

Diagnostic Territorial

Mise en œuvre du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)

Favoriser les parcours de santé et de vie sans rupture

Territoire de la Meurthe-et-Moselle



SOMMAIRE

PREAMBULE.....	3
PTSM ET PROJETS TERRITORIAUX	4
PROCESSUS DE VALIDATION ET DE MISE EN ŒUVRE	5
ESSAIMAGE REGIONAL	7
DEPLOIEMENT EN MEURTHE ET MOSELLE	7
• Groupe Projet.....	7
• Assemblée générale	8
• Comité de pilotage	8
• Groupes de travail.....	9
CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE.....	15
• Indicateurs fournis par l'ARS Grand Est.....	15
• Acteurs de la Coordination	25
• Santé mentale et territoire	26
• Autres sources d'information.....	27
PROBLEMATIQUES DE TERRITOIRE	28
• Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques	28
• Situations inadéquates	31
• Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.....	32
• Accès aux soins somatiques	34
• Prévention et gestion des situations de crise	36
• Synthèse générale des constats	38
• Pistes de travail identifiées.....	40
• Prochaines étapes	42
ANNEXES.....	43
• Annexe I - Lettre de cadrage ARS Grand Est	44
• Annexe II – Lexique	48
• Annexe III - Enquête du Département de Promotion en Santé Mentale et de Prévention du CPN	49
• Annexe IV - Groupes de travail Elaboration de la feuille de route	57



Préambule

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et son décret d'application du 27/07/2017 posent les bases d'une politique de santé mentale territorialisée et centrée sur l'accès de tous à des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture.

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

- les représentants des usagers : usagers et familles
- les institutions : Préfecture, Agence Régionale de Santé (ARS), Conseil Départemental, communes, intercommunalité, l'Education Nationale, la Police, la Gendarmerie....)
- les structures sanitaires : EPSM, Centre 15, Hospitalisation à Domicile (HAD)...
- les établissements et services sociaux et médico-sociaux : Foyer d'Accueil Spécialisée (FAS), Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS ...), Service de protection des majeurs, Service d'aide à domicile
- les bailleurs sociaux
- les professionnels de santé libéraux

Comme le précise le décret, il doit :

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

La démarche accorde une importance particulière à l'implication de l'ensemble des acteurs de santé mentale, notamment les représentants des usagers et leur entourage.

L'article L. 1434-2 du CSP : les objectifs du PRS « peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé définis à l'article L. 1434-12, par les contrats territoriaux de santé mentale définis à l'article L. 3221-2 ou par les contrats locaux de santé définis à l'article L. 1434-10 ».

Les 8 objectifs du parcours santé mentale du PRS Grand Est :

- Mettre en place les PTSM
- Développer une offre de réhabilitation psycho-sociale au sein d'un parcours de soins en santé mentale en adéquation avec le projet de vie des usagers
- Améliorer l'accès et la fluidité aux soins et l'accompagnement ambulatoire
- Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique
- Réduire le taux de mortalité par suicide par la mise en place d'une stratégie régionale de prévention du suicide
- Améliorer l'offre et le parcours coordonné pour les enfants et adolescents présentant une souffrance psychique et/ou des troubles du comportement, et assurer le relais à l'âge adulte – Objectif commun avec le parcours enfants et adolescents
- Promouvoir l'éthique, la recherche et les dispositifs innovants en santé mentale à l'aide d'un CreHpsy Grand Est
- Améliorer la qualité de vie au travail et la prévention des risques psycho-sociaux

ARTICULATION DU PTSM AVEC LES AUTRES PROJETS STRATEGIQUES TERRITORIAUX¹

En pratique, la mise en œuvre du PTSM se traduit par la signature d'un contrat territorial de santé mentale (CTSM) précisant pour chacune des actions :

- Les acteurs responsables
- Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre
- Les moyens consacrés par les acteurs
- Les modalités de financement, de suivi et d'évaluation

Le contrat, signé entre l'ARS et les acteurs concernés, se déroulera sur une période de cinq ans, à compter de sa signature.

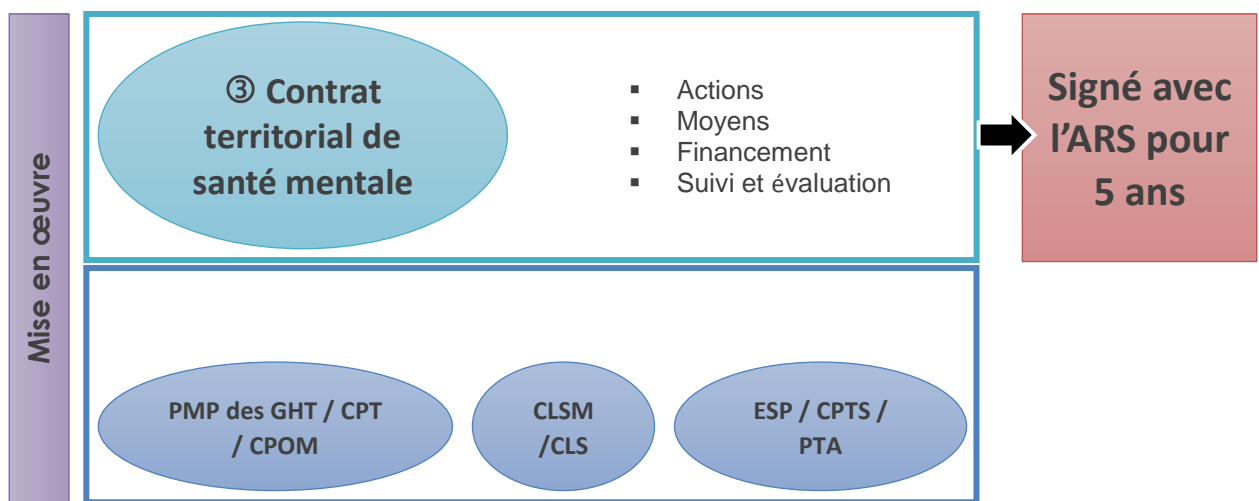
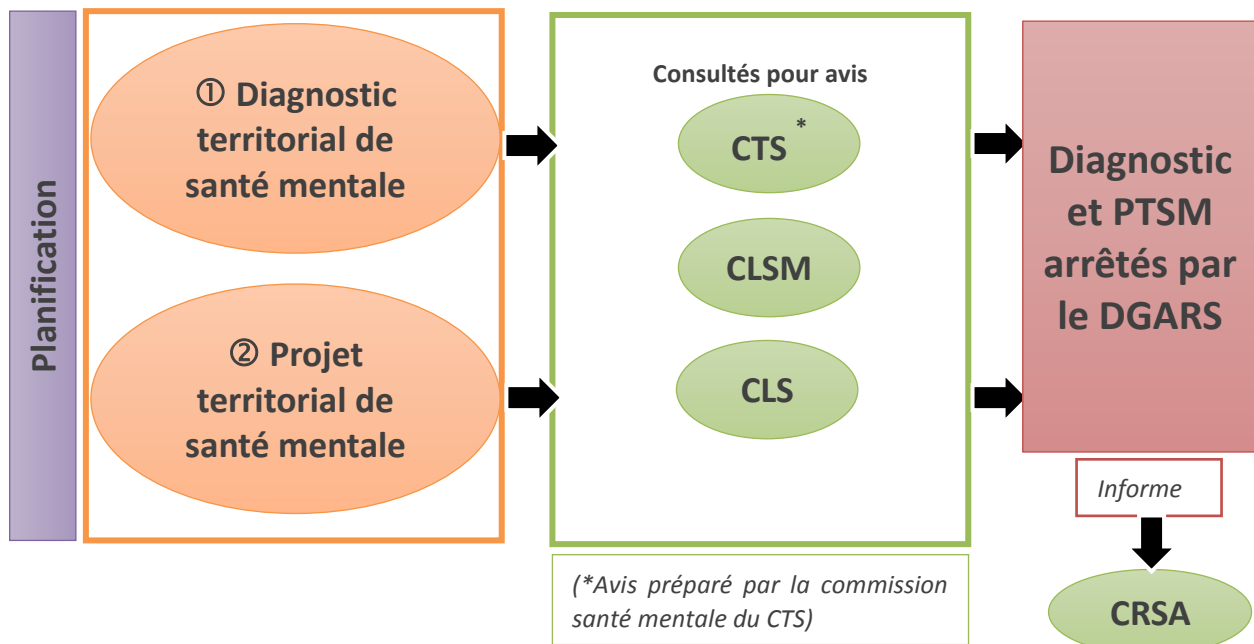
Le PTSM se décline également au sein des projets d'établissement ou de service et des projets médicaux partagés des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et autant que de besoin, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements concernés.

Les communautés psychiatriques de territoire (CPT) dont l'un des membres est partie à un GHT s'assurent de la prise en compte des orientations du projet territorial de santé mentale au sein du projet médical partagé du GHT.

D'autres outils permettent de décliner localement le PTSM : contrats de ville et contrats locaux de santé, mais aussi projets des conseils locaux de santé ou de santé mentale, projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé.

¹ [INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale](#)

Processus de validation et de mise en œuvre



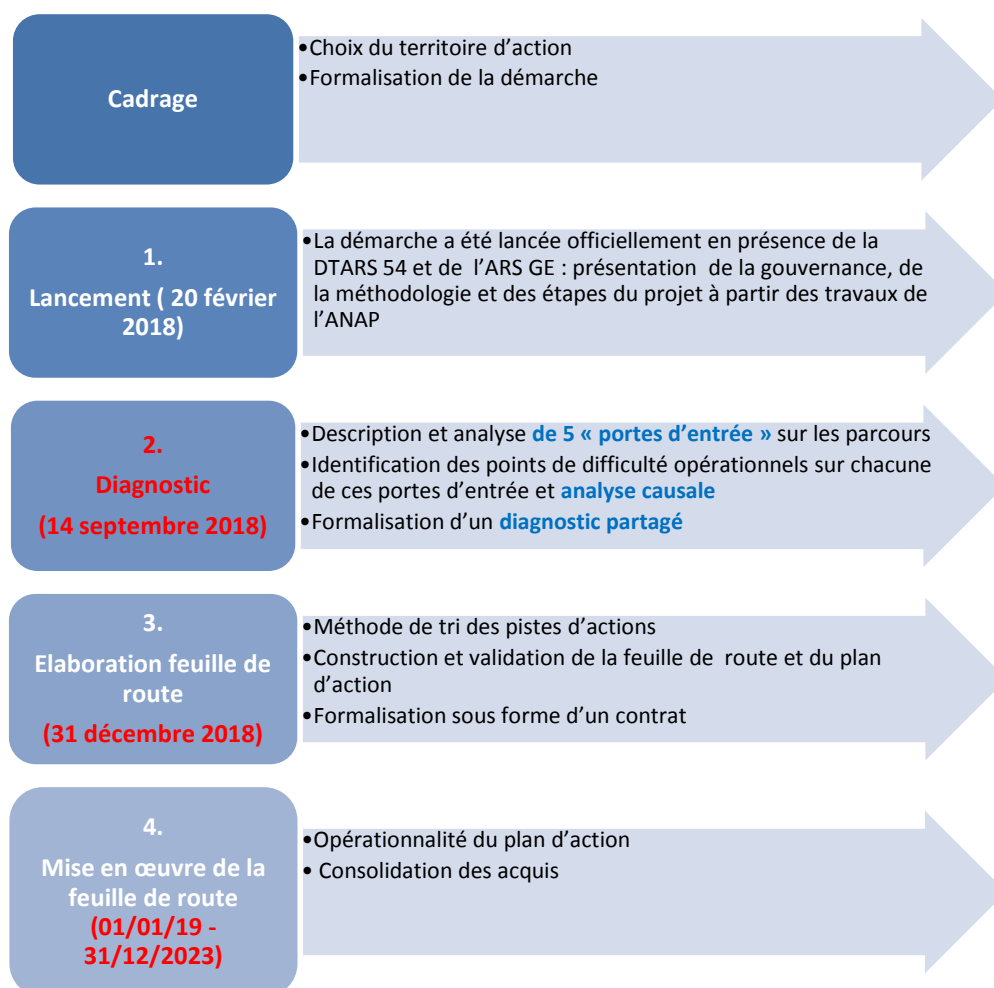
Le déploiement sur le Grand Est en 3 temps :

- Phase 1 : Trois EPSM de la région Grand Est ont été retenus en 2018, sur proposition de la Fédération Hospitalière de France (FHF Grand Est), pour y déployer la méthodologie précédemment expérimentée par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) sur d'autres territoires, afin de construire collectivement des parcours en psychiatrie et santé mentale - 1 territoire par ante région :
 - Haut Rhin (68) : Centre Hospitalier de Rouffach
 - Meurthe et Moselle (54) : Centre Psychothérapique de Nancy
 - Marne (51) : Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne

- Phase 2 : Ardennes (08) - Haute-Marne (52) - Meuse (55) - Bas-Rhin (67)
- Phase 3 : Aube (10) - Moselle (57) - Vosges (88)

Le 20 février 2018, la démarche a été lancée officiellement par l'Agence Régionale de Santé Grand Est (lettre de cadrage en annexe I) qui a défini la gouvernance, la méthodologie et les étapes du projet à partir des travaux de l'ANAP sur les trois départements, à savoir :

- élaboration d'un diagnostic partagé pour le 14 septembre 2018, présentation à l'ARS Grand Est, repérage des points de rupture dans les parcours de santé et de vie sur les portes d'entrée citées ci-dessus, en établir une analyse causale et en formaliser une synthèse partagée,
- définition d'un projet territorial d'amélioration des parcours pour le 31 décembre 2018
- mise en œuvre opérationnelle du projet 2019-2023.



Essaimage régional

- Une construction du parcours en psychiatrie et en santé mentale réalisée avec tous les partenaires impliqués de manière horizontale et transversale.
- Une démarche sans prédominance ni cloisonnement sanitaire, avec la volonté de favoriser une continuité socio-sanitaire et les soins ambulatoires dans l'espace de vie des usagers, de limiter les hospitalisations inadéquates en optimisant les partenariats entre acteurs.

Des réunions d'échanges pilotées par l'Agence Régionale de Santé Grand Est ont permis de veiller à l'avancement des travaux et à leur cohérence sur les trois départements pilotes.

Dates : 25 septembre 2017, 5 décembre 2017, 19 décembre 2017, 27 mars 2018, 5 avril 2018, 26 juin 2018, 25 septembre 2018.

Déploiement en Meurthe et Moselle

Groupe projet

A l'échelle de la Meurthe-et-Moselle, un groupe projet chargé du suivi de la méthodologie et de la cohérence du PTSM a été constitué. Cette instance opérationnelle est composée de :

- Deux référents du secteur sanitaire : le directeur des soins et le directeur de l'offre de soins en santé mentale du CPN, membre du GHT 7
- Un référent du secteur médico-social : directeur d'Etablissement médico-social AEIM
- Un représentant des usagers : UNAFAM
- Un représentant de l'ARS
- un chargé de mission et une secrétaire mis à disposition par le CPN

Réunions du groupe projet :

11 janvier 2018, 2 février 2018, 23 février 2018, 11 avril 2018, 18 mai 2018, 23 mai 2018, 4 juin 2018, 6 juin 2018, 11 juin 2018, 3 septembre 2018, 6 septembre 2018, 11 septembre 2018, 14 septembre 2018.

Sur la Meurthe et Moselle, le groupe projet a invité l'ensemble des acteurs concernés du département à participer à différents réunions et groupes de travail.

Assemblée Générale

Cette Assemblée a été informée de l'ensemble de la démarche, de l'avancée des travaux et a fait des propositions d'amendements : 170 invitations, 50 participants.
Elle s'est réunie le 20 février et le 27 juin 2018 avec diffusion des comptes-rendus à l'ensemble des participants sollicités.

Comité de pilotage

La composition du COPIL a été arrêtée lors de l'Assemblée Générale.

Ses missions sont :

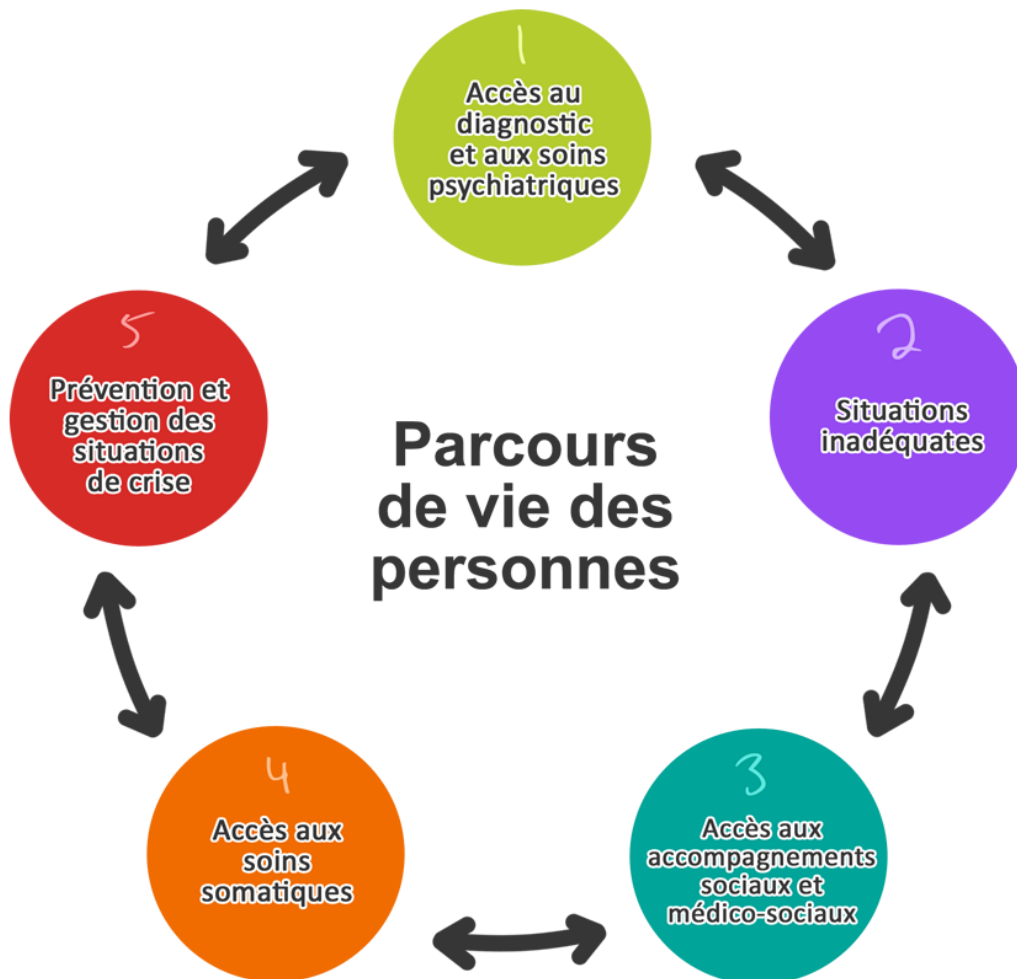
- Impulser la démarche territoriale
- Valider la démarche méthodologique et les outils
- Suivre l'avancement des travaux
 - Diagnostic partagé
 - Elaboration d'une feuille de route
 - Suivi de la mise en œuvre
- Validation des travaux selon le calendrier fixé

Date des rencontres : 14 mars 2018, 12 juin 2018, 17 septembre 2018

- **PILOTES** : M. SCHNEIDER **AEIM** / M. MANGEONJEAN **CPN**
- **ARS** : Mme DURANG et M. le Dr GARA
- **EDUCATION NATIONALE DSDEN** : Mme le Dr FRISONI
- **CPN** : Mme CREUSAT COMMENVILLE
- **CH BRIEY** : Mme BONNET
- **UNAFAM** : Mme PRECHEUR
- **FRANCE DEPRESSION LORRAINE** : Mme GUERARD
- **URPS** : Mme le Dr ISOARDI
- **CD 54** : Mme le Dr TERRADE
- **DDCS** : Mme MECHIN
- **PEDOPSYCHIATRE CPN** : M. le Dr BODY-LAWSON
- **PSYCHIATRE MONT-SAINT-MARTIN** : M. le Dr KELLER
- **BAILLEUR SOCIAL ARELOR** : Mme GARBAYA
- **MDPH** : M. DUSSINE
- **CLSM DE LUNEVILLE** : Mme GUILLEMOT
- **METROPOLE** : Mme JURIN
- **TERRITOIRE TERRES DE LORRAINE** : Mme HUOT-MARCHAND
- **CPAM** : M. DENOMME

Groupes de travail

Des groupes de travail animés par deux membres du groupe-projet ont réalisé le diagnostic partagé pour toute la population présentant des troubles psychiques à partir des cinq portes d'entrée où étaient constatés les plus grands risques de rupture :



Trois ou quatre séances de travail de 2 heures pour chaque groupe :

- La première a été un brainstorming afin de faire émerger les problématiques
- La seconde a permis une analyse partagée des éléments recueillis
- La troisième et la quatrième séance ont permis la formalisation du diagnostic partagé



23 participants

3 avril, 24 avril, 16 mai, 29 mai 2018

- **PILOTES** : Mme PRECHEUR, M.MANGEONJEAN
- **ESPOIR 54** : M. VOINSON
- **APAMSP** : Mme DERFOULI, Mme le Dr FISCHER-JANNY, Mme HURIER
- **CH BRIEY** : M. le Dr CANEL
- **CMPP** : Mme le Dr SIBIRIL, M. le Dr CATHALA
- **CPN** : Mme DECKER, Mme BOUKHETAIA (DPPSM), M. le Dr MASSON, Mme le Dr ONEA, M. le Dr CARNIO
- **DSDEN (Education Nationale)** : Mme le Dr GUEIB
- **FRANCE DEPRESSION LORRAINE**
- **URPSM** : Mme le Dr ISOARDI
- **MSRL** : Mme le Dr COLLARD
- **OHS Maison des Adolescents** : Mme BAZILLE
- **TERRITOIRE TERRES DE LORRAINE** : Mme HUOT-MARCHAND
- **UNAFAM** : Mme POGU
- **REPRESENTANT DES USAGERS** : Mme WEISS
- **MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE DE TOMBLAINE** : Mme le Dr ROSSIGNON
- **ADOMA** : Mme TRAORE



26 participants
21 mars, 13 avril, 15 mai 2018

- **PILOTES** : Mme CREUSAT COMMENVILLE, Mme DURANG
- **CLSM LUNEVILLE** : Mme GUILLEMOT, Mme ROUGER
- **EHPAD SAINTE-THERESE (Fondation St Charles)** : M. DORIDANT
- **CD 54 ASE** : M. VIDART
- **MDPH 54** : Mme le Dr HILY
- **DSDEN 54 (Education nationale)** : Mme le Dr DINGEON
- **CPN** : Mme le Dr DUGNY, Mme SADJI, M. RICHARD
- **CAPs** : Mme CHANE
- **CH BRIEY** : Mme le Dr BERTEL
- **OHS Ecole de la vie autonome** : Mme BALTHAZARD
- **DT PJJ** : M. HERGOT, Mme MEYER, Mme BENOIT
- **URPS** : M. le Dr OUNNOUGHENE
- **FRANCE DEPRESSION LORRAINE** : Mme GUERARD
- **JB THIERY** : Mme MARCHAL
- **SLH** : Mme PLACOLY-VETTER
- **SIAO 54** : Mme RAVENEY
- **METROPOLE - COMMUNE D'ESSEY-LES-NANCY** : Mme LEDROIT, Mme CADET
- **METROPOLE - COMMUNE DE VILLERS-LES-NANCY** : Mme FLECHON-PAGLIA, Mme PIERRON



29 participants
22 mars, 12 avril, 14 mai 2018

- **PILOTES** : M. SCHNEIDER, Mme CREUSAT COMMENVILLE
- **CD 54** : Mme le Dr TERRADE
- **ESPOIR 54** : Mme TRAUSCH
- **CAPs** : M. SODKI
- **CH BRIEY** : M le Dr ANGELETTI, Mme ANTONIOLI
- **CHRU** : M BOUCHARD
- **CHRU CSAPA Maison des addictions CHU** : M. LEINEN
- **CMPP** : Mme le Dr SIBIRIL
- **MDPH** : Mme PERRIN, Mme BALTUS
- **OHS** : M. KUSY
- **CPN** : M. le Dr BEAU, Mme MERKLING, Mme THIERY
- **DDCS** : Mme VOLFART
- **ASSOCIATION Ars** : Mme BOTTOLLIER, Mme CUENA
- **AMILOR** (Mission locale) : Mme QUAIX, Mme LUTHRINGER
- **UTML (MJPM)** : Mme COLSON
- **UNAFAM** : Mme BOURCERET
- **UNION ET SOLIDARITE** : M. MOINE
- **REALISE (ITEP et SESSAD)** : Mme REZGUI
- **ASSOCIATION ENSEMBLE** : Mme SIMERMANN
- **REPRESENTANT DES USAGERS** : Mme DUMON
- **HANDI 54 (CAP EMPLOI SAMETH RHHEO)** : Mme KOVALSCHI, Mme MAIRE



19 participants

26 mars, 12 avril, 17 mai 2018

- **PILOTES** : Mme DURANG, M. SCHNEIDER
- **UNAFAM**: Mme LECHEVALIER
- **AEIM** : Mme RAMPONT
- **OHS** : Mme le Dr DALLAIRE, Mme STUMER
- **CH PONT-A-MOUSSON** : M. GAUTHIER
- **CH BRIEY** : Mme ANTONIOLI, M. le Dr VLAMYNCK
- **CHRU** : Mme MODEBELU, M. BOUCHARD
- **URPS** : M. le Dr ANTOINE
- **CH MONT-SAINT-MARTIN** : M. le Dr SCHONG, M. le Dr GINESTE, Mme DUPONT
- **CPN** : M. le Dr MARTIN
- **METROPOLE DU GRAND NANCY** : Mme JURIN
- **CH TOUL** : Mme FRINGANT
- **PHARMACIE VANDOEUVRE NATIONS** : Mme le Dr DAUM



27 participants

3 avril, 24 avril, 16 mai, 29 mai 2018

- **PILOTES** : Mme PRECHEUR, M. MANGEONJEAN
- **ESPOIR 54** : M. le Dr ROYER
- **CH BRIEY** : M. le Dr VLAMYNCK
- **CH TOUL** : M. le Dr HAPPIETTE, M. le Dr DACCORDI
- **CPN** : Mme SIMON
- **SOS MEDECINS 54 - URPS** : M. le Dr NUNES DIAS
- **METROPOLE - COMMUNE D'ESSEY-LES-NANCY** : Mme LEDROIT, Mme CADET
- **UNAFAM** : Mme KLEINSCHMIDT
- **OHS** : M. GENIN
- **GGD 54 (GENDARMERIE)** : Capitaine COSSIN
- **UNION ET SOLIDARITE** : M. MOINE
- **CAPs** : M. GOMAN
- **DDCS** : Mme MECHIN
- **DT PJJ** : Mme MEYER, Mme BENOIT
- **DSDEN (Education nationale)** : Mme le Dr GUEIB
- **SUMPPS** : Mme le Dr DOEBLE, Mme le Dr ROSENBACHER
- **REALISE (L'ESCALE)** : Mme PETITPOISSON
- **CONSEIL REGIONAL GRAND EST** : Mme RENAUD
- **RESEAU GERARD CUNY** : Mme le Dr ABRAHAM, Melle LAURENT
- **SDIS MEURTHE-ET-MOSELLE (POMPIERS)**
- **DDSP 54 (POLICE)**
- **ENSEMBLE - REPRESENTANTS DES USAGERS** : Mme DELACHAPELLE, M. KEMPF
- **ENSEMBLE RESIDENCE CHEVERT** : Mme BERTRAND

Caractéristiques du territoire

Indicateurs ARS Grand Est

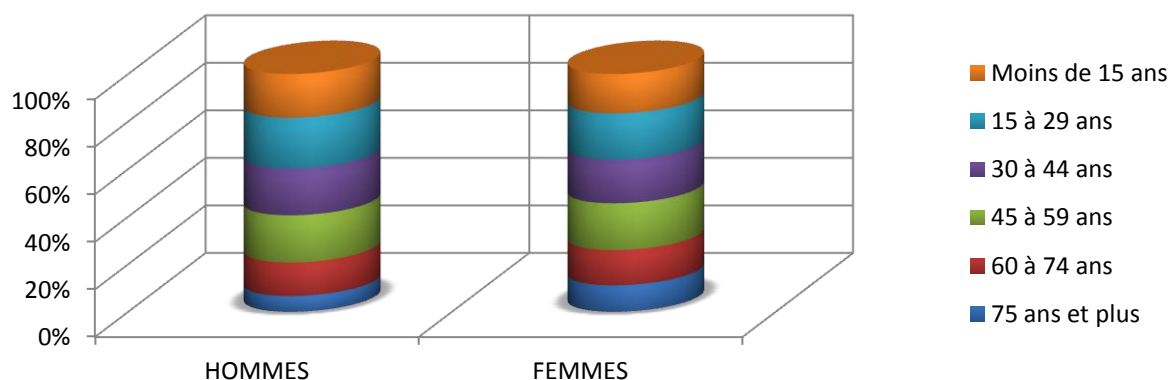
Données géographiques

<u>Géographie</u>	Meurthe et Moselle (Département) 2013	GRANDEST (Région) 2013	France 2013
Superficie (km ²)	5 246	57 433	632 734
Effectif de population	731 004	5 552 390	65 781 800
Densité (hab. /km ²)	139,3	96,7	104
Evolution 2008-2013 (%)	0,2	0,6	2,8

Source : INSEE RP - 2013

<u>Démographie</u>	Meurthe-et-Moselle %	GRANDEST (Région) %	France %
Moins de 15 ans	17,4	17,7	18,5
15 à 29 ans	20,3	18,2	18
30 à 44 ans	18,9	19,2	19,5
45 à 59 ans	19,8	20,8	19,9
60 à 74 ans	14,5	14,9	14,9
75 ans et plus	9	9	9,1

Source : INSEE RP - 2013



Source : INSEE RP - 2013

<u>Projections démographiques</u>	Meurthe-et-Moselle 2013	GRANDEST (Région) 2013	France 2013
Effectif en 2030	740 000	5 670 000	70 056 000
Evolution 2013-2030 (%)	1,2	2,1	6,5

Source : Insee - Omphale 2015 - 2013

Données populationnelles

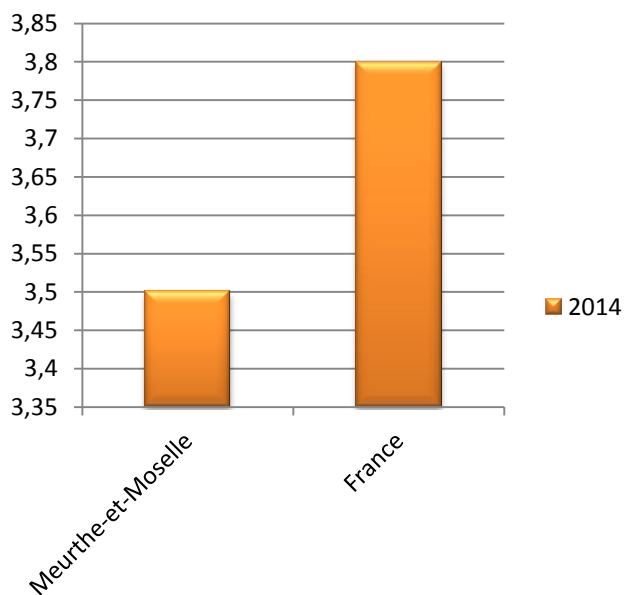
<u>Ménages vivant sous le seuil de pauvreté (à 60%)*</u>	Meurthe-et-Moselle %	GRANDEST (Région) %	France %
-30 ans	26,3	24,8	22,8
30 - 39 ans	17,2	17,9	16,7
40 - 49 ans	16,7	16,5	16,9
50 - 59 ans	12,3	12,2	14
60 - 74 ans	8	8,1	9,3
+75 ans	7	7	8,9
Total	14,1	14	14,5

Source : INSEE, DGFIP, Filosofi - 2013

<u>Bénéficiaires de la CMUC parmi les consommant RG</u>	Meurthe-et-Moselle %	GRANDEST (Région) %	France %
Total	9,6	8,1	9,1
Femmes	9,6	8,3	9,3
Hommes	9,5	7,9	8,8

Source : CNAMTS, ARS - 2015

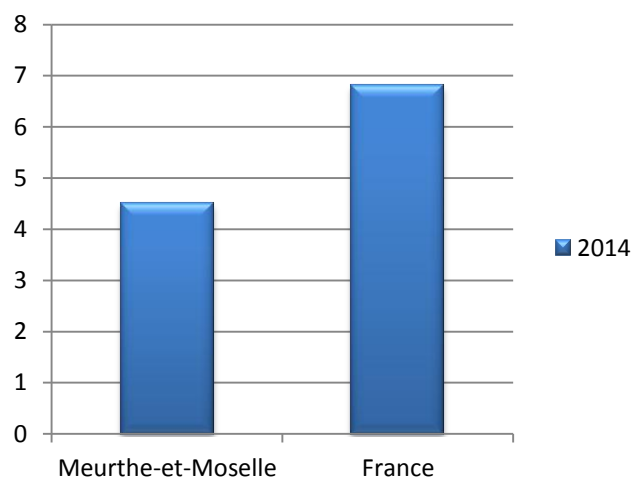
2014



Bénéficiaires de l'ACS parmi les consommant RG (%)

Source : CNAMTS, ARS - 2014

2014



Bénéficiaires de l'AME parmi les consommant RG (%)

Source : CNAMTS, ARS - 2014

<u>Hébergement social</u>	Meurthe-et-Moselle 2014	GRANDEST (Région) 2014	France 2014
Densité de places d'hébergement social (pour 100 000 hab.)	197,6	112,8	93,3
Densité de places d'hébergement social en CADA (pour 100 000 hab.)	59,1	57,7	37,8

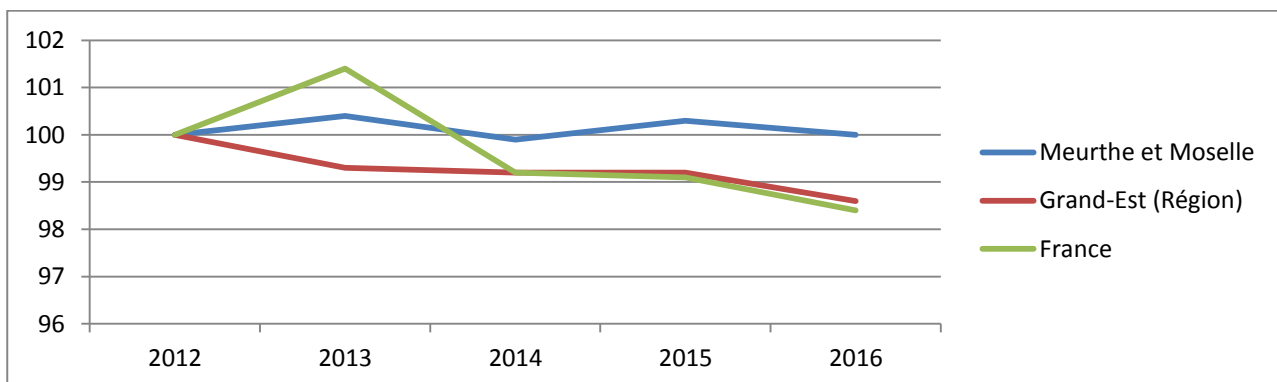
Source : Finess, DJRCS, DGCS, Scoresanté - 2014

Données relatives à la démographie des professionnels de santé (dont professionnels libéraux)

<u>Densité de médecins généralistes</u>	Meurthe-et-Moselle *	GRANDEST (Région) *	France *
Tous modes d'exercice	174,3	150,6	155,2
Libéraux ou mixtes	117,7	104,4	103,9
Salariés hospitaliers	28,8	25,5	27,7
Autres salariés	27,7	20,6	23,6

(*pour 100 000 habitants)

Source : RPPS, INSEE – 2016



Evolution comparée densité médecins généralistes

Source : RPPS, INSEE

<u>Densité de psychologues</u>	Meurthe-et-Moselle 2016	GRANDEST (Région) 2016	France 2016
Psychologues libéraux *	16,3	15,3	27,1

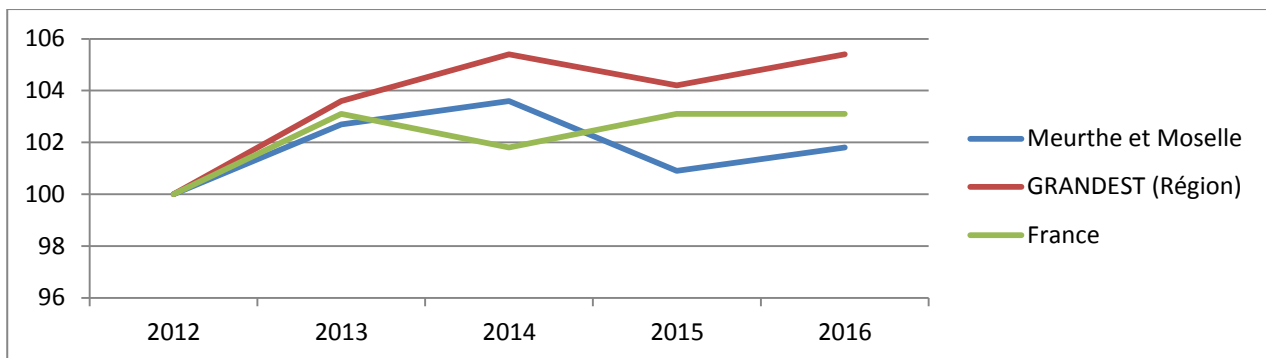
(*pour 100 000 habitants)

Source : RPPS, Insee - 2016

<u>Densité de psychiatres</u>	Meurthe-et-Moselle *	GRANDEST (Région) *	France *
Tous modes d'exercice	22,4	17,7	23
Libéraux ou mixtes	9	7,3	9,9
Salariés hospitaliers	10,8	9,2	11,4
Autres salariés	2,6	1,1	1,7

(*pour 100 000 habitants)

Source : RPPS, Insee – 2016



Evolution comparée densité psychiatres

Source : RPPS, Insee

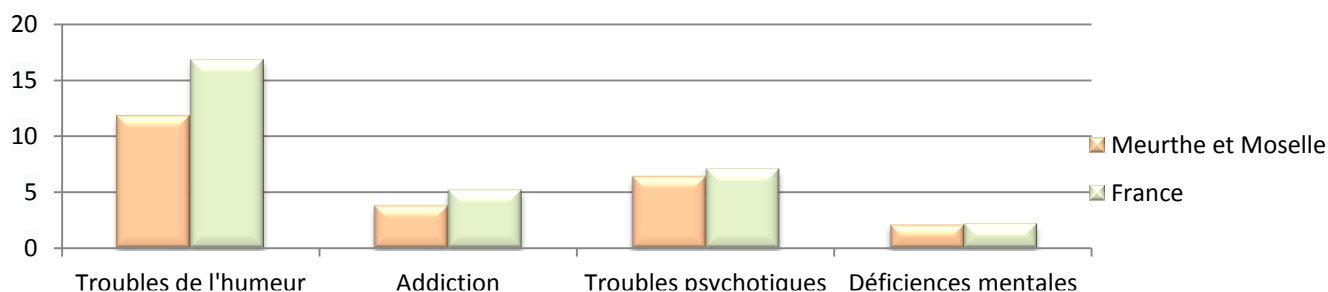
	Meurthe-et-Moselle 2014	GRANDEST (Région) 2014	France 2014
Part de psychiatres libéraux en secteur 1 (%)	62,3	64,9	66,8

Source : SNIIRAM - 2014

	Meurthe-et-Moselle 2016	GRANDEST (Région) 2016	France 2016
Part de psychiatres libéraux de 55 ans ou + (%)	42,6	60,2	66,3

A. Source : RPPS - 2016

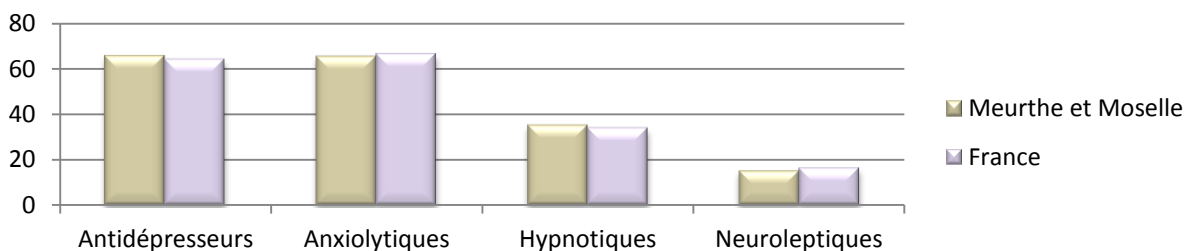
B. Données de consommation de soins (établissements, médecine de ville)



Taux de personnes prises en charge (Cartographie Assurance-Maladie)

(‰ bénéficiaires RG 18 à 64 ans)

Source : SNIIRAM - 2015



Consommation de médicaments

(%o bénéficiaires RG 18 à 64 ans)

Source : SNIIRAM - 2015

	Meurthe-et-Moselle 2015	GRANDEST (Région) 2015	France 2015
Taux de recours aux psychiatres libéraux* (%o)	15,6	15,5	18,3

Source : SNIIRAM - 2015

*pour troubles de l'humeur ou addictions

A. Données d'équipement

<u>Prise en charge ambulatoire</u>	Meurthe-et-Moselle 2015	GRANDEST (Région) 2015	France 2015
Nb. de CMP	34	214	2 169
Densité de CMP (pour 100 000 hab.)	5,8	4,8	4,2
Part des CMP ouverts plus de 5 jours par semaine (%)	94	89	81
Nb. de CATT	17	114	1 234
Densité de CATT (pour 100 000 hab.)	2,9	2,6	2,4
Nb. équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP)	1	10	152

Source : SAE - 2015

<u>Prise en charge à temps partiel</u>	Meurthe-et-Moselle 2015	GRANDEST (Région) 2015	France 2015
Densité de places hospitalisation partielle (J/N)*	18,6	29,7	37,3

(*pour 100 000 habitants)

Source : SAE - 2015

<u>Prise en charge à temps complet</u>	Meurthe-et-Moselle 2015	GRANDEST (Région) 2015	France 2015
Densité de lits à temps complet*	63,1	93,3	105,8
% lits en établissements mono disciplinaires	61,2	37,5	66,4
% lits en secteur privé lucratif	0	4	23,2
Densité places alternatives temps complet*	12,4	7,4	13,3

(*pour 100 000 habitants)

Source : SAE - 2015

<u>Temps d'accès</u>	Meurthe-et-Moselle 2015	GRANDEST (Région) 2015	France 2015
% pop. à 30min ou plus d'une unité temps plein	2,6	22	16,4
% pop. à 45min ou plus d'une unité temps plein	0	6,1	4,6

Source : INSEE ; METRIC ; SAE - 2015

<u>Densité d'ETP* moyens en psychiatrie générale</u>	Meurthe-et-Moselle **	GRANDEST (Région) **	France **
psychiatres	8,1	9,1	10,8
personnels médicaux (hors psychiatres)	1	1,1	1,7
personnels soignants et socio-éducatifs	152,1	166	156,4

*ETP : équivalents temps plein moyens annuels

**pour 100 000 habitants

Source : SAE, INSEE - 2015

<u>Part du personnel exerçant en unités d'hospitalisation temps plein (ES public et ESPICS)</u>	Meurthe-et-Moselle %	GRANDEST (Région) %	France %
personnels médicaux (hors psychiatres)	46,1	38,3	33,8
personnels soignants et socio-éducatifs	53,6	57,7	52,9

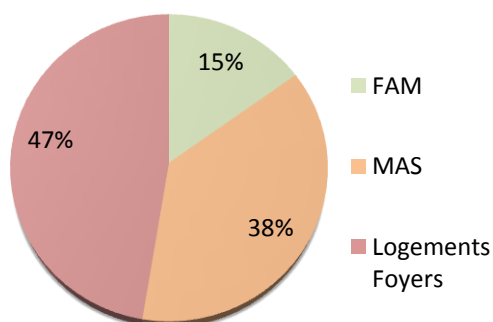
Source : SAE - 2015

<u>Nombre de places installées en établissements et services médicosociaux</u>	Meurthe-et-Moselle *	GRANDEST (Région) *	France *
en SAMSAH	57,2	21	20,3
en SAVS	107,7	73	79,2
en ESAT	290,2	271,3	240,4
en Foyers de vie et d'hébergement	104,6	104,4	103,3
en FAM	33,4	53,5	60,9
en MAS	82,7	71,2	58,6

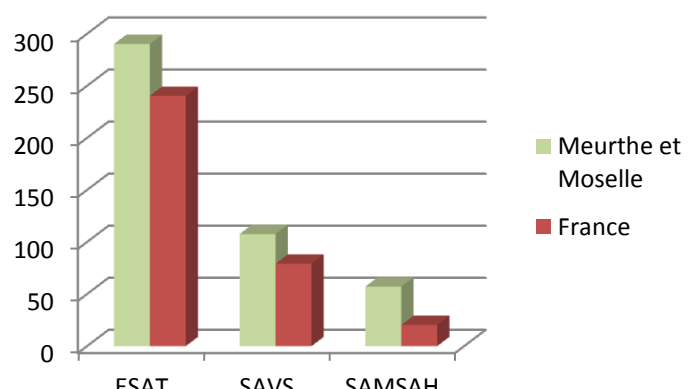
*pour 100 000 habitants de 20 ans et +

Source : FINESS - 2017

Répartition des places d'hébergement 2017



Source : FINESS - 2017



Densités des places d'accompagnement 2017

Source : FINESS - 2017

<u>Synthèse de l'offre en établissements et services médicosociaux</u>	Meurthe-et-Moselle 2017	GRANDEST (Région) 2017	France 2017
Densité* places d'hébergement PH	220,8	229,1	222,8
Densité* places d'accompagnement PH	164,9	94,1	99,5
Densité* places d'insertion prof. PH	290,2	271,3	240,4

Source : FINESS - 2017

<u>Hébergement social</u>	Meurthe-et-Moselle 2014	GRANDEST (Région) 2014	France 2014
Densité de logements accompagnés*	25,2	27,5	22

Source : FINESS - 2014

*pour 100 000 habitants de 20 ans et +

<u>Conseils locaux de santé mentale (CLSM)</u>	Meurthe-et-Moselle 2016	GRANDEST (Région) 2016	France 2016
Population couverte par un CLSM (%)	45,4	32,3	24,3

Source : INSEE, CCOMS - 2016

Code département	Département	Nb. de communes et arrondissements couverts par un CLSM
54	Meurthe-et-Moselle	182

Source : CCOMS - 2016

<u>Groupes d'entraide mutuelle (GEM)</u>	Meurthe-et-Moselle 2015	GRANDEST (Région) 2015	France 2015
Nombre de GEM	6	34	390
Densité de GEM*	0,8	0,6	0,6

*pour 100 000 habitants

Source : CNSA - 2015

<u>Programmes d'éducation thérapeutique à destination des aidants (ETP)</u>	Meurthe-et-Moselle 2016	GRANDEST (Région) 2016	France 2016
Nombre de programmes ETP	1	6	48
Densité de programmes ETP*	0,14	0,11	0,07

*pour 100 000 habitants

Source : Profamille/ARSIMED - 2016

<u>Semaines d'information en santé mentale (SISM)</u>	Meurthe-et-Moselle 2016	GRANDEST (Région) 2016	France 2016
Nombre d'actions SISM	12	87	1207
Densité d'actions SISM*	1,64	1,57	1,95

*pour 100 000 habitants

Données d'activité

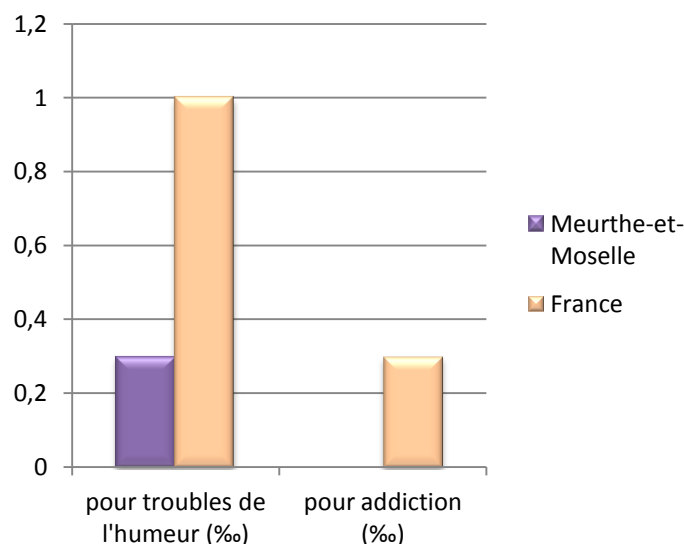
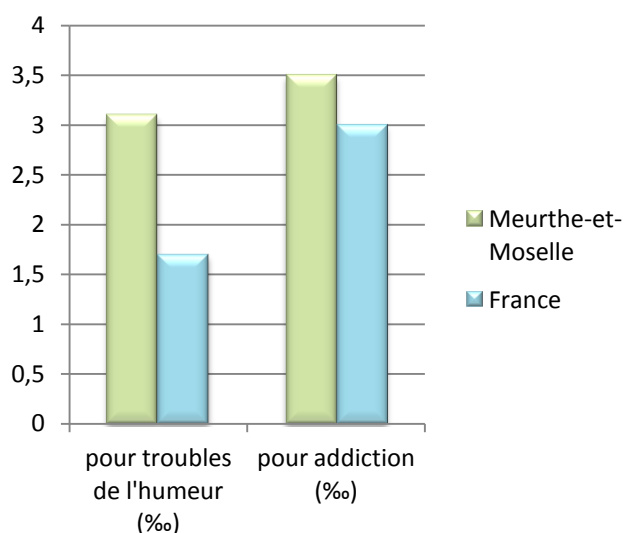
<u>Taux de recours* global en établissement</u>	Meurthe-et-Moselle 2015	GRANDEST (Région) 2015	France 2015
pour addiction (‰)	3,5	3,9	3,2
pour troubles de l'humeur (‰)	23	14,3	11,7

Source : RIM-P, Insee - 2015

	Meurthe-et-Moselle 2015	GRANDEST (Région) 2015	France 2015
pour TED, déficiences et autres TMS (‰)	1,6	1,5	1,2
pour troubles psychotiques (‰)	8,2	8,1	8,7

Source : RIM-P - 2015

* ‰ bénéficiaires RG 18-64 ans



Source : RIM-P, Insee - 2015

Taux de recours à temps complet ou partiel - en ES public et ESPIC

Source : RIM-P, Insee - 2015

Taux de recours à temps complet ou partiel - en ES privé lucratif

<u>Taux standardisé de recours* en hospitalisation temps plein</u>	Meurthe-et-Moselle ‰	GRANDEST (Région) ‰	France ‰
pour troubles de l'humeur	3,1	2,2	2,3
pour addiction	0,5	0,9	0,9

Source : RIM-P, Insee - 2015

	Meurthe-et-Moselle ‰	GRANDEST (Région) ‰	France ‰
pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	2,3	2,5	2,9
pour autres TMS (TED et déficiences)	0,6	0,4	0,3

Source : RIM-P - 2015

* ‰ bénéficiaires RG 18-64 ans

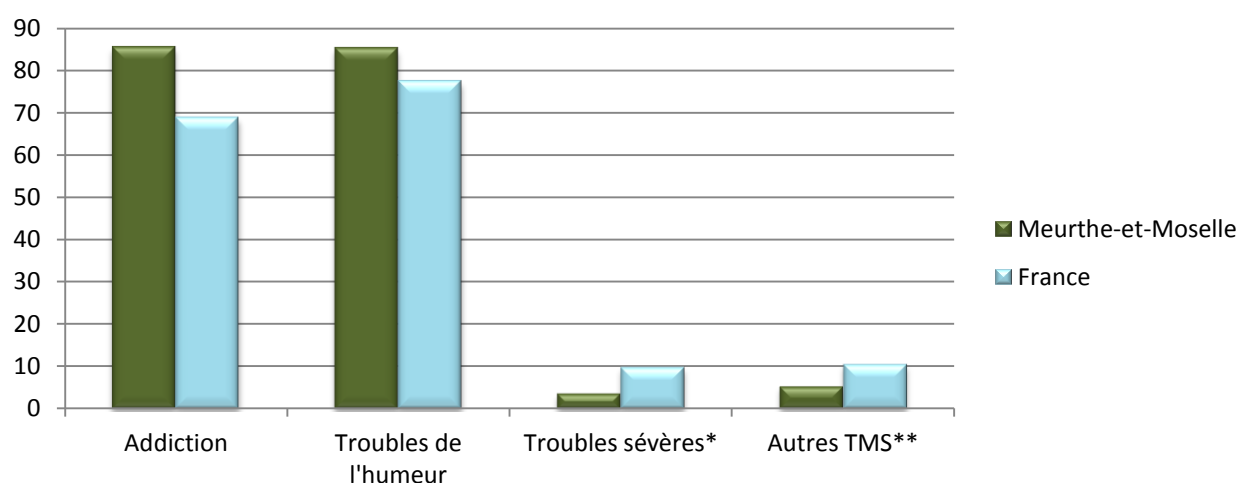
<u>Taux standardisé de recours* ambulatoire</u>	Meurthe-et-Moselle ‰	GRANDEST (Région) ‰	France ‰
pour troubles de l'humeur	22,6	13,6	10,4
pour addiction	3,4	3,6	2,8

Source : RIM-P, Insee – 2015

	Meurthe-et-Moselle ‰	GRANDEST (Région) ‰	France ‰
pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	7,8	7,4	7,6
pour autres TMS (TED et déficiences)	1,5	1,3	1

Source : RIM-P – 2015

* ‰ bénéficiaires RG 18-64 ans



Part de la file active exclusivement ambulatoire (%)

* Troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère

** Autres troubles sévères (TED, déficience...)

Source : RIM-P – 2015

<u>Admission par les urgences</u>	Meurthe-et-Moselle 2015	GRANDEST (Région) 2015	France 2015
troubles de l'humeur (%)	4,3	19,8	11,7
addiction (%)	4,7	16,9	12,1
troubles mentaux sévères* (%)	3,8	13,9	12,7

Source : RIM-P – 2015

* Troubles psychotiques, bipolaires et dépressifs sévères.

<u>Durée moyenne annuelle d'hospitalisation (DMAH)</u>	Meurthe-et-Moselle (en jours)	GRANDEST (Région) (en jours)	France (en jours)
pour troubles de l'humeur	23,9	26,8	33,2
pour addiction	27,7	33,6	37,4

Source : RIM-P - 2015

	Meurthe-et-Moselle (en jours)	GRANDEST (Région) (en jours)	France (en jours)
pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	65,9	68	70,5
pour autres TMS (TED et déficiences)	128,2	148,8	127,3

Source : RIM-P – 2015

<u>Taux de ré hospitalisation à 15 jours</u>	Meurthe-et-Moselle %	GRANDEST (Région) %	France %
pour troubles de l'humeur	7,8	6,4	6,6
pour addiction	8,8	6,5	7,9

Source : RIM-P - 2015

	Meurthe-et-Moselle 2015	GRANDEST (Région) 2015	France 2015
pour troubles mentaux sévères* (%)	18,6	15,8	17,3

Source : RIM-P - 2015

* Troubles psychotiques, bipolaires et dépressifs sévères.

<u>Taux de ré hospitalisation à 30 jours</u>	Meurthe-et-Moselle %	GRANDEST (Région) %	France %
pour troubles de l'humeur	12	10	11
pour addiction	14	11	13

Source : RIM-P - 2015

	Meurthe-et-Moselle 2015	GRANDEST (Région) 2015	France 2015
pour troubles mentaux sévères* (%)	13,4	10,2	11,1

Source : RIM-P – 2015

Part de patients hospitalisés au long cours (depuis plus d'1 an)	Meurthe-et-Moselle %	GRANDEST (Région) %	France %
pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	2,3	2,5	2,9
pour autres TMS (TED et déficiences)	0,6	0,4	0,3

Source : RIM-P – 2015

Acteur de la coordination et de l'intégration

DIFFERENTS NIVEAUX D'INTERVENTION

Dispositifs de planification et concertation (plan d'actions autour d'objectifs partagés)

- PTSM (projet territorial de santé mentale)
- CLSM (conseils locaux de santé mentale)
- CLS (contrats locaux de santé)
- CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé)

Dispositifs de coordination autour de situations individuelles complexes (recherches de solutions)

- RAPT (Réponse accompagnée pour tous)
- PTA (plateforme territoriale d'appui)
- PCPE (Pôles de compétences et de prestations externalisées)
- CTA - MAIA - CLIC - Réseau de santé
- Cellules d'échange de proximité (RAPP, Cellule d'appui en santé mentale, COPSIL, ...)
- CTHI (Comité technique Habitat Indigne)
- EPSIL (Equipe pluridisciplinaire dédiée aux situations d'incurie dans le logement)

Cinq **Coordinations Territoriales d'Appui (CTA)**, intégrant les différents dispositifs existant (réseau, CLIC, MAIA...), maillent actuellement le département de Meurthe-et-Moselle. Une sixième est en cours de construction pour une couverture complète du territoire. Elles assurent la continuité des parcours des personnes âgées de plus de 60 ans, en apportant un appui aux professionnels, notamment aux médecins traitants.

Le déploiement des CTA constitue une première étape dans la structuration de la coordination des différents professionnels autour de situations individuelles complexes. Deux d'entre elles ont progressivement entamé une démarche d'évolution vers une **plateforme territoriale d'appui (PTA)**. Ces PTA constitueront un soutien pour les professionnels du 1^{er} recours dans l'organisation des parcours de santé complexes, quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap de la personne.

La Stratégie Nationale de Santé, adoptée en décembre 2017, pose comme l'une de ses priorités la simplification et la convergence des dispositifs d'appui à la coordination territoriale, qui ont pour objet de faciliter le parcours des personnes en situation complexe (« MAIA », « PTA », « PAERPA », réseaux), afin de les rendre plus lisibles et compréhensibles pour les professionnels de santé et les usagers

L'ARS œuvre ainsi aujourd'hui à définir les conditions de cette convergence, tant au niveau stratégique qu'opérationnel et économique : gouvernance, pilotage, métiers de l'appui et du pilotage territorial, financement.

Autres dispositifs qui traitent de parcours complexes :

- « **Une réponse accompagnée pour tous** » (**RAPT**) vise à réduire le nombre de personnes en situation de handicap sans solution d'accompagnement et/ou en rupture de prise en charge. La démarche propose une réponse individualisée à chaque personne dont la situation le nécessite.

- Les **Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE)** visent à concevoir et organiser une réponse transitoire pour des personnes en situation de handicap ne trouvant pas de réponse (partielle ou totale) adaptée à leurs besoins dans l'offre de services existante. Le PCPE s'inscrit dans le cadre du RAPT.
- Le **Maison des Adolescents (MDA)**, contribue à la prise en charge partenariale et locale des situations d'adolescent et/ou de familles en difficulté pour lesquelles différentes problématiques sont intriquées (sociale, scolaire, psychiatrique, somatique, et/ou éducative...).
- Le **Comité technique Habitat Indigne (CTHI)** permet de mobiliser et coordonner différents acteurs autour de situations relevant de l'habitat indigne (infractions au règlement sanitaire départemental, insalubrité, péril, ...), dont incurie dans le logement (accumulation d'objet, déchets, ...). Pour les cas les plus complexes d'incurie dans le logement, son action prend appui sur une équipe pluridisciplinaire (psychologue, travailleur social) dont les objectifs sont principalement de rechercher l'adhésion de l'occupant, de faciliter le maintien à domicile et de coordonner les intervenants (EPSIL). Ce binôme, porté par Espoir 54, peut intervenir pour la prise de contact, l'évaluation de la situation, l'accompagnement et/ou le retour au droit commun

***Enjeu :** Rendre lisible, mettre en cohérence et mieux articuler les différents dispositifs de coordination qui poursuivent tous le même objectif*

***Projet :** Le développement d'un centre de ressources spécialisé dans le champ du handicap psychique (CreHpsy) Grand Est favorisera le recensement, la mutualisation, le partage ou le développement des outils, recommandations et projets dans le domaine de la santé mentale et du handicap psychique ayant faits leurs preuves ou en expérimentation au niveau départemental, régional, national ou international.*



L'approche territoriale de la santé mentale s'est traduite pas la mise en place de 2 conseils locaux de santé mentale (CLSM) :

- La création en 2012 d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) sur la communauté de communes de Lunéville a formalisé tout un travail de fond déjà engagé. Le CLSM s'est élargi, plus récemment, à l'ensemble du Pays Lunévillois, afin de développer une politique locale de santé mentale adaptée aux besoins de l'ensemble du PETR, et toucher les zones à caractère plus rurales.
- Le CLSM de la métropole du Grand Nancy lancé en 2015 s'inscrit dans le cadre du contrat local de santé (CLS)².

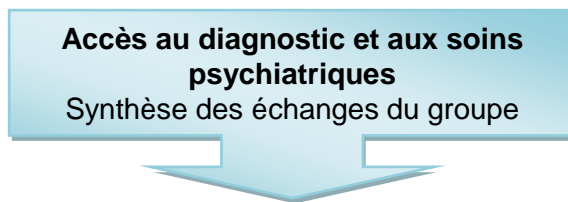
La santé mentale fait également l'objet de volet spécifique dans les contrats locaux de santé (CLS) signés avec la communauté d'agglomération de Longwy ou en projet sur les territoires Terres de Lorraine, Val de Lorraine.

² Le Contrat Local de Santé est un outil de déclinaison du projet régional de santé de l'ARS. Il permet la définition, à un niveau local, d'une stratégie, d'objectifs et d'un programme d'actions pluriannuel qui doivent répondre à des besoins clairement identifiés à partir d'un diagnostic local partagé.

Autres sources d'information



- Enquête réalisée par le Département de promotion de la santé mentale et de prévention du Centre Psychothérapique de Nancy
«Place de la santé mentale en médecine générale » réalisée en mai 2018 auprès des médecins généralistes du territoire. (Annexe 3)
- L'URPS Médecin Lorraine publie la synthèse de sa grande enquête « Santé du Médecin » auprès des médecins libéraux de la région en 2014.
Ce travail a permis d'identifier des besoins et de commencer la construction de solution au service des praticiens
http://www.urpsmedecinslorraine.fr/data/doc-4/20150331/91_1.pdf
- Projet Régional de Santé Grand Est 2018- 2028 (2ème génération)
<https://www.grand-est.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-grand-est-2018-2028-2eme-generation>



Les travaux de ce groupe ont permis d'identifier :

- ❖ La place de l'utilisateur, de l'entourage et des aidants :
 - ◆ La prise en compte de la parole des aidants et de l'entourage est un élément majeur dans le cadre de la prise en charge des personnes malades. Ce sont souvent les premiers à percevoir des changements inquiétants chez leur proche. Ils peuvent communiquer des informations utiles à la prise en charge. Comment définir les informations partageables ? Prendre en compte la parole du patient dans son désir de mettre en œuvre les soins avec la famille. Comment prendre le temps de cette nécessaire organisation concertée ?
- ❖ L'accès aux plateformes techniques afin de bénéficier de l'ensemble des thérapies disponibles quel que soit son lieu de résidence :
 - La question du délai d'attente aux urgences a fait apparaître la perception d'une relativité de l'urgence. Pour certains membres du groupe, l'urgence psychiatrique n'est pas située au même niveau que l'urgence somatique qui, elle, peut aboutir à un décès. Cependant, nous ne pouvons que constater que l'urgence psychiatrique est tout aussi intense par le fait qu'elle aussi peut amener la personne concernée à perdre la vie (fugue et tentative de suicide associée).
 - Le délai d'attente pour consulter un praticien dans les CMP est alimenté par plusieurs facteurs :
 - Prise en charge des pathologies chroniques qui, faute de relais à d'autres acteurs sociaux et médicosociaux, peuvent remplir la liste d'attente.
 - La démographie médicale qui s'inscrit dans une courbe inversée avec celle de la demande des usagers.
 - Une absence de souplesse entre le monde hospitalier et le monde libéral pour organiser des relais.
 - Les heures d'ouverture des CMP ne correspondent pas au rythme de vie et de travail de bon nombre d'usagers.
 - Les besoins d'une hospitalisation doivent être définis : La demande première de soins est souvent nécessairement une hospitalisation de la part du demandeur. Cependant, compte tenu du caractère stigmatisant de l'hospitalisation, il nous faut faire connaître l'ensemble des modalités des prises en charge existantes. De plus, le besoin exprimé mérite une analyse multifocale car le besoin social et médicosocial n'est pas systématiquement abordé. Comment faire percevoir à l'ensemble des acteurs que l'hospitalisation doit être un recours et non une priorité ? Dans ce cadre, et par exemple, le lien entre les urgences et les CMP doit être renforcé.

❖ Le travail en partenariat :

- Le travail en partenariat est une dynamique incontournable tant dans l'intérêt des patients que des professionnels. C'est le moment de passer d'un fonctionnement en « tuyaux d'orgue » à une vision plus « circulaire » du travail des acteurs, quelle que soit leur appartenance institutionnelle. Pour cela, nous devons interroger nos modes de communication, nos interfaces, nos règles communes de fonctionnement, le niveau d'information partageable. La fonction de coordination des parcours de chacun sur le territoire est à inventer.
- La visite à domicile est un outil mis en place depuis de nombreuses années par les services sanitaires. Ces interventions à domicile pourraient se développer afin de mieux répondre au besoin global du patient en prenant en compte les champs sociaux et médicosociaux. Si tout n'est pas sanitaire, l'analyse multi partenariale, à domicile, pourrait trouver un intérêt majeur afin d'organiser de manière pertinente la réponse au besoin de la personne.

❖ Lisibilité et adaptation de l'offre :

- La prise en compte de la parole des personnes concernées dans le développement des dispositifs et des actions mérite d'être développée. Comment prendre en compte cette parole ? Quel niveau de confiance est nécessaire pour y parvenir ? Quel respect pour le rôle et la place de chacun dans la formalisation des réponses ?
- Adaptation des organisations et de l'offre aux besoins de la population. L'ensemble des plateaux techniques doit être connu pour sa proposition de dispositifs de soins, sa localisation territoriale et ses horaires d'accès pour le plus grand nombre, ceux qui travaillent et les autres. Ces plateaux techniques devraient avoir une répartition cohérente sur le territoire.
- Pertinence du périmètre territorial pour le développement d'actions au bénéfice des personnes concernées (usagers, familles, aidants). Nous pouvons noter des superpositions de limites de territoires non concordantes (sanitaire, social, médicosocial, collectivités territoriales...) qui nuisent à la cohérence de l'organisation de ces différents acteurs. Il est urgent de tendre vers une simplification.

Derrière ces principaux éléments, chacun s'accorde sur le fait que les premiers axes d'amélioration portent sur :

- Développer l'information de la population et des professionnels sur les différents modes de prise en charge afin de ne pas recourir aux urgences psychiatriques quand cela n'est pas utile. Cette action de communication viserait à prévenir les situations de crise amenant aux urgences.
- Organiser une filière psychiatrique au sein des urgences avec une prise en compte plus importante des personnes concernées et de leur entourage.
- Continuer à développer des alternatives à l'hospitalisation en s'orientant vers des projets co construits entre sanitaire, médicosocial et social (équipe mobile mixte, HAD santé mentale...).
- Développer un outil collaboratif d'information des acteurs (Type LIGO) afin de faciliter le bon niveau d'information de chaque professionnel concerné par la situation.
- Développer la dynamique de numéro « unique » par institution (quelle que soit la population concernée) afin de simplifier les contacts entre les acteurs.
- Repositionner les missions des CMP tant dans l'évaluation que les prises en charge.
- Valoriser et développer les dispositifs de transition (Cf CPN / ESPOIR 54).

- Définir des périmètres partagés d'actions de proximité.
- Promouvoir des dispositifs d'intervention précoces grands adolescents et jeunes adultes (CLIP Cf CPN, CIIP Cf La Chartreuse).
- Développer des dispositifs de promotion des outils de réhabilitation psychosociale (Cf Centre référent de réhabilitation psychosociale).
- Développer des centres ressources toutes pathologies « psy » avec un numéro vert.
- Créer des équipes mobiles mixtes d'évaluation à domicile (sanitaire, sociale et médicosociale).
- Intégrer l'expérimentation permettant la prise en charge financière des psychologues sur prescription médicale (Cf Vosges et Alsace).
- Travailler avec la MDPH afin d'obtenir des financements dès les pré-diagnostic posés.
- Renforcer et catalyser la politique de promotion et de prévention de santé mentale en s'appuyant sur les acteurs existants (par exemple : DPPSM...).
- Développer le travail partenarial avec les MSP pour en faire un rôle central dans la prise en charge collaborative.
- Respecter le libre choix du praticien de l'utilisateur (Cf loi des droits des malades du 4 mars 2002).

Formations :

- Développer un plan de formation territorial partagé catalyseur des bonnes pratiques communes et soutenant l'émergence de nouveaux métiers (Infirmier de Pratiques Avancées/IPA...).
- Développer la formation partant de la prévention à « comment mieux travailler ensemble » avec l'émergence d'outils pragmatiques.
- Engager des formations en santé mentale de base afin que les acteurs, les usagers et les aidants aient une meilleure clé de lecture et appréhension des problèmes rencontrés (éviter les recours inutiles aux urgences et/ou à l'hospitalisation).
- Former à l'interprétariat médical (expérience strasbourgeoise).
- Former les acteurs présents dans l'environnement de l'enfant au repérage précoce.
- Former et sensibiliser les élus et les acteurs concernés sur l'importance de l'environnement de l'enfant dans tous ces aspects (air, alimentation, nature, écran...).
- Accompagner les professionnels au long cours dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) et de la limitation des Risques Psycho Sociaux (RPS).

Situations inadéquates

Synthèse des échanges du groupe

Les **délais d'accès aux soins** génèrent des ruptures de prise en charge. Le délai de latence pour établir un diagnostic peut s'expliquer certes par un manque de ressources humaines notamment de médecins psychiatres. Cependant, **le défaut d'anticipation** conduit aussi les institutions à être devant le fait accompli et à gérer des situations en urgences délétères pour le patient ou les professionnels. Ces derniers, épuisés, résistent à reprendre un patient identifié « psy » après un séjour hospitalier ce qui, de nouveau, occasionne des ruptures dans la continuité du projet de vie. Le fait que la psychiatrie ne puisse pas apporter des solutions aux troubles du comportement est mal perçu par les partenaires. L'éducation nationale ainsi que des pédopsychiatres alertent sur les problèmes engendrés par la puberté de plus en plus précoce.

L'absence de coordonnateur de parcours entre les différentes institutions génère **des parcours de vie chaotiques**. Qui décide ? Comment articuler projet de soins et projet de vie ? Parfois, des décisions médicales sont prises sans tenir compte du projet de vie.

Les paradigmes de chaque institution et leurs réglementations propres sont des freins à la circulation des informations et **limitent le secret partagé**. Les bailleurs sociaux éprouvent la nécessité de connaître les besoins de la personne pour affecter au mieux les logements. Les droits de la personne trouvent leurs limites dans le droit des autres.

Certaines populations sont hébergées dans des structures inadaptées faute de dispositif spécifique (les personnes marginales vieillissantes dans les structures d'associations de réinsertion sociale, les personnes âgées isolées pas forcément dépendantes avec un risque majeur de glisser vers une démence, les personnes handicapées hospitalisées en psychiatrie du fait du manque de places en MAS et en FAM. Quelle structure d'hébergement pour les personnes psychotiques vieillissantes ? Exemple de l'EHPAD Notre Dame du Bon Repos).

Premiers axes d'amélioration évoqués par le groupe :

- Afin d'assurer la continuité dans le parcours des personnes, il est nécessaire d'identifier un **coordonnateur /référent**, avec des missions, un champ de compétences et des responsabilités définis clairement. Quelle légitimité ? Décision collégiale : qui est un engagement, suivie d'une évaluation pour construire un projet de soins s'inscrivant dans un projet de vie.
- Une approche systémique des situations favoriserait une approche globale du parcours, repérage des risques a priori nécessaire pour mieux les appréhender dans les parcours.
- Pour travailler ensemble autour de la personne, il conviendrait d'avoir un vocabulaire commun **et être formé à travailler ensemble tout en connaissant les limites de compétences de chacun. Plan de formation interprofessionnel.**
- Armer les médecins traitants afin qu'ils soient plus vigilants au repérage des situations précoces.
- **Les transitions entre les âges sont importantes**, l'anticipation permettrait d'éviter les ruptures.
- **Adapter une réponse coordonnée** autour du jeune placé au centre du dispositif.
- Dans le cadre d'une politique logement, clarifier auprès des usagers les notions de libertés individuelles, quelles limites dans le « vivre ensemble » ?
- Identifier les failles des partenariats existants.
- Les projets innovants pourraient être construits avec plusieurs partenaires de façon transversale (équipe mobile mixte, dispositif nouveau pour personnes âgées...).
- Travailler sur le lien médico social /sanitaire et famille par exemple pour une intégration dans le milieu scolaire ordinaire.
- Présence d'éducateurs dans les EHPAD souhaitée.

Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

Synthèse des échanges du groupe

Les problématiques liées au **logement** sont identifiées comme étant majeures et appellent à chaque reprise la mise en synergie des actions des acteurs. Il s'agit de difficultés liées à l'implantation du logement en lui-même dès lors que la personne concernée présente des troubles du comportement et pose des problèmes de voisinage et d'inscription dans la cité. Par ailleurs, se pose de façon récurrente la question de l'accompagnement qui n'est pas disponible ou adapté selon le type d'habitat retenu (le financement de l'accompagnement représente parfois la contrainte selon le mode d'habitat). Enfin, et de façon transverse, le groupe retient le fait que la coordination du projet est souvent insuffisante, que celle-ci est chronophage et repose sur une information sur les dispositifs et solutions possibles qui fait défaut et reste à l'échelon de professionnels initiés. L'accession en elle-même à un logement adapté est souvent complexe voire impossible pour les raisons citées (l'âge même de la personne représente souvent une inadaptation au-delà des troubles).

L'accès aux accompagnements sociaux et médicosociaux repose sur le caractère indispensable de disposer d'une **évaluation globale et partagée** (conjuguant le projet de soins et le projet de vie) impliquant les acteurs du sanitaire, du secteur social et médicosocial, voire de l'Education nationale. Il n'existe pas de formalisation et de valorisation de ce temps d'évaluation, de transmission des informations, de définition réglementaire des partages et d'outils qui garantiraient la continuité du parcours et sa vision généraliste. Dans ce contexte, des étapes clefs sont mises en exergue : la tranche d'âge 16-25 qui voit le passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie, de dispositifs sociaux pour enfants à des établissements et services pour adultes, à des droits et allocations différenciés. L'absence de **réfèrent, d'un coordinateur ou facilitateur de parcours** renforce souvent le problème rencontré.

Les évolutions sociétales et technologiques amènent à des ruptures de parcours. Ainsi, la dématérialisation de certaines démarches (assurance maladie par ex), la disparition de certains services publics majorent la complexité des démarches et minorent de fait, l'autonomie des personnes qui vont devoir solliciter des accompagnements dans leurs démarches. Le regard porté par autrui sur la maladie psychique ou le handicap mental ne facilite pas la place que ces personnes peuvent tenir dans la société. De plus, les déficiences ne font pas toutes l'objet des mêmes mesures d'information du grand public qui se positionne dans une stratégie de crainte ou de rejet.

La fluidité des parcours est mise à mal dès lors qu'aucune action préventive n'a été engagée amenant les acteurs à anticiper des évolutions de la situation (lors de conduites addictives par ex.), des changements de situation (population carcérale ou migrants par ex.). Le **cloisonnement des organisations, l'absence d'information sur les dispositifs existants** relevant de l'accompagnement (sanitaire, social, médicosocial ou relevant de la justice) génère nombre de difficultés dans le parcours de la personne qui est rarement en capacité d'assurer elle-même le lien entre les acteurs. Il en va de même quant aux cultures professionnelles qui n'ouvrent pas à une vision transversale des possibilités d'accueil, d'accompagnement, d'accès aux droits, de logement, etc.

Derrière ces principaux éléments, chacun s'accorde sur le fait que les premiers axes d'amélioration portent sur :

- La mise en œuvre de formations interprofessionnelles, interdisciplinaires et interinstitutionnelles sur les dispositifs sanitaires, sociaux et médicosociaux, les pathologies.
- L'identification dans chaque organisation d'un référent identifié qui garantira en interne et en externe l'accès à l'information et sa diffusion. La création d'équipes mixtes d'évaluation garantira la vision généraliste des besoins, attentes et solutions à déployer.
- La création de supports et d'outils favorisant l'accès aux données personnelles (dans le respect de la réglementation) par les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement.

- La nécessité de nommer sur chaque situation jugée complexe un référent, coordinateur ou facilitateur de parcours (professionnel ou aidant familial) dont la légitimité doit être garantie et qui doit pouvoir disposer de l'ensemble des données utiles pour éviter les ruptures de parcours.

Accès aux soins somatiques

Synthèse des échanges du groupe

Les réflexions du groupe de travail ont articulé l'accès aux soins somatiques sur différents angles à savoir, vers l'hôpital ou vers la médecine de ville depuis le domicile du patient ou depuis le secteur sanitaire de psychiatrie.

Prioritairement, la question des **délais** pour bénéficier d'examens ou d'un avis expert constitue un problème majeur. Celui-ci est majoré dès lors que l'annonce du diagnostic de maladie psychique ou de handicap mental est faite. Seule la mobilisation d'un réseau personnel du médecin permet de minorer cette difficulté.

La **démographie médicale sur les territoires et le nomadisme** médical et paramédical (en libéral comme en hospitalier) ont pour effet de diminuer les capacités du suivi somatique. De la même façon, de nombreuses contraintes liées aux **modalités de transport** (absence ou difficulté de prise en charge, prescription) réduisent les possibilités de la personne d'accéder à une prise en charge de ses troubles somatiques (80 % des troubles).

De façon très fréquente, la **porte d'entrée hospitalière par les services d'urgence** contribue à morceler le parcours de la personne alors que le prescripteur identifie le besoin d'expertise qui pourrait garantir une orientation ciblée accompagnée d'une prise en compte globale des problématiques et une meilleure régulation. Dans ce cadre, trop peu de différenciation entre les troubles psychiatriques et les troubles somatiques amène au risque de ne pas prendre en compte une réelle problématique médicale.

Le **recours à la télémédecine** est trop peu usité alors qu'il contribue à une meilleure inscription des troubles dans un contexte global par une coordination du parcours de soins et à une réduction des dépenses de transport et des délais d'attente.

Le **référént médical** n'est pas identifié (place du médecin traitant, du PH, etc.). Ceci complexifie la situation des adolescents et jeunes adultes.

La **méconnaissance des articulations** (pour autorisations médicales diverses) avec les services de protection de la personne et les juges majore les contraintes. L'absence de droits sociaux représente également une contrainte dès lors qu'aucun accompagnement n'a été mis en place. Il en est de même quant aux difficultés relatives à la prise en considération des troubles somatiques des personnes incarcérées.

L'absence de dossier médical partagé amène chacun à devoir reconstituer la genèse et à garantir la transmission des informations utiles, lesquelles sont souvent relayées de façon tardive entre l'hôpital et le médecin prescripteur. Accès à l'information par la carte vitale jugé parfois inefficace.

La définition du prescripteur des actes, des transports, des médicaments, etc. contribue à renforcer la difficulté d'accès aux soins somatiques et leur traitement pour des raisons directement inhérentes aux **modalités de tarification** (T2A, dotation globale, etc.)

Derrière ces principaux éléments, chacun s'accorde sur le fait que les premiers axes d'amélioration portent sur :

- La mise en œuvre de formations interprofessionnelles, interdisciplinaires et interinstitutionnelles sur les dispositifs sanitaires, sociaux et médicosociaux, les pathologies avec l'ensemble des services hospitaliers, les médecins de ville, etc. Ces formations doivent également être intégrées dès la formation initiale de médecine.
- Renforcer la place des associations d'usagers. Nommer sur chaque situation jugée complexe un référent, coordinateur ou facilitateur de parcours (professionnel ou aidant familial) dont la légitimité doit être garantie et qui doit pouvoir disposer de l'ensemble des données utiles pour éviter les ruptures de parcours médical.

- Le développement du dossier médical partagé, de la télémédecine en intégrant la question de la responsabilité partagée et la clarification des modalités de tarification des actes y compris dans le domaine du circuit du médicament.
- La mise en œuvre d'équipes mobiles de soins et d'examens et d'unités de médecine dans les unités de psychiatrie (cf modèle de Mont Saint martin).
- Assurer le suivi d'indicateurs tel le nombre de PEC psychiatriques par le médecin généraliste (en termes de prescription initiale et de renouvellement).

Prévention et gestion des situations de crise

Synthèse des échanges du groupe

- ✓ Le sentiment d'isolement des acteurs sur le territoire face aux situations de crise, notamment des professionnels des urgences (contentions, transferts,...) est évoqué de manière récurrente. La multiplicité des acteurs rend complexe la coordination nécessaire. La notion de référent est abordée en sachant qu'il faudra mieux définir le périmètre d'intervention de chacun. La communication utile entre ces intervenants mérite une meilleure circulation en amont comme en aval. La graduation de l'offre sanitaire, médicosociale et sociale doit être réinterrogée afin de s'engager dans une offre pertinente.
- ✓ L'entourage (famille, bailleur...) souhaite être associé à la prise en charge notamment lors de la gestion de la situation d'urgence ou de crise. Quel accompagnement de la souffrance des familles aux urgences ? Comment mieux préparer les sorties d'hospitalisation, de détention, de retour à l'école ?
- ✓ Les ruptures de soins dans le cadre de changement de territoire, dans le passage à l'âge adulte sont fréquentes. Comment mieux les préparer, de manière concertée et anticipée ?
- ✓ La PEC des crises de violence des enfants génératrices de déscolarisation. Comment mieux les accompagner sans passer par la case « psychiatrie ». Le travail de soutien de ces équipes justifie une meilleure complémentarité des acteurs. Des outils de « répit », tant pour les adolescents scolarisés que pour les situations complexes doivent être élaborés.

Derrière ces principaux éléments, chacun s'accorde sur le fait que les premiers axes d'amélioration portent sur :

- Préciser ce que l'ensemble des professionnels de tous les champs définit comme référent, notamment dans le cadre des parcours territoriaux de proximité. Il pourra être évoqué la notion de « case management ».
- Structurer des temps d'échanges ainsi que des outils collaboratifs (par ex : LIGO, DMP, guichet unique...) entre les professionnels des champs sanitaires, médico sociaux et sociaux afin d'obtenir une meilleure organisation des relais et éviter les ruptures de parcours.
- Créer un service de soins de suite et réadaptation en santé mentale (SSR santé mentale) pour des prises en charges structurées, des temps de répit limités dans le temps ouvert aux champs sanitaire, médico social et social. Ce SSR pourra être co construit entre ces acteurs et animé par des équipes mixtes sous une autorisation à définir. Les profils resteront à définir lors de l'élaboration du projet.
- Développer des équipes mobiles mixtes d'évaluation quels que soient les lieux d'hébergement des personnes. Ces équipes pourraient être facilitatrices dans la mise en œuvre de prise en charge partagée.
- Développer le télé-secrétariat (Stan PRO) afin de désengorger les urgences en essayant de trouver des créneaux dans les agendas des médecins libéraux disponibles (cf rapport Député des Charentes).

- Réaliser une cartographie des interprètes sur l'ensemble du territoire afin d'en faciliter l'accès aux différents acteurs.
- Développer la télémédecine.
- Organiser des filières au niveau des urgences (filières psychiatrique, somatique, gériatrique...).
- Intégrer une compétence psychiatrique (IDE, travailleur social...) au niveau des SAMU (cf situation de Lille) dans un souci d'évaluation pluri-professionnelle.
- Passer d'une relation duelle à une relation pluri-professionnelle concertée autour de la personne (mieux intégrer famille, médecin, bailleur...) afin d'assurer la veille sur la durée et de conserver le lien.
- Financement des astreintes : cf politique développée par l'ARS dans le cadre de la PDS.
- Clarifier le rôle et la place des plateformes Territoriales d'Appui (PTA) pour toutes les situations complexes.

Synthèse générale des constats



- ❖ **La place de l'usager, de l'entourage et des aidants :**
 - L'insuffisance de prise en compte de la parole des aidants et des usagers
 - Un besoin de solutions de soutien aux aidants
 - La nécessité d'associer l'entourage
 - Les difficultés d'accès au logement et aux modalités d'accompagnement

- ❖ **La promotion et la prévention de la santé mentale :**
 - Le regard stigmatisant de la société
 - Le « tout numérique » restreint l'autonomie

- ❖ **L'accès aux plateaux techniques afin de bénéficier de l'ensemble des dispositifs disponibles quel que soit son lieu de résidence :**
 - L'absence de filières spécifiques qui contraint un passage par les urgences inadapté, entre autre en termes de délai
 - Les délais d'attente trop longs pour consulter un praticien dans les CMP
 - Une réticence par la psychiatrie de prendre en charge certaines situations bruyantes non liées à une pathologie psychiatrique
 - L'accès aux soins somatiques rendu complexe en raison des délais, de la démographie, des transports, des modes de tarification

- ❖ **Le travail en partenariat :**
 - L'anticipation et la prévention des ruptures restent à développer
 - La confiance réciproque attendue comme un préalable à tout travail partenarial
 - Une non hégémonie attendue entre les partenaires
 - Le travail en partenariat ne se conçoit pas comme un échange de prestations de services mais comme une co construction autour de la personne
 - La décision collégiale comme garantie de la cohérence des parcours et de l'implication des acteurs
 - L'évaluation partagée comme préalable à la construction du projet de vie
 - Une coordination qui doit être identifiée et permettre un suivi au long cours
 - L'isolement des professionnels face aux situations de crise : comment organiser un soutien ?
 - Le facilitateur de parcours (aidants, professionnels, associations) doit être légitime
 - La télémédecine insuffisamment développée et utilisée
 - La place des bailleurs sociaux à promouvoir comme partenaire du projet

- ❖ **La nécessaire adaptation des organisations et de l'offre aux besoins de la population :**
 - La visite à domicile : un outil pour « aller vers »
 - Une meilleure prise en compte attendue de la parole des personnes concernées
 - Construire une graduation de l'offre - sanitaire / médico-sociale / sociale
 - La difficulté générée par la superposition des différents périmètres territoriaux
 - Le cloisonnement des organisations structurées par rapport à l'âge complexifie le parcours
 - L'incomplétude de l'offre d'aval
 - La démographie médicale en évolution défavorable

❖ **La communication :**

- Le manque de lisibilité de l'offre globale sur chaque territoire de proximité
- Le morcèlement de la communication sur l'offre disponible

❖ **L'information :**

- Un manque d'outils collaboratifs territoriaux (absence de dossier médical partagé...)
- Quelles informations sont partageables entre tous les partenaires ?

❖ **Le financement :**

- Les délais de latence administratifs par rapport aux besoins réels des personnes prises en charge
- Les modalités de tarification freinent la prise en charge médicale
- L'inadaptation du modèle de financement - sanitaire / médicosocial / social

Pistes de travail identifiées

Rendre plus lisible l'offre en santé mentale pour les professionnels et les citoyens

- Une cartographie des dispositifs du territoire
- Clarifier les liens entre les différents dispositifs de coordination (PTA, RAPT, CLIC, MAIA, MDA, PCPE, RAPP, etc) afin d'assurer une plus grande lisibilité aux acteurs et aux publics
 - Conforter la place des PTA
- « Un guichet unique » pour renforcer le dispositif d'appui en santé mentale
- Un plan de communication global et actualisé

Améliorer la coordination et la coopération des acteurs

- Améliorer le parcours de santé et de vie des personnes
Un coordonnateur du parcours : Charte / Fiche métier
Coordonner avec la médecine de premier recours
- Promouvoir les missions
 - Du gestionnaire de cas
 - Du case manager
 - Des pratiques avancées
- Repositionner les missions des CMP/ Collaboration avec les acteurs médicosociaux
- Coordonner les différents dispositifs d'évaluation et d'accompagnement sur l'ensemble du parcours de vie.
- Elaborer un support partagé d'informations

Mettre en œuvre un plan de formation territorial

- Apprendre à travailler ensemble
- Définir un cadre juridique du partage de l'information
- Sensibiliser à l'offre de soins en santé mentale
(Professionnels/Elus/Aidants/Usagers...)
- Former les professionnels aux pathologies et PEC des troubles psychiques
Former les interprètes
- Développer des compétences interdisciplinaires

Promouvoir des actions de prévention

- Lutter contre la stigmatisation
Renforcer et catalyser la politique de Promotion et de Prévention de Santé Mentale en s'appuyant sur les actions existantes (DPPSM du CPN).
- Développer des actions de prévention sur :
 - Le parcours de vie de l'enfant
 - Le repérage des signaux d'alerte
 - PEC des addictions
 - Parcours de soins et de vie des personnes placées sous main de justice
- Développer l'éducation à la santé

Promouvoir de nouveaux dispositifs territoriaux Pluri-professionnels innovants

- Développer la télémédecine
Promouvoir des outils de réhabilitation psychosociale
Nouvelles compétences supplémentaires en EHPAD
Développer les dispositifs de repérage et de diagnostic
- Expérimenter des équipes mobiles pluridisciplinaires
- Projet expérimental et innovant Personnes Agées
- « SSR » santé mentale
- Consolider les dispositifs d'intervention précoce (CLIP)

Prochaines étapes

Elaboration de la feuille de route

Mise en place de cinq groupes thématiques

- Rendre plus lisible l'offre en santé mentale pour les professionnels et les citoyens
- Améliorer la coordination et la coopération des acteurs
- Mettre en œuvre un plan de formation territorial
- Promouvoir des actions de prévention
- Promouvoir de nouveaux dispositifs territoriaux pluri-professionnels innovants

Sollicitation des différents partenaires pour désigner un référent par groupe prédéfini (Annexe V)

- Rédaction de la fiche projet par thématique
- Rédaction des fiches actions par projet

3 séances de travail par groupe d'octobre à décembre 2018

Groupe 1 : 10/10/2018 – 23/11/2018 – 05/12/2018

Groupe 2 : 09/10/2018 – 21/11/2018 – 04/12/2018

Groupe 3 : 19/10/2018 – 14/11/2018 – 05/12/2018

Groupe 4 : 11/10/2018 – 19/11/2018 – 03/12/2018

Groupe 5 : 08/10/2018 - 20/11/2018 -- 06/12/2018

Validation par le COPIL en décembre 2018

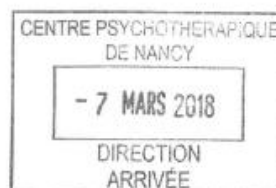
Transmission au Directeur Général de l'ARS Grand Est pour validation finale : décembre 2018

- signature du CTSM

Mise en œuvre du PTSM de janvier
2019 à décembre 2023

ANNEXES DU DIAGNOSTIC

Annexe I - Lettre de cadrage ARS Grand Est



Direction Générale

Service émetteur :
DOS - SA2

Affaire suivie par :
Vincent FORTIN

Courriel :
vincent.fortin@ars.sante.fr

2018-02257/DOS

Monsieur Gilles BAROU
Directeur du Centre Psychothérapique de
Nancy
1, rue du Docteur Archambault
BP 11010
54 521 LAXOU cedex

Nancy, le

- 2 MARS 2018

Monsieur le Directeur,

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et le décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale (PTSM) prévoient l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale ayant pour objet de :

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

L'ARS Grand Est a choisi de travailler sur 3 territoires pour expérimenter la méthodologie de mise en œuvre des parcours en psychiatrie et santé mentale de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) avec son soutien.

Le Centre Psychothérapique de Nancy a été retenu sur proposition de la Fédération Hospitalière de France pour bénéficier de cet accompagnement dans la réalisation du PTSM dans une logique de parcours de soins coordonnés sur le territoire de la Meurthe et Moselle.

Afin que la démarche puisse être déployée de manière efficace auprès des acteurs et aboutir à une véritable amélioration du parcours de vie des personnes, vous trouverez ci-dessous la déclinaison des éléments principaux à prendre en compte dans sa mise en œuvre.

Le périmètre et les objectifs :

Le PTSM a pour but de construire, avec l'appui des méthodes et outils de l'ANAP, un parcours en psychiatrie et santé mentale sur le territoire.

Le périmètre souhaité pour le PTSM est le département.

Siège régional : 3 boulevard Joffre - CS 80071 - 54036 NANCY CEDEX - Standard régional : 03 83 39 30 30

La construction du parcours en santé mentale doit être abordée dans une dimension globale prenant en compte le champ social, médicosocial et sanitaire et doit se construire avec tous les partenaires impliqués de manière horizontale et transversale. Il doit permettre d'adapter les pratiques professionnelles aux parcours, de créer les conditions favorables à la transversalité et de fluidifier les échanges entre les acteurs en développant une approche commune du soin et de l'accompagnement.

La démarche PTSM se décline en 3 étapes :

- Le diagnostic territorial partagé

Le diagnostic territorial partagé est établi par l'ensemble des acteurs de la santé mentale du territoire. Il identifie les ressources disponibles, les insuffisances dans l'offre de prévention et de soins ou d'accompagnement des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services. Il préconise des actions pour y remédier en s'appuyant sur des leviers existants ou innovants. Il intègre les objectifs opérationnels énoncés par le décret précité et porte une attention particulière à la situation des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Les travaux sont réalisés par porte d'entrée dans le parcours telles que définies dans la méthode ANAP (points de rupture), et se fondent tant sur des indicateurs quantitatifs que qualitatifs.

Un travail sur les indicateurs et les données statistiques utiles au diagnostic est mené par l'ARS en lien avec les acteurs.

Le diagnostic final donne lieu à une synthèse, à une feuille de route et à des pistes d'actions partagées.

- La définition d'une feuille de route territoriale

Il s'agit d'élaborer, à partir des constats du diagnostic partagé, un plan d'actions réaliste qui permette d'améliorer durablement les conditions de prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques chroniques et aigus, en favorisant l'accès au parcours coordonné incluant le rétablissement psychosocial de la personne.

La priorisation des pistes de travail identifiées en thématiques, plans d'actions et fiches-actions sera à réaliser.

La feuille de route comprend les plans d'actions, les pilotes d'action responsables de la mise en œuvre, les fiches actions dédiées, les objectifs poursuivis, les ressources jugées nécessaires à leur réalisation ainsi que le calendrier de mise en œuvre et les indicateurs propres à une évaluation.

- La mise en œuvre de la feuille de route

Un pilote sera désigné pour chaque action de la feuille de route. Il veillera à sa mise en œuvre au niveau du territoire.

Les actions définies par le PTSM feront l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions. Le contrat définira les conditions de mise en œuvre de la feuille de route avec le cas échéant les moyens alloués par l'ARS. Il en fixera également les conditions d'évaluation.

L'ARS veillera à la bonne avancée des travaux ainsi qu'à leur cohérence en réunissant périodiquement les pilotes d'actions et les acteurs concernés.

A chaque étape de la démarche, un partage d'expérience entre les trois territoires retenus aura lieu sous la forme de réunions organisées par l'ARS. Elles réuniront les « ambassadeurs », les référents territoriaux de l'ARS et l'équipe projet ARS.

La déclinaison de la démarche PTSM

La démarche s'appuie sur la mise en place de groupes de travail et d'un comité de pilotage territorial (COPIL).

Les groupes de travail, organisés par portes d'entrée du parcours de vie des personnes proposées dans la méthodologie de l'ANAP, travaillent sur le diagnostic territorial partagé, dégagent des thématiques et alimentent la feuille de route.

Il est conseillé de tenir 3 réunions par thématique :

- repérage des dysfonctionnements ;
- analyse des causes ;
- pistes de travail.

Le Comité de Pilotage territorial (COPIL) définit la stratégie et valide les productions à l'issue de chaque cycle de réunion des groupes de travail. Il valide la feuille de route et désigne les pilotes d'action.

Le COPIL comprend, les personnes ayant été formées à la méthodologie ANAP ainsi que les représentants des structures/institutions pertinentes et nécessaires pour le bon développement de la démarche.

Sa composition peut évoluer et intégrer des acteurs institutionnels ou de terrain intéressés par la démarche et participant à la construction du parcours transversal en santé mentale. L'ARS y est représentée et pourra mobiliser une personne qualifiée pour appuyer les travaux autant que de besoin.

Les comptes rendus des groupes de travail et du COPIL seront régulièrement transmis aux acteurs participant à ces travaux.

Durée du PTSM

La démarche PTSM, mise en œuvre à partir de janvier 2018 aboutira à une feuille de route d'ici fin juin 2018.

Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le Directeur Général de l'agence régionale de santé pour une durée de 5 ans, après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé.

La feuille de route sera rendue effective par la signature du contrat territorial de santé mentale qui pourra intervenir au cours du quatrième trimestre 2018.

Les modalités d'évaluation de la mise en œuvre de la feuille de route seront définies dans le contrat territorial de santé mentale.

Vous veillerez à la cohérence entre la démarche PTSM et :

- le projet régional de santé ;
- les projets territoriaux tels que les projets médicaux et de soins partagés des groupements hospitaliers de territoire ;
- les projets des équipes de soins primaires des communautés professionnelles territoriales de santé ;
- les plates-formes territoriales d'appui.

La démarche PTSM constitue un véritable levier pour améliorer sensiblement le parcours des personnes atteintes de troubles psychiques.

La santé mentale est une priorité de l'ARS Grand Est et vous pouvez compter sur l'appui de mes équipes pour vous apporter le soutien nécessaire dans votre démarche.

Je serai particulièrement attentif aux travaux d'élaboration de ce PTSM et vous remercie par avance de votre implication.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé,
Grand Est
Et par délégation Christophe LANNELONGUE
La Directrice Générale Déléguée Ouest,

Muriel VIDALENC

Copie : DD ARS 51,
DGD Ouest
DOS
DISTRAT

Agence Régionale de Santé Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine
Siège régional : 3 boulevard Joffre - CS 80071 - 54036 NANCY CEDEX - Standard régional : 03 83 39 30 30

4/4

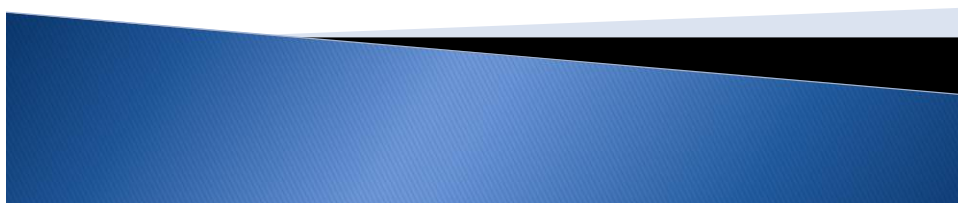
Annexe II - Lexique

- **ACS** : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
- **AME**: Aide Médicale de l'Etat
- **ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance
- **ARS** : Agence Régional de Santé
- **CADA**: Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
- **CATTP**: Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- **CLS** : Contrat Local de Santé
- **CLSM**: Conseils Locaux de Santé Mentale
- **CMP**: Centre Médico-Psychologique
- **CMUC**: Couverture Maladie Universelle Complémentaire
- **CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- **CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- **DMAH**: Durée Moyenne Annuelle d'Hospitalisation
- **EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- **ES**: Etablissements de santé
- **ESAT**: Etablissement et Service d'Aide par le Travail
- **ESPICS**: Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
- **ETP**: Equivalent Temps Plein
- **FAM**: Foyer d'Accueil Médicalisé
- **GEM**: Groupement d'Entraide Mutuelle
- **GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire
- **MAS**: Maison d'Accueil Spécialisé
- **PCPE** : Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées
- **PH**: Personne Handicapée
- **PRS** : Projet Régional de Santé
- **PTA** : Plateformes Territoriales d'Appui
- **PTSM** : Projet Territorial de Santé Mentale
- **RAPT** : Réponse Accompagnée Pour Tous
- **RG** : Régime général
- **SAMSAH**: Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
- **SAVS**: Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
- **SISM**: Semaines d'Information sur la Santé Mentale
- **TED**: Trouble Envahissant du Développement
- **TMS**: Trouble Musculo-Squelettique

**Annexe III – Enquête du Département de Promotion en Santé Mentale et de
Prévention du CPN**

Place de la Santé Mentale en Médecine Générale

Restitution des résultats généraux Meurthe-et-Moselle sud



Rappels

Démarche du COPIL DPSMP

- Recueil des points de vue et besoins des partenaires dont les médecins généralistes
- « **Aller vers** » : développer le partenariat afin d'améliorer tout ce qui pourrait l'être au bénéfice des patients, familles, usagers, citoyens et autres partenaires.

« **Aller vers... les Médecins Généralistes** »

« Le médecin généraliste occupe un rôle déterminant dans l'accès et la continuité des soins :

- par sa proximité,
- par son accessibilité non stigmatisante » => facteur important en santé mentale

Objectifs

Connaitre leurs préoccupations, mieux comprendre leurs pratiques en lien avec les troubles mentaux, et leurs attentes vis-à-vis des acteurs de la santé mentale.

Recevoir leurs suggestions afin de parfaire notre collaboration avec eux.



Rappels

- 2016 : Proposition au COPIL de s'inscrire dans le cadre de la recherche nationale initiée par le Centre collaborateur de l'OMS – EPSM Lille Métropole, pilotée par le CH La Chartreuse de Dijon.

Cette recherche nationale a été effectuée dès 2012 sur plus de 100 secteurs de psychiatrie.

- Méthodologie identique à celle de l'enquête menée au niveau national

- Traitement des données : par la même équipe que l'enquête nationale (CH de La Chartreuse)

- Envoi du questionnaire à l'ensemble des MG du territoire couvert par le CPN, codage par secteur :

- Juin 2017 : envoi des questionnaires avec courrier d'accompagnement signé par M. LANNELONGUE, le Dr MILLERET (responsable de l'enquête) et le Dr ROELANDT (Directeur du CCOMS)

- Fin juin 2017 : courrier de rappel



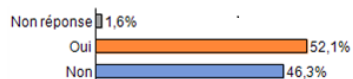
Réponses au questionnaire

Pôle	Secteur	Nbr de médecins	Nbr de retours	Taux de réponses
PGN	54G01	150	36	24.0
	54G04	83	26	31.3
	54G05	67	19	28.35
PAM	54G02	61	21	34.4
TOUL	54G06	69	28	40.5
LUNEVILLE	54G03	76	26	34.2
SND	54G07	97	35	36.1
	TOTAL	603	191	31.67



Présentation des résultats globaux

Pensez-vous que l'offre de soins en psychiatrie a évolué ces dernières années ?



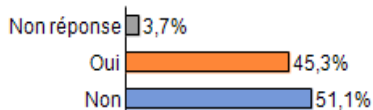
Pensez-vous que le regard de votre patientèle sur la psychiatrie a changé/évolué ces dernières années ?



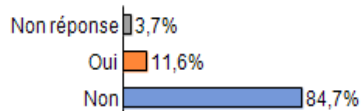
Considérez-vous l'offre de soins en santé mentale :
suffisante / adaptée ?

Système de psychiatrie privé

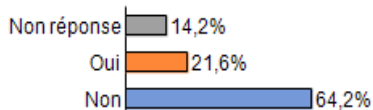
Prise en charge ambulatoire adaptée



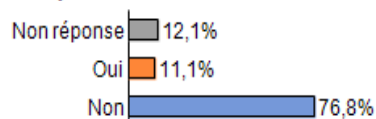
Système de psychiatrie privée : Prise en charge ambulatoire suffisante



Système de psychiatrie privé : Hospitalisation adaptée



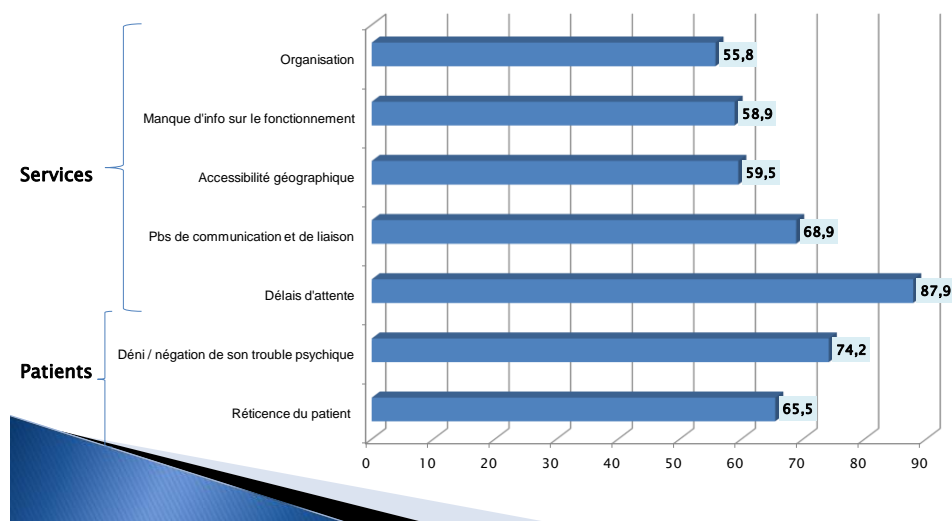
Système de psychiatrie privé : Hospitalisation suffisante



Rencontrez-vous des difficultés pour orienter un patient vers une PEC en santé mentale ?

• 87,9% déclarent rencontrer des difficultés pour orienter un patient vers une PEC en santé mentale.

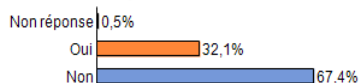
• Les raisons invoquées :



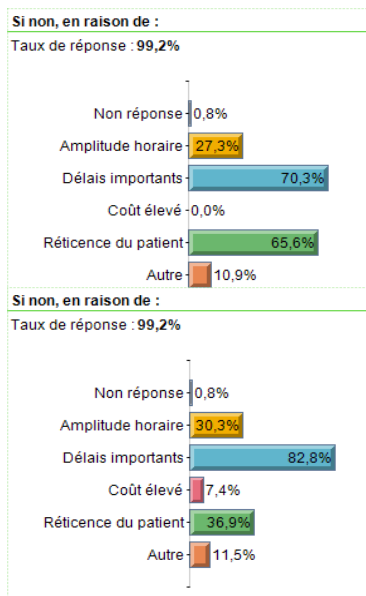
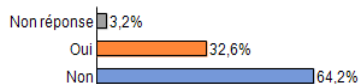
Vous est-il facile d'orienter un patient...

Vers un service de psychiatrie publique ou assimilé ?

Service de psychiatrie publique ou assimilé : Hospitalier



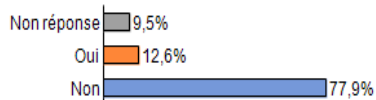
Service de santé publique ou assimilé : Ambulatoire



Vous est-il facile d'orienter un patient...

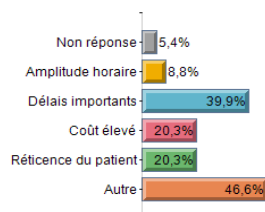
Vers un service de psychiatrie privée

Service de psychiatrie privée : Clinique

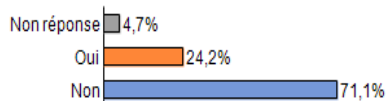


Si non, en raison de :

Taux de réponse : 94,6%

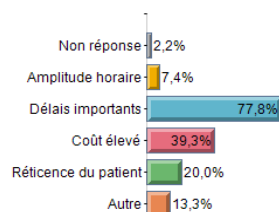


Service de psychiatrie privée : Cabinet



Si non, en raison de :

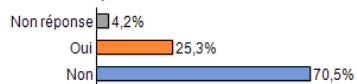
Taux de réponse : 97,8%



Vous est-il facile d'orienter un patient...

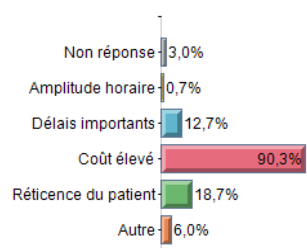
Vers un service de psychiatrie privée

Cabinet de psychothérapie privé (non remboursé)

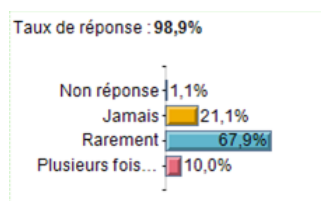


Si non, en raison de :

Taux de réponse : 97,0%



Vous arrive-t-il de donner un avis médical dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement ?



Enquête nationale : procédure de soin sans consentement en psychiatrie est perçue comme nécessaire mais reste fastidieuse.

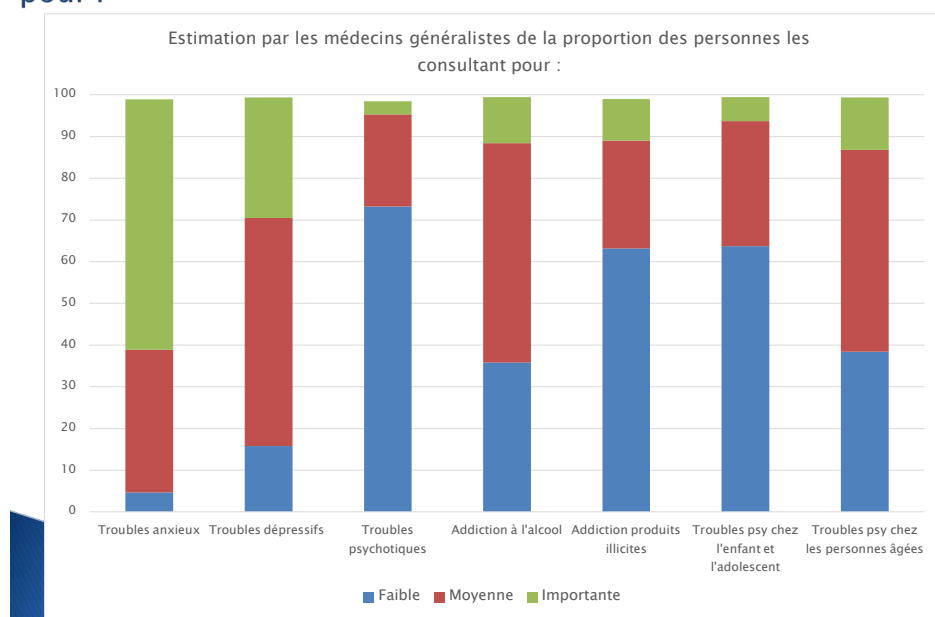


Si vous orientez un patient vers un service de santé mentale, seriez-vous d'accord pour qu'une première rencontre se fasse :

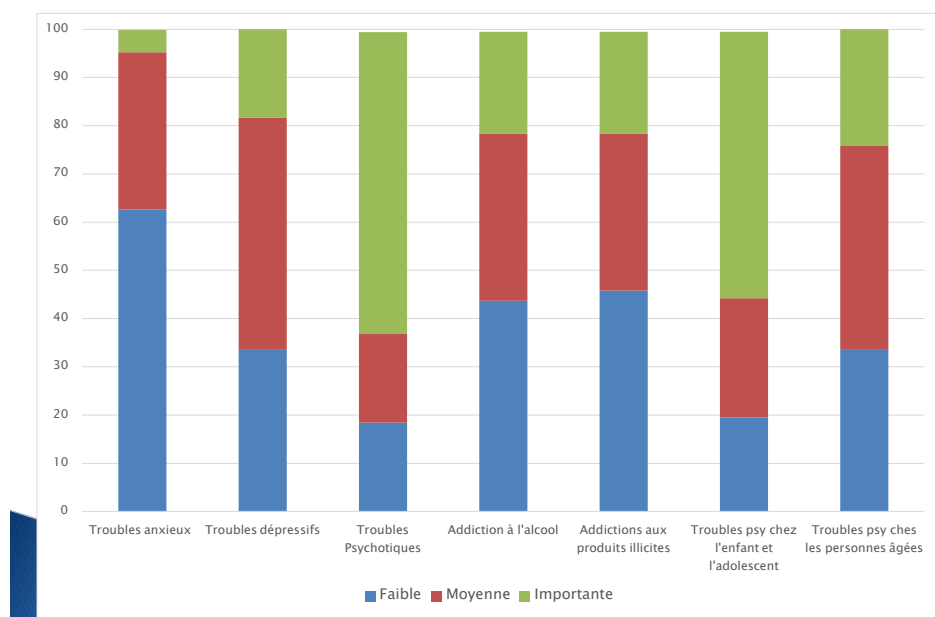
- Avec un psychologue : oui à 87,9 %
- Avec un infirmier : oui à 84,7 %
- Avec un travailleur social : oui à 61,6 %



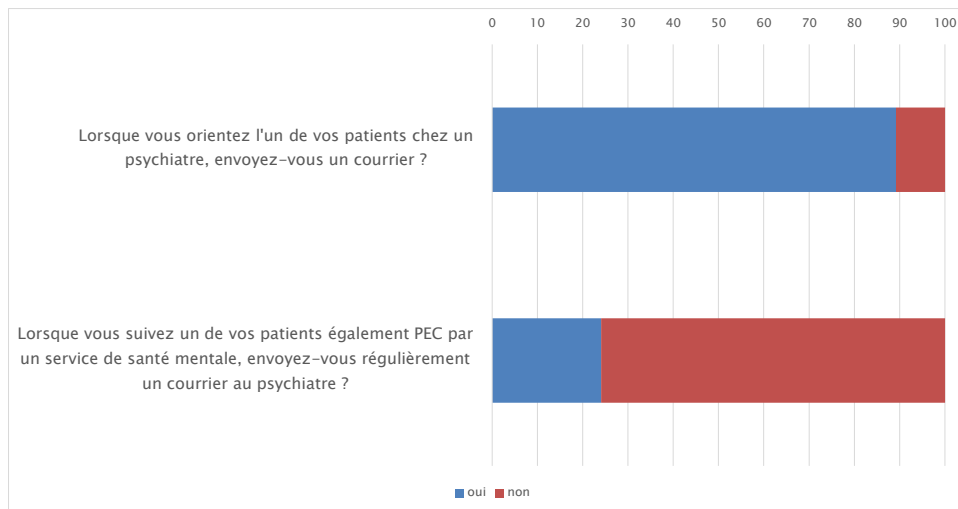
Au sein de votre patientèle, au cours du dernier mois, à combien estimez-vous la proportion de personnes qui vous consultent pour :



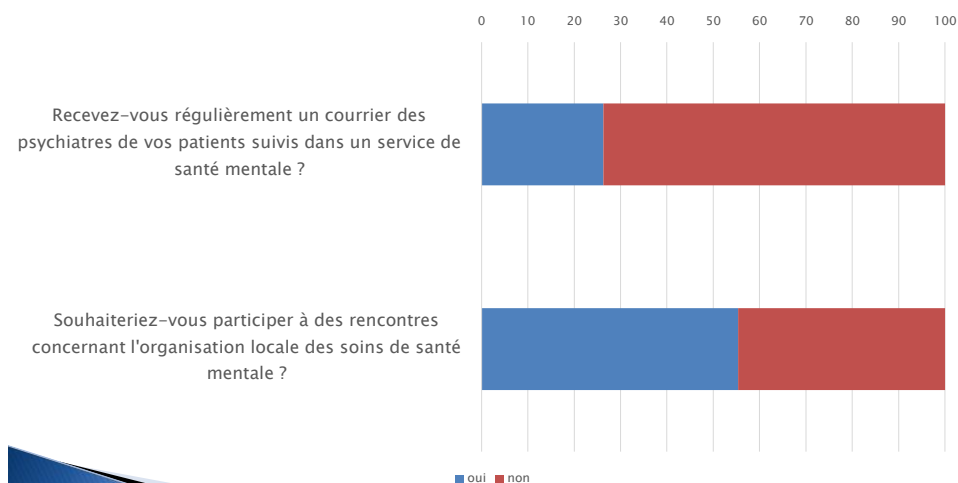
Parmi ces patients, quelle est la proportion de personnes que vous orientez vers une PEC en santé mentale ?



Les modalités de liaison avec les services de santé mentale



Les modalités de liaison avec les services de santé mentale



Annexe IV- Groupes de travail-Elaboration de la feuille de route

DATES 2018 au CPN	10 oct de 14 h à 16 h	9 oct de 14 h à 16 h	19 oct de 14 h à 16 h	11 oct de 10 h à 12 h	8 oct de 12 h à 14 h (plateaux repas)
	23 nov de 10 h à 12 h	21 nov de 14 h à 16 h	14 nov de 10 h à 12 h	19 nov de 10 h à 12 h	20 nov de 14 h à 16 h
	5 déc de 14 h à 16 h	4 déc 14 h à 16 h	5 déc de 16 h à 18 h	3 déc de 10 h à 12 h	6 déc de 10 h à 12 h
PILOTES	Mme DURANG M. SCHNEIDER	Mme CREUSAT COMMENVILLE M. SCHNEIDER	Mme PRECHEUR M. MANGEONJEAN	Mme DURANG Mme PRECHEUR	Mme CREUSAT COMMENVILLE M. MANGEONJEAN
PARTENAIRES PTSM	Rendre plus lisible l'offre en santé mentale pour les professionnels et les citoyens	Améliorer la coordination et la coopération des acteurs	Mettre en œuvre un plan de formation territorial	Promouvoir des actions de prévention	Promouvoir des projets innovants
ADMR			X		
ADOMA		X			
AEIM	X				X
AMILOR		X			
APAMSP				X	X
ARELOR	X				
Ars		X			
ARS GE	X				
ASSOCIATION ENSEMBLE		X			
ASSURANCE MALADIE	X			X	
CAPs		X	X		X
CH BRIEY				X	X
CH LUNEVILLE			X		
CH MONT SAINT MARTIN		X			X
CH PONT A MOUSSON		X			
CH TOUL		X			X
CHRU	X				
CLSM LUNEVILLOIS		X			
CMPP			X	X	
CONSEIL DEPARTEMENTAL 54 ASE				X	
CONSEIL DEPARTEMENTAL 54 PA PH	X				
CONSEIL REGIONAL GRAND EST			X		
CPN	X			X	X
CREPSI ALSACE	X				
CSAPA				X	X
CTS - Mme MOLON		X			
DDCS		X			
DDSP 54 (POLICE)				X	
DSDEN				X	
DT PJJ 54 - 55 - 88				X	
ESPOIR 54				X	
FONDATION SAINT-CHARLES			X		X
FRANCE DEPRESSION LORRAINE	X				
GGD 54 (GENDARMERIE)				X	
HANDI 54 (CAP EMPLOI SAMETH RHESO)			X		X
JB THIERY		X			
JUSTICE ADMINISTRATION PENITENTIAIRE M. HEYMELOT			X		
MAISON DES ADOLESCENTS OHS				X	
MDPH 54	X				
METROPOLE COMMUNE DE VILLERS-LES-NANCY	X				
METROPOLE COMMUNE D'ESSEY-LES-NANCY	X				
METROPOLE GRAND NANCY		X			
MSP TOMBLAINE			X		
MSRL		X			
OHS			X		X
PHARMACIE VANDOEUVRE NATIONS				X	
REALISE (ITEP et SESSAD)				X	
RESEAU GERARD CUNY	X		X		
SDIS MEURTHE-ET-MOSELLE				X	
SIAO 54		X			
SLH		X			
SOS MEDECINS 54		X		X	
SUMPPS				X	
TERRITOIRE TERRES DE LORRAINE					X
UNAFAM			X		
UNION ET SOLIDARITE		X			
URPS	X		X		
UTML (Mandataire Judiciaire)		X			
	14	19	13	18	12