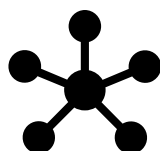




PROJET TERRITORIAL EN SANTÉ MENTALE

Département de la Mayenne



Diagnostic territorial

1^{er} document du projet

2019-2024

Adopté le 25 janvier 2019 par le Comité de Pilotage,

Transmis à l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire le 1^{er} février 2019,



Préambule

Ce diagnostic territorial pourra être « enrichi » et complété après validation par le Comité de pilotage du 25 janvier 2019.

Remerciements

Le groupe projet du projet territorial en santé mentale de la Mayenne remercie l'ensemble des acteurs ayant participé aux groupes et ateliers de travail, pour leurs contributions dans la réalisation de ce projet destiné à améliorer les parcours de soins et de vie des usagers en santé mentale.



Table des matières

| | | |
|-------------|--|-----------|
| I- | Introduction | 6 |
| II- | Le cadre réglementaire | 8 |
| III- | La démarche du Projet Territorial en Santé Mentale sur le département de la Mayenne | 10 |
| 1) | Méthodologie du projet | 10 |
| 2) | Gouvernance du PTSM 53 | 12 |
| 3) | Organisation des réunions..... | 13 |
| 4) | Thématiques, ateliers de travail et participants..... | 14 |
| IV- | Identité, caractérisation du territoire..... | 21 |
| 1) | Description du territoire..... | 21 |
| 2) | Contexte socio-économique..... | 24 |
| 3) | Epidémiologie et état de santé de la population | 27 |
| 4) | Recours et modalités de prises en charges | 38 |
| V- | Diagnostic territorial ; indicateurs de territoire et ressources quantitatives - handicap psychique | 41 |
| 1) | Ville, premier recours | 41 |
| 2) | Hospitalisation complète et ambulatoire..... | 49 |
| 3) | Médico-social et social | 57 |
| 4) | Les instances démocratiques et actions spécifiques santé mentale..... | 66 |
| 5) | Le Groupement Hospitalier de Territoire de la Mayenne et du Haut-Anjou – filière santé mentale ... | 69 |



6) Les zones d'adhérence entre les différents schémas et projets. 70

VI- Diagnostic territorial partagé : retours des travaux des groupes de thématiques 71

1) Prévention des crises, gestion des situations de crises, accès au diagnostic, aux soins psychiatriques et somatiques 73

2) Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, organisation des parcours coordonnés..... 82

3) Parcours enfance-adolescence, transition vers l'âge adulte, repérage et diagnostic précoce, partenariats et coordination des acteurs 95

Synthèse – résumé global 103

Les principales ruptures identifiées dans le parcours de l'utilisateur : 105

Liste des acronymes..... 108

Bibliographie : 110

Annexes..... 111





I- Introduction

« La psychiatrie ne sera plus le parent pauvre soyez en assurés, car j'en fait une priorité de santé »

¹. La Ministre des Solidarités et de la Santé, Madame Agnès Buzyn par cette annonce réaffirme les objectifs de la **Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016** qui met en exergue les enjeux autour des problématiques de santé mentale au sein de notre pays.

La définition de la santé est la suivante « un état de complet bien-être physique, mental et social »², et si l'on en suit cette définition, la santé mentale est donc une composante essentielle de la santé d'un individu.

Selon l'OMS, une personne sur quatre sera touchée par des troubles psychiques à un moment de sa vie³. Ces troubles comptent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité. *« Près de 8 % de salariés, soit trois millions de personnes, sont victimes au cours de leur carrière d'un problème lié à leur santé mentale (burn out, troubles anxieux, dépressions). Il s'agit de la première cause d'invalidité et la deuxième cause d'arrêt de travail dans notre pays »*⁴. C'est donc un enjeu primordial de santé publique qui rassemble l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, ainsi que les familles et les usagers qui doivent être au cœur de leur parcours de soins et de vie.

Pour Michel Laforcade, *« Le parcours n'est pas un concept creux ni un mot galvaudé », « Il est au contraire l'une des principales innovations de la loi de modernisation de notre système de santé et correspond à un besoin majeur des personnes concernées par la maladie mentale mais aussi de leur entourage »*⁵. Le parcours de l'utilisateur est aujourd'hui au cœur des politiques publiques de santé, il nécessite une transformation du système actuel. Parler de parcours nécessite un décloisonnement des secteurs. Les acteurs travaillant autour de la psychiatrie et de la santé mentale sont très nombreux et variés. L'enjeu du diagnostic territorial partagé du Projet Territorial en Santé Mentale est de permettre une réflexion collective autour de laquelle la coordination doit être « l'affaire de tous ».

De plus, concernant les personnes atteintes de troubles psychiques, la société française doit tendre encore plus vers une société inclusive. Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé indique que *« L'inclusion sociale des personnes malades est insuffisante et les politiques publiques ne se sont pas saisies de l'accès à cette population à une vie active, à une vie citoyenne. Aujourd'hui encore les troubles psychiques demeurent un tabou, un objet de stigmatisation »*⁶.

¹ Extrait du discours de Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, présentation du Plan d'Actions de la Psychiatrie, vendredi 26 janvier, Congrès de l'Encéphale 2018,

² Définition de la santé selon l'OMS

³ Site internet de l'OMS, http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/

⁴ Article « Cap sur la santé mentale en milieu professionnel », rubrique Actualités, site Fondation Falret

⁵ Extrait avant-propos Michel Laforcade, rapport Laforcade, octobre 2016

⁶ Ibidem



Ces enjeux se traduisent au sein de la Stratégie Nationale de Santé pour la période 2018-2022, stratégie publiée par le **décret n°2017-1866 du 27 décembre 2017** qui donne le cadre des objectifs à venir ;

- prévention de la souffrance psychique,
- promotion du bien être mental,
- lutte contre les inégalités sociales et territoriales,
- de la qualité et de la pertinence des soins et de la sécurité des patients et de l'innovation technologique, scientifique et organisationnelle.

C'est la prise en charge de l'utilisateur dans toutes ses dimensions qui doit être mise en œuvre : les soins psychiatriques, les soins somatiques, l'inclusion sociale, la réinsertion et l'accès au droit commun.

Il convient de ne pas non plus oublier **un aspect fondamental qui devra être mis en œuvre au niveau national : celui de la recherche**. La France doit aujourd'hui augmenter son budget en termes de recherche médicale dédiée aux maladies psychiques si elle veut aboutir à de meilleurs traitements, à mieux prévenir et à guérir les usagers atteints de maladies, de troubles psychiques.

« Des traitements de plus en plus personnalisés se développent pour plus d'efficacité, en associant à la fois médicaments, thérapies psychosociales (psychoéducation, remédiation cognitive, ou thérapies cognitivo-comportementales, rééducation des habiletés sociales...) et règles d'hygiène de vie »

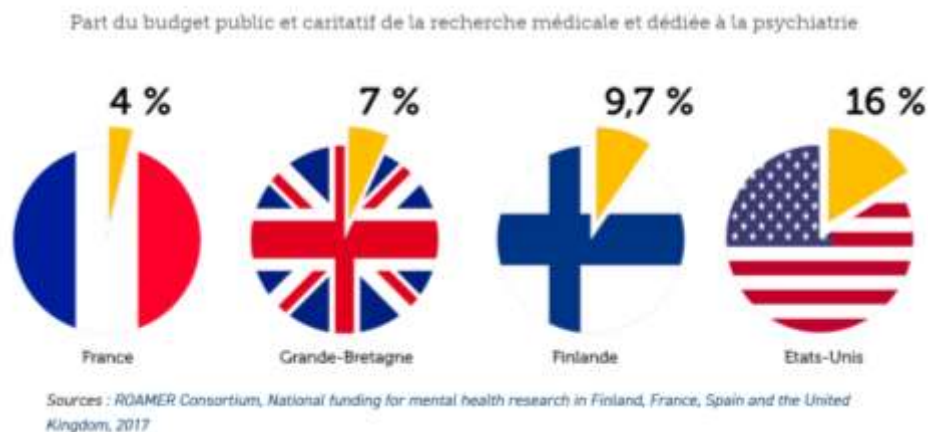


Figure 1 : schéma issu du site internet de l'Institut Montaigne, Source : <http://www.institutmontaigne.org/publications/psychiatrie-letat-durgence>



II- Le cadre réglementaire

La **loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016** a fait évoluer la politique de santé mentale et le handicap psychique en venant fixer plusieurs objectifs, et notamment un objectif de mise en place de projets territoriaux en santé mentale. **C'est son article 69** qui en détermine les contours : « *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 à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées* ».

L'article 3221-2 du Code de la Santé Publique dispose que le projet territorial de santé mentale « *organise les conditions d'accès de la population :*

1° A la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles ;

2° A l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques ;

3° aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale ».

Concernant le choix du territoire, qui doit être déterminé « à un niveau territorial suffisant » les orientations régionales de l'ARS Pays de la Loire ont défini le département comme territoire d'élaboration des PTSM sur la région.

Le décret du 27 juillet 2017 fixe les priorités auxquelles devront répondre les PTSM, six points majeurs sont soulevés, et rappelés sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé ⁷:

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

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

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

Priorité 4 : La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

⁷ <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>



Priorité 5 : Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d’agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.

Priorité 6 : L’action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Il s’agit pour les territoires d’élaborer :

- Un diagnostic territorial partagé : organisé avec l’ensemble des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social, social, juridique, les institutionnels, les familles, les aidants, les pairs-aidants, les usagers, les collectivités territoriales et les associations.

Composé de trois éléments :⁸

- Un état des ressources disponibles
- L’identification des insuffisances dans l’offre de prévention, des Services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, dans l’accessibilité, la coordination et la continuité des services
- Des préconisations d’actions

Il est établi sur la base de données quantitatives et surtout sur une analyse qualitative avec des éléments émanant de réflexions et d’échanges entre les acteurs de terrain.

- Un projet territorial en santé mentale : **une feuille de route** sur 5 ans comprenant des fiches actions concrètes et réalisables.

⁸ Diaporama ARS Pays de la Loire « Projet Territorial de Santé Mentale – Lancement des démarches projets dans chaque territoire »



III- La démarche du Projet Territorial en Santé Mentale sur le département de la Mayenne

1) Méthodologie du projet

Pour le département de la Mayenne, l'Agence Régionale de Santé a présenté la démarche projet PTSM lors d'une réunion départementale du 9 mars 2017 à l'auditorium de Laval en présence d'environ une centaine de personnes couvrant la majorité des acteurs. À la suite de cette réunion, plusieurs acteurs ont proposé leur contribution pour copiloter la démarche dans le cadre d'un groupe projet.

Ce groupe projet pluridisciplinaire est composé de deux professionnels du secteur sanitaire (psychiatrie), deux professionnels du secteur médico-social, d'un représentant pour le Conseil Départemental, de deux professionnels de collectivité territoriale, d'une chargée de mission et de deux représentants pour l'Agence régionale de santé qui suit les avancées du projet.

Concernant la méthodologie de projet, le groupe projet a pris connaissance de la méthodologie de projet de l'ANAP⁹ et des cinq portes d'entrée de la rosace (annexe n°4 page 123), il s'est réuni pour échanger et proposer une organisation au comité de pilotage le 16 février 2018 (voir le point 3 organisation des groupes et ateliers de travail).

La méthode projet employée par le groupe projet PTSM 53 peut être qualifiée de méthodologie de projet agile car adaptable et modulable sur chaque phase du projet.

Le PTSM 53 a été construit sur deux phases en 2018 : une phase de construction du diagnostic territorial partagé (avec des ateliers de travail sur les mois d'avril, mai et juin (3 groupes thématiques subdivisés en 11 ateliers – cf page 14), une phase de construction du projet territorial avec la feuille de route composée des fiches actions.

Sur 2019, deux phases : une phase de validation et de contractualisation du projet et une phase de mise en œuvre du projet (déploiement des actions) sont prévues.



Figure 2 : Le calendrier prévisionnel par phases du PTSM 53

⁹ Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale, ANAP, décembre 2016



C'est un travail de réflexion qui a été mené en ateliers de travail, espaces de partages et d'échanges où les acteurs ont pu croiser leurs réflexions et leurs visions parfois divergentes afin d'aboutir à des propositions d'actions. L'objectif principal du PTSM était de mobiliser les acteurs par une approche partagée afin de mieux répondre aux difficultés constatées sur le terrain.

Afin d'appuyer la représentation du PTSM 53, un logo a été créé, avec une signification particulière : l'usager et un réseau dynamique d'acteurs engagés autour du parcours de soins et de vie.

PROJET TERRITORIAL EN SANTÉ MENTALE

Département de la Mayenne



*Figure 3 : logo du PTSM 53, création :
chargée de mission PTSM 53 - Baron Julie*



2) Gouvernance du PTSM 53

Le PTSM 53 est doté de trois organes principaux :

- Un Comité de pilotage pluridisciplinaire composé d'une quarantaine d'acteurs. Il a pour mission de piloter et valider l'élaboration du diagnostic territorial partagé et de la feuille de route. Le COPIL s'est notamment réuni le 16 février 2018 afin d'entériner la démarche d'organisation des trois groupes et des ateliers de travail. Il se réunira de nouveau en phase de finalisation du projet en vue de la validation du diagnostic territorial partagé et de la feuille de route.
- Le groupe projet : composé d'acteurs des différents secteurs sanitaire, social et médico-social, des institutions Agence régionale de santé et Conseil Départemental, ainsi que de la chargée de mission.
- L'assemblée plénière : composée de l'ensemble des participants aux ateliers du diagnostic et ouverte à toute autre personne désireuse de connaître au mieux les avancées du PTSM 53.

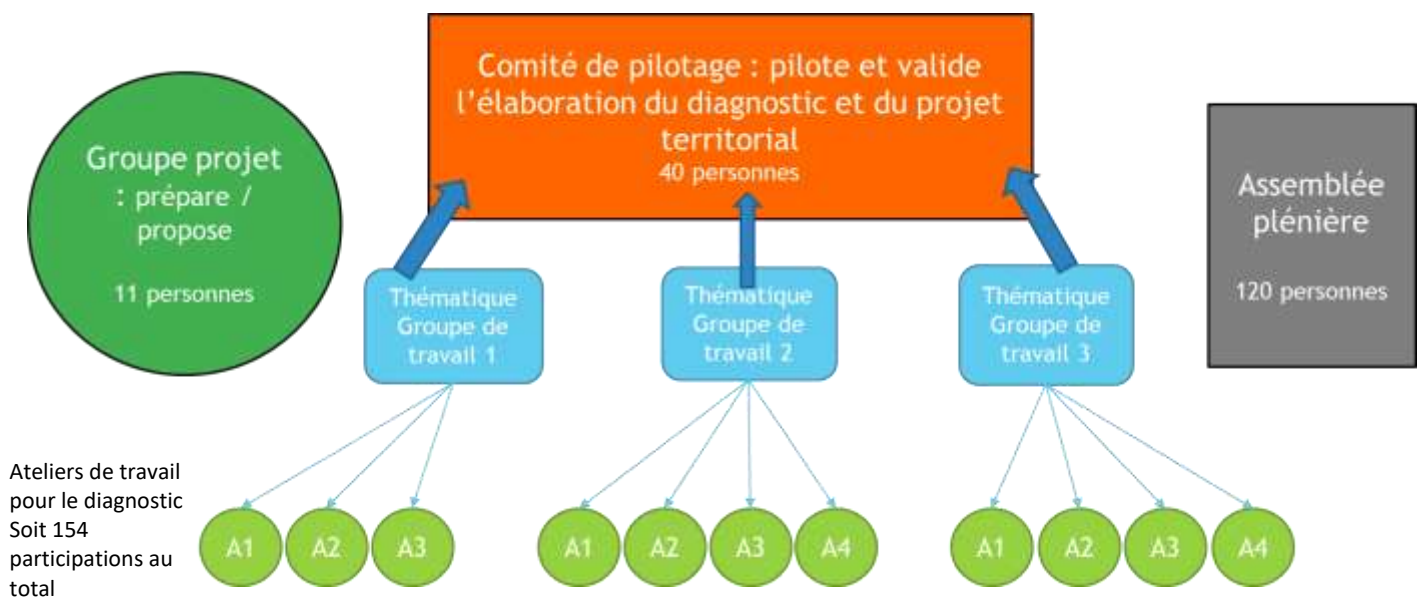


Figure 4 : gouvernance du projet - schéma issu de la présentation lors du COPIL du 16/02/2018, Laval



3) Organisation des réunions

À la suite d'une réflexion collective menée par le groupe projet, des thématiques de travail ont été mises en avant. Trois grandes thématiques ont été établies en lien avec les cinq portes d'entrée de la rosace de l'ANAP (annexe 4 page 123) et en lien avec les objectifs du décret. Le groupe projet a fait le choix de décliner ces trois groupes de travail en ateliers, qui précisent le contenu des thématiques et permettent de mieux cibler les échanges.

Les acteurs du département travaillant dans le champ de la santé mentale ont été invité à s'inscrire sur les différents ateliers. Ils ont pu ainsi se positionner en fonction de leurs intérêts sur les thématique. Les structures polyvalentes et intervenants sur plusieurs champs d'interventions en santé mentale ont pu ainsi être représentées sur différents ateliers.

Les trois groupes de travail étaient composés d'environ 40 à 50 participants, soit une moyenne de 12 acteurs par atelier. [La répartition en ateliers de travail](#) à taille humaine avait pour objectif de faciliter les échanges et les prises de parole de chacun. Sur chaque atelier étaient positionnés un animateur et un rapporteur, faisant partie du groupe projet ou en lien avec le groupe projet.

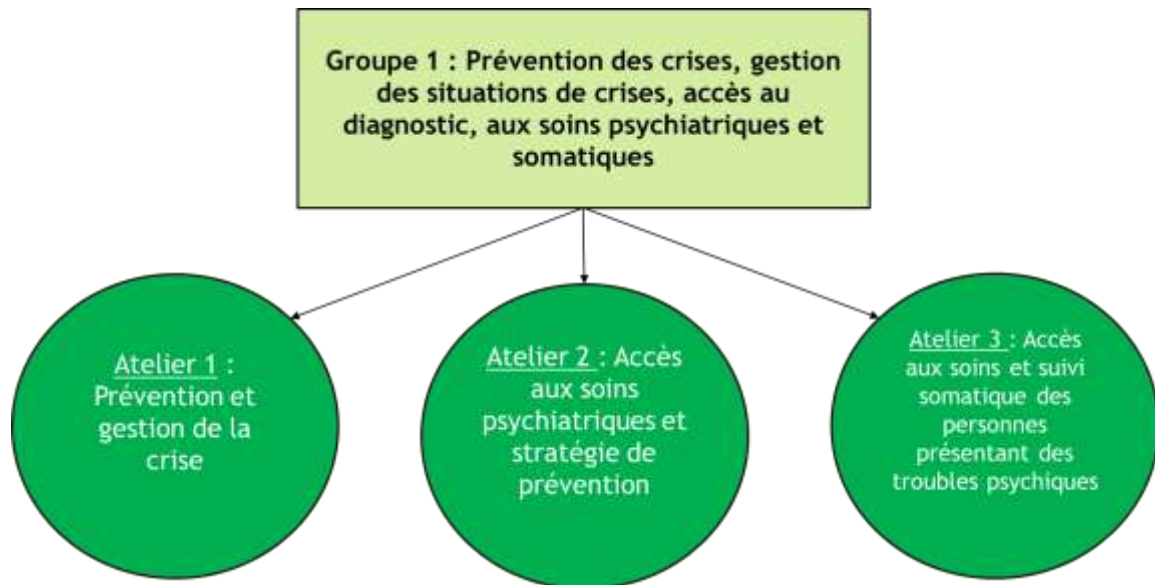
Les temps d'échanges ont été conçus selon les recommandations de l'ANAP et de l'ARS Pays de la Loire, soit trois réunions pour chaque groupe, chaque atelier, avec trois étapes à prendre en compte :

- 1^{er} temps : **réaliser un état des lieux**, mettre en avant les points de rupture, les forces et faiblesses concernant l'accessibilité pour l'utilisateur, la coordination entre les acteurs et la continuité du parcours de l'utilisateur.
- 2^{ème} temps : **une analyse**, établissant le pourquoi ? les causes des insuffisances constatées lors du premier temps d'échange.
- 3^{ème} temps : **un travail de réflexion sur des propositions d'actions**, en lien avec les constats.



4) Thématiques, ateliers de travail et participants

Le 1^{er} groupe de travail : Prévention des crises, gestion des situations de crise, accès au diagnostic, aux soins psychiatriques et aux soins somatiques



Atelier 1 : Prévention et gestion de la crise :

Liste des structures, établissements représentés ¹⁰:

- UNAFAM 53
- SPAL Laval
- CHHA secteur psychiatrie
- CHNM secteur psychiatrie
- Médecin généraliste retraité
- Conseil Départemental 53, Direction et de l'autonomie et Direction de la Solidarité
- Pouvoir d'Agir 53
- France Horizon
- EHPAD - Résidence Le Bel Accueil
- DTPJJ
- Les 2 Rives

Atelier 2 : Accès aux soins psychiatriques et stratégie de prévention

- SPAL Laval
- CHHA secteur psychiatrie
- CSAPA 53
- ITEP « La Perdrière »

¹⁰ Voir la [Liste des sigles](#)



- PALEX
- Clinique Notre-Dame de Pritz
- CCAS de Laval
- DTPJJ
- UNAFAM 53
- GEM représentants
- Conseil Départemental 53 Direction Autonomie
- GEIST Mayenne
- REVIVRE
- SPIP
- Pouvoir d’agir 53
- France Terre d’Asile

Atelier 3 : Accès aux soins et suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques

- ITEP « La Perdrière »
- ADMR 53
- UNAFAM 53
- CHHA secteur psychiatrie
- AID’A DOM
- MAYENNE Habitat
- Conseil Départemental 53
- REVIVRE
- GEIST Mayenne
- ADAPEI 53



2^{ème} groupe de travail : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, organisation des parcours coordonnés



Atelier 1 : Lutte contre la stigmatisation et aide aux aidants

- CD 53 MDA et Direction de l'Autonomie
- CHHA secteur psychiatrie
- GEIST Mayenne
- Pouvoir d'agir 53
- UNAFAM 53

Atelier 2 : Le logement, l'hébergement

- ADAPEI 53
- ADMR 53
- AID'A DOM
- APEI Nord Mayenne
- ARS DT 53
- ATMP 53
- CD 53 Direction Autonomie et Direction Solidarité
- CHHA secteur psychiatrie
- GEIST Mayenne
- HABITAT JEUNES
- DITEP
- Laval Agglomération
- Les 2 Rives
- Mayenne Habitat
- MDA RAPT
- Meduane Habitat
- Pôle médico-social de Bais-Hambers



- Pouvoir d'agir 53
- REVIVRE
- CH Laval SPAL
- UNAFAM 53

Atelier 3 : La formation, l'emploi

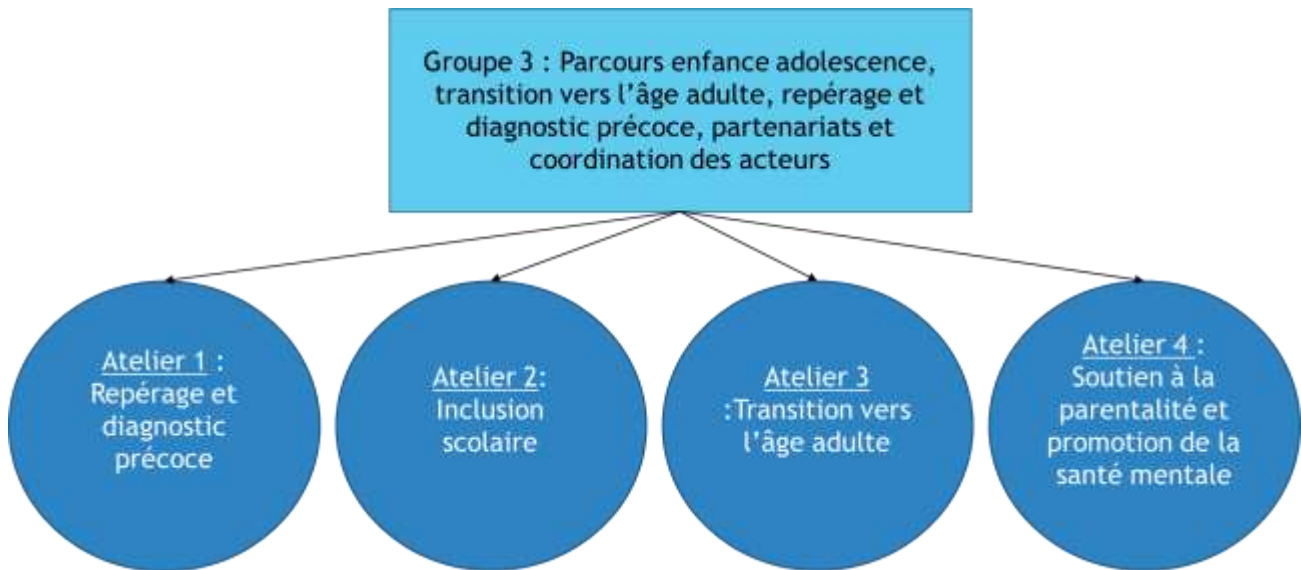
- ADAPEI CDS IME et Dispositif travail
- APEI Nord Mayenne
- CAP EMPLOI 53
- CD 53 DIH Conseil et Direction autonomie
- CHNM secteur psychiatrie
- Cocci'Bleue
- GEIST Mayenne - DJINH et Job coach
- ITEP PRO Félix Jean Marchais
- Mission locale
- PLIE
- POLE EMPLOI 53
- UNAFAM 53

Atelier 4 : Vie sociale et citoyenne (dont accès aux droits)

- ALASCA
- APEI Nord-Mayenne
- CCAS
- CD 53 Direction Autonomie et Solidarité
- CDOS 53
- CHHA secteur psychiatrie
- EDI LAVAL
- GEIST Mayenne
- GEM Mayennais
- Pouvoir d'agir 53
- REVIVRE
- SIEL BLEU



3^{ème} groupe de travail : Parcours enfance-adolescence, transition vers l'âge adulte, repérage et diagnostic précoce, partenariats et coordination des acteurs



Atelier 1 : Repérage et diagnostic précoce

- ADAPEI 53
- APEI Nord Mayenne
- APAJH 53
- CAMSP APF
- CD 53 Direction Autonomie
- PMI 53
- SPAL Laval
- CHHA secteur psychiatrie
- CIO Nord Mayenne
- CLS Ville de Laval
- CMPP
- Cocci' Bleue
- DSDEN 53
- SESSAD Félix Jean Marchais
- Maison des adolescents 53
- Pédopsychiatrie Laval

Atelier 2 : Inclusion scolaire

- APAJH 53
- APEI Nord Mayenne
- CD 53 Direction Autonomie
- CIO Sud Mayenne



- CMPP
- CMP pédopsychiatrie
- Cocci' Bleue
- CTS - FGR 53
- DSDEN 53
- Education Nationale – collège Alain Gerbault
- GEIST Mayenne
- DITEP
- PRE

Atelier 3 : Transition vers l'âge adulte

- ADAPEI 53
- APEI Nord Mayenne
- APJH
- CD 53 ASE
- CFA des 3 villes
- CHHA secteur psychiatrie
- CHNM secteur psychiatrie
- SPAL Laval
- CIO Nord Mayenne
- Cocci' Bleue
- DSDEN 53
- ITEP PRO Félix Jean Marchais
- Les 2 Rives
- Mission locale
- PADA
- PJJ
- REVIVRE

Atelier 4 : Soutien à la parentalité et promotion de la santé mentale

- AID'A DOM
- APEI Nord Mayenne
- CD 53 ASE
- SPAL Laval
- DSDEN 53
- REVIVRE
- PRE Laval
- SCHIZO JEUNES



Les ateliers ont permis des échanges constructifs et variés afin d'obtenir un grand nombre d'informations. Ils ont pu se rejoindre sur certains points puisque le parcours de la personne doit être regardé de manière globale et transversale. Ainsi il a notamment été mis en avant que le logement impacte la situation professionnelle et la vie sociale et citoyenne. L'ensemble des ateliers ont pu faire ressortir des constats similaires par les acteurs de terrain.

Le diagnostic territorial du PTSM 53 est constitué d'un travail de compilation et d'analyse de diverses données démographiques, épidémiologiques ainsi que de données quantitatives sur l'offre existante et d'un travail de synthèse des éléments qualitatifs issus des comptes rendus des réunions des ateliers de travail.

Les propositions formulées en dernière réunion des ateliers ont été retravaillées pour aboutir à une feuille de route avec des fiches actions concrètes et réalisables (dans un second document).



IV- Identité, caractérisation du territoire

1) Description du territoire

Le territoire d'analyse est le département de la Mayenne. Il est situé au Nord/Nord-Est de la Région Pays-de-la-Loire. C'est un département à dominante dite rurale avec 80% du territoire départemental occupé par des terres agricoles¹¹. Le département est dynamique, il s'inscrit notamment comme le premier département entièrement recouvert par la fibre optique d'ici 2021.

Superficie, densité de population, population par tranches d'âges

La superficie du département de la Mayenne est de 5175 km²¹², c'est le plus petit département de la région en termes de superficie et de population.

La population du département de la Mayenne en 2014 était de **307 500 mille habitants**, soit **8% de la population régionale**, le département est le moins peuplé de la région¹³. A savoir également que la projection pour l'année 2027 est un passage à 320 337 mille habitants¹⁴. Le département de la Mayenne a la densité d'habitants la plus faible de la région, 59 habitants au km². Sa croissance démographique est modérée et la population est vieillissante sur le territoire¹⁵.

Le maillage territorial est assuré par l'agglomération de Laval et les pôles d'emploi de Mayenne et de Château-Gontier, avec trois villes principales de plus de 10 000 habitants. On dénombre un total de 255 communes sur le département (GEO 2017).

Figure 5 : Densité de la population des Pays de la Loire en 2012, PRS 2018-2022, Agence Régionale de Santé Pays-de-la-Loire



¹¹ Source : PMP du GHT

¹² Source : Atlas de la Santé Mentale

¹³ Donnée issue du dossier de l'INSEE paru le 12/10/2017

¹⁴ Selon le Diagnostic Santé 2017 de l'Agence Régionale de Santé PDL et de l'Observatoire régional de la santé PDL

¹⁵ Se rapporter au tableau « Population par tranches d'âges »



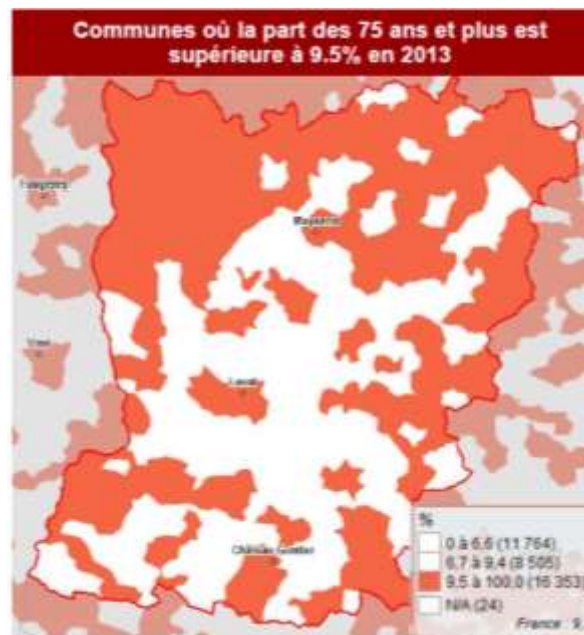
Si l'on s'en réfère à un zoom par tranches d'âges ; on remarque que les parts des 15 à 29 ans et des 30 à 44 ans ont baissé entre 2009 et 2014 tandis que **les parts des personnes de 60 à 74 ans et de 75 ans et plus ont augmenté.**

POP T0 - Population par grandes tranches d'âges

| | 2015 | % | 2010 | % |
|-----------------|----------------|--------------|----------------|--------------|
| Ensemble | 307 940 | 100,0 | 306 337 | 100,0 |
| 0 à 14 ans | 60 355 | 19,6 | 61 218 | 20,0 |
| 15 à 29 ans | 48 320 | 15,7 | 50 235 | 16,4 |
| 30 à 44 ans | 55 369 | 18,0 | 59 023 | 19,3 |
| 45 à 59 ans | 60 912 | 19,8 | 60 947 | 19,9 |
| 60 à 74 ans | 48 769 | 15,8 | 43 084 | 14,1 |
| 75 ans ou plus | 34 215 | 11,1 | 31 829 | 10,4 |

Sources : Insee, RP2010 (géographie au 01/01/2012) et RP2015 (géographie au 01/01/2017) exploitations principales.

Figure 6: Population par grandes tranches d'âges, Source : INSEE dossier complet Département de la Mayenne



Sources : cartographie issue de Géoclip, exploitation Mazars

Figure 8 : PMP du GHT de la Mayenne et du Haut-Anjou, réalisée par Mazars, à partir d'une cartographie de Géoclip

Ces chiffres mettent en avant l'augmentation de l'espérance de vie et la présence d'une part importante de **seniors de plus de 75 ans** sur le territoire mayennais, en particulier au Nord du département sur le **secteur de Mayenne** et au Sud, sur le **secteur du Château-Gontier**.



| Territoires de comparaison | Parts des 0-19 ans |
|----------------------------|--------------------|
| Secteur Château-Gontier | 26.9% |
| Secteur Laval Est | 26.3 % |
| Secteur Laval Ouest | 26.7% |
| Secteur Mayenne | 24.1% |
| Département | 25.8% |
| Région | 25.5% |
| France | 24.7% |

Source : INSEE, RP 2013 exploitations principales, exploitation Mazars

Pour autant le nombre de jeunes reste conséquent, puisque que **les moins de 20 ans représentent un quart de la population du département**. Leur part est plus importante que celle de la région et que celle de la France métropolitaine.



2) Contexte socio-économique

Données sur l'emploi

Le taux de chômage sur le département est relativement bas comparativement au taux de chômage de la région et à celui de la France métropolitaine. **La tendance est à la baisse, il est passé de 6,3% en 2017 à 5,8% pour le premier trimestre 2018¹⁶.**

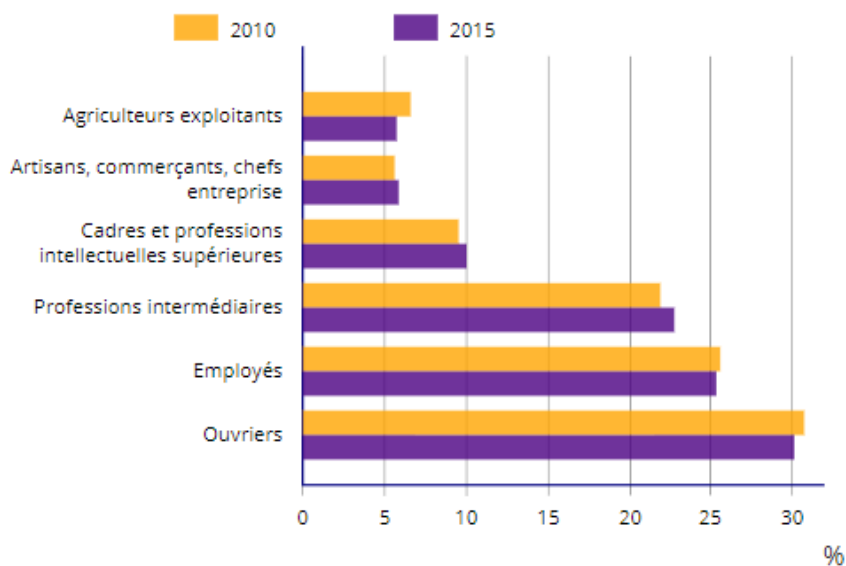
| | Département | Région | France métropolitaine |
|---|-------------|--------|-----------------------|
| Taux d'activité des 15 à 64 ans en pourcentage en 2015 (INSEE 2014) | 75,9% | 75,2% | |
| Taux de chômage (INSEE 1 ^{er} et 2 ^{ème} trimestres 2017 – données issues de la réunion régionale PTSM) | 6,3% | 8% | 9,3% |
| Taux de couverture des ménages par le RSA global en % (CAF2015 – Cabestan – COMPAS) | 4,3% | 6,2% | 8,2% |

Tableau 1 : Source : Dossier observation sociale des territoires de la Mayenne, exploitation groupe projet PTSM 53

La part des agriculteurs exploitants dans le nombre d'emplois en 2015 était de 5,8% pour le département de la Mayenne, **taux le plus élevé sur la région Pays de la Loire** (Source : INSEE 2015). Les parts des ouvriers et des employés sont également conséquentes sur le département.

Figure 9 : Emplois par catégories socio-professionnelles, Source : INSEE dossier complet sur le département de la Mayenne

EMP G3 - Emplois par catégorie socioprofessionnelle



Sources : Insee, RP2010 (géographie au 01/01/2012) et RP2015 (géographie au 01/01/2017) exploitations complémentaires lieu de travail.

¹⁶ Donnée issue de : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012804#titre-bloc-1>



Données sur le logement, l'hébergement :

| Logement | Mayenne (53) | Pays de la Loire (52) | France (1) |
|--|--------------|-----------------------|------------|
| Nombre total de logements en 2014 | 153 596 | 1 937 242 | 34 800 382 |
| Part des résidences principales en 2014, en % | 86,0 | 82,9 | 82,7 |
| Part des résidences secondaires (y compris les logements occasionnels) en 2014, en % | 5,3 | 10,5 | 9,4 |
| Part des logements vacants en 2014, en % | 8,7 | 6,6 | 7,9 |
| Part des ménages propriétaires de leur résidence principale en 2014, en % | 66,0 | 64,3 | 57,6 |

Source : Insee, RP2014 exploitation principale en géographie au 01/01/2016

Figure 10 : Données sur le logement - INSEE 2014

Parmi les personnes accompagnées par un SAMSAH :

- 80,5% des personnes sont locataires
- 18,6% sont hébergées par un tiers
- Et 0,7% sont propriétaires

Parmi les personnes accompagnées par un SAVS :

- 84% sont locataires
- 8,4% sont hébergées par un tiers
- 7% sont propriétaires

Pourcentages exploités via des données issues d'un document de l'association départementale de directeurs du secteur social et médico-social, association TEAM

Ces pourcentages semblent nous indiquer que parmi les personnes ayant la reconnaissance d'un handicap et qui sont accompagnées par un service d'aide, l'accès à la propriété est plus compliqué. Ces personnes sont à plus de 80% locataires.

Quelques données sur les aides, allocations :

| | Département | Région | France métro |
|---|-------------|--------|--------------|
| Bénéficiaires de la CMUC parmi les consommateurs RG (total hommes-femmes) | 5,5% | 6% | 9,1% |
| Part des bénéficiaires de l'AME parmi les consommateurs RG, pour 1000 consommateurs | 2,5 | 2,34 | 6,8 |
| Taux de bénéficiaires de l'APA parmi les personnes de 75 ans et plus (en %) | 17,8 | 18,1 | 20,3 |

Tableau 2 : Source : Atlas de la santé mentale, exploitation groupe projet PTSM 53

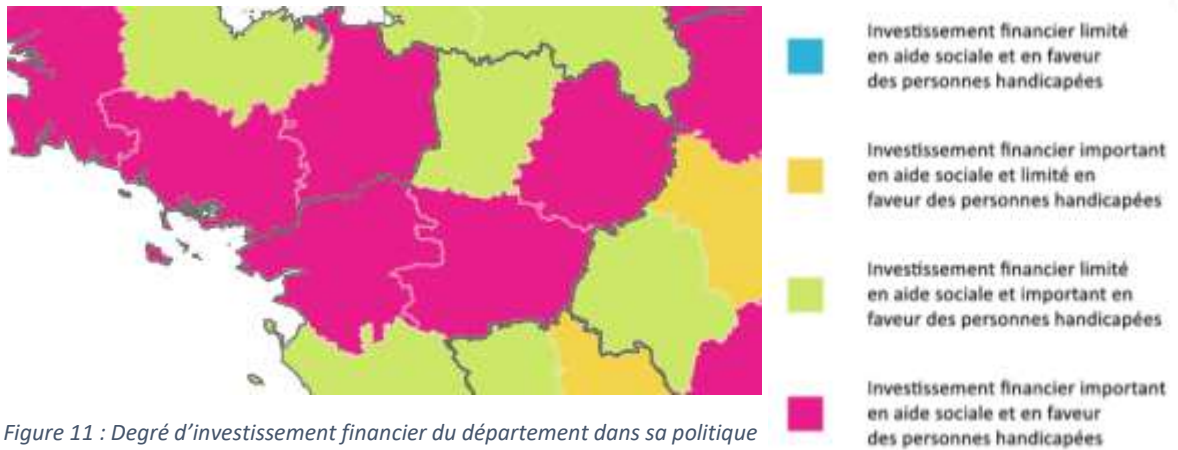


Figure 11 : Degré d'investissement financier du département dans sa politique d'inclusion sociale dans le champ du handicap en 2015, Source : tableau issu du Schéma Départemental de l'Autonomie 2016-2021

Répartition des bénéficiaires et des dépenses par type de prestations

| Prestations | Nbre de bénéficiaires au 31/12/2014 | Dépenses en euros |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| AEEH | 1 550 | 3 897 000 |
| AAH | 3 873 | 25 728 000 |
| PCH | 849 | 4 508 122 |
| ACTP | 317 | 1 762 547 |
| Pension d'invalidité | 3 409 | 24 974 709 |

Source : MDA – 2015

Figure 12: Répartition des bénéficiaires et des dépenses par type de prestations, tableau issu du Schéma Départemental de l'Autonomie 2016-2021

3) Epidémiologie et état de santé de la population

L'espérance de vie sur le département de la Mayenne

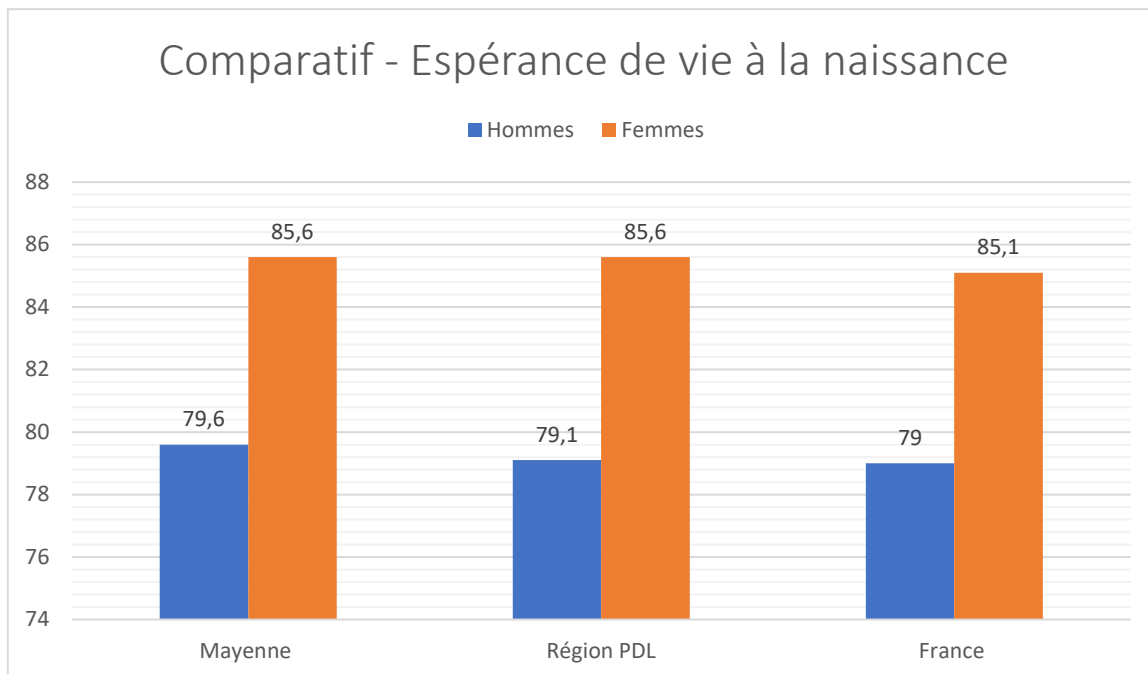


Tableau 3 : Espérance de vie à la naissance, données INSEE 2015, exploitation groupe projet PTSM 53

Les espérances de vie à la naissance des hommes et femmes sur le département de la Mayenne, sont en corrélation avec celles de la région et légèrement supérieures à celles au niveau national.



Données sur la mortalité, le suicide

Le département de la Mayenne se trouve au-dessus de la moyenne nationale en ce qui concerne le taux brut de décès par suicide, **et il est le plus touché par le nombre de décès par suicide sur la région Pays-de-la-Loire après le département de la Sarthe.**

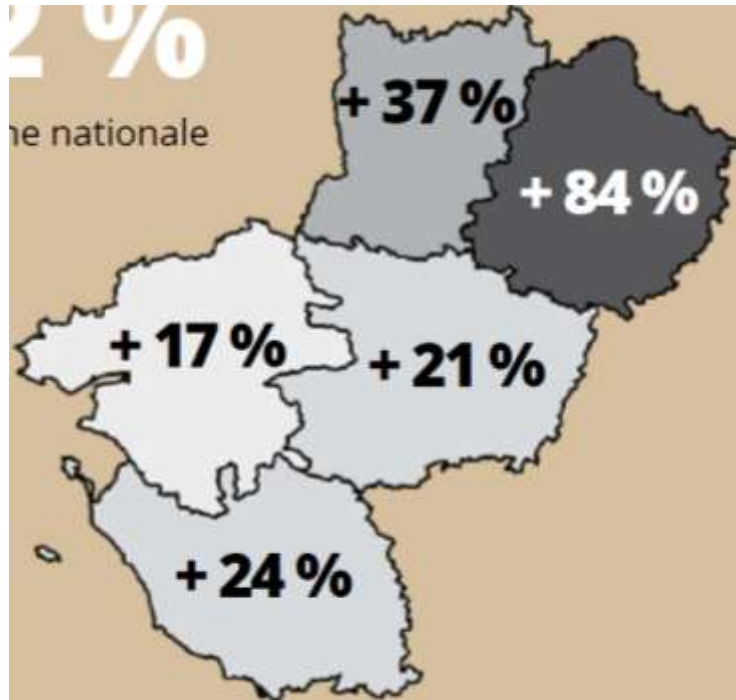


Figure 13 : Source : Observatoire de Santé de la région PDL, février 2018, <https://www.santepaysdelaloire.com/ors/publications?page=1>

Epidémiologie régionale du suicide

| Sources ATLAS Santé mentale | Population 2013 | Nombre de décès par suicide 2011-2013 | Taux brut de mortalité par suicide/100 000 hab. 2011-2013 | Taux de recours en Ets patients 18-64 ans pour TS en 2015/1000 hab. |
|-----------------------------|-----------------|---------------------------------------|---|---|
| Loire Atlantique | 1 328 620 | 233,66 | 17,6 | 0,7 |
| Maine et Loire | 800 191 | 146,33 | 18,3 | 1,2 |
| Mayenne | 307 500 | 66,33 | 21,6 | 1,4 |
| Sarthe | 569 035 | 165 | 29 | 1,2 |
| Vendée | 655 506 | 130,33 | 19,9 | 1,7 |
| Pays de la Loire | 3 660 852 | 741,66 | 20,3 | - |

Tableau 4 : Source : tableau issu du power point Réunion du 11 octobre 2018 ARS PDL

Au sein de la région, tous les départements présentent une fréquence de suicides nettement supérieure à la moyenne nationale. A savoir, la mortalité **régionale** par suicide reste supérieure de 32% à la moyenne nationale et pour **la Mayenne** de 37% supérieure à la moyenne nationale.



| | Département Mayenne | Région | France métropolitaine |
|---|---------------------|--------|-----------------------|
| Taux bruts de décès pour 100 000 habitants, toutes causes confondues (Source : Cepidc 2014) | 895,3 | 839,4 | 849,1 |
| Taux bruts de décès pour 100 000 habitants, par suicides (Source : Cepidc 2014) | 20,8 | 17,7 | 13,8 |
| Age moyen au décès des personnes prises en charge pour des troubles névrotiques et de l'humeur (Source : Atlas en santé mentale) | 71 ans | 70 ans | 70 ans |
| Age moyen au décès des personnes prises en charge pour des traitements psychotropes (années) (Source : Atlas en santé mentale) | 77 ans | 78 ans | 77 ans |
| Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans pour 10 000hab (Source : Atlas en santé mentale) | 13,7 | 17,2 | 16,1 |
| Taux de recours en hospitalisation pour tentative de suicide des 75 ans et plus pour 10 000hab (Source : Atlas en santé mentale) | 4,5 | 3,9 | 5,4 |
| Taux de mortalité par suicide pour 100 000hab (Source : CépiDC, INSERM, 2014) | 20,8 | 17,7 | 13,8 |
| Taux de mortalité par suicide des 75 ans et plus pour 10 000hab (Source : Atlas en santé mentale) | 10,4 | 9,8 | 8,2 |

Figure 14, source : Atlas en Santé mentale et CépiDC, analyses InVS, exploitation groupe PTSM 53



Tableau 1 – Effectifs de décès par suicide selon la tranche d'âge
(Mayenne – moyenne annuelle 2012-2014)

| | Femmes | Hommes | Ensemble (*) | Pourcentage |
|----------------|-----------|-----------|--------------|----------------|
| 15 à 24 ans | 1 | 2 | 3 | 4,6 % |
| 25 à 34 ans | 0 | 5 | 5 | 7,7 % |
| 35 à 44 ans | 2 | 11 | 13 | 20,5 % |
| 45 à 54 ans | 4 | 9 | 13 | 20,0 % |
| 55 à 64 ans | 2 | 9 | 11 | 17,4 % |
| 65 à 74 ans | 1 | 4 | 5 | 8,2 % |
| 75 à 84 ans | 2 | 7 | 9 | 13,8 % |
| 85 à 94 ans | 1 | 3 | 4 | 5,6 % |
| 95 ans ou plus | 0 | 0 | 0 | - |
| Non renseigné | 1 | 0 | 1 | 2,1 % |
| Total | 15 | 50 | 65 | 100,0 % |

(*) – Il s'agit d'une moyenne sur trois ans, arrondie à l'unité, d'où des chiffres qui pourraient ne pas forcément correspondre au total « Femmes » + « Hommes ».

Source : Inserm – CépiDc

Figure 15 : tableau issu d'un rapport du CEAS de la Mayenne, Janvier 2017,
<http://www.ceas53.org/uploads/pdf/Sante%20publique/Soixante-cinq-par-an-en-moyenne-entre-2012-et-2014-Janvier-2017.pdf>

Si on regarde de plus près les pourcentages de décès par suicide selon la tranche, moyenne annuelle 2012-2014, on observe que **les tranches d'âges les plus touchées (20% et plus) sont les 35 à 44 ans et les 45 à 54 ans.**

Il convient d'analyser les causes de ces décès par suicide dans la classe socio-professionnelle des agriculteurs qui est conséquente sur le département de la Mayenne et de la Sarthe¹⁷.

Actions de prévention spécifiques aux agriculteurs :

Face à cette détresse psychique chez les exploitants agricoles dont la mortalité par suicide est de 20% supérieure à celle de la population générale¹⁸, la MSA Mayenne-Orne-Sarthe a mis en place en 2013 **une cellule pluridisciplinaire de prévention** (Réseau les sentinelles) afin de mieux détecter, orienter et accompagner les personnes en situation de fragilité. Les élus de la MSA ainsi que les personnes en contact direct avec les agriculteurs ont également été sensibilisés au repérage des personnes en souffrance.

La MSA Mayenne-Orne-Sarthe a également mis en place en 2010 un séjour de répit permettant d'offrir une « pause » aux agriculteurs. La MSA prenant en charge le séjour et le remplacement de la personne sur son exploitation.

(Pour plus de détails sur le rôle des Cellules de prévention de suicide : voir annexe n°9)

¹⁷ <http://www.msa-mayenne-orne-sarthe.fr/lfy/prevention-du-suicide-des-populations-agricoles>

¹⁸ Étude d'octobre 2013 de l'Institut national de veille sanitaire (INVS)



Actions de prévention tout public :

En 2019-2020, est prévu le déploiement national d'un « **kit territorial de prévention du suicide** » qui intègre plusieurs éléments :

- Une ligne d'appel dédiée au suicide
- **Le dispositif Vigilans** : dispositif de veille et de recontact
- Une prévention de la contagion suicidaire
- La formation des intervenants dont ceux en 1^{ère} ligne
- Une information du grand public

Sur le département de la Mayenne :

Il existe déjà une coordination départementale des associations sur cette thématique **avec le COPS 53 (COLlectif pour la Prévention du mal être et du suicide en Mayenne - 6 associations)** : Sèvre et Racine (Laval), Mains tendues (Cossé le Vivien), Pastorales santé, Source (Mayenne), GPS (Evron), Germe (Ernée)

Une formation est déjà mise en place par l'ARS/ARCMSA :

- Ces formations sont déployées depuis 2002 dans le département et comptent aujourd'hui environ 400 personnes formées.
- Environ 2 sessions par an sont assurées par un binôme issu d'un groupe de 16 formateurs relais formés au niveau de la région Pays-de-la-Loire.
- Quelques changements auront lieu sur 2019 avec la mise en place de trois types de formations complémentaires.

De plus les établissements hospitaliers ont eux aussi mis en place des actions. Pour exemple, le Centre Hospitalier HA a mis en place par un groupe de travail et diffusé à l'intention de son personnel soignant un guide d'information ayant pour objectif de faciliter le repérage systématique du risque suicidaire de façon à alerter en priorité le médecin de l'unité du pôle (identification des facteurs de risque, les signes d'alerte etc).



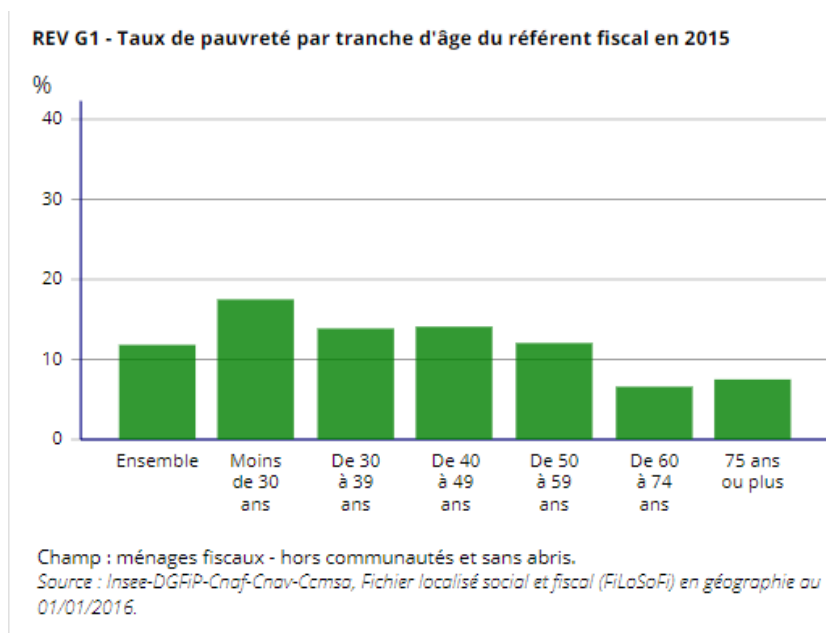
Données publics spécifiques

- Populations précaires

Le niveau de vie médian des mayennais est le plus faible des départements de la région, particulièrement sur la tranche d'âge des 75 ans et plus. « Plus nombreux qu'ailleurs dans la région, les retraités de plus de 75 ans sont aussi plus pauvres que les personnes d'autres tranches d'âge et que leurs homologues des autres départements, vendéens exceptés. Cela est lié au nombre important d'agriculteurs retraités qui disposent de faibles pensions »¹⁹.

| | Mayenne | Région PDL | France |
|--|-----------|------------|--------|
| Taux de ménages isolés (Atlas santé mentale 2013) | 32,7% | 33,7% | 34,7% |
| Taux de ménages vivant sous le seuil de pauvreté (Atlas de la santé mentale, source INSEE 2013) | 11,4% | 10,9% | 14,5% |
| Médiane du revenu disponible par unité de consommation (INSEE 2014) | 19 530,7€ | 20 149,5€ | |

Tableau 5 : Source : Atlas de la santé mentale et INSEE, exploitation groupe projet PTSM 53



Selon les données issues de l'INSEE, en 2011 en Mayenne 12,2% de la population vivait sous le seuil de pauvreté. Parmi les ménages vivant sous le seuil de pauvreté par tranche d'âge du référent fiscal, **les moins de 30 ans représentent une part de 17,4%** en 2016 en Mayenne, **soit la part la plus élevée sur le département**.

L'augmentation de la précarité est à mettre au regard de la **crise économique de 2008 et des 2 000 emplois détruits entre 2008 et 2011** (- 0,5 % en moyenne chaque année contre 0,0 % au niveau national). Cette crise a également davantage frappé les ménages les plus vulnérables. **Le taux de pauvreté a ainsi augmenté plus**

¹⁹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1290828>



fortement pour les familles monoparentales²⁰, ne pouvant s'appuyer que sur un seul apporteur de ressources au sein du ménage.

- **Personnes âgées (75 ans et plus) – dans le cadre du PAERPA**

Depuis 2014, la démarche PAERPA ou « Parcours de santé des aînés » est expérimentée sur le département de la Mayenne. Elle s'adresse aux **personnes de 75 ans et plus** dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons médicales ou sociales.

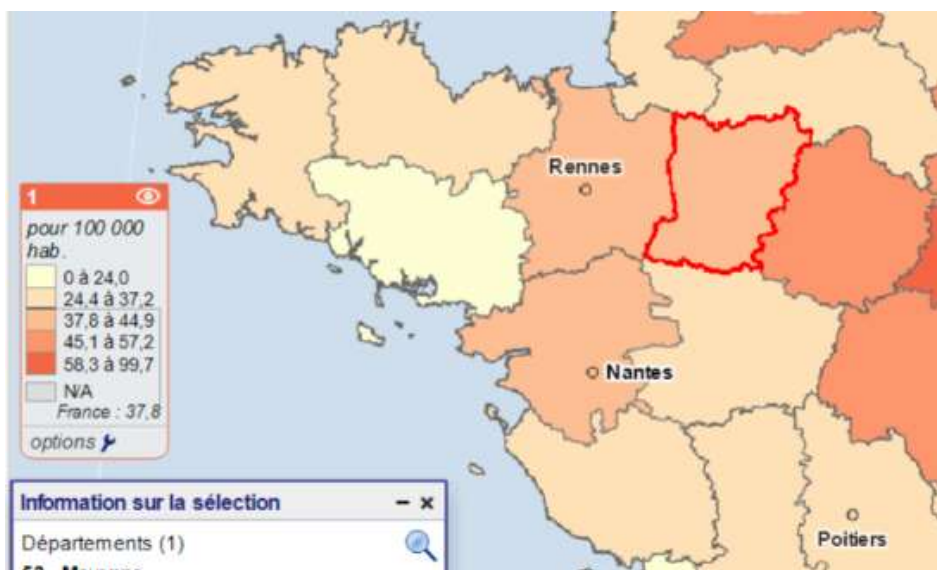
L'objectif est d'améliorer le parcours de santé de ces personnes âgées afin de prévenir et de limiter la perte d'autonomie et de garantir le maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles.

« Pour parvenir à ces objectifs, différents outils et dispositifs sont développés sur le département : Plan Personnalisé de Soins (PPS) ; hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation ; dispositif d'alternative à l'hospitalisation etc ». ²¹

Une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) a également été mise en place sur le département : PALEX qui coordonne les situations complexes en venant en appui aux professionnels (descriptif de PALEX page 45).

- **Populations migrantes**

Figure 16 : Densité de places d'hébergement social à destination des demandeurs d'asiles et réfugiés, Source : Atlas de la Santé mentale 2018



La densité de places d'hébergement social à destination des demandeurs d'asiles et des réfugiés est de 42,3 pour 100 000 habitants sur le département de la Mayenne. Elle est plus faible sur la région Pays-de-la-Loire : de 41,1 pour 100 000 habitants et de 37,8 pour 100 000 habitants sur la France métropolitaine.

²⁰ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285241>

²¹

<http://www.lamayenne.fr/fr/content/download/12571/145109/version/1/file/GUIDE+ACTEURS+CENTRE+MAYENNE+vf+juin+2018.pdf>



- **Population « personnes sous-main de justice »**

« Il y a en France plus de 240 000 personnes placées sous-main de justice, confiées aux services de la justice, dont 70 000 sont en détention. Les personnes incarcérées ont un état de santé fragilisé et de fréquents troubles mentaux et comportements à risque ». ²²

Une stratégie interministérielle pour la santé des personnes placées sous-main de justice a été adoptée en 2017²³ et elle vise à promouvoir la santé des personnes, à garantir leur accès aux soins et à réduire les inégalités sociales de santé.

Il existe différents statuts pour les personnes sous-main de justice :

- Les personnes non écrouées sous le contrôle des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)
- Les personnes écrouées (dont des détails seront apportés sous l'onglet « Populations détenues »)

- **Populations détenues**

Une seule étude nationale sur la santé mentale de la population carcérale française a été réalisée. Elle date de 2004 et porte sur la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral, commanditée par la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Administration Pénitentiaire²⁴.

L'étude a mis en avant plusieurs prévalences élevées des principaux troubles psychiatriques ²⁵ :

- 28% pour les troubles de l'humeur (dont 24% pour la dépression)
- 29% pour les troubles anxieux (18% pour l'anxiété générale)
- 19% pour la dépendance à l'alcool ou autres drogues
- 17% pour les troubles psychotiques (6% pour la schizophrénie)

L'étude indique également que « En matière de santé mentale, 9% des personnes entrant en détention signalaient avoir eu un suivi régulier ou une hospitalisation en psychiatrie et 6% déclaraient avoir fait une tentative de suicide dans les douze mois précédant l'incarcération. Ils étaient par ailleurs 15% à déclarer un traitement psychotrope en cours »²⁶.

Sur le département de la Mayenne :

Le département dispose d'un établissement pénitentiaire, présent à Laval.

L'ARS a financé à la suite d'un appel à projet (2018) des actions de prévention et promotion de la santé en milieu pénitentiaire :

- Sophrologie : développement du bien-être physique et mental des détenus et prévention du risque suicidaire.
- Art thérapie : revalorisation de l'estime de soi des détenus.
- Activité physique adaptée : amélioration de la santé physique et psychique des détenus.

²² Revue adsp, n°104 de septembre 2018 « Santé des personnes sous-main de justice »

²³ Pour plus d'informations : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_ppsmj_2017.pdf

²⁴ http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf

²⁵ En épidémiologie, la **prévalence** est une mesure de l'état de santé d'une population, dénombrant le nombre de cas de maladies à un instant donné ou sur une période donnée.

²⁶ Revue du Haut Conseil de la santé publique, actualité et dossier en santé publique n°104, septembre 2018, page 14



Ci-dessous, quelques données spécifiques au département concernant les populations détenues :

Tableau 6 : Données sur les populations détenues, Source : Atlas de la Santé Mentale 2018

Atlas de la santé mentale en France

Sélection : 53 - Mayenne

Source : FINESS, DRJCS, DGCS, Scoresanté, RIM-P

Indicateurs 2016

| | Département de la Mayenne | France |
|--|---------------------------|--------|
| Densité de places pénitentiaires (pour 100 000 hab.) | 28,8 | 106,8 |
| Pourcentage de consultations de médecine générale effectuées par l'USMP (% détenus) | 401 | 424,1 |
| Pourcentage de consultations de psychiatrie effectuées par l'USMP (% détenus) | 187,2 | 131,2 |
| Taux de recours en USMP (% détenus) | 82,8 | 97,6 |
| Taux de recours en hospitalisation (Article D398 Code Procédure Pénale) (pour 10 000 détenus) | 101 | 166,3 |
| Taux de recours en ambulatoire (Article D398 Code Procédure Pénale) (pour 10 000 détenus) | 4949,5 | 5150,2 |
| Proportion de journées d'isolement thérapeutique des détenus hospitalisés (%) | | 37,2 |
| Part de détenus placés à l'isolement (%) | | 60,1 |
| Durée moyenne d'hospitalisation en application de l'article D398 Code Procédure Pénale (jours) | 3,3 | 28 |

Données sur la radicalisation

Un **plan de lutte contre la radicalisation violente et les filières terroristes a été adopté par le gouvernement le 23 avril 2014** avec la mise en place d'un dispositif.

Ce dispositif de prévention de la radicalisation à l'échelle territoriale est piloté par les Préfets de département et comprend une CPRAF : cellule de suivi pour la prévention de la radicalisation et l'accompagnement des familles.

Plusieurs acteurs sont mobilisés pour assurer la mise en place de ce dispositif dont les ARS qui en sont parties prenantes et ont un rôle d'interface avec les acteurs du système de santé et les préfetures.

Au niveau de la région Pays-de-la-Loire, c'est le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes l'établissement de référence qui assure les bilans initiaux somatiques et psychologiques des mineurs de retour de zones de combats.

Au niveau départemental, la DT 53 est investie sur le sujet et récence actuellement les professionnels de santé susceptibles d'être mobilisés dans le cadre de la prise en charge des mineurs de retour de zone afin de constituer une équipe médicale et administrative référente au niveau départemental.

Données sur la gestion des cas complexes

La gestion des cas complexes correspond entre autres à la gestion des inadéquats. La question des inadéquats est constatée depuis plusieurs années sur les trois centres hospitaliers du département de la Mayenne particulièrement sur le nord Mayenne (historique), qui sont dans une situation de saturation chronique de leurs unités ou l'hospitalisation de patients n'est plus adaptée avec des situations de nature très diverses et des hospitalisations au long court en psychiatrie (depuis de nombreuses années) qui relèvent en réalité de l'accompagnement médico-social (FAM, MAS, Foyer de Vie, voir SAMSAH ou autre solution ambulatoire).

Le rapport relatif à la santé mentale de Michel Laforcade indique que « *des gestionnaires de cas complexes seront prévus pour accompagner les personnes le plus en difficulté* »²⁷. Préconisation également relayée par l'**Uniopss** (L'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux), dans une

²⁷ Rapport relatif à la santé mentale, Ministère des Affaires sociales et de la santé, par Michel Laforcade, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine, Octobre 2016, page 101 « 4.1.1.3 Les gestionnaires de cas complexes »



récente note sur la santé mentale ²⁸ rédigée à la demande de la Secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion. Cette préconisation est relayée au sein de la proposition n°2 de la note : « *Développer le métier de coordinateur de parcours et permettre un suivi efficient afin de prévenir les ruptures et les situations d'urgence* », « *sur le modèle de la « gestion de cas », proposée par les MAIA sur le secteur des personnes âgées, l'idée d'un coordinateur de parcours pour la personne, semble pertinente pour les personnes en situation de souffrance psychique* »²⁹.

Données sur les addictions – addictologie :

Sur le département de la Mayenne, il existe sur le champ des addictions, le Réseau des Intervenants en Addictologie de la Mayenne (RIAM).

Le RIAM est un réseau de santé publique porté par une association regroupant des professionnels des champs sanitaire, social et médico-social, institutionnels et libéraux, ainsi que des bénévoles du territoire d'intervention du réseau. « *Le réseau a pour finalité de contribuer à la qualité de l'accompagnement des personnes présentant une consommation problématique de substances psychoactives : alcool, tabac, drogues, médicaments psychotropes* »³⁰. Le RIAM propose 4 prestations principales :

- **Du conseil** : tout professionnel du secteur médical, paramédical ou social ainsi que les bénévoles peuvent être mis en relation avec des personnes ressources du réseau (les « référents » en addictologie).
- **De l'orientation** : par le répertoire qui facilite la mise en contact avec les personnes et/ou structures ressources sur le département.
- **De la formation / information** : temps d'informations, conférences - débats (type : Conférence autour du thème des troubles alimentaires "Mieux comprendre pour mieux guérir" du 13 octobre 2017, Laval)
- **Une coordination** : avec des ateliers de coordination pluridisciplinaire ayant pour objectif de faciliter les échanges de pratiques entre les professionnels des différents secteurs.

L'ensemble des acteurs du RIAM sont à retrouver sur : <http://www.riam53.fr/le-riam-53/le-repertoire-des-acteurs/>

²⁸ http://www.crehpsy-pl.fr/files/00/01/60/00016023-f29a13ec194fe672a8b2010c7d942406/86370_note_sante_mentale_vdef.pdf

²⁹ ibid

³⁰ <http://www.riam53.fr/le-riam-53/presentation/>



Parmi ces acteurs, il convient de faire un focus sur le CSAPA 53 :



Le **Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie 53**, qui dépend du Centre Hospitalier de Laval, est une structure médico-sociale qui propose une prise en charge globale de toutes les addictions, avec ou sans produits.

Le CSAPA 53 accueille les personnes ayant une conduite addictive avec ou sans produit (alcool, cannabis, opiacés, médicaments, tabac, jeux...) et leur entourage.

L'activité du CSAPA 53 se déroule sur l'ensemble du département de la Mayenne avec :

- 3 sites de consultations à Laval, Mayenne et Château-

Gontier

- 1 équipe mobile en addictologie
- 2 consultations avancées à Evron et à Segré

Figure 17 : Présentation du CSAPA 53, Source : <http://www.csapa53.fr/presentation-generale/>



4) Recours et modalités de prises en charges

Données sur l'affection de longue durée (ALD 23)

| | Département | Région | France métropolitaine |
|---|--|--------|-----------------------|
| Indicateurs - personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement (18-64 ans) au 31/12/2014 | 110 (indicateur départemental supérieur de 10% à la moyenne nationale) | 90 | 100 |
| Nombre annuel moyen d'admissions en ALD 23, total (2007-2009) | 440 | | |

Tableau 7 : REVOIR Mayenne statistiques 2015

Données sur les soins somatiques à la suite d'une hospitalisation

| | Mayenne | Maine et Loire | Loire A | Sarthe | Vendée | Région | France métropolitaine |
|---|---------|----------------|---------|--------|--------|--------|-----------------------|
| Part des patients hospitalisés ayant eu des soins somatiques courants dans les deux ans après hospitalisation – pour des troubles de l'humeur (1) | 44,8% | 48,5% | 51,8% | 51,6% | 48,7% | 50,00% | 48,9% |
| Part des patients hospitalisés ayant eu des soins somatiques courants dans les deux ans après hospitalisation – pour addictions (2) | 35,0% | 37,4% | 42,1% | 42,1% | 45,0% | 41,6% | 40,9% |
| Part des patients ayant eu des soins somatiques courants dans les deux ans après hospitalisation – pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère (3) | 24,2% | 19,6% | 18,4% | 19,2% | 20,7% | 19,6% | 20% |



| | | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Part des patients ayant eu des soins somatiques courants dans les deux ans après hospitalisation – pour autre TMS (TED et déficiences) (4) | 47,4% | 33,1% | 37,9% | 47,3% | 43,1% | 40,8% | 39,0% |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|

Tableau 8 : Données sur les soins somatiques à la suite d'une hospitalisation, Source : Atlas de la Santé Mentale

Après analyse de ces données, on observe que les parts des patients ayant eu des soins somatiques courants dans les deux ans après hospitalisation sont les plus basses de la région pour les troubles de l'humeur et les addictions (1) et (2). En revanche, elles sont plus élevées en comparaison aux autres départements en ce qui concerne les troubles psychotiques, bipolaire et dépression sévère (3) ainsi que pour les autres TMS (4).

Cependant, on peut considérer que les soins somatiques doivent être à renforcer, car **seulement 24,2% des patients hospitalisés pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère ont reçus des soins somatiques courants dans les deux ans après hospitalisation.**

« La santé physique et la surmortalité des personnes vivant avec des maladies psychiques ont longtemps été ignorées, du fait de préjugés, de méconnaissance ou de difficultés de repérage. Pourtant, **de nombreuses études cliniques et épidémiologiques ont porté sur l'association entre maladies somatiques et psychiques (appelée comorbidité). Sans oublier que certains médicaments psychotropes augmentent les risques de maladies cardio-vasculaires, de diabètes et d'obésité** »³¹

En conséquence, des améliorations sont à mettre en place pour mieux appréhender la question de l'accès et de l'importance des soins somatiques pour les personnes ayant des troubles psychiques.

Données sur les hospitalisations

| | Mayenne | Région | France métropolitaine |
|--|---------------------------|--------|-----------------------|
| Part des personnes hospitalisées à temps plein depuis plus d'un an pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère en 2015 | 8,5% | 4,4% | 4,3% |
| Part des personnes hospitalisées à temps plein depuis plus d'un an pour autres TMS (TED et déficiences) en 2015 | 41,3% | 24,7% | 20,5% |
| Taux de recours en psychiatrie en établissements de santé pour les 0-17 ans | 256 pour 10 000 habitants | 280,8 | 343,1 |

³¹ <http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Soins-somatiques-et-psychiatrie>



| | | | |
|--|---|--------------------|--------------------|
| Taux des 65 ans et plus pris en charge pour des troubles psychotiques | 1024,7 pour 100 000 consommateurs | 710,1 pour 100 000 | 768,6 pour 100 000 |
| Nombre de journées d'hospitalisation à temps plein en 2016 | 35614 (CHNM) 30629 (CH Laval). 8634 (CH Haut Anjou) | | |
| DMAH – Durée Moyenne Annuelle d'Hospitalisation temps plein | Pour troubles de l'humeur : de 36,5 jours Pour addiction : de 54,0 jours | | |

Données sur les soins sans consentement

| | Mayenne | Région PDL | France métropolitaine |
|--|---------|------------|-----------------------|
| Taux de recours aux soins sans consentement pour 100 000 habitants | 80,9 | 119,6 | 132,9 |
| Taux de recours aux soins sans consentement – soins psychiatriques à la demande d'un tiers pour 100 000 habitants (18 ans et plus) | 51,6 | 84,9 | 87,2 |
| Taux d'hospitalisation sans consentement (tous modes confondus) pour 100 000 habitants | 71,6 | 103,7 | 114,7 |
| Taux d'hospitalisation sans consentement – soins psychiatriques à la demande d'un tiers pour 100 000 habitants | 46,5 | 73,8 | 75,9 |

Sur les taux de recours et taux d'hospitalisation sans consentement, le département de la Mayenne a les taux les plus faibles de la région.



V- Diagnostic territorial ; indicateurs de territoire et ressources quantitatives - handicap psychique

1) Ville, premier recours

Densité de psychologues sur le territoire

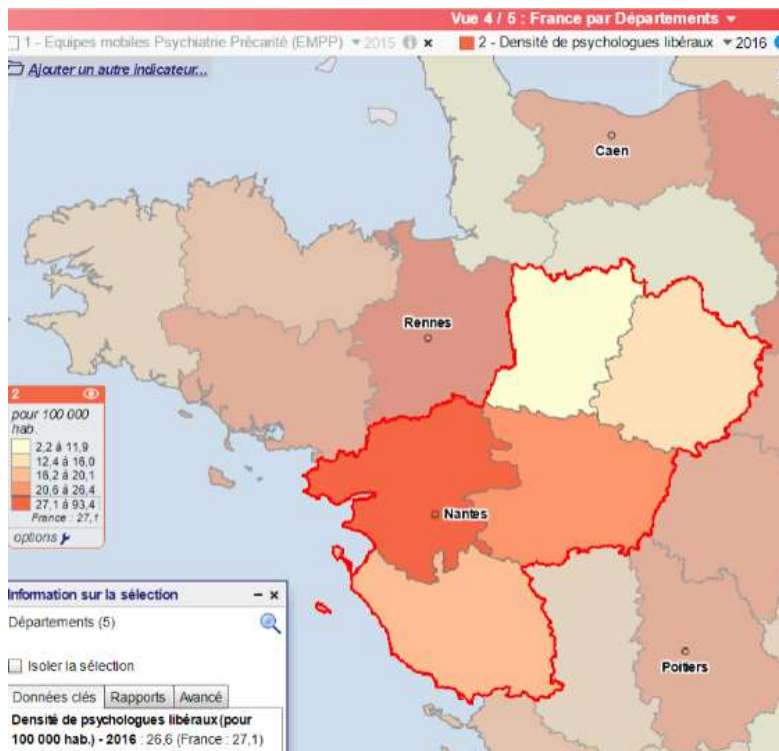


Figure 18 : Densité de psychologues libéraux en 2016, source : Atlas de la santé mentale

Concernant la densité de psychologues libéraux, celle-ci faible, de 11,4 pour 100 000 habitants sur le département de la Mayenne alors qu'elle est de 26,8 pour 100 000 habitants en région Pays-de-la-Loire et de 27,1 pour 100 000 habitants pour la France métropolitaine.



Données sur les médecins généralistes

« Le département se caractérise également par une faible démographie médicale et paramédicale, un déficit marqué d'attractivité médicale [...] »³²

Répartition des médecins généralistes par tranches d'âges :

| | Mayenne | Région PDL |
|-----------------|---------|------------|
| Moins de 40 ans | 18,7% | 20,7% |
| 40 à 49 ans | 14,3% | 19,5% |
| 50 à 54 ans | 10,3% | 12% |
| 55 à 59 ans | 24,1% | 23,3% |
| 60 ans et plus | 32% | 24,6% |

Tableau 9 : Répartition des médecins généralistes par tranches d'âges en pourcentages, pour l'année 2017, Source : site Cartosanté <http://cartosante.atlasante.fr>

D'après les données de ce tableau, la part la plus importante des médecins généralistes est âgée de 60 ans et plus sur le département de la Mayenne. Nombreux d'entre eux sont donc amenés à cesser leur activité dans les cinq ans à venir et des stratégies sont déjà déployées par les acteurs du territoire. Notamment par le biais des Nuits de l'Installation qui ont eu lieu le 16 octobre 2018.

Distance d'accès au médecin généraliste le plus proche en kilomètres

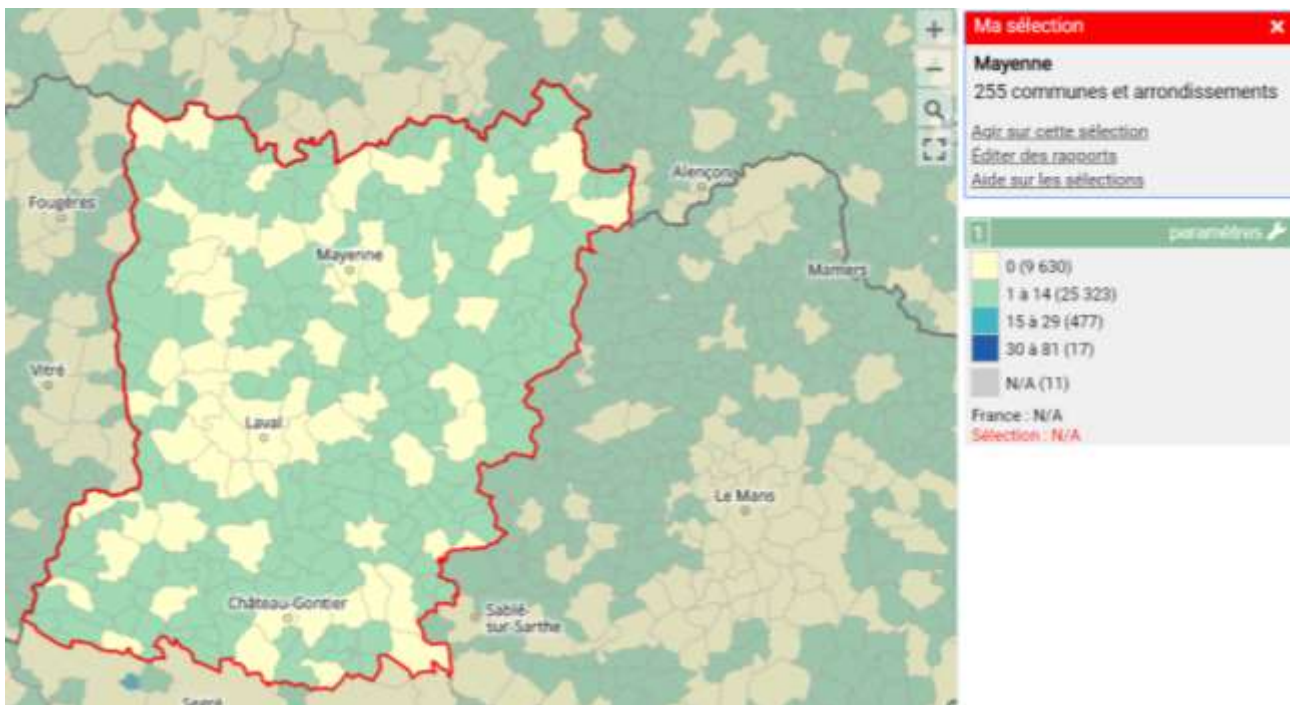


Figure 19 : distance d'accès au généraliste le plus proche, de 0 à 35km, Source : SNIIRAM, ARS - Cartosanté

On observe par cette cartographie, que sur de nombreuses zones du département la distance d'accès au médecin généraliste le plus proche se situe entre 1 et 15km (carte interactive : http://cartosante.atlasante.fr/#bbox=327900,6846056,201596,114144&c=indicator&i=gene_datcom.dist&s

³² Rapport d'activité 2017, ARS Pays de la Loire, « III- Territoire de la Mayenne », p26



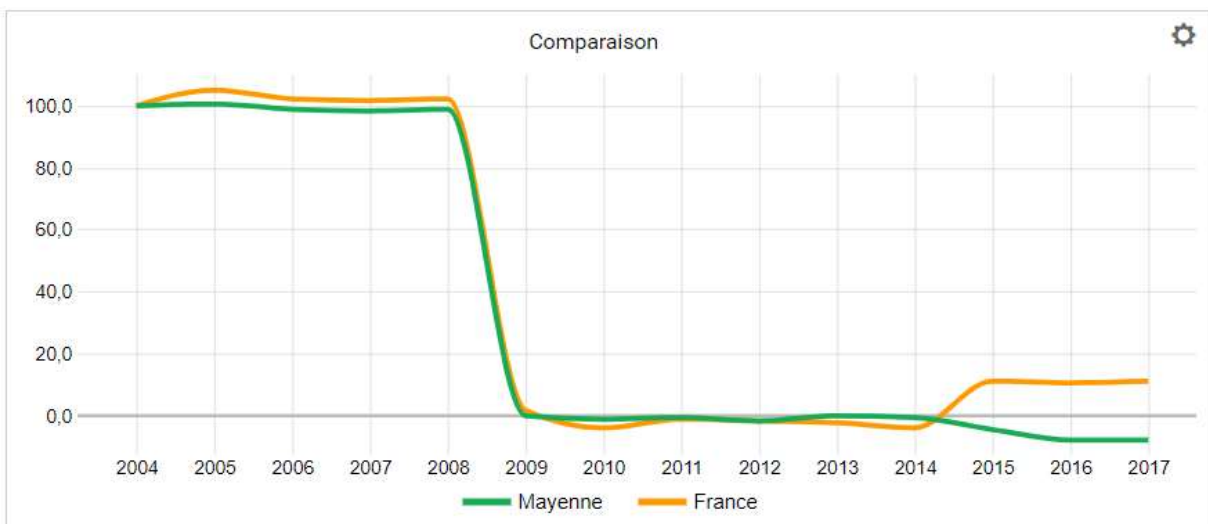
[=2017&view=map12](#)), ce qui nécessite des déplacements, une mobilité pour les usagers et donc une difficulté supplémentaire dans l'accès aux soins pour les personnes touchées par le handicap psychique.

Selon le cadre d'orientation stratégique du Projet Régional de Santé des Pays de la Loire 2018-2022, Livret « Accès aux soins de proximité » (page 2), il est stipulé que « [...] les départements de la Mayenne et de la Sarthe, ainsi que certaines zones vendéennes sont caractérisés par des patientèles importantes et une suractivité des médecins. Le nombre moyen d'actes par département varie de 4 782 en Maine et Loire à 5 816 en Mayenne mais certains territoires sarthois dépassent les 7 000 actes annuels par médecin quand d'autres territoires de la région sont aux alentours de 4 000 actes par médecin ».

« La corrélation entre le niveau d'activité du médecin et son âge a également pu être démontrée à travers cette enquête : un médecin jeune a en moyenne moins de patients qu'un médecin plus âgé pour un secteur de même densité médicale » (page 2 du même livret). Cette indication est à mettre en parallèle avec le tableau 10 du diagnostic « Répartition des médecins généralistes par tranches d'âges ».

Evolution du nombre de médecins généralistes sur 5 ans

Figure 20 : Evolution temporelle comparée entre le département de la Mayenne et le territoire national, Cartosanté



L'évolution du nombre est à la baisse pour le département de la Mayenne, tandis qu'elle est plus favorable si on prend en compte l'intégralité du territoire national depuis 2015.



Documentation détaillée

Source : FNPS

Niveaux géos : commune et arrondissement, territoire de vie-santé, canton, bassin de vie, EPCI, zone d'emploi, département, région

Étendue(s) : Mayotte, France, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion

Périodes : 2004...2017

Description : Différence entre le nombre de généralistes (médecins généralistes (y compris à mode d'exercice particulier)) de l'année AAAA et celui de l'année AAAA-5

Figure 21 : Comparaison entre les départements de la région, Cartosanté, 2017

L'évolution du nombre d'omnipraticiens sur 5 ans est à la baisse sur le département de la Mayenne, elle est de moins 18 omnipraticiens entre 2012 et 2017.

Densité de médecins généralistes

Densité de médecins généralistes

| | Mayenne (Département) | Pays de la Loire (Région) | France |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|--------|
| Tous modes d'exercice | 112,9 | 144,2 | 155,2 |
| Libéraux ou mixtes | 74,5 | 99,4 | 103,9 |
| Salariés hospitaliers | 26 | 24,1 | 27,7 |
| Autres salariés | 12,4 | 20,7 | 23,6 |

source : RPPS, INSEE - 2016

*pour 100 000 habitants

Figure 22 : Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants, tableau issu du dossier sur la Mayenne - Atlas de la Santé Mentale

Le département de la Mayenne souffre de désertification médicale. En effet, la **densité de médecins généralistes libéraux ou mixtes est de 7,45 pour 10 000 habitants** sur le département, soit 74,5 pour 100 000. Une densité bien inférieure à celle de la région et du territoire national.



La faible densité est compensée par **l'exercice de coordination et le regroupement de professionnels de santé**, équipes de soins primaires et les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) qui interviennent en lien avec les CMP.

Le département est pourvu d'un maillage important de MSP et Pôles de Santé déjà en place et d'autres sont actuellement en cours de construction, pour en citer quelques-unes :

- Maison de Santé Pluriprofessionnelle Renazé Craon
- Maison de Santé de la Jouane
- Maison de Santé de Mayenne
- Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Bonchamps lès Laval
- Maison de santé du Pays de Loiron
- Pôle de santé Meslay-Grez
- Sisa l'Ernée Bocage Santé
- Maison de Santé du Nord Lavallois
- Maison de Santé de Vaiges
- Maison de Santé de Villaines-Javron
- Pôle de santé Laval centre

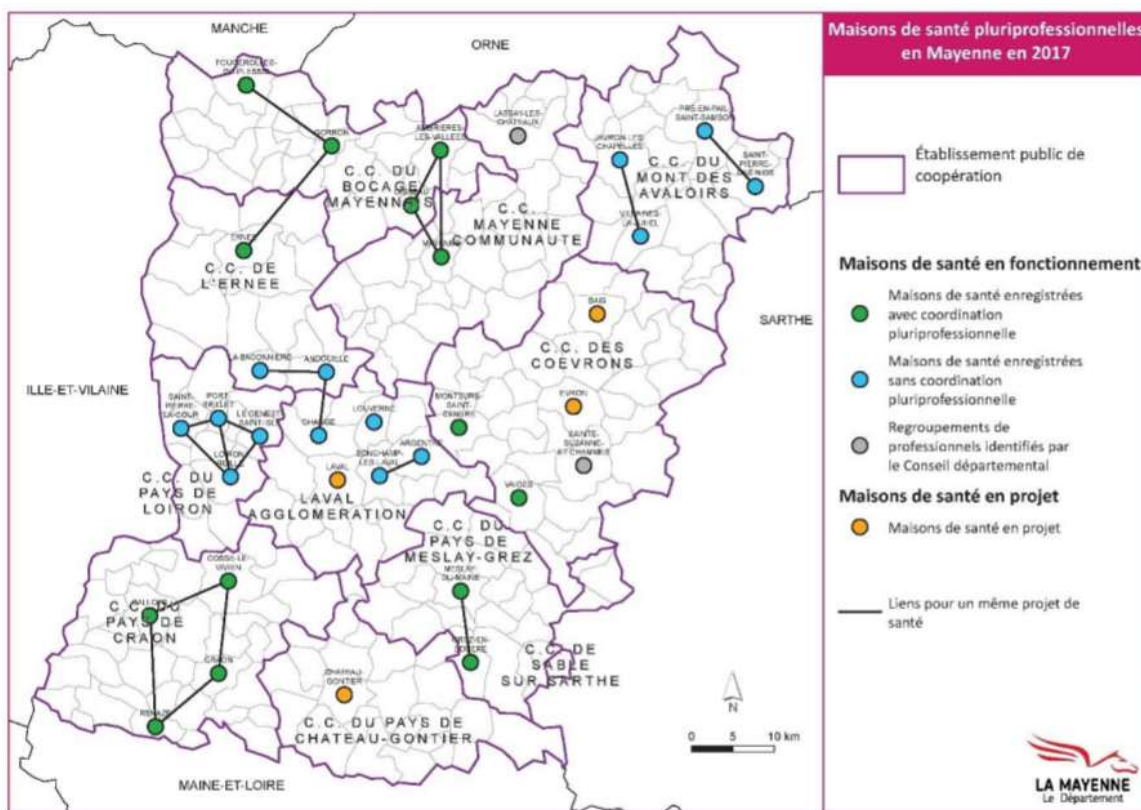


Figure 23 : Ambition Santé Mentale - Plan Santé Départemental 2018-2021



Zonage / densité d'infirmiers ayant un exercice libéral

La densité d'infirmiers libéraux pour 10 000 est de 8,4 habitants sur le département en 2016.

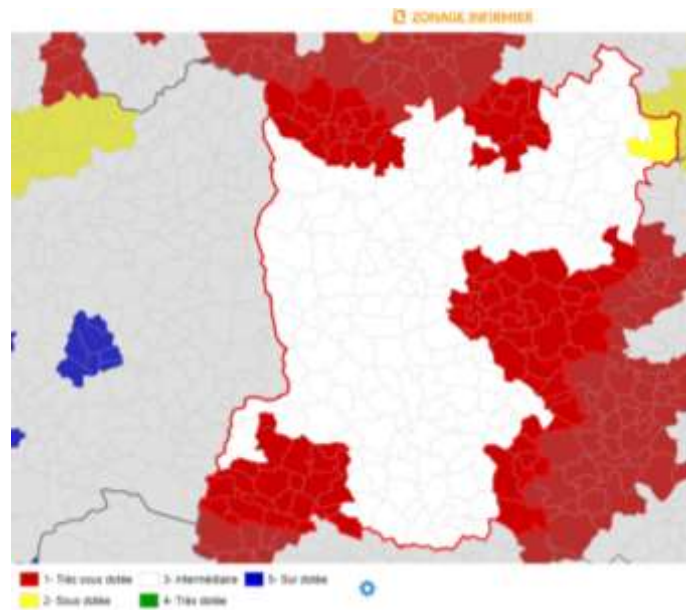


Figure 24 : Zonage d'infirmiers département mayennais, source : cartographie issue de Cartosanté

Concernant le zonage, quelques zones sur le département sont très sous dotées en infirmiers libéraux (zones en rouge) : secteur de Craon, secteur de Gorron, secteur d'Evron. Les autres zones du département sont des zones dites intermédiaires, ni sous dotées ni très ou sur dotées.



Une action innovante : Une plateforme Territoriale d'Appui sur le territoire (PALEX)

Le contexte :

« Le projet du dispositif PALEX, **Plateforme d'Appui Libérale à l'EXercice coordonné**, s'est situé dans un contexte d'évolution du système de santé : diminution du temps d'hospitalisation, allongement de la durée de vie, augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques, déserts médicaux. Face à ces changements **la prise en charge au domicile, notamment par les professionnels de santé libéraux, se complexifie.** »³³

Historique de la création de la plateforme :

La Plateforme d'Appui Libérale à l'EXercice coordonné, PALEX a été **mise en place en 2017** sur le département de la Mayenne. Elle fait suite d'un appel à projet de l'ARS dans le cadre du PAERPA (**Parcours de Santé des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie**), auquel ont répondu collectivement trois médecins généralistes libéraux et Pôles de santé déjà impliqués dans le projet. L'évolution du contexte réglementaire a orienté vers l'organisation d'une plateforme territoriale d'appui.

Objectif et missions :

La plateforme a **pour objectif l'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes**, et a pour mission de :

- Faciliter l'accès à l'information et aux démarches de coordination pour les professionnels du parcours de santé
- D'appui et d'orientation à l'organisation des parcours complexes
- De soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles.

« Pour ce faire, les professionnels peuvent librement contacter PALEX par téléphone ou par mail (ils ne sont soumis à aucun engagement) et ils sont accompagnés selon leur besoin, d'une simple orientation à l'appui à une démarche de coordination.

PALEX se veut être un dispositif **complémentaire**, qui ne se substitue aucunement aux ressources existantes. PALEX n'intervient pas directement auprès du patient, et le médecin traitant est systématiquement informé des démarches effectuées »³⁴.

PALEX est reconnu par les professionnels comme un dispositif pour : « faciliter le parcours du patient », être un « gain de temps », assurer une « meilleure prise en charge », être un « relai hôpital-ville », en « contact avec tous les intervenants », et gage de « fluidité dans la transmission d'informations » ; les témoignages de professionnels sont à retrouver sur : <https://www.palex.fr/wp-content/uploads/2018/11/rt-laval.mp4>

³³ <https://www.palex.fr/index.php/presentation/>

³⁴ Ibid



Figure 25 : Schéma issu de la plaquette de présentation de PALEX

Pour plus d'informations : <https://www.palex.fr/>

Rapport d'activité 2017 de PALEX : <https://www.palex.fr/wp-content/uploads/2018/07/Rapport-activit%C3%A9-2017-V-site-Internet.pdf>



2) Hospitalisation complète et ambulatoire

L'offre en psychiatrie sur le département

- **Une offre publique** : Ce sont les centres hospitaliers qui portent les services de psychiatrie après une dissolution du centre spécialisé en 2001. Une partie de la population suivie avant 2001 par le centre spécialisé est restée sur le nord du département.

Quatre secteurs de psychiatrie publique, sur ces trois centres hospitaliers du département portés par les :

- Centre Hospitalier du Nord-Mayenne avec 1 secteur.
- Centre Hospitalier de Laval avec 2 secteurs (Laval Ouest et Laval Est).
- Le Centre Hospitalier du Haut Anjou avec 1 secteur.

- **Une offre privée** : la Clinique Notre Dame de Pritz a Changé-lès-Laval

Le taux d'équipement du département en psychiatrie générale est de 1,6 lits ou places d'hospitalisation (toutes hospitalisations confondues) pour 1000 habitants de plus de 16 ans.

Il est à noter un certain nombre d'hospitalisations au long court en psychiatrie. Les personnes en question bénéficient d'une orientation CDAPH mais faute de places, elles ne peuvent pas être prises en charge par un établissement ou un dispositif médico-social.

Concernant **les hôpitaux de jour**, on compte 5 hôpitaux de jour sur le département, avec un total de 80 places et 2 hôpitaux de nuit avec 8 places.

Sectorisation de la psychiatrie publique

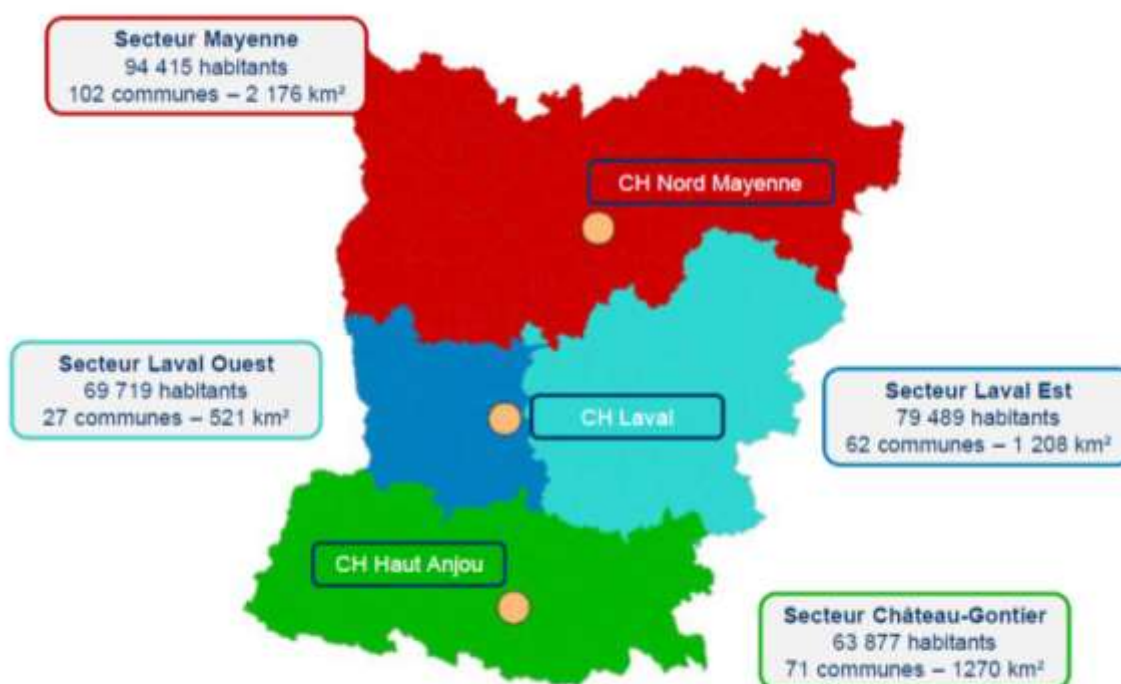


Figure 26 : cartographie issue du PMP du GHT de la Mayenne et du Haut-Anjou, réalisée par Mazars, à partir des données d'établissements et données INSEE RP 21013



| Hospitalisation | CH Laval (CHL) | CH Nord Mayenne (CHNM) | CH Château-Gontier (CHHA) | Clinique de Pritz | Totaux |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-------------------|---------------------------------|
| Psychiatrie adulte | | | | | |
| Nombre de lits hospitalisation à temps plein (Source : GHT) | 90 lits | 101 lits (mise à jour 09/2018) | 25 lits | 56 lits | 272 lits |
| Nombre de places hospitalisation temps partiel (Source : ibid) | 40 places jour 4 places nuit | 25 places jour 4 places nuit | 15 places jour | | 80 places jour 8 places nuit |
| Nombre de places Accueil familial thérapeutique | 15 places | | | | 15 places |
| Appartements relais thérapeutiques | 4 appartements | | | | |
| Unités d'admission | 2 | 2 | | | |
| Unités de patients avec séjour prolongé | 2 | 2 | | | |
| Unité généraliste, mixte | | | 1 | | |
| Maison tremplin (lits tremplins) | | 4 lits | | | |
| UHTCD – lits d'hospitalisation de très courte durée | | | | 6 lits | 6 lits |

Tableau 10 : Offre sur le territoire en termes d'hospitalisation, Source : GHT de Mayenne et du Haut Anjou – Diagnostic Territorial p27 à 29, MAZARS et EQR Avril 2017, Atlas de la santé mentale et données ARS PDL, exploitation et mise à jour au 03/09/2018 par le groupe projet PTSM 53

| Ambulatoire | Mayenne | Détails | Région Pays de la Loire | France métropolitaine |
|---|-----------------|--|-------------------------|-----------------------|
| Nombre de CMP | 7 5 CMP 5/7j | CH Laval : 2 CMP ouverts 5 jours sur 7 (5/7j) et 1 CMP 2 à 4 jours sur 7 (2-4/7j) CH Mayenne : 2 CMP 5/7j , 1 CMP 3/7j CH Château- Gontier : 1 CMP 5/7j et 3 antennes | 108 | 2169 |
| Nombre de CMP (pédopsychiatrie – inter-secteurs) | 5 (5/7j) | 3 CMP 5/7j Et 2 CMP 2-5/7j | | |
| Densité de CMP pour 100 000 habitants (tout confondu) | 3,4 | | 3,8 | 4,2 |
| Nombre de CATTP | 3 | 1 CH Laval 1 CH Nord-Mayenne 1 CH Château-Gontier | 69 | 1234 |
| Densité de CATTP pour 100 000 habitants | 1,3 | | 2,4 | 2,4 |



| | | | | |
|--|-----------|--------------------------|--|--|
| Nombre d'équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) | 0 | | 7 total Loire A : 4 Maine et L : 1 Sarthe : 2 Vendée : 0 | 152 |
| Nombre d'équipes de soins psychiatriques intensifs à domicile (SPID) | 0 | | 6 total Loire A : 2 Maine et L : 2 Sarthe : 1 Vendée : 1 | |
| Nombre d'équipes mobiles en addictologie (ELSA) | 3 | | 16 total Loire A : 4 Maine et L : 4 Sarthe : 2 Vendée : 3 | |
| Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) | 1 | CH Laval | | |
| Nombre d'Equipe d'Appui Thérapeutique ambulatoire (EATA) | 1 | CH Mayenne | | |
| Nombre de places Accueil Familial Thérapeutique (adultes) | 15 places | CH de Laval | 152 places Loire A : 106 Maine et L : 16 Sarthe : 15 Vendée : 0 | |
| Urgences Médico-Psychologiques ³⁵ (CUMP) | 2 | Laval Château-Gontier | 1 régionale et 1 dans chaque établissement sanitaire siège de SMUR | 1 régionale et 1 dans chaque établissement sanitaire siège de SMUR |
| Unité médico-psychologique | 1 | Mayenne | | |
| Unité sanitaire (soins à destination des détenus) | 1 | Laval | | |
| Unité spécialisée dans la psychiatrie du sujet âgé | 0 | | 9 | 145 |
| Unité de Soins Intensifs de Jour (USIJ) | 1 | CH Mayenne | | |

Tableau 11 : Offre sur le territoire en termes de structures ambulatoires, Source : Atlas de la santé mentale, GHT de Mayenne et du Haut Anjou et données ARS Pays-de-la-Loire – Diagnostic Territorial p27 à 29, MAZARS et EQR Avril 2017

³⁵ Décret du 27 décembre 2016 qui fixe les modalités de l'organisation de l'UMP



Les files actives

Figure 27 : Files actives - provenances des patients - CHL (CH Laval) et CH NM (CH Nord Mayenne), Source : Filière Santé Mentale du GHT de la Mayenne et du Haut-Anjou, page 60



CH du Haut-Anjou : stabilisation de la file active de patients hospitalisés : 286 en 2015

CH du Nord-Mayenne : baisse de la file active de patients hospitalisés : 518 en 2016 (-1,5%) mais une augmentation de la file active en ambulatoire, qui explique le +18% sur la file active totale (hospitalisés + ambulatoire)

CH de Laval – sur les deux secteurs, augmentation des files actives : 278 (+20%) et 238 (+3%) pour les files actives de patients hospitalisés en 2016.

Equipe mobile

Il n'existe pas à ce jour d'EMPP, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité qui couvrirait l'ensemble du territoire départemental.

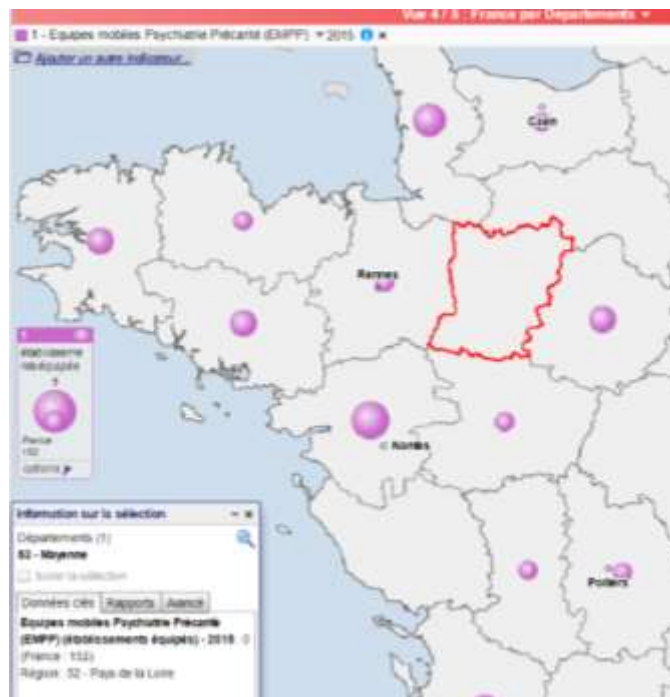


Figure 28 : Equipes mobiles par département, Source : cartographie issue de l'Atlas de la Santé Mentale 2015



Il existe néanmoins une **Equipe d'Appui Thérapeutique Ambulatoire (EATA), qui a vu le jour le 12 octobre 2016 sur le secteur de Mayenne, créée par des ressources propres du Centre Hospitalier Nord Mayenne**. Elle intervient sur des post-hospitalisations, sur du **suivi à domicile intensif**.

En 2017 la file-active était de 54 patients avec un nombre d'interventions de 3179. Ces interventions sont principalement des entretiens au domicile, des accompagnements au domicile, des activités de groupe, des démarches et réunions au domicile. La fréquence moyenne d'intervention est de 1 à 4 visites par patient par semaine selon la situation clinique.

L'EATA permet entre autres de maintenir à domicile, d'éviter et de prévenir les hospitalisations, de faire du lien avec les partenaires médico-sociaux - avec la famille, de favoriser l'accès aux soins et d'accompagner vers d'autres services de soins.



L'offre en pédopsychiatrie sur le département

A l'inverse de la psychiatrie, la pédopsychiatrie est inter-secteurs.

Le taux d'équipement global en pédopsychiatrie est de 0,6 pour 1000 habitants de moins de 16 ans en 2015 sur le département de la Mayenne, alors qu'il est 0,8 pour la région Pays-de-la-Loire et de 0,9 pour la France métropolitaine.³⁶

| Hospitalisation | Lits et places sur le département | Région | France métropolitaine |
|--|---|---|-----------------------|
| Nombre de lits hospitalisation à temps plein (Source : GHT) | 8 lits | | |
| Densité de lits d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile (Source : atlas de la santé mentale) | 11,5 pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans | Région global : 11,7 Sarthe : 7,3 Maine et Loire : 10,1 Loire A : 7,2 Vendée : 27,7 | 15,5 |
| Nombre de places hospitalisation à temps partiel (Source : GHT) | 23 places jour | | |
| Unité de Soins Intensifs et Spécialisés pour Enfants et Adolescents (USISEA) | 1 (8 lits) Inter-secteurs Laval | | |

| Ambulatoire | Mayenne | Détails | Région | France métropolitaine |
|---|---------|---|---|-----------------------|
| Nombre de CATTP | 3 | Inter-secteurs | | |
| Unité de jour parents-bébés, mères-bébés (Source : Atlas santé mentale) | 0 | | 2 | 20 |
| Unité spécialisée dans la prise en charge des adolescents (Source : ibid) | 0 | | 8 | |
| Nombre de places Accueil Familial Thérapeutique (enfants) | 0 | | 30 places Loire A : 22 Maine et L : 1 Sarthe : 1 Vendée : 6 | |
| Groupe passerelle (coanimé par la pédopsychiatrie et psychiatrie adulte) | 1 | Gestion de la transition entre la pédopsychiatrie et psychiatrie adulte sur quelques situations | | |
| Consultations jeunes consommateurs (CJC) | 4 | Laval Château-Gontier Mayenne Evron | | |
| Centre de Soins Etudes | 0 | | 1 à Sablé sur Sarthe avec 113 places – 15/25 ans | |

³⁶ Source : Groupement Hospitalier de Territoire – filière santé mentale, page 25



L'offre de réhabilitation psychosociale

Les soins de réhabilitation psychosociale sont de nouvelles pratiques dotées de nouveaux outils de traitement, déjà validées à l'international mais considérées comme nouvelles en France.

Ces soins ciblent tout particulièrement l'atteinte des fonctions cognitives et le trouble des interactions sociales associées aux troubles psychiques.

« La réhabilitation psychosociale regroupe des pratiques destinées à favoriser le rétablissement des personnes ayant des troubles psychiques sévères. Elle s'appuie sur la mise en évidence de leurs ressources, y compris cognitives, et sur le renforcement de leurs capacités de décision et d'action. »³⁷

Sur le département de la Mayenne : pour exemple, le Centre Hospitalier de Laval et son Pôle Santé Mentale travaille depuis plusieurs années sur la question de la réhabilitation psychosociale, notamment par la mise en place depuis 2015 de formations pour son personnel sur deux sessions avec la mise en place en interne d'une « fiche bilan action » des réhabilitations psychosociales en place.

Actualité : Instruction du 16 janvier 2019, relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires, Annexe 12

Données concernant les médecins psychiatres et pédopsychiatres

Densités et effectifs :

Fig3 Effectifs, densité* et évolution des psychiatres par département**
Pays de la Loire, France (01/01/2012-2017)

| | 2017 | | | | 2012/17 |
|-------------------------|------------|-------------|-------------------|------------|----------------------|
| | Total | | dont libéraux *** | | Évolution eff. total |
| | Effectif | Densité* | Effectif | Densité* | |
| Loire-Atlantique | 293 | 21,0 | 120 | 8,6 | + 1,4 % |
| Maine-et-Loire | 169 | 20,7 | 72 | 8,8 | + 3,4 % |
| Mayenne | 35 | 11,4 | 16 | 5,2 | + 1,2 % |
| Sarthe | 76 | 13,4 | 24 | 4,2 | + 3,2 % |
| Vendée | 63 | 9,3 | 17 | 2,5 | + 0,6 % |
| Pays de la Loire | 636 | 16,9 | 249 | 6,6 | + 2,0 % |
| France | 15 307 | 22,9 | 6 509 | 9,7 | + 1,2 % |

Sources : RPPS (Drees), Insee / Exploitation ORS Pays de la Loire

* Pour 100 000 habitants. ** Y compris médecins remplaçants. *** Y compris mixte.

Tableau 12 : Données relatives aux médecins psychiatres, Source : RPPS (Drees), Insee, exploitation ORS Pays de la Loire, p2 annexe n°8

³⁷ <http://www.psycom.org/Actualites/Pour-en-savoir-plus/Livre-Traite-de-rehabilitation-psychosociale-coordonne-par-le-Pr-Nicolas-Franck>



| | Mayenne | Région PDL | France |
|---|--------------|------------|--------|
| Nombre de psychiatres et pédopsychiatres libéraux | 11 | | |
| Nombre de psychiatres et pédopsychiatres hospitaliers | 24 | | |
| Part de psychiatres libéraux de 55 ans ou plus en pourcentage | 86,7% | 66,8% | 66,3% |

Tableau 13 : Source : Données COPIL, Atlas de la Santé Mentale, exploitation groupe projet PTSM 53

La densité de psychiatres dont libéraux ou mixtes est de 5,2 pour 100 000 habitants en 2017. Cette densité est faible et en dessous de celle à l'échelle nationale.

La densité de pédopsychiatres libéraux et salariés est également de 5,2 pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans, est également une densité très faible pour le département ou l'on constate **un manque de professionnels pédopsychiatres**. Elle est de 6,7 pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans pour le territoire national.

Concernant l'âge des psychiatres, on remarque que la part de psychiatres libéraux de 55 ans ou plus est élevé en Mayenne en comparaison avec celle de la région Pays-de-la-loire et du territoire national.

Densités d'ETP moyens en psychiatrie générale

Densité d'ETP* moyens en psychiatrie générale

| | Mayenne (Département) ** | Pays de la Loire (Région) ** | France ** |
|---|-----------------------------|------------------------------------|--------------|
| psychiatres | 7,4 | 8,7 | 10,8 |
| personnels médicaux (hors psychiatres) | 1,5 | 1,6 | 1,7 |
| personnels soignants et socio-éducatifs | 150,4 | 141,8 | 156,4 |

source : SAE, INSEE - 2015

*ETP : équivalents temps plein moyens annuels
**pour 100 000 habitants

La densité de psychiatres en ETP moyens en psychiatrie générale est de 7,4 pour 100 000 habitants.



3) Médico-social et social ³⁸

Offre médico-sociale pour enfants-adolescents

| Structures – dispositifs | Mayenne | Détails | Région | France métropolitaine |
|--|----------------------------|--|--------|-----------------------|
| Nombre de CMPP | 1 | CMPP La Sauvegarde | | |
| Densité de structures CMPP pour 100 000hab (source : Atlas de la santé mentale 2015) | 1,2 | Densité faible pour la région PDL par rapport à la densité de la France métró | 1,1 | 2,9 |
| Nombre de CAMSP (source : Ibid) | 1 | Laval | 12 | |
| Densité de structures CAMSP pour 100 000hab (source : ibid) | 3,6 | De 0 à 6 ans - faible pour la région PDL par rapport à la densité de la France métró | 3,1 | 5,9 |
| Nombre de SESSAD (tous confondus) (source : ibid) | 5 | 3 Laval 1 Mayenne 1 Château-Gontier | 113 | 1636 |
| Nombre de places SESSAD | 365 | | 3868 | 48356 |
| Taux d'équipement en places dans les SESSAD pour 1000hab (Source filière santé mentale du GHT, 2016) | 4,4 | | 4,0 | 3,0 |
| Taux d'équipement en places hors SESSAD (autres établissements) pour 1000hab (Source filière santé mentale du GHT, 2016) | 4,2 | | 5,7 | 6,6 |
| Nombre d'ITEP (source DRESS, FINESS – tableau réunion régionale PTSM) | 2 | 1 Laval 1 Andouillé | 26 | 443 |
| Nombre de places ITEP (source DRESS, FINESS – tableau réunion régionale PTSM) | 42 | Dont 14 en accueil de jour, externat, ou semi-internat | 793 | 15107 |
| Nombre d'équipe mobile ressources (soutien aux professionnels) | 1 | Créée par l'Association Félix Jean Marchais | | |
| Nombre d'IME | 5 | | 75 | 1233 |
| Nombre de places IME (source DRESS, FINESS – tableau réunion régionale PTSM) | 244 | Dont 222 en accueil de jour, externat, ou semi-internat | 3515 | 66590 |
| Maison des adolescents (Source : Atlas de la santé mentale) | 1 dispositif 3 antennes | Laval Evron, Craon, Mayenne | 10 | 152 |

Figure 29 : Structure et dispositifs secteur enfance-adolescence, sources explicitées dans le tableau, exploitation groupe projet PTSM 53

Ces données nous renseignent sur le nombre de structures sur le département ainsi que sur leur taux d'équipements.

³⁸ Les ressources sont décrites ici de façon quantitative et comparative, conformément aux instructions de mise en forme des PTSM. Les noms spécifiques des structures porteuses des dispositifs sont à retrouver pour certaines dans la liste des participants du document ainsi qu'au sein de documents types répertoires des ressources disponibles



Quelques données sur la scolarité

Répartition des élèves en situation de handicap par département, selon le type de déficience

| Troubles | 44 | 49 | 53 | 72 | 85 | Académie | National |
|------------|------|------|------|------|------|----------|----------|
| Cognitifs | 43 % | 48 % | 33 % | 53 % | 52 % | 46 % | 40 % |
| Psychiques | 22 % | 18 % | 28 % | 13 % | 14 % | 19 % | 19 % |
| Langage | 16 % | 7 % | 13 % | 12 % | 12 % | 13 % | 16 % |
| Moteurs | 7 % | 5 % | 6 % | 10 % | 9 % | 7 % | 9 % |
| Sensoriels | 5 % | 8 % | 4 % | 5 % | 6 % | 6 % | 5 % |
| Autres | 8 % | 13 % | 16 % | 7 % | 6 % | 10 % | 11 % |

Source : Education Nationale - Académie de Nantes - 2014-2015

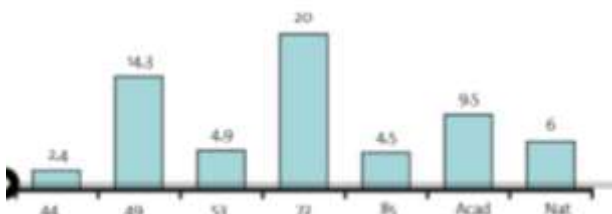
Figure 30 : Source : schéma départemental de l'autonomie CD 53, 2016-2021, p34

Le taux d'élèves en situation de troubles psychiques est de 28% sur le département de la Mayenne, taux le plus important sur ces troubles parmi les départements de la région Pays de la Loire.

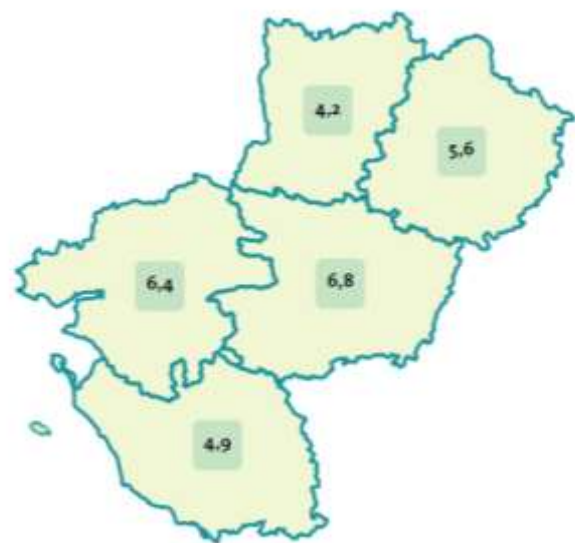
Nombre d'élèves accompagnés par ETP AVS



Part d'élèves en attente d'un AVS (en %)



Le taux d'équipement en établissements enfants sur la région des Pays de la Loire



Source : Study ICF Pays de la Loire - Accompagnement des personnes en situation de handicap - juillet 2017

Figure 31 et 23 : Source : Schéma départemental de l'autonomie CD 53, 2016-2021, p35 et p38

Un peu plus d'un élève sur trois bénéficie d'un accompagnement par une AVS en Mayenne, contre un sur deux au niveau académique.



Offre médico-sociale pour jeunes adultes / adultes

| Etablissements – hébergement | Mayenne | Région PDL | Autres départements région PDL | France métropolitaine |
|---|---------|------------|---|-----------------------|
| Nombre de MAS (réunion régionale PTSM par ARS PDL - DRESS) | 6 | 45 | Loire A : 12 Maine et L : 11 Sarthe : 10 Vendée : 6 | 661 |
| Densité de places MAS pour 100 000hab (Atlas de la santé mentale) | 62,3 | 68,8 | | 58,6 |
| Nombre de FAM (réunion régionale PTSM par ARS PDL - DRESS) | 6 | 65 | Loire A : 19 Maine et L : 12 Sarthe : 10 Vendée : 18 | 935 |
| Densité de places FAM pour 100 000 habitants (Atlas de la santé mentale) | 51,8 | 67,3 | | 60,9 |
| Nombre de FDV (réunion régionale PTSM par ARS PDL - DRESS) | 26 | 168 | Loire A : 63 Maine et L : 23 Sarthe : 29 Vendée : 27 | 1670 |
| Densité de places foyers de vie et d'hébergement pour 100 000hab (Atlas de la santé mentale,) ³⁹ | 173,8 | 133,2 | | 103,3 |
| Nombre de Foyer d'Hébergement (réunion régionale PTSM par ARS PDL - DRESS) | 15 | 102 | Loire A : 63 Maine et L : 23 Sarthe : 29 Vendée : 27 | 1290 |

Tableau 14: Offre médico-sociale pour jeunes adultes / adultes, Source : Atlas de la santé mentale et données réunion régionale PTSM ARS PDL, exploitation groupe projet PTSM 53

On constate que les nombres et densités de places pour les FAM et les MAS sont relativement faibles sur le département en comparaison aux autres départements de la région.

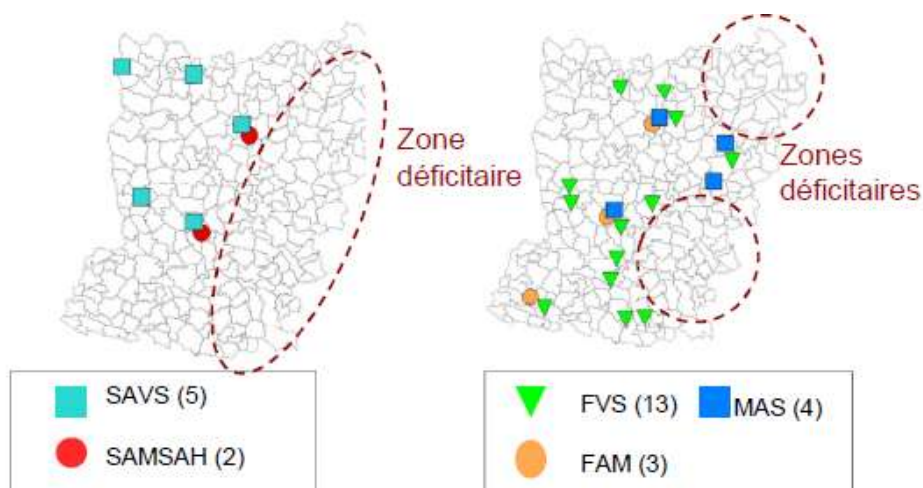


Figure 32 : FINESS 2015, retraitement Mazars, cartographie réalisée par Mazars - PMP du GHT de la Mayenne et du Haut-Anjou

³⁹ Rapport sur le département de la Mayenne – Atlas de la santé mentale : Portraits de territoire – L'offre médico-sociale : http://santementale.atlasante.fr/GC_preport.php?lang=fr&s=129&view=map3&id_rep=r05&sellid0=53&nivgeo=dep



Source : FINESS 2015, retraitement Mazars, cartographie réalisée par Mazars

Figure 33 : FINESS 2015, retraitement Mazars, cartographie réalisée par Mazars
- PMP du GHT de la Mayenne et du Haut-Anjou

Les cartographies ci-dessous font état des zones déficitaires pour différentes structures et dispositifs sur le département.

| Services et dispositifs d'accompagnement | Mayenne | Région PDL | Autres départements région PDL | France métropolitaine |
|--|---|------------|--|-----------------------|
| Nombre SAMSAH / SAVS (Atlas de la santé mentale) | 9 | 116 | | 1313 |
| Densité de places installées SAMSAH pour 100 000hab (Atlas de la santé mentale) | 41,7 | 19,9 | | 20,3 |
| Densité de places installées SAVS pour 100 000hab (Atlas de la santé mentale) | 126,8 | 84 | | 79,2 |
| Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) | 1 dispositif avec 8 places (5 pathologies somatiques et 3 pathologies psychiatriques) | 78 places | Loire A : 38 Maine et L : 11 Sarthe : 14 Vendée : 9 | |
| Lits Halte Soins Santé (LHSS) | 0 places | | Sarthe : 11 | |
| Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) | 5 sur le département | | | |
| Nombre d'ESAT (réunion régionale PTSM par ARS PDL - DRESS) | 10 | 90 | | 1464 |
| Densité de places installées en ESAT pour 100 000hab (Atlas de la santé mentale) | 298 | 242,8 | | 240,4 |
| Dispositif d'emploi accompagné | 1 (3 job coach) | 2 | Loire A : 1 Mayenne : 1 | |

Tableau 15 : Accompagnement social, emploi, Source : Atlas de la santé mentale et données réunion régionale PTSM ARS PDL, exploitation groupe projet PTSM 53

Pour relativiser, les données renseignées ne font pas état des différents agréments des dispositifs qui peuvent accompagner plusieurs types de handicaps (par exemple pour les SAMSAH).

Pour exemple : le nombre de SAMSAH spécialisés pour les personnes ayant des troubles psychiques est de 2 sur le département. Sur le SAMSAH du GEIST Mayenne, qui dispose de 46 places, 78 accompagnements réalisés et la liste d'attente est estimée à 130 personnes.

Il conviendrait donc d'analyser le nombre réel de personnes accompagnées ayant des troubles psychiques et les listes d'attente des dispositifs qui semblent importantes faute de places.



Offre sociale et citoyenne

Offre en termes de logement et hébergement :

| Logement | Mayenne | Région PDL | Autres départements |
|---|--|------------|---|
| Densité de places d'hébergement social pour 100 000 habitants (Atlas de la santé mentale) | 41,6 | 52,7 | Loire A : 62,2 Maine et L : 55 Sarthe : 56,8 Vendée : 32,3 |
| Nombre de Résidences « Accueil » | 2 Château-Gontier Laval | | |
| Nombre de Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale – CHR (Annuaire action sociale) | 3 (Revivre, les 2 Rives, Copainville) | 27 | Loire A : 10 Maine et L : 11 Sarthe : 3 Vendée : 3 |
| SIAO / 115 | 1 14 appartements 5 pour les femmes victimes de violences conjugales | | |
| Nombre de maisons relais | 2 | | |
| Nombre de maisons dits « tremplins » | 1 (4 places) interne CHNM | | |
| Pensions de familles (Source : enquête, données au 31/12/2014) ⁴⁰ | 3 | 42 | |
| Résidences habitat jeunes | 8 | 58 | |
| Foyer de jeunes travailleurs | 1 | 21 | |
| Accueil temporaire de ressourcement (handicap mental et psychique) | 1 (ALISA) (5 places) Ruillé-le-Gravelais | | |

La densité de places d'hébergement social est de **41,6 pour 100 000 habitants sur le département de la Mayenne, densité faible**. Le département dispose de deux maisons relais, et d'un seul dispositif d'accueil temporaire contenant seulement 5 places pour des personnes en situation de handicap mental ou psychique. Le département est peu pourvu en dispositifs d'hébergements temporaires et ponctuels.

Contrairement aux autres départements de la région Pays-de-la-Loire, « le territoire de la Mayenne se caractérise par une offre de logement relativement abondante, à des prix accessibles, dans le parc social mais aussi dans le parc privé. »⁴¹

⁴⁰ http://pays-de-la-loire.drdjcs.gov.fr/sites/pays-de-la-loire.drdjcs.gov.fr/IMG/pdf/synthese_etude_2014_-_pension_de_famille.pdf

⁴¹ Source : plan local d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées de la Mayenne 2015-2020, page 9 du document.



L'offre de vie sociale et citoyenne, des associations en soutien aux usagers et aux familles, pour exemples :

- **Les GEM** : 4 GEM sont présents dans le département : GEM de Laval, GEM d'Evron, GEM de Château-Gontier, GEM de Mayenne. La densité de GEM pour 100 000 habitants sur le département est de 1,3 contre 0,6 en France métropolitaine en 2015. Ce qui traduit la dynamique d'inclusion sociale des personnes sur le département.

| | Mayenne | Maine et Loire | Loire Atlantique | Vendée | Sarthe |
|---------------|---------|----------------|------------------|--------|--------|
| Nombre de GEM | 4 | 4 | 5 | 3 | 5 |

Tableau 16 : Récapitulatif nombre de GEM par département région PDL,
Source : Atlas de la santé mentale, exploitation groupe projet PTSM 53

- **On compte également 10 EDI sur le territoire** : qui dans leur public sont en relation également avec des personnes ayant des troubles psychiques et proposent des activités dans un objectif de bien-être collectif.
- **Une association de pairs-aidants** sur le département de la Mayenne : Pouvoir d'Agir 53



L'association met en avant les savoirs expérientiels des pairs-aidants et est engagée sur les questions de déstigmatisation, d'empowerment et de rétablissement de l'usager.





Pilotée par des personnes souffrant de troubles mentaux, la nouvelle association Pouvoir d'agir propose un soutien original entre pairs. Une formation d'aidants salariés pourrait voir le jour.

Hervé, Amélie, Fanny et Grégoire ont deux points en commun. Tous sont mayennais et souffrent de troubles psychiques les empêchant, du moins pour un temps, d'exercer un métier. Bipolarité pour les uns, troubles schizophréniques pour les autres. Depuis environ deux ans, ils travaillent à constituer une association Pouvoir d'agir 53 (1) afin de s'aider mutuellement à partir de leur vécu. **« On appelle cela un savoir expérientiel qui est précieux et irremplaçable. Disons qu'il est surtout complémentaire de tout de ce peuvent apporter les praticiens et soignants en général »,** cadre Grégoire Hameau, le président.

« Une vie plus satisfaisante »

Pour faire simple, ce sont des personnes, elles-mêmes affectées d'une pathologie mentale, qui ont décidé de se prendre en main pour s'épauler. **« Se redonner de l'espoir et accéder à une vie plus satisfaisante. Se retrouver permet déjà de rompre l'isolement et d'éviter toute forme de stigmatisation. Enfin, cela peut éviter l'hospitalisation »,** plaide Amélie, ex-salariée du secteur commercial, aujourd'hui en arrêt longue maladie. À leur côté, Pascal, jeune retraité du secteur médico-social, est là pour les coordonner dans leurs démarches. Eux préfèrent le terme de **« facilitateur. »**

Par ailleurs, des structures amies, telles que Schizo Jeunes, Le Geste, l'Unafam ou encore le Groupe d'entraide mutuel (Gem), sont là pour apporter un soutien en cas de besoin.

« Pairs aidants »

L'association est opérationnelle depuis un an. Grâce à un appartement prêté par Le geste, elle peut notamment recevoir ses membres (une vingtaine) qui le désirent, chaque mercredi de 14 h à 16 h. **« Par souffrance psychique, nous entendons des personnes touchées par la bipolarité, la schizophrénie, la dépression, un burn-out, des troubles alimentaires (boulimie, anorexie) ou obsessionnels, des phobies, des problèmes de sommeil et, bien sûr, les addictions, très répandues en psychiatrie,** énumère Fanny, une ex-éducatrice. **La séance commence toujours par un accueil, puis la météo du jour. Autrement dit un tour de table où chacun raconte son état d'esprit du moment. Parfois, nous avons un intervenant qui nous permet d'approfondir un aspect précis d'une pathologie. La maitre de conférences à Rennes 2, Ève Gardien, par exemple, est venue nous parler des addictions. »**

Pouvoir d'agir a d'autres ambitions. Elle envisage, en lien avec l'université Paris XIII, de former ses propres « pairs aidants », lesquels pourraient devenir ses salariés. Le dispositif s'appuie sur le concept de rétablissement ESPER (pour Espoir, Sorties, Plaidoyer, Pouvoir d'agir et Responsabilisation), inspiré de courants théoriques venus des pays nordiques et du Canada. **« Nous attendons la validation du projet par le Département et l'ARS avec d'éventuels financements »** résume Grégoire. Selon Pascal, l'encadrement thérapeutique par ses pairs, complémentaire du médical, serait **« unique en France sous cette forme. »** Des antennes départementales sont également envisagées.

Article 1 : Article du Ouest France sur l'Association Pouvoir d'Agir 53, publié le 17/02/2018, Source : <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/mayenne/troubles-psychiques-ils-s-aident-mutuellement-5575625>

Ce projet de formation de pairs-aidants bénévoles et de travailleurs pairs en santé mentale évoqué à la fin de l'article a récemment été validé par l'Agence Régionale de Santé Pays-de-la-Loire.

Pouvoir d'Agir 53 est à retrouver sur : <https://fr-fr.facebook.com/esper.pouvoir.d.agir/>



- **L'association UNAFAM :**



L'UNAFAM au niveau national :

« L'UNAFAM est une association reconnue d'utilité publique, qui accueille, écoute, soutient, forme, informe et accompagne les familles et l'entourage de personnes vivant avec des troubles psychiques depuis 1963. Elle compte plus de 14 000 adhérents. »⁴²

L'UNAFAM concentre son action au national et au sein des départements **au profit de l'entourage des personnes** vivant avec des troubles psychiques sévères, essentiellement des personnes atteintes de schizophrénie, de troubles bipolaires, de dépressions sévères, de psychoses graves et de troubles obsessionnels compulsifs. L'association reçoit également les parents d'enfants et d'adolescents ayant des troubles psychologiques, des troubles psychiques ou des troubles du comportement.

« L'UNAFAM est également très engagé dans le recensement des bonnes pratiques observées sur le territoire national dans le champ de la psychiatrie et des solutions proposées dans la cité, à nos proches vivant avec des troubles psychiques ». ⁴³

Les recueils publiés par l'UNAFAM sont à retrouver sur le site : <http://observatoire.unafam.org/category/recueil-des-bonnes-pratiques-de-prise-en-charge-psychiatrique/>

L'UNAFAM sur le département de la Mayenne :

L'UNAFAM est présente sur le département de la Mayenne, avec la présence de plusieurs bénévoles et un Président pour l'association. L'association dispose d'un local sur la ville de Laval et accompagne les familles en proposant :

- **Un groupe de parole aidants familiaux :** « Le groupe de parole à l'Unafam offre un lieu d'échange et d'écoute aux personnes (parents, frères et sœurs, conjoints, enfants, amis) vivant en grande proximité avec une personne souffrant de troubles psychiques. Il est une proposition parmi d'autres mises à la disposition des adhérents de l'Unafam. »⁴⁴
- **Des ateliers pour les familles : notamment un atelier sur « Comprendre la maladie pour mieux vivre avec ! » :** « Les troubles psychiques peuvent se manifester de nombreuses façons et à des âges différents. L'apparition des troubles peut être progressive : des changements d'attitude, des propos bizarres, un retrait du groupe familial, l'éloignement des amis, la perte d'intérêt pour les

⁴² <http://observatoire.unafam.org/>

⁴³ Ibid

⁴⁴ <http://www.unafam.org/-53-Mayenne-.html>



activités habituelles. D'abord, on ne comprend pas (ou on ne veut pas comprendre) : on donne alors à ces comportements une cause extérieure : crise d'adolescence, chagrin amoureux, échec scolaire, peur des examens, ou prise de drogues. Les familles se trouvent alors désemparées. Pour aider les familles, l'UNAFAM de la Mayenne propose des rencontres mensuelles. »⁴⁵ (Atelier organisé à Laval et Mayenne).

- **L'association Shizo'jeunes :**



L'association Schizo'jeunes est une association pour les enfants ayant des troubles schizophréniques. Elle est **basée à Château-Gontier**. Son objectif est d'informer, de « faire reconnaître que la maladie existe chez les enfants. Et que plus tôt elle est détectée, mieux on pourra donner un traitement et stabiliser l'enfant »⁴⁶.

L'association fait partie du collectif national Schizophrénies qui lutte pour déstigmatiser cette maladie auprès du grand public.

- **L'association Cocci'bleue :**



L'association Coccibleue accompagne les **enfants autistes sur le département de la Mayenne**.

« L'inclusion scolaire étant parfois difficile pour nos enfants, les structures adaptées inexistantes ou surchargés »⁴⁷, l'association Cocci'bleue propose aux familles mayennaises la prise en charge de leurs enfants par des professionnels formés aux méthodes recommandées par la HAS. « Une **psychologue comportementaliste** et une **ergothérapeute spécialisée** accompagnent les **enfants** de l'association »⁴⁸.

L'association a récemment reçu le prix « initiatives sociétares » de Banque Populaire Grand Ouest (juin 2018) : <http://www.coccibleue.fr/?p=722>

⁴⁵ <http://www.unafam.org/-53-Mayenne-.html>

⁴⁶ <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/chateau-gontier-53200/chateau-gontier-la-schizophrenie-il-ne-faut-pas-en-avoir-honte-4111738>

⁴⁷ http://www.coccibleue.fr/?page_id=41

⁴⁸ Ibid



4) Les instances démocratiques et actions spécifiques santé mentale

Les contrats locaux en santé mentale (CLSM)

Sur le département de la Mayenne, la population couverte par un CLSM est de 43,3%, tandis qu'en région Pays de la Loire elle est de 13,1% soit **2 CLSM en Mayenne sur les 4 existants en Région Pays-de-la-Loire**.

Le département de la Mayenne est donc bien avancé sur la question des CLSM, et fait de la santé mentale une priorité sur les territoires de proximité.

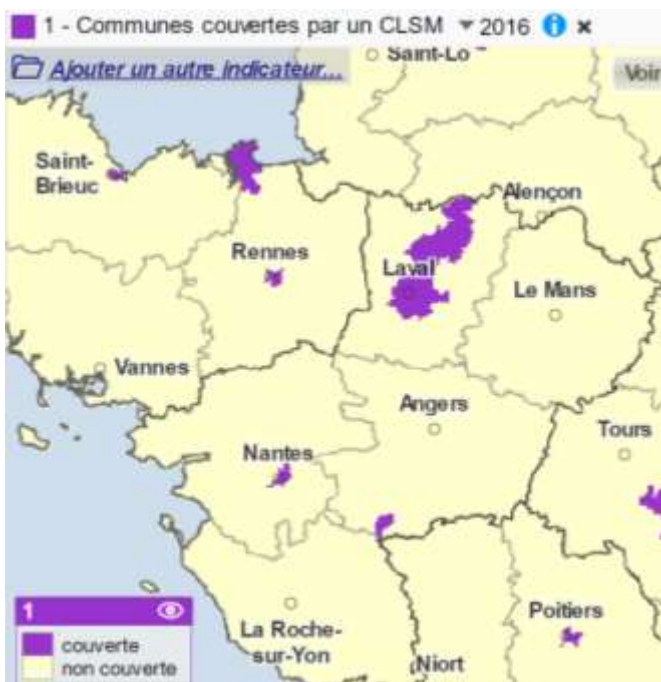


Figure 34 : Communes couvertes par un CLSM en 2016, Source : Atlas de la Santé Mentale

CLS et CLSM de Laval
CLS et CLSM de Mayenne Communauté
CLS des Coëvrons avec des actions sur la santé mentale
CLS du Pays de Craon avec un volet sur la prévention des addictions et la nutrition

Un partenariat TISF-IDE du contrat de ville de Laval pour un accompagnement individualisé :

Objectif de l'action :

Afin de remédier à une absence en termes d'aller-vers, la Ville de Laval a mis en place un poste d'infirmière, agent de développement en santé en partenariat avec l'Association AIDADOM. L'objectif est **d'aller vers des publics isolés, en rupture, en refus de soins, ou en non-demande d'aide**, et de leur garantir un accès aux soins par la mise en place d'un accompagnement individualisé.

Description synthétique de l'action :

L'infirmière du Contrat Ville peut préconiser un suivi par des TISF (Technicien d'Intervention Sociale et Familiale) au domicile de la personne afin de faire évoluer favorablement une difficulté liée à la santé (éviter des complications, des hospitalisations, assurer les rendez-vous médicaux), et confirmer l'adhésion de la personne à un parcours de soins.



Quelques chiffres concernant le profils des usagers et les difficultés identifiées :

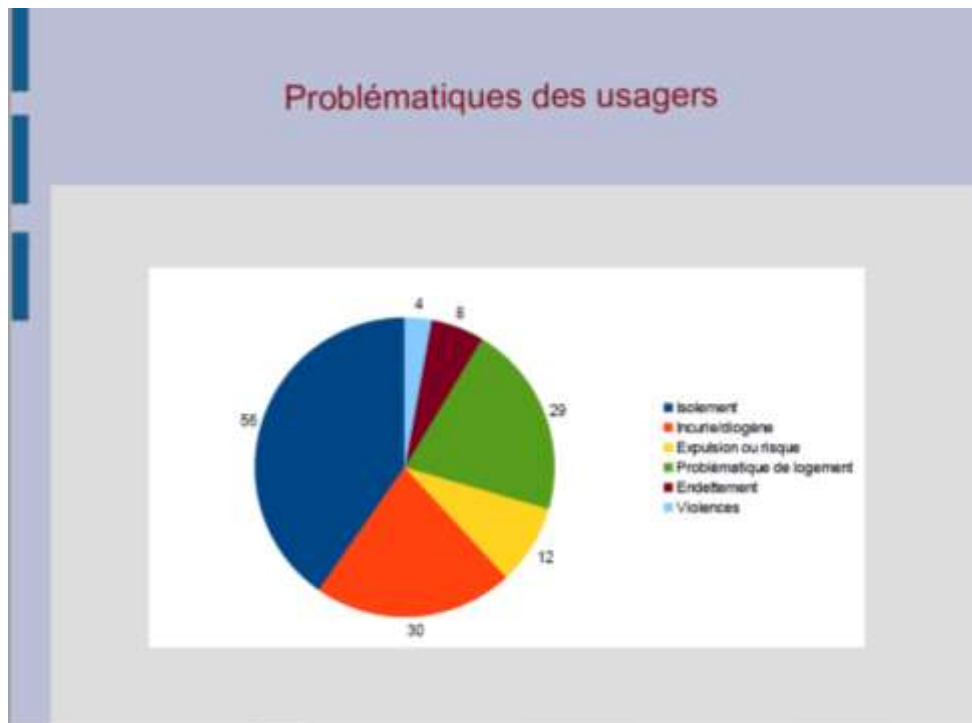
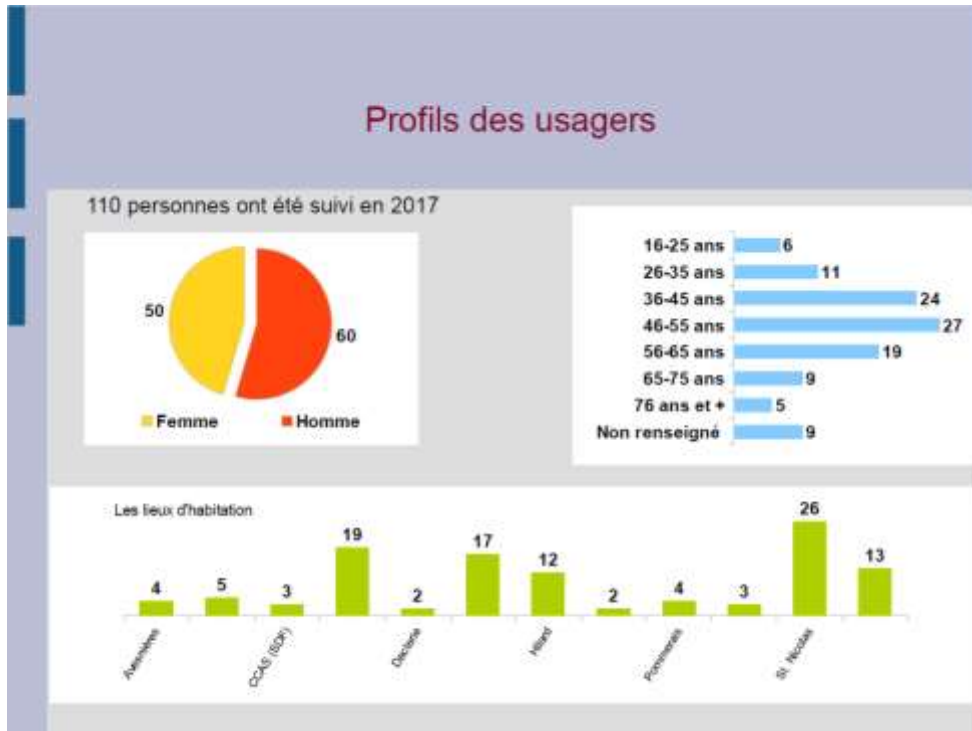


Figure 35 : diapositives issues du power point de présentation de la réunion du 16 mars 2018 du CLSM de Laval, Source : Infirmière chargée du volet santé - contrat de ville de Laval agglomération - Myriam Oumarjal



Les Semaines d'Informations en Santé Mentale

Les Semaines d'Informations en Santé Mentale (SISM) « sont un moment privilégié pour réaliser des actions de promotion de la santé mentale. Ces semaines sont l'occasion de construire des projets en partenariat et de parler de la santé mentale avec l'ensemble de la population ». ⁴⁹

Les SISM sont caractérisées par cinq objectifs majeurs : **sensibiliser (1)** et **informer (2)** le public, **rassembler (3)** les acteurs (les professionnels et usagers de la santé mentale) et les spectateurs, **aider au développement des réseaux de solidarité, de réflexion et de soin en santé mentale (4)** et enfin, **faire connaître les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité (5)**.

« Professionnels de santé, de l'éducation, du social, associations, usagers, familles, citoyens ou encore élus locaux sont invités à réaliser des actions à destination du grand public, pour parler ensemble de la santé mentale ». ⁵⁰

En Mayenne la **densité d'actions SISM est de 4,55 pour 100 000 habitants, elle est de 2,35 pour la région PDL et de 1,96 en France métropolitaine sur l'année 2016**. La Mayenne est là aussi le département de la région le plus en avance sur la mise en place de ces Semaines d'Informations en Santé Mentale.

La 30^{ème} édition des SISM pour l'année 2019 porte sur le thème de « La santé mentale à l'ère du numérique », ci-dessous, l'affiche nationale 2019 :

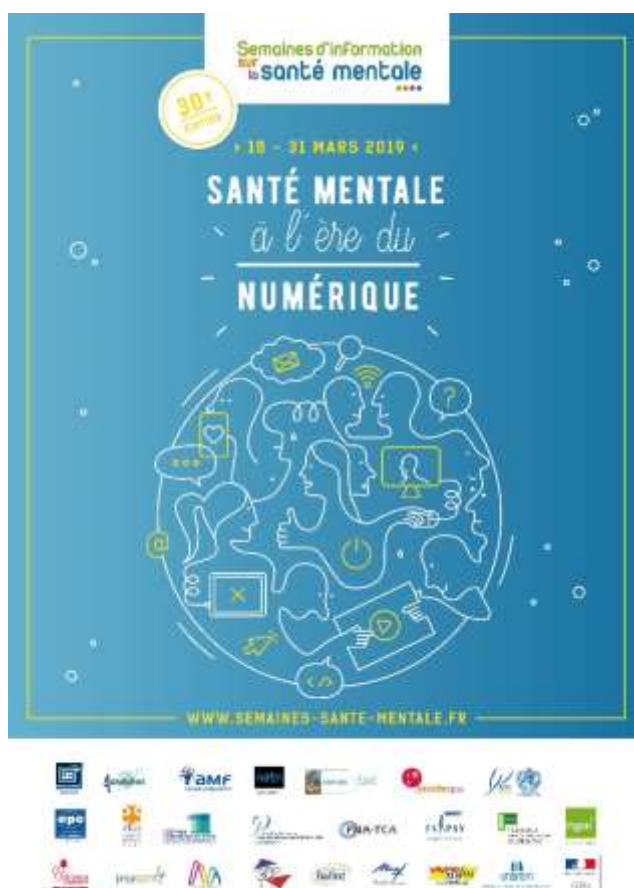


Figure 36 : Source : <https://www.semaines-sante-mentale.fr/sism-2/edition-2018-2/>

⁴⁹ <https://www.semaines-sante-mentale.fr/sism-2/les-sism-quest-ce-que-cest/>

⁵⁰ ibid



5) Le Groupement Hospitalier de Territoire de la Mayenne et du Haut-Anjou – filière santé mentale

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit un nouveau mode de coopération entre les établissements de santé publics : **les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)**.

L'objectif principal des GHT est de favoriser le travail le réseau entre établissements publics de santé d'un même territoire. Les établissements signataires d'un GHT s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé.

« Le principe est d'inciter les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région.

Les GHT organisent la complémentarité des établissements de santé, en prenant en compte la spécificité de chacun dans la construction de l'offre de soins.

Ils permettent de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant aux besoins de la population ». ⁵¹



Figure 37 : Périmètre des GHT e la région Pays de la Loire, Source : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoire-ght-0>

Concernant le GHT de la Mayenne et du Haut-Anjou :

Le GHT est composé de 7 établissements publics de santé :

- CH Laval (établissement support)
- CH Nord-Mayenne (Mayenne)
- CH du Haut-Anjou (Château-Gontier, Segré en Maine-et-Loire)
- CH du Sud-Ouest Mayennais (Craon, Renazé)
- CH d'Evron
- CH d'Ernée
- CH de Villaines-la-Juhel (en direction commune avec le CHNM)

Un diagnostic Territorial a été réalisé dans le cadre du GHT, avec une mission d'appui opérationnel à la définition de la filière santé mentale, dont le PTSM en retranscrit certaines données au sein de la partie IV et V.

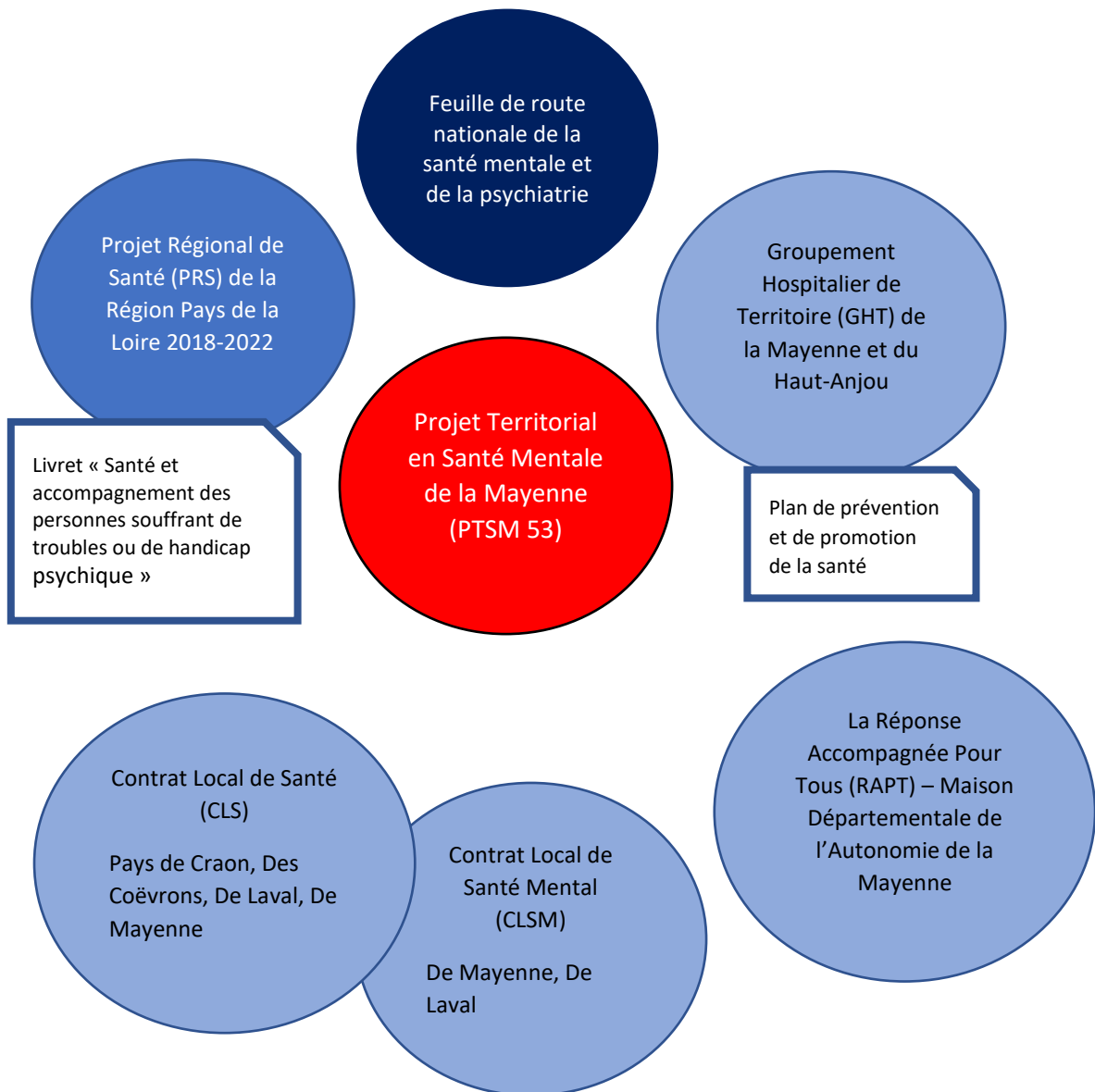
Les projets du PTSM qui intègrent le secteur sanitaire et ceux de la filière santé mentale du GHT seront travaillés en transversalité.

⁵¹ <https://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>



6) Les zones d'adhérence entre les différents schémas et projets.

Le **PTSM 53** est en lien avec les autres projets, travaux **nationaux**, **régionaux** et **départementaux**,





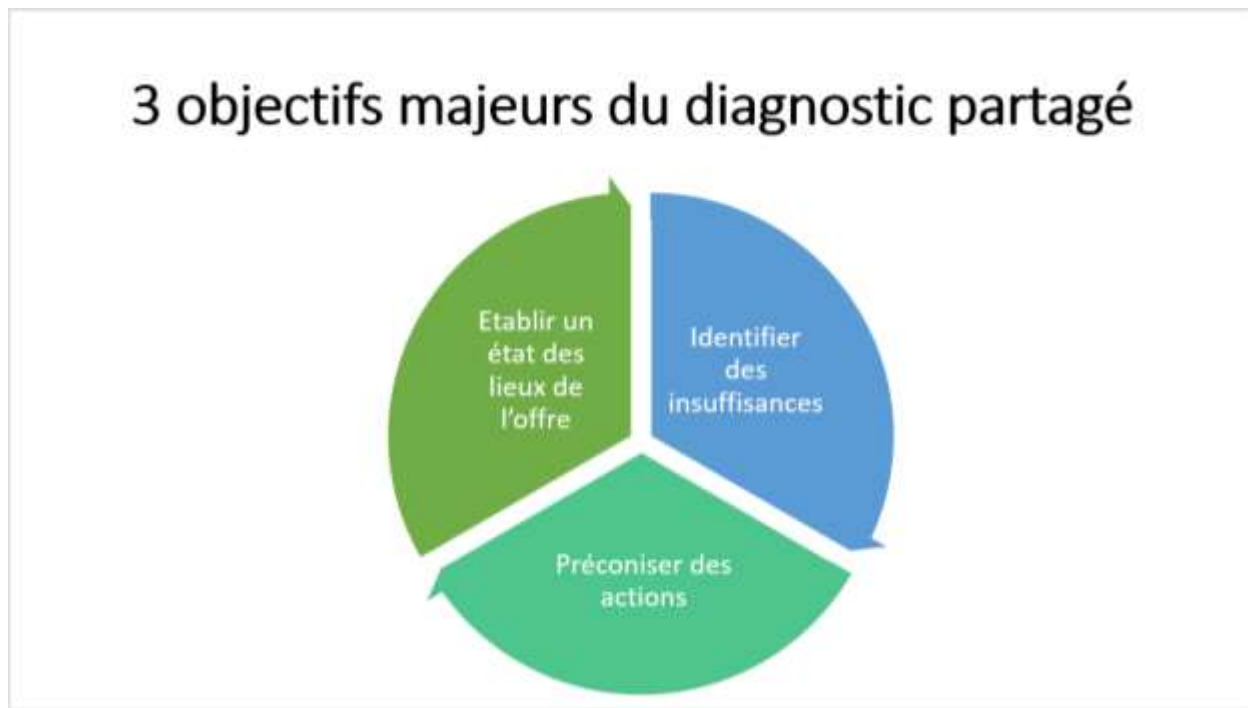
VI- Diagnostic territorial partagé : retours des travaux des groupes de thématiques

« L'élaboration du diagnostic territorial partagé constitue une démarche participative et qualitative qui permet aux acteurs d'élaborer une vision partagée de ce qui fonctionne sur le territoire en réponse aux besoins et aspirations des personnes, de ce qui fait défaut ou fonctionne moins bien, et d'identifier des leviers d'amélioration »⁵².

Sur le département de la Mayenne, le diagnostic territorial partagé a rassemblé différents acteurs (cf annexe n°5) des secteurs sanitaire, social, médico-social, les institutions, les associations d'usagers, de familles, de pairs-aidants, tous tournés autour d'un même objectif : l'amélioration du parcours de la personne dans le champ de la santé mentale.

Le projet territorial en santé mentale implique une réflexion globale et transversale des acteurs en considérant l'individu dans sa globalité.

Pour rappel, le diagnostic partagé comprend trois objectifs majeurs :



Afin de répondre aux trois objectifs du diagnostic partagé, le choix s'est porté sur [l'identification de trois grandes thématiques, chacune déclinée en ateliers de travail](#) pour cibler au mieux les enjeux et recouvrir ainsi toutes les dimensions et impacts de la santé mentale dans le parcours de vie et de santé de l'individu. Les termes de parcours de soins et de vie devant être regardés de manière conjointe.

⁵² Instruction du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux



Rappel des trois thématiques du diagnostic territorial partagé :

3 groupes de thématiques

Groupe de travail 1 : Prévention des crises, gestion des situations de crises, accès aux diagnostic, aux soins psychiatriques et somatiques

Groupe de travail 2 : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, organisation des parcours coordonnés

Groupe de travail 3 : Parcours enfance-adolescence, transition vers l'âge adulte, repérage et diagnostic précoce, partenariats et coordination des acteurs

Sommaire :

- 1) [Prévention des crises, gestion des situations de crise, accès au diagnostic, aux soins psychiatriques et somatiques](#)
- 2) [Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, organisation des parcours coordonnés](#)
- 3) [Parcours enfance-adolescence, transition vers l'âge adulte, repérage et diagnostic précoce, partenariats et coordination des acteurs](#)
- 4) [Quelques point à retenir](#)

Avertissement : le diagnostic territorial partagé ne fait pas état des échanges des ateliers dans leur intégralité. C'est un travail de compilation et de synthèse organisé selon une approche par les trois thématiques principales. Si des points majeurs vous semblent avoir été omis dans ce diagnostic, merci de nous en faire part.



1) Prévention des crises, gestion des situations de crises, accès au diagnostic, aux soins psychiatriques et somatiques

1.1 Exposé de la thématique

La première thématique traitée englobe la prévention des crises, la gestion des situations de crise, l'accès au diagnostic, l'accès aux soins psychiatriques et aux soins somatiques.

La prévention des crises est essentielle, il s'agit de détecter en amont les signes précurseurs d'une crise et d'éviter si possible d'aller vers une hospitalisation sans le consentement de la personne.

L'accès aux soins, reconnu comme l'un des droits fondamentaux de l'utilisateur doit tendre à être garanti à l'ensemble des usagers du système de santé et **les difficultés d'accès à un diagnostic** peuvent entraîner des non-prises en charge, ou des prises en charge tardives du trouble ou de la maladie mentale qui à termes dégraderont l'état de santé général de la personne.

Les personnes en souffrance psychique ont en effet une espérance de vie de 20 ans inférieure à la moyenne nationale, et « *sur le plan épidémiologique la maladie mentale, et plus particulièrement le trouble dépressif, le trouble bipolaire et la schizophrénie constituent des facteurs de risque de diverses pathologies, cardiovasculaires certes, mais aussi de cancer* »⁵³ l'accès aux soins psychiatriques et somatiques est donc essentiel.

1.2 Etat des lieux et analyse

L'état des lieux et l'analyse feront état des forces et des faiblesses sur ces 4 axes :

- **La prévention** : prévention de la crise, prévention sur les impacts des troubles psychiques sur l'état de santé général (soins somatiques)
- **La coordination des acteurs** : les partenariats, les liens entre les acteurs, quelle permanence des soins, quelle interconnaissance des acteurs, la pertinence de l'adressage, les conventionnements en place, quelles procédures, les liens avec les pairs aidants
- **L'accessibilité de l'utilisateur aux dispositifs** : le repérage et les signes d'alerte de la crise, la gestion de la crise l'accessibilité physique et géographique pour l'utilisateur, les horaires, la lisibilité de l'offre, les réponses apportées, la réponse par l'aller vers, la formation, la prévention
- **La continuité du parcours** : les situations inadéquates, le lien ville – hôpital, les sorties d'hospitalisation, les relais dans l'accompagnement de l'utilisateur, le rétablissement des personnes, le changement de domicile, le changement de structure, les âges de la vie (transitions – ruptures)

Nota bene : cette thématique fait également état des éléments issus d'une réunion d'échange entre les médecins généralistes et les médecins psychiatres ayant eu lieu le 23 octobre 2018.

⁵³ « Maladie mentale et pathologies somatiques : une quadruple perte de chance », Source : <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11839-010-0236-8.pdf>



Groupe de travail 1 : Prévention des crises, gestion des situations de crises, accès aux diagnostic, aux soins psychiatriques et somatiques

Les principales forces :

➤ **Au niveau de la prévention :**

- Les UMP soulignées comme des plateformes intéressantes dans la gestion de la crise (cf : réunions médecins psychiatres-médecins généralistes).

➤ **Au niveau de la coordination des acteurs :**

- **Un département innovant :**

- Des expérimentations qui sont mises en place par les acteurs, les partenaires.
- Le développement des CLS et CLSM qui renforce l'interconnaissance des acteurs.

- **Un partenariat dynamique :**

- Une connaissance mutuelle et un travail partenarial des professionnels.
- Une permanence des soins ambulatoires efficace, et la présence soulignée du service médical de proximité d'Hilard.
- Des conventions de partenariats déjà en place sur des secteurs.
Exemple : des conventions entre les hôpitaux, les CMP et les EHPAD, sur du soutien concernant des situations de personnes en détresse psychique, situations sur lesquelles les soignants en EHPAD peuvent avoir des difficultés.
Des liens avec la médecine de ville également et une dynamique engagée dans le cadre du PAERPA⁵⁴.
- Un bon maillage territorial, qui est à valoriser.
- Des liens avec le premier recours, avec les maisons et pôles de santé.
- Une évolution de la collaboration hôpital-ville : la réalisation de plans personnalisés de soins pour des sorties complexes (cf : réunions médecins psychiatres-médecins généralistes).
- L'existence de la Maison de l'Autonomie avec des interlocuteurs identifiés sur chaque secteur géographique, et des temps de coordinations physiques pluridisciplinaires mis en place lors d'interpellations sur des situations.
- Une amélioration de la communication entre les médecins généralistes et les médecins psychiatres liée notamment à la mise en place des STAFF (cf : réunions médecins psychiatres-médecins généralistes).

⁵⁴ <http://www.parcourssantedesaines.fr/fr/>



➤ Au niveau de l'accessibilité pour l'utilisateur :

- **Une diversité des lieux-ressources** qui existent pour les usagers
 - La présence notamment des quatre GEM sur le département comme lieux de rencontres, et de rupture de l'isolement.
- **Une présence de différents acteurs :**
 - Le soutien et l'importance de l'entourage familial
 - Une présence soulignée des acteurs du logement social et du domicile (dans l'accompagnement, le repérage et le signalement)
 - Une réactivité des professionnels dans la prise en charge
 - Un accueil rapide des IDE sur les CMP qui permet de hiérarchiser les demandes.
 - Une prise en charge UMP-CMP soulignée
 - Des associations d'utilisateurs force de propositions et de soutien.
 - Une association de pairs-aidants sur le département : Pouvoir d'Agir engagée sur la notion de rétablissement.
 - Le rôle de l'UNAFAM en soutien auprès des familles et des usagers, qui organise des groupes de paroles et des ateliers sur les connaissances des troubles et des maladies psychiques.
- **Des dispositifs pertinents dans l'accompagnement :**
 - La présence des appartements relais thérapeutiques mis en avant comme une plus-value pour l'utilisateur.

➤ Au niveau de la continuité du parcours :

- **Un panel de dispositifs ouverts aux différents profils d'utilisateurs :**
 - Quand le soin est enclenché ainsi que la reconnaissance des droits, différentes solutions, dispositifs qui s'ouvrent pour la personne
- **Une volonté d'interconnaissance des acteurs dans un objectif de continuité du parcours de la personne :**
 - Des liens entre les partenaires, l'importance de l'interconnaissance des acteurs qui favorise la continuité du parcours de l'utilisateur
- **Des acteurs de la médecine spécialisée présents :**
 - UMP et CMP soulignés comme des acteurs soutenant
 - Une importance de l'accompagnement des IDE libérales dans le parcours de la personne
 - Sur le suivi en termes d'addictions ; ont été soulignés les rôles du CSAPA et de l'EMA et concernant la restauration des capacités relationnelles celui du CATTP.



Les principales faiblesses, à améliorer :

➤ Au niveau de la coordination des acteurs :

- **Un lien à renforcer entre les acteurs des soins somatiques et psychiatriques**
 - Un besoin de plus de liens entre l'hôpital et la médecine de ville, entre le médecin psychiatre et le médecin généraliste.
Le médecin généraliste n'a pas toujours d'information concernant une hospitalisation de son patient.
 - L'objectif serait également de tendre vers une meilleure gestion du changement de traitement et d'éviter les doublons au niveau des ordonnances.
 - La nécessité de mettre en place un meilleur relais entre la psychiatrie et la médecine du travail, notamment en ce qui concerne les situations du burn-out qui se développent de plus en plus.
 - La nécessité de renforcer la présence médicale, la présence des médecins sur les CMP.
- **Un manque de communication et de transmissions d'informations sur le parcours de l'usager**
 - Des insuffisances ont été constaté dans la communication d'informations utiles à la fluidité des parcours, notamment entre les acteurs du sanitaire et du domicile.
 - Une certaine réticence dans les échanges d'informations qui peut sembler liée à la barrière du secret médical.
 - A été indiqué que tout ne doit pas forcément se dire mais il y a une nécessité d'appréhender les conséquences de la maladie, de recueillir des informations concrètes sur le quotidien de la personne pour anticiper et favoriser l'accompagnement des acteurs du domicile ; un besoin d'avoir connaissance des répercussions des maladies psychiques sur les aspects somatiques.
- **Une méconnaissance des outils de coordination**
 - Des outils de coordination qui sont parfois méconnus ou inexistants
- **Difficulté dans la gestion de la crise et dans la procédure**
 - Il existe différentes considérations possibles de la crise, avec des curseurs différents selon les acteurs.
Réflexion du groupe sur les facteurs déclencheurs de la crise : les ruptures de traitement, le stress post-traumatique, les situations de précarité, les situations d'incuries.
 - Des difficultés dans le signalement de situations et dans l'absence parfois d'une réponse immédiate.
- **Un manque de lisibilité du réseau de professionnels : dû à la multiplicité des motifs d'entrées**



- **Fragilité du réseau : lié à une faible densité médicale, à la mobilité professionnelle et à une forte personnalisation**
 - Une fragilisation du réseau qui peut être perçue lors du départ d'une personne connue et reconnue au sein du réseau d'acteurs.

- **Une gestion de l'entrée et de la sortie d'hospitalisation à améliorer**
 - La gestion de la sortie, la coordination de la sortie est à améliorer pour certaines situations à travers une transmission et une récupération d'informations en amont.
 - A été mis en avant la rapidité de la sortie pour l'entourage de l'utilisateur avec le souhait d'une information qui arrive plus en amont pour que la famille puisse anticiper un retour à domicile.

- **Systématisation de l'orientation vers la psychiatrie par défaut**
 - L'orientation se fait plus facilement directement vers la psychiatrie que vers la médecine de ville, on ne pense pas forcément en premier lieu à l'impact de la maladie sur le somatique, à une cause somatique qui déclenche une crise par exemple.
 - Une certaine confusion entre la psychiatrie, les maladies mentales (consultations psychiatres) et des situations de mal être en santé mentale ne nécessitant pas de prescription médicale (consultations psychologues).
 - La psychiatrie est parfois difficilement prise en charge dans les soins de ville, de premier recours (cf : réunions médecins psychiatres-médecins généralistes).

- **Difficulté d'intégrer l'utilisateur comme acteur à part entière dans le parcours de soin et dans son environnement**
 - Lien avec les aidants (familles entre autres) et les pairs-aidants à renforcer et une place des usagers à réaffirmer comme acteur de la coordination.
 - La place de la personne de confiance qui n'est pas toujours bien connue.

- **Un cloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social**
 - Un manque de lisibilité sur les protocoles de partenariats.
 - Manque de lisibilité entre les différents corps médicaux.



➤ **Au niveau de l'accessibilité pour l'utilisateur :**

- **Une démographie médicale tendue, problématique d'accès aux soins**
 - Un manque de médecins généralistes et spécialistes, dont psychiatres et pédopsychiatres.
 - Une difficulté pour les médecins psychiatres libéraux à prendre de nouveaux patients, souvent confrontés à des situations urgentes et précaires (cf : réunions médecins psychiatres-médecins généralistes).
 - Des difficultés en termes de recrutement sur le plan médical, la tension est néanmoins moins forte sur plan paramédical (cf : réunions médecins psychiatres-médecins généralistes).

- **Manque de connaissance et peu de lisibilité de l'offre existante**
 - Des difficultés dans la connaissance de l'ensemble des dispositifs et des ressources disponibles pour l'utilisateur et pour les professionnels.

- **Couverture de l'offre inégale sur le territoire**
 - Une disparité des dispositifs sur les zones du département entre le milieu rural et urbain.
 - Un besoin de développer l'offre d'éducation thérapeutique du patient.

- **Périodes de crise : manque d'information, de lisibilité, de gestion dans la prise en charge, méconnaissance du plan de crise, offre de soins limitée notamment pour l'organisation des soins sous contrainte**
 - Les familles sont par moment démunies lors de ces périodes de crises, dans l'attente et parfois la crainte d'une récurrence.
 - La question de l'agressivité pendant la crise a aussi été évoquée avec des délais d'interventions et de prises en charge parfois trop longs.
 - Des agents d'accueil qui peuvent également se retrouver en difficulté lorsqu'ils font face à de telles situations.
 - Une difficulté dans la gestion de l'attente aux urgences qui se trouvent parfois embolées.
 - Nécessité de trouver une solution intermédiaire entre un rendez-vous dans 6 mois auprès d'un psychiatre ou un envoi immédiat aux urgences. (cf : réunions médecins psychiatres-médecins généralistes)
 - A été évoqué le système de plan bien-être, mis en place notamment par l'association Pouvoir d'Agir 53. C'est un plan d'aide à la prévention d'une crise dans un objectif d'éviter les rechutes et de constater une dégradation de l'état de santé psychique de la personne avec la possibilité de contacter un pair-aidant.



- **Difficultés d'accès aux soins, freins à l'accès : longueur des délais, prise de rendez-vous parfois difficile, accompagnement physique nécessaire, mobilité, barrière de la langue, réticence vis-à-vis de l'environnement hospitalier, refus de soins**
 - Une accessibilité aux soins parfois compliquée du fait du refus des usagers par crainte de l'hospitalisation, a été mise en avant la symbolique autour de l'environnement hospitalier.
 - Une difficulté dans la prise de rendez-vous en termes de délais et de facilité pour un usager ayant des troubles psychiques.
 - Des rendez-vous non honorés, des ordonnances mal suivies, des difficultés d'accès aux soins, ou de renoncement aux soins d'où une nécessité de mieux organiser l'accompagnement vers les soins somatiques. La nécessité de mettre en place un accompagnement physique pour rassurer l'utilisateur et désensibiliser sur l'environnement hospitalier.
 - Une difficulté d'accès au médecin traitant ; pas de consultations au domicile ce qui peut compliquer l'accès aux soins pour certaines usagers.
 - Des problématiques de mobilité et d'isolement des usagers vivant en zones rurales qui n'ont parfois pas de moyens de transports, et peu de ressources pour accéder à un dispositif de mobilité payant pour aller vers les soins.
Une disparité de l'offre constatée sur les zones du département plus rurales et moins dotées en dispositifs et services publics adaptés.
 - La problématique des compréhensions liée à la barrière de la langue et de la culture pour les populations migrantes (accès à l'interprétariat limité).

- **Difficultés dans la reconnaissance administrative du handicap psychique et dans la mobilisation des aides au domicile.**
 - Des aides à domicile accordées qui sont relativement faibles pour une personne porteuse d'un handicap psychique, entraînant des difficultés dans le suivi somatique, et une non prise en charge dans l'accompagnement du « faire avec ».

➤ **Au niveau de la continuité du parcours :**

- **Difficulté de co-construire des parcours de soins et de vie entre les acteurs de l'accompagnement et du soin**
 - Un décloisonnement à renforcer entre les secteurs de la psychiatrie et les acteurs de l'accompagnement afin de mieux articuler la coordination médicale et la coordination sociale et renforcer la collégialité pour aller-vers une co-construction de parcours de soins et de vie.

- **Une manque de clarté sur l'offre d'acteurs du territoire**
 - Mieux définir le périmètre des acteurs et leurs actions au niveau géographique et en détailler les articulations dans l'intérêt de l'utilisateur et de son parcours.



- **Un manque de visibilité pour les médecins généralistes : sur les modes d'accès, les ressources, les appuis en psychiatrie**
 - Une meilleure connaissance, sensibilisation à apporter aux médecins généralistes sur les modes d'accès aux soins en psychiatrie ainsi que sur les ressources et les appuis en amont de situations de crise.

- **Difficultés de repérage et de prévention en santé mentale**
 - Nécessité de proposer des modalités de prévention et de prises en charge en amont du parcours, notamment pour les usagers « hors parcours de soins », non connus par les Services de soins et/ou « hors du droit commun ».
 - Peu de stratégies de prévention en santé mentale pour le grand public.

- **Difficulté d'accès au logement ou à l'hébergement à l'issue d'une hospitalisation pour les personnes vulnérables**
 - A la suite d'une hospitalisation l'utilisateur rencontre parfois des difficultés dans la continuité de ces soins liées à la problématique du logement et de l'hébergement.

- **Difficultés dans l'organisation et le suivi des sorties d'hospitalisation**
 - Dans les échanges d'informations, les relais entre les acteurs, le retour au domicile.

- **Difficultés pour les familles dans la gestion du retour à domicile**
 - Des difficultés notamment après une hospitalisation sous contrainte qui a pu être déclenchée par la famille.

- **Difficulté de gestion des inadéquats dans les trois centres hospitaliers (idée sorties de files active)**
 - Une réflexion à mener sur les sorties des files actives de psychiatrie ou addictologie.
 - Un travail est également à faire sur le relai avec la médecine de ville.

- **Nécessité de rendre l'utilisateur plus acteur de son parcours de soins**
 - L'objectif serait d'aller vers une amélioration de la mise en avant du vécu de la personne, vers une amélioration du ressenti pour l'utilisateur de mieux maîtriser le déroulement des soins.



Pour donner suite aux différents points abordés ultérieurement, nous retiendrons les principaux enjeux identifiés dans cette thématique, qui sont :

- Sensibiliser à la prévention primaire pour améliorer le repérage et faciliter l'accès à l'offre de soins.
- Maintenir et élargir la dynamique partenariale en impliquant l'ensemble des acteurs comme les familles, les acteurs du domicile, la pair-aidance pour une meilleure coordination des parcours.
- Renforcer la coordination médicale entre les médecins généralistes et psychiatres.
- Renforcer la coordination des acteurs dans l'organisation de la sortie d'hospitalisation.
- Améliorer les échanges, l'interconnaissance et les pratiques partagées entre professionnels.
- Poursuivre la construction d'outils partagés et des process pour une prise en charge et une coordination plus efficiente.

Ces quatre points démontrent une nécessité de renforcer la coordination sur le territoire.

- Construire une réponse pour apaiser les situations de crise des personnes isolées, sans accompagnement.
- Trouver des alternatives face à la démographie médicale.
- Prévenir les risques suicidaires.



Pour rappel cette thématique 1 répond aux objectifs du **décret du 27 juillet 2017**, à savoir :

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

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

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

Priorité 4 : La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.



2) Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, organisation des parcours coordonnés

2.1 Exposé de la thématique

La seconde thématique traitée dans le cadre du diagnostic territorial partagé fait part de façon générale de l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux et de l'organisation des parcours coordonnés.

Les troubles psychiques ont des impacts directs sur l'environnement quotidien d'un usager. La santé, le logement, l'emploi et la vie sociale et citoyenne sont des facteurs qui entrent en corrélation. En effet, lorsqu'une difficulté apparaît elle tend à rejallir sur les autres facteurs de l'environnement de l'individu.

L'enjeu de la thématique est d'adopter une logique de parcours centrée sur les besoins des personnes, qui nécessite des regards croisés et une réelle coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

2.2 Etat des lieux et analyse

L'état des lieux et l'analyse feront état des forces et des faiblesses sur ces 3 axes :

- **La coordination des acteurs** : les partenariats, la connaissance et l'interconnaissance des acteurs, les liens entre les professionnels, les échanges d'informations, la pertinence de l'adressage, les conventionnements en place, les relais
- **L'accessibilité de l'utilisateur aux dispositifs** : accessibilité physique, accessibilité géographique, les horaires, la lisibilité de l'offre, les délais et la pertinence des réponses apportées, l'aller-vers, la reconnaissance du handicap psychique, l'accessibilité au logement et à l'hébergement, l'accessibilité à l'emploi en milieu ordinaire, l'accès à la formation, l'accès à la vie sociale et citoyenne
- **La continuité du parcours** : la continuité dans l'accompagnement, les sorties d'hospitalisation, le maintien dans le logement, le maintien dans l'emploi, les mesures d'accompagnement, les situations inadéquates, la gestion du changement vers une autre structure, le changement de domicile, les situations à risque de ruptures, les périodes identifiées de ruptures, la variabilité dans le temps

Avertissement : cette thématique n'a pas fait l'objet d'une synthèse inter-ateliers mais elle est organisée en fonction des domaines de la thématique 2 (la lutte contre la stigmatisation et l'aide aux aidants, le logement et l'hébergement, la formation et l'emploi, et la vie sociale et citoyenne).



Groupe de travail 2 : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, organisation des parcours coordonnés

Autour de la lutte contre la stigmatisation et l'aide aux aidants

Les principales forces :

➤ Au niveau de la coordination des acteurs

- **Une dynamique du réseau associatif pour l'utilisateur et les aidants engagés dans la déstigmatisation des troubles psychiques.**
 - Les quatre GEM sur le département.
 - L'UNAFAM en soutien aux familles avec des espaces d'écoute, et de formations pour les aidants.
 - L'association Pouvoir d'agir, acteur récent sur le département engagé sur le sujet du rétablissement et sur la mobilisation des savoirs expérientiels, vecteurs de lutte contre la stigmatisation.
 - Les chargés d'accompagnement de la Maison de l'Autonomie qui mettent en relation les partenaires et maîtrisent les réseaux locaux d'acteurs.
- **Mobilisation autour de temps forts (type SISM – Cf page 65)**
 - Les Semaines d'Information en Santé Mentale (SISM) qui sont des temps importants de lutte contre la stigmatisation, d'échanges et de rencontres pour les professionnels et les usagers.
- **Des outils émergents (type plan de crise)**
 - Le plan de crise est soulevé comme un outil intéressant qui remet « la crise » dans une dynamique de parcours et de rétablissement.
- **Activation de ressources d'information au niveau régional et national**
 - Des ressources sur le plan régional et national comme le Centre de Ressources Handicap Psychique (CREHPSY : <http://www.crehpsy-pl.fr/fr/>) et PSYCOM (organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale : <http://www.psycom.org/Psycom>)
- **Présence d'un Accueil Familial Thérapeutique sur le territoire**



➤ **Au niveau de l'accessibilité pour l'utilisateur**

- **Présence de réunions de concertations entre les acteurs et les personnes concernées.**
 - Des collaborations en place (exemple : échanges tous les trois mois entre le GEM et le Centre Hospitalier de Château-Gontier).

➤ **Au niveau de la Continuité du parcours**

- **Volonté d'une nouvelle offre de répit, lieu de ressourcement.**
 - L'association Pouvoir d'Agir réfléchit à la mise en place de cette nouvelle offre pour les personnes en souffrance.
- **Dynamique de réflexion des CMP autour de l'accueil des aidants.**

Les principales faiblesses, à améliorer :

➤ **Au niveau de la coordination des acteurs :**

- **Inexistence d'une équipe mobile pour répondre aux signalements d'alerte des aidants.**
- **Nécessité d'améliorer la prise en charge des aidants dans tous les lieux de soins.**
 - Il serait intéressant d'organiser un espace d'accueil et d'écoute dédié aux familles dans ces lieux.
- **Nécessiter de plus sensibiliser les professionnels du premier recours.**
 - Par une meilleure implication des professionnels du soin autour de la lutte contre la stigmatisation.
- **Difficulté de communication entre le médecin généraliste et le médecin psychiatre.**
 - Une nécessité de déployer des outils sécurisés de transmissions d'informations et d'organiser des rencontres entre ces professionnels.
- **Manque de déploiement des actions de déstigmatisation sur les zones rurales** (en dehors des trois pôles urbains de Laval, Château-Gontier et Mayenne).
- **Difficulté de sensibiliser le grand public autour des maladies mentales.**
 - Notamment en matière de déstigmatisation des troubles psychiques.
- **Limitation de la reconnaissance des troubles psychiques à travers la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) :** difficultés pour les aidants qui sont fortement mobilisés dans l'accompagnement et les tâches du quotidien auprès de la personne.



- **Aucune réponse sur le droit au répit des aidants**
 - Inexistence de droit au répit reconnu pour les aidants des personnes atteintes de troubles psychiques. Ce droit a été reconnu pour les aidants des personnes âgées en perte d'autonomie dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015 et permet de financer dans la limite de 500€ par an un hébergement temporaire, un accueil de jour ou encore un relais à domicile : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/quest-ce-que-le-droit-au-repit>.

➤ **Au niveau de l'accessibilité pour l'utilisateur :**

- **Difficultés d'accessibilité des usagers aux informations et aux ressources disponibles autour des troubles psychiques.**
- **Nécessité de renforcer les liens entre les associations d'usagers et les services psychiatriques.**
 - Lien entre les GEM, EDI et les Services de psychiatrie pour une meilleure identification des ressources extérieures pour l'utilisateur hospitalisé.
- **Inexistence de lieux d'écoute et de répit pour les familles en souffrance.**

➤ **Au niveau de la continuité du parcours**

- **Offre trop séquencée de la déstigmatisation.**
 - Nécessité d'aller vers une continuité dans les actions de déstigmatisation.
- **Nécessité de mieux organiser les sorties d'hospitalisation en lien avec les aidants.**
 - Par la transmission d'informations aux aidants pour l'organisation en amont du retour au domicile.

Autour du logement, l'hébergement

Les principales forces :

➤ **Au niveau de la coordination des acteurs**

- **Partenariat effectif entre les acteurs et les bailleurs.**
 - Exemple : mise en place de baux glissants et l'attribution de logements adaptés.
- **Poursuite et valorisation de l'action de partenariat TISF-IDE du contrat de ville de Laval pour un accompagnement individualisé.**



- Une réponse adaptée « d’aller-vers » sur des situations complexes (personnes isolées, vulnérables, en rupture et/ou refus de soins, en non-demande d’aide).
- **2 CLSM en Mayenne sur 4 sur la région des Pays-de-Loire.**
 - Un CLSM à Laval et un CLSM à Mayenne.

➤ **Au niveau de l’accessibilité pour l’usager**

- **Présence de dispositifs et structures en nombre sur le département.**
(CHRS, résidence accueil, maisons relais etc)
- **Mise en place d’expérimentations, mobilisations des acteurs.**
 - Exemple de la maison dite « tremplin » sur le secteur de Mayenne.

➤ **Au niveau de la continuité du parcours**

- **Volonté du maintien à domicile de l’usager par les acteurs.**
- **Une offre variée et accessible.**
 - Une offre variée de dispositifs et « une offre de logement relativement abondante, à des prix accessibles », en comparaison à d’autres départements de la région⁵⁵.

Les principales faiblesses, à améliorer :

➤ **Au niveau de la coordination des acteurs :**

- **Manque de coordination des acteurs dans l’organisation du retour vers le logement à la suite d’une sortie d’hospitalisation.**
- **Souhait d’un conventionnement plus lisible entre les institutions d’accueil et d’hébergement et les centres hospitaliers.**

➤ **Au niveau de l’accessibilité pour l’usager :**

- **Manque de places dans les établissements médico-sociaux et des listes d’attente importantes.**
 - Constat par les acteurs d’un manque de place dans les Foyers De Vie (FDV) et établissements médico-sociaux, qui peut entraîner une embolisation des Services

⁵⁵ Plan local d’action pour le logement et l’hébergement des personnes défavorisées de la Mayenne, 2015-2020, Département de la Mayenne



de soins de suite et de réadaptation (SSR) et alimenter des listes d'attente déjà importantes sur certains dispositifs.

- **Manque de visibilité sur les dispositifs existants.**
 - A été constaté le manque d'un recensement et d'une cartographie claire des dispositifs.
- **Difficultés d'accessibilité au logement pour les usagers de la psychiatrie à long terme.**
 - Une causalité forte entre travail-logement-mobilité : qui se traduit par des impacts comme la difficulté d'obtenir un travail sans logement et sans moyen de locomotion.
- **Inadéquation de la réponse apportée à la demande d'accompagnement des usagers : des délais d'attente importants et une temporalité de la délivrance de l'aide inadaptée.**
 - Une aide plus adaptée au besoin (ponctuelle, courte et temporaire).
 - Nécessité d'avoir une réponse plus en adéquation avec les besoins actuels de la personne.
- **Manque propositions de dispositifs alternatifs entre le logement autonome et un logement en établissement – en collectif.**

➤ **Au niveau de la continuité du parcours**

- **Pas de procédure de repérage et d'intervention posée autour de la problématique d'incuries dans la logement.**
 - Constat : mobilisation des élus et des maires des communes autour de cette problématique, expression d'un besoin de soutien et de services sur lesquels s'adosser.
- **Manque de moyens financiers et humains pour du soutien à domicile.**
- **Altération du suivi et de l'accompagnement lorsque la personne change de domicile sur un autre secteur du territoire.**
 - Limite de la sectorisation : a été évoqué l'importance du lien de confiance de la personne avec son psychiatre.
- **Problématique d'accès et de maintien dans le logement pour les personnes en rupture et en situation de précarité.**
 - Exemple : jeunes (tranche d'âge 16-25 ans) qui peuvent s'exposer à des risques de ruptures dans leur parcours et à des situations complexes (parfois sans logement et sans projets).



Autour de la formation et l'emploi

Les principales forces :

➤ **Au niveau de la coordination des acteurs**

- **Proximité des acteurs pour une meilleure coordination.**
- **Présence de référents handicaps dans des institutions et entreprises.**
- **Présence d'un service d'emploi accompagné.**
 - Job Coach 53 sur le département qui facilite l'accès vers l'emploi ordinaire en accompagnant la personne au sein de l'entreprise.

➤ **Au niveau de l'accessibilité pour l'utilisateur**

- **Existence de dispositifs sur le territoire facilitant l'accès à l'emploi adapté, l'emploi ordinaire et au travail protégé.**
 - ESAT, PLIE, SPE, Mission locale, Job coach, SAMSAH-SAVS, Pôle Emploi, Cap emploi-Sameth etc.
- **Développement d'initiatives en faveur de l'emploi et de la formation.**
 - Exemple création du **Centre de ressources en mobilité**, piloté par le conseil départemental : <http://www.insertion53.fr/Les-actions/Mobilite/Le-centre-de-ressources>.
- **Espaces de concertation dans les structures pour une meilleure orientation du public jeune.**
 - Une meilleure orientation du public jeune du fait de la connaissance de leurs projets.

➤ **Au niveau de la continuité du parcours**

- **La possibilité et l'importance d'essayer.**
 - Avec par exemple des stages en milieu ordinaire (Exemple de APIC'S du dispositif SAPHIR Insertion).
- **Une variété de l'offre à l'accès à l'emploi permettant l'adaptation du parcours en fonction du profil de l'utilisateur.**

(Des dispositifs passerelles comme la Section Annexe de l'ESAT : <https://www.adapei53.fr/nos-prestations-et-services/le-travail-protège/mission/>)



- **Des opportunités d'emplois sur le département.**
 - Adéquation de l'offre d'emploi avec les marchés porteurs (fibre optique : 1^{er} départemental rural à être équipé à 100% en 2021).

Les principales faiblesses, à améliorer :

➤ **Au niveau de la coordination des acteurs :**

- **Pas de doubles orientations milieu ordinaire / milieu protégé pour organiser des transitions et de faire des allers-retours entre les deux.**
 - La double orientation permettrait plus de souplesse, une coordination facilitée pour les acteurs.
- **Manque de places sur les dispositifs existants autour de l'emploi et de la formation.**

➤ **Au niveau de l'accessibilité pour l'utilisateur :**

- **Des délais d'attente importants et peu de lisibilité de l'offre autour de l'emploi et de la formation pour l'utilisateur.**
 - Nécessité d'améliorer la connaissance de l'offre auprès de l'utilisateur.
- **Problématique de mobilité pour accéder à l'emploi.**
 - Les usagers n'ont pas toujours de moyens de transports pour accéder à l'emploi ou à la formation.
 - L'éloignement de certains services et la fracture numérique (dématérialisation) peuvent entraîner des difficultés d'accès pour les usagers.
- **Freins en matière d'accès aux dispositifs liés aux critères d'entrées des politiques publiques.**
- **Difficulté d'accès à l'emploi à la suite d'une scolarité en milieu ordinaire.**
 - Un jeune qui quitte une scolarité en milieu ordinaire pour aller vers l'emploi peut connaître une période de creux importante et de réelles difficultés.
 - Nécessité d'intégrer les secteurs porteurs sur le département dans l'accès à l'emploi.
- **Manque de flexibilité entre l'orientation choisie et la maturité du projet de la personne (choix définitif du milieu ordinaire ou milieu protégé).**
 - Parfois un décalage entre l'âge administratif et la maturité du projet de la personne.
Sentiment pour l'utilisateur de devoir parfois renoncer à un parcours professionnel quand doit se faire ce choix.



- Cependant, l'idée de l'orientation « d'entre deux » milieu ordinaire/milieu protégé doit pouvoir derrière être accompagnée par des dispositifs qui puissent faire la passerelle entre les deux.
- **Manque d'aménagement et de souplesse sur les accès, le rythme et la densité d'une formation pour une personne ayant des troubles psychiques.**
 - La compensation du handicap est peu prise en compte dans les formations. Il n'y a pas toujours d'aménagement mis en place pour la personne : il conviendrait de permettre une meilleure adaptation du rythme et de la densité des formations.
 - Les cloisonnements d'âge peuvent limiter les accès à la formation, au parcours d'apprentissage.
 - Manque de souplesse et de coordination entre le planning du jeune en ULIS lycée et celui du stage en milieu protégé.
- **Nécessité de sensibiliser et communiquer auprès des acteurs de l'emploi et des employeurs sur la souffrance psychique.**
- **Nécessité de mieux informer les employeurs sur les aides financières accordées pour l'emploi de personnes avec un handicap psychique.**

➤ **Au niveau de la continuité du parcours**

- **La réévaluation des aides peut être un période d'instabilité de ressources pour l'utilisateur et n'est pas favorable au passage vers le milieu ordinaire.**
- **Un manque de corrélation des financements institutionnels qui impactent et freinent les possibilités de coopérations entre acteurs.**
(Exemple pas de possibilité d'un double accompagnement SAMSAH - CAP EMPLOI).
- **Méconnaissance sur les difficultés de l'utilisateur dans son parcours professionnel par son entourage et certains employeurs.**
(Parcours non linéaire : caractère instable du trouble, de la maladie avec des hauts et des bas avec des périodes de ruptures qui doivent être appréhendées).



Autour de la vie sociale et citoyenne

Les principales forces :

➤ **Au niveau de la coordination des acteurs**

- **Une bonne couverture du territoire avec un maillage structuré de 4 GEM et 10 EDI.**
- **Interconnaissance des acteurs et un réseau important de structures associatives, de partenaires.**
(Exemple : des relations entre GEM et CMP qui fonctionnent bien)
- **Des liens établis entre acteurs pour un accompagnement efficient de l'utilisateur.**
 - Les orientations sont jugées positives lorsque le soignant-référent accompagne l'utilisateur vers un passage de relai entre les structures.

➤ **Au niveau de l'accessibilité pour l'utilisateur**

- **Intérêt et poursuite des prescriptions du sport pour une ALD par les médecins généralistes.**
 - Un facteur de bien être dans le parcours de soins et de vie d'un individu.
- **Présence de dispositifs sportifs à des visées inclusives.**
 - Des dispositifs sportifs en lien avec les fédérations sportives.
- **Existence de réseaux de transports adaptés.**
(Exemples : Mobitul, Le petit pégase, Transport Solidaire etc)
- **Intérêt des rencontres avec les équipes soignantes pour l'orientation du public.**
- **Rôle important de la pair-aidance dans la vie sociale et l'insertion.**

➤ **Au niveau de la continuité du parcours**

- **Engagement de liens et des changements de postures entre les secteurs sanitaire et social.**
(Exemple : collaboration entre l'EDI « A la croisée » et la Clinique de Pritz : information donnée par l'EDI sur les possibilités en termes d'activités sociales et citoyennes auxquelles peuvent participer les usagers).
- **Intégration de l'expression des besoins, des attentes et du rythme de l'utilisateur dans son parcours par les acteurs.**



- **Présence d'une expérimentation d'un outil sur l'amélioration de la qualité de vie de l'utilisateur.**
 - Projet baromètre (outil numérique pour l'utilisateur) en expérimentation par le GEIST Mayenne : <https://www.projetbarometre.com/retab/login.aspx?ref=>

Les principales faiblesses, à améliorer :

➤ Au niveau de la coordination des acteurs :

- **Manque de visibilité sur les lieux et les personnes ressources.**
- **Manque de souplesses liées aux cadres administratifs.**
 - Des cadres qui peuvent être bloquants pour répondre aux besoins des usagers.
- **Manque d'articulation entre le projet de soin et de vie de la personne, lié aux cloisonnements des secteurs.**
- **Méconnaissance des structures et des complémentarités en capacité d'accueillir les usagers en souffrance psychique.**

➤ Au niveau de l'accessibilité pour l'utilisateur :

- **Des difficultés pour les usagers dans les déplacements et la prise de rendez-vous**
 - Réponse inadaptée du personnel d'accueil par manque de sensibilisation sur les troubles psychiques, ce qui peut générer une non-demande et/ou un repli de la personne.
- **Des difficultés pour les populations migrantes liées à la barrière de la langue.**
- **Un manque de diffusion de l'information sur l'accès adapté au sport, à la vie sociale et associative.**
- **Un manque de dispositifs d'aller-vers pour répondre à l'isolement social et relationnel des personnes ayant des troubles psychiques.**
- **Frein financier dans l'accès à une activité par son coût financier.**
- **Nécessité de renforcer les transports en zones rurales pour favoriser l'accès aux activités.**



➤ **Au niveau de la continuité du parcours**

- **Améliorer la visibilité, l'information sur les associations pour s'assurer du relais et d'une continuité dans le parcours.**
(Anticiper les sorties d'hospitalisation en améliorant les liens entre le sanitaire et le secteur associatif afin d'être dans une continuité en termes de ressources pour l'utilisateur).
- **Des cloisonnements encore présents entre le secteur sanitaire et les autres partenaires sociaux.**
- **Des ruptures de parcours lors de changements de situations administratives.**
 - Exemples de ruptures de parcours pour les jeunes majeurs et pour les personnes âgées de plus de 60 ans au moment de l'ouverture des droits à la retraite.
- **Pas assez de valorisation du bénévolat reconnu.**



Pour donner suite aux différents points abordés ultérieurement, nous retiendrons les principaux enjeux identifiés dans cette thématique, qui sont :

- Une importance de développer « l'aller-vers » pour aller au plus près des personnes vulnérables et en rupture de soins.
- Amélioration de l'organisation des temps d'hospitalisation en amont et en aval.
- Développement de la pair-aidance.
- Renforcement de la place et du rôle des personnes, des familles, des aidants.
- Amélioration des échanges entre professionnels sur les situations individuelles rencontrées.
- Articuler le projet de soin et le plan personnalisé de santé avec le projet de vie de la personne.
- Déploiement des cellules de veille autour du logement/hébergement.
- Portage conjoint d'une communication positive sur la santé mentale auprès du grand public et à destination du marché du travail.
- Amélioration des connaissances autour du trouble psychique des acteurs périphériques (notamment pour les agents d'accueils des services publics) pour permettre une réponse adaptée.
- Etablissement d'une cartographie des acteurs et des ressources pour améliorer la lisibilité et la coordination.



Pour rappel cette thématique 2 répond aux objectifs du **décret du 27 juillet 2017**, à savoir :

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

Priorité 5 : Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.

Priorité 6 : L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.



3) Parcours enfance-adolescence, transition vers l'âge adulte, repérage et diagnostic précoce, partenariats et coordination des acteurs

3.1 Exposé de la thématique et des ateliers

La dernière thématique traitée dans le cadre du PTSM est spécifique au parcours de l'enfance et de l'adolescence. Les acteurs de ce champ sont différents de ceux présents sur le secteur de l'accompagnement adulte. Un repérage dès le plus jeune âge va permettre une prise en charge le plus précocement possible, par la mise en place de dispositifs spécifiques afin d'aller vers un meilleur développement de l'enfant et d'accompagner les parents.

« Les maladies psychiatriques sont des pathologies qui surviennent tôt dans l'existence : 75 % des affections psychiatriques débutent avant l'âge de 25 ans et la plupart des troubles sévères apparaissent à l'adolescence »⁵⁶

La thématique fait état également de cette phase d'adolescence où les troubles peuvent se déclarer. La tranche d'âge la plus complexe est celle des 16-25 ans, période où le jeune passe du secteur de l'enfance au secteur de l'adulte avec une coordination nécessaire au regard des passages de relais dans les prises en charge. Cette transition peut s'avérer difficile lorsque le jeune est dans une absence de projet, de repli sur soi, avec ces troubles non stabilisés. L'âge de la majorité modifie également sous plusieurs aspects l'accompagnement de l'utilisateur.

3.2 Etat des lieux et analyse

L'état des lieux et l'analyse feront état des forces et des faiblesses sur ces 4 axes :

- **La prévention et le repérage** : repérage précoce (deux volets de réflexion : précoce dans le repérage des troubles, les prodromes et le plus précocement possible dès la petite enfance), les actions de promotion prévention, sensibilisation déployées sur le territoire
- **La coordination des acteurs** : les partenariats, les liens entre les acteurs, l'interconnaissance, la pertinence de l'adressage, les conventionnements en place, les procédures, les liens entre l'école le secteur sanitaire médico-social et social, les liens entre l'école et les Services d'accompagnement, l'appui au corps enseignant, la formation des personnels à la spécificité du handicap psychique
- **L'accessibilité de l'utilisateur aux dispositifs** : l'accessibilité physique et géographique, l'accès au milieu scolaire ordinaire, les horaires, la lisibilité de l'offre, les réponses et les orientations apportées, les réponses apportées en matière d'orientation scolaire, les délais de réponse, la réponse par l'aller vers
- **La continuité du parcours** : le lien ville – hôpital, le suivi au domicile, le changement d'accompagnement, le changement de structure éducative, le changement de domicile, la transition vers l'âge adulte, les relais et accompagnements lors des transitions, les ruptures de parcours (exemple : jeunes en errance), les liens avec les parents, avec le cercle familial.

⁵⁶ <http://www.institutmontaigne.org/publications/psychiatrie-letat-durgence>



Groupe de travail 3 : Parcours enfance-adolescence, transition vers l'âge adulte, repérage et diagnostic précoce, partenariats et coordination des acteurs

Les principales forces :

➤ **Au niveau de la prévention et le repérage**

- **Les professionnels de la petite enfance qui gravitent autour de l'enfant peuvent être amenés à faire du repérage précoce.**
- **Des actions de prévention à la demande des établissements.**

➤ **Au niveau de la coordination des acteurs**

- **Une interconnaissance et un travail partenarial des acteurs.**
 - Des échanges et partenariats identifiés, des regards croisés des professionnels.
- **Plusieurs dispositifs coordonnés.**
 - Pour exemple : le groupe passerelle coanimé par la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte, les équipes de suivi de scolarisation, les actions de prévention (IDE scolaire) et le travail sur les compétences psycho-sociales.
- **La création de l'Equipe Mobile Ressources en soutien aux professionnels⁵⁷.**
 - Equipe mobile Ressources mise en place par l'Association Félix Jean Marchais – DITEP. Equipe départementale mise en place depuis octobre 2015 avec un conventionnement ARS pour les 0-20 ans (2 ETP à mi-temps). Elle a pour objectif de soutenir les professionnels mis à mal dans leurs pratiques en sollicitant une aide pour des enfants manifestants des troubles du comportement.
- **Soutien de l'accompagnement des acteurs par l'environnement familial.**
- **Des pratiques d'accompagnement entre les équipes éducatives et les parents.**

➤ **Accessibilité pour l'utilisateur**

- **Présence d'un lieu non connoté santé mentale : la Maison des adolescents.**

⁵⁷ <https://www.fjmarshais.com/wp-content/uploads/2017/11/Plaque-EQi-EMR-11.17-PDF.pdf>



- Lieu non connoté qui favorise l'accès des personnes (adolescents et parents), qui écoute, repère, oriente et conseille.
- **Des solutions personnalisées de scolarisation qui démontrent l'efficacité du système scolaire.**
- **L'existence de dispositifs, de structures adaptées sur le territoire.**
 - ITEP, IME, SESSAD, Maison des adolescents, CAMPS etc
 - Et sur le plan régional : le Centre de Soins Etudes de Sablé-sur-Sarthe.
- **Le rôle des enseignants référents de scolarité.**

➤ **Continuité du parcours**

- **La continuité primaire - collège avec des formations conjointes des enseignants du primaire-collège.**
- **La politique de l'école inclusive sur le département.⁵⁸**
- **Un intérêt souligné pour l'Equipe Mobile Ressources et son action sur la continuité du parcours de l'enfant.**
- **Bonne collaboration entre les acteurs (professionnels et familles) facilitant les transitions et la continuité du parcours.**

Les principales faiblesses, à améliorer :

➤ **Au niveau de la prévention et le repérage**

- **Nécessité de renforcer le repérage des troubles psychiques**
 - Un repérage difficile des premiers signes d'apparition des troubles psychique par méconnaissance et manque de sensibilisation du grand public et des professionnels.
 - Troubles qui peuvent être non repérés lors du parcours scolaire de premier degré. La prise charge et l'accompagnement des enfants de plus de 6 ans est moins coordonné et plus dispersé (pas de professionnels référents).
 - Le diagnostic est parfois tardif faute de capacités d'accueil des structures.

⁵⁸ Ecole inclusive qui rejoint les orientations nationales : <http://www.education.gouv.fr/cid132935/ensemble-pour-l-ecole-inclusive.html>



- Des problématiques de repérage dues également à la dominante rurale du département et à l'isolement social de certains usagers sur le territoire.
- Difficulté d'une prise de conscience des parents des troubles psychiques ou du trouble du comportement de leur enfant.
- **Nécessité de mieux s'appuyer et être à l'écoute de l'entourage pour améliorer la prise en charge.**
- **Nécessité de mieux orienter les soins psychiques par une prise en charge financière des consultations psychologues par la CPAM.**
 - Cf : expérimentations sur certains territoires :
<http://psychologues.org/secteurs/exercice-liberal/actualites>.

➤ **Coordination des acteurs**

- **Un manque de places et une disparité de l'offre sur le territoire.**
 - Les moyens et les places sur les dispositifs ITEP, SAMSAH et SESSAD ne semblent pas suffisantes pour couvrir les besoins.
 - Un manque de structures hybrides types : le Centre-Soins-Etudes de Sablé-sur-Sarthe
 - Un manquement constaté sur les collèges et lycées (surtout sur les ULIS lycées) dans certaines zones du département avec une inégalité de la couverture territoriale (notamment dans la zone nord est de la Mayenne).
- **Un manque de lien, de lisibilité et de l'intégration des acteurs périphériques et de leur expertise dans le parcours de l'enfant.**
 - Une méconnaissance parfois des missions des autres acteurs périphériques dans le parcours de la personne. Celle-ci ne permettant pas à fortiori la coordination pour une prise en charge plus adaptée.
 - Nécessité de mieux intégrer et travailler en lien avec l'expertise des acteurs gravitant autour de l'enfant (AVS, TAPS, ATSEM, animateurs enfant jeunesse etc).
- **Une coordination à renforcer entre l'éducatif et le thérapeutique.**
 - Une nécessité de généraliser l'articulation et la coordination des interventions du premier recours avec les urgences pédiatriques et psychiatriques etc.
- **Un manque de temps de concertations inter-structures.**
- **Un nombre important d'intervenants de milieux professionnels de cultures professionnelles différentes qui gravitent autour de l'utilisateur.**
 - Complexification dans la lisibilité de la prise en charge et dans le travail de coordination et le lien entre les acteurs. Une nécessité de mieux cartographier les acteurs dans le parcours de l'utilisateur.



- **Des échanges d'informations à renforcer lors du passage vers les dispositifs enfance – adolescence – adulte.**
 - Nécessité de partager les données sur les parcours pour mieux accompagner les transitions, notamment les données relatives aux parcours antérieurs des jeunes lorsqu'ils arrivent sur des structures adultes.
- **Des troubles non pris en charge faute de la présence d'un service approprié.**
 - Pour exemple seul SESSAD spécialisé sur les troubles du langage sur le département.
- **Un cloisonnement des cadres administratifs qui se répercute sur les fonctionnements, sur les accompagnements et les coordinations.**
- **Les délais de réponses et traitements longs se répercutent sur l'orientation et l'offre d'accompagnement.**

➤ **Accessibilité pour l'utilisateur**

- **Un repérage et un diagnostic qui parfois sont trop tardifs :**
 - Des **difficultés d'identification des troubles** quand ils ne se manifestent pas concrètement.
 - Des **difficultés dans l'acceptation, la compréhension pour des familles**, parfois même un certain déni pouvant retarder la prise en charge.
 - Une **image négative de la psychiatrie** qui peut compliquer l'accessibilité de par la stigmatisation de la société envers les personnes ayant un handicap psychique.
- **Un manque de pédopsychiatres.**
 - Le taux d'équipement global en pédopsychiatre est inférieur au niveau national (cf page 52)
- **Parfois une difficulté de recrutement lié à l'attractivité de l'emploi sur le secteur éducatif et social.**
- **Problématiques de transports pour les familles :**
 - Un manque de transports en commun sur le territoire qui complexifie l'accès aux soins pas toujours présent en proximité sur les communes des zones rurales. Des enfants et adolescents qui sont dépendants de leurs parents.
 - Un déséquilibre géographique dans les prises en charge des jeunes en rupture.
- **Des carences pour « aller-vers » des personnes vulnérables.**
 - Notamment la question de l'aller-vers des jeunes isolés, en rupture.
 - Pas de démarche d'aller-vers de tous les professionnels.



- **Un manque de lisibilité sur les ressources et les acteurs pour les familles et usagers qui entraîne des difficultés d'accès et de prise en charge par des structures pouvant être sollicitées et les aider.**

➤ **Au niveau de la continuité du parcours**

- **Nécessité d'améliorer les passages de relais entre les acteurs (enfant-adolescent-adulte).**
 - Avec une insertion sociale et une inclusion dans l'emploi qui sont difficiles, d'autant plus lorsque les troubles ne sont pas stabilisés.
- **Un manque de souplesse dans les passerelles qui marquent les étapes du parcours : avec l'absence de référent de parcours pour l'entrée dans le secteur de l'adulte.**
 - Une différence de pratique entre les secteurs, pour l'enfance un interlocuteur est nommé et joue le lien du partenariat avec les autres professionnels dont libéraux alors que pour l'adulte il y a beaucoup d'interlocuteurs et pas de référent identifié.
- **Nécessité de mieux partager des informations entre professionnels : notamment lors des passage de relais.**
 - Une insuffisance opposée au respect du secret médical.
- **Plusieurs périodes de ruptures identifiées (cf schéma page 103 à 105) :**
 - A l'âge de 16 ans : fin de l'obligation scolaire, orientation vers la psychiatrie adulte, accès aux nouveaux neuroleptiques, arrêt du Programme de Réussite Educative.
 - Age de 19-23 ans : période principale de rupture, des acteurs peuvent sortir de leur missions initiales pour répondre à un besoin urgent et éviter la rupture d'accompagnement.
 - Absence de service de coordination spécialisé.
- **Une manque de solutions et d'alternatives en amont et pendant la scolarisation.**
 - Absence de lieux de répit et de ressourcements lors des temps de scolarisation en classes ordinaires (exemples : accueils de jour thérapeutiques, diminution du temps de classe, relais adaptés au sein de structures d'enseignements externalisées en établissements médico-sociaux, renfort d'un accompagnement SESSAD par le PCPE).
- **Un manque d'accompagnement des parents dans leurs démarches administratives ou l'ouverture de droits à des aides financières.**
 - Offre d'accès aux activités périscolaires difficile.
 - Compréhension et complétude des dossiers difficile.
- **Difficulté de conciliation entre vie familiale et vie socio-professionnelle de l'entourage.**



- **Manque de soutien à la parentalité et pas de lieux de répit.**
 - Aucune action au droit au répit pour les aidants et de soutien à la parentalité autour du handicap sur le département.

- **La difficulté pour les équipes et la famille concernant l'implication de celle-ci lorsque l'utilisateur devient majeur, en lien avec le respect du consentement de l'individu.**



Pour donner suite aux différents points abordés ultérieurement, nous retiendrons les principaux enjeux identifiés dans cette thématique, qui sont :

- Intégration de l'ensemble des personnes ressources notamment du milieu ordinaire, gravitant autour de l'enfant dans son parcours de soins et de vie.
- Intensification des liens entre le sanitaire, le médico-social et social.
- Amélioration des relais lors du passage vers l'âge adulte.
- Intégration et prise d'appui sur les acteurs du premier recours (MSP, Pôles de Santé, PALEX, etc).

Ces quatre points démontrent une nécessité de renforcer la coordination entre les acteurs sur le territoire.

- Sensibilisation des professionnels autour du repérage précoce (âge et apparition des troubles).
- Coopération sur de nouvelles modalités d'accompagnement de l'enfant (exemple : en séquentiel).
- Réflexion sur des possibilités de replis et d'alternatives sur les temps scolaires.
- Création de lieux de répit pour les aidants.
- Amélioration de l'accompagnement des parents lors de la phase d'acceptation.
- Développement du contrat jeune majeur.
- Permettre une offre de stage mixte pour les internes en médecine.



Pour rappel cette thématique 3 répond aux objectifs du **décret du 27 juillet 2017**, à savoir :

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

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

Priorité 6 : L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.



Synthèse – résumé global

Les principaux atouts recensés sur le département sont :

Une dynamique partenariale liée à :

- Une connaissance mutuelle des professionnels
- Un territoire qui favorise la proximité
- Une volonté commune des acteurs d'améliorer le parcours de soins et de vie de l'utilisateur

Une offre diversifiée de dispositifs, de structures et d'associations intervenants dans le parcours de l'utilisateur

Des acteurs qui sont déjà engagés sur le territoire dans des expérimentations, innovations, initiatives dans la recherche de nouvelles modalités d'accompagnement sur le champ de la santé mentale :

- L'Equipe Mobile Ressources, le dispositif d'emploi accompagné Job Coach 53, PALEX etc
- Le développement des CLSM
- La pair-aidance : Pouvoir d'Agir 53, les GEM (4 sur le territoire)

Les principales problématiques recensées sur le territoire départemental sont :

Un manque de visibilité des acteurs, structures, dispositifs et de leurs missions respectives

Une coordination entre les différents secteurs et un partage d'informations à renforcer :

Renforcement à faire sur plusieurs niveaux :

- Entre les professionnels libéraux, dont les médecins généralistes avec les médecins psychiatres
- Entre les professionnels des soins somatiques et les professionnels des soins psychiatriques
- Entre les acteurs de santé, du médico-social, du social et du milieu éducatif.

Une gestion des entrées et sorties d'hospitalisation à améliorer dans :

- L'organisation du retour au domicile personnel, familial ou en structure
- Dans la coordination des acteurs lors du retour vers le logement

Une offre et des moyens à renforcer concernant :

- La psychiatrie et la pédopsychiatrie : une démographie médicale tendue
- Des lieux de répit et de ressourcements pour l'utilisateur et pour son entourage (aidants, et parents)
- Une équipe mobile sur des situations de prévention de crise
- Une couverture disparate de l'offre sur le département (entre zones urbaines et rurales)
- Un manque de places et des listes d'attente importantes sur différents dispositifs
- Un manque d'alternative entre le logement autonome et collectif



Un travail sur l'accessibilité et la mobilité à renforcer :

- Isolement de certains usagers, surtout en zones rurales ayant peu ou pas de moyens de transport personnel

Une nécessité de renforcer la place de l'utilisateur et de son entourage, les familles, les aidants

Un accompagnement à renforcer sur :

- Les transitions dans le parcours afin d'éviter les ruptures
- La compréhension et l'acceptation des troubles de leur enfant par les parents
- Les rendez-vous médicaux : crainte de l'environnement hospitalier
- Les aides à domicile par une meilleure reconnaissance du « faire avec » et un soutien de l'entourage

Un besoin de plus de flexibilité et d'aménagement sur :

- Les cadres administratifs et les limites institutionnelles
- Les formations (domaine de l'emploi) : nécessité d'adapter le rythme et la densité d'une formation à un usager ayant des troubles psychiques
- Sur l'orientation et la maturité du projet de la personne (choix milieu ordinaire/milieu protégé dans l'emploi)
- Les besoins actuels de la personne et l'accord de la demande

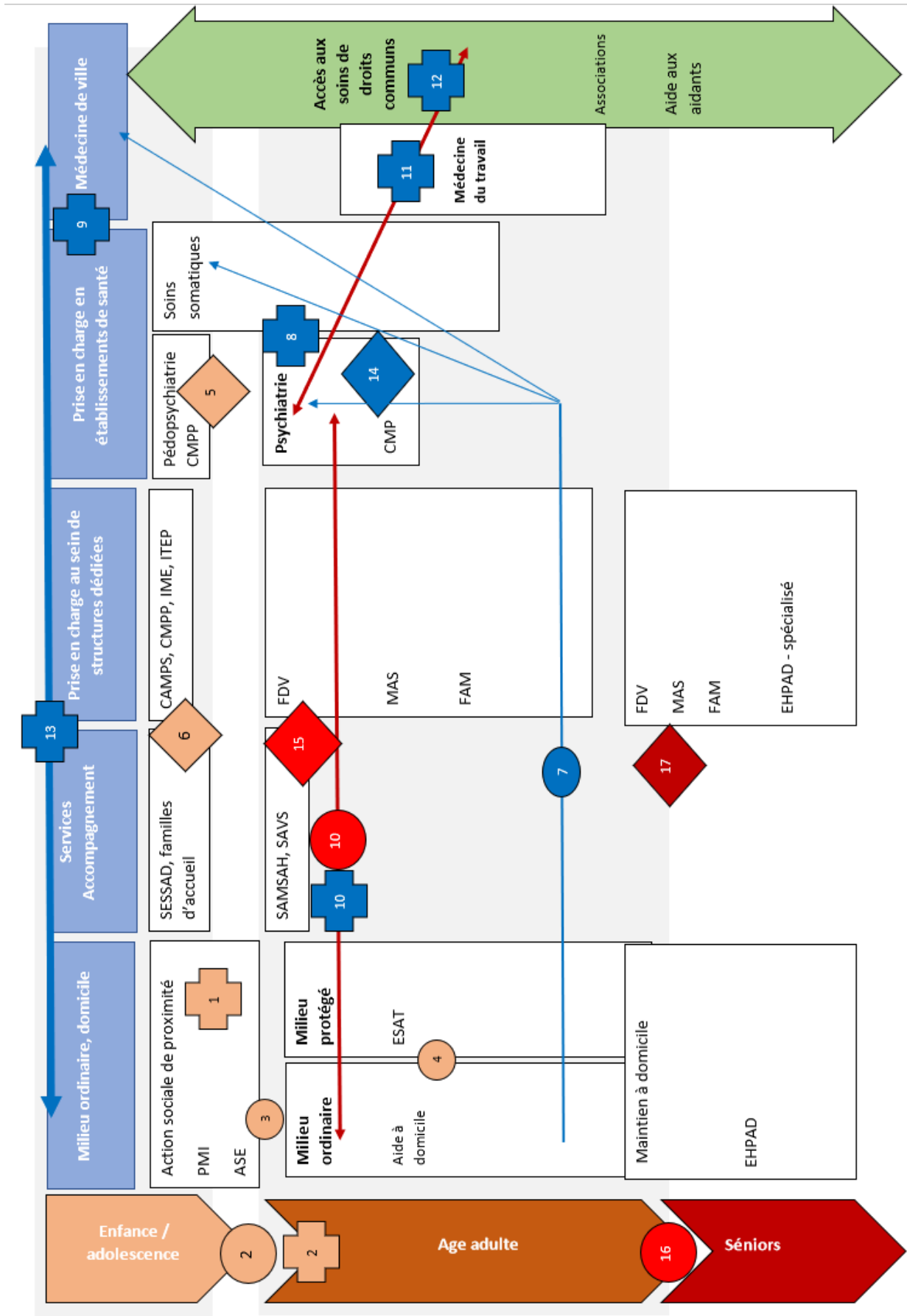
La nécessité d'améliorer le repérage et de sensibiliser aux troubles psychiques :

- Les professionnels gravitant autour de l'enfant
- Les agents d'accueil des différents services publics
- Le milieu professionnel
- Le grand public

Pour prendre en charge le plus tôt possible et repérer les usagers « hors parcours de soins » et « hors du droit commun »







Les principales ruptures identifiées dans le parcours de l'utilisateur :





Légende :

| | | |
|---|--|-------------------|
|  | Point de blocage (ex : manque de moyens, de maillage) | Secteurs : |
|  | Impossibilité /rupture potentielle de l'accompagnement | - enfance |
|  | Rupture constatée | - adulte |
|  | Limites, freins constatés | - sénior |
| | | - tout âge |

Périodes de ruptures potentielles, liens identifiés à renforcer au sein des ateliers de travail :

- 1- Liens à renforcer avec les acteurs travaillant autour et avec l'enfant susceptibles de repérer des situations, mettre l'accent sur le repérage pour ensuite faire le lien entre les acteurs et avec les parents
- 2- Le couperet de la majorité : passage de l'adolescence à la vie adulte qui oblige à changer de structures, de dispositifs. **1BIS** : une rupture potentielle sur la tranche d'âge 16-25 ans qui s'expose à un risque de rupture dans leur parcours du fait d'un retour parfois au domicile des parents suite à une hospitalisation (relation dès lors compliquée avec la famille), avec un risque d'errance et d'absence d'accompagnement : nécessité d'une coordination entre les acteurs du secteur de l'enfance et de l'adulte.
- 3- Transition pour le jeune qui quitte une scolarité en milieu ordinaire pour aller vers l'emploi en milieu ordinaire : problématiques d'accès à l'emploi
- 4- Transition entre le milieu protégé et le milieu ordinaire avec une nécessité de devoir faire un choix entre les deux et parfois de renoncement à un parcours professionnel. **4BIS** : Le passage vers le milieu ordinaire peut être un frein car il impose une réévaluation des aides : période transitoire qui déstabilise.
- 5- Une démographie médicale a un impact direct sur le parcours d'accès ou de recours aux soins de la personne avec de potentiels retards de prises en charge ou de ruptures.
- 6- Le manque de places constatées et des listes d'attente importantes qui peuvent entraîner des ruptures dans les parcours et /ou un retard dans la prise en charge
- 7- Difficulté d'accès aux soins pour les usagers en zones rurales faute de moyens de transport ou de mobilité



- 8- Un lien à renforcer entre les soins psychiatriques et somatiques (des impacts importants), un accès aux soins à améliorer pour les personnes (suivi des rendez-vous, accompagnement...), un lien à renforcer entre le médecin psychiatrie et somatique
- 9- Un lien à faire entre les soins de ville et l'hôpital, manque d'informations, relai à faire entre la médecine de ville sur les sorties des files actives de psychiatrie et d'addictologie
- 10- Rupture potentielle dans le parcours lors d'une sortie d'hospitalisation, du retour à domicile, situation parfois conflictuelle et compliquée à gérer pour la famille
10bis : rupture dans l'accompagnement faute de transmission d'informations. Nécessité de renforcer les liens entre des acteurs du sanitaire vers les acteurs du domicile sur les conséquences de la maladie psychique.
- 11- Relais à faire entre la psychiatrie et la médecine du travail pour la psychologie sociale qui prend de plus en plus de place dans notre société.
- 12- Mieux anticiper les sorties d'hospitalisations en améliorant les liens entre le sanitaire et le secteur associatif pour éviter les ruptures dans l'accompagnement.
- 13- Renforcer les liens et les échanges d'informations entre les acteurs, pour « aller vers » une véritable coordination tout au long des parcours, afin de mieux accompagner les transitions et éviter les ruptures.
- 14- Un manque de praticiens psychiatres sur le département
- 15- Des manques de places constatées et des listes d'attente importantes qui peuvent entraîner des ruptures dans les parcours, ou un retard dans la prise en charge
- 16- Période potentielle de rupture pour les plus de 60 ans au moment de la constitution du dossier du droit à la retraite.
- 17- Un manque de places en EHPAD, et surtout en EHPAD spécialisés sur le handicap psychique, des situations inadéquates constatées (personne dans un service alors qu'elle relèverait d'un autre mais par manque de places, impossibilité de prise en charge)



Liste des acronymes

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique
ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
ADAPEI : Association Départementale des Amis et Parents de personnes handicapées mentales
ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
AEEH : Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé
ALD : Affection de Longue Durée
AME : Aide Médicale d'État
ANAP : Agence Nationale D'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
APA : Allocation Personnalisée Autonomie
APAJH : Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés
APEI : Association de Parents et Amis de personnes présentant une déficience intellectuelle
ARS : Agence Régionale de Santé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ATMP : Association Tutélaire des Majeurs Protégés
AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire
CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce
CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CD : Conseil Départemental
CDOS : Comité Départemental Olympique et Sportif
CFA : Centre de Formation Apprentis
CHHA : Centre Hospitalier du Haut Anjou
CHL : Centre Hospitalier de Laval
CHNM : Centre Hospitalier du Nord-Mayenne
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIO : Centre d'Information et d'Orientation
CJC : Consultations Jeunes Consommateurs
CLS : Contrat Local de Santé
CLSM : Contrat Local de Santé Mentale
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPP : Centre Médico-Psycho Pédagogique
CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
COFIL : Comité de Pilotage
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Mayenne
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CTS : Conseil Territorial de Santé
DGARS : Direction Régional de l'Agence Régionale de Santé
DMAH : Durée Moyenne Annuelle d'Hospitalisation
DSDEN : Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale
DTPJJ : Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
EDI : Espace de Découverte et d'Initiative



EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMA : Equipe Mobile Addictologie
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ETP : Equivalent Temps Plein
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FVS : Foyer De Vie
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GEIST : Groupe d'Etude pour l'Inclusion Sociale pour Tous
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
IME : Institut Médico-Educatif
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MDA : Maison de l'Autonomie
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PADA : Plateforme d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
PALEX : Plateforme d'Appui Libérale à l'EXercice Coordonné
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PDL : Pays-De-la-Loire
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PLIE : Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMP : Projet Médical Partagé
PRE : Plan de Réussite Educative
PTSM : Projet Territorial en Santé Mentale
RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous
RSA : Revenu de Solidarité Active
SAJE : Service d'Accueil de Jour et d'Activités Equestres
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SIAO : Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
SISM : Semaines d'Informations en Santé Mentale
SPAL : Service de Psychiatrie Adulte Lavallois
SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
TED : Troubles Envahissants du Développement
TMS : Troubles Musculosquelettiques
UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques
USISEA : Unité de Soins Intensifs et Spécialisés pour Enfants et Adolescents



Bibliographie :

Textes législatifs :

- Instruction N°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/fr.asp-prov=CT-depar=CW.htm>
- Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale
- Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – article 69 : Projet Territorial de Santé Mentale
- Loi du 11 février 2005 « Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »

Rapports, sites nationaux et régionaux, revues :

- Recommandation de la CRSA pour la mise en œuvre de l'article 69 de la LMSS et l'élaboration des PTSM – CRSA du 29 juin 2017
- Le diagnostic partagé selon la LMSS – Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire
- Note d'orientation régionale relative à l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 – Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire
- Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale, ANAP, décembre 2016
- Cahier des charges, diagnostic territorial en santé mentale, ARS Pays de la Loire, L.MONNIER, juin 2017
- Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 – Organisation Mondiale de la Santé ?
http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
- Plateforme carto santé <http://cartosante.atlasante.fr/mobile.php>
- Plateforme scan santé <https://www.scansante.fr/>
- Revue adsp, n°104 de septembre 2018 « Santé des personnes sous-main de justice »

Documents départementaux :

- Diagnostic territorial, Groupement Hospitalier de Territoire de Mayenne et du Haut Anjou – Mission d'appui opérationnel à la définition de la filière santé mentale, Avril 2017, Mazars, EQR Conseil Social & Santé
- Diagnostic santé Mayenne 2017, Agence Régionale de Santé des Pays-de-la-Loire (ARS) et Observatoire Régional de la Santé (ORS) des Pays de la Loire, 2017
- L'atlas de la santé mentale en France, dossier spécifique pour le département de la Mayenne -
<http://santementale.atlasante.fr/#l=fr;v=map3>
- Schéma départemental de l'autonomie, Département de la Mayenne 2016-2021, p30 à 58
- Document Réunion Régionale PTSM, 29 août 2017
- Projet Régional de Santé Pays de la Loire 2018-2022, Livret « Santé et accompagnement des personnes souffrant de troubles ou de handicap psychique »
- Dossier complet département de la Mayenne, de l'INSEE
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-53>
- L'ensemble des prises de notes issues des ateliers de travail du diagnostic territorial partagé, PTSM 53



Annexes

- **Annexe n°1 : Propositions d'actions formulées par les participants lors des troisièmes temps de réunions des ateliers : pages 111 à 116**
- **Annexe n°2 : Calendrier prévisionnel de la démarche 2018 présenté au COPIL du 16 février 2018 : page 117**
- **Annexe n° 3 : Livret distribué au COPIL du 16 février 2018 : pages 118 à 121**
- **Annexe n°4 : Rosace de l'ANAP : page 122**
- **Annexe n°5 : Liste des participants aux ateliers : pages 123 et 124**
- **Annexe n°6 : Exemple d'une fiche action et d'une fiche ressources : pages 125 à 127**
- **Annexe n°7 : Le power point de restitution de l'Assemblée plénière du 26 novembre 2018 et Bis annexe n°7 : photographies prises lors de l'Assemblée plénière du 26 novembre 2018 : pages 128 à 149**
- **Annexe n°8 : Document de l'Observatoire Régional des Pays-de-La-Loire « Démographie des médecins en Pays de la Loire – Psychiatres » : pages 150 à 153**
- **Annexe n°9 : document de l'Observatoire Régional des Pays-de-La-Loire « Démographie des médecins en Pays de la Loire – Généralistes » : pages 154 à 157**
- **Annexe n°10 : document réalisé par l'Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire, février 2018, 1 p, « Le Suicide en Pays de la Loire – Chiffres-clés » : page 158**
- **Annexe n°11 : Détresse des agriculteurs – le rôle des cellules de prévention de suicide : pages 159**
- **Annexe n°12 : Instruction du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires : pages 160 à 163**
- **Annexe n°13 : Les annuaires liés à la santé mentale sur le département de la Mayenne : page 164**



- **Annexe 1 : propositions d'actions formulées par les participants lors des troisièmes temps de réunions**

1) Thématique 1

Atelier 1 : Prévention et gestion de la crise

Proposition 1 - Session d'information ou de formation sur le secret médical et partagé

- En réponse aux problématiques d'échanges d'informations dont la cause est parfois liée au secret médical

Proposition 2 - Service des urgences : un lieu qui favorise le lien

- Une adaptation pour l'accueil des personnes ayant des troubles psychiques

Proposition 3 - Annuaire départemental sur les ressources disponibles et élargissement de PALEX

- Une meilleure lisibilité des ressources pour l'utilisateur et les professionnels et un renforcement de l'interconnaissance des acteurs

Proposition 4 - Possibilité pour le SAMU de solliciter une équipe ou un professionnel de la psychiatrie

- Former une équipe de professionnels de la psychiatrie au sein du centre de régulation départemental

Proposition 5 - Un numéro d'appel 24/24h - accessibilité aux soins des usagers

- Répondre aux besoins des personnes en situation de crise

Proposition 6 - Développer un outil de communication sur la loi de 2011 (*loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*)

- Permettre une réponse plus rapide pour les prises en charge médicales des personnes en situation de crise

Proposition 7 - Qui peut amener aux urgences ? lien avec les familles

- Une information aux familles sur les champs d'actions des acteurs

Proposition 8 - Lien avec les associations, soutien, écoute

- Des rencontres à organiser et partenariats à mettre en place avec les associations

Proposition 9 - Que chaque acteur puisse entendre le champ d'intervention de l'autre et les limites d'intervention de chaque professionnel

- Pour permettre d'interpeller les acteurs adaptés, connaître les champs d'interventions de chacun (constitution d'un répertoire).

Atelier 2 : Accès aux soins psychiatriques

Proposition 10 - Equipe de liaison intersectorielle

- En réponse au repérage, à l'aller vers les personnes isolées, personne en non demandes et appui aux aidants, tiers demandeurs

Proposition 11 - Lutter contre les cloisonnements médical, social, éducatif

- Mettre en place des temps d'échanges pluridisciplinaires, livret de suivi de la personne et étude des parcours

Proposition 12 - S'appuyer sur les maisons de santé de proximité

- Temps de consultations CMP au sein des MSP et temps d'échanges avec les médecins généralistes

Proposition 13 - Renforcer le lien avec les familles et les proches

- Former et informer les proches sur les symptômes et conséquences, sur les ressources d'appui disponibles, des temps de sensibilisation aux gestes et postures vers le rétablissement

Proposition 14 - Développer les fonctions de case management

- Mise en place d'une équipe de case managers qui maintient le lien avec les personnes et assure la coordination avec les différents intervenants



Proposition 15- Développer la pair-aidance et former les professionnels du soin à la notion de rétablissement

- Mise en place d'un accompagnement complémentaire, formation des pairs-aidants

Proposition 16- Développer des structures d'accueil innovants

- Lié à la proposition d'action lieu de répit (voir groupe 2 atelier 2 le logement l'hébergement)

Proposition 17- Créer un répertoire des ressources du territoire

- Répondre au manque de lisibilité des ressources, acteurs sur le territoire

Proposition 18- Diffuser le plan de crise

- Informer sur l'existence de l'outil auprès du corps médical, démarche de diffusion

Atelier 3 : Accès aux soins somatiques

Proposition 19- Un service d'interlocuteurs, avec des chargés de situation, de continuité et de coordination

- Pour améliorer le suivi dans le parcours de la personne, éviter les ruptures

Proposition 20- Une fiche de liaison sur les sorties d'hospitalisations pour les professionnels

- Pour répondre à l'amélioration des sorties d'hospitalisation, gestion et anticipation de la sortie

Proposition 21- Reconnaissance de l'accompagnement global et du transport par la MDA

- Reconnaissance de prise en charge dans l'accompagnement du faire avec

Proposition 22- Développement de la téléconsultation sur les soins somatiques des personnes ayant des troubles psychiques

- Pour répondre aux problématiques de mobilité de l'utilisateur et des professionnels, aux difficultés de délais pour les rendez-vous

Proposition 23- Rappel du cadre légal concernant le secret partagé

- Pour répondre aux difficultés d'échanges d'informations qui peuvent parfois se poser

Proposition 24- Une fiche prévention et suivi somatique en post-up

- Suivi des soins, parcours de l'utilisateur

Echange médecins généralistes et médecins psychiatres

Proposition : Permettre le déploiement de MSsanté au sein des hôpitaux - secteurs psychiatriques

- Messagerie sécurisée pour les professionnels de santé

Proposition : Mettre en place une permanence téléphonique pour les médecins généralistes

Proposition : Réalisation de fiches techniques et schématiques

Proposition : Mise en place d'une permanence d'infirmier(ère) CMP qui tiendrait des consultations au sein des MSP

- Lien à faire avec les IPA en psychiatrie : suivre les évolutions réglementaires sur le sujet

Proposition : Volonté de travailler sur la proposition d'un stage mixte pour les internes en médecine

Validation des propositions des groupes :

- Constitution d'une équipe mobile sur le territoire avec une vigilance apportée sur la durée des trajets et la nécessité de protocoliser un mode d'intervention de l'équipe.
- Développement de la télémédecine tout en prenant en compte de la particularité et du consentement du patient à cette pratique.



2) Thématique 2

Atelier 1 : Lutte contre la stigmatisation et aide aux aidants

Proposition 1- Mettre en place un protocole de sortie d'hospitalisation - protocole sur des temps d'information

- Mieux organiser la sortie de l'utilisateur et préparer un temps d'informations sur les ressources existantes ainsi que sur le plan de crise

Proposition 2- Mettre en place une équipe mobile de liaison et d'évaluation

- Permettre de répondre aux situations de détresse, à la demande d'un tiers

Proposition 3- Proposer un système de répit

- Permettre un soulagement temporaire aux familles et/ou à la personne, création d'un lieu de ressourcement et mise en place du baluchonnage⁵⁹ (forme d'aide au répit à domicile)

Proposition 4- Promouvoir le plan de crise et des outils comme baromètre

- Définition d'une trame pour le plan de crise validé par le corps médical, vers un outil formalisé, officiel

Proposition 5 - Sensibiliser les jeunes aux problématiques psychiques

- Animation, sensibilisation au sein des classes, intervention « clef en main » par une équipe

Proposition 6- Formation sur les droits des usagers dans l'univers soignant

- Sensibilisation sur l'auto stigmatisation, stratégie du mieux être à l'hôpital

Proposition 7- Se mobiliser collectivement autour des SISM

- Extension des actions SISM sur Evron et Château-Gontier

Proposition 8- Sensibiliser les médecins généralistes

- Un support écrit sur les ressources existantes du territoire, une journée de sensibilisation via une liste de diffusion

Proposition 9- Former les futurs professionnels

- Formation sur les gestes et postures, sur les savoirs expérientiels

Proposition 10- Promouvoir un numéro unique, largement diffusé, apte à donner de l'information

Atelier 2 : Logement, hébergement

Proposition 11- Mieux informer sur les modalités d'attribution de la PCH pour renforcer le logement adapté

Proposition 12 - Temps d'échanges sur les incuries

- Constitution d'une équipe interdisciplinaire avec les secteurs

Proposition 13- Le référent logement

- Un référent logement pour chaque usager

Proposition 14 - Mise en place d'un glossaire, répertoire des acteurs

- Pallier les difficultés de lisibilité de l'offre sur le territoire

Proposition 15- Développer la colocation symbiotique

- Un service porteur sur le sujet

Proposition 16 - Créer une cellule de veille unique

- Une cellule trimestrielle comprenant l'ensemble des acteurs d'un site géographique

Proposition 17- Reconnaître le besoin d'aide psychologique

- En termes de moyens, mise en circulation d'un véhicule mobile de prévention et remboursement des consultations psychologiques

⁵⁹ Explication du terme : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3_du_baluchonnage_quebecois_au_relayage_en_france_version_def_3.pdf



Proposition 18- Travail sur la sortie d'hospitalisation, condition de progression vers l'autonomie et la responsabilité de la personne

- Objectif d'éviter les risques de rechutes à la suite de sorties d'hospitalisations, création d'un outil d'évaluation sur le niveau d'autonomie et recherche de logements

Proposition 19 - Diversifier et développer les modes d'accompagnement dans le logement, la colocation symbiotique (lien proposition 15)

- Soutenir les sorties d'hospitalisations, prévenir les risques de rechutes et favoriser l'entraide

Proposition 20 - Identifier des référents formés et informés susceptibles de répondre aux questions / orienter

Proposition 21- Faciliter l'accès des boîtes postales

Atelier 3 : Formation, emploi

Proposition 22 - Création d'une grille de repérage, éléments de langage sur le handicap psychique

- Créer un outil de repérage pour prendre en compte la difficulté pour des professionnels, notamment sur l'emploi d'appréhender l'impact des troubles dans l'environnement de l'individu.

Proposition 23- Cartographie, glossaire des acteurs

- Répondre aux difficultés de lisibilité de l'offre

Proposition 24- Actions de communication auprès des entreprises

- Déstigmatiser le handicap psychique, pallier les craintes éventuelles des employeurs en réalisant : des vidéos témoignages, temps de rassemblement collectif, des actions de sensibilisation individualisés pour les entreprises

Proposition 25- Actions de sensibilisation, de formation, d'acculturation

- Faire connaître les retentissements des troubles psychiques dans l'environnement de la personne

Proposition 26- Expérimentation sur un échantillon de personnes pour tester au-delà des cadres habituels

- Donner plus de souplesses aux cadres habituels, idée d'une étude expérimentale

Proposition 27- Développer le tutorat parrainage entre entreprises pour l'accueil des travailleurs en situation de trouble psychique (ex : école de la deuxième chance)

Atelier 4 : Vie sociale et citoyenne

Proposition 28- Augmenter les compétences des agents d'accueil / posture

- Former, sensibiliser et soutenir les agents d'accueil du droit commun sur les troubles psychiques

Proposition 29- Sensibilisation aux troubles psychiques des associations sportives et culturelles

- Eviter la stigmatisation,

Proposition 30- Répertoire unique

- Améliorer la lisibilité sur les ressources, l'interconnaissance entre les acteurs

Proposition 31- Référent-personne médiation

- Création d'un référent, choix de l'utilisateur pour ce référent, objectif d'assurer une meilleure coordination autour et avec l'utilisateur

Proposition 32- Création d'un label

- Un label de bonne pratique « inclusive » basée sur l'ouverture d'activités au plus grand nombre et répondant à l'échelle des besoins des personnes empêchées dans la continuité et dans les phases de transitions de leurs parcours

Proposition 33- Accessibilité, mobilité dans l'accès à la vie citoyenne

- Mise en place d'une étude de besoin sur les transports et un lieu de coordination



Thématique 3

Atelier 1 : Diagnostic et repérage précoce

Proposition 1- Renforcer la prévention pour le grand public, parents

- Rendre plus accessible l'information, la prévention primaire, de premier recours, par la mise en place d'un lieu ressource ou dans un lieu existant comme l'école, lieu qui lie tous les âges et lieu de repérage

Proposition 2- Sensibiliser, informer, aller-vers les acteurs travaillent avec, autour de l'enfant

- Travailler de manière plus rapprochée avec ceux qui travaillent autour de l'enfant pour obtenir des regards croisés et complémentaires, des retours de situations (avec les TAPS, CPE...)

Proposition 3- Formations interdisciplinaires, journées d'informations pour les professionnels

- Organisation de journées thématiques, formations inter-services, avec pour objectif le renforcement de l'interconnaissance des acteurs, le partage de pratiques et indirectement facilitation dans le repérage

Proposition 4- Projet "Promeneurs du net"

- Espace numérique pour le public adolescent, qui rentre en contact avec des professionnels du champ de la santé mentale-psychiatrie, une prise de contact facilitée par ce biais

Proposition 5 - Annuaire des dispositifs

Proposition 6 - Remboursement des consultations psychologues

Proposition 7 - Téléconférences, visioconférences entre les professionnels de santé, médico-social et social

Proposition 8- Elargissement de l'EMR

Atelier 2 : Inclusion scolaire

(pas de proposition clairement définie, une volonté de poursuivre les échanges).

Atelier 3 : Transition vers l'âge adulte

Proposition 9 – Favoriser les passages « se mobiliser sur les relais entre les équipes »

- Créer du lien entre les équipes enfance et adulte avant le passage vers les dispositifs adulte, en proposant un accompagnement partagé sur une période. Objectif d'éviter une rupture dans la prise en charge du jeune.

Proposition 10 – Réduire les délais d'admissions

- Augmentation du nombre de places et du personnel dans les dispositifs pour assurer des prises en charge plus rapides, éviter les dégradations de l'état de santé (aggravation des troubles psychiques et conséquences importantes sur le somatique)

Proposition 11– Renforcer l'EMR

- Elargissement pour la tranche d'âge 16-20 ans
EMR élargie sur cette tranche d'âge lors de la période de diagnostic du PTSM

Proposition 12- Cellule de formation interdisciplinaire sur les troubles psychiques

- Renforcer les compétences des différents professionnels concernés par l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques, favoriser une culture commune de l'accompagnement et renforcer la collaboration, par le biais de la mise en place de formation initiale et continue avec des programmes de formations, des journées interprofessionnelles

Proposition 13– Un lieu d'accueil inconditionnel et pluridimensionnel



- Un lien d'accueil, de répit, qui informe, avec des acteurs du soin, du logement, de l'insertion sociale et de l'éducation pour les jeunes de 16 à 25 ans, afin de prévenir les ruptures-maintenir les liens, éviter les situations de crises

Proposition 14– Promouvoir les outils de valorisation des compétences

- Fluidifier les parcours, promouvoir les outils de valorisation de compétences différents mais complémentaires de ceux déjà existants

Proposition 15- Mettre en place une équipe mobile de gestion de crise à destination des professionnels

- Equipe à destination des professionnels confrontés à une situation de crise, aide à l'évaluation de la situation et orientation, préconisations sur la situation

Proposition 16– Ouvrir, élargir le dispositif SAJE

- Proposer un accompagnement pour les jeunes déscolarisés, en attente de l'orientation MDA. Accompagnement du projet d'insertion et qui pourrait mêler des temps scolaires et des activités pratiques

Proposition 17– Croiser les compétences

- Meilleure interconnaissance des acteurs, missions, champs d'interventions etc

Proposition – Un outil de coordination de type livret de parcours

Atelier 4 : Soutien à la parentalité et promotion de la santé mentale

Proposition – 18 Idées liées aux dispositifs/structures

- Mobilisation de moyens financiers, par la création de plus de places en hôpital de jour, à l'USISEA, ainsi que par la création de structures en journée mêlant soin-scolarité

Proposition – Référent de parcours 0-25 ans

- Un référent de proximité, qui assure la continuité du parcours de l'enfant, et la coordination des intervenants autour de la situation, qui accompagne dans l'environnement de l'enfant, soutien de la famille également.

Proposition 19– Idées outils papiers / oraux / communication

- Un document dans le carnet de santé de l'enfant, avec des indications sur les personnes à contacter, un support d'informations pour les familles. Un document qui recense également les ressources sur le département.

Proposition 20– Des formations communes pour les professionnels de l'enfance

- Objectif d'acquérir des informations communes, expérimenter : mises en situations pratiques, et tirer bénéfice des regards croisés sur des situations. Des formations « généralistes » pour le grand public et des formations plus « spécialisées »

La feuille de route du Projet territorial en Santé Mentale du département de la Mayenne fera l'objet d'un second document comme initialement prévu dans le décret du 27 juillet 2017. Elle se veut concrète et réalisable sur une période de cinq ans, avec un nombre réduit de fiches actions (31 fiches). Celles qui y figureront auront été construites à partir des propositions d'actions précédentes des acteurs lors des ateliers de travail du diagnostic territorial partagé.



➤ Annexe n°2 : Calendrier prévisionnel de la démarche 2018 présenté au COFIL du 16 février 2018

| | Janvier | Février | Mars | Avril | Mai | Juin | Juillet | Août | Septembre | Octobre | Novembre | Décembre | Janvier |
|--|---------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------|---------------|--|---------------|---------------|--------------------------------------|
| Réunions du groupe projet | Prépa COFIL 1 | Suivi projet | Prépa groupes de travail | Suivi projet | Deux groupes de travail | Suivi projet | Bilan groupes de travail | | Prépa COFIL 2 | Cadrage feuille de route | Prépa journée | Prépa COFIL 3 | |
| Comité de pilotage PTSM | | 20/02 - Présentation de la démarche | | | | | | | | | | | |
| DIAGNOSTIC : étude documentation / cartographie, données quantitatives / échanges partenaires... | | | | | | | | | | | | | |
| 3 groupes de travail et 11 ateliers | | | | 1er temps : constats | 2ème temps : chartes | 3ème temps : propositions d'actions | 4ème ? | | | | | | |
| Réunion inter-groupes | | | | | | | 4 flux - début juillet | | | | | | |
| Synthèse des travaux des groupes de travail, finalisation diagnostic | | | | | | | | | | | | | |
| Comité de pilotage PTSM | | | | | | | | | | Restitutions / validations de diagnostic | | | |
| Projet territorial : Elaboration / rédaction de la feuille de route (fiches actions + indicateurs avec les pilotes | | | | | | | | | | | | | |
| Finière : restitution | | | | | | | | | | | | | |
| Comité de pilotage PTSM | | | | | | | | | | | | | Validation PTSM et lancement actions |



Annexe 3 : Livret distribué au COPIL le 16 février 2018

Comité de pilotage – dossier synthétique
16/02/2018

Thématique groupe 1 : Prévention des crises, gestion des situations de crises, accès au diagnostic, aux soins psychiatriques et somatiques

Résumé et enjeu de la thématique :

Cette thématique s'inscrit comme un enjeu majeur au sein du Projet Territorial de Santé Mentale. Selon l'OMS, une personne sur cinq souffre d'un trouble psychique. Toute une sphère de la population n'a pas la reconnaissance d'un handicap psychique et nécessite pourtant un accompagnement et un suivi. Les personnes en souffrance psychique ont une espérance de vie de 20 ans inférieure à la moyenne nationale, l'accès aux soins psychiatriques et somatiques est essentiel.

L'enjeu de cette thématique va être de trouver des solutions concrètes pour mieux évaluer et diagnostiquer le plus précocement possible, prendre rapidement en charge la personne et l'accompagner dans son parcours coordonné, faciliter l'acceptation de la maladie et un soutien à l'entourage dans la connaissance de cette maladie.

Ateliers (vous pourrez choisir un atelier via un questionnaire qui vous sera envoyé suite au COPIL) –
exemples de questionnements :

Atelier 1 : Prévention et gestion de la crise : Comment éviter le soin sans consentement ? Comment éviter les situations de crises, comment éviter la crise, y compris à domicile ? Qui alerte qui ? Comment ? Quelle permanence des soins ? Quelle procédure ? Quel lien de coordination entre les acteurs ? Quel suivi post-hospitalisation ?

Atelier 2 : Accès aux soins psychiatriques et stratégie de prévention : Repérage et signes d'alerte ? Quel rôle du médecin généraliste ? Quel partenariat entre les professionnels du premier recours et les autres acteurs de la santé mentale ? Le partenariat entre les acteurs ? Quelle coordination ? L'organisation des soins et l'accueil ? Comment amener au soin ? Enjeu de l'aller vers ? Pour les personnes ne pouvant pas accéder au soin, quelle(s) solution(s) ? Pour ceux qui refusent d'y accéder ? Quelle stratégie de prévention des troubles psychiques ?

Atelier 3 : Accès aux soins et suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques : Quel suivi somatique des personnes à domicile ? Quel partenariat entre les médecins généralistes et les autres acteurs ? L'organisation d'un accueil spécifique au sein des établissements MCO pour des personnes présentant des troubles psychiques ? Quel suivi pour les personnes hospitalisées dans un service de psychiatrie ? Comment sont organisées les actions de prévention, d'éducation à la santé, de suivi somatique dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes avec des troubles psychiques ?

Projet Territorial en Santé Mentale Présentation des thématiques et des ateliers

COPIL N°1, 16/02/2018

PAR LE GROUPE PROJET



Comité de pilotage – dossier synthétique
16/02/2018

| OBJETS DES REUNIONS | DATE | LIEU |
|---|--|---|
| <p>GROUPE 1 : Prévention des crises, gestion des situations de crises, accès au diagnostic, aux soins psychiatriques et somatiques</p> <p>Acteurs pressentis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ADMR - ADOPTS - AIDADOM - APMSL - ATD quart monde - Conseil départemental - CLSM Laval - CISM Mayenne - CCAS - CDOM - URPS médecins généralistes - COPS - CPAM - Centre de soins La Bretonnière - Clinique Notre Dame de Pritz - Centre Hospitalier de Laval - Centre Hospitalier du Nord Mayenne - Centre Hospitalier de Château-Gontier - CSAPA EMA - EHPAD - Esper - France Horizon - France Terre d'Asile - GEIST - GEM - Gendarmerie - Méduane Habitat - Mayenne Habitat - MSA - PASS - Police - Pompiers - Pouvoir d'agir - Revivre CHRIS - Secours populaire - SAMU - SPP - UNAFAM | <p>Réunion 1 : état des lieux</p> <p>Mardi 17 avril 9h30-12h30</p> <p>Cité administrative – LAVAL</p> | <p>Réunion 2 : analyse</p> <p>Lundi 14 mai 9h30-12h30</p> <p>Cité administrative – LAVAL</p> |
| <p>Réunion 3 : propositions d'actions</p> <p>Réunion 4 : facultative</p> | <p>Lundi 11 juin 9h30-12h30</p> <p>Cité administrative – LAVAL</p> | |

Comité de pilotage – dossier synthétique
16/02/2018

Thématique groupe 2 : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, organisation des parcours coordonnés

Résumé et attendu de la thématique : La maladie psychique rejait sur toutes les dimensions de la vie, elle impacte l'environnement d'une personne et son entourage.

L'enjeu de cette thématique est d'adopter une logique de parcours centrée sur les besoins des personnes, un parcours nécessitant une complémentarité et une coordination des accompagnements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

MOTS CLES : accès aux dispositifs, coordination, évaluation, inclusion sociale, maintien et insertion dans le milieu ordinaire, déstigmatisation

Ateliers (vous pourrez choisir un atelier via un questionnaire qui vous sera envoyé suite au COPIL) –
exemples de questionnements :

Atelier 1 : Lutte contre la stigmatisation et aide aux aidants : Quel rôle dans l'accompagnement ? Quelle information ? Les relais ? Comment faire connaître les associations, comment soutenir les dispositifs d'aide ? Quel répit pour les aidants ? Quels besoins non couverts ?

Atelier 2 : Le logement, l'hébergement : Quels dispositifs existants sur le territoire ? Quel accès au logement ? Quel maintien, appui au maintien dans le logement ? Propositions d'offres complémentaires ? Comment gérer les situations inadéquates, quel dispositif, qui ? Les personnes démunies et ayant des troubles psychiques, quel hébergement ? Pour les personnes en dehors de tout dispositif ?

Atelier 3 : La formation, l'emploi : Quel parcours ? Quels dispositifs ? Quel(s) acteur(s) ? Question de la déstigmatisation ?

Atelier 4 : Vie sociale et citoyenne (accès aux droits) : Quelles problématiques dans cet accès pour les personnes atteintes de troubles psychiques ? Comment faciliter leur accès ? Quels dispositifs ? Comment ? Qui ? Associations ? Sport adapté ? Transport adapté ? Quelles difficultés dans l'accès aux droits ?



Comité de pilotage – dossier synthétique
16/02/2018

| OBJET DES REUNIONS | DATE | LIEU |
|---|---|---|
| Objet des réunions : Réunion 1 : état des lieux Réunion 2 : analyse Réunion 3 : préconisations d'actions Réunion 4 : facultative | Lundi 23 avril 14h00-17h00 Vendredi 25 mai 14h00-17h00 Lundi 25 juin 9h30-12h30 | Cité administrative - LAVAL Cité administrative - LAVAL Cité administrative - LAVAL |

- GROUPE 2 : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, organisation des parcours coordonnés**
- Acteurs pressentis :
 - Aidadm
 - ADAPEI 53
 - ADMIR
 - Alasca
 - APEI Nord Mayenne
 - Association Sport en tête
 - ATMP
 - CAF
 - CAF EMPLOI
 - CDOM 53
 - CDOS 53
 - CLSM
 - CISM
 - Cocci Bleue
 - CPAM
 - CREHPSY
 - Centre social
 - Centre de soins de La Brehonnrière
 - Centre Hospitalier du Haut-Anjou
 - Centre Hospitalier de Laval
 - Centre Hospitalier du Nord Mayenne
 - Conseil départemental
 - CHRS Les 2 Rives
 - DOCSPP
 - DIRRECTE
 - EDI
 - EHPAD
 - EPSMS
 - Familles Rurales
 - GEIST
 - GEM
 - PALEX
 - PLIE
 - Pôle Emploi
 - Pouvoir d'agir
 - UDAF
 - Siel bleu
 - SPIP
 - MAS
 - Maison Départementale de l'Autonomie
 - Mayenne Habitat
 - Mediane Habitat
 - Mission locale
 - MSA
 - Ordre des pharmaciens
 - UNAFAM

Thématique groupe 3 : Parcours enfance-adolescence, transition vers l'âge adulte, repérage et diagnostic précoce, partenariats et coordination des acteurs

Résumé et attendu de la thématique : L'enjeu de cette thématique est de faire un focus sur l'accompagnement des enfants, des adolescents et jeunes adultes touchés par le handicap psychique et d'engager une réflexion aboutissant à des actions concrètes destinées à éviter les ruptures de parcours.

L'enjeu du passage de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte est au cœur des préoccupations des acteurs. La logique de prise en charge et d'accompagnement par classe d'âge se heurte parfois à la réalité des parcours de vie des adolescents fragilisés et ne permet pas toujours d'anticiper cette transition primordiale dans les meilleures conditions.

Ateliers – exemples de questionnements : vous pourrez choisir un atelier via un questionnaire qui vous sera envoyé suite au COPIL.

Atelier 1 : Repérage et diagnostic précoce : Enjeu du repérage ? Enjeu du repérage précoce ? Quelles propositions faire suite au repérage, orientations, coordination ?

Atelier 2 : Inclusion scolaire : Liens entre l'école et les structures de soins et d'accompagnement social et médico-social ? Amélioration des délais de réponses ? De la pertinence des réponses elles-mêmes, de l'appui à la scolarisation ? De la coordination ?

Atelier 3 : Transition vers l'âge adulte : Enjeu de la transition, éviter les ruptures, parcours post-ITEP ? Quel acteur pour permettre, faciliter ce passage ? Comment accompagner dans cette transition ? Quels intervenants ?

Atelier 4 : Soutien à la parentalité et promotion de la santé mentale : Comment ? Où ? Dispositifs existants ? Comment faire connaître les associations d'aïdants, diffuser l'information ? Quels relais dans le milieu scolaire ? Comment promouvoir la santé mentale auprès des jeunes ? Quelle approche de la prévention-promotion de la santé ?



Comité de pilotage – dossier synthétique
16/02/2018

Comité de pilotage – dossier synthétique
16/02/2018

| OBJET DES REUNIONS | DATE | LIEU |
|--|--|---|
| GROUPE 3 : Parcours enfance-adolescence, transition vers l'âge adulte, repérage et diagnostic précoce, partenariats et coordination des acteurs Acteurs présents : <ul style="list-style-type: none"> - ADAPEI 53 (IME) - APEI Nord Mayenne - Apprentis d'Auteuil - Association Félix-Jean Marchais (DITEP) - Aide Sociale à l'Enfance - Assistantes maternelles - CMP pédopsychiatrie - Chantclair - CHS Les 4 Rives - Centre de soins de La Brehonnière - Centre Hospitalier de Laval – pédopsychiatrie - Centre Hospitalier de Laval – pédopsychiatrie - Centre Hospitalier du Haut-Anjou – pédopsychiatrie - Copain ville - Coccil Bleu - CTS 4lu-usager - DDEC - Direction Diocésaine - DDCSPP - Education nationale - GEIST (GESSAD) - Habitat jeune - Maison des adolescents - Maison Départementale de l'Autonomie - Mission Locale - Mediane Habitat - Sauvagerie enfance et adolescence - Schizo Jeunes - Protection Judiciaire de la Jeunesse - PMI - Programme de Réussite Educative - UNAFAM | Réunion 1 : état des lieux vendredi 13 avril 14h00-17h00 Réunion 2 : analyse mardi 22 mai 9h30-12h30 Réunion 3 : préconisations d'actions mardi 19 juin 14h00-17h00 Réunion 4 : facultative | Cité administrative – LAVAL Cité administrative – LAVAL Cité administrative – LAVAL |



Composition des groupes de travail thématiques : La composition des groupes de travail présentée dans ce document est une proposition. Si vous souhaitez participer à un autre groupe de travail vous pouvez contacter la chargée de mission PTSM, Mme Julie Baron, à l'adresse suivante : jbaron@geistmayenne.fr

Choix des ateliers au sein des groupes de travail, suite au COPIL : Les membres des trois groupes vont recevoir un mail avec un lien vers un questionnaire leur permettant de choisir l'atelier sur lequel ils souhaitent contribuer (les acteurs présents sur les trois groupes recevront donc trois questionnaires).

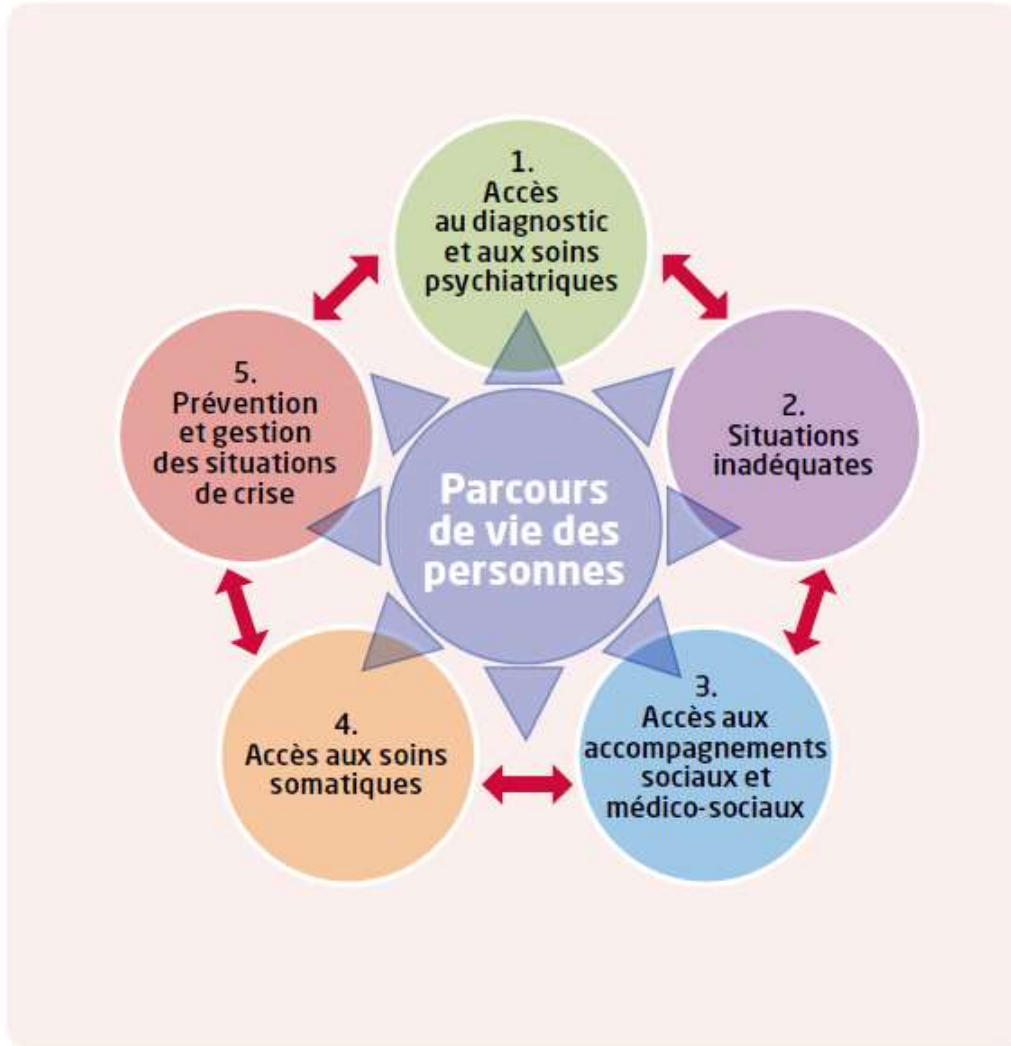
En effet, chaque groupe de travail s'organisera à travers des ateliers thématiques. Un temps de restitution des travaux de chaque atelier avec l'ensemble du groupe de travail sera prévu en début de séance suivante, où chacun pourra réagir sur des points qui n'auraient pas été évoqués ou incorrectement restitués dans les ateliers.

Pour faciliter les échanges et constituer des ateliers de travail à taille humaine, nous vous demandons de choisir un atelier et de désigner une personne au sein de votre structure via le questionnaire qui sera envoyé suite au COPIL. Dans un souci d'efficacité, nous vous invitons à en échanger en interne, afin qu'une compétence technique relative à l'atelier sélectionné puisse être mobilisée. Nous vous remercions par ailleurs de nous informer en amont dans le cas où vous souhaiteriez mobiliser plusieurs personnes, afin de nous organiser.



- Annexe n°4 : Le modèle de la rosace, par l'ANAP, issue du document « Mettre en œuvre un projet parcours psychiatrie santé mentale »

Figure 1 : Le modèle de la rosace





➤ **Annexe n°5 : Liste globale des participants aux ateliers du diagnostic territorial partagé**

Vous pouvez également retrouver la liste des institutions participantes par thématiques et ateliers des pages 13 à 19 du document.

| Institutions | Civilité |
|--|--|
| ADAPEI 53 | Mme ONNEE Elisabeth, Mme BRUNEAU Nathalie, Mr HUSSE Ludovic, Mr LIBEAU Edouard, Mme AVIGNON Anne |
| ADMR 53 | Mme MAHUAS Mireille, Mr COULANGE Emmanuel |
| AID'A DOM | Mme SABLE Coralie, Mme DAROSO Geneviève, Mme DAULAY Rolande |
| ALASCA | Mr JARDIN Laurent |
| APAJH | Mme BRIERE Nathalie, Mme ARHUR Florence, Mme ARSANGER Florence, |
| APEI Nord Mayenne | Mme MEBARKI-ZIANE Zaïa, Mme ODIC Géraldine, Mme LELIEVRE Christine, Mme LEBON Sylvie, Mr JOURNAULT Éric, Mr SOULAS Vincent, Mr LEBAIL Jean-Christophe |
| ARS | Mr BRIOT Thierry, Mme BERLIN Sandra |
| ATMP 53 | Mme LECOCEY Emilie |
| CAMSP | Mme JAUNEAU Catherine |
| CAP EMPLOI SAMETH | Mme MICHEL Mélanie |
| CCAS Laval | Mme COMMERE Patricia, Mme DENUAULT Aline, Mr ANGOT Médéric |
| CDOS 53 | Mme YBARD Anne |
| Centre Hospitalier de Laval | Dr HULO Nathalie, Mme BIERE Nathalie, Mr HACHET Franck, Mr ROBINAULT Régis, Mr GOUGEON Bertrand |
| Centre Hospitalier du Haut Anjou | Mme LE ROCH Julie, Mme ROCHER Anne-Claire, Mme BOISSEAU Alexandra, Mme PERRIER Véronique, Dr DJEBBAR Kamal, Mr DEVAUX Virgile, Mr HOUDIN Tanguy |
| Centre Hospitalier du Nord Mayenne | Mme MAIGNE-QUINTON Véronique, Mme CIBOIS Estelle, Mr HAAS André, Mr COSSON Thierry |
| CFA | Mme SCHAETTEL Marie |
| CIO Sud Mayenne | Mme DAVOUST Julie |
| CLS Laval | Mme VANNIER Joelle |
| Clinique Notre-Dame de Pritz | Mr DESPRETS Bertrand |
| CMPP | Mme CAPPELLE Cécile, Mr OGER Claude |
| Cocci'bleue | Mme TILY Christelle, Mme AVENEAU Hélène |
| Collège Alain Gerbault – Académie de Nantes | Mme AUBREJAT Céline |
| Conseil départemental de la Mayenne – Direction Autonomie | Mme LECOMTE Audrey, Mme HERVE Hélène, Mme LE DUC Brigitte, Mme MARQUER Béatrice, Mme HEURTEBIZE Céline, Mr PERRAULT Etienne, Mme TACCOEN Aurélie, Mme AUPETIT Marion, Mme CHEVALIER Aude, Mme HAMON Nadège, Mme MESTRES Isabelle |
| Conseil départemental de la Mayenne – Direction Solidarité | Mme GROISARD Stéphane, Mme LEGENDRE Patricia, Mme LEGENDRE Valérie, Mme NONCQUE Céline, Mme VANLEMBERGHE MOTTIER Christine, Mme KERDRANVAT Erwana, Mr HOUDAYER Bernard, Mr BONNET Simon |
| CSAPA | Mr BOCHER Alexandre |



| | |
|---------------------------------|---|
| CTS, FGR 53 | Mr FOURGEAUD Jacques |
| DITEP | Mme BRUNEL Aline, Mme DOREAU Cécile, Mme PAUCHARD Lidwine, Mr BERCON Jean-Pierre, Mr RAGOT Stéphane, Mr LEBRETON Christian |
| DSDEN | Mme JEAUMOT Roselyne, Mme HEUDE Marie-France, Mme LE BARZIC Marie-Claire |
| EDI « A la croisée » | Mme DAUCET-FLEURET Sandrine, Mme TRAVERS Violaine, |
| EHPAD | Mr NEVEU Fabrice |
| France Horizon | Mme SILLIERE Claire |
| France Terre d'Asile | Mr FONTAINE Fabrice |
| GEM | Mme DUPUY Amélie, Mme COLIN Frédérique, Mme DECLERCQ Marine, Mr POIRIER Jean-Marc |
| GEIST Mayenne | Mme DALIGAULT Elodie, Mme REZE Amandine, Mme GOBE Virginie, Mme BOISARD Laura, Mme LEGEAY Emilie, Mme TRAVERS Nathalie, Mme BUSSON Jocelyne, Mr GUIVARCH Pierre |
| Habitat Jeunes | Mme CONNAN Marie |
| Job Coach 53 | Mme VISSEAU Angéline |
| Laval Agglomération | Mme LECHAT Régine |
| Les 2 Rives | Mme LAURENT Véronique, Mr ROSSIGNOL Jean-François |
| Mayenne Habitat | Mme LOUVEAU Françoise, |
| Maison des adolescents | Mr BLIN Sébastien |
| Médecin généraliste | Dr MAINE Marc, |
| Meduane Habitat | Mr DUCOIN Cédric, Mme CADEUR Adeline, Mme VAUTIER Géraldine |
| Mission locale Laval | Mme TRIBONDEAU Laurianne, Mr MORICE David |
| PADA | Mr MOTTAIS David |
| PALEX | Mme HOUDAYER Patricia |
| PLIE | Mme SEILLERY Françoise |
| Pôle Médico-social Bais-Hambers | Mr JACQUES Alexandre |
| Pôle Emploi | Mme DORCY Stéphanie, Mr BLIN Jérôme |
| Pouvoir d'agir 53 | Mme MOREAU Fanny, Mme SIMON Amélie, Mme BIGNON Stéphanie, Mr HAMEAU Grégoire, Mr LEGRAND Hervé, Mr ARCANGER Julien, Mr COURCELLE Alexandre, Mr LEFEVRE Sylvain |
| PRE | Mme KHELIFI Lynda, Mme FOURREAU Sandrine, |
| PJJ (DTPJJ 53) | Mme TOUEILLE Aline, Mme ADAM Peggy, Mr ROUSSELOT Philippe, Mr BUSSY Arnaud |
| REVIVRE | Mme KUMAR Monika, Mme PHA Emmanuelle, Mme RENE Sylvie, Mme BESNIER Florence, Mme PEIGNER Alexandra, Mme FAVRY Eliane, Mr BOURGEOIS Cyril |
| SCHIZO'JEUNES | Mme BUNNENS Jennifer |
| SIEL BLEU | Mr ANDREAU Maxime |
| SPAL Laval | Mme ROUSSEL Karine, Mme MARQUET Cécile, Mme CHOLLET Mathilde, |
| SPIP | Mr FOURNIER Philippe, Mr RENAUD Laurent, |
| UNAFAM 53 | Mme RACIN Marie-Claude, Mme ADEDJOUA Marylise, Mme BALLU Marie-Ange, Mr BRIERE Jean-Bernard, Mr JONCOUR Henri |



➤ **Annexe n°6 : Exemple d'une fiche ressources**

Fiche utilisée comme support dans le cadre des ateliers de travail

GROUPE 1 ATELIER 1

Atelier 1 : Prévention et gestion de la crise

➤ Secteurs de compétence sur le département

Secteur Ouest Mayenne
De 418 habitants
102 communes = 2 116 km²

Secteur Centre
De 813 habitants
27 communes = 521 km²

Secteur Nord Mayenne
De 1045 habitants
62 communes = 1 209 km²

Secteur Est/Sud-Mayenne
De 617 habitants
11 communes = 1 212 km²

* Les données de population sont issues de l'Insee et de l'annuaire de la population de 2019

➤ Densité médecins généralistes

Densité de médecins généralistes (tous modes d'exercices confondus) – Source Atlas de la Santé Mentale 2016 :

MAYENNE : 112,9 pour 100 000hab

REGION PDL : 144,2 pour 100 000hab

FRANCE METRO : 155,2 pour 100 000hab

Zonage Médical pour les Pays de la Loire

Légende :
Zonage Médical
Zonage Médical
Zonage Médical
Zonage Médical
Zonage Médical

Figure 1 : Zonage médical pour les Pays de la Loire. Source : AFS 2017

Tableau 1 : Nombre de suicides et taux de mortalité standardisés (pour 100 000 habitants) selon le département de résidence en Pays de la Loire, en 2012

| Nombre de décès par suicide | Ensemble (hommes) |
|-----------------------------|-------------------|
| Pays de la Loire | 18,9 |
| Taux standardisés* | |
| Mayenne | 22,5 |
| Taux standardisés** | |
| Sartre | 25,8 |
| Taux standardisés* | |
| Loire Atlantique | 16,4 |
| Taux standardisés** | |
| Maine et Loire | 17,3 |
| Taux standardisés* | |
| Vendée | 18,4 |
| Taux standardisés** | |
| France entière | 15,1 |
| Taux standardisés* | |

* Population sur la structure par âge de la population française en 2012
Source : GeoDC, analyse inVS



➤ Nombre et taux d'hospitalisation standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentatives de suicide selon le département de résidence en Pays de la Loire, en 2013

| Nombre d'hospitalisations | Ensemble |
|---------------------------|----------|
| Pays de la Loire | |
| Taux standardisés* | 12,8 |
| Mayenne | |
| Taux standardisés* | 21,7 |
| Sarthe | |
| Taux standardisés* | 10,7 |
| Loire Atlantique | |
| Taux standardisés* | 9,0 |
| Maine et Loire | |
| Taux standardisés* | 9,0 |
| Vendée | |
| Taux standardisés* | 15,7 |
| France entière | |
| Taux standardisés | 15,7 |

*Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2013
Source ATIH, analyses INVS

➤ Taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide important pour le département de la Mayenne, taux le plus important par rapport aux autres départements de la région et par rapport au taux de la France entière.

➤ Taux de recours aux soins, taux d'hospitalisation sans consentement

| Taux de recours aux soins / taux d'hospitalisation sans consentement | Mayenne | Région PDL | France métró |
|--|---------|------------|--------------|
| Taux de recours aux soins sans consentement pour 100 000hab | 80,9 | 119,6 | 132,9 |
| Taux de recours aux soins sans consentement – soins psychiatriques à la demande d'un tiers pour 100 000 hab (18 ans et plus) | 51,6 | 84,9 | 87,2 |
| Taux d'hospitalisation sans consentement (tous modes confondus) pour 100 000hab | 71,6 | 103,7 | 114,7 |
| Taux d'hospitalisation sans consentement – soins psychiatriques à la demande d'un tiers pour 100 000 hab | 46,5 | 73,8 | 75,9 |

Source : Atlas de la santé mentale 2015

TYPES DE RECOURS AUX SOINS EN AMONT D'UNE PRIMO-HOSPITALISATION POUR DÉPRESSION

■ Médecin généraliste uniquement ■ Médecin généraliste et psychiatre
■ Ni médecin généraliste ni psychiatre ■ Psychiatres uniquement

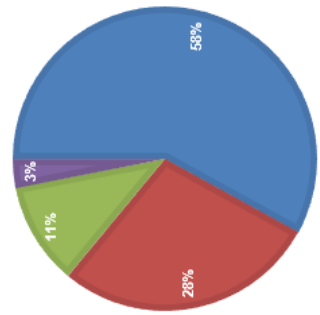
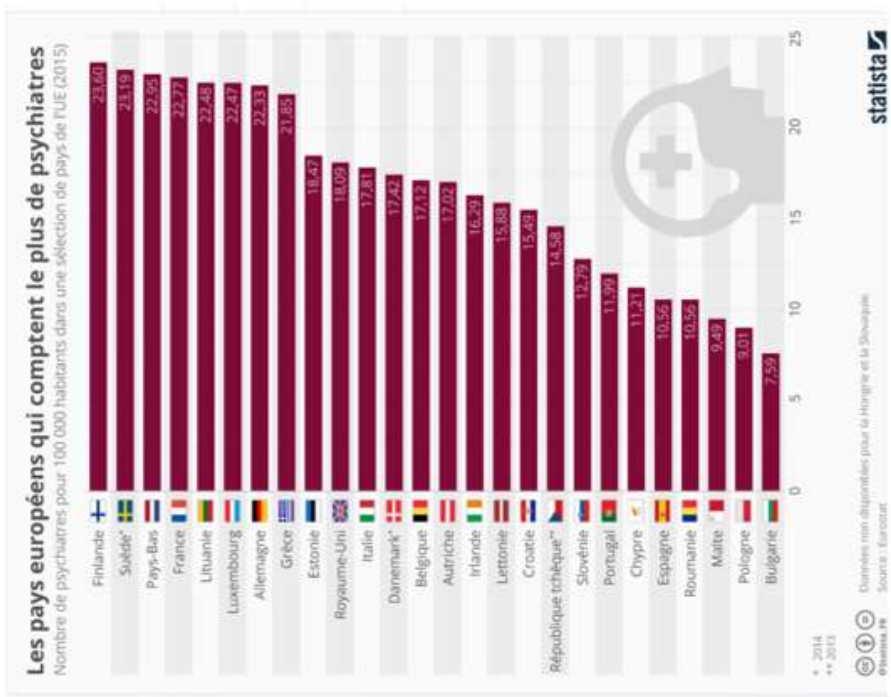
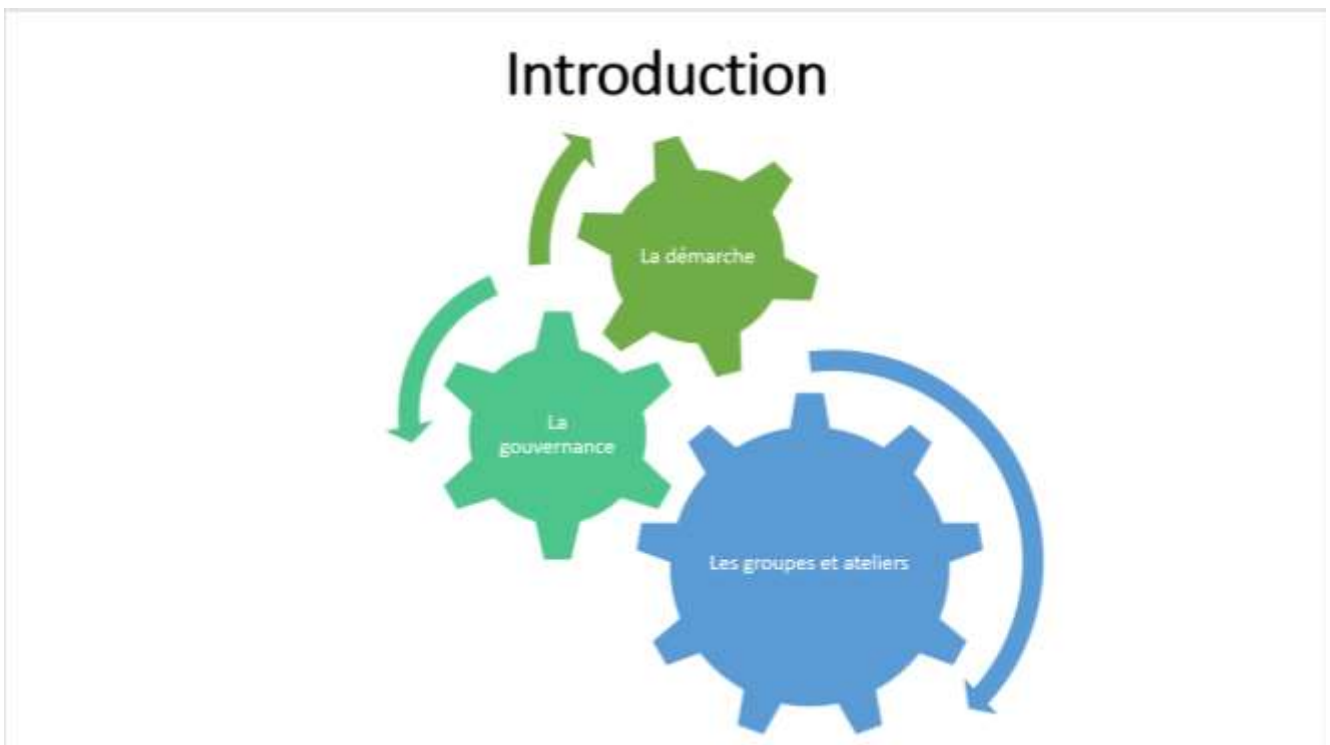


Figure 1 : Source : étude 2017, ?





- Annexe n°7 : Le power point de restitution de l'Assemblée plénière du 26 novembre 2018





Pourquoi un diagnostic ?

- Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016
Article 69 : fait évoluer la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie en reconnaissant le caractère transversal de la santé mentale et en prévoyant la mise en œuvre sur les territoires de PTSM élaborés par l'ensemble des acteurs.
- Décret du 27 juillet 2017 : précise le cadre et le contenu du PTSM
- Instruction du 5 juin 2018 : vise à accompagner les acteurs et les ARS dans l'élaboration des PTSM

3 objectifs majeurs du diagnostic partagé





Les instances

Instance d'organisation

- Groupe projet pluridisciplinaire : 10 membres et 1 chargée de mission / réunions mensuelles

Organisation, animation
Conduite de projet
Rédaction du PTSM

Instances de concertation

- 3 groupes thématiques déclinées en 11 ateliers de travail sur avril-mai-juin (154 participants)
- 1 rencontre entre les médecins psychiatres et les médecins généralistes le 23 octobre

Réflexions collectives - apports d'éléments qualitatifs, remontées du terrain
Apports de propositions d'actions

Instances de délibération

- CLS/CLSM
- Sous-commission en santé mentale du Conseil Territorial de Santé

Avis consultatifs

Instances de décision

- Comité de pilotage
- Directeur Général de l'ARS Pays-de-la-Loire

Avis pré-décisionnel
Avis décisionnel et contractualisation

Restitution du diagnostic partagé





3 groupes de thématiques

Groupe de travail 1 : Prévention des crises, gestion des situations de crises, accès au diagnostic, aux soins psychiatriques et somatiques

Groupe de travail 2 : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, organisation des parcours coordonnés

Groupe de travail 3 : Parcours enfance-adolescence, transition vers l'âge adulte, repérage et diagnostic précoce, partenariats et coordination des acteurs

**Groupe de
travail 1**

**Prévention des crises,
gestion des situations de crises,
accès au diagnostic,
aux soins psychiatriques et aux soins somatiques**



Groupe de travail 1 : LES PRINCIPALES FORCES

1/1

➤ Coordination des acteurs :

Un département innovant
Un partenariat dynamique

➤ Accessibilité pour l'utilisateur :

Une diversité des lieux ressources
Une présence de différents acteurs, réseaux locaux
Des dispositifs pertinents dans l'accompagnement

➤ Continuité du parcours :

Un panel de dispositifs ouverts aux différents profils d'utilisateurs
Une volonté d'interconnaissance des acteurs dans un objectif de continuité du parcours de la personne
Des acteurs de la médecine spécialisée présents

Groupe de travail 1 : LES PRINCIPALES FAIBLESSES 1/3

➤ Coordination des acteurs

Un lien à renforcer entre les acteurs des soins somatiques et psychiatriques
Un manque de communication et de transmission d'informations sur le parcours de l'utilisateur
Une méconnaissance des outils de coordination
Difficulté dans la gestion de la crise et dans la procédure
Manque de lisibilité du réseau de professionnels : dû à la multiplicité des motifs d'entrées
Fragilité du réseau : lié à une faible densité médicale, à la mobilité professionnelle et à une forte personnalisation
Une gestion de l'entrée et de la sortie d'hospitalisation à améliorer
Systématisation de l'orientation vers la psychiatrie par défaut
Difficulté d'intégrer l'utilisateur comme acteur à part entière dans le parcours de soin et dans son environnement
Un cloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social



Groupe de travail 1 : LES PRINCIPALES FAIBLESSES

2/3

➤ Accessibilité pour l'utilisateur :

Une démographie médicale tendue, problématique d'accès aux soins

Manque de connaissance et peu de visibilité de l'offre existante

Couverture de l'offre inégale sur le territoire

Périodes de crise : manque d'information, de visibilité, de gestion dans la prise en charge, méconnaissance du plan de crise, offre de soins limitée notamment pour l'organisation des soins sous contrainte

Difficultés pour les familles dans la gestion du retour à domicile

Difficultés d'accès aux soins, freins à l'accès : longueur des délais, prise de rendez-vous parfois difficile, accompagnement physique nécessaire, mobilité, barrière de la langue, réticence vis-à-vis de l'environnement hospitalier, refus de soins

Difficultés dans la reconnaissance administrative du handicap psychique et dans la mobilisation des aides au domicile

Groupe de travail 1 : LES PRINCIPALES FAIBLESSES

3/3

➤ Continuité du parcours :

Difficulté de co-construire des parcours de soins et de vie entre les acteurs de l'accompagnement et du soin

Un manque de clarté sur l'offre d'acteurs du territoire

Un manque de visibilité pour les médecins généralistes : sur les modes d'accès, les ressources, les appuis en psychiatrie

Difficultés de repérage et de prévention en santé mentale

Difficulté d'accès au logement ou hébergement à l'issue d'une hospitalisation pour les personnes vulnérables

Difficultés dans le suivi des sorties d'hospitalisation

Difficulté de gestion des inadéquats (idée sorties de files active)

Nécessité de rendre l'utilisateur plus acteur de son parcours de soins



Groupe 1 : Les principaux enjeux identifiés

Sensibiliser à la prévention primaire pour améliorer le repérage et faciliter l'accès à l'offre de soins

Maintenir et élargir la dynamique partenariale en impliquant l'ensemble des acteurs comme les familles, les acteurs du domicile, la pair-aidance pour une meilleure coordination des parcours

Renforcer la coordination médicale entre les médecins généralistes et psychiatres

Améliorer les échanges, l'interconnaissance et les pratiques partagées entre professionnels

Poursuivre la construction d'outils partagés et des process pour une prise en charge et une coordination plus efficiente

Construire une réponse pour apaiser les situations de crise des personnes isolées, sans accompagnement

Trouver des alternatives face à la démographie médicale

Renforcer la coordination des acteurs dans l'organisation de la sortie d'hospitalisation

Prévenir les risques suicidaires

**Groupe de
travail 2**

**Accès aux accompagnements sociaux et médico-
sociaux,
organisation des parcours coordonnés,**



Groupe 2 : Autour de la lutte contre la stigmatisation et aide aux aidants - FORCES

➤ **Coordination :**

Une dynamique du réseau associatif pour l'utilisateur et les aidants engagés dans la déstigmatisation des troubles psychiques
Mobilisation autour de temps forts (type SISM)
Des outils émergents (type plan de crise)
Activation de ressources d'information au niveau régional et national
Présence d'un Accueil Familial Thérapeutique sur le territoire

➤ **Accessibilité :**

Présence de réunions de concertations entre les acteurs et les personnes concernées

➤ **Continuité :**

Volonté d'une nouvelle offre de séjour de rupture
Dynamique de réflexion des CMP autour de l'accueil des aidants

Groupe 2 : Autour de la lutte contre la stigmatisation et aide aux aidants - FAIBLESSES

➤ **Coordination :**

Inexistence d'une équipe mobile pour répondre aux situations d'alerte des aidants
Inappropriation de la prise en charge des aidants dans les lieux de soins
Nécessité de mieux sensibiliser les acteurs du premier recours
Difficulté de communication entre le médecin généraliste et le médecin psychiatre
Peu de couverture des actions de déstigmatisation sur les zones rurales
Difficulté de sensibiliser le grand public autour des maladies mentales
Limitation de la reconnaissance des troubles psychiques à travers la PCH : difficultés pour les aidants
Aucune réponse sur le droit au répit des aidants

➤ **Accessibilité :**

Difficultés d'accessibilité aux informations, aux ressources disponibles
Nécessité de renforcer les liens entre les associations pour l'utilisateur et les services de psychiatrie
Offre manquante pour des familles en souffrance : lieux d'écoute et de répit

➤ **Continuité :**

Offre trop ponctuelle sur la déstigmatisation
Nécessité de mieux appréhender les sorties d'hospitalisation en lien avec les aidants
Un manque d'outils et de professionnels ressources dans le repérage des troubles psychiques



Groupe 2 : Autour du logement et de l'hébergement - FORCES

➤ Coordination :

Des liens effectifs et partenariats entre les acteurs et les bailleurs

Poursuite du partenariat TISF-IDE du contrat de ville de Laval pour un accompagnement individualisé

2 CLSM en Mayenne sur 4 sur la région des Pays-de-Loire

➤ Accessibilité :

Présence de dispositifs et structures existantes sur le département

Mise en place d'expérimentations, mobilisations des acteurs

➤ Continuité :

Volonté des acteurs dans le maintien de l'usager dans son logement

Une offre variée et accessible

Groupe 2 : Autour du logement et de l'hébergement - FAIBLESSES

➤ Coordination :

Manque d'organisation et de coordination du retour au logement lors des sorties d'hospitalisation

Souhait d'un conventionnement plus clair entre les institutions d'accueil et d'hébergement et les centres hospitaliers

➤ Accessibilité :

Manque de places dans les établissements médico-sociaux et des listes d'attente importantes

Un manque de visibilité sur les dispositifs existants

Difficultés d'accessibilité au logement pour les usagers de la psychiatrie à long terme.

Pas assez de souplesse dans les démarches d'accompagnement des usagers, des délais d'attente importants et une temporalité des aides accordées imparfaites

Manque d'alternative entre le logement autonome et en établissement

➤ Continuité :

Des problématiques d'incuries dans le logement et pas de procédure d'intervention claire

Manque de moyens pour du soutien à domicile

Difficulté dans le suivi lorsque la personne déménage

Problématique d'accès au logement pour les personnes en rupture et en situation de précarité



Groupe 2 : Autour de la formation et l'emploi - FORCES

➤ Coordination :

Proximité des acteurs pour une meilleure coordination
Présence de référents handicaps dans des institutions et entreprises
Présence d'un service d'emploi accompagné

➤ Accessibilité :

Existence de dispositifs sur le territoire facilitant l'accès à l'emploi adapté et ordinaire et au travail protégé
Développement d'initiatives en faveur de l'emploi et de la formation
Espaces de concertation dans les structures pour une meilleure orientation du jeune

➤ Continuité :

La possibilité et l'importance d'essayer
Une variété de l'offre permettant l'adaptation du parcours
Des opportunités d'emplois sur le département

Groupe 2 : Autour de la formation et l'emploi - FAIBLESSES

➤ Coordination :

Pas de double orientation milieu ordinaire / milieu protégé pour organiser des transitions et faire des allers-retours
Manque de places sur les dispositifs existants

➤ Accessibilité :

Des délais d'attente importants et peu de lisibilité de l'offre pour l'utilisateur
Problématique de mobilité pour accéder à l'emploi
Freins en matière d'accès aux dispositifs liés aux critères d'entrées des politiques publiques.
Difficulté d'accès à l'emploi suite à une scolarité en milieu ordinaire
Manque de flexibilité entre l'orientation et la maturité du projet de la personne (choix définitif du milieu ordinaire ou milieu protégé)
Pas assez d'aménagement et de souplesse sur les accès, le rythme et la densité d'une formation pour une personne ayant des troubles psychiques
Nécessité de plus sensibiliser et communiquer auprès des acteurs de l'emploi du milieu ordinaire et des employeurs sur la souffrance psychique
Difficultés d'accès aux aides financières pour les employeurs

➤ Continuité :

Frein pour le passage vers le milieu ordinaire : la réévaluation des aides, période d'insécurité de ressource pour l'utilisateur
Des limites institutionnelles dans les financements qui impactent les possibilités de coopération entre acteurs
Manque de connaissance sur les difficultés dans le parcours professionnel par certains employeurs ou l'entourage de l'utilisateur : parcours non linéaire



Groupe 2 : Autour de la vie sociale et citoyenne - FORCES

➤ Coordination :

Une bonne couverture du territoire concernant les GEM et EDI
Interconnaissance des acteurs et un réseau important de structures associatives, de partenaires
Des liens établis entre acteurs pour un accompagnement efficient de l'utilisateur

➤ Accessibilité :

Intérêt et poursuite des prescriptions du sport pour une ALD par les médecins généralistes
Présence de dispositifs sportifs à des visées inclusives
Existence de réseaux de transports adaptés
Intérêt des rencontres avec les équipes soignantes pour l'orientation du public
Rôle important de la pair-aidance sur la vie sociale

➤ Continuité :

Engagement de liens et des changements de postures entre les secteurs sanitaire et social
Intégration des acteurs du rythme et de l'expression des besoins et des attentes de l'utilisateur dans son parcours
Présence d'une expérimentation d'un outil sur l'amélioration de la qualité de vie de l'utilisateur

Groupe 2 : Autour de la vie sociale et citoyenne - FAIBLESSES

➤ Coordination :

Pas assez de visibilité sur les lieux et les personnes ressources
Pas assez de souplesse liés aux cadres administratifs
Manque d'articulation entre le projet de soin et de vie de la personne : lié aux cloisonnements
Méconnaissance des structures et des complémentarités en capacité d'accueillir les usagers en souffrance psychique

➤ Accessibilité :

Des difficultés pour les usagers dans les déplacements et la prise de rendez-vous
Des difficultés pour les populations migrantes liées à la barrière de la langue
Manque de diffusion de l'information sur l'accès au sport, la vie sociale et associative
Manque de réponses face à l'isolement social et relationnel des personnes
Frein financier dans l'accès à une activité
Nécessité de renforcer les transports en zones rurales pour favoriser l'accès aux activités

et social...

➤ Continuité :

Améliorer la visibilité, l'information sur les associations pour s'assurer de relais, d'une continuité dans le parcours
Des cloisonnements encore présents entre le sanitaire et les autres partenaires sociaux
Des ruptures de parcours lors de changements de situations administratives
Pas assez de valorisation du bénévolat reconnu



Groupe 2 : Les principaux enjeux identifiés

- Une importance de développer « l'aller-vers » pour aller au plus près des personnes vulnérables et en rupture de soins
- Amélioration de l'organisation des temps d'hospitalisation en amont et en aval
- Développement de la pair-aidance
- Renforcement de la place et du rôle des personnes, des familles, des aidants
- Amélioration des échanges entre professionnels sur les situations individuelles rencontrées
- Articuler le projet de soin au projet de vie de la personne
- Déploiement des cellules de veille autour du logement/hébergement
- Portage conjoint d'une communication positive sur la santé mentale auprès du grand public et à destination du marché du travail
- Amélioration des connaissances autour du trouble psychique des acteurs périphériques (notamment pour les agents d'accueils des services publics) pour permettre une réponse adaptée
- Etablissement d'une cartographie des acteurs et des ressources pour améliorer la lisibilité et la coordination

Groupe de travail 3

**Parcours enfance-adolescence,
transition vers l'âge adulte,
repérage et diagnostic précoce,
partenariats et coordination des acteurs**



Groupe de travail 3 : LES PRINCIPALES FORCES

1/2

➤ Prévention et repérage

Les acteurs accompagnants qui gravitent autour de l'enfant

Des actions de prévention mises en place, dans les écoles, les collèges et lycées

➤ Coordination des acteurs

Une interconnaissance et un travail partenarial des acteurs

Plusieurs dispositifs coordonnés

La création de l'Equipe Mobile Ressources en soutien aux professionnels

Des regards croisés des professionnels

Soutien par l'environnement familial

Des pratiques d'accompagnement entre les équipes éducatives et les parents

Groupe de travail 3 : LES PRINCIPALES FORCES

2/2

➤ Accessibilité pour l'utilisateur

Présence d'un lieu non connoté santé mentale : la maison des adolescents

Recherche de solutions personnalisées de scolarisation

L'existence de dispositifs, de structures adaptées sur le territoire

Le rôle des référents de scolarité

Le Centre de Soins Etudes de Sablé-sur-Sarthe

➤ Continuité du parcours

La continuité primaire - collège avec des formations conjointes

La politique éducative inclusive sur le département

Des professionnels et des familles engagés pour accompagner les transitions

Bonne collaboration entre les acteurs facilitant la continuité du parcours



Groupe de travail 3 : LES PRINCIPALES FAIBLESSES 1/3

➤ Prévention et repérage

- Nécessité de renforcer le repérage des troubles psychiques
- Nécessité de mieux s'appuyer et d'être à l'écoute de l'entourage
- Des soins en libéral non pris en charge par la CPAM

➤ Coordination des acteurs

- Un manque de places et une disparité de l'offre sur le territoire
- Un manque de lisibilité sur les missions des acteurs périphériques
- Une coordination à renforcer entre l'éducatif et le thérapeutique
- Un important nombre d'intervenants et de cultures professionnelles différentes
- Des échanges d'informations à renforcer lors du passage des dispositifs enfance – adolescence – adulte
- Des troubles non pris en charge faute d'un diagnostic posé et la présence d'un service appropriée
- Un manque de souplesse des cadres administratifs

Groupe de travail 3 : LES PRINCIPALES FAIBLESSES 2/3

➤ Accessibilité pour l'utilisateur

- Manque de lien entre les acteurs de proximité qui repèrent et ceux pouvant poser un diagnostic
- Repérage et diagnostic qui se font parfois trop tardivement : manque de sensibilisation des personnes autour de l'enfant, isolement sur certains territoires, des difficultés dans l'interpellation de parents (parfois une période de déni)
- Un manque de pédopsychiatres
- Difficultés parfois dans le recrutement de personnel éducatif et social
- Problématiques de transports pour les familles
- Un manque de moyens pour accompagner les parents dans l'acceptation
- Des carences pour « aller-vers » des personnes vulnérables
- Des problématiques liées aux retards entre le diagnostic et la prise en charge (parfois une obsolescence de l'orientation), des délais de réponses et traitements longs, de disponibilité de places
- Un manque de lisibilité sur les ressources disponibles et de nombreux acteurs : complexification pour les usagers et les familles



Groupe de travail 3 : LES PRINCIPALES FAIBLESSES 3/3

➤ Continuité du parcours

Nécessité d'améliorer les passages de relai entre les acteurs (enfant-adolescent-adulte)

Un manque de souplesse, de passerelles dans les étapes du parcours : notamment l'absence de référent de parcours pour l'entrée dans le champ de l'adulte

Insuffisance de partage d'informations entre les professionnels : notamment lors des passages de relais

Plusieurs périodes de ruptures identifiées (notamment période adolescence)

Un manque de solutions et d'alternatives en amont et lors d'une déscolarisation

Difficultés dans l'accompagnement au quotidien par les parents : impact sur la vie socio-professionnelle, difficultés administratives et financières

Manque de soutien à la parentalité, lieux de répit

Groupe 3 : Les principaux enjeux

Intégration de l'ensemble des personnes ressources notamment du milieu ordinaire, gravitant autour de l'enfant dans son parcours de soins et de vie

Sensibilisation des professionnels autour du repérage précoce (âge et apparition des troubles)

Amélioration des relais lors du passage vers l'âge adulte

Coopération sur de nouvelles modalités d'accompagnement de l'enfant (exemple : en séquentiel)

Réflexion sur des possibilités de replis et d'alternatives sur les temps scolaires

Création de lieux de répit pour les aidants

Intensification des liens entre le sanitaire, le médico-social et social

Amélioration de l'accompagnement des parents lors de la phase d'acceptation

Développement du contrat jeune majeur

Permettre une offre de stage mixte pour les internes en médecine

Intégration et prise d'appui sur les acteurs du premier recours (MSP, Pôles de Santé, PALEX, etc.)



Restitution des intitulés des fiches actions du PTSM 53



Objectif 1 : L'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médicosociaux (4 fiches actions)

1/1

Fiche action n°1 : Sensibiliser au repérage de la souffrance psychique les professionnels dans l'environnement de l'enfant et de l'adolescent

Fiche action n°2 : Recenser et faire connaître les outils de e-santé mentale

Fiche action n°3 : Renforcer et étendre le dispositif SAJE et autres dispositifs du même type aux jeunes en attente de la mise en place d'une orientation MDA

Fiche action n°4 : Créer un groupe de travail sur l'inclusion scolaire



Objectif 2 : L'organisation d'un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, en vue du rétablissement et de l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques graves (11 fiches actions)

1/2

Fiche action n°5 : Organiser une session d'information sur les informations partagées entre les différents acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social

Fiche action n°6 : Expérimenter des dispositifs d'accueil et de logement-hébergement innovants

Fiche action n°7 : Développer des cellules de veille sur le territoire

Fiche action n°8 : Réfléchir à un projet d'accompagnement vers un logement à proximité du soin

Fiche action n°9 : Créer et diffuser un document d'aide sur le handicap psychique à destination des professionnels de l'emploi

Objectif 2 : L'organisation d'un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, en vue du rétablissement et de l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques graves (11 fiches actions)

2/2

Fiche action n°10 : Renforcer l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique

Fiche action n°11 : Faciliter l'inclusion des personnes avec un handicap psychique dans l'offre de service culture, sport, loisirs par la sensibilisation des professionnels concernés et la création d'un label spécifique

Fiche action n°12 : Mettre en place et améliorer l'accompagnement spécifique pour les jeunes en souffrance psychique et en rupture de liens sur la tranche d'âge 16-25 ans

Fiche action n°13 : Développer et professionnaliser la pair-aidance

Fiche action n°14 : Reconnaître les besoins autour de la mobilité et de la vie domestique

Fiche action n°15 : Mettre en place des référents de parcours



Objectif 3 : L'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins (3 fiches actions)

1/1

Fiche action n°16 : S'appuyer sur les maisons de santé de proximité pour favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique

Fiche action n°17 : Développer des téléconsultations pour des soins somatiques et psychiatriques

Fiche action n°18 : Faciliter les échanges et renforcer le travail de liaison entre les médecins psychiatres et médecins généralistes

Objectif 4 : L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence, en prévoyant notamment le suivi en fin d'hospitalisation, « au besoin par un accompagnement social ou médico-social »
(5 fiches actions) 1/1

Fiche action n°19 : Créer une équipe mobile de liaison intersectorielle de prévention de la crise

Fiche action n°20 : Diffuser le plan de crise et les outils d'auto-évaluation

Fiche action n°21 : Prévenir les risques suicidaires

Fiche action n°22 : Créer des outils facilitant le suivi du parcours de soins de la personne

Fiche action n°23 : Encourager la création de Lits Halte Soins Santé



Objectif 5: L'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles (4 fiches actions) 1/1

Fiche action n°24 : Sensibiliser sur les droits et devoirs du patient dans son parcours de soins en psychiatrie

Fiche action n°25 : Mettre en place une formation sur la souffrance psychique pour les agents d'accueil afin de favoriser les réponses adaptées

Fiche action n°26 : Créer un annuaire départemental sur les ressources disponibles

Fiche action n°27 : Sensibiliser les jeunes aux problématiques psychiques

Objectif 6 : L'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale. (4 fiches actions) 1/1

Fiche action n°28 : Réaliser des actions de communication sur la souffrance psychique auprès des employeurs

Fiche action n°29 : Améliorer le soutien des parents et proches aidants, soutenir la parentalité dans un objectif de promotion de la santé

Fiche action n°30 : Faciliter l'émergence d'une culture commune de l'accompagnement de la souffrance psychique

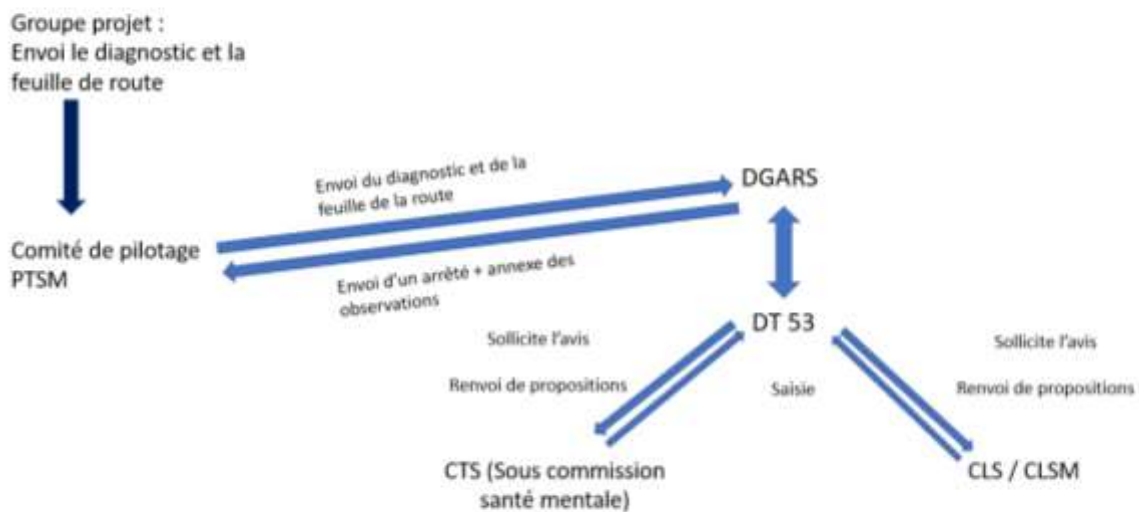
Fiche action n°31 : S'engager collectivement dans l'organisation d'évènements grand public sur la santé mentale



La suite du PTSM



Suite du PTSM : Processus de recueil d'avis



Dans un délai de 6 mois après l'arrêté, contractualisation du PTSM



Rétroplanning prévisionnel - instances



Rétroplanning prévisionnel - acteurs





Bis annexe n°7 : photographies prises lors de l'Assemblée plénière du 26 novembre 2018





- Annexe n°8 : document de l'Observatoire Régional des Pays-de-La-Loire « Démographie des médecins en Pays de la Loire – Psychiatres »




Démographie des médecins en Pays de la Loire Psychiatres



Situation 2017 et évolution

CHIFFRES-CLÉS

| | | |
|---|---|--|
|  636 psychiatres en Pays de la Loire | + 2,0 % par an depuis 2012. (- 0,9 % parmi les libéraux) |  + 1,2 % en France (libéraux : - 0,2 %) |
| 16 % âgés de moins de 35 ans |  30 % âgés de 60 ans et plus | |
| 17 médecins pour 100 000 hab. (- 26 % par rapport à la France) |  62 % diplômés dans la région | |
| 40 % exercent en libéral |  28 % des libéraux installés en cabinet de groupe ou MSP | |

Source : RPPS (Drees) - données au 1^{er} janvier 2017



ORS Pays de la Loire

ENSEMBLE DES PSYCHIATRES

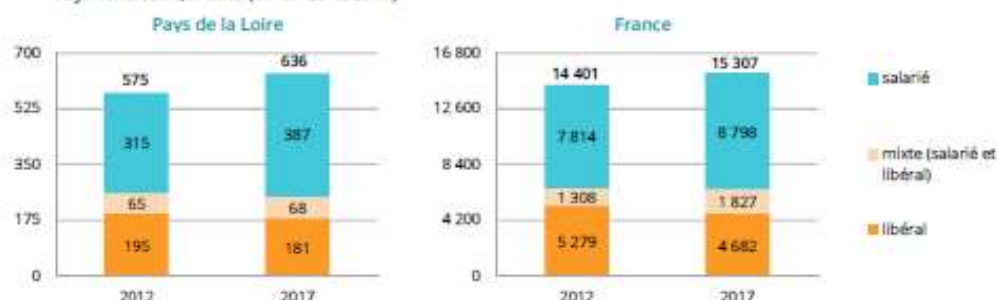
► La région Pays de la Loire compte 636 médecins spécialistes en psychiatrie au 1^{er} janvier 2017. Comme en France, environ 40 % exercent en libéral ou mixte (libéral et salarié).

Parmi ces 636 praticiens, six exercent comme remplaçants, soit 1 % (près de 2 % en France).

Au cours des cinq dernières années, le nombre de psychiatres a progressé de + 2,0 % par an dans la région, près de deux fois plus rapidement qu'en France (+ 1,2 %) (Fig3). Le nombre de praticiens en libéral a diminué (- 0,9 % par an) alors qu'il a connu une progression pour l'exercice salarié (+ 4,2 %) (respectivement - 0,2 % et + 2,4 % en France).

Fig1 Effectifs et évolution du nombre de psychiatres* selon leur mode d'exercice

Pays de la Loire, France (01/01/2012-2017)



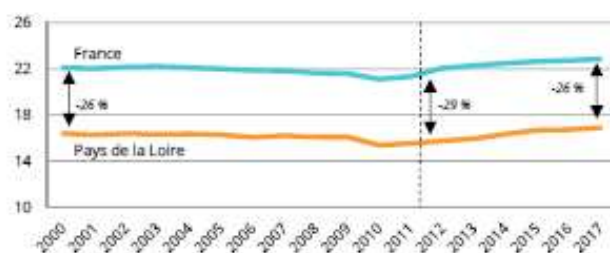
Source : RPPS (Drees) / Exploitation ORS Pays de la Loire * Y compris médecins remplaçants.

Densité

► La densité de médecins spécialistes en psychiatrie dans les Pays de la Loire est de 17 pour 100 000 habitants (Fig3). Cette densité est inférieure de 26 % à la moyenne nationale (23 pour 100 000). Depuis 2012, cet écart tend légèrement à se réduire, en lien avec la progression de la densité de praticiens plus marquée en région qu'en France.

Fig2 Évolution de la densité* de psychiatres**

Pays de la Loire, France (01/01/2000-2017)



Sources : Adell, RPPS (Drees) / Exploitation ORS Pays de la Loire * Pour 100 000 habitants. ** Y compris médecins remplaçants.

— Rupture de série : Adell (2000-2011), RPPS (2012-2017).

Note de lecture : en 2000, la densité observée en Pays de la Loire est inférieure de 26 % à la moyenne nationale.

► Au sein de la région, la densité de psychiatres varie fortement selon les départements. La Vendée, la Mayenne et la Sarthe présentent les densités les plus faibles (9 à 13 pour 100 000 habitants), nettement inférieures à celle observée au plan national (23). Par contre, la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire se caractérisent par les densités les plus élevées des départements ligériens (21), et proches de la moyenne nationale.

Fig3 Effectifs, densité* et évolution des psychiatres** par département

Pays de la Loire, France (01/01/2012-2017)

| | 2017 | | dont libéraux *** | | Évolution eff. total |
|-------------------------|------------|-------------|-------------------|------------|----------------------|
| | Effectif | Densité* | Effectif | Densité* | |
| Loire-Atlantique | 293 | 21,0 | 120 | 8,6 | + 1,4 % |
| Maine-et-Loire | 169 | 20,7 | 72 | 8,8 | + 3,4 % |
| Mayenne | 35 | 11,4 | 16 | 5,2 | + 1,2 % |
| Sarthe | 76 | 13,4 | 24 | 4,2 | + 3,2 % |
| Vendée | 63 | 9,3 | 17 | 2,5 | + 0,6 % |
| Pays de la Loire | 636 | 16,9 | 249 | 6,6 | + 2,0 % |
| France | 15 307 | 22,9 | 6 509 | 9,7 | + 1,2 % |

Sources : RPPS (Drees), Insee / Exploitation ORS Pays de la Loire

* Pour 100 000 habitants. ** Y compris médecins remplaçants. *** Y compris mixte.





Pyramide des âges

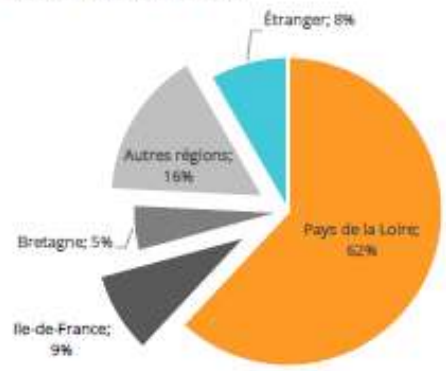
► L'âge moyen des médecins spécialistes en psychiatrie s'élève à 50,2 ans en 2017 (52,7 ans en France). Cette moyenne est comparable à celle observée en 2012, mais le profil démographique de ces praticiens a fortement évolué. Les psychiatres âgés de moins de 35 ans, et ceux de 60 ans et plus, sont 1,3 fois plus nombreux en 2017 qu'en 2012. Ces deux groupes d'âge représentent ainsi 16 et 30 % des médecins spécialistes en psychiatrie en 2017 (11 et 37 % en France). En 2017, 52 % des praticiens sont des femmes (51 % en France), contre 47 % en 2012. Cette proportion atteint 70 % parmi les praticiens âgés de moins de 40 ans.

Fig4 Répartition des psychiatres* par tranche d'âge et par sexe
Pays de la Loire, France (01/01/2012-2017)



Formation

Fig5 Répartition des psychiatres* selon la région d'obtention du diplôme
Pays de la Loire (01/01/2017)



► 62 % des médecins spécialistes en psychiatrie exerçant en 2017 ont obtenu leur diplôme dans la région Pays de la Loire, à la faculté de Nantes (57 %) ou d'Angers. 30 % ont obtenu leur diplôme dans une autre région française. 8 % ont obtenu leur diplôme à l'étranger (11 % au plan national).

► Parmi les médecins diplômés à l'étranger, 28 % ont obtenu leur diplôme en Europe, 21 % en Roumanie (respectivement 41 et 21 % au plan national).

La moitié des médecins diplômés à l'étranger sont de nationalité française (49 % au plan national).

Source : RPPS (Drees) / Exploitation ORS Pays de la Loire
* Y compris médecins remplaçants.



ORS Pays de la Loire

EXERCICE LIBÉRAL

Installation en cabinet de groupe et maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)

► L'installation en groupe est définie dans le RPPS comme le partage, entre plusieurs professionnels de santé libéraux, de locaux et/ou de moyens. Elle peut prendre plusieurs formes juridiques (sociétés de type SCM ou SCI, contrats d'associations...) et fait l'objet d'une déclaration au Conseil de l'Ordre des médecins.

► Selon le RPPS, 28 % des psychiatres libéraux sont installés en groupe (cabinet de groupe ou MSP) en 2017, soit une proportion un peu plus élevée qu'au plan national (25 %).

Cette proportion est très inférieure à celle observée en moyenne parmi l'ensemble des spécialistes, hors généralistes (71 %).

Fig6 Proportion de médecins spécialistes libéraux* installés en groupe**

Pays de la Loire, France (01/01/2017)

| | Pays de la Loire | France |
|---|------------------|--------|
| Spécialistes en psychiatrie | 28 % | 25 % |
| Ensemble des spécialistes (hors généralistes) | 71 % | 57 % |

Source : RPPS (Drees) / Exploitation ORS Pays de la Loire

* Libéraux ou mixtes, hors médecins remplaçants.

** Cabinet de groupe ou MSP.

Mode de conventionnement

► Selon les données de l'assurance maladie, fin 2016, 81 % des psychiatres libéraux exercent en secteur 1, c'est-à-dire qu'ils appliquent les tarifs conventionnels de l'assurance maladie (65 % en France).

19 % des praticiens sont en secteur 2 (honoraires libres), c'est-à-dire qu'ils sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires (34 % France).

Fig7 Répartition des psychiatres libéraux* selon leur mode de conventionnement

Pays de la Loire, France (31/12/2016)

| | Pays de la Loire | France |
|--|------------------|--------|
| Secteur 1 (tarif conventionné assurance maladie) | 81 % | 65 % |
| Secteur 2 (honoraires libres) | 19 % | 34 % |
| Secteur 3 (tarif non conventionné) | < 1 % | 1 % |
| Total | 100 % | 100 % |

Source : Sniir (Amos) / Exploitation ORS Pays de la Loire

* Hors médecins remplaçants.

Sources de données

Il existe plusieurs sources d'information pour dénombrer les médecins : les données du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), les données de l'assurance maladie (Cnam).

Les effectifs de médecins peuvent varier selon la source utilisée et l'organisme qui en réalise l'exploitation, les champs d'analyse retenus n'étant pas définis de manière analogue.

L'exploitation du RPPS par la Drees correspond à une photographie au 1^{er} janvier de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'Ordre, "actifs", c'est-à-dire enregistrés dans le répertoire comme étant en exercice et avec au moins une activité en cours en France. Cette définition inclut les médecins remplaçants "thésés", ainsi que les médecins qui cumulent emploi et retraite ; elle exclut les médecins temporairement sans activité. Les médecins n'ayant pas d'activité soignante (activités de recherche, de prévention...) n'ont pas d'obligation à s'inscrire à l'Ordre ; leur effectif dans le fichier du RPPS est donc sous-estimé. Les médecins sont comptabilisés au lieu de leur département d'inscription au Conseil de l'Ordre. S'ils exercent dans plusieurs lieux d'activité, ils ne sont comptés qu'une seule fois.

Les données de la Cnam (Sniiram-Amos) permettent de comptabiliser chaque année les effectifs de médecins libéraux actifs au 31 décembre, parmi ceux dont l'activité a donné lieu à remboursement par les caisses gérant l'assurance maladie. Les médecins remplaçants ne sont pas comptabilisés, leur activité étant enregistrée au nom des médecins qu'ils remplacent.

AUTRES PUBLICATIONS DE SYNTHÈSE SUR LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Médecins généralistes, Ophtalmologistes (mai 2018), Rhumatologues, Cardiologues, Neurologues (juillet 2018).



Accès direct : www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/la-sante-observee/soins-prevention-et-accompagnement

Voir aussi le site de l'ORS : www.santepaysdelaloire.com/ors

Définitions et sources : www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique

Auteur : ORS Pays de la Loire

Financement : Agence régionale de santé et Conseil régional des Pays de la Loire

Citation suggérée : ORS Pays de la Loire. (2018). Démographie des médecins en Pays de la Loire : psychiatres. Situation 2017 et évolution. La santé observée. #4. 4 p.

L'ORS Pays de la Loire autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette étude sous réserve de la mention des sources des données utilisées et de leur analyse par l'ORS.

ORS Pays de la Loire • Tél. 02 51 86 05 60 • accueil@orspaysdelaloire.com





- Annexe n°9 : document de l'Observatoire Régional des Pays-de-La-Loire « Démographie des médecins en Pays de la Loire – Généralistes »



Démographie des médecins en Pays de la Loire Généralistes

Situation 2017 et évolution

CHIFFRES-CLÉS





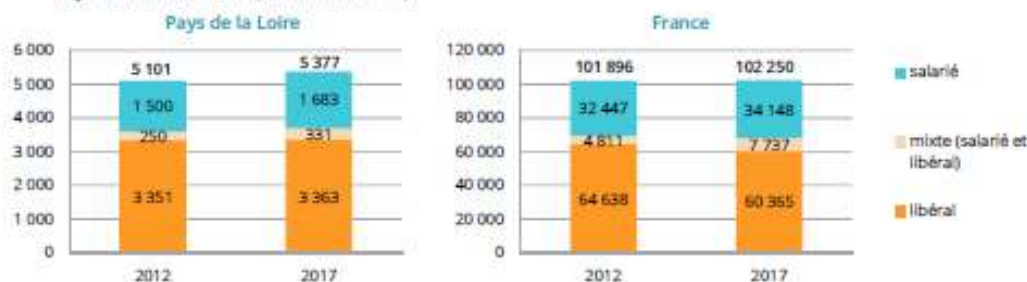
ORS Pays de la Loire

ENSEMBLE DES GÉNÉRALISTES

► Les Pays de la Loire comptent 5 380 médecins généralistes au 1^{er} janvier 2017, un effectif identique à celui des médecins spécialistes. Près de 3 700 exercent en secteur libéral ou mixte (libéral et salarié), soit, comme en France, environ les deux tiers. 1 680 médecins généralistes sont salariés, dont la moitié dans un établissement de santé. Depuis 2012, le nombre de praticiens libéraux a progressé de + 0,5 % par an dans la région (baisse de - 0,4 % en France) (Fig3) et celui des salariés de + 2,3 % par an (+ 1,0 % en France).

Fig1 Effectifs et évolution du nombre de médecins généralistes selon leur mode d'exercice

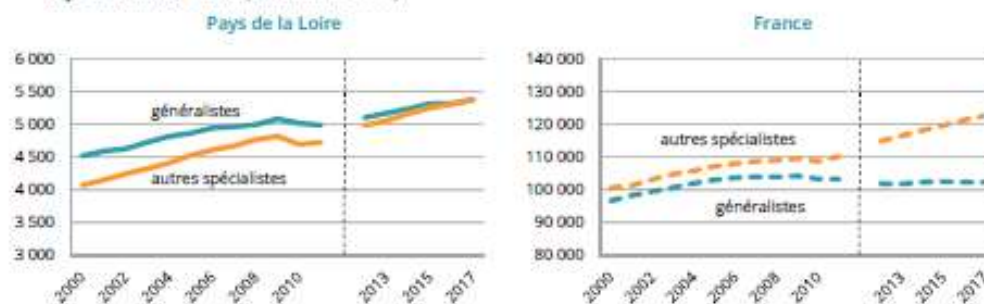
Pays de la Loire, France (01/01/2012-2017)



Source : RPPS (Drees) / Exploitation ORS Pays de la Loire

Fig2 Effectifs et évolution du nombre de médecins généralistes et de médecins spécialistes

Pays de la Loire, France (01/01/2000-2017)



Sources : Adeli, RPPS (Drees) / Exploitation ORS Pays de la Loire — Rupture de série : Adeli (2000-2011), RPPS (2012-2017).

EXERCICE LIBÉRAL

Accessibilité potentielle localisée (APL)

► L'APL est un indicateur qui prend en compte à la fois les besoins différenciés en fonction de l'âge de la population, la disponibilité des praticiens en termes de volume d'activité, et l'offre de médecins à proximité immédiate de la zone concernée.

Fig3 Effectifs et évolution du nombre de généralistes libéraux* par département

Pays de la Loire, France (01/01/2012-2017)

| Département | Effectifs 2017 | Évolution eff. 2012/2017 |
|-------------------------|----------------|--------------------------|
| Loire-Atlantique | 1 589 | + 1,7 % |
| Maine-et-Loire | 904 | + 1,0 % |
| Mayenne | 226 | - 1,6 % |
| Sarthe | 434 | - 1,3 % |
| Vendée | 541 | - 1,1 % |
| Pays de la Loire | 3 694 | + 0,5 % |
| France | 68 102 | - 0,4 % |

Source : RPPS (Drees) / Exploitation ORS Pays de la Loire
* Libéraux ou mixtes, y compris médecins à mode d'exercice particulier (MEP) et médecins remplaçants.

Fig4 APL* aux médecins généralistes libéraux de moins de 65 ans**

Pays de la Loire, France (2016)

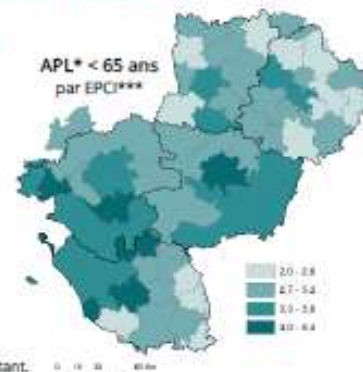
| Département | APL* < 65 ans |
|-------------------------|---------------|
| Loire-Atlantique | 4,0 |
| Maine-et-Loire | 4,1 |
| Mayenne | 3,0 |
| Sarthe | 3,0 |
| Vendée | 3,4 |
| Pays de la Loire | 3,7 |
| France | 3,7 |

Sources : Sniiram, EGB (Cnamts); Insee - traitements Drees - Exploitation ORS Pays de la Loire

* APL 2016 en nombre moyen de consultations accessibles par an et par habitant.

** Médecins généralistes libéraux installés (hors médecins remplaçants), non MEP, exceptés les domaines suivants : homéopathie, acupuncture, gériatrie et médecine physique.

*** EPCI : Établissement public de coopération intercommunale.



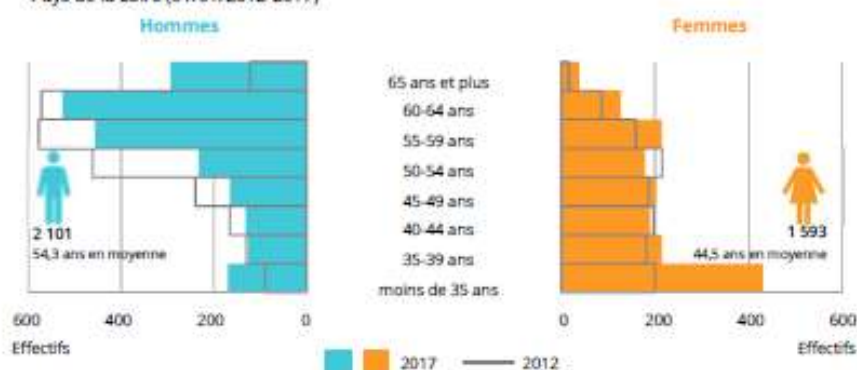


► L'APL moyenne aux médecins généralistes libéraux de moins de 65 ans s'élève, comme en France, à 3,7 consultations par habitant en 2016 pour l'ensemble des Pays de la Loire. Cette situation masque toutefois des disparités importantes selon les secteurs géographiques. L'APL moyenne est ainsi plus élevée en Maine-et-Loire (4,1) et en Loire-Atlantique (4,0). Elle est en revanche plus faible en Sarthe et en Mayenne (3,0), ces départements font partie des départements français ayant les plus faibles APL moyennes. Par ailleurs, l'APL moyenne aux médecins généralistes libéraux de moins de 65 ans est plus élevée dans les grands pôles urbains (4,4 consultations par habitant) que dans les autres territoires.

Pyramide des âges

► L'âge moyen des médecins généralistes libéraux s'élève à 50,1 ans en 2017 (52,1 ans en France). Cette moyenne est comparable à celle observée en 2012, mais le profil démographique de ces praticiens a fortement évolué. Les généralistes âgés de moins de 35 ans sont deux fois plus nombreux en 2017 qu'en 2012, et ceux de 60 ans et plus, 1,2 fois. Ils représentent en 2017 respectivement 16 et 27 % des médecins généralistes libéraux (12 et 31 % en France). 43 % des praticiens sont des femmes (39 % en France). Cette proportion atteint 72 % parmi les praticiens âgés de moins de 35 ans.

Fig5 Répartition des médecins généralistes libéraux* par tranche d'âge et par sexe
Pays de la Loire (01/01/2012-2017)



Source : RPPS (Drees) / Exploitation ORS Pays de la Loire
* Libéraux ou mixtes, y compris médecins à mode d'exercice particulier (MEP) et médecins remplaçants.

Remplaçants

► En 2017, 13 % des médecins généralistes libéraux (480 praticiens) sont inscrits dans la région comme remplaçants (11 % en France). Cette proportion régionale a légèrement augmenté depuis 2012 (11 %).

Formation

► 65 % des médecins généralistes libéraux exerçant en 2017 ont obtenu leur diplôme dans les Pays de la Loire, à la faculté de Nantes (57 %) ou d'Angers (43 %). 32 % ont obtenu leur diplôme dans une autre région française. Comme en France, 3 % ont obtenu leur diplôme à l'étranger.

► Parmi les médecins diplômés à l'étranger, la majorité a obtenu son diplôme en Europe. 23 % des médecins diplômés à l'étranger sont de nationalité française (34 % au plan national).

Fig6 Répartition des médecins généralistes libéraux* selon leur région de diplôme
Pays de la Loire (01/01/2017)



Source : RPPS (Drees) / Exploitation ORS Pays de la Loire
* Libéraux ou mixtes, y compris médecins à mode d'exercice particulier (MEP) et médecins remplaçants.



ORS Pays de la Loire

Installation en cabinet de groupe et maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)

► L'installation en groupe est définie dans le RPPS comme le partage, entre plusieurs professionnels de santé libéraux, de locaux et/ou de moyens. Elle peut prendre plusieurs formes juridiques (sociétés de type SCM ou SCI, contrats d'associations...) et fait l'objet d'une déclaration au Conseil de l'Ordre des médecins.

► Selon le RPPS, 65 % des médecins généralistes libéraux sont installés en groupe (cabinet de groupe ou MSP) en 2017, soit une proportion plus élevée qu'au plan national (53 %). Cette proportion est un peu moins importante que celle observée en moyenne parmi l'ensemble des autres spécialistes (71 %).

► En décembre 2017, la région compte 80 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) reconnues par l'Agence régionale de santé.

Fig7 Proportion de médecins libéraux* installés en groupe**

Pays de la Loire, France (01/01/2017)

| | Pays de la Loire | France |
|----------------------------------|------------------|--------|
| Médecins généralistes | 65 % | 53 % |
| Ensemble des autres spécialistes | 71 % | 57 % |

Source : RPPS (Drees) / Exploitation ORS Pays de la Loire

* Libéraux ou mixtes, y compris médecins à mode d'exercice particulier (MEP) et médecins remplaçants.

** Cabinet de groupe ou MSP.

Mode de conventionnement

► Selon les données de l'assurance maladie, fin 2016, la quasi-totalité des médecins généralistes libéraux exercent en secteur 1, c'est-à-dire qu'ils appliquent les tarifs conventionnels de l'assurance maladie (98 % vs 94 % en France).

Sources de données

Il existe plusieurs sources d'information pour dénombrer les médecins : les données du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), les données de l'assurance maladie (Cnam). Les effectifs de médecins peuvent varier selon la source utilisée et l'organisme qui en réalise l'exploitation, les champs d'analyse retenus n'étant pas définis de manière analogue.

L'exploitation du RPPS par la Drees correspond à une photographie au 1^{er} janvier de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'Ordre, "actifs", c'est-à-dire enregistrés dans le répertoire comme étant en exercice et avec au moins une activité en cours en France. Cette définition inclut les médecins remplaçants "thésés", ainsi que les médecins qui cumulent emploi et retraite ; elle exclut les médecins temporairement sans activité. Les médecins n'ayant pas d'activité soignante (activités de recherche, de prévention...) n'ont pas d'obligation à s'inscrire à l'Ordre ; leur effectif dans le fichier du RPPS est donc sous-estimé. Les médecins sont comptabilisés au lieu de leur département d'inscription au Conseil de l'Ordre. S'ils exercent dans plusieurs lieux d'activité, ils ne sont comptés qu'une seule fois.

Les données de la Cnam (Sniram-Amos) permettent de comptabiliser chaque année les effectifs de médecins libéraux actifs au 31 décembre, parmi ceux dont l'activité a donné lieu à remboursement par les caisses gérant l'assurance maladie. Les médecins remplaçants ne sont pas comptabilisés, leur activité étant enregistrée au nom des médecins qu'ils remplacent.

AUTRES PUBLICATIONS DE SYNTHÈSE SUR LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Ophthalmologistes (mai 2018), Cardiologues, Rhumatologues, Psychiatres, Neurologues... (à paraître)



Accès direct : www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/la-sante-observee/soins-prevention-et-accompagnement
Voir aussi le site de l'ORS : www.santepaysdelaloire.com/ors

Définitions et sources : www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique

Auteur : ORS Pays de la Loire

Financement : Agence régionale de santé et Conseil régional des Pays de la Loire

Citation suggérée : ORS Pays de la Loire. (2018). Démographie des médecins en Pays de la Loire : généralistes. Situation 2017 et évolution. *La santé observée*, #1. 4 p.

L'ORS Pays de la Loire autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette étude sous réserve de la mention des sources des données utilisées et de leur analyse par l'ORS.

ORS Pays de la Loire • Tél. 02 51 86 05 60 • accueil@orspaysdelaloire.com





- Annexe n°10 : document réalisé par l'Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire, février 2018, 1 p, « Le Suicide en Pays de la Loire – Chiffres-clés »

LA SANTÉ DES HABITANTS DES PAYS DE LA LOIRE

SUICIDE EN PAYS DE LA LOIRE

Chiffres-clés

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ PAYS DE LA LOIRE
Février 2018

750 Ligériens se suicident chaque année

77 % sont des **hommes**

40 % sont âgés de **35 à 54 ans**

La **mortalité** régionale par suicide **diminue** de **-1,3 %** par an

mais reste **supérieure** de **32 %** à la moyenne nationale

10 % des **femmes** et **5 %** des **hommes** de 15 à 75 ans déclarent avoir fait une **tentative de suicide** au cours de leur vie

Carte des départements du Pays de la Loire avec des écarts par rapport à la moyenne nationale :

- Mayenne : +37%
- Deux-Sèvres : +84%
- Loire-Atlantique : +17%
- Indre-et-Loire : +21%
- Vendée : +24%

Ces « chiffres-clés » sont publiés à l'occasion de la **Journée nationale de prévention du suicide, 5 février 2018.**
Les données sont extraites du chapitre « [Le suicide en Pays de la Loire](#) » de l'ORS Pays de la Loire, 2017, pp. 213-248.
[http://www.ors-paysdelaloire.fr/IMG/pdf/ors_pays_de_la_loire_2017.pdf](#)

ars
ARS Pays de la Loire
Région PAYS DE LA LOIRE



Annexe n°11 : Détresse des agriculteurs – le rôle des cellules de prévention de suicide

http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_actualites/2013/2013-02-07-agir-ensemble-contre-le-suicide/poster_AROMSA_cellule_prevention_suicide.pdf



Mutualité Sociale Agricole



L'essentiel & plus encore

Cellules de prévention du suicide auprès des ressortissants agricoles

Missions

- ▶ **Repérer** les ressortissants fragiles et/ou en difficulté pour prendre contact avec eux pour prévenir toute tentative de suicide (évaluer et orienter)
- ▶ **Accompagner** les ressortissants ayant déjà commis des tentatives de suicide par le passé afin de prévenir les récurrences
- ▶ Aider et **orienter** les ressortissants dans les difficultés rencontrées
- ▶ Sensibiliser et former les personnes sentinelles au risque suicidaire



Dispositif de la cellule de prévention

Composition

| MSA Loire-Atlantique - Vendée | MSA Maine-et-Loire | MSA Mayenne-Sarthe |
|---|--|---|
| Le service Santé Sécurité au Travail Le service Contrôle Médical Le service Action Sanitaire et Sociale Le service Recouvrement - Contentieux Le service Contrôle extérieur Le service Relations Clients | Le service Santé Sécurité au Travail Le service Contrôle Médical Le service Politiques des Territoires (ASS) La délégue aux prestations sociales Un représentant des services techniques | Le service Santé Sécurité au Travail Le service Action Sanitaire et Sociale Le service Recouvrement - Contentieux Le service Relations Clients |
| Contacts : Site de Loire-Atlantique 02 40 41 39 99 Site de Vendée 02 51 36 59 39 | Contacts : 02 41 31 75 75 | Contacts : 02 33 31 41 21 |

En résumé

Ce dispositif s'inscrit dans le plan national selon 3 axes :

- Mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole
- Mettre en place des dispositifs pour les agriculteurs en détresse
- Créer des cellules de prévention dans chaque MSA pour repérer les agriculteurs en difficulté

Les Chiffres

Environ 400 exploitants décèdent tous les ans par suicide.
 Risque de suicide 3,1 fois supérieur pour les hommes et 2,2 fois plus élevé pour les femmes comparativement aux cadres.

Référent poster : Docteur CHAMARD-BOIS, Médecin de la Santé au travail



➤ **Annexe n°12 : Instruction du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires**



Ministère des solidarités et de la santé

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction Régulation de l'offre de soins
Bureau prises en charge post-aiguës, pathologies chroniques
et santé mentale (R4)
Mél. : DGOS-R4@sante.gouv.fr

La directrice générale de l'offre de soins

à

Mesdames et Messieurs les directeurs
généraux des agences régionales de santé

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires

Date d'application : IMMEDIATE
NOR : SSAH1901616J
Classement thématique : établissements de santé

Validée par le CNP, le 11 janvier 2019 - Visa CNP 2019-03
Publiée au BO : oui
Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

| |
|---|
| Catégorie : Directives adressées par les directeurs d'administration centrale aux services chargés de leur application. |
| Résumé : La présente instruction vise à accompagner les ARS dans l'organisation et la structuration du développement des soins de réhabilitation psychosociale dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale. Elle renvoie en annexe à une note de cadrage pour structurer l'organisation des soins de réhabilitation psychosociale au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie . |
| Mots-clés : projet territorial de santé mentale ; soins de réhabilitation psychosociale ; parcours de santé et de vie ; soins, accompagnements médico-sociaux et sociaux ; services. |
| Textes de référence : Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en particulier son article 69 ; Décret CE n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale « Ma Santé 2022 » ; Feuille de route santé mentale et psychiatrie présentée au Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie du 28 juin 2018. |
| Annexes : Note de cadrage pour le développement des soins de réhabilitation psychosociale. |
| Diffusion : ARS, établissements et professionnels de santé. |



1. Eléments de contexte

« Ma santé 2022 » élève la psychiatrie et la santé mentale au rang de priorité et fixe parmi les objectifs à atteindre le développement renforcé de la réhabilitation psychosociale.

Cet objectif est inscrit dans la feuille de route Santé mentale et psychiatrie diffusée dans le cadre du Comité Stratégique de la santé mentale et de la Psychiatrie du 28 juin 2018, présidé par la Ministre des solidarités et de la santé.

Il figure dans le décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale (PTSM) qui priorise l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. A ce titre, il prévoit les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.

La présente instruction a pour objectif d'accompagner les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale et les ARS dans la structuration de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.

L'objectif est de garantir aux personnes vivant avec des troubles mentaux invalidants, ou connaissant des limitations des fonctions et des habiletés sociales en raison de leur pathologie, un accès à ces soins dans une trajectoire de rétablissement, par une meilleure prise en compte de leurs capacités, de leurs compétences et de leurs choix. Ces nouveaux outils thérapeutiques porteurs de sens et d'espoir pour les patients et leurs proches ont vocation à compléter l'offre de soins déjà présente dans les établissements sanitaires.

Cette offre de soins doit s'inscrire dans un travail en réseau qui englobe l'ensemble des acteurs du parcours de santé et de vie, notamment des soins primaires, éducatifs, sociaux et médico-sociaux, de la ville, venant en soutien de l'autonomie et de l'insertion sociale et professionnelle afin de permettre la mise en œuvre du projet global de réhabilitation favorable au rétablissement de la personne. Son cadre de mise en œuvre est le PTSM, permettant d'organiser entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et avec les usagers et les familles, une prise en charge globale et coordonnée des besoins des personnes souffrant de troubles psychiques ou susceptibles d'en développer, adaptée aux lieux de vie des personnes.

2. Note de cadrage pour le développement des soins de réhabilitation psychosociale

La note de cadrage annexée à la présente instruction a été élaborée au sein d'un groupe de travail réuni par la DGOS avec les professionnels concernés, dans le cadre du comité de pilotage de la psychiatrie. Elle propose un cadre d'organisation afin de structurer le développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires, au sein des PTSM.

Cette note de cadrage décrit les publics cibles, le parcours de soins en réhabilitation psychosociale ainsi que l'organisation territoriale attendue et propose des indicateurs d'évaluation et de suivi à destination des acteurs. Elle prévoit la structuration d'une offre de soins de réhabilitation organisée en proximité, intégrée dans les parcours de santé et de vie des personnes, ainsi que des fonctions de soutien, de formation et de recherche organisées au niveau régional dans un ou plusieurs centres « support ».

L'offre de soins de réhabilitation doit s'inscrire autant que possible dans les offres de soins psychiatriques existantes en proximité, en favorisant les coopérations et les partenariats mis en œuvre dans le cadre du PTSM.



Parallèlement à la note de cadrage et en complément, des références de littérature scientifique et des ressources documentaires dédiées à la réhabilitation psychosociale sont mises en ligne sur le site sante.gouv.fr sur la page consacrée au PTSM incluant notamment les outils de l'ANAP (synthèses, fiches pratiques organisationnelles et managériales).

3. Mise en œuvre sur les territoires : financement, calendrier, suivi et évaluation

La structuration de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale s'inscrivant dans le cadre du PTSM arrêté par le Directeur général de l'Agence régionale de santé au plus tard en juillet 2020¹, l'objectif est que le déploiement de cette offre soit réalisé d'ici 2020.

En conséquence, un appel à candidatures régional doit être organisé, s'appuyant sur la note de cadrage jointe en annexe, avec des financements prévus pour les lauréats comme mentionné dans Ma santé 2022.

Pour engager sans tarder cette démarche, des crédits DAF inscrits en base à hauteur totale de 5,247 millions d'euros ont été délégués aux ARS dans la 2ème circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé, sur la base d'une répartition populationnelle.

Ces crédits sont destinés à accompagner le financement :

- du ou des centres « support » identifiés au niveau régional, disposant d'une expérience solide et reconnue en soins de réhabilitation psychosociale ;
- de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale existante et à développer dans le cadre du PTSM.

Vous veillerez à renforcer dans un premier temps les offres de proximité déjà formalisées sur le territoire et à accompagner le développement de nouvelles offres de soins de réhabilitation afin qu'à l'échéance de 2020, une couverture homogène des territoires soit assurée.

Les centres de soins « support » identifiés par les ARS auront pour missions complémentaires de diffuser les connaissances et les outils en réhabilitation psychosociale (organisation de journées, congrès, formations...), fournir un appui à la structuration des offres de proximité (aide à l'ingénierie de projets, formation des professionnels...), soutenir leur fonctionnement via une animation territoriale, faire avancer la recherche et l'évaluation.

Ces centres « support » pourront contribuer, à la demande de l'ARS et en appui de celle-ci, à la diffusion de l'offre de soins de réhabilitation sur les territoires.

Vous réaliserez le suivi et l'évaluation de la structuration des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires, en lien avec les établissements de santé et les acteurs concernés, dans le cadre de la mise en œuvre du PTSM. Pour cela, des indicateurs sont proposés dans la note de cadrage, qui pourront être complétés selon les besoins des territoires.

En fonction des actions mises en œuvre et des besoins complémentaires identifiés par les ARS, une tranche complémentaire de crédits pourra intervenir pour poursuivre le déploiement de cette offre de soins sur les territoires.

¹ Date limite de transmission au directeur général de l'ARS du PTSM en application de l'instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux Projets territoriaux de santé mentale



Vous veillerez à communiquer aux acteurs de votre région la note de cadrage annexée à cette instruction. Celle-ci sera également mise en ligne sur le site internet du Ministère².

Mes services se tiennent à votre disposition pour tout complément d'information.

Vu au titre du CNP par la Secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales

Pour la ministre et par délégation

signé

Cécile COURREGES
Directrice générale de l'offre de soins

Pour la ministre et par délégation

signé

Sabine FOURCADE
Secrétaire générale des ministères
chargés des affaires sociales

² <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>



➤ **Annexe n°13 : Les annuaires liés à la santé mentale sur le département de la Mayenne**

Annexe évolutive

- Guide des ressources en santé mentale de Mayenne Communauté, Conseil Intercommunal en Santé Mentale du Pays de Mayenne, Juin 2017 : <https://fr.calameo.com/read/0045288902a8ca154ca52>
- Répertoire des ressources du CLSM de Laval : en cours de construction
- Annuaire « Agir ensemble contre le suicide en Pays-de-la-Loire », Annuaire des acteurs ressources, Edition 2014 : <https://mayenne-orne-sarthe.msa.fr/lfy/documents/98945/4286144/annuaire+suicide.pdf>
- Annuaire « Guide des acteurs et des ressources pour les personnes âgées », Territoire du Centre Mayenne, mis à jour le 7 juin 2018 : <http://www.lamayenne.fr/fr/content/download/12571/145109/version/1/file/GUIDE+ACTEURS+CENTRE+MAYENNE+vf+juin+2018.pdf>
- Plaquette Addictologie 53, par le Réseau des Intervenants en Addictologie de la Mayenne (RIAM 53), 2016-2017 : http://www.riam53.fr/media/plaquette_riam_038072000_1745_22022011.pdf



-

Projet territorial en santé mentale – Département de la Mayenne

Diagnostic territorial 2019-2024

Erratum suite à la commission spécialisée « Santé mentale » du lundi 13 mai 2019

IV- Identité, caractérisation du territoire

1) Description du territoire

- Page 20, 3^e paragraphe : lire « 307 500 habitants » (au lieu de « 307 500 mille habitants ») et « 320 337 habitants » (au lieu de « 320 337 mille habitants »). Au 1^{er} janvier 2016, la Mayenne compte environ 307 700 habitants (Insee, recensement de population). Par ailleurs, les projections actuelles de population pour la Mayenne sont certes techniquement rigoureuses (prolongement des tendances du passé), mais elles donnent des résultats aberrants : on ne peut pas atteindre « 320 337 » habitants en 2027 alors que la population stagne actuellement, que le solde migratoire est redevenu négatif, que le solde naturel a tendance à diminuer (à moins d'un nouveau changement de tendance, en l'occurrence avec des migrations vers la Mayenne très importantes). Ainsi, la population du département a légèrement diminué entre 2015 et 2016.
- Page 20, 4^e paragraphe : le département compte actuellement 242 communes (au 1^{er} janvier 2019).
- Page 21, 1^{er} paragraphe : entre 2010 et 2015, ce sont toutes les tranches d'âge, avant 60 ans, qui perdent de la population.
- Page 21, dernier paragraphe : la conclusion est ambiguë car elle s'appuie uniquement sur des valeurs relatives (part des 75 ans ou plus dans la population totale). La population la plus âgée se situe d'abord dans l'agglomération lavalloise si l'on raisonne en chiffres absolus.

2) Contexte socio-économique

- Page 23, 1^{er} paragraphe : le taux de chômage provisoire pour le quatrième trimestre 2018 est de 5,5 % (il est plus faible uniquement dans le Cantal).

3) Épidémiologie et état de santé de la population

- Page 27 : le nombre de suicides a tendance à diminuer en Mayenne... alors que la population a augmenté. Une telle approche, plus positive, tend à reconnaître le travail de fond réalisé par les acteurs – professionnels et bénévoles – qui œuvrent pour le bien-être et la santé de la population. En outre, la Mayenne a longtemps été réputée pour sa rigueur dans le traitement des bulletins de décès, d'où des statistiques probablement plus pertinentes que dans d'autres territoires.
- Page 29 : concernant les agriculteurs, il conviendrait de disposer des chiffres absolus pour vérifier si la surmortalité est réellement statistiquement significative.

- Page 31 : cf. travail réalisé sur la santé des publics précaires dans le cadre du collectif « Santé / Précarité » de la Conférence de territoire.
- Page 32 : le Paerpa concerne les personnes âgées de 75 ans ou plus, mais ce n'est pas un dispositif obligatoire (proposition par un professionnel de la santé, accord de la personne...). Concernant Paex, dans le cadre du Paerpa, il n'intervient normalement que là où il n'y a pas un Pôle Santé opérationnel.

Claude Guioullier