	8	0,02%	29	0,03%
Ordonnance Provisoire de Placement (OPP)	5	0,01%	8	0,01%
Article D 398 du CPP (détenus)	12	0,03%	58	0,05%
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, y compris en urgence	1 332	2,97%	3 268	2,82%
Soins psychiatriques pour péril imminent	325	0,73%	1 089	0,94%

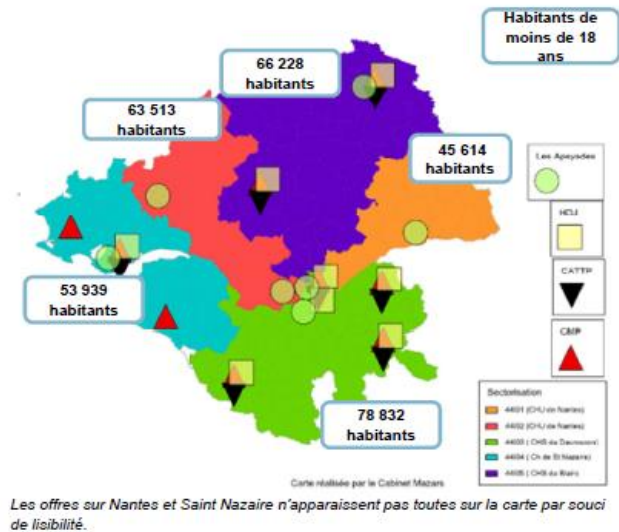
Source : ARS, SAE 2016, Département 44

L'offre de pédopsychiatrie

Les points suivants, concernant la pédopsychiatrie sur le département, sont tous extraits de l'audit de pédopsychiatrie 44, réalisé par le cabinet Mazars en 2016 – 2017, et porté par le GCS Psychiatrie 44.

Cartographie de l'offre

- La département de Loire Atlantique propose une offre en pédopsychiatrie en 5 secteurs répartis sur l'ensemble du département.
- L'offre extrahospitalières se compose de :
 - 16 CMP
 - 14 HDJ
 - 15 CATTp
 - 10 CMPEA gérés par les Apsyades
- Le secteur I03, rattaché au CHS Georges Daumezon, dispose du plus grand nombre de structures extrahospitalières avec 5 CMP (dont un avec deux consultations Petite Enfance/ Enfance), 6 HDJ, 6 CATTp et 1 CMPEA.
- Les secteurs I01 et I02, rattachés au CHU de Nantes, disposent respectivement de 2 CMP par secteur, 2 antennes et les âges premiers du CNP qui est interservice.
- Le secteur I05 (CHS de Blain) a une organisation territoriale structurée sur 3 centres de soins adaptée aux besoins des populations et des moyens du pôle, avec des centres généralistes à Blain et Châteaubriant et des consultations spécifiques sur Nantes.
- L'offre du secteur I04 (CH de Saint Nazaire) est principalement constituée de CMP.



L'offre à Nantes est la suivante :

- 8 CMP (dont le CNP)
- 5 CMP enfants et adolescents (CMPEA)
- Une unité de soins pédagogique interservices
- 7 hôpitaux de jour (dont l'unité HOME et l'HDJ Ados intersectoriel)
- 8 CATTp (dont le Centre nantais de la parentalité - CNP)

L'offre à Saint-Nazaire est la suivante :

- 1 CMP et 1 CMPEA,
- 2 hôpitaux de jour et 1 CATTp Ado.

Les 2 Centres Médico-Psycho-Pédagogiques du département :

- Le Centre Henri Wallon à Nantes
- Le Centre de Kerbrun à Saint Nazaire

L'ensemble de ces structures est rattaché à différents établissements et dispose de différents modes d'admission :

- Des délimitations d'âges
- Des modalités d'accès : critères d'urgence différents
- De délais d'attente différents

Répartition des délimitations d'âge à Nantes selon les secteurs				
Etablissements	Petite enfance	Enfance		Adolescence
CHU de Nantes 44101	CNP 0-3 ans	3-6 ans	USP 6-12 ans	11-18 ans
CHU de Nantes 44102		6-10 ans		11-18 ans
CHS de Daumezon 44103	0-5 ans	5-12 ans		13-19 ans
CHS de Blain 44105	0-6 ans	6-13 ans		13-16 ans

Source : Rapports d'activité des établissements

Structure de la file active de pédopsychiatrie en Loire-Atlantique

La structure de la file active de pédopsychiatrie de Loire-Atlantique est sensiblement différente de celle observée en France :

- La part de patients suivis exclusivement en ambulatoire est légèrement inférieure à la France : 88% contre 91% ;
- La part de patients suivis à temps partiel est presque le double : 11% versus 6%
- La part de patients hospitalisés est inférieure en Loire Atlantique : 1% versus 3%. (Les hospitalisations en temps plein en pédiatrie pour motif psychiatrique en pédiatrie ne sont néanmoins pas prises en compte).

Les principaux besoins en pédopsychiatrie sur le département

Une évolution de la demande sur 5 ans :

- La file active des secteurs a augmenté de 2% au cours de ces 5 dernières années (+160 patients)
- Le taux de recours en ambulatoire (en nombre d'actes pour 1000 habitants < 18 ans) est très proche de celui observé en France (330 actes /1000), avec des différences selon les secteurs
- Sur les 3% de jeunes des moins de 18 ans pris en charge en pédopsychiatrie au sein du département en 2015, 88% ont été pris en charge exclusivement en ambulatoire, 11% en HDJ, 1% en HTTP
- De fortes variations existent quant au volume des files actives
- A taux de recours constant, la file active augmenterait de plus 1 300 patients d'ici 2040

Concernant la structure de la patientèle :

- La part des nouveaux patients dans les files actives a globalement baissé de 8 points entre 2010 – 2015

Une sous-capacité en hospitalisation complète qui contraste avec une dotation en hospitalisation partielle

Le taux d'équipement en hospitalisation complète du département est faible en comparaison des taux nationaux et régionaux. Il est plus de trois fois inférieur à la moyenne nationale (5.7 contre 16.9).

Les taux d'équipement en hospitalisation de jour sont supérieurs aux moyennes nationales et régionales.

Les places en accueil familial renforcent l'offre en pédopsychiatrie du GCS, avec un taux supérieur aux taux régionaux et nationaux.

L'équipement en structures ambulatoires (CMP-CATTP) est également diversifié. (26 structures pour 28 consultations en CMP-CMPEA, 15 CATTP).

Cependant, la sous-dotation en hospitalisation complète ne serait être résorbée par une offre ambulatoire conséquente.

Offre en pédopsychiatrie en 2015 – taux d'équipement pour population de moins de 16 ans			
	Loire-Atlantique	Pays de la Loire	France
Lits HC	15	91	2 226
Taux pour 100 000 hab	5.7	12.3	16.9
Places en HDJ	196	491	9 370
Taux pour 100 000 hab	74.0	66.2	71.3
Accueil thérapeutique	22	38	770
Taux pour 100 000 hab	8.3	5.1	5.9

Source STATISS 2015 – fichiers ARS, actualisation Mazars

L'offre spécifique à destination de la petite enfance

L'offre à destination de la **petite enfance** est identifiée notamment au travers :

- Du Centre Nantais de la Parentalité et du développement précoce et de l'unité HOME (CHU de Nantes)
 - Consultation et soutien au parents-enfants
 - Prise en charge des troubles précoces du développement
 - Unité d'hospitalisation HOME
- De l'unité fonctionnelle de la Petite Enfance (CHS de Daumezon)
 - HDJ/CMP/CATTP
- Du CMP « Consultation Adolescents Parents Petits » (CAPP) (CH de St Nazaire)
 - Consultation à destination des parents et des enfants jusqu'à 3 ans

- Du CMP/CATTP du centre de soins Moulins des Roches (CHS de Blain)
 - Consultation pour les 0-6 ans et accueil de leur famille
 - Consultation conjointe avec la Protection Maternelle Infantile

Des **partenariats** existent avec :

- Les crèches
- La Croix rouge et le centre Anjournant (CNP)
- Les services de maternités et de périnatalité
- La Protection Maternelle et Infantile
- Conseil départemental (convention) pour la recherche RESOPSYBB (CNP)

Offre spécifique à destination de la Petite Enfance

CHU de Nantes 44/01	CNP – HOME
CHU de Nantes 44/02	
CHS de Daumezon 44/03	UF Petite Enfance
CH de St Nazaire 44/04	CMP le CAPP
CHS de Blain 44/05	CMP/CATTP

Source : Rapports d'activité des établissements

L'offre spécifique à destination des adolescents

L'**offre à destination des adolescents** est l'une des problématiques du département, en raison :

- De la forte demande
- Des orientations possibles (psychiatrie adulte, pédiatrie)
- De la diversité des pathologies (pathologies psychiatriques, addictologie, tentative de suicide, troubles alimentaires,...)

Des **structures spécialisées** existent :

- Une **unité pré-ados et adolescents** du secteur 1 (CHU de Nantes)
- Le centre psychothérapeutique Samothrace du secteur 2 (CHU de Nantes)
 - Avec un projet de réponses communes entre les services adolescents des 2 offres pour adolescents des secteurs du CHU
- De l'unité fonctionnelle « Adolescents » du secteur 3 (CHS de G. Daumezon)
- Un **hôpital de jour Ados HME** intersectoriel (CHU de Nantes - UPL) **de 10 places en charge principalement des troubles du comportement alimentaire** (75% des passages), accueille 40 adolescents/semaine.
- L'unité ESPACE est une unité qui s'adresse de façon privilégiée aux Adolescents (également aux jeunes adultes). La moyenne d'âges des hospitalisés est de 17 ans. Actuellement, elle accueille régulièrement des mineurs de 15 ans

Des consultations en ambulatoires :

- Le CMP/CATTP **Centre d'Accueil et de Soins pour Adolescents (CASA)** pour les 13-18 ans à Nantes (CHS de Blain)
- Un **projet de CATTP/HDJ Ado** va être mise en place en 2017 sur le secteur 5 (CHS de Blain)
- Les consultations adolescents, parents, petits (CAPP) du secteur 4 (CH de St Nazaire)
- Une **consultation spécialisée au CMPEA Arsène-Leloup** (Les Apsyades)
- Des consultations de prévention des adolescents à l'unité ESPACE sur le site du CHU (délais 5 à 8 jours).

Des unités spécifiques à destination des adolescents :

- Les soins aux Adolescents Auteurs de Violences Sexuelles (CHU de Nantes)
- L'unité d'Accueil des enfants en danger (UAED) accueille des adolescents et enfants et a permis 630 évaluations médico-psychosociales.
- Une unité d'hospitalisation à temps plein (unité ESPACE) pour les adolescents/ jeunes adultes (CHU de Nantes). L'unité ESPACE du CHU de Nantes est une Unité de Prévention et de Soins des adolescents et une Unité de prise en charge des familles en entretiens familiaux. Il s'agit de 12 lits

L'offre de gestion de crise, les urgences et le post urgence du département ne permet pas une équité de prise en charge sur le territoire

Les services d'urgences pédiatriques du CHU de Nantes et du CH de Saint-Nazaire proposent un accueil continu et une prise en charge rapide pour des enfants et adolescents en situation de crise. La **prise en charge des tentatives de suicides**, après un passage aux urgences, est assurée essentiellement :

- Au CH de St Nazaire par la pédiatrie, l'UNIC ou les services adultes. Les recommandations de l'HAS (hospitalisation d'une semaine avec triple évaluation bio-psycho-sociale) en la matière sont respectées.
- Par l'unité pédopsychiatrie de liaison au CHU avec une hospitalisation en service de pédiatrie. Du fait de la saturation de la pédiatrie et de leur disposition (service ouvert,...), la prise en charge des tentatives de suicide est minimale et peu sécurisée.

L'unité ESPACE du CHU de Nantes complète depuis quelques années cette offre d'hospitalisation pour les adolescents et les jeunes adultes (15-35 ans) de 13 lits d'hospitalisations et de 3 places d'hospitalisation à temps partiel. Les services de pédiatrie du CHU de Nantes et du CH de St Nazaire accueillent également des hospitalisations pour motifs psychiatriques après un passage aux urgences pédiatriques.

- Au CHU de Nantes : 330 hospitalisations ont eu lieu entre janvier et octobre 2016 en pédiatrie dont 56 TCA et 53 TS.
- Au CH de St Nazaire : 183 hospitalisations ont eu lieu entre janvier et fin septembre 2016.

L'activité de liaison est assurée par les établissements généraux, en lien avec les services pédiatriques et un service collaboratif avec le CHS de Blain et le CH de Chateaubriant

L'unité pédopsychiatrie de liaison du CHU de Nantes est rattachée au pôle de santé mentale de l'établissement. Elle est en charge de :

- L'activité de liaison dans les services de pédiatrie générale, de chirurgie et d'oncologie,...
- L'activité de suicidologie des urgences

- L'hôpital de jour adolescent de l'hôpital enfant du CHU, consultations.

Sur le premier **semestre 2016**, la pédopsychiatrie de liaison a **une file active de 338 enfants** âgés entre de 0 à 16 ans pour 2755 actes, ce qui est en forte augmentation par rapport au 1^{er} semestre 2015 (734 actes).

Au CH de Saint Nazaire, les activités de liaison ont lieu dans les services de pédiatrie pour les enfants et adolescents, **de néonatalogie et de maternité** pour les parents et les tout-petits. Des interventions sont également assurées à l'Unité Médico-Judiciaire.

Concernant l'activité de liaison en 2015 en service de pédiatrie, la file active est de 298 patients hospitalisés pour 1892 journées d'hospitalisation pédiatriques et 33 interventions en milieu somatique pour des patients hospitalisés pour un motif principal somatique.

Etant **rattachés à un même pôle, les professionnels impliqués dans l'activité de liaison** sont issus de la pédopsychiatrie (0.7 ETP médical), la pédiatrie (1.5 ETP), la maternité (0.5 ETP) et la néonatalogie (0.5 ETP).

Pour les deux établissements, **l'activité de liaison repose sur l'implication conjointe des équipes de pédiatrie et celle de pédopsychiatrie.**

Le CHS de Blain a également développé un travail de liaison avec le CH de Châteaubriant avec le passage systématique d'un infirmier deux fois par semaine dans le service pédiatrique et **l'intervention si nécessaire d'un pédopsychiatre.**

En synthèse : les principaux éléments concernant l'offre de pédopsychiatrie sur le 44

L'offre en pédopsychiatrie est divisée en 5 secteurs, articulés à partir de Nantes à l'exception du secteur du CH de Saint Nazaire, autour de 55 dispositifs extrahospitaliers (CMP/CMPEA/CATTP/ HJ). L'offre à destination de la petite enfance et de l'adolescence est clairement identifiée et partagées sur l'ensemble des secteurs. Des disparités territoriales sur l'offre hospitalière et médico-sociale.

La lisibilité de l'offre sectorielle est rendue complexe par :

- Une délimitation sectorielle qui contraste avec les logiques et les dynamiques territoriales hétérogènes
- Le découpage en 4 secteurs de Nantes et les différenciations de prises en charge inhérentes

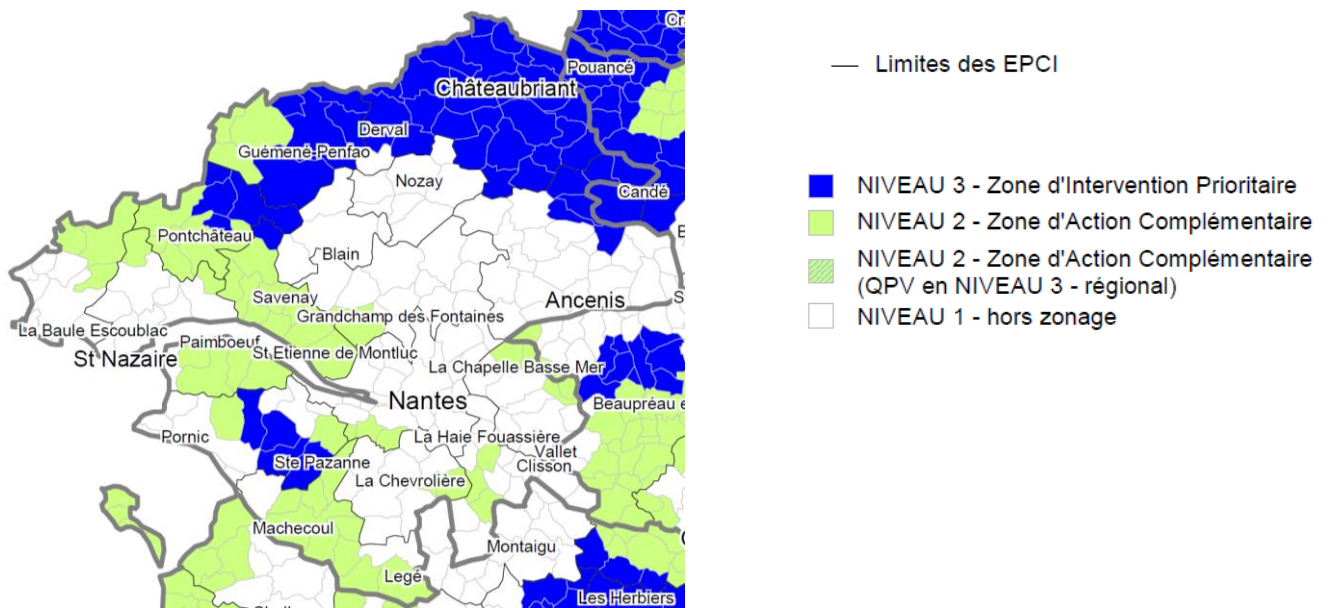
L'offre non-sectorisée et départementale souffre d'une sous - capacité en hospitalisation complète qui contraste avec une dotation en hospitalisation partielle supérieure aux moyennes. L'offre non-sectorisée est assurée par les urgences pédiatriques, les services de pédiatrie et les activités de liaison qui complètent le dispositif d'hospitalisation complète et de réponse aux situations d'urgence.

Le territoire bénéficie, enfin, d'une offre universitaire d'envergure régionale qui participe aux prises en charge aux prises en charge des troubles du déficit de l'attention / Hyperactivité (TDaH) et des Handicaps Rares.

c. Offre de santé de premier recours pouvant intervenir en santé mentale

Si le département n'a pas connu de baisses significatives de médecins généralistes sur les 7 dernières années (au contraire, +9% de 2010 à 2017)⁷, il connaît pour autant un important déséquilibre sur la répartition de l'offre de soins de médecine générale.

Le nord du département est marqué par une très forte fragilisation médicale. En effet, la majorité des médecins généralistes est principalement répartie à proximité des territoires urbains et péri-urbains (50% des médecins généralistes du département exercent à Nantes), et la densité est beaucoup plus faible en territoires ruraux. Ainsi, plusieurs infra territoires sont identifiés comme territoires fragiles dans le schéma régional d'organisation des soins ambulatoires, comme le montre la carte ci-dessous.

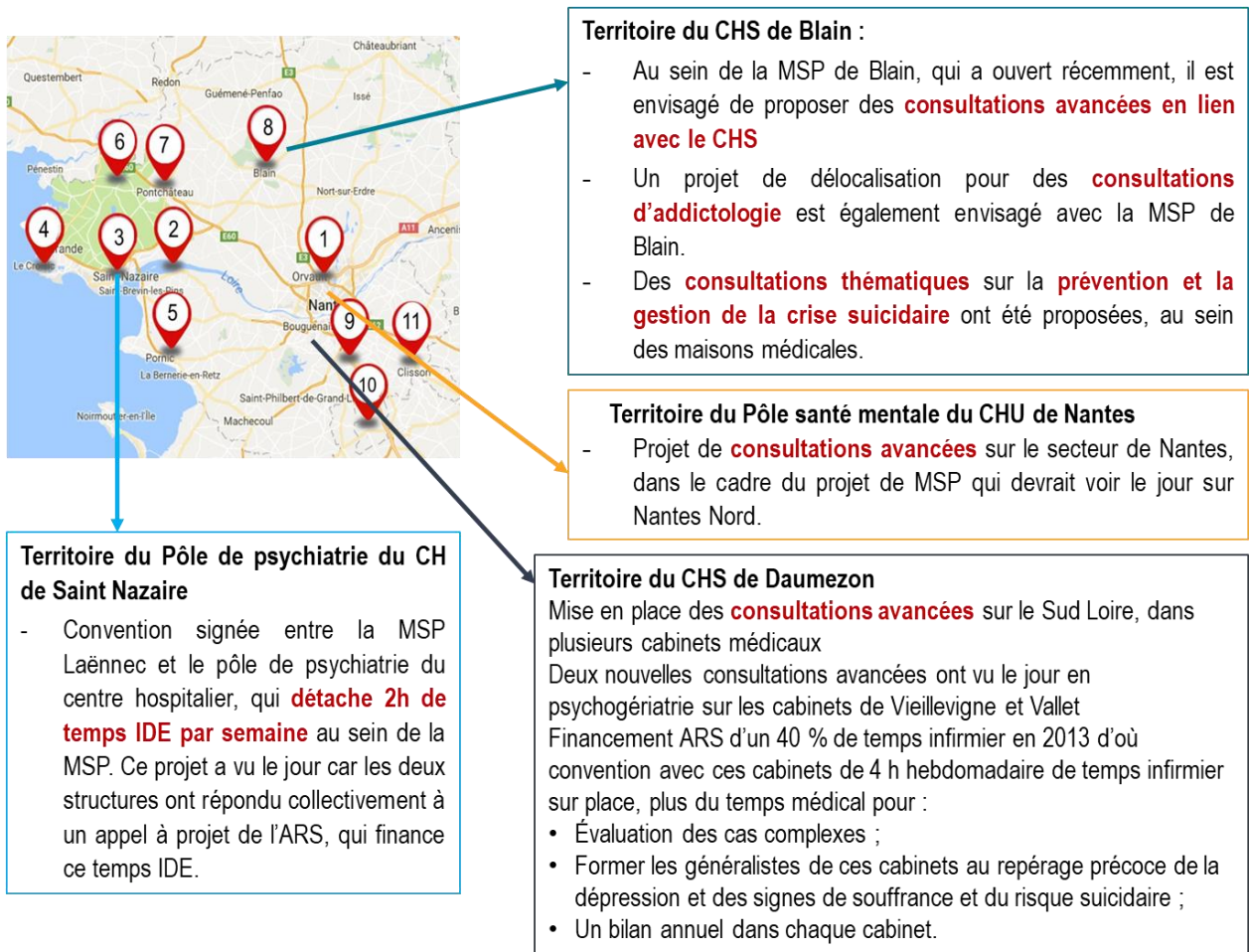


Source ARS PDL, Carte régionale du nouveau zonage, janvier 2018

En outre, le territoire connaît un vieillissement de son offre médicale et des difficultés de remplacement, sur les territoires ruraux en particulier. Dans ce contexte, les professionnels de santé libéraux du premier recours ont commencé à se structurer sur le territoire. Sur le département, 12 pôles ou maisons de santé sont aujourd'hui en activité, principalement dans le sud et l'ouest du département.

⁷ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf, page 55

Carte des pôles et maisons de santé en Loire-Atlantique⁸



Source : <http://www.apmsl-paysdelaloire.com> – exploitation Cekoïa – Acsantis

- Hormis ces projets, **les relations entre les médecins généralistes libéraux et les hôpitaux sont relativement limitées et praticiens dépendants**. Les praticiens hospitaliers sont peu en contact avec les médecins traitants, notamment pour formaliser le suivi en ville. Il y a semble-t-il, au regard des médecins de ville, d'une part une sur psychiatrisation des symptômes, ce qui interroge sur les adressages en amont, et, en aval, un renvoi quasi systématique vers la psychiatrie hospitalière pour les patients qu'ils suivent en commun. A titre d'illustration, seuls 32,8% des patients souffrant de troubles psychotiques, bipolaires ou de dépression sévère se sont rendus chez leur médecin traitant dans les deux mois qui ont suivi leur hospitalisation sur le département, ce qui est en-deçà des données nationales (33,2) mais aussi des autres départements de la région (Maine-et-Loire, 36,6%, Vendée, 37,3%, Mayenne 35,3% et Sarthe 32,4%)⁹. Par ailleurs, les praticiens hospitaliers font le constat que, hors des actions proposées dans le cadre des formations continues, les médecins généralistes semblent avoir des difficultés à se mobiliser quand ils sont sollicités (que ce soit au sein par exemple du CLSM, ou d'instances de coordination type réseau).

⁸ Partenariats du CHS de Daumézou avec MSP de Clisson (2009) ; Cabinets de Gétigné-Monnières (2011) ; Cabinet du Bignon (2012) ; Cabinet du Pallet (2014) ; Cabinet de Legé (2015), concernant la prévention du suicide.

⁹ Atlas Santé mentale en France

d. Offres médico-sociales en lien avec un public souffrant de troubles de la santé mentale

L'offre en établissements et services médico-sociaux destinés aux enfants handicapés

Le taux d'équipement en places dans les établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans en Loire-Atlantique (6 ‰) est légèrement supérieur à la moyenne régionale (5,6 ‰) mais inférieur à la moyenne nationale (6,5 ‰).

Le taux d'équipement en places dans les SESSAD pour 1000 habitants de moins de 20 ans en Loire-Atlantique (3,9 ‰) est légèrement inférieur à la moyenne régionale (4,1 ‰) mais supérieur à la moyenne nationale (3,1 ‰). Il y a 31 SESSAD dans le département offrant 1 349 places.

Le département de Loire-Atlantique compte 28 instituts médico-éducatifs (IME) offrant 1 149 places dont 5 places d'accueil temporaire et 936 places en accueil de jour, en externat ou en semi-internat. Il y a 14 instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) offrant 344 places dont 9 en accueil temporaire et 184 en accueil de jour, en externat ou en semi-internat¹⁰.

Toutefois, le Département note dans son schéma en faveur des personnes handicapées une concentration de l'offre sur les agglomérations nantaise et nazairienne posant la question du transport et de l'hébergement des jeunes.¹¹

Au 31 décembre 2015, il existait 344 places pour accueillir des enfants et des adolescents avec des déficiences psychiques représentant 42 % des places de la région pour ce type de déficience.

Déficience	PAYS DE LA LOIRE		Loire-Atlantique		FRANCE métropolitaine	
	Nombre de places installées	Part dans l'ensemble des places	Nombre de places installées	Part dans l'ensemble des places	Nombre de places installées	Part dans l'ensemble des places
Déficiences intellectuelles	2972	55%	960	45%	57032	55%
Polyhandicaps	291	5%	95	4%	7893	8%
Déficiences psychiques	827	15%	344	16%	16483	16%
Déficiences motrices	365	7%	263	12%	6734	7%
Déficiences sensorielles	333	6%	231	11%	6929	7%
Autres types de déficiences	579	11%	221	10%	7954	8%

Source : DREES, FINESS, places au 31/12/2015

¹⁰ Source : DREES, FINESS, au 31/12/2015

¹¹ Source : Handicap en Loire-Atlantique : Engagement du Département pour l'inclusion, 2017 – 2022, p.29

L'ARS note, dans le programme régional de santé 2018 – 2022, qu'il existe 62 places agréées pour les déficiences graves de la communication, toutes en SESSAD. Il existe également 544 places agréées pour les troubles du caractère et du comportement dont 344 en ITEP et 162 en SESSAD. Il n'existe aucune place agréée pour ce type de déficience en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ou en centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) sur le département. Au total, les places agréées en Loire-Atlantique représentent 35 % des places agréées sur la région.

Places agréées « déficience du psychisme, TCC, troubles psychopathologiques, déficience grave de la communication » – 1er JANVIER 2017								
	Type handicap	CAMSP	CMPP	CAFS	Etab. Expé.	ITEP	SESSAD	Total
44	Déf.Gr.Communication						62	62
	Tr.Caract.&Comport.			18	20	344	162	544
	Total	0	0	18	20	344	224	606
Région	Total	321	0	29	40	793	565	1748

Source : Santé et accompagnement des personnes souffrant de troubles ou de handicap psychique - PRS 2018/ 2022. Places au 1^{er} janvier 2017

Une offre en établissement pour adulte comparable aux moyennes régionale et nationale

Au 31 décembre 2015, le taux d'équipement en places d'accueil spécialisé en Loire-Atlantique (0,8 ‰, 567 places installées) est identique à la moyenne nationale (0,8 ‰) et légèrement inférieur à la moyenne régionale (1 ‰). Le taux d'équipement en places d'accueil médicalisé (0,8 ‰, 522 places installées) est comparable aux moyennes régionale et nationale. Le taux d'équipement en places dans les foyers de vie en Loire-Atlantique (2 ‰, 1 389 places installées) est proche de la moyenne régionale (2,1 ‰) et supérieur à la moyenne nationale (1,5 ‰).

Le département dispose, par ailleurs, de 652 places d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et de 123 places d'accompagnement médico-social (SAMSAH).

Le Département constate dans son schéma en faveur des personnes handicapées une concentration des services sur les agglomérations nantaise et nazairienne et quelques villes moyennes (Ancenis, Blain, Chateaubriant). La répartition des établissements est plus diffuse sur le territoire départemental.¹²

Taux d'équipement pour l'accueil d'adultes handicapés (tous types de handicaps)			
Taux d'équipement	PAYS DE LA LOIRE	Loire-Atlantique	FRANCE métropolitaine
Taux d'équipement en places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés	1,0	0,8	0,8
Taux d'équipement en places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés	0,8	0,8	0,8
Taux d'équipement en places dans les foyers de vie (inclut les foyers occupationnels)	2,1	2,0	1,5

Source : DREES, FINES, au 31/12/2015. Places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans

¹² Source : Handicap en Loire-Atlantique : Engagement du Département pour l'inclusion, 2017 – 2022, p.28

Une offre en Loire-Atlantique pour l'accueil des personnes avec une déficience psychique plus importante en ESAT et en FAM qu'en MAS et en SAMSAH

L'ARS note, dans le programme régional de santé 2018 – 2022, que le département dispose de 464 places agréées pour la déficience psychique dont 222 places en ESAT et 166 en FAM. Il y a 51 places agréées pour la déficience psychique en MAS ce qui représente 18 % de la capacité régionale. De même, les 25 places agréées en SAMSAH représentent 13 % de la capacité régionale. Ces places correspondent à un SAMSAH qui intervient uniquement sur la métropole de Nantes.

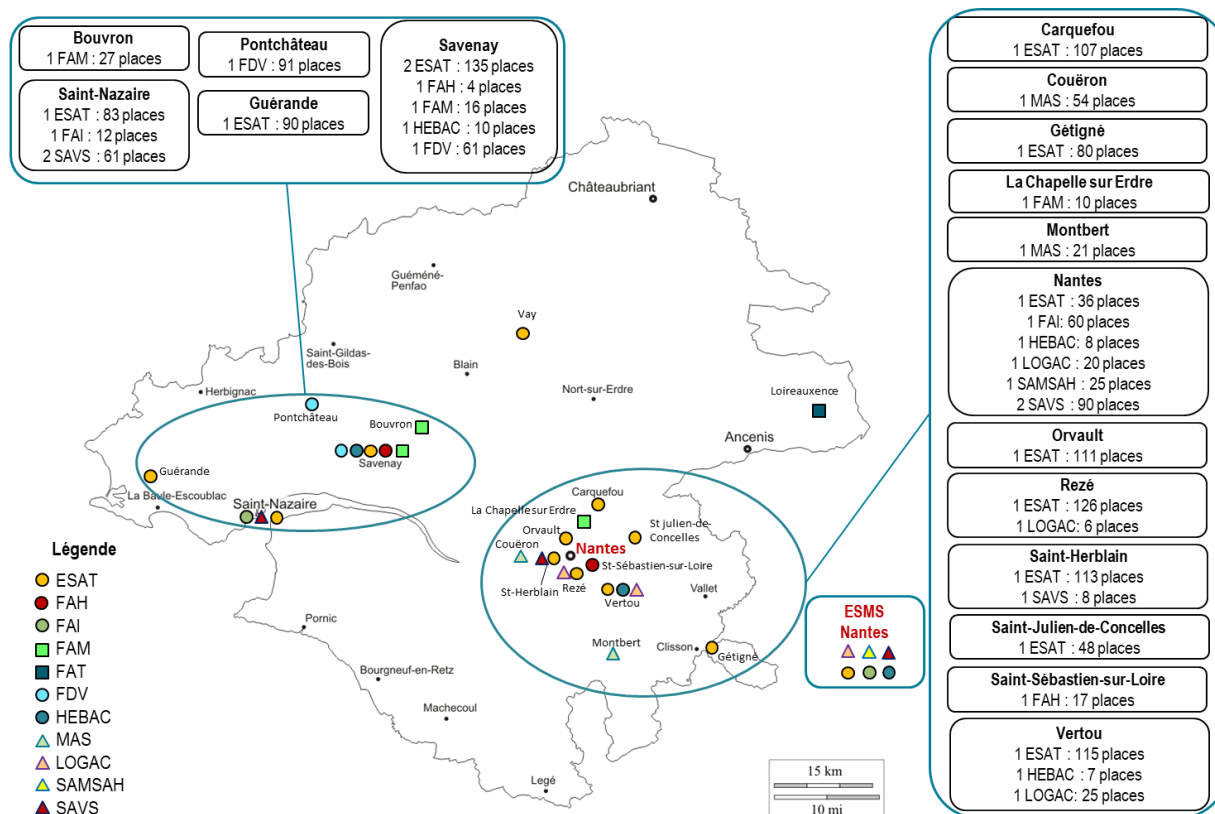
Les principaux gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux ayant des places agréées « déficience psychique » sont l'association L'Etape, Jeunesse et avenir, l'ADAPEI, les Eaux Vives, l'ADMR, La Soubretière, Psy Active et l'EPMS.

Places agréées déficience psychique						
	ESAT	Etab.Expér.	FAM	MAS	SAMSAH	Total
Loire Atlantique	222		166	51	25	464
Région	482	131	287	283	197	1380

Source : Santé et accompagnement des personnes souffrant de troubles ou de handicap psychique - PRS 2018/2022

Les établissements et services médico-sociaux ayant un agrément « déficience du psychisme » sont principalement concentrés sur le territoire de Nantes et de Saint-Nazaire.

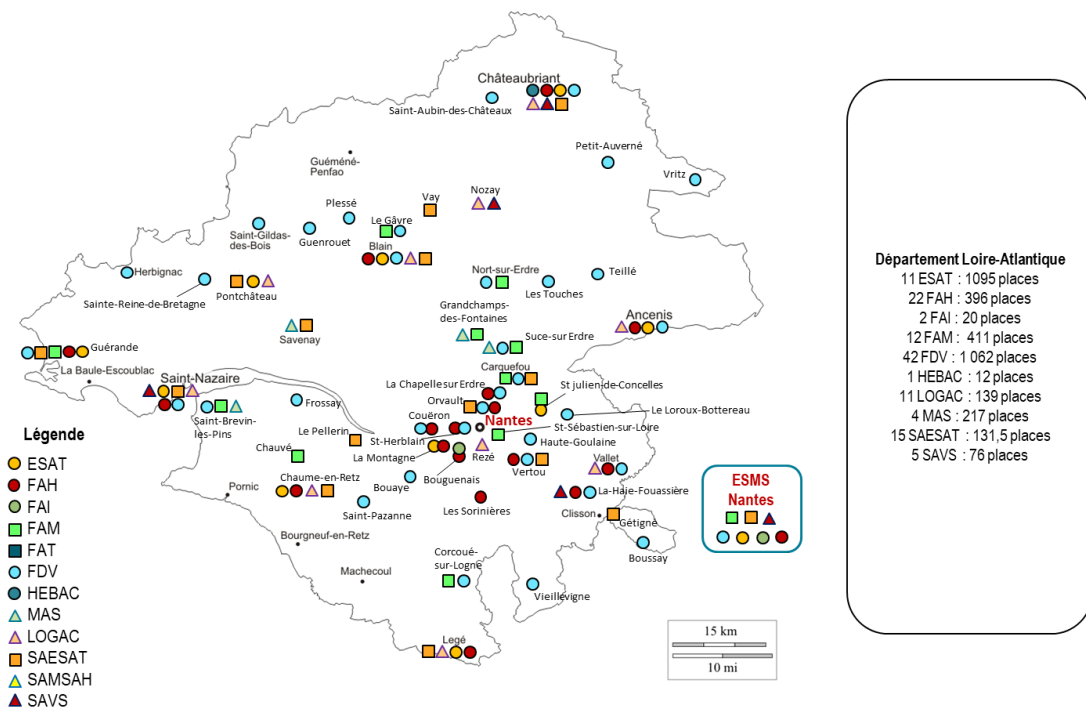
Cartographie de l'offre en ESMS ayant un agrément « déficience du psychisme »



Par ailleurs, le Conseil départemental gère, à travers l'Unité d'Accueil Familial Social, un dispositif d'accueil familial qui prend en charge plus de 200 personnes en situation de handicap, dont un tiers est atteint de pathologie mentale.

Les personnes avec un handicap psychique peuvent aussi être accueillies/accompagnées dans des établissements et services médico-sociaux ayant un agrément « déficience intellectuelle » et/ou « autisme ». Ces structures sont réparties de manière plus équilibrée sur le territoire départemental.

Cartographie de l'offre en ESMS ayant un agrément « déficience intellectuelle » et/ou « autisme »



e. Offre de santé spécialisée autour de la prise en charge des addictions

La prise en charge des addictions sur le territoire départemental s'organise autour de plusieurs structures réparties sur le territoire. Les personnes ayant des conduites addictives sont prises en charge par les organisations suivantes :

- Les Apsyades
- Psy'Activ
- Oppelia
- Ainsi que dans les différents Centres hospitaliers du territoire

Il est également proposé une offre publique intersectorielle – départementale :

- Espace Barbara : hospitalisation de jour, centre de soins ambulatoires en addictologie (addictions comportementales)

- Unité Lou-Andréas-Salomé : unité d'hospitalisation à temps complet (addictions alimentaires et comportementales)
- Unité Guillaume Apollinaire : unité d'hospitalisation à temps complet (addictions aux substances psycho-actives)

L'**unité d'investigation clinique psychiatrie et santé mentale** est une structure créée par le CHU de Nantes en 2012 pour soutenir l'activité de recherche concernant les troubles psychiatriques et la santé mentale au sens large. Une de ses composantes thématiques concerne les addictions comportementales.

3 organismes (Oppelia, Psy'activ et le CHU de Nantes) gèrent les **Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie** (CSAPA) du territoire :

- 4 CSAPA à Nantes et 9 antennes réparties sur le territoire :
 - Rezé, Pornic, Châteaubriant, Ancenis, Clisson, Guérande, Pontchâteau, Carquefou et Bouguenais.

Par ailleurs, Oppelia gère 2 **centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues** (CAARUD) situés à Nantes et Saint Nazaire.

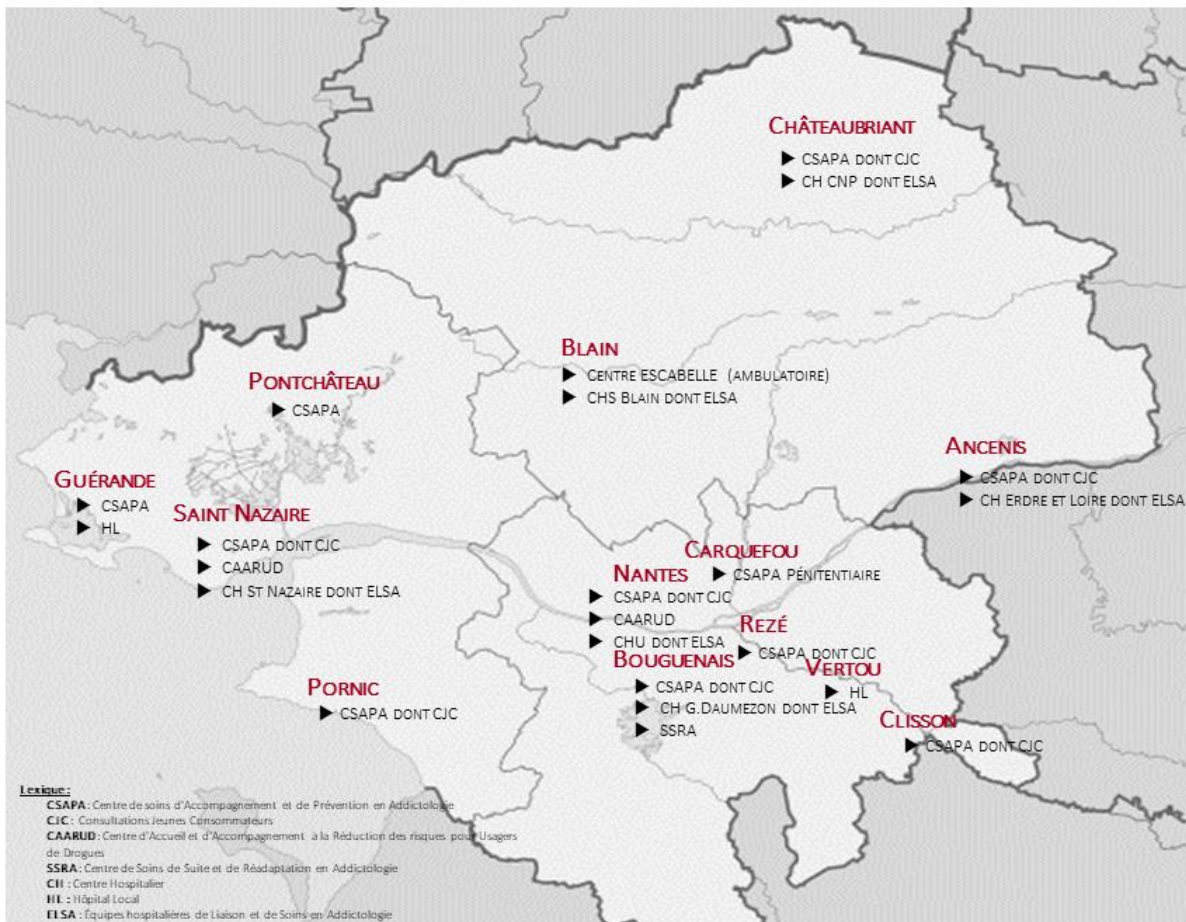
Il existe 4 **équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie** (ELSA). Elles sont implantées au CH de Saint Nazaire, au CHS de Blain (mutualisée avec le CH de Châteaubriant et le CH d'Ancenis), au CHS G. Daumazon et au CHU de Nantes.

10 **consultations jeunes consommateurs** sont implantées sur le territoire (portées par une structure autorisée de type CSAPA, MDA, etc.).

Un établissement de **Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie** (SSRA) est localisé à Bouguenais.

► Répartition des dispositifs en Loire Atlantique

Février 2018



Source : GHT 44 - SRAE

f. Offre dédiée aux publics les plus vulnérables/ à risques

Une offre d'hébergement social inférieure à la moyenne nationale

Au 1^{er} janvier 2016, le taux d'équipement en place en centre d'hébergement en Loire-Atlantique (1,6 ‰) est supérieur à la moyenne régionale (1,4 ‰) mais nettement inférieur à la moyenne nationale (2,2 ‰). Le département de Loire-Atlantique compte 803 places en CHRS et 319 en centres d'hébergement hors CHRS.

Une quarantaine de places supplémentaires devrait être créée sur le territoire en Résidences accueil pour accueillir les personnes souffrant de troubles psychiques, sur le Nord Loire, Vertou et Nantes (par exemple, le Projet Vis toi porté par l'Etape et les Eaux Vives en Nord Loire, les projets portés par l'ADMR, un projet en attente de validation porté par l'UDAF).

Catégorie d'établissement	Loire Atlantique	Pays de la Loire	France Métropolitaine
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)*	803	1786	41394
<i>Dont urgence</i>	112	238	7154
<i>Dont stabilisation</i>	52	271	3454
<i>Dont insertion</i>	639	1277	30786
Centres d'hébergement hors CHRS	319	708	31226
<i>Dont urgence</i>	109	446	25249
<i>Dont stabilisation</i>	15	67	4626
<i>Dont insertion</i>	195	195	1351
Taux d'équipement en centre d'hébergement (CHRS et hors CHRS) pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	1,6	1,4	2,2
Logement accompagné			
<i>Maisons relais</i>	243	686	13408
<i>Résidences sociales</i>	2327	5711	108801
<i>Foyer jeune travailleur</i>	1328	1328	23291

Source : DRDJSCS Pays de la Loire, au 1^{er}/01/2016

Un territoire inégalement couvert en dispositifs d'accès aux soins des personnes en situation de précarité

En 2018, il existe plusieurs permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sur le département : 1 sur le territoire de Nantes Métropole, 1 à Saint Nazaire et 1 sur le territoire de Chateaubriant. Par ailleurs, une PASS spécialisée psychiatrie existe à Nantes en lien avec la PASS du CHU (mi-temps médical et temps psychologue).

Il existe également 3 équipes mobiles psychiatrie-précarité sur le département : 1 sur le territoire de Nantes Métropole, une sur le territoire Sud Loire et une sur le territoire de Saint Nazaire. La mise en place d'une équipe mobile psychiatrie-précarité est en projet sur le territoire de Blain.

Les territoires de Pornic, Clisson et Ancenis ne sont pas couverts par des dispositifs d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité.

	Territoire de Nantes Métropole	Territoire Sud Loire	Territoire de St Nazaire	Territoire de Chateaubriant
Accès aux soins de 1^{er} recours et santé mentale	1 PASS et 1 PASS PSY 1 équipe mobile psychiatrie précarité	1 équipe mobile psychiatrie précarité	1 PASS 1 équipe mobile psychiatrie précarité	1 PASS

Par ailleurs, différents projets ont été portés pour améliorer l'accompagnement des personnes les plus fragiles. Concernant l'accès au logement, par exemple :

- Sur St Nazaire, via Silapsy, un travail a été fait avec une association, le centre hospitalier et un bailleur social pour améliorer l'accès aux logements des personnes. Ainsi, les personnes sont accompagnées dans leur retour au logement et disposent d'un « bail glissant ». Ils bénéficient des services de l'association et d'une prise en charge sanitaire au début, puis, quand ils sont en capacité de rester dans leur logement sans soutien particulier, ils peuvent quitter le dispositif tout en restant dans leur logement, ce qui assure la continuité dans le lieu de vie.

- Sur Blain, un travail de coordination est fait entre l'association les Eaux vives, gestionnaire d'un CHRS et le CHS.
- Sur Nantes, une convention a été signée entre la mairie, les bailleurs sociaux et le CHU pour qu'ils accueillent des personnes souffrant de troubles psychiatriques dans un dispositif spécifique avec accompagnement pour des logements pérennes. La ville a également répondu au projet « Un chez soi d'abord ».

Les personnes sous-main de justice, un public aux besoins spécifiques en matière de santé mentale

En 2017, le SMPR (service médico-psychologique régional) niveau 1 avait une file active de 1429 personnes en maison d'arrêt, 566 en centre de détention et 208 en CMP.

Les personnes migrantes, des besoins importants en Loire-Atlantique

En 2015, 1 392 demandes d'asile ont été enregistrées en Loire-Atlantique. Elles représentent 43 % des demandes déposées dans la région Pays-de-la-Loire. Le nombre de demandes déposées a triplé (+214 %) entre 2008 et 2015 en Loire-Atlantique alors qu'il a été multiplié par 2,5 (+154%) au niveau régional.¹³

L'offre d'accueil pour les demandeurs d'asile en Loire-Atlantique en 2018 est structurée de la manière suivante :

Type de structures	Loire Atlantique
Centres d'accueil et d'examen des situations (CAES)	60
Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA)	780
Hébergement d'urgence pour les Demandeurs d'Asile (HUDA)	228
Accueil temporaire - Service de l'asile (ATSA)	281
Hôtel	70
Places Centre d'accueil et d'orientation (CAO)	260
Total	1679

Le département de Loire Atlantique comporte 4 centres d'accueil et d'orientation localisés à Nantes, Clisson, Gétigné et Saint Brévin les Pins. Ces centres sont amenés à accueillir des personnes en provenance des hotspots avant de les orienter vers d'autres lieux.

En 2015, la Loire-Atlantique comptait 235 mineurs non accompagnés (contre 35 en 2010 et 125 en 2013)¹⁴. Le nombre de mineurs non accompagnés connaît donc une forte augmentation.

¹³ Source : Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile, Région des Pays-de-la-Loire, Préfecture de Région

¹⁴ Source : schéma départemental des services aux familles 2014-2017

g. Offre relative à l'insertion, la réinsertion

Une offre en logements sociaux ou en hébergement accompagné concentrée sur Nantes et Saint Nazaire devant faire face à une demande croissante

La production de logements sociaux a doublé entre 2009 et 2012 (près de 2 000 logements PLAI/PLUS financés) ce qui représente une croissance 2 fois supérieure à celle de la période 2005 – 2008. Toutefois le taux d'équipement en logements sociaux stagne, du fait d'une forte augmentation des besoins.¹⁵

L'offre d'hébergement d'insertion et de logement accompagné est principalement située dans l'agglomération de Nantes et de Saint Nazaire (CARENE) avec 662 places en CHRS (voir ci-dessus), 144 places en maisons-relais et 58 places en résidence-accueil. Par ailleurs, cette offre est complétée par 811 logements en sous-location ou en intermédiation locative dont 60 % sont des logements publics. La majorité des logements (60 %) est située à Nantes métropole, mais les logements en sous-location sont relativement bien implantés sur l'ensemble des EPCI du département.¹⁶

De plus, 426 logements allocation logement temporaire (ALT) représentent 1 200 places. Le plan départemental de l'habitat explique l'engorgement de ces structures par une fluidité limitée entre les structures d'hébergement et l'accès au logement autonome.

En 2014, les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) ont reçu 1 378 demandes parmi lesquelles ils estiment que 7,3 % (soit 100 demandes) ont été émises par des personnes dont les difficultés de santé relèvent du champ médico-social ou sanitaire.¹⁷

Dans le cadre de la politique en faveur de l'inclusion des personnes handicapées, le Département soutient 3 projets expérimentaux d'habitat inclusif. Le projet « Famille Gouvernante » accueille des personnes présentant un handicap psychique sous mesure de protection exercée par l'UDAF 44. Il accueille 6 personnes en colocation avec l'intervention quotidienne à raison de 8 heures par jour d'une « gouvernante » financée grâce à la mutualisation de la prestation de compensation du handicap. Un SAMSAH spécialisé sur le handicap psychique peut intervenir en soutien si besoin. Le dispositif a été étendu en 2017 à 8 autres colocataires.¹⁸

Par ailleurs, dans le cadre du CLSM de Nantes, des points de secteur ont été mis en place. Ce sont des espaces d'échanges de professionnels autour de situations individuelles pour des personnes en difficulté afin de favoriser l'accès et le maintien dans le logement.

Une offre en matière d'insertion dans l'emploi importante, notamment en milieu protégé

En 2016, il existe 14 entreprises adaptées en Loire-Atlantique proposant 861 postes. Elles représentent un quart des entreprises adaptées de la région.¹⁹

Au 9 février 2017, le département de Loire-Atlantique compte 2 320 places d'ESAT soit 35 % des places de la région. Néanmoins, son taux d'équipement est plus faible que celui constaté au niveau régional (3,4 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans au niveau départemental contre 3,6 au niveau régional).

¹⁵ Source : Plan local d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées de Loire-Atlantique, 2016 - 2020

¹⁶ Source : Plan départemental de l'habitat, Eléments de diagnostic, 2014 – 2019, p.24

¹⁷ Source : Plan départemental de l'habitat, Eléments de diagnostic, 2014 – 2019, p.43

¹⁸ Source : Handicap en Loire-Atlantique : Engagement du Département pour l'inclusion, 2017 – 2022, p.31

¹⁹ Source : PRITH des Pays de la Loire – Tableau de bord – juillet 2017

Catégorie d'établissement	PAYS DE LA LOIRE	Loire-Atlantique
Établissement et service d'aide par le travail (E.S.A.T.)		
Nombre total de places installées	6 625	2 320
Taux d'équipement (nombre de places autorisées pour 1000 habitants de 20 à 59 ans)	3,6	3,4

Par ailleurs, l'ADAPEI 44 a mis en place le service Passerelle pour accompagner les personnes en situation de handicap mental ou psychique, les personnes présentant des troubles autistiques ou des troubles Dys vers l'emploi. Le service dispose d'un ESAT hors les murs, d'un SAVS et d'un dispositif d'appui à l'apprentissage. Il accompagne la personne handicapée et l'entreprise. Le Conseil départemental porte également un projet de « job coaching. » L'ADAPEI a également récemment répondu à un appel à projet pour développer le job coaching, mais pour un public très spécifique.

Le CRESERC dans le cadre de la remédiation cognitive développe des liens avec le champ de l'insertion sociale et professionnelle.

L'association Psy'Activ, dont la mission première est d'accompagner les personnes atteintes de troubles psychiques en les aidant à retrouver la meilleure autonomie possible, gère également un ESAT (situé Sud Loire) et est actionnaire unique d'une entreprise adaptée, CERAME Atelier.

La mise à disposition de personnel d'enseignement dans les unités de pédopsychiatrie

L'Education Nationale a signé des conventions avec les établissements hospitaliers spécialisés. Elle met à disposition 18 enseignants et une coordonnatrice pédagogique répartis sur l'ensemble des secteurs de pédopsychiatrie du département pour l'accueil en ateliers pédagogiques, et le relai avec les écoles, des enfants soignés dans les hôpitaux de jour ou les centres de consultations (CMP), ainsi qu'au service d'hospitalisation intersectoriel de pédopsychiatrie (SHIP).²⁰

Unité	Nombre d'enseignants
Secteur 1 : CHU de Nantes	2
Secteur 3 : CHS G. Daumezon – Bouguenais	5
Secteur 4 : CH de Saint-Nazaire	3
Secteur 5 : CHS de Blain	4
Total	18

Le SHIP a mis en place une mini-unité soins-études, la MUSE qui accueille des jeunes présentant des troubles psychiques sévères ayant des conséquences sur leur scolarisation. Le jeune accueilli bénéficie également d'un suivi individuel sous forme d'entretiens et d'un accompagnement scolaire dispensé par des enseignants des premier et second degrés.

Le CHU dispose d'une unité de soins pédagogiques également.

²⁰ Source : DSDEN 44, La scolarisation dans les secteurs hospitaliers spécialisés

h. Offre d'orientation, de coordination et d'intégration

Une coordination multiple préexiste sur le territoire pour faciliter les parcours de santé, à différentes échelles :

A l'échelle régionale

Quelques réseaux maillent déjà le territoire, mono ou pluri thématiques, et jouent un rôle dans l'appui à la coordination des parcours. Ils sont organisés sur le département en « structure régionale d'appui et d'expertise » - SRAE. Une SRAE dédiée à l'addictologie est opérationnelle sur la région.

A l'échelle départementale

- Le réseau A2C44
- Réseau Repère 44 (prévention de recherche sur le suicide)
- Une Plateforme territoriale d'appui devrait également être créée sur le territoire, portée par le GHT.

Ces dispositifs ont, parmi leurs missions, d'appuyer la coordination et d'aider les professionnels dans l'organisation des parcours des patients.

A l'échelle locale, en infra territoire

Une couverture de l'ensemble du territoire pour les personnes âgées en perte d'autonomie avec 5 MAIA et 21 CLIC

La méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie s'adresse aux **personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie**. Les MAIA mettent en place des tables de concertation afin de décloisonner les différents secteurs intervenant dans le parcours des personnes âgées. Elles offrent également un guichet intégré pour fournir une réponse harmonisée et orienter les usagers vers les acteurs du territoire. Enfin, les MAIA mettent en œuvre de la gestion de cas pour les personnes âgées en situation complexe en assurant un suivi intensif de la personne et en étant l'interlocuteur référent pour les différents intervenants autour de la personne.

Il existe 5 MAIA en Loire-Atlantique :

- La MAIA Ville de Nantes
- La MAIA Nantes Agglomération qui est portée par le CHU, la ville de Nantes et le Département, et couvre également le territoire de Clisson
- La MAIA du Pays de Retz portée par le Département
- La MAIA Estuaire Atlantique portée par le Département
- La MAIA Nord Loire-Atlantique portée par le Département qui couvre les territoires de Châteaubriant et Ancenis.

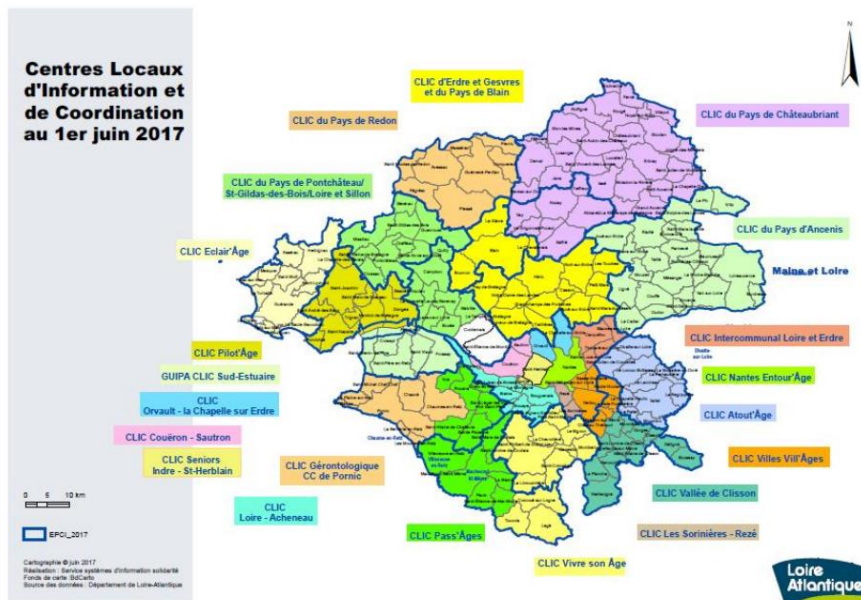
Territoire des MAIA en Loire-Atlantique



Source : Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2017 - 2022²¹

Les Centres locaux d'information et de coordination s'adressent aux personnes âgées de 60 ans et plus. Ils assurent l'accueil et l'information des usagers sur les dispositifs destinés aux senior (services à domicile, logement, offre de loisirs, offre de soins, téléassistance, transport), ils peuvent également proposer des activités collectives pour les personnes âgées ou leurs aidants dans le cadre de la prévention. Il existe 21 CLIC en Loire-Atlantique qui couvrent l'ensemble du territoire.

Territoire des CLIC en Loire-Atlantique



Source : Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2017 - 2022²²

²¹ Source : Agir pour bien vieillir, schéma départemental 2017 - 2022 Loire Atlantique

²² Source : Agir pour bien vieillir, schéma départemental 2017 - 2022 Loire Atlantique

Des regroupements d'acteurs pour appuyer la coordination des patients complexes

- Des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), devraient voir le jour sur le département²³. Les URPS souhaitent en effet accompagner les professionnels du territoire à s'organiser et se structurer dans ce sens. Ces communautés professionnelles s'organiseront et travailleront ensemble à l'élaboration d'un projet de santé territorial. Parmi les actions qui peuvent être déployés, le lien ville -hôpital et la coordination des parcours de patients sont souvent cités de manière privilégiée.
- ➔ Il n'est pas à exclure, au regard des problématiques du territoire, que la prise en charge de la santé mentale fasse partie des axes de leur projet de santé.

i. Représentation des usagers

Des instances de représentation des usagers en développement

Plusieurs instances de démocratie sanitaires et médico-sociale sont mises en œuvre sur le territoire. La conférence régionale santé et autonomie de Pays-de-la-Loire dispose de 4 commissions spécialisées sur la prévention, l'organisation des soins, les prises en charge et accompagnement médico-sociaux et les droits des usagers.

Les usagers sont également représentés au sein de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Des dispositifs au sein desquels les usagers / les patients sont acteurs

Il existe 7 groupes d'entraide mutuelle (GEM) sur le département dont 2 sont situés à Nantes. Il n'y a pas de GEM dans les chefs-lieux que sont Pornic et Clisson.

Liste des GEM	Localisation
GEM Le Nouveau Cap	Nantes
GEM Le Pacifique	Ancenis
GEM Recherche et rencontre	Nantes
GEM Les 4 as de Saint Nazaire	St Nazaire
GEM L'Étoile Filante	Châteaubriant
GEM La Main ouverte	Savenay – Pont Château
GEM Sud Loire	Les Sorinières

²³ Sous le vocable de CPTS, peuvent se retrouver souvent plusieurs unités de santé de premier et second recours, organisées soit en équipes de soins primaires soit en maisons ou centres de santé, soit encore en cabinets mono professionnels. Equipes regroupant des soignants médicaux et para médicaux libéraux ou salariés, parfois exerçant leur activité en individuel et reliés entre eux par un projet de santé commun. Toutes ces équipes accueillent des professionnels du second recours qu'ils soient libéraux ou hospitaliers et des professionnels du champ médicosocial, voire social. Le cadre des CPTS, volontairement souple, permet à chaque équipe de définir son périmètre d'intervention et ses priorités.

Par ailleurs, plusieurs initiatives ont été développées sur le territoire, notamment :

- « **Les entendeurs de voix** » : L'objectif de ce dispositif est d'aider et d'informer sur l'entente de voix et autres perceptions, expériences ou vécus inhabituels, en s'appuyant en premier lieu sur l'expertise qu'en ont les entendeuses et entendeurs de voix eux-mêmes ; par tous supports et moyen.
- « **Les médiateurs de santé pairs** » (dispositif présent au niveau national). La pair-aidance est une notion d'entraide entre les personnes souffrant d'une même pathologie. Elle passe par le partage des anciens patients de leur vécu, de leur expérience et de leur parcours de rétablissement, auprès des personnes souffrantes. Le médiateur de santé-pair va ainsi pouvoir aider les patients en les conseillant à propos des démarches d'accès aux droits sociaux, en leur apportant un soutien relationnel, le tout combiné à une éducation thérapeutique. Un seul médiateur de santé pairs est présent au niveau de la région des Pays de la Loire, il est positionné au sein du CHU de Nantes. Ce médiateur, par la pertinence de son approche, incarne l'espoir en donnant un exemple positif de rémission. Il montre aux personnes souffrantes qu'il est possible de sortir de la maladie.
- Actions de **l'association « Bi-pôles 44 »**. Cette association a pour objectif d'aider les malades atteints de troubles bi-polaires ainsi que leurs familles à gérer au quotidien la maladie.
- Etc.

Des espaces adaptés pour les personnes souffrant de troubles psychiques

Des lieux facilitant l'activité physique sont adaptés pour les usagers avec des troubles psychiques, avec par exemple la Fabrique créative de santé portée par le CHU de Nantes qui propose des activités corporelles pour les personnes souffrant d'un handicap ou d'une maladie chronique.

IV. DIAGNOSTIC PARTAGE : PRINCIPAUX POINTS DE RUPTURE ET AMELIORATIONS ENVISAGEABLES

1. REPERAGE PRECOCE ET ACCES AUX SOINS

Eléments introductifs

Le projet territorial de santé mentale a dans ses priorités 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 et médico-sociaux. A ce titre, les thématiques à traiter sont les suivantes :

- **Le repérage des signes d'alerte témoignant d'une souffrance et /ou de pathologie psychique chez une personne :**
 - o Modalités pour garantir, promouvoir les droits fondamentaux, les droits sociaux et économiques des personnes présentant des troubles psychiques
- **Le partenariat entre psychiatrie, professionnels de premier recours, sociaux et médico-sociaux :**
 - o Accès à un avis spécialisé
 - o Modalités d'échanges et de retours d'informations
- **L'accès au diagnostic et au suivi psychiatrique**
 - o Organisation des CMP pour accès au diagnostic et suivi
 - o Offre de soins du secteur libéral
 - o Accessibilité (commodités et limites)
 - o Lisibilité de l'offre
 - o Délais de réponses
 - o Organisation des équipes de psychiatrie pour aller au-devant des personnes
 - o Organisation de la réponse aux situations signalées par les proches, familles, acteurs sociaux et médico-sociaux
 - o Organisation des dispositifs de soins psychiatriques et articulation entre soins de proximité et soins de second niveau
 - o Appui des équipes de psychiatrie aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation
- **La continuité lors des situations à risque :**
 - o Organisation de la continuité des soins lors des transitions
 - Ville – hôpital
 - Âges clés de liaison
 - Situation de décompensation
 - Changement de domicile
 - CHU - USIP – UMD
 - Secteur médico-social, social

a. Difficultés rencontrées au moment du repérage

Le repérage en ville, aussi bien pour les professionnels de premier recours, que tout professionnel travaillant avec des personnes souffrant de troubles psychiatriques est jugé insuffisamment développé. Si des actions peuvent être conduites au niveau local ou sur des infra territoires (via par exemple les CLSM, ou des dispositifs spécifiques type Silapsy à St Nazaire ou le travail mené par les sentinelles du groupe de prévention du suicide sur le sud loire soutenu par l'équipe de prévention du suicide du CH Daumézon) pour faciliter le repérage précoce, ces actions mériteraient d'être approfondies et développées à l'échelle du département.

En effet, à ce jour, les difficultés suivantes sont constatées et partagées :

- **Un déficit de formations spécifiques dans les formations initiales et dans la formation continue des acteurs en contact avec personnes souffrant de troubles psychiatriques.** Par conséquent, le manque de connaissance des acteurs sociaux et médico-sociaux, mais aussi des soignants du premier recours, sur les troubles à repérer peut soit les faire passer à côté de certaines situations qui pourraient s'aggraver, soit au contraire entraîner une « sur psychiatrisation » des situations. Pour ce qui relève de la médecine générale plus spécifiquement, l'un des enjeux est de former à la psychiatrie les internes de médecine générale. A ce jour, les étudiants en médecine effectuent deux stages dans les services de psychiatrie lors de leur externat. Les partenaires médico-sociaux et sociaux peuvent également bénéficier de temps de formation, mais de manière disparate et pas nécessairement coordonnée avec les autres acteurs.
- **Un sentiment de faible investissement des médecins traitants dans le repérage** (avec ensuite un manque d'implication dans le suivi en mode parcours) de la part du personnel hospitalier et médico-social. Pour ce point, les points de vue divergent entre les hospitaliers, les acteurs du médico-social, les acteurs de l'inclusion d'une part, les professionnels libéraux et les usagers et aidants d'autre part. En effet, seuls 47,6% des professionnels hospitaliers, 22% pour les acteurs du médico-social et 35% des acteurs de l'inclusion se disent satisfaits par la mobilisation des médecins traitants au moment du repérage. De leur côté, 53% les professionnels libéraux estiment intervenir régulièrement en matière de repérage précoce, et 14% très régulièrement. 61% des usagers et aidants ont le même ressenti et se disent satisfaits (voire très satisfaits) de la mobilisation et de la sensibilisation des médecins généralistes au moment du repérage. L'avis des usagers est par ailleurs plus contrasté pour ce qui est du repérage réalisé par les pédiatres (54% des répondants usagers ou aidants en sont très insatisfaits). Enfin, seuls 30% des professionnels de premier recours ont indiqué n'intervenir que rarement pour le repérage précoce.

- **Un besoin de soutien des acteurs médico-sociaux, sociaux et de premier recours sur le repérage précoce, les premiers diagnostics, puis l'organisation des parcours.** Les différents acteurs sont en demande d'outils d'évaluation, pour le repérage et d'un accès à l'expertise. En outre, après le repérage, **une des difficultés majeure repose sur l'orientation à proposer aux patients.** Les différentes personnes interrogées ou rencontrées font le **constat partagé d'un manque de formation du personnel exerçant dans les établissements et services médico-sociaux**, ce qui leur permettrait de « *mieux accompagner les personnes ayant des troubles psychiques.* » Les actions et les dispositifs existants vers lesquels orienter les patients ne sont à ce jour pas lisibles, voire semblent être méconnus des différents professionnels. Cela est d'autant plus accentué par **l'impression qu'ont les professionnels du secteur social et médico-social de ne pas être appuyés ni écoutés lorsqu'ils repèrent des situations nécessitant une intervention médicale** (généraliste ou psychiatrique). Enfin, pour plusieurs personnes travaillant auprès des personnes âgées, l'une des difficultés portent aussi sur la distinction entre ce qui relève des pathologies dues au vieillissement ou à la psychiatrie. Un professionnel exerçant en EHPAD a fait savoir sur ce point que, « *les concernant, leur difficulté porte sur le diagnostic à apporter auprès d'une personne âgée présentant des troubles : différences entre troubles psychiatriques et démences.* »

Actions envisageables au moment du repérage

Développer la formation en santé mentale auprès des internes de MG, dès la formation initiale

Pour former les futurs MG lors de leur internat, l'une des pistes pourrait être de leur **proposer des journées de stage dans les CMP**, lors de leur stage de médecine générale.

Pour ce faire, un rapprochement avec le département de médecine générale est nécessaire. (*Préconisation*)

Développer la formation continue des professionnels de premier recours

L'un des enjeux est ensuite de permettre aux professionnels de premier recours qui le souhaitent de pouvoir continuer à se former sur le sujet. Si l'idée fait consensus, il est toutefois souligné :

- Que cela pourra difficilement s'intégrer dans le cadre du DPC, car les professionnels n'ont plus que deux jours de formation par an
- Que ces formations devront d'un point de vue pratique être délivrées par des pairs (généralistes, IDE, pharmaciens d'officine), quitte à ce que ces derniers fassent intervenir au besoin des experts.
- Que le modèle ne soit ni descendant, ni preneur de temps pour les généralistes (d'autant plus que le nombre de jours de formation a été réduit).
Qu'elles puissent être au service d'une meilleure prise en charge des patients souffrant de troubles de santé mentale, mais pas uniquement.

Par conséquent, cela pourrait se faire par exemple (*Préconisations*) :

- En développant plutôt des **formations d'écoute active**, tout en travaillant parallèlement de manière à outiller les professionnels de premier recours pour leur permettre d'être en capacité ensuite au besoin d'orienter son patient. L'URPS pourrait porter cette action et appuyer au déploiement de l'écoute active auprès des adhérents.
- En **intégrant les problématiques de santé mentale dans les projets de santé des maisons de santé**, de manière à ce que la question soit traitée de manière pluri professionnelle, dans le cadre de réunions de coordination, ou encore pour que des travaux soient conduits pour être outillés et en travaillant davantage avec les partenaires (possibilité de s'appuyer et de capitaliser sur l'expérience menée au CH Daumezon avec les MSP du Sud-Loire.)
- En **travaillant davantage avec des partenaires sanitaires, par exemple pour répondre à des appels à projets sur la santé mentale** – sur la prévention par exemple – en vue de sensibiliser les professionnels et d'améliorer les repérages précoces (l'établissement sanitaire pourrait apporter son savoir-faire en ingénierie de projet et santé mentale, et le professionnel de santé son expertise dans la mise en œuvre).

Développer les formations croisées professionnels de santé et partenaires

L'une des pistes pourrait également être de développer les formations croisées entre les champs (avec un enjeu de lisibilité), pour mieux se connaître et être davantage en capacité de repérer précocement les troubles. Ces temps de formation, qui peuvent par exemple se faire dans des sessions de 2 heures, devraient permettre d'échanger sur les signaux d'alerte, les situations à tenir en cas de repérage, etc. Intégrer dans ces formations des usagers ou représentants d'usagers. Cela pourrait également être des temps de travail **pour développer des outils en commun, aussi bien pour les professionnels de premiers recours que les partenaires**. Un travail associant les professionnels de psychiatrie, du premier recours mais également tout partenaire social et médico-social et des usagers et aidants pourra être mené en vue de travailler collectivement sur des grilles de repérage pour ensemble apprendre à repérer, mais aussi à orienter et à articuler les acteurs. Il sera important d'aller vers les soignants de premier recours (MSP par exemple avec l'URPS ML). Cela pourrait par exemple se faire sur le modèle de la formation nationale au repérage de la crise suicidaire soutenue par l'ARS et menée sur le Sud Loire par l'équipe de prévention du suicide.

Communiquer sur les formations existantes pour les partenaires et le grand public

Enfin, pour ce qui est de la formation des partenaires sociaux et du grand public, une piste pourrait être de communiquer largement sur les formations existantes, leur accessibilité et le public visé, puis ensuite collectivement d'échanger avec les différents organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) pour qu'ils les intègrent dans leurs grilles.

A titre d'exemple, l'INFIPP (organisme de formation spécialisé en santé mentale), Santé mentale France et l'UNAFAM souhaitent proposer des formations de premier secours en santé mentale, pour un public large²⁴.

L'une des actions du PTSM pourrait d'être appui et relai dans la mise en œuvre et la communication sur ces formations.

b. Difficultés rencontrées pour faciliter l'accès aux soins

L'accès aux soins recouvre trois problématiques majeures : l'acceptation d'aller vers le soin, la possibilité ensuite d'être pris en charge dans un délai raisonnable et ce, aussi bien en consultation qu'à domicile ou en structure d'hébergement médico-social et, enfin la possibilité d'accéder physiquement aux soins.

Des difficultés rencontrées pour accompagner les personnes vers le soin...

Parmi des difficultés rencontrées pour les personnes diagnostiquées, la première est l'acceptation de la maladie, mais aussi la compréhension de ce qu'est la maladie. Plusieurs répondants au questionnaire à destination des aidants ont témoigné de cette difficulté : « *Pour nous (parents) la difficulté est que le malade majeur est considéré comme totalement responsable et qu'il ACCEPTE de se faire soigner. Dans le cas contraire nous sommes complètement impuissants pour l'aider et en détresse* » ; « *L'accès aux soins pour les adultes doit être de leur fait. Or, nombreux malades sont dans le déni, et les familles se heurtent à ce problème (refus de soins) "il est majeur, nous ne pouvons rien faire !!!* » Des usagers ont également témoigné de leurs difficultés à accepter leur maladie au moment de l'annonce, avec cette impression d'être quelqu'un de « différent. »

Les **acteurs sociaux, mais aussi médico-sociaux**, (bailleurs, services de tutelle, services médico-sociaux) ont également souligné à plusieurs reprises avoir **des difficultés à accompagner les personnes vers le soin**. Ils sont en **attente d'un appui** pour l'accompagnement et la réponse à apporter lorsque les personnes ne souhaitent pas aller vers le soin.

²⁴ <https://www.santementale.fr/formation/actualites-formation/le-programme-de-formation-aux-premiers-secours-en-sante-mentale-deploie-en-france.html>

...Accentuées dans un second temps par la difficulté d'être pris en charge dans des délais raisonnables en ambulatoire, en consultation ou à domicile

L'autre difficulté majeure, partagée de manière quasi unanime, relève de l'accès aux soins psychiatriques en ambulatoire, via les CMP. Les **délais d'accès sont considérés comme trop longs** pour obtenir une première consultation en CMP, et ce, quel que soit le secteur. De plus, sur le territoire, les pratiques diffèrent quant à l'accueil proposé aux primo consultants en CMP (présence ou pas d'un psychiatre sur place, horaires d'ouverture différents, avec des amplitudes horaires plus moins importantes...), ce qui ne rend pas l'organisation lisible pour les partenaires extérieurs, qui ne fonctionnent pas de manière sectorisée pour la plupart. **La majorité des répondants aux questionnaires considèrent les délais d'accès au CMP insatisfaisants voire très insatisfaisants (81,2% des acteurs de l'inclusion, 79% des acteurs du médico-social, 78% des professionnels hospitaliers, 58% des aidants et usagers)**. Les professionnels de premiers recours sont davantage partagés, seuls 49% d'entre eux jugeant les délais insatisfaisants voire très insatisfaisants (l'un d'eux allant néanmoins jusqu'à écrire que les « *délais étaient interminables* » et ensuite le « *suivi inégal* », un autre précisant que « *les rendez-vous sont très compliqués à prendre* ») et 37% d'entre eux se disent satisfaits. Enfin, 68% des usagers et aidants considèrent que l'accès à des professionnels spécialisés en santé mentale est insatisfaisante. La démographie médicale, fragile et en cours de fragilisation, associée à l'augmentation continue de la population dans le département et plus particulièrement sur l'agglomération nantaise, peuvent être des facteurs explicatifs de ces délais importants.

Dans certains CMP, si les délais peuvent être rapides pour une consultation avec un.e infirmier.ère, ils peuvent être bien plus longs (plusieurs mois) pour bénéficier ensuite d'une consultation avec un médecin psychiatre. « *Les psychiatres ne répondent généralement pas aux demandes urgentes car "débordés". Ils laissent cela à la médecine traditionnelle qui ne sait qu'augmenter les tranquillisants. Un aidant* » Enfin, il est quasi impossible de bénéficier d'une consultation non programmée en CMP, ce qui peut par la suite entraîner des passages aux urgences, qui auraient pu être évités. Le CAPSI de VERTOOU, dépendant du CH. G. Daumézou, peut répondre à ce besoin.

Cela est d'autant plus compliqué pour les primo-consultations ou pour certains publics spécifiques qui ne peuvent pas / plus se déplacer ou sont isolés. Un des enjeux sera donc **d'assurer la continuité des soins pour ces patients, ce qui nécessite de réfléchir aux moyens dédiés ou de penser l'organisation pour permettre aux équipes psychiatriques d'aller vers certains patients et plus particulièrement les patients âgés ou en rupture de soins**. Les professionnels médico-sociaux au service des personnes âgées ont d'ailleurs l'impression que la psychiatrie finit par se désinvestir du problème et adresse vers d'autres confrères.

« Les délais pour avoir un rendez-vous en CMP sont très longs. Les personnes sont souvent insatisfaites par cette prise en charge. Dès qu'il est question de sujet âgé, la psychiatrie oriente trop souvent vers la prise en charge gériatrique », constate un professionnel médico-social. Un autre d'ajouter qu'il n'y a « pas de lien avec les psychiatres ou les gériopsychiatres. Seule une IDE continue à venir voir un résident qui a été suivi dès l'âge adulte à domicile. Difficultés extrêmes à obtenir l'intérêt du secteur psychiatrique pour les résidents en EHPAD même avec troubles comportementaux avérés. Hospitalisation de rupture impossible à obtenir. Pas de diagnostic posé pour la majorité des troubles cognitifs chez les vieillards. EHPAD Nantes » Un responsable d'EHPAD d'ajouter qu'il est « impossible d'obtenir un RDV avec un psychiatre dans un délai "raisonnable" en cas de problème aigu avec un résident et l'impossibilité d'avoir un suivi par un professionnel de santé mentale. » Il ajoute avoir « l'impression d'être abandonné dès lors que le résident est accueilli en EHPAD. »

Le maintien dans le soin des personnes isolées / non mobiles et non suivies en structure est également une problématique partagée par les différents acteurs et entraînent des ruptures de soins. Une mère de patient a par exemple indiqué être en difficulté en raison des « *refus des professionnels de se déplacer voir un malade majeur chez lui. Mère seule face à la maladie de son fils depuis plusieurs années.* » Ou encore un autre de signaler également que « *les délais de prise en charge restent trop long et en fonction des secteurs, l'absence de mobilité est un frein à la prise en charge.* »

La **mobilité et l'accès aux transports pour les patients est également une problématique importante** sur le département, **pour permettre aux patients de se rendre sur les lieux de soins** (consultations, mais aussi en hôpital de jour, CATTP, activités de réhabilitation). En effet, beaucoup d'entre eux ne peuvent pas conduire / n'ont pas de véhicules et pour certains, les transports en commun n'existent pas ou sont un obstacle « *insurmontable* ». Cette problématique, si elle concerne tout le département, est d'autant plus prégnante sur les territoires ruraux, qui ne bénéficient pas d'une offre de transports en commun. La métropole nantaise connaît également une pénurie de transports type véhicule sanitaire léger (VSL), ce qui s'explique par le fait qu'il n'y a pas eu d'augmentation du numéris clausus depuis 15 ans. Par ailleurs, les VSL refusent pour beaucoup de prendre en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques, car s'il y a le moindre problème pendant le transport, cela relèvera de leur responsabilité. Cela est un élément dissuasif pour les conducteurs, quand bien même l'évaluation du risque est déterminée par le médecin au moment de l'élaboration du bon de transport. Au final, les établissements sont parfois obligés de faire intervenir des ambulanciers pour faire venir le patient, ce qui est plus coûteux. Enfin, pour ce qui est des transports alternatifs (non financés par la CPAM, mais dont le réseau est varié sur le département), certains patients peuvent ne pas être en capacité de les prendre.

Concernant plus spécifiquement les transports pris en charge par la CPAM :

- La CPAM prend en charge tous les patients en ALD pour qu'ils se rendent en hôpital de jour, CAMTPS, CMPP, CATTP. En dehors de ses critères, cela ne relève plus de sa grille.
- Elle ne peut pas prendre en charge des transports pour des consultations normalement non remboursées par la CPAM (mais en l'espèce intégrée dans l'offre des CMP), type ergothérapeute.

Enfin, **un travail est à faire pour fluidifier les liens entre la psychiatrie et la médecine de ville.** A ce jour, les psychiatres ne font pas ou très rarement de compte rendu de consultation en CMP. Or, cela est un prérequis pour assurer un suivi partagé entre les différents acteurs de la prise en charge. Par ailleurs, **les liens sont quasi inexistantes entre la psychiatrie et la médecine générale**, et pourraient être décroisés pour d'une part améliorer l'accès aux soins, d'autre part permettre aux CMP de mieux prendre en charge de nouveaux patients et les repositionner sur un niveau d'expertise et de recours, dans une logique de parcours gradué.

ACTIONS ENVISAGEABLES POUR ACCOMPAGNER VERS LE SOIN

S'APPUYER SUR LES GROUPES DE PAIRS AIDANTS POUR ACCOMPAGNER LES PERSONNES DES LE REPERAGE*Identifier et recruter des patients pairs aidants via les groupes de réhabilitation et d'éducation thérapeutique*

Une des pistes pourrait être de davantage s'appuyer sur des pairs – pairs aidants, ce qui pourrait aider certains patients à aller vers le soin en associant dès cette étape des groupes de pair - pairs aidants. Par ailleurs, l'une des difficultés pour les patients est d'identifier une personne de confiance, personne-ressource, au moment de l'entrée dans la maladie. A ce jour, l'UNAFAM est très bien identifiée pour accompagner les familles, mais il manque encore des pairs aidants. Enfin, les GEM sont pour certains déjà saturés et ne peuvent plus accepter de nouveaux patients (c'est le cas par exemple de celui de Nantes). Dans le cadre des groupes de réhabilitation, et d'éducation thérapeutique, identifier et proposer aux participants d'être pairs aidants pour les nouveaux entrants dans la maladie. Proposer ensuite aux patients nouvellement diagnostiqués ce soutien. S'appuyer sur les pairs, les familles pour faciliter la mise en relation entre le patient et les soins.

*Accompagner le déploiement des GEM sur le territoire.***PRECISER LA PROCEDURE D'ORIENTATION DES LE REPERAGE**

L'une des pistes serait de **développer des équipes mobiles pour aller davantage vers la personne, avec une orientation et une articulation à penser dès ce stade vers les pairs aidants, et ce au moment des signalements.** Toutefois, si cette action était effectivement choisie, elle nécessiterait en amont d'en préciser clairement les modalités afin de :

- S'assurer que ce redéploiement ne se fasse pas au détriment des moyens des secteurs
- Garantir une couverture territoriale homogène, en intégrant à la fois les zones rurales (Nord et Sud du département en particulier) et urbaines (métropole nantaise et nazairienne)

Point de vigilance : si cette action est effectivement retenue, il conviendra de préciser le public prioritaire, l'articulation avec les équipes mobiles existantes et le lien avec les acteurs du médico-social.

FACILITER LA MOBILITE ET L'ACCES AUX SOINS SUR LE TERRITOIRE*Elaborer un annuaire de l'offre alternative*

Le département est très bien doté pour ce qui concerne les transports alternatifs, mais ils sont méconnus aussi bien des professionnels que des usagers et du public. L'un des travaux sera donc de cartographier cette offre, en précisant le territoire concerné, le public éligible, le coût à la charge de l'utilisateur, les modalités de sollicitation.

→ Ce travail sera à conduire en coopération avec la CPAM et le CD.

Conventionner avec les transporteurs

Afin d'éviter que les transporteurs refusent de prendre en charge les patients **souffrant de troubles psychiques, un travail pourra être fait avec eux pour préciser les engagements réciproques des parties au moment des prises en charge. La problématique touchant également des territoires ayant conventionné** avec des transports (Blain par exemple). Les conventions déjà existantes pourront être retravaillées dans ce cadre.

Mieux communiquer sur la politique de l'assurance maladie pour les prises en charge en termes de transport

Les professionnels méconnaissent la politique de l'assurance maladie, ce qui peut entraîner des difficultés au moment d'établir les bons de transport. Un travail de communication sera à faire.

ACTIONS ENVISAGEABLES POUR AMELIORER LES DELAIS DE PRISE EN CHARGE

TRAVAILLER COLLECTIVEMENT SUR L'ORGANISATION DES CMP

Adapter et rendre plus lisible une organisation nouvelle et si possible harmonisée des CMP du 44 pour qu'ils assurent une meilleure réponse de première ligne en continu (sur des horaires élargis par exemple et en réactivité des réponses apportées – optimiser les délais de réponses et d'intervention). Les CMP pourraient :

- Travailler collectivement sur leurs modalités d'organisation actuelle (gestion des premiers signalements, accessibilité, horaires d'ouverture et de réponses des CMP) et voir ce qui pourrait être amélioré / mutualisé / harmonisé en vue d'assurer une réponse médicale plus rapidement.
- Anticiper dès aujourd'hui les pratiques innovantes à venir (avec notamment les IDE de pratiques avancées en santé mentale annoncées dans un futur proche) et les modifications organisationnelles à conduire en conséquence. A titre d'exemple, ces IDE pourraient être positionnées demain comme les interlocuteurs premiers des professionnels et des partenaires pour faciliter le suivi.
- Déployer la téléconsultation dans le suivi, pour assurer la continuité des soins (en particulier pour les publics spécifiques – hébergés dans des structures médico-sociales, les jeunes, les personnes éloignées géographiquement des soins...).
- Les acteurs sont en attente d'un référent identifié qui puisse apporter une réponse en cas d'interrogation, en vue d'éviter que les situations ne dégénèrent notamment. Ce référent peut tout aussi bien être un soignant (IDE) qu'un acteur social, l'idée étant prioritairement qu'il puisse soutenir le professionnel appelant.

Adapter et rendre plus lisible l'organisation des CMP pour qu'ils assurent une réponse de première ligne, et plus particulièrement au moment des situations de crise

- **Revoir l'organisation des CMP**, notamment pour qu'ils assurent une réponse sur des horaires élargis (fin de journée, pause méridionale) et puissent délivrer un avis sur la situation.
- **Mettre en place au sein des CMP des plages de soins non programmés et des consultations post urgences** pour accueillir les personnes en situation de crise dans un délai rapide. L'une des possibilités pourrait être de travailler sur la mise en place, au sein des CMP de chaque secteur, ou en intersectoriel, de créneaux dédiés pour d'une part les post urgences, d'autre part les soins non programmés. Cela pourrait également se faire en coopération avec les médecins généralistes, premier « filtre » dans le parcours, qui pourraient réguler ces adressages vers les créneaux dédiés

De **créer une application mobile à destination des professionnels** (libéraux, mais aussi au besoin sociaux et médico-sociaux), pour qu'ils puissent, du domicile du patient ou en consultation, avoir les coordonnées du CMP de secteur du patient (voire d'autres informations à déterminer pour faciliter la prise en charge, type arbre décisionnel sur les actions à conduire, partenaires sociaux et médico-sociaux à solliciter...).

AMELIORER LES LIENS ENTRE CMP ET ACTEURS DU PREMIER RECOURS

Proposer des actions de formation croisée

La **formation des MG à la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques est indispensable**. Elle peut être prévue à plusieurs niveaux.

- Durant le cursus des 2^{ème} et 3^{ème} cycle
- Lors de l'internat en médecine générale doivent pouvoir passer en psychiatrie ambulatoire (CMP) en en service de psychiatrie (maquette de stage)
- Dans le cadre du développement professionnel continu -DPC- (Ex - Formation Médicale Continue) et ce, avec les représentations professionnelles
- La fonction de médecin somaticien en service de psychiatrie doit être connue comme un débouché professionnel possible : **un temps de stage rattaché à un médecin somaticien doit être envisageable** en association avec un ou plusieurs médecins maîtres de stage ambulatoire (maquette de stage)

La diffusion de la **charte partenariale** établie avec le collège de médecine générale et la conférence des présidents de CME de CHS pourrait être utilisée pour sensibiliser les acteurs du territoire

D'autres professions devraient être ciblées pour améliorer le suivi somatique des patients :

- Les pharmaciens
- Les IDE

⇒ *Remarque : Ces formations auraient avantage à être pluriprofessionnelles et rattachées à des logiques territoriales pour favoriser les rencontres entre psychiatres, IDE psy et professionnels du champ ambulatoire (cadre des Maisons et centres de santé, des CPTS -Communauté Professionnelles Territoriales de Santé). Dans ce cadre, le développement de conventions et de partenariats avec les centres de santé, maisons de santé, peut s'avérer utile*

La formation à la problématique des soins somatiques doit également être posée et incluse dans les programmes des équipes de psychiatrie.

Formaliser les modalités d'échanges entre la psychiatrie et les acteurs de premier recours intervenant auprès de la personne souffrant de troubles psychiques afin de fluidifier le parcours et assurer une continuité de prise en charge. Par exemple, un courrier de liaison pourra être élaboré, qui devra *a minima* être transmis au médecin traitant du patient, pour qu'il ait les informations sur le traitement délivré dans le cadre du suivi global, ainsi que sur le diagnostic et l'évolution de la maladie du patient (en particulier le changement de traitement). Il pourra également être communiqué au pharmacien d'officine, et tout acteur du soin intervenant auprès de la personne.

A noter : d'un point de vue pratique, pour ce qui concerne les échanges de documents, le département Loire-Atlantique est pilote pour le DMP. Il devrait être déployé sur 2018 – 2019. Toutefois, il ne suffira pas pour formaliser une meilleure articulation entre les acteurs, l'enjeu étant de construire d'abord les outils destinés à faciliter les échanges et la coordination entre les acteurs.

Point de vigilance : le courrier de liaison à penser ne doit pas être un document en plus à créer pour les psychiatres mais doit pouvoir s'intégrer à l'existant.

Travailler entre CMP et professionnels de premier recours pour faciliter le lien dans le suivi, et mettre en place des suivis partagés entre psychiatrie et médecine générale

Compte tenu du fait que : a) le territoire est sous-doté en en psychiatrie aujourd'hui sur certains territoires, et b) le contexte budgétaire est contraint, il convient pour cette proposition de la penser en articulation avec le premier recours. Cela pourrait permettre :

- De renforcer les liens entre les professionnels de santé, dans un souci de décloisonnement
- De proposer un suivi global au patient, intégrant le somatique et le psychiatrique
- De repositionner les CMP dans une logique de parcours gradué, en leur permettant d'accueillir de nouveaux patients et de se « désengorger » des consultations de suivi

L'une des options envisageables est de développer sur le territoire les suivis partagés entre médecin généraliste et psychiatre. Un suivi protocolisé psychiatrie – médecin généraliste pourrait être pensé. Par souci d'opérationnalité, l'une des pistes serait de s'appuyer au démarrage sur les équipes organisées (en cabinets regroupés, en maisons de santé ou centres de santé en particulier).

Points de vigilance

- ⇒ *Il est précisé toutefois pour ce point que tous les patients ne souhaitent pas aller voir leur médecin traitant dans le cadre du suivi. Il arrive en effet que certains patients refusent que le psychiatre informe le médecin traitant de la prise en charge proposée. Par ailleurs, les patients n'en voient pas nécessairement l'intérêt. Parallèlement, cela demande de travailler avec les médecins généralistes et les psychiatres sur une telle organisation, qui serait innovante.*
- ⇒ *Un travail de connaissance mutuelle pour dépasser les barrières existantes est pré-requis, d'autant plus que ces barrières ne sont pas uniquement organisationnelles mais également culturelles.*
- ⇒ *Ce suivi est dépendant de la réception par le généraliste des informations concernant le patient, ainsi que du déploiement de la messagerie sécurisée de santé et de son appropriation par les professionnels.*

AMELIORER LES LIENS ENTRE CMP ET PARTENAIRES MEDICO-SOCIAUX

Développer les points au niveau des différents secteurs sur le territoire, en associant CMP, médico-social et partenaires

L'une des actions envisageables pourrait être de travailler sur la mise en place de points de secteurs sur le département, pour faciliter l'interconnaissance entre les acteurs et échanger sur les situations suivies conjointement. *Cette action est à traiter plus globalement en transversal, dans le cadre des travaux sur l'articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social.*

2. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE

Ce diagnostic ne traite pas de l'organisation des urgences entre les établissements de santé du territoire. Ce sujet est traité dans le cadre d'un groupe de travail spécifique aux urgences du Projet médical partagé 44.

Eléments introductifs

Le projet territorial de santé mentale a dans ses priorités l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence. A ce titre, les thématiques à traiter sont les suivantes :

- **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 ;
- L'organisation de la **permanence des soins** et d'un **dispositif de réponse aux urgences psychiatriques**,
- La **participation des professionnels de la psychiatrie aux prises en charge réalisées au sein des structures d'urgence des établissements de santé** 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 ;
- **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.

Aujourd'hui, sur le département, le CHU de Nantes et le CH de St Nazaire ont un service d'urgence dédié à la psychiatrie. Le CH de St Nazaire dispose, au sein de son unité dédiée, de 5 lits de crise. Une IDE spécialisée en psychiatrie est présente en journée aux urgences du CH Chateaubriant – Nozay – Puancé et une autre au CH Erdre et Loire.

Des équipes de liaison sont présentes au sein des CH d'Ancenis et de Chateaubriant, et rattachées au CHS de Blain – mais uniquement dans les services d'hospitalisation.

Enfin, concernant le CHS de Daumezon, une admission directe est possible en cas d'urgence et une interface est faite avec le CHU de Nantes. La problématique de la prise en charge des urgences psychiatriques au niveau des établissements du territoire est bien identifiée et fait l'objet d'actions dédiées dans le projet médical partagé du GHT.

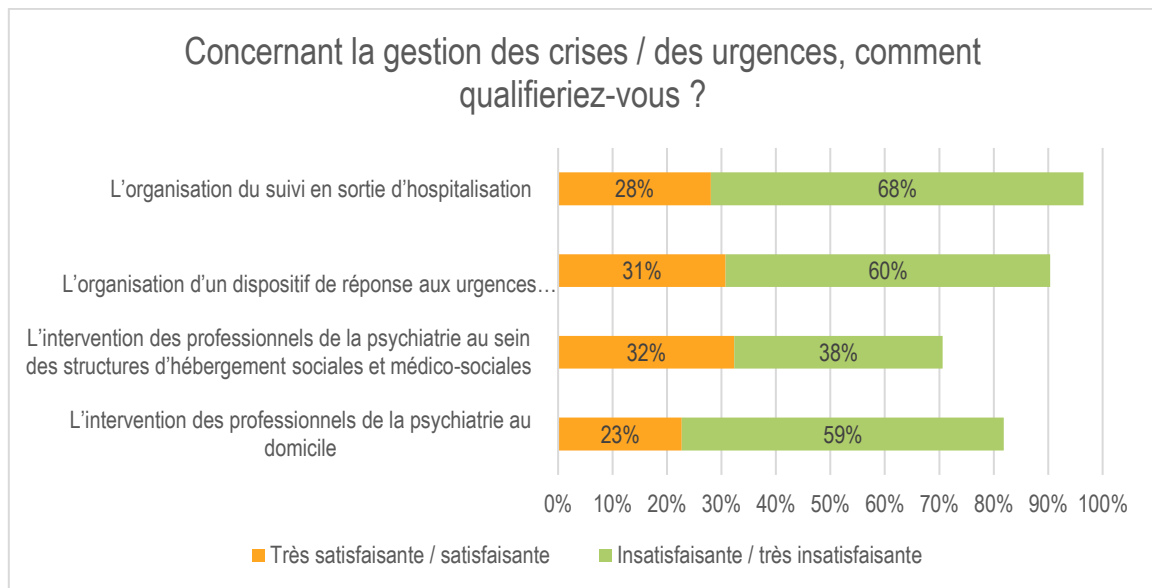
La prise en charge des urgences, et, plus avant, de la prévention des situations de crise conduisant aux urgences est une question qui a déjà fait l'objet de nombreux travaux et notamment d'une **recommandation de la CRSA Pays de la Loire en 2012**. Cette problématique implique l'ensemble des partenaires et personnes gravitant auprès des personnes souffrant de troubles de la santé mentale, mais également les forces de l'ordre, qui ont comme mission d'assurer la sécurité des biens et des personnes, les services accueillant du public, les ambulanciers, etc. De ce fait, dans le parcours, de nombreux points de ruptures peuvent être identifiés et aboutir au finalement à une gestion de la crise par un adressage aux urgences. Les facteurs de crises sont certes multiples, mais certains sont cités spontanément par et pourraient être évités / réduits, par un suivi davantage renforcé.

Des initiatives sont portées à l'échelle locale pour répondre aux situations de crises, au repérage précoce, voire pour préparer les retours à domicile. Elles restent encore insuffisantes malgré tout.

Sont cités par exemple (liste non exhaustive) :

- Les points de secteurs sur Nantes ;
- L'organisation de **visites à domicile** pour éviter ou désamorcer certaines crises et éviter que les patients soient ensuite adressés aux urgences, sur G. Daumezon, Blain ou au CHU ;
- Le recours à **Equipad** sur Nantes (6 places pour l'agglomération, ce qui est jugée insuffisant par les équipes), et à une équipe mobile sur Blain, pour anticiper autant que possible de telles situations (bien que plus sur l'aval de la situation de crise, en post urgence) ;
- La mise en place d'une IDE dédiée au suivi des patients en post hospitalisation à la Clinique du Parc, à Nantes.
- La coordination avec les partenaires sur les **situations complexes**, avec le CHS de Blain
- Le dispositif **Silapsy** sur St Nazaire
- CAPSI : Centre d'Accueil Psychologique Intersectoriel. Centre d'accueil et de crise sur Vertou ouvert toute l'année du lundi au vendredi de 8 h 45 à 19 h, accueil sans rendez-vous pour les personnes et les familles en détresse.

Aussi, à la question sur la gestion des urgences, les usagers et familles ont fait part de leur insatisfaction de manière générale, et plus particulièrement pour ce qui est de l'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation :



Source : questionnaire diffusé aux aidants et usagers, avril – juin 2018. Ne sont pas affichés les répondants ayant indiqué « ne sait pas »

a. Difficultés rencontrées pour la gestion des situations de crise et dès les signalements

En amont de la crise

Savoir anticiper et prévenir les crises est une des difficultés rencontrées par les différents professionnels. En effet, plusieurs acteurs ont partagé le fait qu'ils n'avaient pas les grilles pour identifier les signaux d'alerte précurseurs de crises ; la situation peut ainsi dégénérer sans prise en charge à temps. De plus, **ce qui est entendu derrière le terme « crise » peut être différent selon le point de vue des acteurs (sociaux, sanitaires et médico-sociaux)**. Cette absence de référentiel commun peut entraîner de la frustration des deux parties : une impression d'un côté de ne pas être écouté et compris, une impression de l'autre d'être sur sollicité pour des situations qui ne relèvent pas de la psychiatrie. **Certains aidants ont également l'impression que les services de régulation du centre 15 refusent de se déplacer en situation de crise**, et que leur parole n'est pas prise en considération, comme en témoigne cette épouse d'un patient : « *Ils refusent de venir. Quand j'ai appelé le 15, ils m'ont dit que s'il n'avait pas "tenté de se suicider" ou s'il ne m'a "pas frappé", ils ne viendraient pas le voir ! Ils attendent un drame alors !* », ne prenant pas en compte leur savoir expérientiel.

Au moment du signalement

En second temps, les professionnels rencontrent des **difficultés pour avoir accès à une réponse rapide de la part de la psychiatrie** (notamment du secteur) en cas de signaux d'alerte (faute, régulièrement, de professionnels disponibles). Leur recours est alors de passer par la régulation du 15 ou directement par les urgences psychiatriques. Par conséquent, il ressort que **des situations qui auraient pu être gérées au niveau du secteur sont directement prises en charge, in fine, par les urgences psychiatriques (sur site ou par téléphone)**.

Concernant **plus spécifiquement l'accès à des soins non programmés dans les CMP**, ceux-ci s'organisent différemment selon les secteurs d'une part, ne sont pas nécessairement identifiés par les acteurs qui gèrent la crise d'autre part. De plus, dans les situations où un médecin généraliste ou spécialiste effectuerait une visite à domicile, il peut arriver que l'adressage aux urgences soit malgré tout la solution choisie, faute de solution alternative en ambulatoire (avoir la possibilité par exemple de consulter un psychiatre dans un délai rapide, avoir accès à un service social dans le cas où le problème ne relève que du soin). Enfin, pour les patients non connus du secteur, il n'y a à ce jour pas d'autres possibilités de que l'adresser aux urgences en cas de crise.

Ces facteurs peuvent expliquer le recours aux urgences peut être vu comme la solution la plus adéquate, faute de relai ambulatoire. Pour autant, un travail sur l'organisation des CMP pourrait permettre d'éviter dans certaines situations le recours systématique aux urgences.

Au moment de l'orientation

Enfin, savoir vers qui orienter la personne au moment des crises et sur qui s'appuyer est une difficulté partagée aussi bien par les professionnels que les aidants. L'organisation de la psychiatrie est considérée comme complexe et peu lisible aussi bien pour les partenaires que les usagers. Aussi, lorsque des crises surviennent, les différents acteurs présents (CMP et secteurs, services sociaux, SOS médecins à Nantes et St Nazaire, services médico-sociaux, toute personne en contact avec la personne en crise) n'ont généralement pas d'autres choix que d'appeler soit les Urgences, soit les forces de l'ordre (police, gendarmerie) pour se mettre en sécurité / mettre en sécurité la personne. Dans certaines situations, une première réponse médicale à domicile est apportée par SOS médecins (à Nantes et St Nazaire) ou via un appui téléphonique des services d'urgences psychiatriques de Nantes ou St Nazaire.

Néanmoins, en l'absence de possibilité de prise en charge psychiatrique ou quand la problématique est avant tout sociale et nécessite une orientation particulière que les professionnels sur place ne maîtrisent pas, la seule option qui s'offre finalement à eux est d'adresser le patient aux urgences.

Le Centre d'accueil et de crise sur le Sud Loire très en lien avec les médecins généralistes et les acteurs médicaux sociaux du territoire, joue également ce rôle.

83% des acteurs de l'inclusion ont indiqué être très insatisfaits par l'organisation du dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, avis partagé par les professionnels libéraux (60% d'entre eux étant insatisfaits) mais également par les professionnels hospitaliers, pour 60% d'entre eux et médico-sociaux (53% d'entre eux)

ACTIONS ENVISAGEABLES POUR PREVENIR ET MIEUX REpondre AUX SITUATIONS DE CRISE DES LES SIGNALEMENTS

Partager la définition de crise entre acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires et aidants

Créer une cellule d'expertise au sein de l'UMP de Nantes

Aujourd'hui, toute sollicitation passe par la régulation libérale du centre 15. A Nantes et St Nazaire, la sollicitation peut ensuite être traitée par les urgences psychiatriques (50 psychiatres participent aux gardes à Nantes par exemple), sur les autres territoires, par un service d'urgence généraliste. Or, nombreuses sont les situations qui ne nécessitent pas d'intervention mais seulement du conseil pour les professionnels / personnes appelant. Dans ce cadre, les missions des urgences psychiatriques pourraient être développées et renforcées pour apporter une réponse aux sollicitants.

Les psychiatres des secteurs hors de Nantes pourraient être également sollicités pour apporter cette expertise téléphonique.

Faire intervenir un pair-aidant au moment de la crise – en suivi post crise

Renforcer le centre d'accueil et de crise suicidaire intersectoriel de Daumézon et / ou créer des CAPSI sur les territoires.

Développer la formation nationale au repérage de la crise suicidaire

Créer des équipes mobiles pour anticiper les crises puis ensuite assurer le suivi post crise

Cette équipe mobile, composée d'un binôme soignant – assistante sociale, pourrait intervenir au domicile du patient au moment des signalements, sur sollicitation des patients, aidants, partenaires, médecins, pour anticiper et évaluer les crises.

Cette équipe pourrait également intervenir en aval de l'hospitalisation, à partir des CMP, pour assurer un suivi renforcé et anticiper une potentielle nouvelle crise (en particulier pour les crises suicidaires).

Point de vigilance : la création d'équipes mobiles pourrait entraîner un risque de réallocation de moyens des CMP sans pour autant assurer une bonne couverture géographique, ce qui n'est pas un souhait des professionnels. En outre, si cette action est retenue, cette équipe devra être pensée en lien avec les visites à domicile faites par les secteurs. Enfin, ces équipes n'ont pas de légitimité pour intervenir au domicile du patient si celui-ci n'est pas consentant.

b. Difficultés rencontrées au moment de la prise en charge des situations d'urgence

Lors des situations de crise, les acteurs sont finalement peu coordonnés et se retrouvent, tout autant que le patient, en difficulté. Lorsque la seule solution est de **recourir aux services de sécurité, il est attendu une coordination renforcée entre les acteurs**. En effet, aujourd'hui, il peut se passer 5 à 6 heures entre le moment où la personne est prise en charge par la gendarmerie / police par exemple et le moment où elle arrive dans un service hospitalier. Ce délai s'explique par la nécessité de coordonner tous les acteurs responsables à un moment dans ce transfert vers un service hospitalier pour une hospitalisation sans consentement, à savoir en premier lieu le représentant de l'Etat, l' élu, puis ensuite le médecin pour délivrer un avis médical et enfin les ambulances (qui n'interviennent pas sans avis médical). Un protocole départemental a été mis en place par la psychiatrie pour préciser où orienter les patients, en fonction de leur lieu de vie, qui semble méconnu des autres acteurs.

La gendarmerie souligne que 30 à 35% de ses interventions sont à caractère social, d'où la nécessité de travailler conjointement sur cette question. Ces délais peuvent entraîner des interpellations violentes, faute de coordination. Par ailleurs, des travaux sont en cours avec l'ARS sur ce sujet, pour protocoliser l'organisation de la prise en charge.

Concernant plus spécifiquement l'arrivée aux urgences, les établissements de Chateaubriant et Ancenis sont confrontés à de réelles difficultés de prise en charge des patients qui leur sont adressés, faute de ressources psychiatriques disponibles (en particulier en dehors des horaires d'ouverture des CMP ou de la présence de l'équipe de liaison – soit en soirée et le WE), et ont des difficultés à joindre le CHS de Blain pour bénéficier d'un avis. Cela peut entraîner de la part des équipes de ces établissements un recours aux contentions, en attendant une réponse psychiatrique.

➔ Ce dernier point est travaillé plus particulièrement dans le cadre du groupe de travail Urgences du GHT.

ACTIONS ENVISAGEABLES POUR MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS AU MOMENT DES SITUATIONS D'URGENCE

Partager avec les partenaires le protocole départemental mis en place par les psychiatres du 44

Un protocole départemental a été élaboré par les psychiatres des 4 établissements pour ce qui concerne la sectorisation des patients du territoire.

Elaborer une procédure sur l'organisation et l'orientation des situations de crise conduisant aux urgences

En s'appuyant sur des travaux réalisés dans d'autres départements (Maine et Loire) / régions (Normandie), travailler sur une procédure organisationnelle en impliquant l'ensemble des acteurs intervenant au moment de la crise (SAMU, ambulanciers / transports sanitaires – transports d'urgence), fonctionnaires de police – gendarmerie - pompiers, hôpitaux, représentants de justice).

Dans le cadre de ces travaux, intégrer l'articulation entre SAMU et services d'urgences. Il s'agira dans le cadre de l'élaboration de la procédure d'intégrer les travaux en cours du GHT sur les urgences d'une part, de bien traiter la question de l'accueil des patients aux urgences généralistes d'autre part (Ancenis et Chateaubriant).

c. Besoin partagé d'organiser le suivi post urgence

La question de l'organisation du suivi post urgences est, comme indiqué en introduction de cette partie, une préoccupation majeure pour les proches. Une mère d'un enfant malade témoigne ainsi : « *Lorsque les personnes sont hospitalisées, on les bourre de médicaments. Puis, on les laisse sortir en ayant bien baissé les doses. Incapables de dormir, elles retournent à leur addiction. Aucun dispositif n'est mis en place pour la sortie alors que l'on sait que nombre de suicides ont lieu à ce moment. Pour cette raison, j'ai la hantise que mon fils retourne à l'hôpital. Autour de moi, je connais deux jeunes femmes qui se sont données la mort en sortie d'hospitalisation en Loire Atlantique : une cette année, et une il y a deux ans, sur le Sud Loire.* » Aujourd'hui, sur le territoire, les services d'urgences psychiatriques sont situés à Nantes et St Nazaire, et deux équipes de liaison sont déployées au CH d'Ancenis et au CH de Chateaubriant, qui n'ont pas pour mission d'intervenir sur les urgences.

Concernant les points forts de ce territoire :

- **L'unité intersectorielle de crise (UNIC) de St Nazaire** dispose de 5 places pour accueillir les patients jusqu'à une semaine après la crise. Cela permet de dégonfler certaines situations avant de penser, préparer, la sortie et la réponse en aval.
- Il est prévu **dans le nouvel hôpital de Nantes qu'une unité d'hospitalisation courte durée soit créée**, avec 8 lits dédiés en post urgence, en vue de préparer le retour. L'UMP propose toutefois déjà de garder les patients sur un temps court, le temps que la crise s'atténue.
- **Des consultations post urgences en CMP ont été mises en place entre l'UMP et un CMP à Nantes.** Ces créneaux sont exclusivement réservés aux patients qui sortent de l'UMP.
- Par ailleurs, la gendarmerie, en coopération avec le **Réseau Repère 44**, a recruté des jeunes en service civique en charge de rappeler les personnes (sous réserve de leur consentement préalable) dans les jours qui suivent leur intervention. Cet appel permet de donner aux patients des informations sur les dispositifs et aides existantes sur le territoire. L'équipe qui s'en charge est formée par le CHU.

Pour autant, de nombreuses difficultés sont rencontrées :

- La personne a souvent été orientée dans le cadre d'une solution immédiate, faute de réponse à lui proposer, ce qui ne résout pas la prise en charge à apporter en sortie, ni la problématique d'aval ;
- Il est aujourd'hui très rare de pouvoir s'appuyer sur l'HAD en sortie (ne prend pas les patients psychiatriques) et les équipes mobiles du territoire (Equipad à Nantes, ou l'équipe mobile de Blain par exemple) n'ont ni les moyens, ni les compétences pour proposer un suivi rapproché en sortie. Sur Nantes par exemple, cela nécessiterait d'augmenter le nombre de places d'Equipad (passage de 6 à 12).
- Les patients en sortie ont le sentiment d'être peu accompagnés.

84% des acteurs de l'inclusion ont indiqué être insatisfaits, voire très insatisfaits par l'organisation du suivi en post hospitalisation, avis partagé dans une moindre mesure par les acteurs du champ médico-social (à 51%), les professionnels libéraux (61%) et les professionnels hospitaliers (54%).

ACTIONS ENVISAGEABLES POUR MIEUX AMELIORER LE SUIVI POST URGENCES

Mettre en place des consultations post-urgence rapides dans les CMP ou auprès des médecins traitants

A l'instar de ce qui est fait aujourd'hui entre l'UMP et le CMP de Nantes, il est proposé de travailler avec les CMP pour qu'ils intègrent dans leur organisation interne des créneaux dédiés pour des consultations post urgences. En outre, en fonction des patients et de leur situation, cette consultation pourra aussi tout à fait être faite par le médecin traitant. Dans les deux cas, cela demandera également aux urgences de travailler sur un document de liaison qui permette effectivement d'assurer la consultation de suivi.

- ➔ *Cette action sera à conduire dans le cadre des travaux sur l'organisation des CMP et la possibilité de mettre en place des consultations non programmées.*

Développer les hospitalisations à domicile en suivi post urgence

3. L'ACCES A DES SOINS SOMATIQUES

Eléments introductifs

Le projet territorial de santé mentale a dans ses priorités l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

- **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.

a. Difficultés partagées pour assurer le suivi somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques par le 1^{er} recours : un besoin d'améliorer le lien ville - hôpital

La difficulté d'accès à une prise en charge somatique est multifactorielle, pour les patients souffrant de troubles psychiatriques. Du ressenti général, il ressort que :

- De **nombreux patients n'auraient pas de médecin traitant**. Cela est d'autant plus vrai sur les territoires où la démographie médicale est fragile (nord du département, certaines zones urbaines plus précaires) et pour les patients les plus fragiles (personnes isolées, migrants...) ;
- **Certains patients ne ressentent pas le besoin d'avoir un suivi double**, avec d'une part le médecin traitant, d'autre part le psychiatre ;
- **Certains médecins généralistes ne prendraient pas en charge les patients souffrant de troubles psychiatriques** (faute de temps, de formation...).

Malgré tout, ces éléments sont nuancés par les réponses au questionnaire. **Les professionnels libéraux ont indiqué à l'unanimité qu'ils suivaient pour des soins somatiques des patients souffrant de troubles psychiques** (69% très régulièrement, 31% régulièrement). Plusieurs ont précisé que « *les atteintes somatiques des personnes à handicap psychique [étaient] largement sous-estimées et mal prises en charge.* » Ils ont également fait part de leur isolement dans la prise en charge des patients, faute de liens avec les psychiatres. « *Isolement ressenti par moi médecin généraliste par rapport aux psychiatres du CHU et pire, libéraux ; les contacts et réactivités des autres spécialistes (cardio pneumo...) sont bien meilleurs : accessibilité téléphonique...* »

Ce ressenti a été confirmé par les patients qui, pour 73% d'entre eux, sont insatisfaits des liens existants entre les acteurs de soins de premier recours (et plus spécifiquement les médecins traitants) et les professionnels spécialisés en santé mentale. La coordination entre les médecins généralistes et les professionnels de santé est jugée insuffisante par 57% des acteurs du champ médico-social et du champ de l'inclusion. 61% des professionnels hospitaliers sont également satisfaits du suivi somatique proposé par les médecins généralistes, mais, néanmoins, pour plus de la moitié, ils estiment que la coordination entre la psychiatrie et la médecine générale est insatisfaisante.

Si les liens se sont améliorés entre les professionnels de ville²⁵ et hospitaliers pour ce qui concerne les sorties d'hospitalisation, un effort important reste à faire pour fluidifier le lien entre la prise en charge en ambulatoire, entre les CMP et les professionnels de ville. En effet, les psychiatres ne font à ce jour pas de compte rendu de consultation et certains y sont encore réticents. L'une des explications données serait la crainte de remettre au patient un courrier en mains propres avec un diagnostic posé, qui pourrait être dur à accepter pour le patient. Les médecins généralistes et, plus globalement, les soignants du premier recours sont peu informés du suivi proposé au patient, des traitements qui lui ont été délivrés en consultation et des avancées de la maladie. De fait ils peuvent se sentir en difficulté lors du suivi ou des rencontres des patients pour des pathologies intercurrentes. Enfin, la question de la formation des médecins généralistes à la santé mentale est jugée insuffisante.

ACTIONS ENVISAGEABLES POUR AMELIORER LE SUIVI SOMATIQUE DES PERSONNES A DOMICILE / EN VILLE

Améliorer la communication avec les médecins de ville

Proposer un courrier type de liaison psychiatre – médecin généraliste : ce courrier est indispensable pour donner au médecin traitant la possibilité d'assurer un suivi, en ayant une vue d'ensemble de l'état de santé du patient et lui permettre de comprendre son rôle dans le suivi. Il est proposé d'indiquer dans ce courrier :

- Le diagnostic du patient : cet item ne doit pas freiner le développement de la démarche, des formulations indirectes peuvent être utilisées...
- Les traitements prescrits et les modifications réalisées
- Les effets secondaires à surveiller en fonction des traitements et la vigilance à avoir
- La conduite à tenir par le médecin généraliste (si besoin d'ECG, de bilans sanguins, examens autres...)
- Ce courrier pourra être adapté et donné aux différents professionnels de santé qui s'occupent du patient (notamment infirmiers à domicile, mais aussi pharmacien d'officine par exemple).

Systématiser l'envoi d'un courrier en fin de suivi, lors de modification de traitement, ou pour tout évènement récent particulier concernant le patient

Utiliser quand c'est possible la messagerie sécurisée pour s'assurer qu'un lien par mail pour info/ évènement récent soit systématique avec le médecin traitant

⇒ *Remarque : ces actions nécessitent d'être intégrées dans les travaux de système d'information des différents établissements sanitaires (en lien avec le GHT pour les établissements publics et en appui sur le GCS e-santé Pays de la Loire pour toucher les libéraux)*

Mettre en place une consultation conjointe par un médecin généraliste / psychiatre ou IDE Psy (avec ou sans le patient) pour faire un point. Cette consultation pourrait se faire par télé-médecine.

Mettre en place des organisations permettant une **télé expertise** entre médecins généralistes et psychiatres du CHU voire IDE Psy.

Diffuser et s'appuyer sur la charte de partenariat signée entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur, par le Président de la Conférence nationale des Présidents de CME de CHS et le Président du Collège de la Médecine générale

S'appuyer sur les aidants (Questionnaire remis au patient ou le cas échéant à l'aidant) pour faciliter le lien entre psychiatre et MG. Les aidants peuvent également transmettre des informations entre professionnels quand le patient n'est pas en mesure de la faire.

²⁵ Ville englobe ici tout professionnel n'exerçant pas à l'hôpital.

b. Une prise en charge globale des patients souffrant de troubles psychiatriques au sein des établissements généralistes à renforcer

Les soins pour lesquels il est à ce jour le plus difficile de proposer une réponse satisfaisante sont en particulier les soins dentaires, gynécologiques, de stomatologie et de pédicurie. De plus, l'organisation des consultations somatiques n'est pas toujours adaptée aux patients souffrant de troubles psychiatriques (salles d'attente anxiogène pour certains, format des consultations qui ne rassurent pas... « Difficultés lors d'une consultation ophtalmo. Pas le temps, la patience d'évaluer correctement, à cause des hésitations, des problèmes de ma femme. Un aidant »)

A ce jour, les dispositifs suivants sont en place pour faciliter l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiatriques :

- **Equipes de psychiatrie de liaison** sur Ancenis, Chateaubriant et St Nazaire ;
- Concernant **l'accès aux soins dentaires**, des conventions ont été signées entre des centres de santé mutualistes et des services hospitaliers pour proposer une offre couvrant mieux le territoire ; pour autant, cela reste insuffisant avec des délais d'attente pouvant aller jusqu'à 1 an pour obtenir un rendez-vous ;
- Le CHS de Blain a conventionné avec un cabinet dentaire libéral pour qu'ils suivent les patients souffrant de troubles psychiques ;
- **Handisoins 44** permet de répondre à la prise en charge somatiques des patients souffrant de troubles psychiatriques, pour certains soins. Ce dispositif est porté par le CHU de Nantes, le CH St Nazaire et la clinique Jules Verne et a comme mission de faciliter l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de handicap (ophtalmologie, gastro-entérologie, gynécologie, ORL, soins dentaires, médecine physique et réadaptation...). Doté d'un numéro unique, ce dispositif est ouvert à toute personne en situation de handicap. Il est encore peu connu de l'ensemble des prescripteurs ni des patients, qui ne se tournent donc pas spontanément vers la plateforme.
- **Equipe de médecins somaticiens en charge du suivi des patients hospitalisés** (3 sur le site de St Jacques).

Concernant l'organisation et l'accueil en MCO des patients psychiatriques, les difficultés suivantes sont rencontrées, aux différentes étapes du parcours :

Arrivée aux urgences

- Les patients adressés par la psychiatrie doivent nécessairement passer par le service des urgences MCO pour toute admission, quel que soit l'établissement – il n'est pas proposé d'admission directe lorsque la psychiatrie adresse un patient (sauf en cas de transfert d'hospitalisation) ;
- Une fois l'arrivée aux urgences, les urgentistes n'ont pas toujours d'information sur le motif de l'adressage ni les antécédents médicaux et les traitements du patient ;

Au cours de l'hospitalisation MCO

- Une fois le patient hospitalisé en MCO, il arrive que certains services de psychiatrie n'aient plus de nouvelles de lui (en particulier pour les établissements spécialisés) ;
- La psychiatrie de liaison reste principalement dans les services d'hospitalisation, et se rendrait que peu dans les services d'urgences (par exemple à Ancenis et Chateaubriant) ;

En sortie d'hospitalisation MCO

- Il peut arriver que **des sorties soient programmées sans que la psychiatrie soit informée, et ce même avec des patients hospitalisés sans consentement**. Certains **patients sont réadressés en psychiatrie après un séjour en MCO sans que cela soit organisé en amont** (dans un souci en général de libérer les lits). Dans ces situations, les services de psychiatrie sont souvent **en difficulté, en particulier pour ce qui relève de l'accès aux médicaments** (n'étant pas pourvus via leurs pharmacies des traitements somatiques). Par ailleurs, pour certains soins somatiques, lourds, cela peut être très compliqué à prendre en charge de la part des soignants de psychiatrie (ex : HAD refusée vu la lourdeur des soins et patient hospitalisé en psychiatrie pourtant).
- Le **système d'information utilisé en MCO n'est pas accessible dans les services de psychiatrie** et réciproquement, ce qui complique d'autant plus le suivi du patient.
- **Difficultés d'accès à des consultations somatiques de suivi spécialisées**, notamment en raison des délais de rendez-vous et du nombre limité de spécialistes qui acceptent de prendre en charge des patients souffrant de troubles psychiques, mais aussi faute de mobilisation dans une certaine mesure de la part du patient.

74% des professionnels hospitaliers ont fait part de leur insatisfaction par rapport à l'organisation de la part des établissements de santé d'un accueil spécifique des personnes avec des troubles psychiques. Les patients et aidants ont également, pour 71% d'entre eux, indiqué être insatisfaits par l'organisation proposée.

ACTIONS ENVISAGEABLES POUR ORGANISER UN ACCUEIL SPECIFIQUE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS MCO POUR LES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Communiquer sur l'offre existante, encore méconnue des professionnels et patients

- Communiquer sur l'organisation de l'offre existante
- Faire connaître Handisoins 44, en indiquant qu'il concerne également le domaine du handicap psychique pour mieux répondre aux besoins des personnes
 - Augmenter les moyens humains (*dispositif expérimental aujourd'hui financé par l'ARS, avec des moyens limités*)
 - Diffuser le n° téléphonique de la plateforme en l'intégrant en tant que composante dans les réflexions de PTA sur le territoire afin de la faire connaître des médecins généralistes
- Proposer un outil de liaison entre services
- Proposer des organisations permettant des admissions directes dans certains services pour les patients psychiatriques (via Handisoins)

Développer le recours aux équipes de psychiatrie de liaison (médecin ou IDE)

- Faire connaître en intra GHT les missions de la psychiatrie de liaison dans les deux sens psychiatrie vers somatique et somatique vers la psychiatrie
- Développer les missions et faire le lien avec les somaticiens
- Anticiper mieux les sorties, et notamment la continuité des soins et du traitement (en s'assurant notamment que le patient quitte le service de MCO avec un courrier de liaison contenant les précisions les plus urgentes, qui répondent aux attentes des professionnels de psychiatrie), en particulier quand il y a transfert d'établissement.
- Assurer que toute sortie de patient d'un service de MCO conduise à un appel au service psychiatrique où était antérieurement le patient, et ce également lorsque des transferts sur plusieurs services MCO ont eu lieu. Côté des services de psychiatrie : informer à chaque fois l'équipe de liaison

Créer des postes de psychiatres et de somaticiens partagés entre les CMP, envisager des postes d'IDE formées au suivi somatique des patients suivis en CMP et responsable et en lien avec le médecin traitant

L'une des difficultés aujourd'hui repose sur le recrutement des médecins psychiatres sur certains territoires, en raison notamment de la faible attractivité desdits territoires. L'une des pistes envisageables pourrait être de développer les postes partagés, au niveau du GHT et de valoriser et développer les activités d'intérêt général.

c. Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes suivies / hospitalisées en psychiatrie

L'accès aux soins somatiques pour les personnes suivies en psychiatrie est également à renforcer. Aujourd'hui, le nombre de postes de somaticiens sur le territoire est considéré par les professionnels comme insuffisant.

Les patients se rendent régulièrement en consultation en CMP, ce qui pourrait être un levier pour proposer en parallèle un suivi somatique. A titre d'exemple, des ECG pourraient être faits dans le cadre des hospitalisations de jour pour les patients qui prennent certains traitements nécessitant un suivi particulier.

Près de 65% des professionnels hospitaliers jugent insatisfaisants le suivi somatique proposé au sein des établissements et services ayant une activité psychiatrique. Ce constat est partagé par 60% des aidants et usagers.

ACTIONS ENVISAGEABLES POUR AMELIORER L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES DES PERSONNES SUIVIES / HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

ORGANISER UNE PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EN CMP ET SERVICES SPECIALISES

Proposer une offre de soins somatiques organisée au sein de chaque CMP

Proposer dans le cadre de l'**expérimentation article 51** (innovation) d'intégrer dans le PTSM une expérimentation d'un.e IPA somaticien.ne dans un ou plusieurs CMP et chargée de réaliser un premier bilan somatique des patients suivi en psychiatrie, d'intégrer de la prévention ou de l'éducation thérapeutique, d'organiser le contact avec le médecin traitant, le cas échéant de réaliser les ECG liés à la surveillance thérapeutique, organiser la consultation de synthèse avec le médecin traitant via téléconsultation pour améliorer les parcours somatiques de patients ayant un handicap psychique avec des protocoles conçus avec les médecins généralistes (URPS ML) et les médecins somaticiens attachés en psychiatrie.

Travailler sur l'organisation des ressources humaines pour faciliter l'accès aux somaticiens et à la psychiatrie de liaison

- Proposer la création de postes de somaticiens partagés à l'échelle du territoire
- Renforcer et déployer les équipes de liaison dans les différents établissements sanitaires, hors services d'urgences
- Déployer la télémédecine auprès des patients souffrant de troubles psychiatriques
 - Téléconsultations psychiatriques pour assurer la continuité des soins psychiatriques des patients hospitalisés en MCO
 - Téléconsultations somatiques pour assurer le suivi somatique des patients de psychiatrie

Disposer d'un dossier interopérable entre les établissements et services généralistes et psychiatriques

Travail en cours, dans le cadre du groupement hospitalier de territoire

ORGANISER DES ACTIONS DE PREVENTION, D'EDUCATION THERAPEUTIQUE A LA SANTE ET UN SUIVI SOMATIQUE PAR LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

- Développer des programmes ETP somatiques adaptés aux handicapés psychiques (temps plus courts, accompagnement adapté...)
- Confier à une IDE la mise en place d'actions de prévention dans les CMP ciblée sur les soins dentaires, le suivi gynécologique et le suivi cardio-vasculaire vers les patients à domicile, en établissement médicosocial ou consultant en CMP (*voir point précédent*).

4. LE PARCOURS DE SANTE ET DE VIE DE QUALITE ET SANS RUPTURE EN VUE DU RETABLISSEMENT DES PERSONNES ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

Eléments introductifs

Le projet territorial de santé mentale a dans ses priorités l'organisation 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, les thématiques à traiter sont les suivantes :

- 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.

Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur la mise en place d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité.

a. Une offre de réhabilitation psychosociale limitée

La **réhabilitation psychosociale est encore très méconnue des acteurs, aussi bien sanitaires que sociaux et médico-sociaux**. Hormis les professionnels hospitaliers, et encore, dans une certaine mesure, qui, pour 46% d'entre eux connaissent l'offre de réhabilitation psychosociale, elle reste quasi-inconnue de tous les autres acteurs : seuls 17% des acteurs médico-sociaux, 20% des acteurs de l'inclusion et 15% des libéraux connaissent ces actions. Même constat de la part des usagers, qui ont indiqué pour seulement 22% d'entre eux connaître la réhabilitation psycho-sociale.

Néanmoins, la quasi-totalité des personnes connaissant les dispositifs de réhabilitation psychosociale considère que l'offre est insuffisante pour permettre de répondre aux besoins de la population, alors que c'est une étape indispensable dans le rétablissement de la personne.

A ce jour, l'offre de réhabilitation et d'éducation thérapeutique sur le département est la suivante :

Secteurs de Nantes	Secteurs de Blain	Secteurs de St Nazaire	Clinique du Parc	Secteurs de Daumezon
<p>CReSERC : centre de référence en soins d'éducation thérapeutique et de remédiation cognitive (actuellement doté de 2,3 IDE, 0,6 neuropsychologue et 0,3 psychiatre)</p> <p>Propose des actions de formation et d'appui à la coordination ; 10 groupes d'ETP ; 9 programmes de remédiation cognitive ; 2 groupes ProFamille pour les schizophrènes ; 1 projet ProFamille pour les bipolaires.</p> <p>Psy 5 : Psylog, offre de réhabilitation en ambulatoire. ProFamille. Programme de Réhabilitation professionnelle et ETP Psychose.</p>	<p>Un programme d'éducation thérapeutique (ETP) en cours de validation. Un projet de création d'espace d'accompagnement à la vie quotidienne et d'un espace de réhabilitation psychosociale.</p>	<p>Un programme d'ETP en cours de validation également</p>	<p>Réhabilitation psychosociale avec des prises en charge courtes ;</p> <p>A déposé un dossier pour un programme d'ETP axé sur la dépression.</p>	<p>Un programme d'ETP pour la personne âgée dépressive</p> <p>ETP : patient bipolaire</p> <p>Programme ProFamille (CMP Vertou et en lien avec l'UNAFAM)</p>

ACTIONS ENVISAGEABLES POUR DEVELOPPER LA REHABILITATION PSYCHO-SOCIALE SUR LE TERRITOIRE
<p><i>Labelliser le CReSERC comme centre référent de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive</i></p> <p>L'un des enjeux est ici de faire reconnaître le CReSERC en tant que centre référent sur le territoire (sur une hémi région). Ce centre est doté d'un plateau technique large et d'une équipe ayant des compétences spécifiques dans les soins qui y sont proposées, mais est limité en termes de ressources humaines. C'est également une plateforme de coordination. Le CReSERC a notamment vocation à former des praticiens pour qu'ils soient ensuite en mesure, sur leur territoire, de mettre en place des programmes de réhabilitation et d'ETP. Ce travail nécessiterait au préalable de disposer d'une cartographie précise de l'offre, d'identifier ce qui aujourd'hui est fait au niveau du secteur, en intersectoriel, ce qui fonctionne (recrutement des patients au sein des groupes, délais d'attente) et ce qui pourrait être déployé / mutualisé par la suite (via par exemple des redéploiements de CATTP soins tournés davantage vers la réhabilitation).</p> <p><u>Reconnaître et développer ce centre permettrait :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ De promouvoir les soins orientés vers le rétablissement, et d'avoir pour ce faire en appui une structure en mesure de coordonner le déploiement des projets en proximité ➔ D'augmenter le nombre de professionnels formés à la réhabilitation sociale, pour qu'ils soient en mesure de proposer des programmes sur tout le territoire, via les CATTP et hôpitaux de jour. <p><i>Promouvoir et soutenir le développement ou la création d'espaces de réhabilitation psychosociale au sein des différents secteurs du territoire.</i></p>

b. Une coordination entre les professionnels encore peu formalisée

La coordination du parcours de soins et plus largement du parcours de vie est une attente forte de la part de l'ensemble des acteurs : aussi bien les usagers et les aidants que les acteurs du champ médicosocial, de l'inclusion, les professionnels libéraux et hospitaliers ont indiqué que cela était l'une, voire la thématique prioritaire à traiter dans le cadre du projet territorial de santé mentale. Les acteurs attendent du PTSM qu'il permette d'améliorer la coordination et qu'une réponse soit déclinée à l'échelle du département, puis infra territoire et au niveau des secteurs, par souci d'opérationnalité...

Une coordination à construire avec et autour de la personne...

Aujourd'hui, plusieurs dispositifs de coordination existent au niveau local pour coordonner les parcours, sur des thématiques ciblées (par exemple sur le maintien dans le logement, pour l'accès aux soins avec des IDEC), mais il semble manquer un échelon, à savoir une personne/fonction référente (*case manager* ou *IDE de pratique avancée en coordination de parcours*) pour le suivi dans sa globalité du parcours de la personne souffrant de troubles psychiques (typologie de parcours à préciser). Cette personne devra être identifiée par le patient comme la personne de confiance.

...En travaillant sur l'articulation entre le médico-social, le social et le sanitaire

Si des liens peuvent exister de manière informelle ou à l'échelle local, peu ont fait l'objet de convention. D'ailleurs, **81% des répondants du champ médico-social ont indiqué ne pas avoir établi de convention avec un acteur de la psychiatrie**. Parmi ceux qui ont signé une convention, plusieurs ont précisé qu'elle n'était pas satisfaisante car pas opérationnelle. En outre, **61% des acteurs du médico-social estiment insatisfaisante, voire très insatisfaisante, le soutien apporté par les acteurs de la psychiatrie**. Les avis sont plus mitigés parmi les acteurs de l'inclusion qui, pour 51% d'entre eux, sont insatisfaits du soutien apporté par la psychiatrie, mais parallèlement 48% se disent satisfaits. Parmi eux, plus de 51% ont indiqué avoir établi une convention avec un acteur du champ de la psychiatrie.

La **méconnaissance réciproque des acteurs**, de leurs rôles, de leurs missions et des limites afférentes sont des limites dans la coordination. Cela entraîne des ruptures dans le parcours mais pour les patients des situations d'autant plus compliquées qu'il peut y avoir des effets de « renvoi de balle » dans leur prise en charge.

ACTIONS ENVISAGEABLES POUR ORGANISER LE PARCOURS DE LA PERSONNE ET ARTICULER LA COORDINATION ENTRE LE SANITAIRE, LE MEDICO- SOCIAL ET LE SOCIAL

FLUIDIFIER LE PARCOURS DES PERSONNES VIA UNE COORDINATION DE PROXIMITE ACCRUE

Mettre en place et identifier au sein des différentes structures (quel que soit le champ) des coordinateurs de parcours pour améliorer la coordination des parcours et le suivi proposé aux personnes

La création de la fonction **de coordinateur de parcours** permettrait **d'accompagner dans la durée le patient, et de fluidifier les interfaces entre le sanitaire, le social, le médicosocial et la vie dans la cité mais aussi de limiter les ruptures de soin.**

De ce fait, il est attendu des missions de ce coordinateur de parcours qu'elles soient plus larges que celles d'un SAMSAH ou d'un SAVS par exemple (sur du plus long terme notamment). Le coordinateur de parcours ne doit pas nécessairement être rattaché à un secteur en particulier mais doit être choisi en fonction de la manière dont la personne est effectivement entrée dans la maladie (services sociaux, hospitalisation, IDE de secteur...), l'enjeu majeur étant de s'assurer que la personne suivie connaisse le coordonnateur et lui fasse confiance.

A titre d'exemple (non exhaustif) :

- La clinique du Parc a mis en place des IDE qui, lorsqu'elles suivent le patient en hospitalisation, continuent ensuite à les suivre en post hospitalisation (visites à domicile, appui dans l'accès aux droits...). Ce type de modèle pourrait être utilisé pour modéliser le projet. De la même manière, chaque secteur peut proposer des suivis ambulatoires par les CMP. Il s'agit d'enrichir les fonctions de ces infirmiers référents, afin qu'ils puissent assurer la coordination des acteurs du parcours, en particulier avec le champ médico-social et social.
- Les services de tutelles envisagent également de créer des fonctions type coordinateur de parcours pour accompagner les personnes sous mandat de justice dans leur vie quotidienne.
- Le CRESERC ouvre une formation de case manager sur St Jacques (2 masters class)

Point de vigilance : si cette action est retenue, il conviendra de préciser les personnes concernées par cette coordination.

Faciliter l'accès aux SAVS et SAMSAH généralistes pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale et / ou augmenter le nombre de places de SAMSAH

DEVELOPPER ET VALORISER LES DISPOSITIFS DE COORDINATION EXISTANT ENTRE LES PROFESSIONNELS

A l'échelle du territoire, valoriser et outiller la coordination en réseau

A2C44 est un lieu où les acteurs de la santé mentale se rencontrent, échangent et apprennent à se connaître. Pour autant, tous les acteurs ne connaissent pas A2C44 et n'en sont pas membres. Une des actions pourraient être de **communiquer sur A2C44 et de valoriser, puis déployer son rôle d'animation territoriale et de réseau santé mentale.**

Par ailleurs, l'un des enjeux est également d'avoir une meilleure visibilité sur l'offre sur le territoire, pour ensuite mieux orienter les patients. Outre le travail conduit dans le cadre du diagnostic, l'une des actions pourra être **d'actualiser régulièrement la cartographie de l'offre en santé mentale (et d'identifier un porteur pour ce faire).** Enfin, il est indispensable de disposer d'un **répertoire opérationnel des ressources en santé mentale**, qui intègre non seulement le sanitaire mais également le social et le médico-social. Pour ce dernier point, un **rapprochement sera à faire avec le GCS e-santé Pays de La Loire, afin d'avoir de la visibilité sur le calendrier de déploiement.**

Organiser et formaliser la coordination des acteurs au niveau des secteurs

Il est conseillé d'outiller la coordination via :

- **Des temps d'échanges formalisés sur les différents secteurs, via des réunions de coordination**

⇒ A titre d'exemple, sur le secteur de Blain, des temps de rencontre entre le médico-social et le sanitaire ont été mis en place pour échanger sur les situations, tous les 2 mois en moyenne. Sont présents le chef de service de la structure médico-sociale, le cadre de santé du CMP, des représentants de l'équipe médico-sociale et si besoin les directions. Sur le secteur de Nantes, des points de secteurs sont également mis en place entre CMP, bailleurs et mairie pour échanger sur des situations complexes.

- **Des formations transversales et des stages de comparaison**, pour mieux comprendre les rôles et limites de chacun, puis ensuite pouvoir les anticiper dans le suivi du parcours (*mis en place entre structures médico-sociales et CHS de Blain par exemple*).
- **L'identification de référents dans les différentes structures**, à contacter au besoin, et qui soient bien indiqués dans les conventions.
- **L'utilisation d'outils de liaison entre les acteurs** : la charte qualité créée par les services de tutelle, pour être informés des sorties des patients, pourra faire l'objet d'une nouvelle communication et d'une diffusion large. Autrement, un travail sur les outils de liaison sera à conduire en transversale avec les autres groupes de travail

c. Des difficultés d'accès au logement pour les personnes souffrant de troubles psychiques

Des difficultés d'accès aux structures sociales et médico-sociales, faute de place et de coordination entre les établissements...

Aujourd'hui, il est difficile pour les patients souffrant de troubles psychiatriques de bénéficier d'une place dans une structure, non seulement parce que **le nombre de places en structure est insuffisante** sur le territoire, toute structure confondue mais surtout car de **nombreux établissements refusent les patients qui souffrent de troubles psychiques**, car ils se sentent incapables de gérer les situations de crise et ne se sentent pas appuyés par la psychiatrie. Ce manque de places entraîne des embolisations dans les services hospitaliers, faute de solution d'aval.

Par ailleurs, la **répartition géographique des places est inégale**, avec une **concentration sur les deux métropoles**, ce qui peut s'expliquer par la densité de population sur ces territoires, mais qui accentue d'autant les inégalités territoriales. En zone rurale, l'offre d'hébergement médico-social est d'ailleurs quasiment nulle. Aussi, concernant l'accès et l'accompagnement par les établissements et services médico-sociaux (aussi bien pour ce qui relève de l'accès à un accompagnement social que médico-social) des personnes souffrant de troubles psychiques ou en situation de handicap, les professionnels sont insatisfaits : plus de 50% des acteurs de l'inclusion ont ainsi exprimé leur insatisfaction sur l'accueil proposé ; cet avis est partagé par 60% des libéraux et près de 70% des professionnels hospitaliers. Pour ces derniers, plus de 80% d'entre eux ont indiqué être insatisfaits de l'accès à des places ou services relevant du champ de l'insertion. Cet avis est également partagé par 61% des usagers et aidants. Les acteurs du champ médico-social sont plus mitigés sur le sujet.

La réponse par le milieu ordinaire peut être une solution pour pallier ce manque (solution d'ailleurs partagée par les différents professionnels et les aidants / usagers²⁶), mais elle ne répond à ce jour pas aux besoins de toutes les personnes souffrant de troubles psychiques. Par conséquent, un travail est à penser pour assurer une articulation entre les acteurs et permettre de proposer des réponses adaptées et graduées selon les profils.

²⁶ Une évaluation avait d'ailleurs été conduite par le CHS de Blain et les Eaux Vives sur les besoins des personnes souffrant de troubles psychiques par rapport au logement, et il en était ressorti que les personnes souhaitaient bénéficier d'un lieu de vie pérenne, individuel, dans un secteur unique.

A cela s'ajoute, enfin, **la difficulté pour certains patients de faire reconnaître leur handicap, ou de l'accepter, ce qui ne leur permet pas d'accéder à certains dispositifs.** En outre, environs 35% des orientations MDPH ne sont pas honorées, faute notamment d'accompagnement des personnes et de places disponibles.

..Accentuées par des ruptures de parcours au passage du patient d'un établissement à un autre

Différentes évaluations sont réalisées aujourd'hui pour permettre l'accès de la personne à certains dispositifs. Elles peuvent être **redondantes entre elles**, parfois inadaptées au regard des besoins des personnes, de leur lieu de vie, mais aussi de leur projet de vie, ce qui peut être un frein dans l'accès à un établissement ou dispositif particulier.

Un besoin de renforcer et faciliter l'accès au logement en milieu ordinaire

Pour ce qui est du parc locatif, il est également concentré majoritairement sur les zones urbaines (Nantes, St Nazaire). Les bailleurs sociaux ont souligné se sentir parfois démunis dans l'accompagnement à proposer aux personnes, ce qui peut être un frein dans l'acceptation de certains dossiers. Sur le département, des projets sont en cours de déploiement et notamment le dispositif « **un chez soi d'abord** » (centré sur Nantes, au regard de l'appel à projet).

Le CHU a également noué un partenariat avec l'association Trajet.

Un manque de coordination au niveau des tutelles pour le financement des dispositifs à la frontière entre le sanitaire, le social et le médico-social

Enfin l'une des difficultés rencontrées aujourd'hui relève du financement-même des dispositifs d'hébergements et de l'absence de coordination entre les tutelles (entre ARD, CD et DRJCS), pour savoir ce qui relève précisément de leur périmètre en termes de financements, dès lors que cela relève de la santé mentale.

ACTIONS ENVISAGEABLES POUR AMELIORER L'ACCES ET LE MAINTIEN DANS LE LOGEMENT

Alerter et travailler avec les tutelles (ARS, Conseil départemental, Direction régionale de cohésion sociale) sur les difficultés rencontrées aujourd'hui pour ce qui relève de co-financement de dispositifs à la frontière entre le social, le médico-social voire le sanitaire, dès lors qu'il s'agit d'accueillir des personnes ayant des troubles de santé mentale.

Conventionner entre les établissements ou services de psychiatrie et les bailleurs ainsi que toute structure médico-sociale non spécialisée accueillant des personnes souffrant de troubles psychiques (et notamment les EHPAD)

Afin de rassurer les structures sociales et médico-sociales, mais aussi les bailleurs, l'une des propositions serait de conventionner avec elles et d'intégrer dans ces conventions des engagements réciproques, pour que les structures accueillent des patients souffrant de troubles psychiatriques dans leurs services avec en contrepartie la garantie d'avoir une assurance de suivi et une réponse de la psychiatrie en cas de problème rencontré *a minima*. **Cela concerne aussi bien les bailleurs que les EHPAD, CHR, SSIAD, FAM, etc.**

Dans le cadre de ces conventions, **intégrer des sessions de formation**, sur le repérage des situations à risque en particulier pour ces acteurs.

A titre d'exemple, sur le territoire de St Nazaire, des travaux sont en cours pour améliorer les liens EHPAD – psychiatrie, avec la mise à disposition de temps médical via la télé-médecine (téléconsultation) par le CH et de temps IDE par les EHPADs, pour faciliter le lien. Cela devrait fait l'objet d'une convention (prémises du projet aujourd'hui).

Faciliter l'accès aux différents dispositifs des personnes via un travail sur les orientations MDPH

Aujourd'hui, ces patients suivis n'ont pas de reconnaissance handicap via la MDPH, notamment car ils n'en font pas la demande, ou ne sont pas dans cette dynamique. Cela est une réelle problématique, car cette absence d'indication est un frein pour accéder à des dispositifs de réinsertion.

Un travail d'accompagnement de ces personnes vers cette reconnaissance serait utile, pour qu'ils puissent par la suite bénéficier également d'appui – il est double, puisqu'à la fois administratif mais surtout également pédagogique, un enjeu étant l'acceptation in fine de cette indication et orientation et du « statut de handicap. »

⇒ Le coordinateur de parcours pourrait également intervenir auprès de ce public pour l'accompagner sur les démarches et l'acceptation de l'orientation

Accompagner le développement de solutions intermédiaires pour faciliter l'accès puis le maintien dans le logement

Il est proposé de développer les solutions intermédiaires, de transition, en impliquant dès ce stade non seulement l'usager comme acteur dans son parcours, mais aussi des acteurs sociaux et sanitaires, pour rassurer les bailleurs et assurer une continuité soins et services sociaux.

A titre d'exemple, il est proposé de développer sur le territoire :

- **Les projets de bail glissant, à l'instar de Silapsy** : une offre locative publique ou privée dans un logement individuel est proposée aux personnes souffrant de troubles psychiques, lesquelles sont sous-locataires du logement pendant une durée à déterminer et bénéficient toujours d'un accompagnement social. Au terme de la période, le locataire signe alors un contrat de bail avec le propriétaire, si les conditions sont réunies, et sort du dispositif. Ces dispositifs rassurent non seulement les bailleurs, mais aussi les services sociaux, la psychiatrie et les patients.

A noter : cette action était initialement proposée par le CHU de Nantes également, qui y a mis fin car il était compliqué de faire en sorte que les baux glissent effectivement d'une part, et il ne bénéficiait par d'intermédiation locative d'autre part.

- **Les logements accompagnés individuels, en appui sur une équipe de soignants et acteurs sociaux intervenant auprès des personnes, à leur domicile**, dans le suivi, pour faciliter les transitions et l'accompagnement (cf. les visites à domicile des IDE, la mise en place par les Eaux Vives de facilitateurs entre bailleurs et services sociaux, pour faire le lien, aller vers le patient au domicile évaluer et repérer les situations problématiques).

- Augmenter le nombre de places en **appartements thérapeutiques** (très peu de places aujourd’hui). A noter toutefois que ces appartements nécessitent une mobilisation d’acteurs et sont assez coûteux, et pas adaptés à tous les profils.
- Porter des projets type **un chez soi d’abord, Housing first** et répondre collectivement à des appels à projet pour un meilleur maillage territorial

Un travail est en cours au niveau du territoire pour préciser les besoins des personnes en situation de troubles psychiques, réalisé dans le cadre d’un mémoire de M2. Il pourra servir de base également pour approfondir les travaux sur ce sujet.

Travailler et harmoniser les évaluations en milieu ordinaire en vue du rétablissement de la personne et d’une meilleure fluidité dans son parcours

Un travail sur les évaluations pourrait donc être mené, en lien avec les programmes de réhabilitation psychosociale et en intégrant des professionnels sanitaires et sociaux et médico-sociaux, afin non seulement d’accompagner la personne vers le rétablissement mais aussi de limiter les ruptures dans le parcours via les multiples évaluations réalisées par chacun. Ce travail devrait également faciliter les changements de secteur ou de prise en charge, via une harmonisation des pratiques.

Pour ce faire, il est proposé :

- De travailler entre acteurs du social, du médico-social et du sanitaire sur des **évaluations communes**, en s’appuyant sur des grilles type estime de soi, Insight...
- D’intégrer et de **solliciter les patients – aidants**, dans ce travail sur l’évaluation (et donner à la personne la possibilité de s’évaluer) ;
- De définir ensemble, collectivement, ce qui est évalué, pour quoi, en fonction de quoi
- De faciliter la conduite de ces évaluations hors du sanitaire ou dans un cadre sanitaire adapté (par exemple, en hôtel thérapeutique type le Phénicien, dépendant du CHU, ou dans des logements adaptés de transition – type le dispositif des Eaux Vives, appartement de transition entre le sanitaire et le logement).

d. Des difficultés d’accès à l’emploi pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques

L’accès et le maintien dans l’emploi sont des priorités pour les acteurs. Cela passe par l’emploi en milieu adapté (via les ESAT notamment), mais aussi en milieu ordinaire. A ce jour, les dispositifs d’accès à l’emploi sont relativement bien connus par les différents acteurs (exception faite du secteur hospitalier, qui a majoritairement répondu ne pas connaître les différents dispositifs d’accès à l’emploi).

L’un des enjeux est donc de communiquer sur l’offre existante d’une part, de faciliter les liens avec les entreprises, via d’autres entrées, type Club House, le programme Handicoach 44, le déploiement d’ESAT de transition d’autre part. L’une des problématiques sera également **d’accompagner dans l’emploi les personnes souffrant de troubles psychiques mais sans reconnaissance travailleur handicapé (RQTH), ce qui aujourd’hui est compliqué**. Des liens seront à déployer avec la médecine de travail.

ACTIONS ENVISAGEABLES POUR AMELIORER L'ACCES ET LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI*Appuyer et déployer les dispositifs d'accompagnement vers l'emploi dans une logique de réponse graduée*

L'un des enjeux du PTSM devra être de permettre une réponse adaptée aux besoins des personnes, de l'ESAT « classique » à l'accès à un emploi en milieu ordinaire, avec des passerelles entre les différentes structures, ce qui demande :

- De bien les **connaître les dispositifs existants**, critères d'éligibilité, places... sont cités les ESAT ; ESAT de transition ; le dispositif Job coaching ; le Programme Handi coach 44 (40 places, nouveau dispositif porté par le Conseil départemental) ; club House : les groupes insertions mis en place par le CHU de Nantes
- De travailler de manière coordonnée sur les passerelles entre les dispositifs, en intégrant les personnes souffrant de troubles psychiques
- Travailler la question du rétablissement via le "**Working First**" pour certains, c'est-à-dire un retour ou une entrée dans l'emploi rapide, sans de multiples évaluations préalables, sans considération médicale ou éducative, sans orientation MDPH, sans subordination à la prise en charge sociale (SAVS).
- De **travailler sur les indications avec la MDPH** (pour permettre l'accès à des dispositifs relevant du milieu adapté ou ordinaire de façon souple)
- De **sensibiliser les entreprises** à la question, ce qui pourrait passer également par un travail renforcé avec la médecine du travail.

Par ailleurs, dans le cadre de l'insertion, un travail devra être conduit pour assurer que certains usagers puissent bénéficier d'un appui, sans pour autant être reconnu travailleur handicapé.

5. LES POPULATIONS AUX BESOINS SPECIFIQUES

Eléments introductifs

Le projet territorial de santé mentale veille à décliner l'offre pour tenir compte des besoins spécifiques des publics particuliers suivants :

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

a. Une articulation entre les acteurs du champ sanitaire et médico-social à renforcer dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap

La problématique de la prise en charge par la psychiatrie de personnes en situation de handicap a été soulignée pour ce territoire.

Plus spécifiquement, les publics suivants nécessitent un travail de coordination particulier :

- Les **personnes souffrant de troubles du spectre autistique** sont parfois hospitalisées dans des services de la psychiatrie à défaut de places disponibles dans le secteur médico-social. Par ailleurs, les professionnels ne sont pas toujours formés à l'utilisation des méthodes et outils spécifiques aux personnes avec des troubles du spectre autistique et peuvent être en difficulté pour accompagner ce public.
 - ⇒ Le développement de liens et de l'articulation entre ces deux champs ressort comme étant nécessaire pour répondre aux besoins des personnes en situation handicap, besoins qui évoluent et qui impliquent à la fois des prises en charge dans le secteur sanitaire et dans le secteur médico-social.
 - ⇒ L'enjeu est de pouvoir proposer un accompagnement ciblé et adapté aux personnes handicapées tout au long de leur parcours (y compris lors d'hospitalisations).
- Les **jeunes de 16-18 ans**, pour qui il y a une difficulté à appliquer les orientations de la MDPH et à assurer une fluidité des parcours. Ceci est dû au manque de places en ESMS mais également au fait que certains jeunes avec des situations complexes (et notamment des problématiques multiples) peuvent être exclus à plusieurs reprises d'un service ou d'une structure et se retrouver sans accompagnement.

Certains dispositifs sont créés pour faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées (cf. le dispositif Handisoins 44) pour faciliter l'accès aux soins pour des usagers qui en raison de leurs handicaps ne peuvent que difficilement y avoir accès dans les conditions de droit commun.

D'une manière générale, il est complexe d'identifier des structures adaptées pour des personnes handicapées avec des problématiques multiples (handicap, addiction, précarité, problèmes de comportement, etc.). Par ailleurs, les actions de coordination sont souvent portées par un professionnel particulier et en fonction des disponibilités et de la volonté des services.

Plus de la moitié des professionnels du secteur de la psychiatrie (52%) ayant répondu au questionnaire jugent l'accès aux soins psychiatriques pour les personnes handicapées insatisfaisant. Ce taux est proche de celui des acteurs de l'inclusion (54%) mais il est plus élevé pour les acteurs du secteur médico-social (58%).

Actions envisageables en direction des personnes en situation de handicap

Favoriser la réalisation d'actions de sensibilisation et de formation au sein des services de pédopsychiatrie/psychiatrie autour de la thématique de l'autisme/des TSA dans un objectif de mise en œuvre des recommandations de la HAS et de l'ANESM

- Favoriser la réalisation de formations communes entre des structures du secteur médico-social et de la pédopsychiatrie / psychiatrie à l'échelle des territoires

Identifier la pertinence de mettre en place un réseau de « personnes ressources autisme » au sein des structures médico-sociales et sanitaires (qui pourraient être mobilisées par l'ensemble des acteurs)

Les actions concernant la coordination entre les acteurs du champ sanitaire et médico-social autour des personnes en situation de handicap sont intégrées dans la partie 4 concernant le parcours.

Les actions transversales concernant l'ensemble des populations aux besoins spécifiques apparaissent à la fin de cette partie

b. De forts enjeux autour des risques de rupture concernant les personnes âgées

Concernant les personnes âgées, des difficultés peuvent apparaître pour obtenir des bilans géro-psycho-psychiatrique notamment pour des publics qui ont moins de 75 ans. Il existe un manque de liens entre les consultations mémoires et la psycho-gériatrie. Les consultations mémoires n'assurent pas l'orientation vers des structures de psycho-gériatrie une fois le diagnostic posé ce qui peut entraîner une rupture dans les parcours. La psychogériatrie est très peu enseignée, seulement 3 professionnels sur l'ensemble du département sont formés. Certains établissements proposent des services dédiés pour les personnes âgées (par ex, le CHS de Blain – CMP Petit Mars, dédié aux personnes âgées).

Le **développement de parcours de soins évitant les ruptures**, avec la mise en place de l'accompagnement dès le diagnostic, représente un enjeu important. Le parcours pose la question de la bonne coordination entre les professionnels de psychiatrie et de gériatrie qui peuvent avoir des pratiques professionnelles différentes (usages des psychotropes, etc.). Il est donc important que les lieux où sont réalisés des consultations mémoire assurent la continuité du parcours après le diagnostic en orientant vers les acteurs de la psychiatrie.

La question de l'accompagnement et de la prise en charge de publics vieillissants présentant des problématiques spécifiques (population en situation d'exclusion, personnes atteintes du syndrome de Korsakoff, etc.) est également un enjeu. Ces publics sont souvent orientés dans des maisons relais qui ne sont cependant pas forcément adaptées à l'accueil de ces usagers (personnes de 65-70 avec une certaine autonomie mais qui ont des besoins spécifiques : Korsakoff, troubles psy, etc.). Ces conditions peuvent amener à des situations de rupture avec une sortie de l'utilisateur qui est alors sans solution d'accueil.

Un groupe de réflexion a été mis en place dans le cadre du GHT autour des personnes atteintes du syndrome de Korsakoff.

A noter : un recensement des actions en géronto-psychiatrie est actuellement réalisé par le GHT.

L'accès aux soins psychiatriques pour les personnes âgées est jugé insatisfaisant par les professionnels du secteur de la psychiatrie (60%) et les professionnels du secteur médico-social (56%).

Actions envisageables en direction des personnes âgées

Sensibiliser les centres de référence (exemple : consultations mémoires) sur la nécessité d'orienter et d'assurer le parcours du patient une fois le diagnostic posé

Il est donc nécessaire de développer les liens et les articulations entre les consultations mémoires et les acteurs de la psychiatrie. Des temps d'échange pourraient être mis en place afin de faciliter l'inter connaissance des acteurs.

Les actions concernant la coordination entre les acteurs du champ sanitaire et médico-social autour des personnes âgées dans la partie 4 concernant le parcours.

Les actions transversales concernant l'ensemble des populations aux besoins spécifiques apparaissent à la fin de cette partie.

c. Un enjeu d'accès et de continuité de soins pour les personnes placées sous-main de justice / les jeunes suivis par la PJJ

Les conditions d'accès aux soins (suivi pour des troubles psychiques, des addictions, etc.) sont difficiles pour les personnes sortant de prison, notamment du fait de la réticence de certains professionnels de santé à les prendre en charge et de la nécessité d'organiser/d'anticiper une prise en charge relai en sortie de prison (avec un risque de plusieurs mois de latence). Le détenu peut également refuser les soins en prison tout comme à l'extérieur. L'obligation de soin peut permettre d'initier une relation avec un soignant. Les temporalités d'actions entre les centres de détention et les maisons d'arrêt ne sont pas les mêmes : il y a notamment des difficultés dans le cadre de peines courtes (< 4 mois, soit les personnes détenues en maison d'arrêt) pour mettre en place des accompagnements.

Concernant plus spécifiquement la prise en charge de personnes radicalisées ou condamnées pour fait de terrorisme, les professionnels formés aux besoins spécifiques de ce public sont peu nombreux. De plus, les magistrats parisiens en charge de ces situations n'ont pas une bonne connaissance de l'offre locale pouvant répondre aux besoins de ce public. Aussi les membres du groupe notent la nécessité **de développer une connaissance et une cartographie des soignants sensibles à cette question.**

Par ailleurs, la PJJ travaille actuellement sur la question du retour des jeunes mineurs de zones de conflits. Deux praticiens hospitaliers ont été fléchés pour accompagner ces jeunes.

Dans le cadre de l'accompagnement mis en place par la PJJ, les jeunes suivis peuvent être mobiles sur le territoire, or cette instabilité géographique ne permet pas la mise en place d'une prise en charge pérenne. Ceci peut également être une source de difficultés dans le lien entre les partenaires, notamment pour faire connaître et transmettre les évaluations des besoins de l'enfant. Un des enjeux au niveau de la PJJ est également de **renforcer les compétences psycho-sociales des jeunes**.

Un protocole d'accueil pour les jeunes de la PJJ a été mis en place avec un CMP. La problématique est quand les difficultés apparaissent le soir (après 18h) ou les weekends.

Actions envisageables en direction des personnes placées sous-main de justice / les jeunes suivis par la PJJ

Mener une réflexion afin d'anticiper la prise en charge des personnes sortant de prison ayant une problématique en santé mentale (distinguer dans le cadre de la réflexion les personnes sortant de centres de détention et celles sortant de maisons d'arrêt)

Il est important de mobiliser des acteurs des différents champs (de la justice, social, sanitaire, médico-social) afin d'inscrire les usagers dans un parcours. Il est important de rendre plus effectif le partenariat entre SMPR, partenaires et administration pénitentiaire.

d. Un enjeu d'identification de l'offre destinée aux personnes victimes de psycho-traumatismes

Les professionnels ne sont que peu formés aux thématiques spécifiques auxquelles les usagers ont pu être confrontés (tortures, conflits, victimes de violences sexuelles, de violences conjugales, etc.).

L'offre de prise en charge adaptée existe, mais elle est globalement peu identifiée par les professionnels (notamment du fait d'une multitude d'acteurs, publics et privés).

Actions envisageables en direction des personnes victimes de psycho-traumatismes

Réaliser et actualiser une cartographie des acteurs ayant des compétences sur cette thématique

Ce recensement des acteurs se traduirait également par un recensement de leurs outils (EMDR, TCC, etc.)

Répondre à l'appel à projet national pour l'identification du centre national de ressources et de résilience issu de l'instruction ministérielle du 11 juillet 2018

e. Des besoins de plus en plus importants autour des populations migrantes

A ce jour, l'offre sur le territoire est limitée. Le CHU porte le centre ressource de consultation transculturelle (CRCT), qui est un service départemental (avec du temps médical et du temps de psychologue). Un travail associatif est fait sur le territoire, par des associations comme Médecin du Monde, qui constatent des difficultés d'articuler le somatique et la santé mentale pour les personnes migrantes. L'association préconise d'ailleurs de mettre en place des bilans psychiatriques systématiques pour les personnes migrantes. Elle souligne également qu'il est difficile de toucher ce public et qu'un travail particulier est à faire pour aller au-devant de ces personnes, en souffrance psychique, qui ne sont pas repérées ni intégrées dans un parcours de soins psychiatriques.

De plus, l'adaptation des soins à l'histoire de l'utilisateur est un élément central dans la mise en place d'un accompagnement adapté. Dans le cadre du suivi des personnes migrantes, le recours à la psychiatrie transculturelle peut notamment permettre de venir répondre aux besoins de l'utilisateur tout en prenant en considération l'image des soins de santé mentale qui peut être variable selon le pays d'origine. Lorsque les personnes basculent du statut de demandeur d'asile au statut de sans papier, **la question de la continuité des soins est posée** (le CMP n'a plus de référent avec qui être en lien dans le cadre du suivi de la personne). Cela est également le cas lorsque les personnes se déplacent au sein du département, changement de lieu / de campement.

De plus, les procédures sont de plus en plus courtes dans le cadre des demandes d'asile. Il est donc nécessaire d'obtenir rapidement un bilan psychiatrique pour constituer la demande auprès de l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA).

D'autres enjeux identifiés dans le cadre de l'accès aux soins des personnes migrantes sont la **problématique de la mobilité et la recherche de l'interprétariat**. La question de la bonne communication entre le personnel soignant et les usagers est importante (accès à un interprète).

Il est nécessaire de pouvoir joindre facilement les interprètes, mais également important que ceux-ci soient formés aux spécificités de l'entretien psychiatriques, et qu'il puisse y avoir le maintien d'un même interprète lors des différentes consultations.

La question du financement des temps d'interprétariat est également un point de vigilance pour les participants :

- 3 consultations sont prises en charge par le CADA
- Pour les CHRS et les centres hospitaliers pas de financements dédiés

Actions envisageables en direction des populations migrantes

Adapter la prise en charge en psychiatrie pour les populations migrantes précarisées et ne maîtrisant pas le français (sortir de la logique de secteur pour ces populations très mobiles)

La sectorisation n'est pas adaptée pour ce public qui se déplace régulièrement. Ainsi la continuité dans le suivi ne peut pas toujours être assurée.

Faciliter l'accès à des interprètes sur tout le territoire (exemple : par la mise en place d'un numéro unique)

Renforcer les dispositifs existants : PASS psy, centre ressource de consultations transculturelles

Identifier puis développer des supports non verbaux qui seraient mis à disposition des professionnels du secteur de la psychiatrie (aussi bien institutionnels, concernant les droits, que pour les informer de manière simple du parcours).

f. Des enjeux de formation des professionnels du champ de l’insertion dans l’accompagnement des personnes en situation de précarité ayant des problématiques en santé mentale

Il apparait que **les professionnels du champ de l’insertion sont peu outillés** pour accompagner les personnes avec des problématiques en santé mentale.

Quand il y en a, les équipes mobiles psychiatrie précarité sont identifiées et régulièrement sollicitées par les missions locales.

74% des acteurs de l’inclusion jugent l’accès aux soins psychiatriques pour les personnes en situation de précarité insatisfaisant. Seulement 55% des professionnels du secteurs de la psychiatrie et 44% des acteurs du secteur médico-social le jugent insatisfaisant.

Actions envisageables en direction des personnes en situation de précarité

Renforcer la formation, l’information des acteurs du champ de l’insertion autour des problématiques en santé mentale

g. Des difficultés à identifier des prises en charges adaptées pour les personnes ayant à la fois des conduites addictives et souffrant de troubles psychiques

Les personnes souffrant de troubles psychiques et sous l’emprise d’une addiction (alcool, substances illicites etc..) peuvent être confrontées à des difficultés pour disposer d’une prise en charge adaptée à l’ensemble de leurs problématiques (d’autant plus que les méthodes de prise en charge du champ de la psychiatrie et du champ de l’addictologie peuvent s’opposer).

Actions envisageables en direction des personnes ayant des conduites addictives

Développer les liaisons entre les services de psychiatries et les services spécialisés en addictologie

h. Les actions transversales à mettre en œuvre pour mieux accompagner les publics spécifiques

Actions transversales envisageables en direction des publics spécifiques

Développer les temps de concertation au niveau local entre les acteurs des champs de la psychiatrie, social et médico-social

Ces temps de concertation sont à formaliser (par exemple par le biais de conventions) et pourraient avoir lieu environ deux fois par an pour permettre aux acteurs de se connaître. Cela facilite les échanges dans le cadre de situations de crise.

Développer la concertation entre les différents financeurs à l'échelle départementale pour permettre d'assurer la prise en charge et l'accompagnement de publics avec des problématiques multiples

Cette concertation entre les différents financeurs de dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires est nécessaire pour permettre la prise en charge et l'accompagnement de public présentant des problématiques multiples et pour lesquelles les réponses ne sont pas uniques.

Référencer les acteurs intervenant auprès des différents publics aux besoins spécifiques (notamment les professionnels de santé spécialisés ou sensibles à certaines problématiques), prévoir l'actualisation de ces éléments et les diffuser auprès des acteurs

Créer ou développer les centres ressources spécialisés sur les publics spécifiques positionnés en soutien aux professionnels pouvant informer, répondre à des questions, former

6. LA PROMOTION DES DROITS ET LES DETERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DU BIEN-ETRE

Eléments introductifs

Le projet territorial de santé mentale a dans ses priorités l'accès aux droits et le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes présentant des troubles psychiques ainsi que l'éducation à la santé et de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap. A ce titre, les thématiques à traiter sont les suivantes :

- **L'Accès aux droits et le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes présentant des troubles psychiques**
 - o Le respect et la promotion des droits :
 - Les modalités pour garantir, promouvoir les droits fondamentaux, les droits sociaux et économiques des personnes présentant des troubles psychiques
 - o L'implication des personnes et de celle de leurs proches et le renforcement du pouvoir de décider et d'agir :
 - L'éducation thérapeutique des patients,
 - La co-construction avec la personne de son projet de soins et de vie,
 - L'expression et participation des usagers à l'organisation des soins et des accompagnements
 - Le savoir expérientiel des personnes et de leurs proches
 - o Les modalités de soutien par les pairs :
 - Les groupes d'entraide mutuelle
 - Les médiateurs de santé-pairs
- **L'éducation à la santé :**
 - o Actions visant à agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale
 - Ex : soutien à la parentalité, qualité de vie au travail, promotion du bien-être, lutte contre le mal-logement, l'isolement social, les violences et le harcèlement
 - o Actions visant à renforcer les compétences psychosociales de la population, en particulier auprès des enfants et adolescents
- **Lutte contre la stigmatisation :**
 - o Actions d'information sur les troubles psychiques,
 - o Actions au niveau des médias,
 - o Actions en proximité : SISM, CLSM,
 - o Actions auprès de groupes ciblées : élus, jeunes, enseignants, policiers, etc.

a. Une stigmatisation importante des personnes avec des problématiques en santé mentale

La lutte contre la stigmatisation auprès du grand public

Des enjeux forts de sensibilisation du grand public sur la thématique de la santé mentale sont identifiés pour limiter la stigmatisation des personnes avec des troubles psychiques. La stigmatisation subie par les personnes souffrant de troubles psychiques apparaît comme un réel frein pour ce qui touche l'inclusion en milieu ordinaire.

84 % des ESMS ayant répondu au questionnaire indiquent être très insatisfaits ou insatisfaits des actions permettant la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques / l'information du grand public sur la santé mentale. Ce taux s'élève à **88 % pour les professionnels hospitaliers du secteur de la psychiatrie**. Il est légèrement plus faible pour les professionnels de santé libéraux (78 %) et les acteurs de l'inclusion (79 %).

L'éducation à la santé et la lutte contre la stigmatisation apparaît comme une des axes prioritaires à traiter dans le cadre du PTSM pour les aidants et les usagers ayant répondu au questionnaire.

Des événements et actions sont organisés régulièrement, toutefois ces derniers ne touchent principalement que les usagers ou professionnels déjà sensibilisés à la thématique. Aussi, il est nécessaire de développer des actions de sensibilisation « grand public » qui peuvent se concrétiser par des « focus santé » ou des « expos santé » dans le cadre de manifestations plus globales (exemple de certaines actions menées dans le cadre de la semaine d'information en santé mentale) qui attirent des publics plus diversifiés.

Les actions doivent être plus ou moins générales en fonction des publics ciblés et des vecteurs de communication. Aussi, lors de la semaine en santé mentale, il s'agit principalement de faire connaître des recommandations globales qui peuvent toucher tous les acteurs.

Les témoignages des usagers sont également des vecteurs de sensibilisation / de lutte contre la stigmatisation importants (les GEM, groupes de pair-aidance, Radio Caméléon, etc.)

La lutte contre la stigmatisation auprès des professionnels

La lutte contre la stigmatisation dans le cadre professionnel est importante car les professionnels (professionnels soignants, associations, bailleurs, acteurs de l'insertion professionnels, acteurs en charge de l'accompagnement des personnes, etc.) peuvent être dans la stigmatisation du fait d'une méconnaissance des pathologies. 2 niveaux d'intervention sont alors identifiés :

- La sensibilisation
- La formation

Les bonnes pratiques professionnelles relatives à l'orientation des soins vers le rétablissement du patient sont à développer et à promouvoir. Les temps d'échange entre les acteurs doivent être élargis et ne pas être limités aux seuls acteurs du soin, mais inclure les acteurs de l'accompagnement d'une manière générale (acteurs médico-sociaux, de l'insertion, etc.).

Les réseaux de santé en territoire ainsi que les CLSM, quand ils existent, peuvent aussi être des acteurs relais notamment pour repérer et orienter vers les offres de formations pertinentes. L'enjeu d'identifier l'offre de formation existante et de la faire connaître est souligné.

La sensibilisation doit être orientée vers les professionnels de proximité et notamment les professionnels en charge de l'accueil et de l'information. Les médecins généralistes doivent également bénéficier d'un appui et d'un outillage pour accueillir ce public spécifique.

Les champs du logement et de l'insertion professionnelle sont des domaines dans lesquels la stigmatisation est importante. Aussi, le lien avec les acteurs de ce domaine doit être travaillé pour que la démarche de déstigmatisation mette en évidence que les usagers/les patients peuvent se rétablir et sont en capacité de vivre ou de travailler en milieu ouvert ou adaptés en fonction de leurs besoins.

La déstigmatisation doit notamment être mise en œuvre par les soignants à travers un discours adapté en direction des familles. Des actions de soutien avec des pairs sont également intéressantes pour permettre une déstigmatisation dès les premiers accompagnements.

La déstigmatisation est également à développer en direction des patients/des usagers eux-mêmes et de leur famille.

Actions envisageables en matière de lutte contre la stigmatisation

Développer les temps de sensibilisation en direction de l'ensemble de la population et notamment des publics éloignés de la thématique

Cela peut se traduire par une intégration des actions de sensibilisation à des événements plus généralistes. Les actions variées permettent d'aborder les sujets autour de la santé mentale à travers un prisme différent et non pas de front, en touchant ainsi une cible plus large. Par ailleurs, l'organisation de ces temps dans des lieux ouverts, en ville et non en institution, est un élément favorisant la participation du grand public.

Mobiliser des acteurs différents dans la réalisation des opérations de sensibilisation

Les écoles accueillant des enfants handicapés peuvent également mener des actions de sensibilisation précoces en direction des enfants et des parents. Au niveau des collèges et lycées des actions de sensibilisation sont menées dans le cadre global de la prévention, notamment en addictologie. Les compétences psychosociales sont également un élément important qui peut être travaillé auprès des enfants.

Ces différentes actions peuvent être portées par des partenaires multiples. Par exemple dans le cadre des actions en directions des jeunes, **la Maison des adolescents** peut être un acteur important dans la mise en place aux côtés de **l'Education nationale**.

Les **médias** sont également un vecteur mobilisable important pour sensibiliser le grand public. Plusieurs canaux existent et notamment des radios animées par des usagers (ex : radio caméléon). La réalisation de supports de communication différents (films, récits de vie, etc.) est également à développer.

La mise en place **de publications plus pérennes** avec des encarts spécifiques dans les journaux locaux pourrait s'inscrire dans cette démarche de sensibilisation et déstigmatisation. Les bulletins municipaux peuvent également être mobilisés, mais pas nécessairement pour parler spécifiquement de la maladie : il est en effet important de parler des usagers en tant que citoyens, à travers leurs actions et non nécessairement sous l'angle de la maladie.

Il est par ailleurs nécessaire de veiller à une **sensibilisation des médias** (ex : les SDRE sont retranscrites dans les faits divers, ce qui est stigmatisant pour l'utilisateur). Une journée du RÉHPSY et du Psycom, va être organisée prochainement sur ce sujet. De même, la mise en place de visites des journalistes en structure, auprès des usagers et également un facteur facilitant la connaissance du handicap.

Il est important de développer les actions de communication à travers des **supports variés** et de valoriser les **initiatives portées par des usagers/patients** (Radio Caméléon, etc.).

Promouvoir les actions de sensibilisation et de formation auprès des professionnels médicaux, médico-sociaux et sociaux.

Le recours aux acteurs ressources du territoire est à développer dans le cadre de la formation des différents professionnels de proximité (exemples : CRESERC, Crehpsy, réseaux de santé, CLSM, etc.)

Faciliter les actions de coordination et de partage de bonnes pratiques entre l'ensemble des professionnels

Des bonnes pratiques favorisant la déstigmatisation doivent être partagées entre les professionnels qui interviennent auprès des usagers/des patients. Il est notamment intéressant de développer l'éducation thérapeutique du patient dès le premier rendez-vous de suivi et que ce programme soit également orienté en direction des familles. Le développement du suivi des patients avec des soins inter-établissements est également à renforcer/développer.

Faire connaître aux usagers et aux familles les actions favorisant la déstigmatisation de la maladie (exemples : ETP, actions de soutien avec des pairs, marche des fiertés ?)

b. Renforcer l'accompagnement de l'utilisateur et de la famille lors du diagnostic et au long court

Le **soutien aux aidants est un enjeu très fort**. Les familles et les proches peuvent être confrontés à des difficultés dans **l'acceptation du diagnostic et de la maladie**. Il est nécessaire de promouvoir l'accompagnement spécifique des aidants en organisant le soutien aux aidants de manière concertée et adaptée. 80 % des professionnels du secteur de la psychiatrie ayant répondu au questionnaire sont insatisfaits ou très insatisfaits des actions favorisant le soutien aux aidants. Ces taux sont nettement plus faibles pour les acteurs de l'inclusion (73%), les ESMS (58%) et les professionnels de santé libéraux (57%).

Le développement de la pair-aidance est également un élément à approfondir (exemple de la démarche une réponse accompagnée pour tous qui est actuellement mise en place sur le département en direction des personnes en situation de handicap et qui comprend un axe sur la pair-aidance). Par ailleurs au niveau de l'accueil de la MDPH, il y a actuellement un projet visant à permettre un accueil des usagers par les associations.

Les associations de familles sont des acteurs importants qui peuvent être mobilisés rapidement dans l'accompagnement des familles.

Certains programmes de formation, comme par exemple « pro-famille²⁷ » réalisés par l'UNAFAM pour les familles d'utilisateurs qui leur permettent de mieux connaître les dispositifs existants mais également la maladie et d'apporter une aide précise et adaptée au malade qu'elles accompagnent. Le développement de la connaissance de l'offre doit également s'accompagner de la possibilité effective de bénéficier des dispositifs. De même la question de la proximité des dispositifs doit être travaillée pour éviter des temps de trajet trop importants.

Le soutien des aidants doit prendre en compte la question de l'accès aux droits avec l'importance de pouvoir orienter les usagers et les familles vers les dispositifs les plus adaptés à leurs besoins.

La prise en compte des besoins spécifiques **des fratries** dans la mise en place des actions de soutien en direction des familles est importante. En ce sens des actions se développent avec notamment des initiatives portées par l'UNAFAM, mais d'une manière générale les groupes/actions dédiés aux fratries sont peu nombreux.

²⁷ Programme spécifique autour de la schizophrénie, un projet est en cours de déploiement pour les personnes bipolaires

Le **soutien à la parentalité** peut correspondre au soutien de parents ayant des troubles de la santé mentale. Dans ce cadre, le dispositif HOME (HOspitalisation Mère-Enfant) du CHU de Nantes est destiné à des parents ou futurs parents présentant des troubles psychiques. Il s'agit d'accompagner les familles sur l'ensemble des champs de la parentalité (loisirs, scolaires, etc.). Ce soutien doit prendre en compte tant le secteur sanitaire que médico-social ou social.

Le soutien à la parentalité peut également correspondre au soutien de parents dont les enfants présentent des troubles de la santé mentale.

Les actions autour de la fonction parentale sont insatisfaisantes ou très insatisfaisantes pour **77 % des professionnels du secteur de la psychiatrie** ayant répondu au questionnaire. Ce taux est de seulement 58 % pour les ESMS et de 67 % pour les acteurs de l'inclusion.

Actions envisageables en matière d'accompagnement des usagers et de sa famille

Améliorer l'orientation des usagers vers les dispositifs d'accompagnement adaptés via la formation et l'information

Cela peut se traduire par un développement de l'offre de formation spécifique autour des problématiques en santé mentale à destination des aidants (exemple : pro familles, mis en place au CHU de Nantes).

Il s'agit notamment de mettre en place plusieurs outils permettant à l'aidant d'avoir accès à de l'information ou à une écoute. Par exemple le projet en cours de site internet recensant les dispositifs en direction des aidants (porté par l'UDAF et le Conseil départemental) qui devrait être complété par la mise en place d'une ligne d'écoute téléphonique. L'enjeu est alors de permettre une bonne connaissance des différents outils et actions proposés par les différents acteurs du territoire et, in fine, par les aidants.

Développer le rôle de « case manager » dans la gestion des parcours des usagers pour faciliter la coordination des dispositifs et l'accès aux droits des usagers et leurs familles (cf. action de l'axe réhabilitation et parcours de santé)

Le développement de la fonction de case manager (notion de référent) peut intervenir dans le cadre de l'insertion, de l'accès aux droits et faciliter le lien entre les différents acteurs. Le profil de ce professionnel est cependant mal défini aujourd'hui et les expérimentations sont variables en fonction des territoires.

Développer les actions spécifiques de soutien et d'accompagnement en direction des fratries

Cela peut se traduire par exemple par la mise en place de groupes de parole spécifiques dédiés aux fratries.

Développer les actions d'accompagnement pour les parents ayant des troubles, en lien avec l'ensemble des actions de soutien à la parentalité de droit commun

Il est nécessaire de développer des actions d'accompagnement destinées aux parents ayant des problématiques en santé mentale. Toutefois, ces actions doivent s'articuler avec les différentes actions existantes sur le territoire départemental en matière de soutien à la parentalité (portées par différents acteurs comme la Caf ou encore le Conseil départemental, etc.)

c. L'association des usagers / des patients à généraliser

L'intention d'associer les usagers **au sein d'instances** est de plus en plus forte, cependant il est nécessaire que cette association soit organisée. Aussi, au sein du CLSM de Nantes, les usagers du GEM sont présents et peuvent venir à plusieurs ce qui facilite la participation des usagers aux temps de réflexion. De même, il doit être portée une attention particulière au déroulé de la réunion (termes utilisés, durées, etc.).

Les usagers doivent être associés en tant qu'acteurs à part entière et ne pas être présents en tant que spectateurs ou « alibis ». A ce titre, il est nécessaire d'organiser l'instance pour leur permettre d'exprimer facilement des opinions.

Les associations culturelles, sportives (sport adapté), sont également des médiateurs importants permettant d'associer les usagers. Ces structures pourraient être associées dans le cadre de l'organisation d'instances de décisions. Le développement du maillage entre les acteurs de la psychiatrie et les acteurs associatifs est également important.

L'association des usagers est également à renforcer dans le cadre de la **définition de leur projet de vie**. Cette association se traduit actuellement dans la participation de l'utilisateur / du patient à des temps de concertation, de synthèse autour de sa situation. Toutefois, cette association n'est pas systématique.

60 % des professionnels du secteur de la psychiatrie et 58 % des acteurs de l'inclusion ayant répondu au questionnaire sont insatisfaits ou très insatisfaits des actions permettant l'implication des personnes, de leurs proches et de leurs familles dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur projet de soins contre 55 % des professionnels de santé libéraux et 48 % des ESMS.

Par ailleurs, la MDPH offre la possibilité, à travers le nouveau formulaire de demande, à l'utilisateur de faire part de son projet de vie. Des actions de pair-aidance peuvent être mises en place pour accompagner l'utilisateur dans cette démarche.

Actions envisageables en matière d'association des usagers / des patients

Promouvoir et faciliter la participation des usagers aux instances représentatives.

La participation des usagers aux différentes instances représentatives (CLSM, instances autour de projets spécifiques, etc.) ou encore à des groupes de travail portant sur la santé mentale doit être systématisée. Des précautions doivent être prises par rapport au format de ces temps de réunion et d'échange pour que les usagers puissent participer dans de bonnes conditions. Ainsi, il est important d'associer plusieurs usagers, d'adapter le vocabulaire utilisé pour que les échanges soient compréhensibles et accessibles à des non professionnels, etc.

Il peut être intéressant de s'appuyer sur les associations culturelles, sportives (sport adapté), etc. pour identifier des usagers susceptibles de participer à des instances

Développer les actions d'association des usagers aux différentes instances de concertation et de définition de leur projet de vie.

Cette association peut notamment se faire par la participation des usagers/des aidants aux temps de concertation/de synthèse.

Faciliter le recours à la pair-aidance lors de la définition des projets de vie

Les groupes d'utilisateurs (pair-aidance) sont également des initiatives intéressantes à mobiliser pour permettre aux personnes de développer leur capacité à prendre part et à s'investir dans la définition de leur projet de vie. Ces actions peuvent être développées au sein de la MDPH.

7. LA SANTE MENTALE DES ENFANTS²⁸

Dans la suite des travaux sur la pédopsychiatrie, le groupe de travail s'est réuni pour élargir la problématique à la santé mentale des enfants, en intégrant les partenaires. Le constat est partagé sur les difficultés rencontrées dans le parcours des enfants aux différentes étapes. Cela s'inscrit dans un contexte budgétaire contraint, qui nécessite d'autant plus de travailler dans une logique de parcours et de décloisonnement.

Il était ressorti du diagnostic réalisé préalablement les éléments suivants²⁹ :

Concernant le parcours des enfants et adolescents

Un parcours grevé par :

- Des difficultés de 1^{er} accès aux soins ambulatoires, avec des délais globalement importants
- Une grande diversité dans les modalités d'accès aux CMP.

Concernant l'hospitalisation complète :

- Le SHIP fait face à un afflux de demandes (liste d'attente de plusieurs mois), sans de solution d'aval systématique ;
- Une augmentation des orientations vers l'hospitalisation en secteur adulte pour les moins de 16 ans : 34 patients en 2014 ;
- Une saturation des services de pédiatrie faute de solution d'aval après un passage aux urgences pour motif psychiatriques (CHU de Nantes)
- Des solutions d'hospitalisation complémentaire du SHIP permettent une prise en charge de publics spécifiques (Unité ESPACE du CHU de Nantes : la prise en charge des adolescents et jeunes adultes)
- Une sous-utilisation des alternatives à l'hospitalisation complète
- L'orientation des patients en hospitalisation de jour est variable selon les établissements et a diminué dans 3 établissements du GCS

Les urgences et les orientations :

- Le CHU accueille environ 600 urgences pédopsychiatriques depuis 2013, avec une hospitalisation dans environ la moitié des cas.
- Le CH de St Nazaire oriente principalement les hospitalisations, après un passage aux urgences pédiatriques, en service de pédiatrie : 298 patients en 2015.

Concernant la communication et la coordination

- L'existence d'une structure de coopération entre les établissements sanitaires
 - Le GCS s'inscrit dans la continuité de la structure de coordination antérieure (SIMSLA)
 - Compétente sur les questions intradépartementales et sur l'AFTE
- Des projets existants à articuler dans une logique de coopération territoriale

²⁸ Pour ce qui relève de la pédopsychiatrie, nous renvoyons au diagnostic réalisé en 2016, porté par le GCS psychiatrie du 44.

²⁹ Extrait de l'audit de pédopsychiatrie

- Des logiques de partenariats en marche autour de conventions à réinterroger dans le cadre des coopérations proches afin de réduire le caractère personne dépendant des partenariats
 - L'absence de lieux / dispositifs / instances identifiés comme lieu de concertation avec les partenaires médico-sociaux.
 - Des actions de prévention et de politiques publiques qui rassemblent les différents acteurs à renforcer dans l'agglomération nantaise pour la pédopsychiatrie
- ⇒ Pour cette partie, de nombreux se recourent avec les problématiques identifiées dans le cadre du diagnostic partagé en santé mentale et pourront être traités en articulation étroite.

Actions envisageables pour fluidifier le parcours en santé mentale des enfants

Faciliter l'accès au repérage précoce en mobilisant les acteurs représentatifs du sujet au niveau départemental et infra territorial

- Identifier les acteurs du repérage précoce
- Identifier les éléments de transition contribuant à des risques de rupture (âge, territoire, dispositif...)
- Identifier les dispositifs de coordination en place (toutes institutions confondues)
- Identifier, en collaboration avec les partenaires, et développer si nécessaire des dispositifs pour prévenir les conduites à risques et particulièrement les risques suicidaires auprès des adolescents
- Partager le repérage et l'évaluation des (risques de) ruptures dans les parcours afin de faciliter le retour dans ces parcours

Favoriser et soutenir les actions de prévention

- Promouvoir une politique de prévention déclinée pour l'ensemble des étapes du parcours de santé mentale et favoriser sa coordination entre tous les acteurs du PTSM enfants et adolescents
- Sensibiliser au développement de compétences psychosociales de l'ensemble des professionnels quel que soit leur secteur d'activité (éducation Nationale, PJJ, ASE, médico-social, libéraux...)
- Mettre en œuvre des actions opérationnelles de prévention des risques

Améliorer la visibilité et la lisibilité des offres spécifiques en santé mentale dans la perspective d'améliorer l'accès aux soins pour les usagers

- Favoriser l'interconnaissance des pratiques pour améliorer la fluidité des prises en charge
 - Repréciser les missions et les périmètres géographiques des offres spécifiques (à destination des enfants, des adolescents... sur l'ensemble du territoire départemental voire sur les territoires limitrophes)
 - Renforcer la lisibilité de l'offre en santé mentale (MDA, CJC...), et extrahospitalière (CMP, CATTP, HJ) à Nantes en proposant des dispositifs regroupés au sein d'un même lieu géographique voire mutualisés
- Contribuer à la mise en œuvre de la continuité des parcours en santé mentale pour les enfants et adolescents
- Soutenir la bonne articulation les dispositifs de soins sociaux et médico sociaux dans chaque territoire
- Mettre en place des outils de partage de l'information entre professionnels

Construire, soutenir et engager des collaborations opérationnelles entre partenaires des différents dispositifs et/ou institutions

- Identifier une **cellule de coordination** opérationnelle et d'envergure départementale
 - Renforcer la connaissance partagée des dispositifs pour améliorer l'accessibilité
 - Tisser des partenariats opérants entre protection de l'enfance, MDPH, MDA, PJJ, éducation nationale, structures sanitaires sociales et médico-sociales
 - Favoriser les contacts directs entre les acteurs pour fluidifier les parcours

- Accompagner le développement de la coordination et les coopérations
 - Co-construire des représentations partagées (entre professionnels et avec les usagers et leur entourage) de la notion de parcours de vie, afin de fluidifier ces parcours et de favoriser une meilleure appropriation par les acteurs des attentes/besoins des personnes accompagnées
 - Assurer un pilotage conjoint des projets intégrant l'ensemble des parties prenantes du parcours de santé mentale et de pédopsychiatrie
- Renforcer la démocratie en santé en favorisant la participation des personnes accompagnées aux instances de concertation (Conseil Local de Santé Mentale, la Commission Santé Mentale du Conseil Territorial en Santé...)
- S'appuyer sur la vision, l'expertise et la complémentarité des secteurs sanitaire, médico-social, social, judiciaire et éducatif pour graduer les parcours de soins

V. SYNTHÈSE : FEUILLE DE ROUTE EN VUE DE L'ÉCRITURE DU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

Au regard du diagnostic partagé et des priorités qui ont émergé, la feuille de route ci-dessous, construite collectivement, est proposée.

Pour éviter les chevauchements d'actions dans les sujets traités, certaines actions du diagnostic, transversales, ont été regroupées.

Compte tenu de la nécessité de travailler sur l'organisation des CMP, porte d'entrée des partenaires extérieurs au regard de la psychiatrie, nous avons regroupé toutes les actions qui les concernaient directement en une sous-partie dédiée. Le travail à faire avec les CMP devrait être conduit en priorité, et constitue un socle et un levier pour améliorer le parcours des personnes souffrant de troubles psychiques.

Il conviendra dans un second temps de prioriser les actions, d'identifier des porteurs et de rédiger des fiches actions opérationnelles, pour la mise en œuvre de ce PTSM. Les fiches actions devront préciser les moyens à mettre en œuvre.

1. ACTION SOCLE

THEMATIQUE	OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIONS	REFERENTS	COMMENTAIRES
ACTION SOCLE Optimiser la place des CMP dans la prise en charge des patients	Améliorer le lien entre les CMP et les partenaires du territoire (articulation sanitaire, médico-sociale et sociale)	Harmoniser les organisations des CMP pour assurer une réponse médicale ou médico-soignante dans des délais raisonnables sur tout le territoire, en intégrant la question des soins non programmés	URML - GHT	Cette thématique devrait être traitée dans un groupe dédié et se faire en lien étroit avec les travaux portés par le GHT.
		Organiser les modalités d'échange entre la psychiatrie et les acteurs de soins primaires intervenant auprès de la personne souffrant de troubles psychiques pour faciliter le lien dans le suivi, mettre en place des suivis partagés entre psychiatrie et médecine générale et assurer conjointement les soins non programmés	URPS - GHT	
		Travailler avec les CMP sur les dispositifs et outils à mettre en place pour assurer une réponse rapide aux acteurs médico-sociaux et sociaux		
		Mettre en place et identifier au sein des différentes structures (quel que soit leur champ) des coordinateurs de parcours ou case manager) pour améliorer la coordination des parcours et le suivi proposé aux personnes	A définir	



2. FEUILLE DE ROUTE PAR THEMATIQUE

THEMATIQUE	OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIONS	REFERENTS	COMMENTAIRES
1. Améliorer le repérage précoce et l'accès aux soins	1.1 Développer les actions de formation au repérage des troubles auprès des professionnels - quel que soit leur champ de travail - en rapport avec la santé mentale	1.1.1 Développer la formation en santé mentale auprès des étudiants de second cycle et des internes de MG, lors de leur formation initiale	URML + FACULTE + DMG	Cette action est considérée comme prioritaire et étant un pré requis dans le parcours
		1.1.2 Développer la formation continue des professionnels de premier recours (médecins généralistes, infirmier.e.s, pharmacien.ne.s, ...)	Les URPS	
		1.1.3 Développer des formations croisées professionnels de santé et partenaires	A définir	
		1.1.4 Communiquer sur les formations existantes pour les partenaires et le grand public	En appui UNAFAM	
	1.2 S'appuyer sur les groupes de pairs aidants pour accompagner les personnes dès le repérage	1.2.1 Identifier et recruter des patients pairs aidants via les groupes de réhabilitation et d'éducation thérapeutique	A définir	
		1.2.2 Accompagner le déploiement des GEM sur le territoire	A définir	A traiter dans le groupe de travail « Promotion des droits »
	1.3 Préciser la ou les procédures d'orientation après le repérage des troubles	1.3.1 Proposer des modalités d'intervention (équipes mobiles par exemple) pour aller davantage vers la personne, avec une orientation et une articulation dès ce stade vers les pairs aidants (lien avec 1.2.1)	A définir	Action secondaire, sous réserve d'un modèle acceptable pour les secteurs et répondant bien aux problématiques territoriales
	1.4 Faciliter les transports vers les lieux de prise en charge	1.4.1 Elaborer un annuaire de l'offre de transports alternatifs	CPAM + CD	Travail prioritaire pour faciliter l'accès aux soins d'une part, l'efficacité du système d'autre part.
		1.4.2 Conventionner avec les transporteurs	A définir	
		1.4.3 Communiquer sur la politique de l'assurance maladie pour les prises en charge en termes de transport	CPAM	

THEMATIQUE	OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIONS	REFERENTS	COMMENTAIRES
2. Mieux prévenir et prendre en charge des situations de crises et d'urgences	2.1 Anticiper et prendre en charge les situations de crise dès leurs signalements	2.1.1 Partager la définition des « crises » entre acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires et aidants et apporter une expertise à ces acteurs en cas de crises (modalités à définir : appui sur secteurs ou équipes mobiles ?)	A2C44 ?	A traiter dans le cadre de l'action transversale sur l'articulation entre les différents acteurs, en l'intégrant dans la sensibilisation et la formation.
		2.1.2 Créer une cellule d'expertise au sein de l'UMP de Nantes pour répondre à la demande des personnes sollicitantes au moment des signalements	CHUN	
		2.1.3 Partager avec les partenaires le protocole départemental de sectorisation mis en place par les psychiatres pour faciliter les orientations		
	2.2 Coordonner les acteurs au moment de la crise et des urgences	2.2.1 Elaborer une procédure organisationnelle de régulation et d'orientation entre les signalements et l'arrivée aux urgences	GHT sinon ARS	Prioritaire pour le groupe
	2.3 Renforcer le suivi post urgences	2.3.1 Développer les hospitalisations à domicile en suivi post urgence	GHT - HAD	

THEMATIQUE	OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIONS	REFERENTS	COMMENTAIRES
3. Améliorer l'accès aux soins somatiques	3.1 Améliorer le suivi somatique des personnes suivies à domicile / en ville	3.1.1 Dans le cadre expérimentation article 51 (innovation), intégrer dans le PTSM une expérimentation d'un.e IPA somaticien.ne dans un ou plusieurs CMP et chargé.e de réaliser un premier bilan somatique des patients suivi en psychiatrie	A définir	L'articulation entre le premier recours et le CMP est traité dans le groupe CMP
	3.2 Organiser un accueil spécifique au sein des établissements MCO	3.2.1 Communiquer auprès du public et des partenaires sur l'offre d'Handisoins 44 en précisant bien qu'elle est adaptée également aux personnes souffrant de troubles psychiques, et renforcer ce service.	A définir	
		3.2.2 Développer le recours aux équipes de psychiatrie de liaison (médecin ou IDE), dans les établissements généralistes	A définir	
	3.3 Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes suivies / hospitalisées en psychiatrie	3.3.1 Développer les postes de somaticiens mobiles dans les services de psychiatrie	A définir	
		3.3.2 S'assurer de l'interopérabilité entre les systèmes d'information utilisés dans les services et établissements spécialisés et généralistes	GHT	A faire en lien avec le GHT – articulation avec les travaux SI
	3.4 Organiser des actions de prévention, d'éducation thérapeutique et à la santé avec un suivi somatique par les établissements et service médico-sociaux	3.4.1 Développer des programmes ETP somatiques adaptés aux handicapés psychiques (temps plus courts, accompagnement adapté...)	A définir	
		3.4.2 Confier à un.e IDE la mise en place d'actions de prévention dans les CMP ciblée sur les soins dentaires, le suivi gynécologique et le suivi cardiovasculaire vers les patients à domicile, en établissement médicosocial ou consultant en CMP.	A définir	

THEMATIQUE	OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIONS	REFERENTS	COMMENTAIRES
4.Promouvoir le rétablissement et l'approche par parcours de vie	4.1 Développer la réhabilitation psycho sociale sur le territoire	4.1.1 Labelliser le CReSERC comme centre référent de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive	CReSERC	Cette action est considérée comme prioritaire et étant un pré requis vers le rétablissement
		4.1.2 Promouvoir et soutenir le développement ou la création d'espaces de réhabilitation psychosociale au sein de chaque secteur du territoire.	CReSERC	
	4.2 Fluidifier le parcours des personnes via une coordination de proximité accrue	4.2.1 Harmoniser les évaluations en milieu ordinaire en vue du rétablissement de la personne et d'une meilleure fluidité dans son parcours.	A définir	
		4.2.2 Définir les outils à mutualiser entre les différents acteurs et le champ d'intervention des professionnels participant à l'évaluation.	A définir	
		4.2.3 Faciliter l'accès aux différents dispositifs des personnes via un travail sur les orientations MDPH	A définir	
		4.2.4 Faciliter l'accès pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques aux SAMSAH et SAVS généralistes ou renforcer le nombre de places en SAVS et en SAMSAH psychiatriques	A définir	
	4.3 Améliorer l'accès et le maintien dans le logement	4.3.1 Conventionner avec les bailleurs ainsi que toute structure non spécialisée accueillant des personnes souffrant de troubles psychiques	A définir	
		4.3.2 Accompagner le développement de solutions intermédiaires pour faciliter l'accès puis le maintien dans le logement	A définir	
		4.3.3 Répondre à l'appel à projet « Un chez soi d'abord »	Nantes	
	4.4 Améliorer l'accès et le maintien dans le travail	4.4.1 Appuyer et déployer les dispositifs d'accompagnement vers l'emploi dans une logique de réponse graduée	A définir	

THEMATIQUE	OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIONS	REFERENTS	COMMENTAIRES
5. Prendre en compte les populations aux besoins spécifiques	5.1 Informer, soutenir les professionnels	5.1.1 Référencer les acteurs intervenant auprès des différents publics aux besoins spécifiques, prévoir l'actualisation de ces éléments et les diffuser auprès des acteurs	A définir	
	5.2 Mieux accompagner les populations migrantes	5.2.1 Adapter la prise en charge en psychiatrie pour les populations migrantes précarisées et ne maîtrisant pas le français (sortir de la logique de secteur pour ces populations très mobiles)	A définir	La sectorisation n'est pas adaptée pour ce public qui se déplace régulièrement.
		5.2.2 Renforcer les dispositifs existants : PASS psy, centre ressource de consultations transculturelles		
		5.2.3 Faciliter l'accès à des interprètes sur tout le territoire (exemple : par la mise en place d'un numéro unique)		
		5.2.4 Identifier voire développer des supports non verbaux (exemple : via le COMEDE, MDM, etc) qui seraient mis à disposition des professionnels du secteur de la psychiatrie / Se procurer documents officiels traduits (type documents d'info des droits quand soins sans consentement)	A définir	
	5.3 Accompagner les personnes souffrant de troubles psycho traumatiques	5.3.1 Répondre à l'appel à projet national pour l'identification du centre national de ressources et de résilience (pour les personnes souffrant de psycho traumatismes)	44 + CHU 49	
	5.4 Mieux accompagner les personnes souffrant de TSA	5.4.1 Favoriser la réalisation d'actions de sensibilisation et de formation au sein des services de pédopsychiatrie/psychiatrie autour de la thématique de l'autisme/des TSA dans un objectif de mise en œuvre des recommandations de la HAS et de l'ANESM		
		5.4.2 Identifier la pertinence de mettre en place un réseau de « personnes ressources autisme » au sein des structures médico-sociales et sanitaires (qui pourraient être mobilisées par l'ensemble des acteurs)		
	5.5 Eviter les situations de rupture	5.5.1 Sensibiliser les centres de référence (exemple : consultations mémoires) sur la nécessité d'orienter et d'assurer le parcours du patient une fois le diagnostic posé	A définir	
		5.5.2 Développer les liaisons entre les services de psychiatries et les services spécialisés en addictologie		

	5.5.3 Mener une réflexion afin d'anticiper la prise en charge des personnes sortant de prison ayant une problématique en santé mentale (distinguer dans le cadre de la réflexion les personnes sortant de centres de détention et celles sortant de maisons d'arrêt)	A définir	
--	--	-----------	--

THEMATIQUE	OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIONS	REFERENTS	COMMENTAIRES
6. Promouvoir des droits et agir sur les déterminants sociaux et environnementaux du bien être	6.1 Lutter contre la stigmatisation / l'auto-stigmatisation	6.1.1 Développer les temps de sensibilisation en direction de l'ensemble de la population et notamment des publics éloignés de la thématique (intégrer des actions de sensibilisation à des évènements plus généralistes)	A définir	
		6.1.2 Mobiliser des acteurs différents dans la réalisation des opérations de sensibilisation (Education nationale, médias, etc.)	Education nationale A définir	Valoriser les initiatives portées par des usagers/patients (Radio Caméléon, etc.).
		6.1.3 Faciliter les actions de coordination et de partage de bonnes pratiques entre l'ensemble des professionnels.	A définir	Développement des suivis des patients en parcours avec des soins inter-établissements.
		6.1.4 Faciliter l'accès des familles à la formation en permettant notamment une meilleure connaissance de l'offre et des dispositifs d'accompagnement.	A définir	Développer l'offre d'éducation thérapeutique du patient sur le territoire pour les populations migrantes précarisées et ne maîtrisant pas le français
		6.2.1 Promouvoir la coordination et la connaissance entre les différentes associations de familles qui peuvent intervenir dans le soutien aux familles, pour améliorer l'orientation des usagers vers les dispositifs d'accompagnement adaptés.	A définir	

	6.2 Renforcer l'accompagnement de l'utilisateur et de la famille lors du diagnostic et au long cours	6.2.3 Développer les actions spécifiques de soutien et d'accompagnement en direction des fratries.	A définir	
		6.2.4 Développer les actions d'accompagnement pour les parents ayant des troubles, en lien avec l'ensemble des actions de soutien à la parentalité de droit commun	A définir	
	6.3 Renforcer l'association des usagers/des patients	6.3.1 Promouvoir et faciliter la participation des usagers aux instances représentatives.	A définir	Mettre en place des formats de réunions adaptés aux besoins des usagers
		6.3.2 S'appuyer sur les associations culturelles, sportives (sport adapté), etc. pour identifier des usagers susceptibles de participer à des instances	A définir	
		6.3.3 Développer les actions d'association des usagers aux différentes instances de concertation et de définition de leur projet de vie.		Faciliter le recours à la pair aidance lors de la définition des projets de vie.

Pédopsychiatrie et santé mentale de l'enfant

THEMATIQUE	OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIONS	REFERENTS	COMMENTAIRES
7. Parcours en santé mentale des enfants	7.1 Faciliter l'accès au repérage précoce en mobilisant les acteurs représentatifs du sujet au niveau départemental et infra territorial	7.1.1 Identifier les acteurs du repérage précoce	GCS psychiatrie 44	Dans le cadre du suivi des travaux de l'audit de pédopsychiatrie A faire en lien avec le groupe accès aux soins ?
		7.1.2 Identifier les éléments de transition contribuant à des risques de rupture (âge, territoire, dispositif...),		
		7.1.3 Identifier les dispositifs de coordination en place (toutes institutions confondues)		
		7.1.4 Identifier, en collaboration avec les partenaires, et développer si nécessaire des dispositifs pour prévenir les conduites à risques et particulièrement les risques suicidaires auprès des adolescents		
		7.1.5 Partager le repérage et l'évaluation des (risques de) ruptures dans les parcours afin de faciliter le retour dans ces parcours		
	7.2 Favoriser et soutenir les actions de prévention	7.2.1 Promouvoir une politique de prévention déclinée pour l'ensemble des étapes du parcours de santé mentale et favoriser sa coordination entre tous les acteurs du PTSM enfants et adolescents		A articuler avec le groupe promotion des droits
		7.2.3 Sensibiliser au développement de compétences psychosociales de l'ensemble des professionnels quel que soit leur secteur d'activité (éducation Nationale, PJJ, ASE, médico-social, libéraux...)		Idem
		7.2.4 Mettre en œuvre des actions opérationnelles de prévention des risques		
		7.3.1 Favoriser l'interconnaissance des pratiques pour améliorer la fluidité des prises en charge		A faire en articulation avec la psychiatrie adulte ?

	7.3 Améliorer la visibilité et la lisibilité des offres spécifiques en santé mentale dans la perspective d'améliorer l'accès aux soins pour les usagers	7.3.2 Contribuer à la mise en œuvre de la continuité des parcours en santé mentale pour les enfants et adolescents		
		7.3.3 Soutenir la bonne articulation les dispositifs de soins sociaux et médico sociaux dans chaque territoire		
		7.3.4 Mettre en place des outils de partage de l'information entre professionnels		
	7.4 Construire, soutenir et engager des collaborations opérationnelles entre partenaires des différents dispositifs et/ou institutions	7.4.1 Identifier une cellule de coordination opérationnelle et d'envergure départementale		A articuler avec le groupe parcours et réhabilitation
		7.4.2 Accompagner le développement de la coordination et les coopérations		
		7.4.3 Renforcer la démocratie en santé en favorisant la participation des personnes accompagnées aux instances de concertation (Conseil Local de Santé Mentale, la Commission Santé Mentale du Conseil Territorial en Santé...)		A articuler avec le groupe promotion des droits Dans ce cadre, préciser qui intervient dans quelle instance, sur le département
		7.4.5 S'appuyer sur la vision, l'expertise et la complémentarité des secteurs sanitaire, médico-social, social, judiciaire et éducatif pour graduer les parcours de soins		
		7.4.6 Rendre plus lisible les formations dispensées (ex. : unité Espace)		

3. MOYENS TRANSVERSAUX NECESSAIRES A L'ATTEINTE DES OBJECTIFS STRATEGIQUES

Objectifs stratégiques	Actions	Modalités	Porteur	Commentaire
Choisir des modalités de gouvernance	Mettre en place une gouvernance pour assurer la mise en œuvre du PTSM	Déterminer le pilotage nécessaire à la bonne mise en œuvre du PTSM et du travail de coordination qui en découle (aux différentes échelles territoriales – département – établissements – secteurs...)	A définir	
Décider des moyens à mettre en place pour faciliter la réalisation des actions (Moyens transversaux utiles à la réalisation de toutes les actions)	Mieux identifier les acteurs et dispositifs intervenant dans le champ de la santé mentale (des secteurs social, médico-social et sanitaire)	Réaliser une cartographie des acteurs et des dispositifs Identifier les ESMS accompagnant des personnes avec une déficience psychique (au-delà des structures ayant un agrément spécifique)	A définir	
	Mettre en place une politique de formation partagée à destination des professionnels et partenaires (du premier recours au champ de l'inclusion et du médico-social)	Dans le cadre des conventions avec les partenaires, intégrer la dimension formation Promouvoir les formations croisées entre psychiatrie et partenaires Elaborer collectivement un programme à présenter ensuite aux différents OPCA Proposer des actions de formation croisée premier recours / psychiatrie Développer également, dans ce cadre, la formation au repérage de la crise suicidaire, et la décliner (des urgences et centre de crise des soins de 1er recours en termes de repérage, et d'évaluation des sentinelles pour déstigmatiser la question du suicide et favoriser le repérage très précoce).	A définir	
	Structurer l'articulation entre les acteurs / les financeurs	Développer la concertation entre les différents financeurs à l'échelle départementale pour permettre d'assurer la prise en charge et l'accompagnement de publics avec des problématiques multiples	A définir	
	Développer les dispositifs de coordination entre les professionnels	A l'échelle du territoire, valoriser et outiller la coordination en réseau, en appui sur A2C44 Développer et formaliser la coordination au niveau local entre les acteurs des champs de la psychiatrie, du social et du médico-social, par le biais de conventions avec engagements réciproques	A2C44 A définir	

VI. GLOSSAIRE

Abréviation	Signification
ADMR	Aide à domicile en milieu rural
ALD	Affection longue durée
ALT	Allocation logement temporaire
ARS	Agence régionale de santé
ATSA	Accueil temporaire - Services de l'asile
CADA	Centre d'accueil de demandeurs d'asile
CAES	Centre d'accueil et d'examen des situations
CAFS	Centre d'accueil familial spécialisé
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAS	Centre communal d'action sociale
CD	Conseil départemental
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CH	Centre hospitalier
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLS	Conseil local de santé
CLSM	Contrat local de santé mentale
CME	Commission médicale d'établissement
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMU	Couverture maladie universelle
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CReSERC	Centre de référence en soins d'éducation thérapeutique et de remédiation cognitive
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
EHPAD	Etablissement pour personne âgée dépendante
EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
ESAT	Etablissement de service et d'aide par le travail

ESMS	Etablissement social et médico-social
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HdJ	Hôpital de jour
HUDA	Hébergement d'urgence pour les demandeurs d'asile
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IME	Institut médico-éducatif
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSP	Maison de santé pluri professionnelle
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PTSM	Projet territorial de santé mentale
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour personne handicapée
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SHIP	Service d'hospitalisation intersectoriel de pédo psychiatrie
SIAO	Service intégré de l'accueil et de l'orientation
SISM	Semaine d'information en santé mentale
SITED	Service interdépartemental pour la prise en charge des troubles envahissants du développement
SMPR	Service médico-psychologique régionale
SRAE	Structure régionale d'appui et d'expertise
UMD	Unité pour malade difficile

VII. ANNEXE : METHODOLOGIE DE L'ELABORATION DU DIAGNOSTIC

1. COMITOLOGIE

Groupe projet composé de :

- Mme BENATRE - **Elue santé Ville de Nantes** et représentante du CLSM
- Mme DOUCAS - **CHU de Nantes**, établissement support GHT 44
- Directeur des **Apsyades**, membre du GCS44
- M. MARHADOUR – Directeur de l'**ADAPEI 44**
- Marc NEDELEC, Directeur de **Psy'Activ**, membre GCS44
- Nathalie ROBIN-SANCHEZ, Directrice **CHS Blain**

Comité de pilotage composé de :

- Dr BANAOUES – Pdt CME CH Blain
- Dr INIAL – Chef de service psychiatrie 4 CHU de Nantes
- Dr LAFAY – Pdt CME CH DAUMEZON
- Dr MARTINEAU – Chef de Pôle santé mentale CHU de Nantes
- Dr DELBROUCK, Chef de service psychiatrie, CH St Nazaire
- Dr DELORME, médecin généraliste, URPS Médecin
- M. COTTIN – Directeur MDA ou Dr MAILLET – Psychiatre, Unité Espace et MDA
- M. GIRAUD – Président UNAFAM
- M. JEGO – Directeur adjoint Les EAUX VIVES
- M. JUMEL, DGS CD 44
- M. MARTIN – Directeur des soins CH BLAIN
- M. NEDELEC – DG Psy'Activ
- M. PELLEGRY – Chef de projets Publics Spécifiques – Nantes Métropole Habitat
- M. PERRINEL – SIAO 44
- M. PITON – Directeur Clinique du Parc
- M. RELIQUET – Président A2C44
- M. SAN MILLAN – Cadre supérieur CH Saint Nazaire
- M. JUMEL – Directeur général solidarité Conseil départemental
- M. MARHADOUR – Directeur ADAPEI 44 ou Mme MOTTES – ADAPEI 44
- M. PITON, Directeur Clinique du Parc, Nantes
- M. RICHARD – Conseil départemental 44
- Mme BENATRE – Elue déléguée à la santé, Ville de Nantes
- Mme CLEMENT - Elue prévention et promotion de la santé Mairie de St Nazaire ou Mme MARCHAND – chargée de mission santé
- Mme DOUCAS - Directrice CHU de Nantes, établissement support GHT 44
- M. Guillaume CARO – Secrétaire Général du GHT 44
- Mme GAUTIER – Association APPUIS dispositif SILAPSY
- Mme LAMBERT – Association ETAPE
- Mme LEMOINE – Directrice adj – administrateur GCS CH DAUMEZON
- Mme MOSSET – Conseil départemental 44
- Mme Violaine DURAND - VP UNAFAM
- Mme ROBIN-SANCHEZ – Directrice du CHS Blain

- M. MARTIN – Directeur des soins, CHS Blain

2. ETUDE DOCUMENTAIRE

L'étude documentaire conduite permet de cartographier l'offre, d'analyser les données populationnelles et épidémiologiques, et de comparer les indicateurs départementaux aux moyennes régionales et nationales. Elle nous a également permis de prendre connaissance des principaux constats établis – et faisant *a priori* consensus entre les acteurs et institutionnels – concernant les ressources disponibles, les insuffisances de l'offre, de même que les principales problématiques en termes d'accessibilité, de coordination et de continuité des services / ruptures de parcours ou sous problématiques populationnelles spécifiques posant problèmes dans le département.

Parallèlement, elle a permis d'identifier les domaines pour lesquels il existe peu de données ou d'informations ou pour lesquels des divergences de points de vue existent.

Les documents suivants ont été analysés :

- Evaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique, Rapport final pour avis CRSA, Dr Jean Boule et Xavier Brun, Mai 2016
- Diagnostic du territoire du département Loire-Atlantique, élaboré dans le cadre du GHT et préalablement au projet médical partagé
- Projet médico-soignant du GHT 44
- CLS de Saint Nazaire
- Audit Mazars sur la prise en charge pédopsychiatrique dans le 44
- Note d'orientation régionale de l'ARS relative à l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale
- Données ARS sur les données populationnelles et épidémiologiques
- Enquête OMS

3. CONDUITE D'ENTRETIENS INDIVIDUELS

Les entretiens avaient pour objet d'une part de préciser avec les acteurs leurs principales attentes par rapport à un projet territorial de santé mentale, d'autre part de commencer à identifier, au regard des parcours du décret de juillet 2017, ce qui selon eux fonctionne sur le territoire et les principaux points de ruptures.

Personnes rencontrées	Fonction
Marie-Annick BENATRE	Elue déléguée à la santé pour la ville de Nantes
Dr Patricia SARAUX	Responsable de la direction santé publique de la ville de Nantes
Dr Patrick DELBROUCK	Chef du pôle de psychiatrie du CH de St Nazaire
Mme Pascale CLEMENT	Elue déléguée à la prévention et la promotion de la santé pour la ville de St Nazaire
Mme Françoise LESTIEN	Conseillère municipale, ville de St Nazaire
Mme Catherine MARCHAND	Chargée de mission santé, ville de St Nazaire
Dr Pierre LAFAY	Président de CME, CHS Daumezon

Mme Catherine LEMOINE	Directrice en charge des ressources humaines, CHS Daumezon + administratrice GCS santé mentale
Dr Wilfrid MARTINEAU	Chef du Pôle de santé mentale, CHU Nantes
Mme Elise DOUCAS	Directrice adjointe, CHU Nantes
Dr Hervé INIAL	Psychiatre, CHU Nantes
Mme Nathalie ROBIN-SANCHEZ	Directrice, CHS Blain
M. Jacques MARTIN	Directeur des soins et de la qualité, CHS Blain
M. Laurent ARBOGAST	Cadre coordonnateur d'un centre de post cure des Apsyades
M. Marc MARHADOUR	Directeur général ADAPEI 44
M. JOUTARD	Association l'Etape
M. GIRAUD	Président UNAFAM
M. RELIQUET	Président A2C44
M. Jérôme JUMEL	DGS du Conseil départemental
Dr Philippe DELORME	Vice-Président URPS médecin – filière médecine générale

4. QUESTIONNAIRES

Diffusion de cinq questionnaires aux différents acteurs du champ de la santé mentale

- Professionnels médico-sociaux : 85 réponses complètes
- Professionnels libéraux : 67 réponses complètes
- Professionnels hospitaliers : 71 réponses complètes
- Acteurs de l'inclusion sociale : 41 réponses complètes
- Aidants : 55 réponses complètes

5. CONSTITUTION DE 7 GROUPES DE TRAVAIL

Pour les groupes de travail, des usagers ou représentants d'usagers ont systématiquement été conviés à participer.

Groupe de travail 1 : repérage précoce et accès aux soins

Participants	29 mai	13 juin
Jean-Yves PELLEGRY, chef de projet Nantes Métropole	X	Excusé
Maria RAVENEAU, coordinatrice du dispositif famille gouvernante, UDAF 44	X	X
M. RELIQUET, Président A2C44	X	X
Elise DOUCAS, Directrice CHU, référente du groupe	X	X
Marine SINQUIN, Pair aidante – future médiatrice	X	X
Florent BARDAINE, usager	X	Excusé
Sophie COSSOU, Cadre UMP Nantes	X	X
Dr Hélène VERGNAUX, Responsable UMP Nantes	X	Excusée
Camille DESLOGES, ESAT Savenay, directrice adjointe	X	X
Dr Hélène DEBAR, Psychiatre St Jacques Psy 3	X	X

Marina FONTENEAU, CPAM	X	X
Dr T. DESRUES, médecin UMP et SUMPPS	Excusé	X
Corinne LAMBERT	Excusée	X
Dr Philippe Delorme, MG, URML	Excusé	X

Groupe de travail 2 : prévention des situations de crise et prise en charge des urgences

Participants	4 juin	13 juin
Pierre Giraud, UNAFAM et Président du CREPSY – référent pour le groupe	X	X
Myriam BIGEARD, Elue départementale du canton Rezéen	X	Excusée
Bruno MESLET, Référent santé mentale DT 44	X	X
Laurent KERDONCUFF, Chef du bureau Sécurité publique Partenariat	X	X
Emilie THOMAS, en service civique à la gendarmerie	X	Excusée
Frédérique MIRAMONT, Directrice EPMS L'Ehretia, Savenay	X	Excusée
Isabelle CASSARD, Confluence sociale	X	X
Dr Benoît MAILLET, psychiatre, Cellule Espace, MDA	X	Excusé
Jean-Marie GUILLAUME, IDE Daumezon	X	X
Dr Marlène HASLE, médecin, SOS Médecins Nantes	X	Excusée
Dr Hélène VERGNAUX, Responsable du service UMP Nantes	X	X
Dr Emmanuelle MEGIE, psychiatre, chef Pôle Est, Blain	X	X
Dr Claire TREMELOT, Psychiatre, Urgences Psychiatrique, St Nazaire	X	X
Amaryllis CAILLEAU, chargée de mission Réponse accompagnée pour tous, Conseil départemental	X	X
Dr Julie CHOIGNOT, médecin, SOS Médecins Nantes	Excusée	X
Cécile SCOAZEC, cadre de santé, Unité Espace Saint Jacques	Excusée	X

Groupe de travail 3 : réhabilitation et parcours de santé

Participants	29 mai	14 juin
Julien BOUCAULT, USH Pays de la Loire	X	X
Annick LE PEVEDIC, Confluence sociale	X	X
Laëtitia PERON, SILENE	X	X
Jean-Yves PITON, DG Clinique du Parc	X	X
Jacques MARTIN, Directeur des soins CHS Blain	X	Excusé
Frédéric JEGO, Les Eaux vives	X	X
Violaine DURAND, UNAFAM	X	X
Marion ESPITALIER, psychiatre au CHU	X	X
José SAN MILLAN, Cadre supérieur de Pôle, St Nazaire	X	X
Jamila EL MOUSSATI, EPMS Le Littoral, St Brévin les Pins	X	Excusée
Delphine ROUSSELET, Association l'Etape	X	X
Nadine GUILLAUME, Responsable CLIC, CCAS Nantes	Excusée	X

Groupe de travail 4 : accès aux soins somatiques

Participants	4 juin	4 juillet
Dr Mohamed KADI, Médecin urgentiste, CH Ancenis	X	Excusé
Sandrine LENOIR, Cadre de santé, Daumezon	X	X
Dr Nabil BANAOUES, PCME, Blain, référent du groupe	X	X
Dr Christine ROBERT, Somaticienne, CHUN	X	X
Isabelle RONDEAU, cadre de santé, CHUN	X	X
Dr Pauline GUILLOUCHE, hépatologue, CHU	X	X
Dr Philippe DELORME, médecin généraliste, URML	X	Excusé
Véronique POZZA, Présidente France Asso Santé 44	Présente en visio	X
Marylène ROZE, cadre hygiéniste, Daumezon	X	X

Groupe de travail 5 : publics spécifiques

Participants	Réunion du 7 juin	Réunion du 28 juin
M. Bertholon, Médecin, CH Daumezon	X	X
Mme Guerineau, Dir. Pôle étranger, Les Eaux-Vives	X	Excusée
M. Dubreil, Conseiller technique, DT PJJ	X	Abs
Mme Marcoux, Dir. pénitentiaire d'insertion, et de probation, SPIP 44	X	Abs
Dr Choukroun Mathieu, Médecin, CHS Blain	X	Abs
Mme Bourguignat, Chargée de mission insertion, Conseil Départemental	X	Excusée
M. Marchand, Dir. Secteur enfance, ADAPEI 44	X	X
Dr. Lambert, Médecin addictologue, CHU de Nantes	X	X
Dr Lafay, Médecin, Pst CME CH Daumezon, référent du groupe	X	X
M. Allix, Chef de service CHRS, Association St Benoît Labre	X	X
M. Couffin, Adj. de Direction, Association St Benoît Labre	X	Excusé
Mme Landelle, Infirmière, ASBL Association St Benoît Labre	X	Excusée
M. Guillaume, SPIP 44	Abs	X
Mme Delecourt, Dir. Adjointe EPMS le littoral	Abs	X

Groupe de travail 6 : promotion des droits et déterminants sociaux et environnementaux du bien-être

Participants	Réunion du 17 mai	Réunion du 5 juin
Mme Benâtre, Elue déléguée à la santé de la Ville de Nantes	X	X
Mme Payelle, UDAF	X	X
Mme Saraux, chef de service santé publique à la Ville de Nantes	Absente	Absente
Mme Ifrah-Belaiche, cadre supérieur service social, CHU de Nantes	X	Absente
Mme Gautier-Bourgeois, cadre supérieur PHU8 CHU de Nantes	X	X
Dr Chirio-Espitalier, psychiatre, CHU de Nantes	X	X
Mme Lamarche, psychiatre, CHU de Nantes	X	Absente

Mme Neau, association PAS A PAS	X	X
M. Loirat, Pdt comité départemental sport adapté	Excusé	Absent
Mme Thoumine - Directrice adjointe MDPH	X	X
Alain Guillou, assistant social, CHU de Nantes	Excusé	X

Groupe de travail 7 : santé mentale de l'enfant

Participants	2 réunions
Mme Lemoine, Administrateur GCS	X
M. Cottin, Directeur MDA	X
Mme Nuaud, Coordinatrice pédagogique, Education nationale	X
Mme Groyer, DG ARRIA, Représentante URIOPSS	X
Mme Mottes, déléguée territoriale ADAPEI 44	X
Mme Bourguignat, Chargée de mission insertion, Conseil Départemental	X
M. Durand, Directeur Général, Linkiaa	X
M. Foucaud, Responsable des politiques institutionnelles, PJJ	X
Mme Robin, Pédopsychiatre, CHU Nantes	X