

**Evaluation
de politique de santé**

**EVALUATION DE LA POLITIQUE
REGIONALE EN FAVEUR DE LA
QUALITE DE VIE DES PERSONNES
VIVANT AVEC UN TROUBLE OU UN
HANDICAP PSYCHIQUE**

**EVALUATION INTERMEDIAIRE DU PROJET REGIONAL
DE SANTE DES PAYS DE LA LOIRE 2012-2016**

ANNEXES

Dr Jean-Paul BOULE

Xavier BRUN

**Direction de l'Efficienc e de l'Offre
Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs**

SEPTEMBRE 2016

SOMMAIRE

- Annexe 1 : Cahier des charges de l'évaluation	page 3
- Annexe 2 : Note de cadrage de l'évaluation	page 13
- Analyse des études réalisées	
○ Annexe 3 : Auprès des médecins généralistes.....	page 34
○ Annexe 4 : Auprès des psychiatres libéraux.....	page 60
○ Annexe 5 : Auprès des psychologues libéraux.....	page 74
○ Annexe 6 : Auprès des établissements de santé autorisés en psychiatrie	page 90
○ Annexe 7 : Auprès des établissements de santé autorisés en activité d'urgence.....	page 119
○ Annexe 8 : Auprès des gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux handicap.....	page 130
- Annexe 9 : Déclinaison de la santé mentale au sein du PRS.....	page 144
- Annexe 10 : Objectifs des feuilles de route « psychiatrie et santé mentale » et territoriales de l'ARS de 2012 à 2015.....	page 159
- Annexe 11 : Synthèse des rapports annuels d'activités de l'ARS concernant la psychiatrie et la santé mentale.....	page 169
- Annexe 12 : Recommandation concernant la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence en psychiatrie de la CRSA.....	page 179
- Annexe 13 : Sources documentaires.....	page 188

Version finale

19 mars 2015

**Evaluation populationnelle intermédiaire du Projet Régional de Santé
« Qualité de vie des personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique »**

Cahier des Charges

Sommaire

- Contexte
- Champ de l'évaluation
- Finalités
- Questions évaluatives
- Critères généraux de jugement
- Documents de référence
- Eléments méthodologiques
- Gouvernance et conduite du projet
- Calendrier
- Budget
- Livrable attendu
- Politique de communication

1. CONTEXTE

Les pathologies relevant de la psychiatrie arrivent en France au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardio-vasculaires. Une personne sur quatre est susceptible de développer au cours de sa vie un trouble de santé mentale¹.

Selon l'OMS, la santé mentale est un état de bien être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté. Il s'agit donc d'une acceptation large qui prône une approche globale de la personne dans son milieu de vie. Elle passe ainsi sous silence tout aspect médical pour souligner les facteurs et les conséquences sociales de la santé mentale.

La Direction Générale de la Santé a estimé qu'environ 30% de la patientèle des médecins généralistes souffrait de troubles psychiatriques ou relatifs à leur santé mentale.

Les maladies psychiatriques recouvrent des pathologies très hétérogènes, notamment la schizophrénie (environ 1% de la population française souffre de troubles schizophréniques), les conduites suicidaires ou les troubles du comportement.

Face à la forte prévalence des maladies mentales et des troubles psychiatriques et à ses conséquences en termes sanitaires mais aussi économiques et sociaux, la santé mentale constitue depuis de nombreuses années une préoccupation majeure des pouvoirs publics. En témoignent l'élaboration de plans nationaux spécifiques et la production de nombreux rapports sur le sujet.

Un premier plan national psychiatrie et santé mentale 2005-2008 a été élaboré, suivi d'un second pour la période 2011-2015.

Quatre axes ont été définis dans ce deuxième plan afin de prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne, pour mieux vivre avec des troubles psychiques :

- en permettant à toute personne aux différents âges de la vie d'accéder à la prévention, aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, de façon adaptée à ses besoins et à ceux de ses aidants
- en garantissant selon les publics et les territoires l'égalité d'accès à des soins de qualité et à un accompagnement social et médico-social
- en renforçant le dialogue entre la psychiatrie et la société
- en renforçant le développement des savoirs, leur diffusion, leur transmission

Quatre objectifs de ce plan sont plus particulièrement toujours d'actualité au vu des difficultés constatées persistantes :

- Un diagnostic plus précoce des pathologies mentales
- Une prise en charge plus homogène des patients sur tout le territoire
- Une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale de l'ensemble des acteurs
- Une plus grande intégration des malades dans la société, notamment par l'intermédiaire du logement

Par ailleurs, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a reconnu l'existence du handicap psychique. Les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent relever pour leur insertion sociale des dispositifs ouverts aux personnes handicapées.

Parmi les nombreux rapports et études publiés depuis 2000, il convient de citer notamment le rapport Piel et Roelandt (2001), le rapport de la Mission nationale d'appui en santé mentale (2005), le rapport Couty (2009), le rapport d'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 du HCSP

¹ Rapport d'information de l'Assemblée Nationale, présenté par Denys Robiliard, 2013

(2011), le rapport de la Cour des Comptes (2011), le livre blanc de la psychiatrie française (2012), le rapport d'information du Sénat présenté par M. Milon (2012), le rapport d'information de l'Assemblée Nationale présenté par M. Robiliard (2013), l'étude de l'Institut Montaigne (2014)...

Cette multiplicité de rapports et d'études, ainsi que l'absence en général de prise en compte de leurs recommandations, interrogent sur la pertinence et/ou les conditions de mise en œuvre des changements préconisés dans ces documents en matière d'organisation de la psychiatrie et de la prise en charge des troubles mentaux.

Le rapport de la cour des Comptes présente d'ailleurs un tableau comparatif des propositions faites par les différents rapports et relève leur grande convergence. Le diagnostic est posé et pourtant presque aucune des décisions préconisées n'a été prise.

Des problèmes majeurs ressortent particulièrement de ces travaux :

- L'absence de connaissances exactes tant sur la prévalence des troubles que sur l'activité des équipes et des structures ;
- Le cloisonnement persistant des soins à toutes les étapes de la prise en charge et spécialement entre psychiatrie et médecine générale, mais aussi entre psychiatrie et secteur social et médico-social ;
- Le poids excessif de l'hospitalisation complète au détriment des prises en charge ambulatoires ;
- Enfin l'absence de politique d'innovation et d'amélioration des soins.

La prise en charge psychiatrique française, a été refondée en 1960 avec la création des secteurs sur des principes et des valeurs qui conservent toute leur acuité (proximité, continuité et cohérence des soins, prévention, réinsertion, non stigmatisation). Cependant, le constat est fait que le fonctionnement actuel de la psychiatrie, pourtant pionnière en matière de prise en charge globale du patient, répond mal sur le terrain aux défis posés par la loi HPST, définis par la stratégie nationale de santé et discutés dans le projet de loi de santé, telle la nécessité de penser et d'organiser la prise en charge des patients en termes de parcours coordonnés sur un territoire de proximité.

Ce rapide panorama des objectifs et des constats nationaux peut être retrouvé au niveau régional, les changements préconisés dans les rapports et études peinant à se réaliser.

2. CHAMP DE L'EVALUATION

La présente évaluation a pour objet la politique menée par l'Agence Régionale de Santé en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique.

Les mesures en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique n'ont pas été regroupées sous forme de plan et ne constituent pas formellement une partie du projet régional de santé (hormis le chapitre spécifique aux autorisations en psychiatrie figurant dans le SROS).

Parmi les principaux constats liés à la psychiatrie dans le chapitre « orientation stratégiques » du PRS, il convient de relever :

- L'incidence des suicides parmi les principaux problèmes de santé en Pays de Loire ;
- Des difficultés d'orientation des patients en souffrance psychique lors d'une crise inaugurale ou lors d'une rechute ;
- Le manque de lisibilité du système de santé ;
- Des délais d'attente trop longs pour accéder à une consultation en santé mentale ;
- L'intérêt des équipes mobiles de psychiatrie, qui suivent les personnes vivant avec un handicap psychique permettent d'aller vers les populations les plus éloignées du soin (lutte pour diminuer les inégalités de santé).

Le PRS, construit sur un principe de transversalité, comporte dans les schémas et les programmes, des objectifs qui s'adressent le plus souvent à la population générale et à l'ensemble des patients, incluant ce public et ses spécificités. Ainsi, il est fait mention, plus ou moins explicitement, à cette population tout au long du PRS. Le bien être mental et le risque de suicide sont affirmés en tant que priorité régionale.

La politique régionale en santé mentale repose principalement sur les axes suivants transversaux :

- prévention et autonomisation du patient,
- importance des filières d'offre graduée de soins,
- accès direct et rapide à un avis spécialisé en psychiatrie, tout particulièrement pour un patient en crise
- coordination des acteurs autour de la personne pour des parcours efficaces,
- mobilisation pour réduire les inégalités.

Ces différents aspects devront être plus particulièrement traités dans le cadre de ce travail.

Un comité thématique au sein de l'ARS en date du 29 octobre 2012 a précisé les thématiques de travail à privilégier :

- les urgences psychiatriques
- le recours à l'expertise en maison de santé pluri professionnelle
- la conversion sanitaire
- l'évolution et le renforcement des équipes mobiles
- la mise en œuvre d'un dispositif expérimental de soins à domicile de particulière intensité
- la rénovation de la gouvernance aux niveaux régional et territorial

La mise en œuvre opérationnelle de la politique de santé mentale de l'ARS est déclinée depuis ce comité thématique de 2012 dans des feuilles de route annuelles élaborées par le groupe projet « qualité de vie des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ». Parmi les projets mis en place, il convient de citer notamment le développement de commissions en santé mentale par territoire de santé, la mise en œuvre du Centre régional Ressource pour le Handicap Psychique (CReHPsy), les opérations de conversion sanitaire, l'expérimentation de dispositifs de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile, le développement des groupes d'entraide mutuelle (GEM), la mise en place de consultations avancées en maison de santé pluri professionnelle, les différentes actions de prévention du suicide, l'organisation de filières pluri professionnelles sur certains territoires.

L'essentiel des travaux d'évaluation sera consacré aux problématiques des populations âgées de 16 ans et plus (psychiatrie générale). L'articulation avec la pédo-psychiatrie sera cependant étudiée. La maladie d'Alzheimer et les autres démences, l'autisme et les autres troubles envahissants du développement sont exclus du champ de cette évaluation.

Dans le cadre fixé par les questions évaluatives ci-après, les dimensions et définitions suivantes devront être prises en compte :

- La qualité de vie : si l'état de santé des personnes en constitue l'un des déterminants essentiels et en influence très fortement toutes les dimensions, la prise en compte de la qualité de vie permet de dépasser le modèle biomédical de prise en charge ; pour apprécier la qualité de vie des personnes concernées, outre l'état de santé, doivent également être pris en compte l'insertion et l'intégration de ces personnes dans la cité, que ce soit dans leur milieu de vie (logement...), au travail ou dans le champ culturel et sportif, ainsi que le lien des personnes avec leurs aidants.
- Les troubles psychiques regroupent les pathologies mentales ou psychiatriques, plus ou moins sévères, de durée variable et pouvant entraîner une situation de handicap psychique.

- Le handicap psychique correspond aux conséquences de pathologies mentales ou psychiatriques, et plus spécifiquement recouvre des troubles du comportement, de la pensée, des émotions entraînant des difficultés à s'adapter à la vie sociale.
- Les personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique seront considérées comme des patients chroniques faisant régulièrement appel au système de soins ou au secteur médico-social avec un handicap reconnu par une MDPH le cas échéant.

3. FINALITES

Le projet régional de santé (PRS) 2012-2016 des Pays de la Loire, entré en application depuis le 9 mars 2012, prévoit l'évaluation de ses résultats et de son impact, à travers ses trois orientations stratégiques : la personne au cœur des préoccupations du système de santé, la proximité organisée et la maîtrise des risques concernant la santé des populations.

Avant que ne soit réalisée son évaluation finale, le PRS a programmé, en cours de déploiement, six évaluations intermédiaires, dont celle relative à la qualité de vie des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique. Cette évaluation vise donc à ajuster la stratégie régionale de l'ARS sur cette problématique.

Elle vise également à nourrir les débats de la démocratie sanitaire en région et à préparer l'évaluation finale du PRS qui, prévue en 2016-2017, devra répondre aux questions évaluatives suivantes :

- le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ?
- les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à l'atteinte des objectifs ?
- le PRS a-t-il été un outil de mobilisation des acteurs en Pays de la Loire autour des enjeux et des objectifs ?
- le PRS a-t-il produit les résultats attendus en termes de changement de l'organisation du système de santé et des modalités d'action sur les déterminants de santé en Pays de la Loire, au regard des moyens déployés et des actions mises en œuvre ?
- quel a été l'impact du PRS sur l'état de santé de la population ligérienne, sur la qualité des réponses en santé et sur la perception du fonctionnement du système de santé par la population ?

Au-delà des questions spécifiques détaillées plus loin, cette évaluation capitalisera des connaissances en vue de l'évaluation finale du PRS.

4. QUESTIONS EVALUATIVES

La présente évaluation intervient après trois ans de mise en œuvre du PRS, ce qui ne permettra pas de disposer d'une vision globale des impacts de cette politique. Pour autant, l'étude des réalisations déjà menées dans ce domaine et de leurs premiers résultats devrait permettre de répondre aux questions évaluatives suivantes.

1. **La mise en œuvre du PRS a-t-elle fait évoluer l'offre de soins et d'accompagnement en faveur de la fluidité des parcours de santé des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ?**

1.1 Dans quelle mesure les obstacles à une bonne fluidité des parcours de santé des personnes ont-ils été identifiés par l'ARS et donné lieu à des mesures correctrices ?

Pourront notamment être étudiés le développement des soins ambulatoires en alternative à l'hospitalisation complète, le développement de filières territoriales intégrant l'ensemble de l'offre ambulatoire, la mutualisation intersectorielle de dispositifs comme des CMP, le rôle des équipes de liaison, les projets de conversion sanitaire en places médico-sociales et la place de la prévention à côté des soins.

Il sera porté une attention particulière à l'articulation :

- *entre acteurs de la psychiatrie, incluant l'articulation entre pédo-psychiatrie et psychiatrie adulte,*
- *entre les acteurs de la psychiatrie et les acteurs sociaux/médico-sociaux interagissant dans les milieux de vie des personnes (ex : MDPH, EHPAD, établissements pour personnes handicapées, SAMSAH et SAVS).*

1.2 Comment l'évolution de l'offre de soins et d'accompagnement ainsi que des pratiques professionnelles a-t-elle été rendue visible et lisible auprès de la population générale et des professionnels de santé, du social et du médico-social ?

Pourront notamment être étudiées les actions d'informations à destination du public ainsi que la diffusion et la transmission des connaissances et des savoirs entre professionnels de santé et du social, autour des modalités d'innovations et de réalisations en matière de prise en charge en région.

2. Les actions déployées par l'ARS ont-elles permis d'améliorer l'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques ?

Pourront notamment être étudiés les dispositifs de réponse aux urgences psychiatriques mis en place par l'ARS avec l'ensemble des partenaires concernés, les modalités d'intervention suite à un signalement et le partage des définitions de l'urgence psychiatrique, l'organisation des services d'urgence hospitaliers, l'organisation de filières lisibles et l'accès pour les professionnels du premier recours à un avis spécialisé en psychiatrie.

3. Dans quelle mesure la mise en œuvre du PRS a-t-elle permis de mieux insérer les personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique dans la cité ?

3.1 L'ARS a-t-elle pu développer une politique de développement des groupes d'entraide mutuelle (GEM) harmonisée et intégrée sur l'ensemble du territoire régional ?

Pourront notamment être étudiés la couverture effective des GEM, les relations des GEM entre eux et avec leur environnement ainsi que leur impact sur l'autonomisation de leurs adhérents dans le cadre des parcours de santé de ces derniers.

3.2 Dans quelle mesure l'ARS a-t-elle pu mobiliser différents leviers d'actions visant à mieux insérer les personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique dans la cité ?

Pourront notamment être étudiés en tant que leviers d'action les commissions de coordination des politiques publiques, les conseils départementaux de santé mentale ou équivalents, les contrats locaux de santé et les conseils locaux en santé mentale, ainsi que les services à domicile.

La problématique du logement, en lien avec l'aide à la vie à domicile, sera plus particulièrement ciblée en tant que facteur de fluidité des parcours de vie. Les leviers juridiques impliquant les tutelles pourront également être abordés. La question de la stigmatisation des personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique sera soulevée lors des investigations.

4. Quelles réponses l'ARS a-t-elle mis en œuvre pour réduire les inégalités territoriales inter et infra départementales en matière de prise en charge et d'accompagnement des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ?

4.1 Dans quelle mesure les équipes mobiles en psychiatrie, existantes ou créées, ont-elles contribué à la réduction des inégalités territoriales, dans une stratégie coordonnée de l'organisation de l'offre de soins et d'accompagnement ?

Pourront notamment être étudiées les modalités de déploiement et de fonctionnement des équipes mobiles en géro-psycho-geriatrie, en urgence, en précarité, en soins intensifs à domicile et leur intégration dans les politiques sectorielles ou intersectorielles de la psychiatrie. Leur plus-value sera plus particulièrement analysée.

4.2 Comment la médecine de premier recours en cours de restructuration est-elle organisée pour prendre en charge en proximité les personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ?

Pourront notamment être étudiées les conditions de repérage et de diagnostic précoce par la médecine générale en population générale et auprès de publics cibles, les relations entre la psychiatrie (en particulier le secteur) et la médecine générale ainsi que la prise en compte de la santé mentale dans les maisons de santé pluri professionnelles.

5. CRITERES GENERAUX DE JUGEMENT

Si l'impact des actions menées dans le cadre du PRS ne sera pas évaluable à cette échéance, la cohérence entre les objectifs décrits dans le PRS et les actions et ressources mises en œuvre sera étudiée et l'évaluation devra documenter les premières réalisations et les premiers résultats des actions déployées par l'ARS, pour en mesurer leur efficacité. La pertinence de certains objectifs (stratégiques, opérationnels) de la politique régionale pourra aussi être interrogée.

6. DOCUMENTS DE REFERENCE

Le document de planification sur lequel appuyer cette évaluation de politique est le Projet Régional de Santé (PRS). Afin de cibler les investigations sur des réalisations déjà effectives, il conviendra de se référer à titre principal, aux documents suivants ainsi qu'à leurs différents bilans :

- Feuilles de route des directions métier (2012 à 2015)
- Feuilles de route territoriales (2012 à 2015) ;
- Feuilles de route relatives à la qualité de vie des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique (2012 à 2015) ;
- Feuilles de route relatives à la promotion de la santé et à la prévention (2012 à 2015).

Deux évaluations antérieures pourront être utilement consultables : évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide (juin 2012) et évaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires (janvier 2014). La démarche régionale de benchmark sur l'optimisation des consultations en CMP réalisée en 2014 pourra également être utilement mobilisée pour les travaux d'évaluation.

7. ELEMENTS METHODOLOGIQUES

Cette démarche devra avoir une dimension participative importante, en prenant soin de la participation, à toutes les étapes de l'évaluation, des associations et des publics concernés par le sujet. L'évaluation aura nécessairement une dimension interinstitutionnelle.

Dans une logique de croisements des points de vue, l'évaluation devra mobiliser une pluralité de sources pour répondre aux différentes questions évaluatives.

Parmi les investigations, il est envisagé que soient réalisés :

- 5 entretiens de cadrage avec des professionnels de la psychiatrie (publique et libérale), du champ médico-social (sur le handicap psychique) et des représentants d'utilisateurs (santé mentale, handicap psychique)
- Environ 15 entretiens en interne au sein de l'ARS (directions métiers et délégations territoriales), dont 2 de cadrage (soins, handicap)
- Des enquêtes écrites auprès :
 - o des établissements de santé, publics et privés, gérant des secteurs ou des services de psychiatrie
 - o des établissements de santé disposant de services d'urgence
 - o d'établissements et services médico-sociaux et sociaux
 - o de médecins généralistes
 - o de psychiatres et psychologues libéraux
 - o des GEM (ciblant à la fois les associations et les adhérents)
- Des entretiens, individuels ou collectifs (40 maximum), avec les partenaires de la psychiatrie et de l'ARS :
 - o Institutions et autres organismes : services de l'Etat, collectivités territoriales et organismes rattachés (bailleurs sociaux, ...), Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP)
 - o Acteurs en psychiatrie, publique et libérale, sur 3 secteurs de psychiatrie présentant des caractéristiques différentes (urbain, semi-urbain, rural), avec ou sans conseil local de santé mentale
 - o Acteurs d'urgence : collégiale des urgences notamment
 - o Représentants de professionnels de santé non spécialisés en psychiatrie : médecins, IDE, pharmaciens notamment
 - o Représentants du champ social et médico-social : URIOPSS, FNARS, MDPH, organismes tutélaires, représentants de l'aide à domicile...
 - o Acteurs de prévention (éducateurs, travailleurs sociaux...)
 - o Représentants des usagers et des aidants (santé mentale, handicap psychique, pairs aidants)
- Une évaluation spécifique relative au développement des équipes mobiles en psychiatrie, en réponse à la sous-question évaluative 4.1

Une analyse documentaire s'appuyant notamment sur les documents de référence ci-dessus complètera les réponses obtenues par les investigations spécifiques.

Les travaux d'évaluation s'inscrivent dans le cadre des principes de la charte de l'évaluation adoptée par la Société française d'Evaluation (SFE), à laquelle l'ARS des Pays de la Loire est adhérente. L'équipe d'évaluation s'engage notamment à respecter les règles de discrétion professionnelle en vigueur, notamment en ce qui concerne le secret des entretiens réalisés.

8. GOUVERNANCE ET CONDUITE DU PROJET

Le commanditaire de l'évaluation est la Directrice Générale de l'ARS des Pays de la Loire.

Pour mener à bien cette évaluation, un Comité de Pilotage (COPIL) est spécifiquement constitué pour la durée de l'évaluation. Il est présidé par Monsieur Pascal DUPERRAY, Directeur de l'Accompagnement et des Soins, mandaté par la Directrice Générale de l'ARS pour piloter cette évaluation. Ce COPIL est composé de 14 membres, associant des collaborateurs de l'ARS choisis au sein du groupe projet transversal « santé mentale », des représentants de la population, des acteurs institutionnels et professionnels de cette politique ainsi que des personnes qualifiées.

Le COPIL est consulté sur le cadrage en amont de l'évaluation, il en exprime les jugements conclusifs et formule des éléments de recommandation. Il a plus précisément comme missions de :

- Amender et valider le référentiel (critères, indicateurs, programme d'investigations) proposé par l'équipe d'évaluation, au vu cahier des charges qui lui est présenté, comprenant les questions et sous – questions évaluatives ;
- Suggérer et faciliter des prises de contacts pour les investigations à mener ;
- Débattre du réajustement du référentiel à mi-parcours des investigations, s'il s'avère nécessaire, à l'initiative du Président du COPIL ;
- Émettre les jugements par critère d'évaluation, et formuler la conclusion qui en découle au niveau de chaque question évaluative et sous – question évaluative, sur la base d'une présentation par l'équipe d'évaluation des constats réalisés ;
- Formuler des éléments de recommandation, sur la base d'un récapitulatif des jugements produit par l'équipe d'évaluation ;
- Valider le rapport d'évaluation incluant les recommandations finales.

L'évaluateur désigné par l'ARS est le Département d'Évaluation des Politiques de Santé et des dispositifs (DEPS), nommé ci-après « l'évaluateur ». Le DEPS est un département de la Direction de l'Effizienz de l'Offre de l'ARS. Deux cadres du DEPS sont affectés à cette évaluation : Monsieur le Docteur Jean-Paul BOULE et Monsieur Xavier BRUN.

9. CALENDRIER

Le président du comité de pilotage mis en place pour cette évaluation rendra régulièrement compte à la Directrice Générale de l'ARS du calendrier de travail et de l'avancement des travaux (composition du comité de pilotage, cahier des charges, référentiel d'évaluation, programme d'investigations, constats et jugements...).

Le rapport final sera rendu en octobre au plus tard et sera soumis au comité de direction de l'ARS.

Il sera présenté à la CRSA dont l'avis sera intégré à la version définitive du rapport.

Les travaux de cette évaluation seront régulièrement présentés au comité de pilotage (COPIL) :

- 1^{ère} réunion du COPIL, pour présentation du cahier des charges ;
- 2^{ème} réunion, dans les suites rapprochées de la première réunion pour la construction du référentiel ;
- 3^{ème} réunion, pour la présentation des constats et la formulation des jugements ;

- 4^{ème} réunion, dans les suites rapprochées de la troisième réunion pour l'élaboration d'éléments de recommandations.

10. BUDGET

L'évaluateur pourra compter sur la collaboration des agents de l'ARS ayant connaissance du thème évalué et les moyens logistiques de l'ARS en tant que de besoin pour contribuer aux investigations nécessaires. En fonction des nécessités, une ou deux investigations pourront être sous-traitées par un prestataire extérieur.

La réponse à la question évaluative 4.1 sera traitée par un prestataire extérieur, dans le cadre d'une évaluation spécifique, avec appel d'offre.

11. LIVRABLE ATTENDU

Le rapport d'évaluation devra comporter *a minima* les volets suivants :

- synthèse de 4 pages
- présentation succincte de la méthodologie de l'évaluation
- constats et jugements sur la politique évaluée en réponse aux questions évaluatives (état des lieux, réussites et marges de progrès...)
- recommandations stratégiques et opérationnelles permettant de réorienter si besoin les objectifs et les actions du PRS

Des annexes pourront approfondir certains points de méthode ou d'analyse en tant que de besoin.

Le rapport ne devra pas excéder 50 pages (hors annexes).

Des restitutions orales pourront être demandées à l'équipe d'évaluation par le commanditaire.

12. POLITIQUE DE COMMUNICATION

La Direction Générale de l'ARS arrêtera les modalités de communication des résultats de l'évaluation et notamment du rapport final, sur proposition conjointe du pilote de l'évaluation et de la Direction des Relations avec les Usagers et les Partenaires (DRUP).

En tout état de cause, tout contributeur à l'évaluation sera destinataire d'une information sur les résultats de cette évaluation.

ANNEXE 2 : NOTE DE CADRAGE DE L'EVALUATION

**Evaluation
de politique de
santé**

**« QUALITE DE VIE DES PERSONNES VIVANT AVEC UN
TROUBLE OU UN HANDICAP PSYCHIQUE »**

**EVALUATION INTERMEDIAIRE DU PROJET REGIONAL DE SANTE DES
PAYS DE LA LOIRE 2012-2016**

NOTE DE CADRAGE

DOCUMENT DE TRAVAIL

**Direction de l'Efficienc e de l'Offre
Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs**

ORGANISATION

La Directrice Générale de l'ARS est la commanditaire de l'évaluation portant sur la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique.

Pour mener à bien cette mission d'évaluation, un comité de pilotage (COFIL) a été constitué et composé de représentants institutionnels et d'acteurs opérationnels, en partie désignés par la CRSA.

Ce comité de pilotage est présidé par le M. Pascal DUPERRAY, directeur de l'accompagnement et des soins à l'ARS, mandaté par la Directrice Générale de l'ARS pour piloter cette évaluation.

Une équipe d'évaluation composée du Docteur Jean-Paul BOULE et de M. Xavier BRUN, tous deux membres du département « Evaluation des politiques de santé et des dispositifs » à l'ARS, a été missionnée pour réaliser cette évaluation.

Des investigations (entretiens, enquêtes, études...) seront ainsi réalisées afin de pouvoir apporter des réponses aux questions évaluatives, d'une part auprès des publics concernés par cette thématique et d'autre part auprès des différents opérateurs œuvrant en faveur de ces publics cibles (professionnels de santé, associations, institutions...). Certaines de ces investigations seront assurées par des prestataires externes.

Le COFIL est composé de 13 membres :

- trois représentants de l'ARS : un directeur-métier président du copil, le chef de projet et un membre du groupe projet transversal « qualité de vie des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique »
- un représentant de la DRJSCS
- un représentant d'une commune disposant d'un conseil local de santé mentale
- un représentant de MDPH
- un représentant du champ de l'insertion sociale
- un représentant des établissements et services médico-sociaux
- un représentant de la psychiatrie publique
- un représentant de la psychiatrie libérale
- un représentant de la médecine générale
- deux représentants des associations de patients et des familles

OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Evaluer la politique régionale relative à la prise en charge des troubles et handicaps psychiques

- Pertinence : les actions menées s'inscrivent dans les changements stratégiques et opérationnels portés par le PRS

- Cohérence : entre objectifs et population ciblée, ressources mobilisées et cohérence de la politique avec les politiques des partenaires
- Efficacité : entre les objectifs et les premiers effets constatés
- Utilité : appréciée au regard des premiers résultats obtenus compte tenu des problématiques identifiées
-

Mettre en évidence les éléments qui contribuent à réduire les inégalités de santé

- Sur les 5 territoires de santé et en proximité
- Dans l'accompagnement du parcours de santé
- Sur le rôle et le positionnement des équipes mobiles dans leur rôle d'« aller vers »

Dégager des recommandations stratégiques et opérationnelles pour la mise en œuvre du PRS

- Sur l'organisation des parcours de santé des personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique
- Sur l'organisation de la prise en charge des urgences en psychiatrie
- Sur l'insertion des personnes vivant avec trouble ou un handicap psychique dans la cité

Préparer l'évaluation finale du PRS



Les constats et jugements sur la politique évaluée permettront de dégager des recommandations stratégiques et opérationnelles pour réorienter si besoin, en tant qu'aide à la décision, les objectifs et les actions du PRS relatifs aux personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique.

QUESTIONS EVALUATIVES

La 1^{ère} réunion du COPIL a permis d'affiner chaque question évaluative du cahier des charges, en vue de définir les critères de jugements
 Les questions évaluatives suivantes permettront de mesurer les premiers résultats obtenus par la politique de l'ARS sur cette population :

Q1. La mise en œuvre du PRS a-t-elle fait évoluer l'offre de soins et d'accompagnement en faveur de la fluidité des parcours de santé des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ?

1.1 Dans quelle mesure les obstacles à une bonne fluidité des parcours de santé des personnes ont-ils été identifiés par l'ARS et donné lieu à des mesures correctrices ?

1.2 Comment l'évolution de l'offre de soins et d'accompagnement ainsi que des pratiques professionnelles a-t-elle été rendue visible et lisible auprès de la population générale et des professionnels de santé, du social et du médico-social ?

Q2. Les actions déployées par l'ARS ont-elles permis d'améliorer l'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques ?

Q3. Dans quelle mesure la mise en œuvre du PRS a-t-elle permis de mieux insérer les personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique dans la cité ?

3.1 L'ARS a-t-elle pu développer une politique de développement des groupes d'entraide mutuelle (GEM) harmonisée et intégrée sur l'ensemble du territoire régional ?

3.2 Dans quelle mesure l'ARS a-t-elle pu mobiliser différents leviers d'actions visant à mieux insérer les personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique dans la cité ?

Q4. Quelles réponses l'ARS a-t-elle mis en œuvre pour réduire les inégalités territoriales inter et infra départementales en matière de prise en charge et d'accompagnement des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ?

4.1 Dans quelle mesure les équipes mobiles en psychiatrie, existantes ou créées, ont-elles contribué à la réduction des inégalités territoriales, dans une stratégie coordonnée de l'organisation de l'offre de soins et d'accompagnement ?

4.2 Comment la médecine de premier recours en cours de restructuration est-elle organisée pour prendre en charge en proximité les personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ?

REFERENTIEL D'EVALUATION

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Registre	Critères	Indicateurs	Exemples de questions spécifiques	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
1. La mise en œuvre du PRS a-t-elle fait évoluer l'offre de soins et d'accompagnement en faveur de la fluidité des parcours des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique	<i>1.1 Dans quelle mesure les obstacles à une bonne fluidité des parcours de santé des personnes ont-ils été identifiés par l'ARS et donné lieu à des mesures correctrices ?</i>	<i>Pertinence Efficacité</i>	C11-1. L'accessibilité à la spécialité psychiatrique (publique et privée) est assurée	<p>1. Existence d'une vigilance de l'ARS sur cette question (suivi du phénomène...)</p> <p>2. Délais d'attente pour une première consultation en CMP, chez un psychiatre libéral et chez un psychologue de ville</p> <p>3. Répartition géographique des psychiatres libéraux et des psychologues de ville</p> <p>4. Existence de mesures d'organisation pour favoriser l'accès à la psychiatrie (délégations de tâches, télémédecine...).</p>	<p>Quelles sont les difficultés d'accès aux professionnels spécialisés (psychiatres publics et privés, psychologues), en termes de délais d'attente et d'accessibilité géographique ? Y a-t-il des différences entre milieu urbain et milieu rural ? Comment se fait la régulation pour adresser les patients vers tel ou tel type de professionnel ? Les spécificités des uns et des autres sont-elles définies et respectées ? Quelle régulation de l'ARS sur la démographie de ces professionnels spécialisés ? La psychiatrie, l'une des 8 spécialités sous surveillance a-t-elle donné lieu à des mesures démographiques correctrices par l'ARS ? La constitution d'équipes spécialisées de territoire a-t-elle concerné la psychiatrie ? Y a-t-il des possibilités de délégation de tâches (protocoles de coopération) ? Le positionnement des IDE en psychiatrie publique a-t-il évolué ? La télémédecine est-elle envisagée et développée ? Comment les établissements et services sociaux accueillant des personnes avec handicap psychique peuvent-ils faire appel à la spécialité psychiatrique ? avec qui ? Sous quelle forme ?</p>	<p><i>Entretiens ARS Entretiens représentants prof santé non psy Entretiens professionnels spécialisés psy Entretiens représentants social et médico-social Entretiens représentants usagers Etudes de terrain Enquête ES avec autorisation psy Enquête ESMS Enquête MG Enquête psychiatres libéraux Enquête psychologues libéraux Documentation : benchmark des CMP, étude ORS, SAE, STATISS</i></p>	<i>Une coordination des acteurs pour des parcours efficients</i>
			C11-2. Les obstacles à la fluidité des parcours de santé ont été identifiés et des objectifs définis	<p>5. Précision du diagnostic dans le PRS et ses déclinaisons sur les obstacles à la fluidité des parcours en santé mentale</p> <p>6. Existence dans le PRS</p>	<p>Quel diagnostic posé dans le PRS sur les obstacles à la fluidité des parcours des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ? Quels objectifs définis dans le PRS pour fluidifier ces parcours ? L'accès à la prévention a-t-il été pris en compte ? Notamment via l'ETP ? L'absence de demande de la part des patients pour</p>	<p><i>Entretiens ARS Entretiens acteurs de prévention Documentation : PRS, feuilles de route annuelles sur la psychiatrie, notes stratégiques sur la psychiatrie, appels à projet en prévention (santé mentale-suicide), appels à projet, CPOM ES</i></p>	

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Registre	Critères	Indicateurs	Exemples de questions spécifiques	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
			en conséquence	et ses déclinaisons d'objectifs visant à fluidifier les parcours en santé mentale 7. Intégration de la prévention (primaire, secondaire et tertiaire) dans le diagnostic et les objectifs du PRS et de ses déclinaisons	entrée/suivi dans parcours en santé mentale a-t-elle été prise en compte ? Des populations ont-elles été plus particulièrement ciblées (ex : personnes âgées, précaires, situations complexes avec violences) ? Quels outils (Appel à projet, CPOM...) l'ARS mobilise-t-elle pour répondre aux objectifs ? Comment la technique de l'AAP est-elle perçue par les acteurs ?		
			C11-3. Les structures de soins ambulatoires psychiatriques dans la cité ont été développées en alternative à l'hospitalisation complète	8. Taux d'évolution du ratio lits/places 9. Part de l'activité en ambulatoire sur l'ensemble de l'activité en psychiatrie (en nombre de journées) 10. Degré de déploiement, en nombre de créations, d'autorisations et/ou de capacités de soins ambulatoires (hospitalisation à domicile ou équivalent, CATTP, hospitalisation de jour ou de nuit, CMP, interventions à domicile) 11. Taux d'hospitalisation de jour comme mode exclusif de prise en charge pour un patient	Quelles actions ambulatoires ont été développées sous l'impulsion de l'ARS? Quelles modalités ? Les structures ambulatoires développées sont-elles bien hors les murs ? Pour répondre à quel problème ? Sur quels territoires ? Avec quels résultats sur les parcours des patients ? Quelles difficultés de développement par les secteurs? Quelle adaptation des secteurs ? Y a-t-il gradation de l'intensité des soins en lien avec l'objectif d'autonomisation des personnes (hospitalisation complète, HJ, CATTP) ? Comment le maintien dans le milieu de vie peut-il être assuré ? Quelles activités d'hospitalisation complète ont-elles été redéployées parallèlement ? Y a-t-il des différences de ratios lits/places entre territoires de santé et entre secteurs ? Les hospitalisations au long cours ont-elles diminué ? Y a-t-il encore des projets ? Les patients ont-ils été satisfaits des évolutions ? Quel a été le rôle de l'ARS dans ces redéploiements ? Le benchmark des CMP a-t-il facilité leur travail ? Dans quelle mesure ? Comment la technique de l'AAP est-elle perçue par les acteurs ?	<i>Entretiens ARS</i> <i>Entretiens représentants prof santé non psy</i> <i>Entretiens professionnels spécialisés psy</i> <i>Entretiens représentants usagers</i> <i>Etudes de terrain</i> <i>Enquête ES avec autorisation psy</i> <i>Documentation : modifications du SROS, rapports activité ARS, bilans SPID, étude ORS, SAE, STATISS, benchmark des CMP</i>	

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Registre	Critères	Indicateurs	Exemples de questions spécifiques	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
					Comment la DAF est-elle mobilisée par l'ARS pour faciliter le virage ambulatoire ?		
			C11-4. Des réponses intersectorielles ² ont été développées pour garantir une meilleure offre de soins sur un territoire et/ ou en réponse à des problématiques spécifiques (publics, pathologies...)	12. Nombre et caractérisation des réponses intersectorielles développées depuis 2012 13. Mise en œuvre de modalités de travail renforçant l'articulation psychiatrie adulte/pédopsychiatrie	Quelles actions de mutualisations intersectorielles (notamment CMP intersectoriels) ont été développées ? Y a-t-il d'autres réponses intersectorielles, hors mutualisation ? Pour répondre à quel problème ? Sur quels territoires ? Quelles difficultés de développement ? Quelles actions pour renforcer l'articulation psychiatrie adulte/pédo-psychiatrie ? Quelles difficultés ? Y a-t-il encore des projets ? Quel a été le rôle de l'ARS dans ces mutualisations ? La mutualisation des moyens permet-elle une optimisation des moyens ? Quels partenariats des réponses intersectorielles avec les dispositifs non sectorisés (ex. structures MS, centres de post cure privés non sectorisés, CHU...) ?	<i>Entretiens ARS</i> <i>Entretiens professionnels spécialisés psy</i> <i>Etudes de terrain</i> <i>Enquête ES avec autorisation psy</i> <i>Enquête ESMS</i> <i>Documentation : rapports activité ARS, bilans SPID, SAE</i>	
			C11-5. Des filières territoriales intégrant l'ensemble de l'offre ambulatoire ont été organisées et formalisées	14. Nombre et caractérisation de filières psychiatriques mises en place dans chaque territoire de santé 15. Degré de conventionnement de la psychiatrie avec les EHPAD et autres établissements médico-sociaux (handicap, addictologie) et sociaux (CHRS...) 16. Degré de prise en compte de l'offre de ville	Des filières spécialisées ont-elles été développées ? Quel maillage des territoires ? L'ARS a-t-elle incité à de tels développements ? Qui concernent-elles (quelles populations) ? Quelles actions pour renforcer l'articulation psychiatrie adulte/pédo-psychiatrie ? Quelles difficultés ? Pour répondre à quel problème ? Quelles difficultés de développement ? Des conventions ont-elles été signées ? Quelle articulation entre les acteurs de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux, incluant la MDPH ? Quelle articulation de la psychiatrie avec les EHPAD ? Des équipes de liaison sont-elles présentes sur tout le territoire ? Y a-t-il encore des projets ? Quelles prises en charge somatiques dans les	<i>Entretiens ARS</i> <i>Entretiens représentants prof santé non psy</i> <i>Entretiens professionnels spécialisés psy</i> <i>Entretiens représentants social et médico-social</i> <i>Entretiens représentants usagers</i> <i>Etudes de terrain</i> <i>Enquête ES avec autorisation psy</i> <i>Enquête ESMS</i> <i>Enquête psychiatres libéraux</i> <i>Enquête psychologues libéraux</i> <i>Documentation : feuilles de route territoriales, étude ORS</i>	

² Ici, périmètre = secteur public

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Registre	Critères	Indicateurs	Exemples de questions spécifiques	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS	
				<p>dans les filières territoriales</p> <p>C11-6. Une réponse graduée de l'offre médico-sociale pour les personnes vivant avec un handicap psychique est proposée</p>	<p>17. Taux d'évolution du nombre de places pour handicapés psychiques adultes</p> <p>18. Diversité de l'offre en faveur de ce public en termes de modalités d'accompagnement</p> <p>19. Reconversions de lits sanitaires psychiatriques en places MS adultes depuis 2010</p> <p>20. Evolution du nombre de patients en hospitalisation au long cours en psychiatrie³</p> <p>21. Connaissance et reconnaissance du positionnement du CREHPSY en tant que SRAE par l'ensemble des acteurs du handicap psychique</p>	<p>établissements psychiatriques ?</p> <p>Dans quelle mesure les filières territoriales ont pris en compte l'offre ambulatoire de ville (psychiatrie privée, médecine de premier recours) ?</p> <p>L'offre médico-sociale s'est-elle adaptée au besoin de prise en charge du handicap psychique depuis la loi de 2005 ? Quelles initiatives ? Quelles difficultés ? Quel rôle du PRIAC ?</p> <p>Dans quelle mesure les SAMSAH ont-ils pu être développés ? Quelle est leur visibilité ?</p> <p>Quelle visibilité de l'offre médico-sociale destinée au handicap psychique chez leurs partenaires ?</p> <p>Quelle articulation de l'offre médico-sociale et sanitaire avec la psychiatrie ?</p> <p>Des besoins de conversion sanitaire ont-ils été évalués ? Sur quelles bases ?</p> <p>Des opérations de conversion sanitaire en places médico-sociales ont-elles été menées ? Quels sont encore les besoins ?</p> <p>Comment la technique de l'AAP est-elle perçue par les acteurs ?</p> <p>Quelles relations entre l'ARS et les CG/l'Etat ?</p> <p>Quels projets ont abouti ? n'ont pas abouti ?</p> <p>Pour répondre à quel problème ?</p> <p>Avec quels résultats ?</p> <p>Quelles difficultés de développement ?</p> <p>Quel est le positionnement du CREHPSY en tant que SRAE ? Quelle est sa plus-value ?</p> <p>Y a-t-il encore des projets ?</p>	<p><i>Entretiens ARS</i></p> <p><i>Entretiens Etat</i></p> <p><i>Entretiens collectivités locales</i></p> <p><i>Entretiens professionnels spécialisés psy</i></p> <p><i>Entretiens représentants social et médico-social</i></p> <p><i>Entretiens représentants usagers</i></p> <p><i>Etudes de terrain</i></p> <p><i>Enquête ES avec autorisation psy</i></p> <p><i>Enquête ESMS</i></p> <p><i>Documentation : modifications du PRIAC, rapports d'activité ARS, rapports activité CREHPSY, SAE, étude ORS</i></p>	
	1.2 Comment l'évolution de l'offre de soins et	Efficacité	C12-1. La population générale est informée sur	22. Existence et accessibilité de supports de présentation de l'offre en santé mentale	Comment la population est-elle informée sur ses possibilités de prise en charge dans la région (offre de soins publique et privée, offre d'accompagnement médico-social, modalités thérapeutiques...) ? Quels	<p><i>Entretiens ARS</i></p> <p><i>Entretiens collectivités locales</i></p> <p><i>Entretiens représentants prof santé non psy</i></p>		

³ Disponible jusqu'en 2013 à travers les données SAE

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Registre	Critères	Indicateurs	Exemples de questions spécifiques	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
	<i>d'accompagne ment ainsi que des pratiques professionnell es a-t-elle été rendu visible et lisible auprès de la population générale et des professionnels de santé, du social et du médico-social ?</i>		l'offre en psychiatrie et santé mentale et ses évolutions	pour la population 23. Existence de canaux de diffusion d'informations vers la population générale 24. Impact des opérations nationales annuelles de communication relayées au niveau régional	contenus d'information ? Par quels vecteurs ? Rôle d'Internet ? Qui coordonne la diffusion des informations ? Comment les médecins généralistes peuvent-ils informer leurs patients sur la santé mentale ? La semaine d'information sur la santé mentale est-elle connue ? Quelles actions sont développées ? La journée nationale suicide est-elle relayée en région ? Sous quelle forme ? Comment l'ARS s'implique-t-elle dans ces opérations ? Quels financements par l'ARS ? Les usagers trouvent-ils lisibles l'offre en santé mentale (savent-ils qui fait quoi ?) Quelle est leur perception sur la santé mentale (est-ce tabou ? stigmatisé ?) cette perception a-t-elle évolué ? Quels sont la place et le rôle des maisons des usagers ? où ont-elles été développées dans les établissements avec autorisation en psychiatrie ? Quel est le projet de l'ARS en matière de cartographie sur la psychiatrie ?	<i>Entretiens professionnels spécialisés psy Entretiens représentants social et médico-social Entretiens acteurs de prévention Entretiens représentants usagers Etudes de terrain Enquête ES avec autorisation psy Enquête ESMS Enquête MG Enquête psychiatres libéraux Enquête psychologues libéraux Documentation : programmes/financements des SISM et journées suicides, annuaire suicide et cartographie, plateforme d'information</i>	
			C12-2. La communication et la diffusion de l'information entre acteurs (santé, social, médico-social, dans chaque champ et entre champs) sont organisées	25. Portage de cette question par l'ARS - réalisations 26. Existence de canaux organisés de transmission entre acteurs (référénts émetteurs, circuits, contenus) 27. Fréquence des échanges de pratiques formalisées entre professionnels de champs identiques ou de champs différents 28. Intérêt et limites de	Comment les professionnels de la psychiatrie et du social échangent-ils entre eux ? Quelles sont leurs voies de communication ? Quelle est l'action des 2 CHU ? (formation initiale et formation continue) Mêmes questions, mais entre professionnels de l'accompagnement médico-social des personnes souffrant de troubles psychiques et professionnels du social. Quels sont les échanges de pratiques entre professionnels de santé et du social ? Comment sont diffusées les meilleures pratiques ? Quels sont les colloques organisés en Pays de Loire ? Des formations interprofessionnelles ? Quelle a été l'action de l'ARS pour promouvoir les échanges d'informations et de pratiques entre professionnels de la santé mentale et du social ? D'une façon générale, l'ARS a-t-elle une connaissance	<i>Entretiens ARS Entretiens collectivités locales Entretiens représentants prof santé non psy Entretiens professionnels spécialisés psy Entretiens représentants social et médico-social Entretiens représentants usagers Etudes de terrain Enquête ES avec autorisation psy Enquête ESMS Enquête MG Enquête psychiatres libéraux Enquête psychologues libéraux Documentation : journées régionales d'échanges ARS/MSA, colloques ARS, autres colloques, CR de</i>	

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Registre	Critères	Indicateurs	Exemples de questions spécifiques	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
				ces échanges (perception des acteurs) 29. Nombre, type de participants et thématiques de colloques interprofessionnels 30. Existence et nature des interactions entre l'ARS et la CRSA	de l'offre territoriale en psychiatrie et santé mentale (publique et privée)? Diffuse-t-elle ses informations ? Quels sont ses liens avec la psychiatrie privée et les psychologues libéraux ? Comment peut-elle les informer ? Quel est le positionnement du CREHPSY sur cette question – actuelle ou en projet ? Quel est le rôle des CLSM/ CDSM ? Comment est intégrée la place du groupe de travail CRSA sur la santé mentale ? Quels sont les relations CRSA/ARS sur le sujet ?	<i>réunions CLSM et CDSM, CR réunions CRSA</i>	
			C12-3. L'offre de soins en psychiatrie et santé mentale et ses évolutions sur leur territoire sont connues des médecins de premier recours	31. Existence de canaux de diffusion d'informations aux médecins généralistes (émetteurs de l'information, circuits, contenus) 32. Niveau de connaissance des médecins généralistes sur l'offre de santé mentale et ses évolutions	Comment les MG sont-ils informés sur les organisations en psychiatrie (secteur) ? sur leurs évolutions ? sur les possibilités d'offre de soins et d'accompagnement médico-social, en public comme en libéral ? sur leurs évolutions ? Quelles sont les connaissances des MG sur les changements ? Quels changements constatés ? Quels sont les documents locaux ou régionaux connus ? Par qui sont transmises les informations ? (ARS ? professionnels eux-mêmes...) ? Quel lien avec l'isolement de la pratique et le rôle des réseaux ? Quel rôle de la FMC ?	<i>Entretiens ARS Entretiens représentants prof santé non psy Entretiens professionnels spécialisés psy Etudes de terrain Enquête ES avec autorisation psy Enquête MG Enquête psychiatres libéraux Enquêtes psychologues libéraux Documentation</i>	
2.Les actions déployées par l'ARS ont-elles permis d'améliorer l'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques ?		<i>Efficacité</i>	C21-1. L'organisation des appels et de la gestion des crises et suspicions d'urgence en psychiatrie est connue des usagers et des aidants	33. Mise en place de procédures de signalement et de gestion des urgences aux niveau régional et territorial, avec le rôle joué l'ARS dans ce domaine 34. Connaissance par les usagers, les professionnels de santé	Dans quelle mesure l'ARS a-t-elle répondu à une recommandation de la CRSA sur le sujet ? Pourquoi des inégalités entre territoires ? Comment dans chaque territoire de santé, les acteurs se sont-ils saisis de cette problématique ? Quelle communication réalisée vers les usagers et famille sur ces questions ? Par qui ? (ARS, associations, établissements de santé...) ? Y a-t-il dans chaque département une organisation des appels associant l'ensemble des professionnels de l'urgence ?	<i>Entretiens ARS Entretiens représentants prof santé non psy Entretiens professionnels spécialisés psy Entretiens représentants social et médico-social Entretiens représentants usagers Etudes de terrain Enquête ES avec autorisation psy Enquête ES avec service d'urgence</i>	<i>Un accès assuré à l'innovation et aux services spécialisés</i>

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Registre	Critères	Indicateurs	Exemples de questions spécifiques	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
			(familiaux, professionnels yc sociaux et médico-sociaux)	et de l'accompagnement des procédures de signalement et de gestion	<p>Quel est le rôle de l'ARS dans l'organisation de ces signalements ?</p> <p>Cette organisation est-elle connue de la population ? sous quelle forme ?</p> <p>Quels manques sont-ils constatés ?</p> <p>L'organisation des prises en charge en urgence est-elle connue des usagers et de leurs familles ?</p> <p>Une distinction est-elle faite entre les primo-appelants et les usagers habituels ?</p> <p>Quelle est la place de la psychiatrie libérale dans les urgences ?</p> <p>Des équipes mobiles ont-elles été mises en place ?</p> <p>Comment les crises sont-elles désamorçées pour éviter des urgences ?</p> <p>L'organisation des soins sans consentement est-elle connue des usagers et de leurs familles ? sous quelle forme ?</p> <p>Quel rôle / quelle organisation du 15, sur ces questions ?</p> <p>Les CDSP se sont-elles saisies de difficultés ? sont-elles bien opérationnelles ?</p>	<p><i>Enquête ESMS</i></p> <p><i>Enquête MG</i></p> <p><i>Enquête psychiatres libéraux</i></p> <p><i>Enquête psychologues libéraux</i></p> <p><i>Documentation : documents ARS (commissions départementales en santé mentale), documents CRSA, rapports CDSP, guide ARS sur SDRE</i></p>	
			C21-2. Les services d'urgence hospitaliers se sont organisés pour prendre en charge les urgences psychiatriques	<p>35. Fixation par l'ARS d'objectifs aux établissements de santé en matière de prise en charge des urgences psychiatriques</p> <p>36. Mise en place de dispositifs ou d'organisations spécifiques nouveaux, en réponse à des difficultés constatées et rôle joué par l'ARS en la matière</p>	<p>Quels sont les objectifs du PRS en matière d'organisation des urgences psychiatriques ? Quelles réalisations l'ARS a – t – elle mené depuis 2012 sur cette question ?</p> <p>Comment les services d'urgence sont-ils organisés pour prendre en charge des urgences psychiatriques ?</p> <p>Quelles modalités de collaboration avec le secteur ?</p> <p>Quel est le personnel de psychiatrie aux urgences ?</p> <p>Quelle place des équipes de liaison ?</p> <p>Quelle régulation en amont ? Quel lien avec le samu centre 15 ?</p> <p>Quelles orientations après le passage aux urgences ?</p> <p>Quel suivi post-urgences ? Y a-t-il des lits post-urgence ?</p> <p>Des modalités innovantes d'organisation ont-elles été mises en place pour fluidifier les urgences psychiatriques, voire ne pas faire passer les patients</p>	<p><i>Entretiens ARS</i></p> <p><i>Entretiens professionnels spécialisés psy</i></p> <p><i>Entretiens représentants usagers</i></p> <p><i>Études de terrain</i></p> <p><i>Enquête ES avec autorisation psy</i></p> <p><i>Enquête ES avec service d'urgence</i></p> <p><i>Documentation : évaluation de la prévention de la récurrence en 2011 dans les établissements de santé, CPOM ES</i></p>	

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Registre	Critères	Indicateurs	Exemples de questions spécifiques	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
					<p>par les urgences hospitalières ? Faut-il développer les unités de moins de 72 heures ? Les CUMPs se sont-elles organisées dans tous les départements ? Avec quelle régulation régionale ?</p>		
			C21-3. L'accès à un avis spécialisé en urgence en psychiatrie est organisé pour les médecins de premier recours	<p>37. Réalisations de l'ARS sur cette question</p> <p>38. Implication des psychiatres libéraux à répondre aux urgences et consultations non programmées</p> <p>39. Mise en place d'une réponse en urgence organisée entre les secteurs de psychiatrie et les médecins généralistes</p>	<p>Quelles réalisations l'ARS a-t-elle menées depuis 2012 sur cette question ? Comment les MG peuvent-ils accéder à un avis spécialisé ? Quel circuit ? Quelles difficultés ? Dans quelles circonstances un avis doit-il être demandé ? Dépend-il du lieu de l'urgence ? (cabinet, domicile, établissement...) Quel est le retour d'information au MG ? La psychiatrie libérale (psychiatres et psychologues) est-elle organisée pour répondre aux urgences, jusqu'à prendre en charge en urgence un patient ?</p>	<p><i>Entretiens ARS</i> <i>Entretiens professionnels spécialisés psy</i> <i>Entretiens représentants usagers</i> <i>Etudes de terrain</i> <i>Enquête ES avec autorisation psy</i> <i>Enquête ESMS</i> <i>Enquête MG</i> <i>Enquête psychiatres libéraux</i> <i>Enquête psychologues libéraux</i> <i>Documentation : benchmark des CMP</i></p>	
3. Dans quelle mesure la mise en œuvre du PRS a-t-elle permis de mieux insérer les personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique dans la cité ?	3.1 L'ARS a-t-elle pu développer une politique de développement des GEM harmonisée et intégrée sur l'ensemble du territoire régional ?	Efficacité	C31-1. L'action de l'ARS a permis d'améliorer l'accessibilité aux GEM (maillage et dimensionnement de chaque GEM)	<p>40. Réalisation de l'ARS dans ce domaine (incitations, financements alloués, conventionnements...)</p> <p>41. Nombre de demandes de conventionnements de GEM nouveaux depuis 2010</p> <p>42. Couverture géographique des GEM</p> <p>43. Ratio adhérents GEM/patients ALD 23 par territoire de santé</p> <p>44. Limites perçues par</p>	<p>De nouveaux GEM ont-ils été financés par l'ARS ? Sur quels critères ? pour quels objectifs ? Où les nouveaux GEM ont-ils été créés (logique de planification ou accompagnement de structures volontaires) ? Comment qualifier le maillage actuel ? Le nombre de places dans chaque GEM et par territoire est-il suffisant ? Sur quels critères ? Les jours et heures d'ouverture sont-elles adéquates ? L'accessibilité les WE et pendant les vacances est-elle prévue ? La ruralité est-elle un obstacle à l'accessibilité aux GEM ?</p>	<p><i>Entretiens ARS</i> <i>Entretiens professionnels spécialisés psy</i> <i>Entretiens représentants usagers</i> <i>Etudes de terrain</i> <i>Enquête GEM</i> <i>Documentation : bilan d'activités des GEM, notes de synthèse de l'ARS</i></p>	<i>Une démarche centrée sur la personne</i>

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Registre	Critères	Indicateurs	Exemples de questions spécifiques	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
				les acteurs du maillage et des capacités actuelles des GEM			
			C31-2. Les GEM déploient leurs activités en lien étroit avec les structures de la cité	<p>45. Rôle de l'ARS dans ce domaine</p> <p>46. Nombre et typologie des conventionnements avec les différents partenaires potentiels</p> <p>47. Niveau d'accessibilité des adhérents aux différentes ressources territoriales</p> <p>48. Réalisations d'actions de communication vers la population générale pour déstigmatisation</p>	<p>Dans quelle mesure les GEM favorisent-ils l'accès de leurs adhérents aux ressources territoriales sociales, médico-sociales, sanitaires ou de droit commun (culturelles, loisirs...)?</p> <p>Les liens sociaux sont-ils renforcés ?</p> <p>Quel est l'inscription du GEM sur son territoire ? pour répondre à quels besoins ? Dans quelle complémentarité et avec quels relais ? Quelles difficultés rencontrées ?</p> <p>Des partenariats sont-ils formalisés ? (commune, professionnels de santé et du médico-social, MDPH, associations, acteurs de l'insertion sociale et professionnelle...)</p> <p>Quelles difficultés de partenariat ? Notamment avec la psychiatrie?</p> <p>Quelle est leur couverture territoriale ?</p> <p>Quelle impulsion ou quel accompagnement de l'ARS sur l'ensemble de ces points ?</p>	<p><i>Entretiens ARS</i></p> <p><i>Entretiens Etat</i></p> <p><i>Entretiens collectivités locales</i></p> <p><i>Entretiens représentants prof santé non psy</i></p> <p><i>Entretiens professionnels spécialisés psy</i></p> <p><i>Entretiens représentants social et médico-social</i></p> <p><i>Entretiens acteurs de prévention</i></p> <p><i>Entretiens représentants usagers</i></p> <p><i>Etudes de terrain</i></p> <p><i>Enquête MG</i></p> <p><i>Enquête psychiatres libéraux</i></p> <p><i>Enquête GEM</i></p> <p><i>Enquête ES avec autorisation psy</i></p> <p><i>Enquête ESMS</i></p> <p><i>Documentation : bilan d'activité des GEM, CLS</i></p>	
			C31-3. L'autonomisation des adhérents des GEM est renforcée par leur fréquentation de ces associations	<p>49. Degré de participation des adhérents au projet du GEM</p> <p>50. Existence d'effets induits sur le projet de vie et de soins des adhérents</p>	<p>Comment les adhérents s'emparent-ils de ce type de dispositifs ?</p> <p>A quel moment d'un parcours une personne s'inscrit-elle dans un GEM ? Qui l'oriente ou l'informe ?</p> <p>Comment participent-ils concrètement à la co-construction du projet du GEM ? Quelles prises de responsabilité des adhérents au sein des GEM ?</p> <p>Quels sont les changements perçus en termes de communication et de relation avec autrui, de mobilisation personnelle dans les activités du GEM ?</p> <p>Comment le projet de vie évolue-t-il ? Comment la situation personnelle en termes de liens sociaux avec l'extérieur évolue-t-elle ?</p> <p>Dans quelle mesure les activités proposées par les GEM permettent-elles aux adhérents de</p>	<p><i>Entretiens ARS</i></p> <p><i>Entretiens professionnels spécialisés psy</i></p> <p><i>Entretiens acteurs de prévention</i></p> <p><i>Entretiens représentants usagers</i></p> <p><i>Etudes de terrain</i></p> <p><i>Enquête GEM</i></p>	

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Registre	Critères	Indicateurs	Exemples de questions spécifiques	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
					<p>s'autonomiser ? Jusqu'où va le rôle des animateurs dans ce cadre? Quels liens avec l'ETP ? Quelles relations des GEM avec les familles et l'UNAFAM? Comment l'entourage (famille, aidants, proches) voit-il l'évolution d'un adhérent dans son parcours d'insertion ? Quelle plus-value d'un GEM ? Quels manques ? Comment les professionnels de santé intègrent-ils et s'articulent-ils avec les missions d'un GEM ? Quelle plus-value des GEM par rapport aux dispositifs institutionnels et associatifs de droit commun ?</p>		
	<p>3.2 Dans quelle mesure l'ARS a-t-elle pu mobiliser différents leviers d'actions visant à mieux insérer les personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique dans la cité ?</p>	<p><i>Efficience</i></p>	<p>C32-1. Divers leviers d'action (CCPP, CDSM, CLS et CLSM, CHT, CREHPSY) ont été mobilisés par l'ARS dans le souci de mieux intégrer les personnes handicapées psychiques dans la cité</p>	<p>51. Mobilisation effective des différents leviers par l'ARS, à travers les objectifs qu'elle leur assigne</p> <p>52. Diffusion des pratiques de réadaptation psycho-sociale en Pays de la Loire</p> <p>53. Perception d'un développement de la psychiatrie communautaire par les différents intervenants</p>	<p>Pour chacun de ces leviers d'action, quel est le rôle de l'ARS ? Ces leviers sont-ils mobilisés en faveur d'une meilleure intégration des handicapés psychiques ? Quelles actions ? Comment peut se faire l'accès au travail ? Vers quelles structures ? Quelles actions communes entre l'ARS et la DIRECCTE ? Quel lien avec le PRITH ? Comment les ESAT ont-ils pu s'adapter au handicap psychique ? Quelles sont les forces et faiblesses de chaque CDSM créé ? Quelles sont leur configuration et pourquoi? Quelles sont les thématiques traitées ? Quelle articulation entre CDSM et CLSM ? Comment l'ARS a-t-elle facilité la création des CLSM ? Quel rôle des CHT en santé mentale ? Quelle est la perception de la psychiatrie communautaire en PDL ? La réadaptation psycho-sociale est-elle proposée dans la région ? Quels liens avec l'ETP ? Quelles actions de discrimination ? Comment l'accès au travail et à l'emploi mais aussi à la culture sont-ils favorisés ?</p>	<p><i>Entretiens ARS</i> <i>Entretiens Etat</i> <i>Entretiens collectivités locales</i> <i>Entretiens professionnels spécialisés psy</i> <i>Entretiens représentants social et médico-social</i> <i>Entretiens acteurs de prévention</i> <i>Entretiens représentants des usagers</i> <i>Etudes de terrain</i> <i>Enquête ES avec autorisation psy</i> <i>Documentation : guide accompagnement majeurs protégés atteints de troubles psychiques, PV des réunions de CCPP, de CDSM, conventions CHT, convention CREHPSY, contrats des CLS, documents CLSM, rapports ETP hospitalière</i></p>	

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Registre	Critères	Indicateurs	Exemples de questions spécifiques	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
					<p>L'expérience de médiateurs ou de pairs a-t-elle été promue ?</p> <p>Dans quelle mesure la sortie des détenus ayant des troubles psychiques permet-elle la continuité de leurs soins et de leur suivi ?</p>		
			C32-2. Une politique d'intégration par le logement est impulsée par l'ARS en lien avec les institutions concernées	<p>54. Degré de mobilisation de l'ARS par territoire de santé vis-à-vis des acteurs de la politique du logement (état des lieux et objectifs)</p> <p>55. Diffusion de documents sur logement et handicap psychique, écrits conjointement par l'ARS et ses partenaires</p> <p>56. Nombre et objet des conventions entre les secteurs de psychiatrie et les acteurs du logement</p>	<p>Les besoins de logement ont-ils été évalués ? Quels types de logements ? Les MDPH et la CAF disposent-elles de données ?</p> <p>Quel rôle le PRIAC joue-t-il ? Quelles actions communes de l'ARS avec la DRJSCS ?</p> <p>Dans chaque département, quelles actions a mené l'ARS ? Avec quels partenaires ? Quelle production documentaire diffusée ?</p> <p>Quels conventionnements ?</p> <p>La démarche « un chez soi d'abord » a-t-elle été développée ?</p> <p>La mise à disposition de logements adaptés a-t-elle été développée ?</p> <p>Comment les MG interviennent-ils sur ce champ ?</p> <p>Quelles relations entre les MG et les travailleurs sociaux ?</p> <p>Comment la différence ville/campagne est-elle prise en compte ?</p> <p>Quels professionnels en contact avec des personnes handicapées psychiques ont pu être formés à la santé mentale ?</p> <p>Dans quelle mesure les appartements thérapeutiques et les appartements associatifs s'intègrent-ils dans une logique de parcours inclusive ?</p> <p>En quoi la problématique du logement insalubre est-elle prise en compte chez les personnes vivant avec des troubles psychiques ?</p>	<p><i>Entretiens ARS</i></p> <p><i>Entretiens Etat</i></p> <p><i>Entretiens collectivités locales</i></p> <p><i>Entretiens représentants prof santé non psy</i></p> <p><i>Entretiens professionnels spécialisés psy</i></p> <p><i>Entretiens représentants social et médico-social</i></p> <p><i>Entretiens acteurs de prévention</i></p> <p><i>Entretiens représentants usagers</i></p> <p><i>Etudes de terrain</i></p> <p><i>Enquête ES avec autorisation psy</i></p> <p><i>Enquête MG</i></p> <p><i>Enquête psychiatres libéraux</i></p> <p><i>Documentation : enquête ville de Nantes (OMS)</i></p>	
4. Quelles réponses l'ARS a-t-elle mis en œuvre pour réduire les inégalités territoriales en matière de prise en	4.1 Dans quelle mesure les équipes mobiles en psychiatrie, existantes ou	Utilité	VOIR EVALUATION AD HOC			Documentation : cahier des charges des SPID, réponses à l'AAP SPID, évaluation du DiASM	Une offre de premier recours à conforter


Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Registre	Critères	Indicateurs	Exemples de questions spécifiques	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
<i>charge et d'accompagnement des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ?</i>	<i>créées, ont-elles contribué à la réduction des inégalités territoriales, dans une stratégie coordonnée au sein de l'offre de soins et d'accompagnement ?</i>						<i>La mobilisation pour réduire les inégalités de santé</i>
	<i>4.2 Comment la médecine de premier recours en cours de restructuration est-elle organisée pour prendre en charge en proximité les personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ?</i>	<i>Cohérence</i>	C42-1. La médecine de premier recours est organisée pour repérer et diagnostiquer précocement les troubles psychiques	57. Réalisations de l'ARS dans ce domaine 58. Prise en compte dans les formations continues des MG et des IDE du repérage et du diagnostic précoce des troubles psychiques 59. Degré d'implication des MSP pour repérer et diagnostiquer les troubles psychiques 60. Niveau de connaissance des recommandations HAS en psychiatrie par les MG	Quelles actions de l'ARS pour que la médecine de premier recours soit organisée pour repérer et diagnostiquer précocement les troubles psychiques ? De quels leviers dispose – t – elle ? La formation initiale des médecins est –elle suffisante en psychiatrie ? Les MG sont-ils suffisamment formés et outillés pour repérer et faire un diagnostic précoce ? Quels sont les besoins de formation ? Des populations à risque sont-elles identifiées par les MG ? comment ? Les MG sont-ils suffisamment formés et outillés pour annoncer un diagnostic ? Quel lien avec les psychiatres pour cette annonce ? La configuration des MSP est-elle de nature à favoriser le repérage et le diagnostic précoce des troubles psychiques ? Les recommandations HAS sont-elles connues et utilisées ?	<i>Entretiens ARS Entretiens représentants prof santé non psy Entretiens professionnels spécialisés psy Entretiens acteurs de prévention Entretiens représentants usagers Etudes de terrain Enquête MG Enquête psychiatres libéraux Enquête psychologues libéraux Documentation : enquêtes panel MG</i>	
			C42-2.Des collaborations directes entre la médecine de premier recours et les	61. Réalisations de l'ARS dans ce domaine 62. Expériences d'intervention de professionnels de santé	Quelles actions de l'ARS pour favoriser ces collaborations directes ? De quels leviers dispose – t – elle ? Comment l'AAP sur le sujet a-t-il pu s'avérer pertinent et efficace ? pourquoi ? Les relations MG/professionnels de la psychiatrie ont-	<i>Entretiens ARS Entretiens représentants prof santé non psy Entretiens professionnels spécialisés psy Entretiens acteurs de prévention</i>	

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Registre	Critères	Indicateurs	Exemples de questions spécifiques	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
			professionnels de la psychiatrie sont opérationnelles	mentale (publics ou privés, psychiatres, infirmiers ou psychologues) au sein des MSP (consultations avancées ou autres modalités...) 63. Degré d'implication des MSP pour renforcer les liens entre professionnels de la psychiatrie et acteurs du premier recours 64. Degré de mobilisation des acteurs de la psychiatrie (notamment CMP), à cette même fin 65. Existence et nature des échanges entre les professionnels de la psychiatrie et de la médecine de premier recours (perception réciproque des acteurs) 66. Niveau de déploiement de ces collaborations directes (exceptionnelles, rares, fréquentes, généralisées...)	elles évolué depuis 3 ans ? Dans quel sens ? Quelles sont les difficultés ? Quels sont les liens entre MG et CMP de secteur ? (dans les deux sens) Quelles sont les informations générales échangées ? Quelle connaissance par les MG de leur secteur ? Quelles sont les difficultés des MG pour adresser des patients au CMP ? Quels retours des CMP ? Des consultations avancées en psychiatrie ont-elles été mises en place ? sous quelle forme ? Quelles difficultés rencontrées ? La configuration des MSP est-elle de nature à renforcer les liens avec les professionnels de la psychiatrie ? Quels sont les projets médicaux des MSP qui concernent la santé mentale ? Avec quel étayage de la psychiatrie ? Quels sont les liens entre MG et le secteur libéral (psychiatre, psychologue, psychothérapeute) ? Quels sont les liens entre MG et SAMSAH ? Des actions de télémédecine ont-elles été mises en place ? Quel intérêt de la télémédecine en psychiatrie ? L'organisation des signalements est-elle connue des MG ? Des programmes d'ETP sont-ils connus et partagés ? Comment les personnels paramédicaux hors structures peuvent-ils proposer une offre ambulatoire, et avec quelle articulation avec les professionnels de la psychiatrie (ex : IDEL) ? Des CLS ont-ils été signés abordant ce sujet ?	<i>Entretiens représentants usagers</i> <i>Etudes de terrain</i> <i>Enquête MG</i> <i>Enquête psychiatres libéraux</i> <i>Enquête psychologues libéraux</i> <i>Documentation : benchmark des CMP, enquêtes panels MG et IDE, rapports ETP hospitalière, projets médicaux des MSP, contrats des CLS</i>	

MODALITES D'INVESTIGATIONS

- 7 entretiens de cadrage avec des représentants de l'ARS, des professionnels de la psychiatrie (publique et libérale), du champ médico-social (sur le handicap psychique) et des représentants d'usagers (santé mentale, handicap psychique)
- Des entretiens en interne au sein de l'ARS - directions métiers et délégations territoriales - (environ 15)
- Des entretiens, individuels ou collectifs (40 maximum), avec les partenaires de l'ARS auprès de 7 grandes catégories d'acteurs :
 - o Etat
 - o collectivités locales
 - o représentants des professionnels de santé non spécialisés en psychiatrie
 - o professionnels spécialisés en psychiatrie
 - o représentants des champs social et médico-social
 - o acteurs de prévention
 - o représentants des usagers et des familles
- Trois études de terrain auprès des partenaires de l'ARS travaillant sur un secteur de psychiatrie (Saumur, Mayenne et Le Mans)
- Des enquêtes par questionnaires écrits auprès :
 - o des établissements de santé, publics et privés, gérant des secteurs ou des services/unités de psychiatrie
 - o des établissements de santé disposant de services d'urgence
 - o d'établissements et services médico-sociaux et sociaux
 - o de médecins généralistes
 - o de psychiatres libéraux
 - o de psychologues libéraux
- Une enquête spécifique auprès des GEM, ciblant à la fois les associations et les adhérents, conduite par le CREAL
- Une évaluation spécifique relative au développement des équipes mobiles en psychiatrie, en réponse à la sous-question évaluative 4.1
- Des recherches documentaires

CALENDRIER

Phases n°	Réunions du Copil Semaine n°	Objet
1 Lancement	5	<p>Installation du COFIL - Rappel du rôle et des missions - Présentation de la démarche d'évaluation : principes généraux, application au PRS, attendus des évaluations intermédiaires du PRS</p> <p>Présentation de la politique de l'ARS en matière de qualité de vie des personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique (arbre des objectifs)</p> <p>Présentation et questions des membres du COFIL sur le cahier des charges</p> <p>Présentation de la notion de référentiel (notamment articulation questions /critères/ indicateurs)</p>
2 Cadrage	12	<p>Présentation du projet de référentiel : questions, sous – questions (critères + questions spécifiques+ indicateurs + source/ investigation)</p> <p>Identification des critères pertinents, par sous- question évaluative</p>
3 Investigations		Entretiens, enquêtes et études
<p>Bilan à mi-parcours des investigations : DEPS + Président du COFIL</p> <p>Il s'agit de présenter les blocages éventuels dans les investigations amenant à re-questionner le référentiel (programme d'investigation, notamment)</p> <p>Le Président du COFIL décide, en opportunité, des suites à donner : ajustement du référentiel à son initiative, convocation du COFIL pour arbitrer entre plusieurs ajustements possibles du référentiel...</p> 		
Bilan à mi-parcours		
3 Conclusions/Jugements	42	<p>Rapide bilan des investigations (informations non disponibles...)</p> <p>Présentation des constats, classés par sous-questions évaluatives</p> <p>Présentation des propositions de jugements, adossées explicitement sur les constats - Débat sur les jugements : questionnement, amendement, validation, éventuelle priorisation</p>

4 Recommandations	45	Validation des jugements formalisés transmis par l'équipe d'évaluation Élaboration collective d'éléments de recommandations sur la base des jugements - <i>rem</i> : la formulation définitive et la répartition entre niveaux stratégique et opérationnel seront réalisés par l'équipe d'évaluation.
Validation du rapport Le Président saisit par courrier les membres du COPIL pour validation du rapport avant finalisation et transmission à la DGARS. Délai de réponse de 7 jours		
Restitution et communication Le rapport est présenté au CODIR de l'ARS La CRSA est saisie pour avis sur l'évaluation, son avis étant intégré dans le rapport La DGARS définit les modalités de communication du rapport d'évaluation		

LIVRABLES

Phase	Documents	Objet
1/Lancement et Cadrage	Mandat d'évaluation Cahier des charges Référentiel d'évaluation Note de cadrage	La note de cadrage, incluant le référentiel d'évaluation, précisera : <ul style="list-style-type: none"> - les objectifs de l'évaluation - les questions évaluatives, les critères de jugement et les indicateurs pour les apprécier - l'organisation, la méthodologie et les outils mobilisés - le calendrier et les livrables.
2/Investigations	Bilan à mi-parcours	Le bilan à mi-parcours fera le point sur : <ul style="list-style-type: none"> - les investigations déjà réalisées et restant à réaliser - des difficultés éventuelles rencontrées lors des investigations - une éventuelle proposition d'ajustement du référentiel
3/ Conclusions et recommandations	Rapport final	Ce document d'un maximum de 50 pages comprend : <ul style="list-style-type: none"> • une synthèse de 4 pages • la présentation succincte de la méthodologie de l'évaluation • les constats et jugements sur la politique évaluée en réponse aux questions évaluatives et aux objectifs de l'évaluation • des recommandations stratégiques et opérationnelles permettant de réorienter si besoin les objectifs et les actions du PRS • des analyses détaillées en annexes
4/ Restitutions	Diaporama	Restitution au CODIR Présentation pour avis à la CRSA Présentation aux commissions de coordination des politiques publiques

ANNEXE 3 : ETUDE REALISEE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES

METHODE ET RESULTATS DE L'ENQUETE MENEES PAR LE DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ANGERS AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES, MAITRES DE STAGE UNIVERSITAIRES

1. METHODOLOGIE

1.1 Objectifs et construction du questionnaire

Cette enquête auprès de médecins généralistes de la région s'est inscrite dans les investigations menées auprès des différents acteurs partie prenante de la politique (professionnels de santé, associations, institutions...), en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique, évaluée par l'ARS.

Elle visait à mieux connaître les modalités de travail, les opinions et les attentes des médecins généralistes, en matière de prise en charge de personnes vivant avec des troubles psychiques, en lien avec les autres professionnels et leur inscription dans le parcours de santé de ces personnes.

Des questions fermées ont été privilégiées pour mobiliser le moins possible les répondants et permettre des comparaisons entre acteurs.

Le questionnaire d'enquête a été co-écrit avec le département de médecine générale de la faculté de médecine d'Angers (Docteurs Jean-François Huez et Eric Cailliez), dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale mené par deux internes (Anne-Cécile Viaud et Damien Velly).

1.2 Déploiement de l'enquête et taux de réponse

Ce questionnaire a été administré par voie informatique (sphinx*) à 844 maîtres de stage universitaires de la région par le département de médecine générale de la faculté de médecine d'Angers. Des relances informatiques ont été effectuées.

L'anonymat des réponses était garanti.

Les résultats ont été compilés par les deux internes de médecine générale.

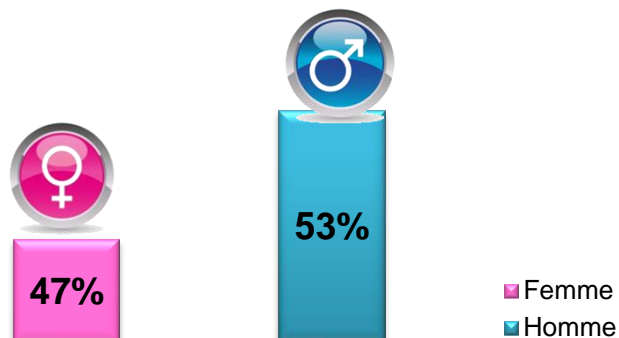
Pour les questions comportant une dimension ouverte, comme pour la partie « expression libre », il a été fait le choix de ne mentionner que les réponses revenant le plus fréquemment.

Sur les 844 questionnaires adressés, 147 ont été remplis et retournés au département de médecine générale d'Angers, ce qui correspond à un **taux de réponse de 17.4 %**.

2. RESULTATS

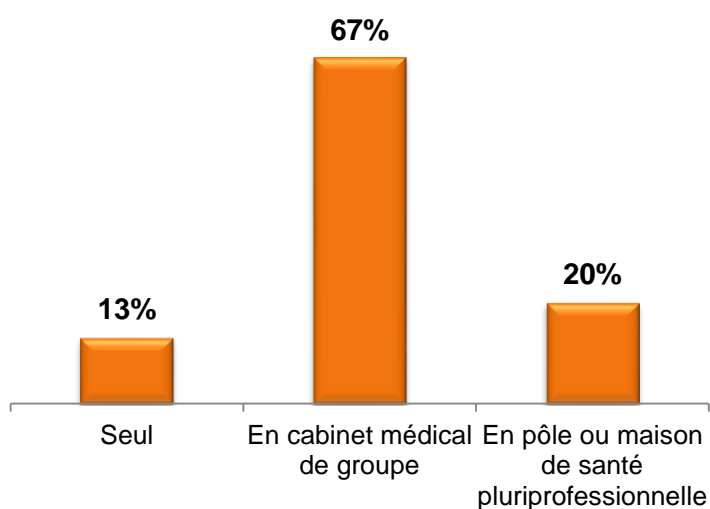
2.1 Questions introductives

Q 1 – Sexe : une légère majorité d'hommes

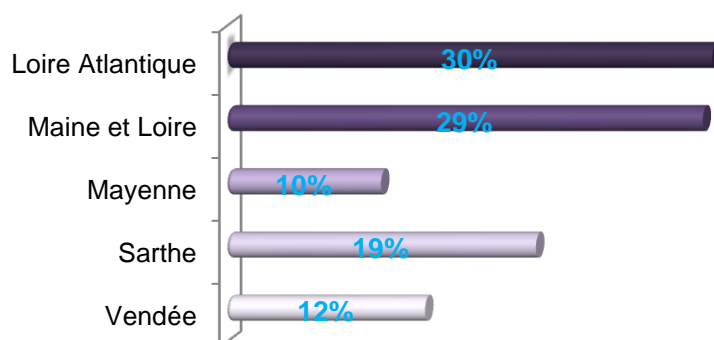


Q 2- Age : un âge moyen de 51 ans (minimum : 30 ans, maximum : 68 ans)

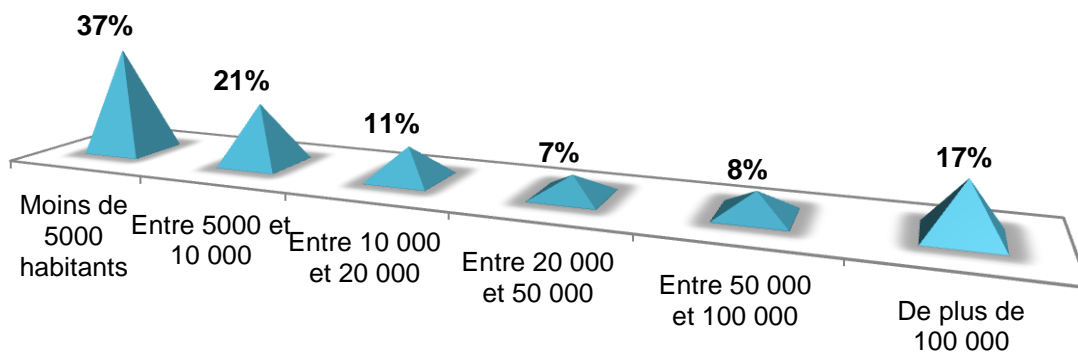
Q 3 –Modalité d'exercice : un exercice collectif très majoritaire



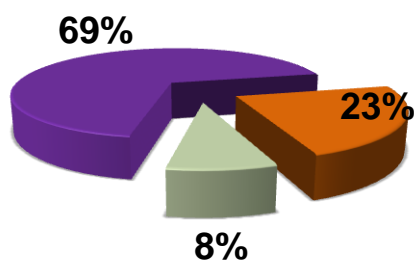
Q 4 –Département d'exercice : une sous-représentation de la Loire Atlantique et de la Vendée



Q 4.1 –Taille de la commune d’exercice : Plus des 2/3 des médecins exercent dans une commune de moins de 20 000 habitants



Q 5 - Lors de la dernière journée de consultation, proportion de patients vivant avec un trouble psychiatrique :



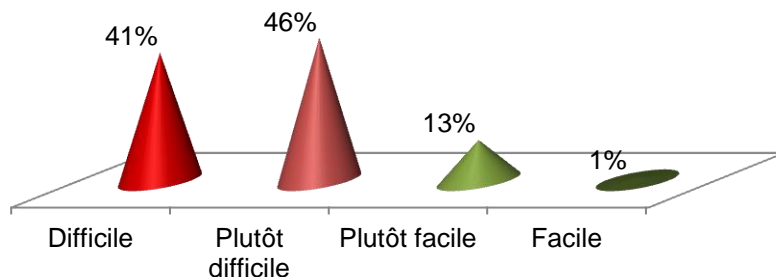
■ un patient sur 10 ou moins



1/3 des MG de la région déclarent qu’au moins 1 patient/5 présentait des troubles psychiatriques lors de leur dernière journée de consultation.

2.2 Connaissances générales

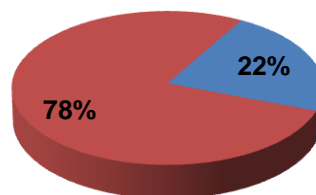
Q 6- Selon vous, dans votre zone d'exercice, l'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale pour vos patients est il ?



87% des MG déclarent que l'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale est difficile pour leurs patients. Ils étaient 80% à le déclarer fin 2011 (enquête panel en médecine générale- ORS-URPS ML Mars 2013).

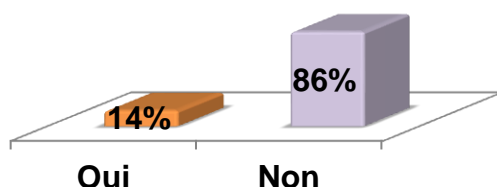
Q 7- Avant ce questionnaire, connaissiez-vous l'existence du plan régional de santé 2012-2016 ?

■ Oui ■ Non



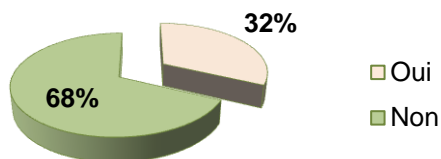
Plus des $\frac{3}{4}$ des médecins généralistes ne connaissent pas l'existence du PRS.

Q 8 –Depuis 2012, avez vous constaté dans votre pratique médicale, une évolution bénéfique des possibilités de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques ?



Plus de 85% des médecins généralistes n'ont pas constaté d'évolution bénéfique des possibilités de prise en charge depuis 2012.

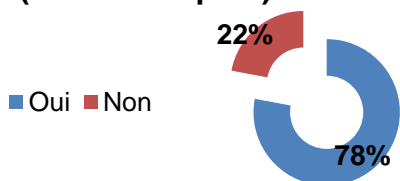
Q 9 - Etes vous informé(e) des modifications locales de l'offre de soin et d'accompagnement social des personnes vivants avec un trouble psychiatrique ?



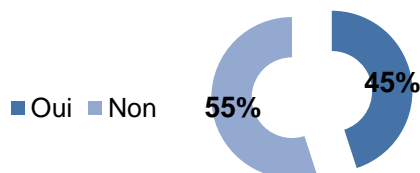
Plus des 2/3 des MG ne sont pas informés des modifications locales de l'offre de soins et d'accompagnement social.

Q 9 BIS - Si oui, par qui êtes-vous informé (e) ?

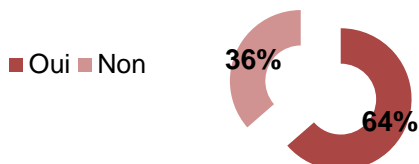
Par le secteur de psychiatrie (CMP ou hôpital)



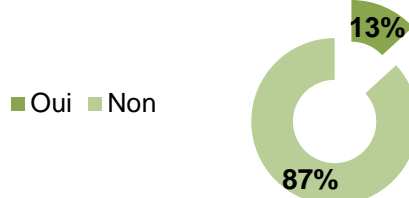
Par divers professionnels de santé et du social



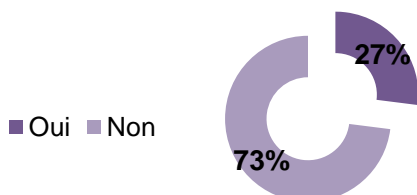
Par divers professionnels au sein du cabinet (de groupe ou MSP)



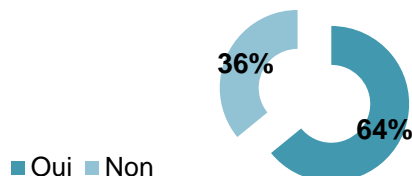
Par l'administration sanitaire ou sociale



Via la formation médicale continue

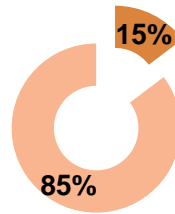


Par vos patients



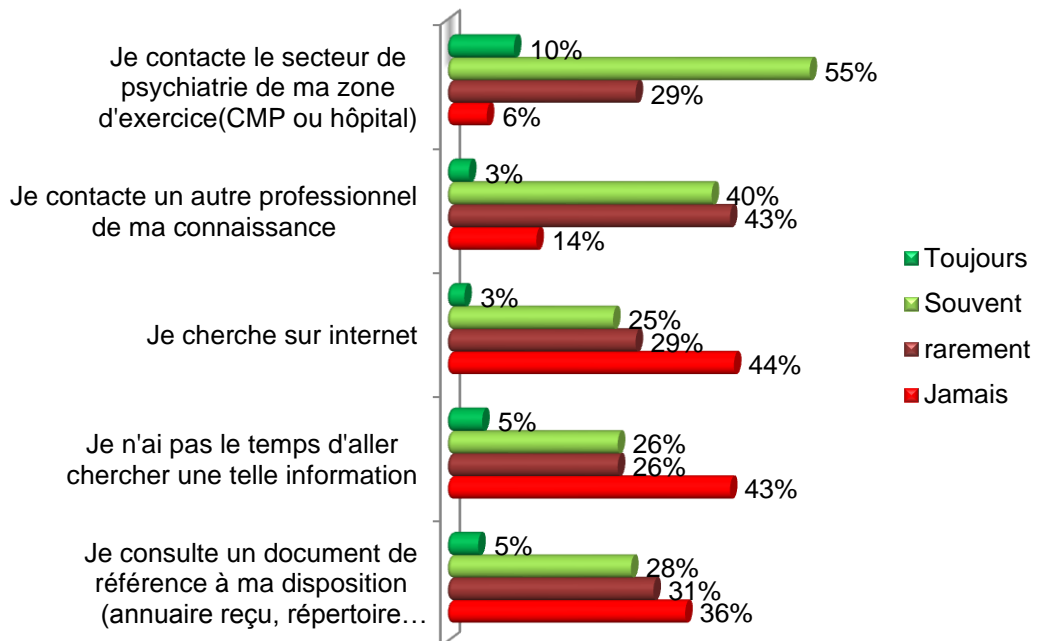
Par autre(s)

■ Oui ■ Non



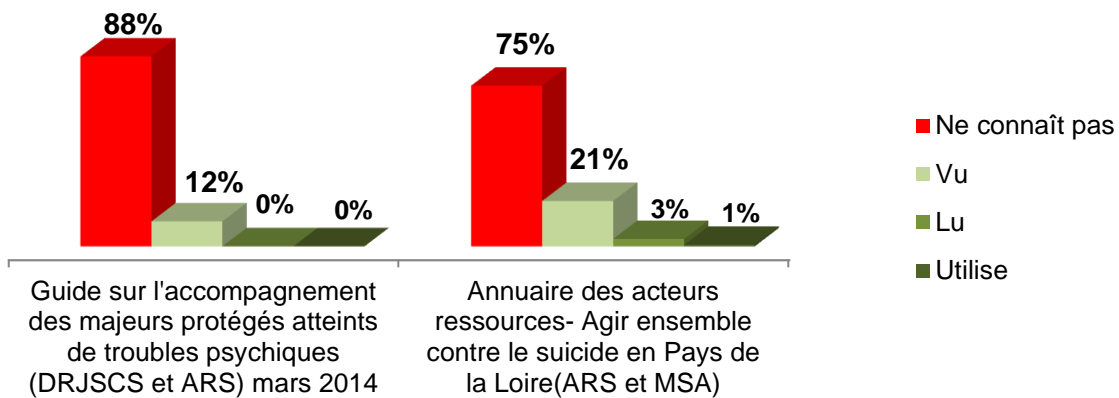
L'information des médecins généralistes sur l'offre locale se fait principalement par le secteur de psychiatrie, par les patients eux-mêmes ou par des professionnels de cabinet. Ils sont très peu informés par l'ARS ou via la formation médicale continue.

Q10 - Comment faites-vous pour obtenir une information sur l'offre de soins et d'accompagnement des personnes vivant avec des troubles psychiatriques ?



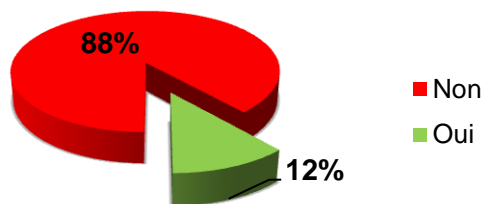
Pour obtenir de l'information sur l'offre, les médecins généralistes contactent le plus souvent le secteur de psychiatrie. Ils recherchent rarement l'information sur Internet et consultent très peu des documents de référence.

Q 11 -Connaissez vous et utilisez-vous les documents régionaux suivants?



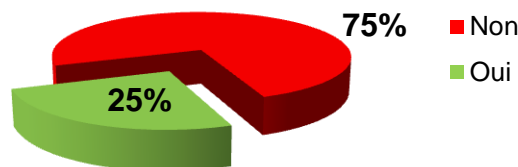
Les médecins généralistes connaissent très peu les guides régionaux (annuaire suicide, guide majeurs protégés). Aucun ne les utilise.

Q 12 -Connaissez vous un groupe d'entraide mutuelle (GEM) de patients dans votre zone d'exercice ?



Seul un médecin généraliste sur dix connaît un GEM dans sa zone d'exercice.

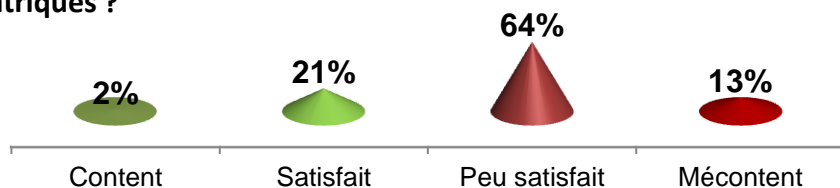
Q 13 -Connaissez vous un SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) dans votre zone d'exercice ?



¼ des médecins généralistes connaissent un SAMSAH dans leur zone d'exercice (c'est plus que pour les GEM).

2.3 Parcours et coopérations

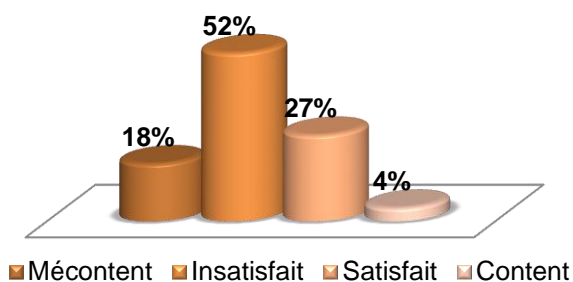
Q 14 - Etes vous satisfait de votre place dans le parcours de santé d'un patient vivant avec des troubles psychiatriques ?



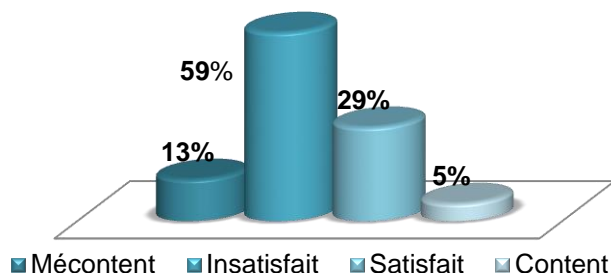
Plus des ¾ des médecins généralistes sont peu satisfaits voire mécontents de leur place dans le parcours de santé d'un patient vivant avec des troubles psychiatriques.

Q 15 - Quel est votre niveau de satisfaction concernant la coopération avec les professionnels spécialisés en santé mentale ?

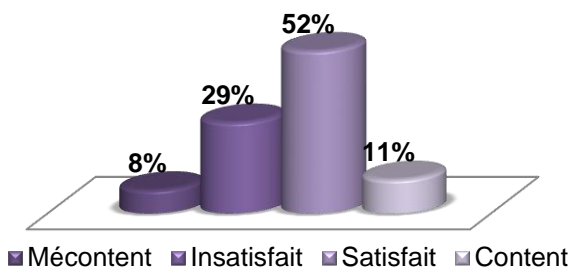
Secteur psychiatrique public



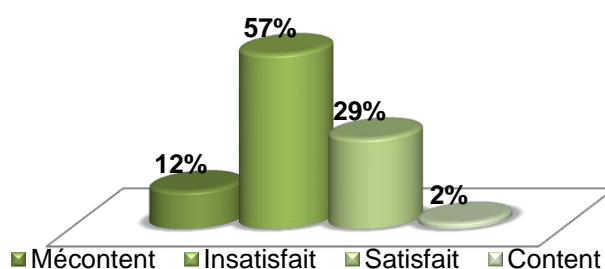
Psychiatres libéraux



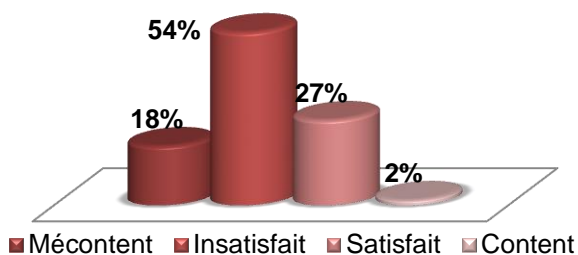
Psychologues libéraux



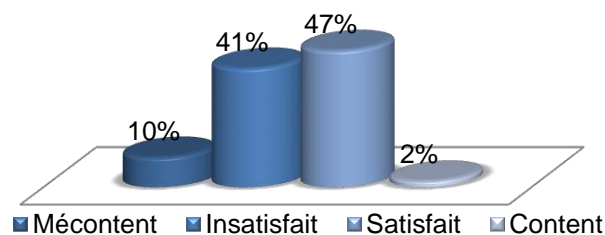
Cliniques et établissement privés



Psychothérapeutes libéraux, ni psychiatres ni psychologues



Travailleurs sociaux



Q 15bis –Citez des dysfonctionnements rencontrés au cours de cette coopération :

31% seulement des médecins généralistes se disent satisfaits ou contents de leur coopération avec le secteur psychiatrique ou avec les cliniques et établissements privés.

34% seulement des médecins généralistes se disent satisfaits ou contents de leur coopération avec les psychiatres libéraux.

Les médecins généralistes se disent plus satisfaits ou contents de leur collaboration avec les psychologues libéraux (63%)

Lors du panel en médecine générale de fin 2011, seuls 37% des médecins généralistes se disaient satisfaits de leur collaboration avec les professionnels spécialisés de santé mentale.

Concernant les travailleurs sociaux, la moitié des médecins généralistes (49%) se disent satisfaits ou contents.

Pour les échanges avec le secteur public, les insatisfactions des médecins généralistes portent surtout sur :

-l'information de la sortie d'hospitalisation,

- la transmission d'informations médicales concernant les diagnostics au cours d'une prise en charge ambulatoire,

-la transmission d'informations médicales concernant les modifications thérapeutiques au cours d'une prise en charge ambulatoire,

-la possibilité d'un avis,

-le délai pour une primo-consultation

- le délai pour avoir une consultation pour un patient déjà connu en décompensation

-ainsi que l'intégration dans un travail d'équipe pluridisciplinaire.

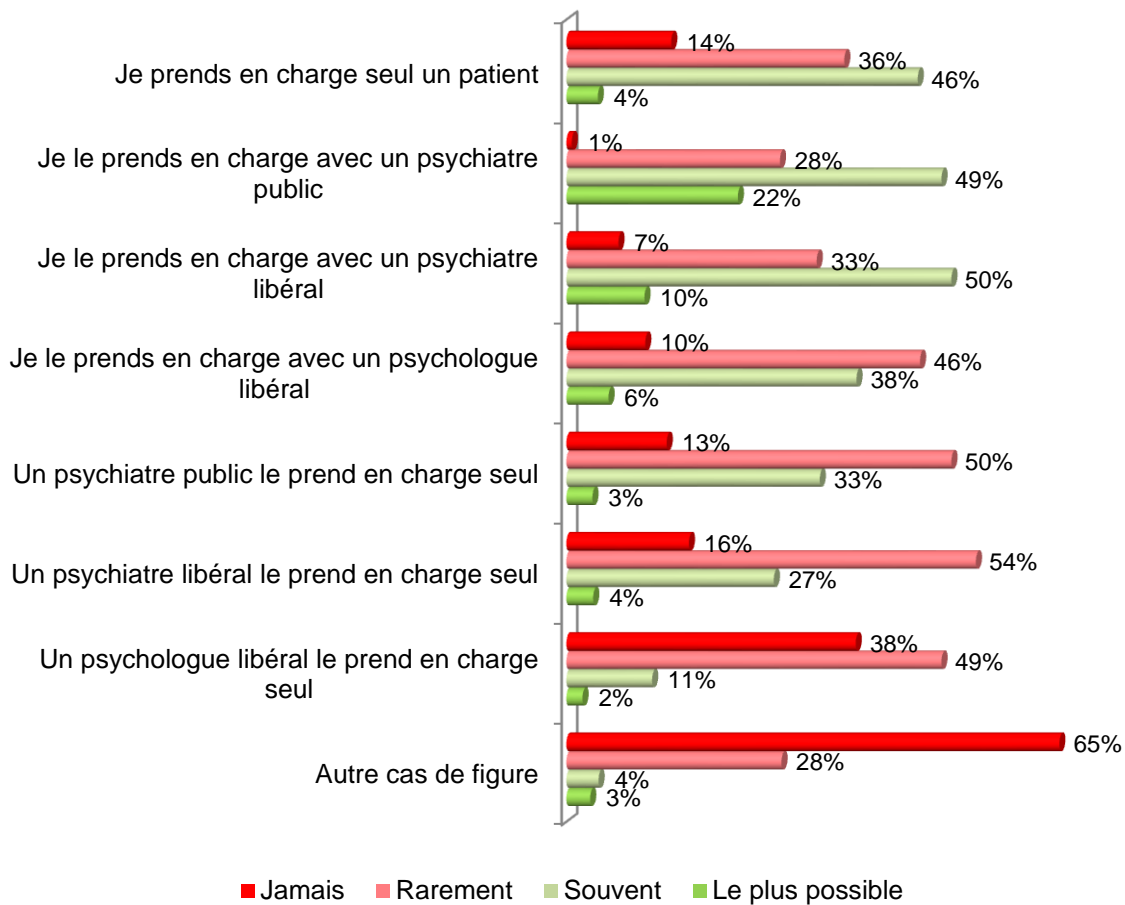
L'insatisfaction est moins grande pour l'existence d'un compte-rendu d'hospitalisation et la qualité de ce compte-rendu.

Pour les échanges avec le secteur privé, les insatisfactions des médecins généralistes portent sur les mêmes critères que pour le secteur public.

SAUF le délai pour une primo-consultation en secteur privé, qui engendre moins de mécontentement que pour le public.

Les dysfonctionnements pointés par les médecins généralistes concernant leurs coopérations portent essentiellement sur les échanges d'information avec les spécialistes et leur accessibilité.

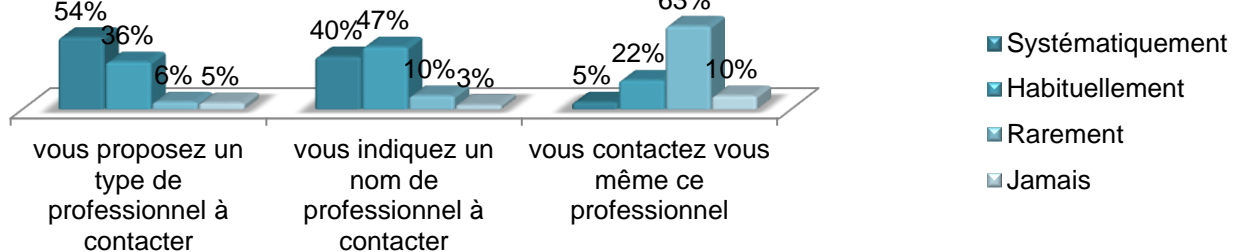
Q 16 - En situation de gestion de patients vivant avec des troubles psychiatriques, indiquez pour chaque proposition la fréquence qui vous convient le mieux.



Les médecins généralistes prennent le plus souvent possible en charge leurs patients avec un psychiatre public, mais ils en prennent aussi en charge souvent seuls. Ils citent plus rarement des prises en charge seules par un psychiatre public, un psychiatre libéral ou un psychologue libéral.

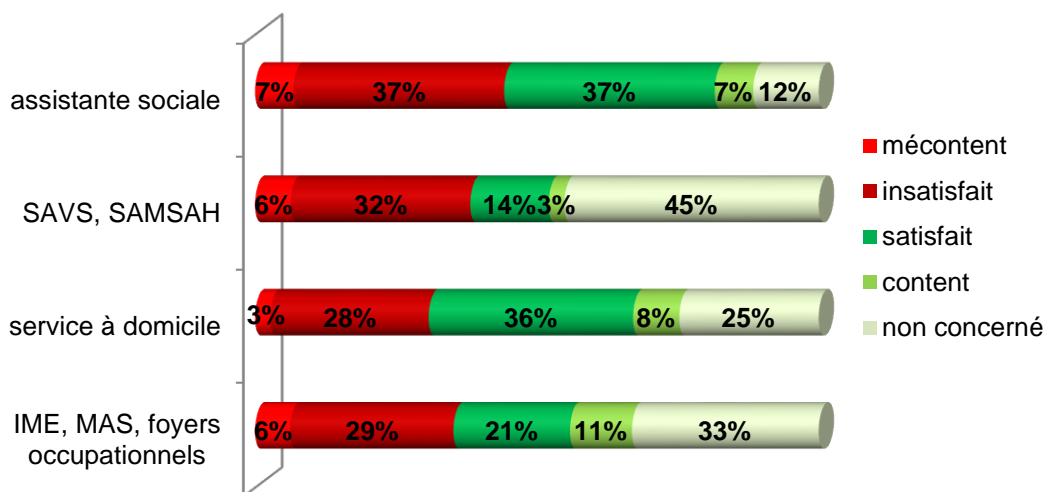
Q 17

- Lorsque vous orientez un patient vivant avec des troubles psychiatriques vers un professionnel spécialisé en santé mentale, en dehors d'un contexte d'urgence :



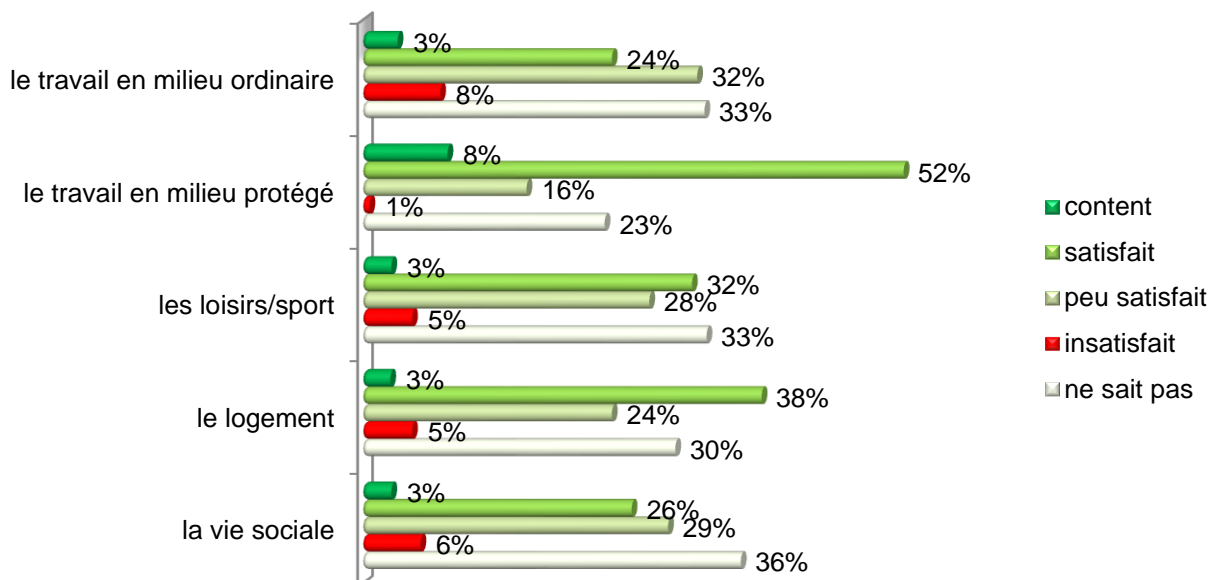
Les médecins généralistes, en dehors d'un contexte d'urgence, pour orienter un de leurs patients, propose plus souvent un type de professionnel à contacter qu'ils n'indiquent un nom de professionnel à contacter. Ils contactent rarement eux-mêmes le professionnel.

Q 18 -Coopération avec les travailleurs et dispositifs sociaux et médico-sociaux pour l'accompagnement de personnes vivant avec des troubles psychiatriques



Pour la coopération avec les dispositifs sociaux et médico-sociaux, le degré de satisfaction des médecins généralistes est assez modéré (de 31 à 44% de médecins généralistes mécontents ou insatisfaits).

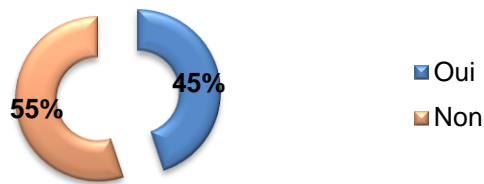
Q19- Concernant l'intégration sociale des personnes vivant avec des troubles psychiatriques, dans votre zone d'exercice, quel est votre niveau de satisfaction ?



Le niveau de satisfaction des médecins généralistes concernant l'intégration sociale de leurs patients varie selon le secteur d'intégration. Il est le plus élevé pour le travail en milieu protégé. Il l'est moins avec le travail en milieu ordinaire et avec la vie sociale.

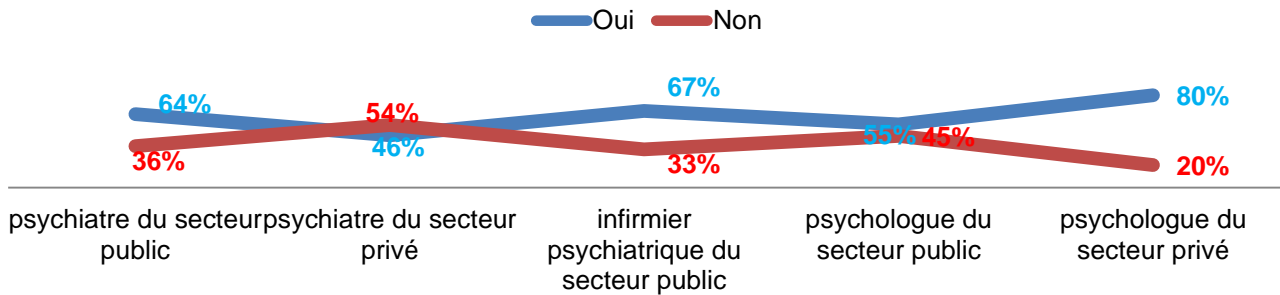
1/3 des médecins généralistes sont satisfaits de l'intégration dans le logement de leurs patients, 1/3 ne le sont pas tandis que 1/3 ne se prononcent pas.

Q 20 - Seriez vous intéressé(e) par des projets de télémédecine en santé mentale ?



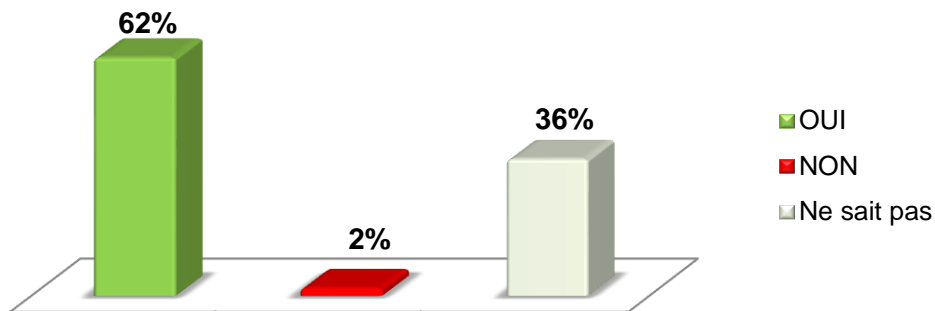
Près de la moitié des médecins généralistes se disent intéressés par des projets de télémédecine en santé mentale.

Q21 -Existe-t-il dans votre cabinet ou à proximité une consultation de ?



La proximité d'une consultation pour les médecins généralistes concerne surtout les psychologues libéraux, puis par ordre décroissant les IDE psychiatriques, les psychiatres publics, les psychologues publics et enfin les psychiatres libéraux.

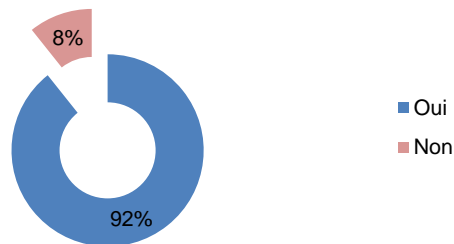
Q 21 bis- Si non, seriez vous favorable à une telle consultation avancée ?



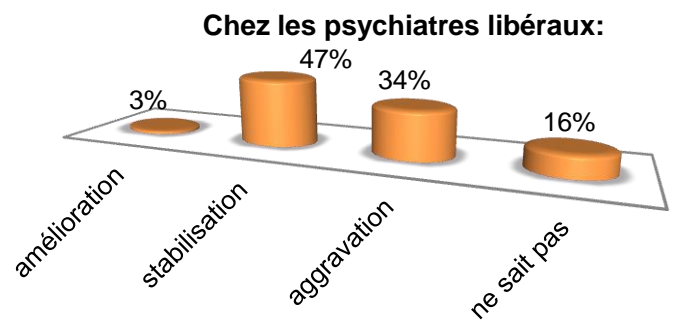
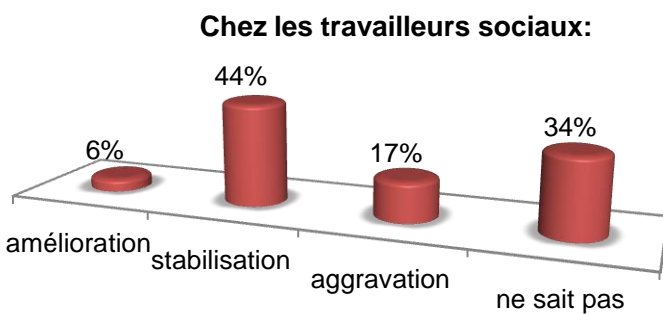
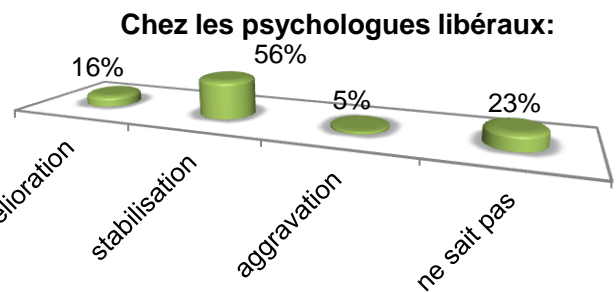
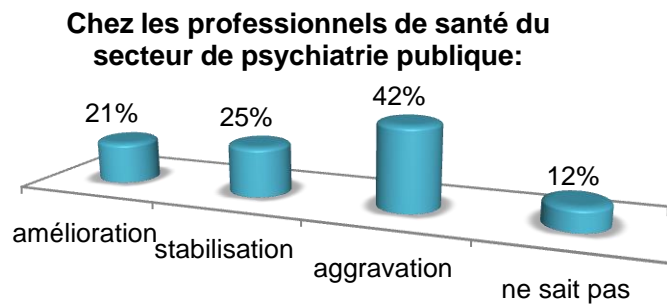
2/3 des médecins généralistes seraient favorables à une consultation avancée de psychiatre ou d'infirmier ou de psychologue au sein ou à proximité de leur cabinet.

2.4 Changements de pratiques professionnelles

Q 22 - Exercez-vous la médecine générale depuis plus de 5 ans ?

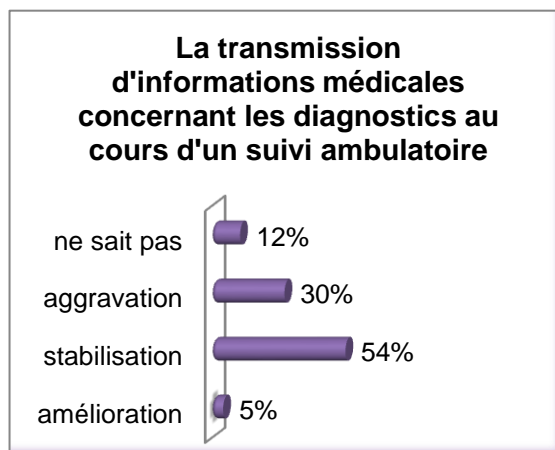
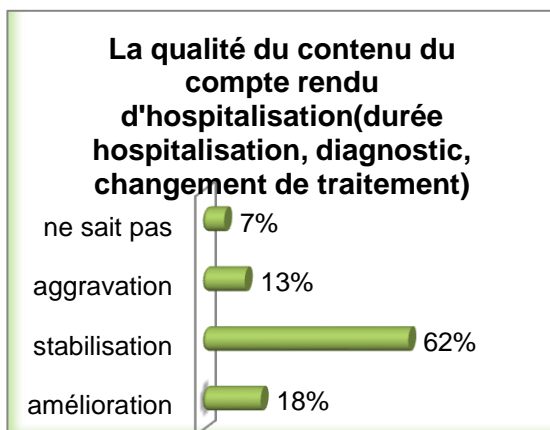
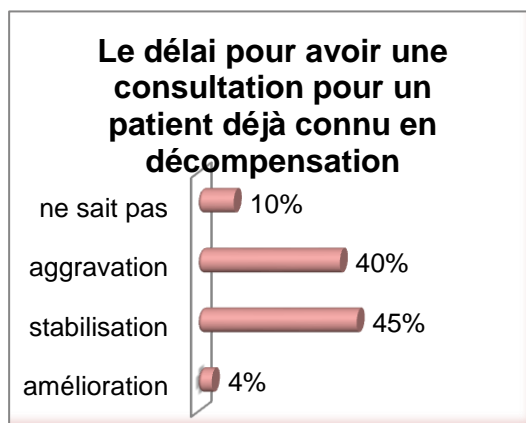
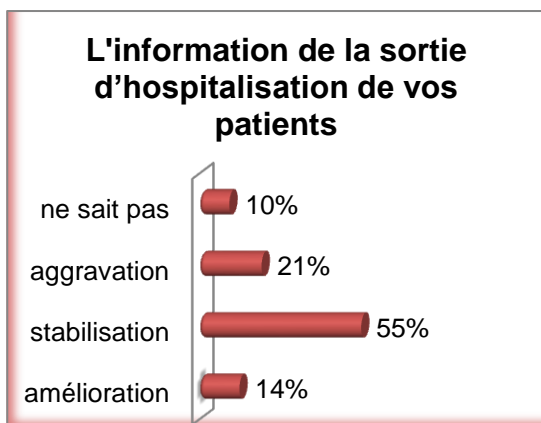
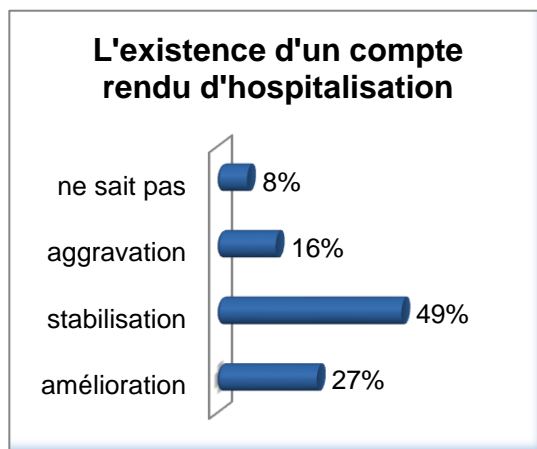
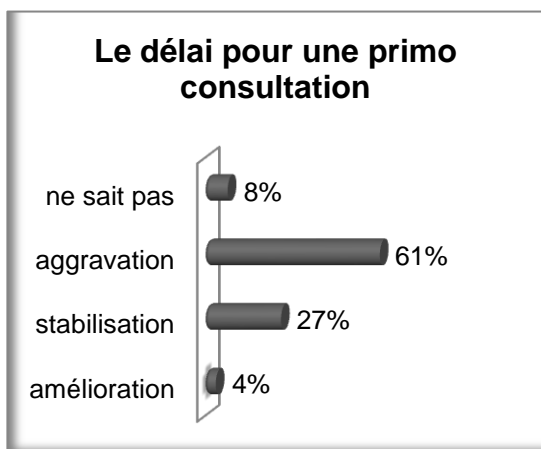


Q 22 (a) - Avez vous constaté depuis 3 ans des modifications de pratique ?

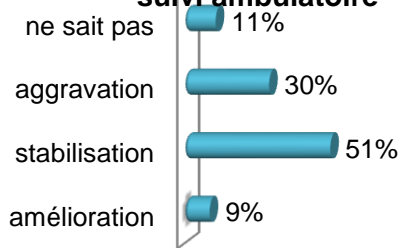


Des modifications de pratiques ont été constatées par les médecins généralistes chez leurs partenaires : une aggravation marquée chez les professionnels de santé du secteur de psychiatrie publique, moindre chez les psychiatres libéraux. Il n'y a pas eu de changements constatés chez les psychologues libéraux et les travailleurs sociaux.

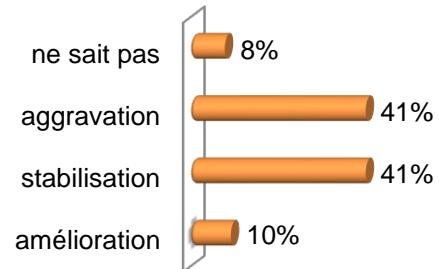
Q22 (b) - Avez vous constaté depuis 3 ans des modifications dans le secteur psychiatrique public concernant ?



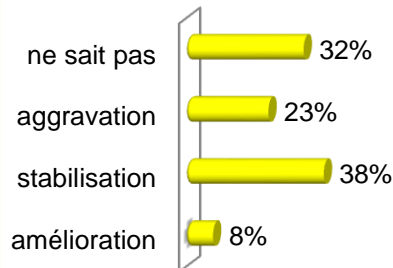
La transmission d'informations médicales concernant les modifications thérapeutiques au cours d'un suivi ambulatoire



La possibilité d'un avis auprès des psychiatres



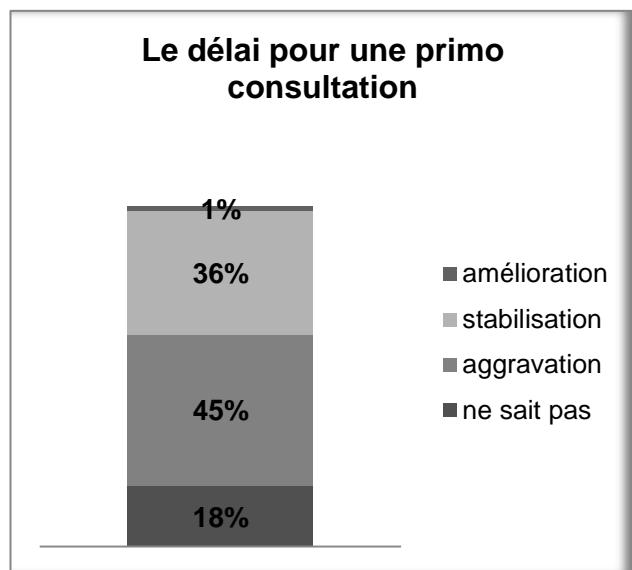
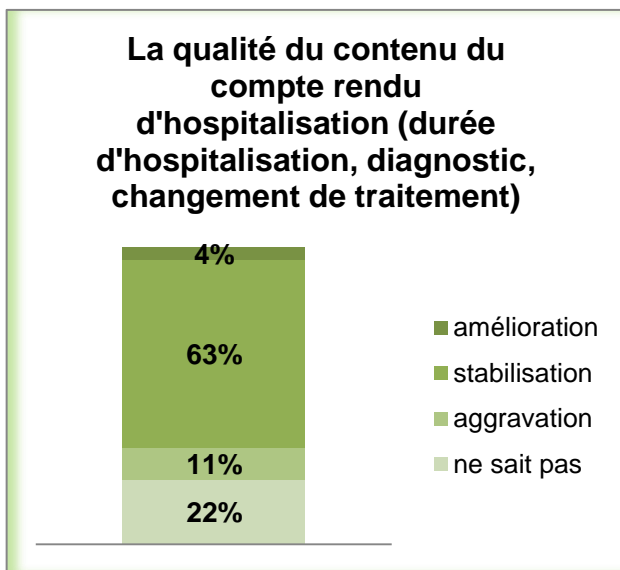
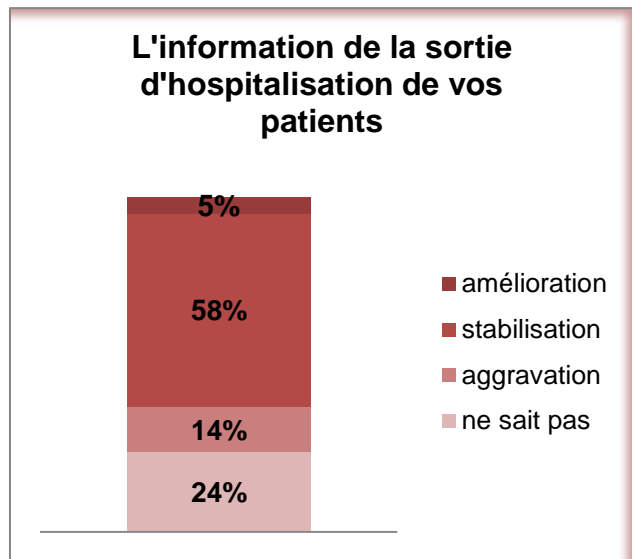
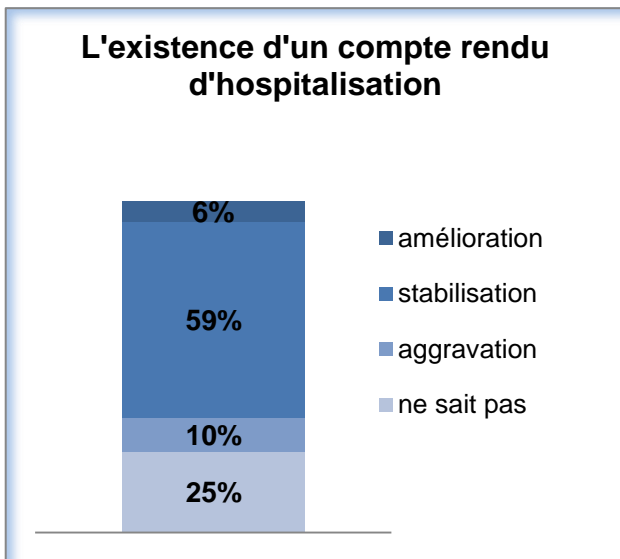
l'intégration dans un travail d'équipe pluridisciplinaire



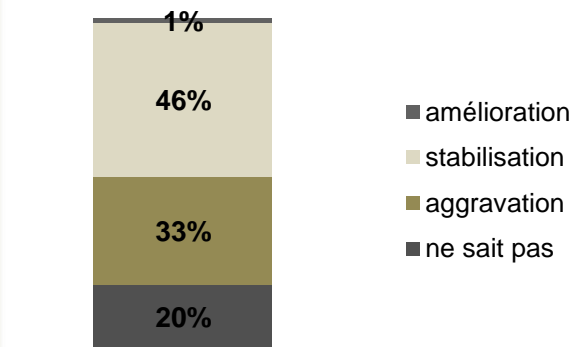
Les modifications constatées dans le secteur public concernent une amélioration de l'existence d'un compte-rendu d'hospitalisation et de sa qualité. En revanche, l'aggravation porte sur la possibilité d'un avis auprès des psychiatres, le délai pour une primo-consultation et le délai pour avoir une consultation pour un patient déjà connu en décompensation. Une aggravation moindre est aussi constatée pour l'intégration dans un travail d'équipe pluridisciplinaire.



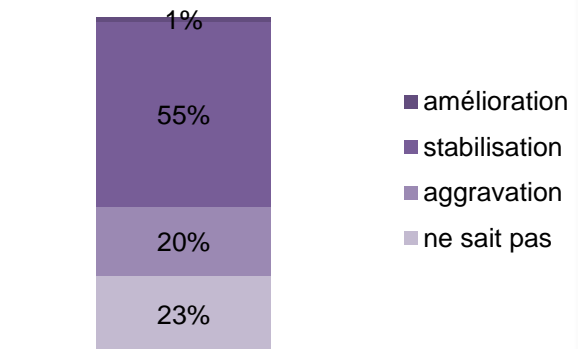
Q 22 (c) - Avez vous constaté depuis 3 ans des modifications dans le secteur psychiatrique privé concernant ?



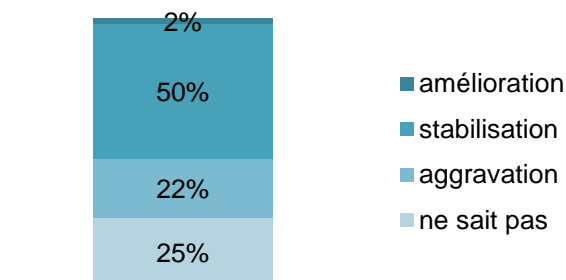
Le délai pour avoir une consultation pour un patient déjà connu en décompensation



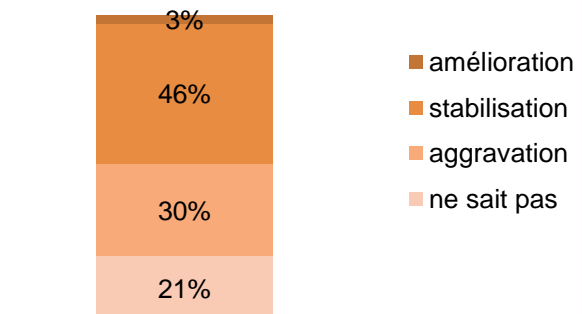
La transmission d'informations médicales concernant les diagnostics au cours d'un suivi ambulatoire



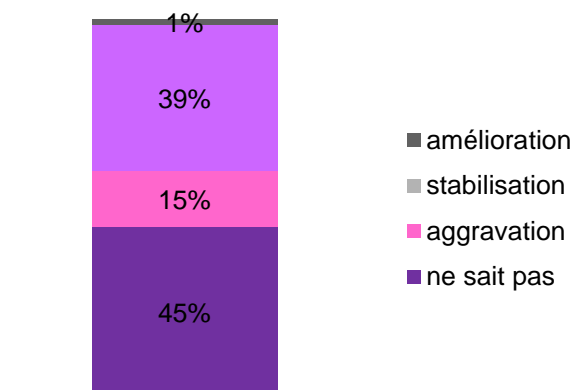
La transmission d'informations médicales concernant les modifications thérapeutiques au cours d'un suivi ambulatoire



La possibilité d'un avis auprès des psychiatres



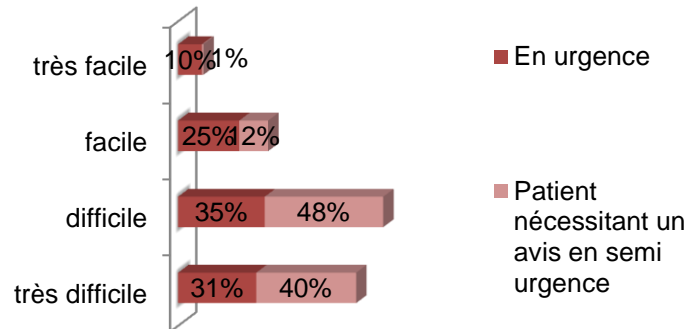
L'intégration dans un travail d'équipe pluridisciplinaire



Les modifications constatées dans le secteur privé concernent surtout des aggravations, certes plus modérées que dans le public : délai de primo-consultation, délai pour avoir une consultation pour un patient déjà connu en décompensation, possibilité d'un avis auprès des psychiatres

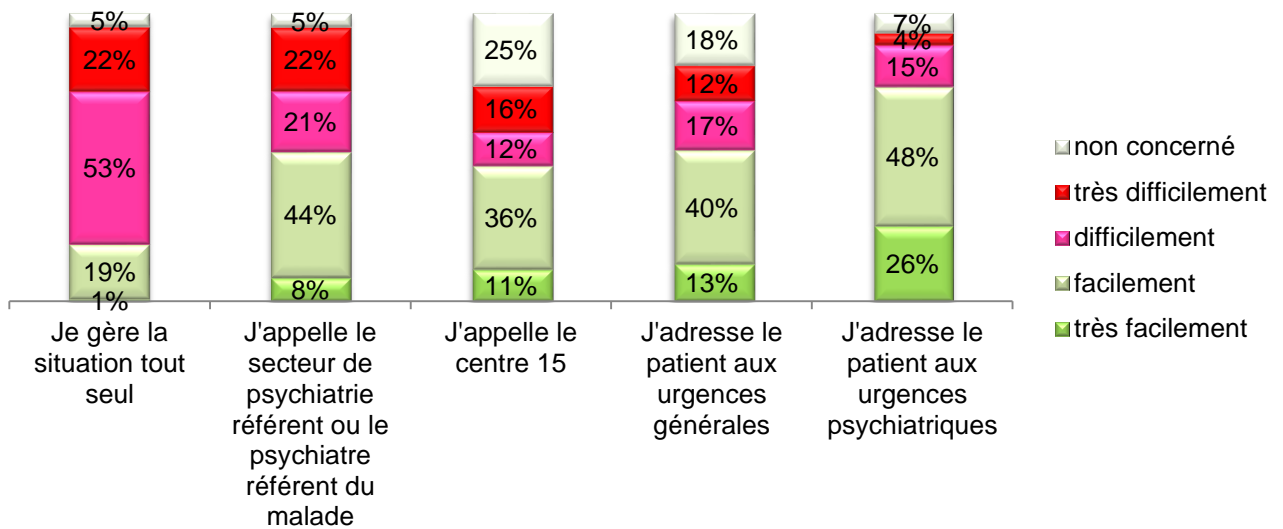
2.5 Gestion de situations

Q 23 - Dans les situations suivantes, comment qualifiez vous le recours à un avis spécialisé en psychiatrie ?



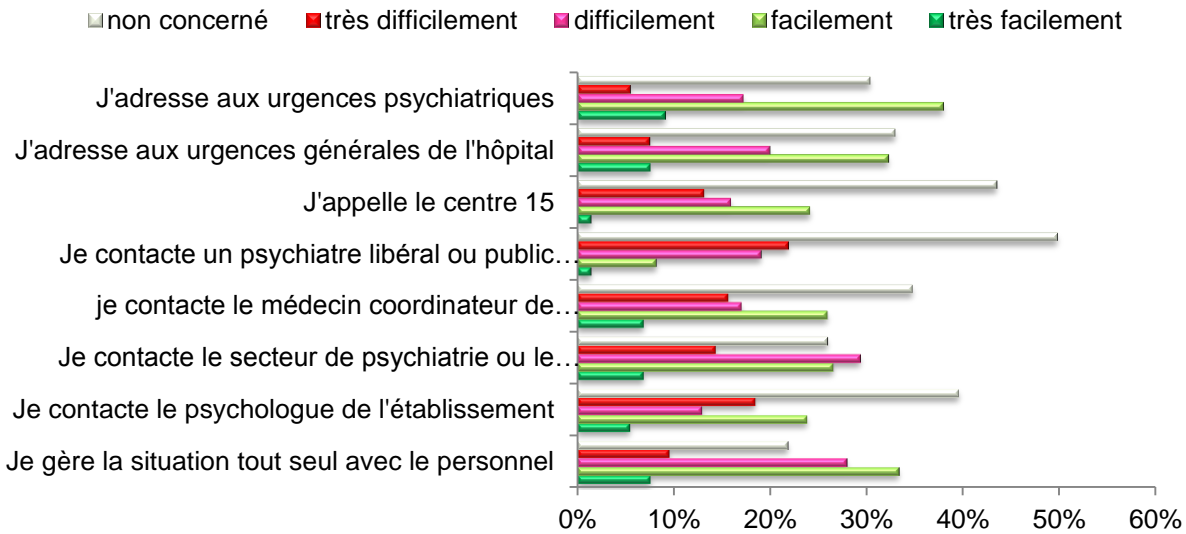
Le recours à un avis spécialisé en psychiatrie en urgence est difficile voire très difficile pour 2/3 des médecins généralistes. Il l'est encore plus pour un patient nécessitant un avis en semi-urgence (près de 90%).

Q 24 - Lors d'une urgence psychiatrique au cabinet ou au domicile du patient



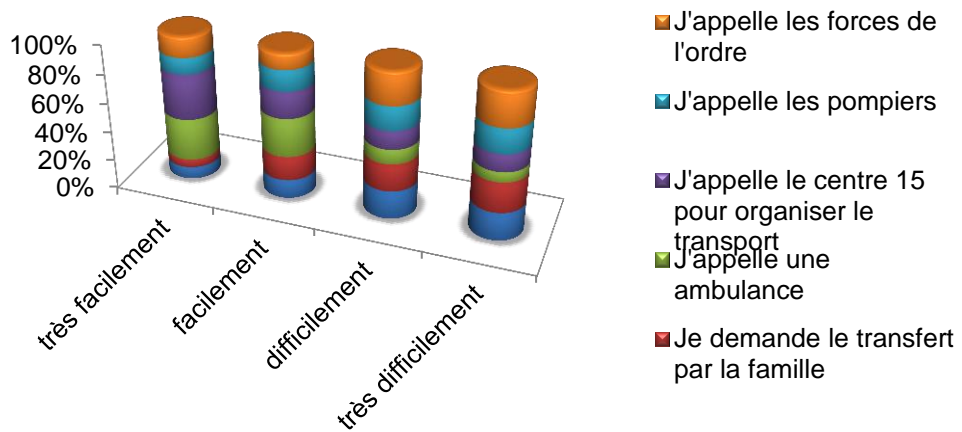
Pour organiser un transfert dans un contexte d'urgence psychiatrique, le médecin généraliste appelle plus facilement une ambulance. L'appel au centre 15 est assez facile également.

Q 25 -Lors d'une urgence psychiatrique dans un établissement médico-social (EPHAD, foyer occupationnel, MAS) :



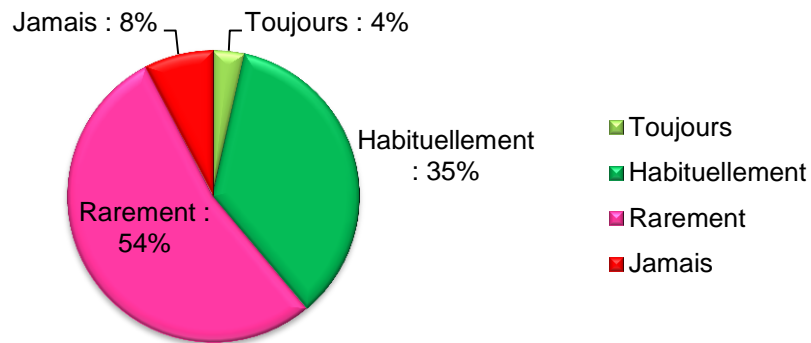
Il est plus facile de gérer seul une urgence psychiatrique pour un médecin généraliste dans un établissement médico-social qu'au cabinet ou au domicile. En revanche, l'adressage aux urgences psychiatriques est plus difficile.

Q26 - Pour organiser un transfert dans un contexte d'urgence psychiatrique :



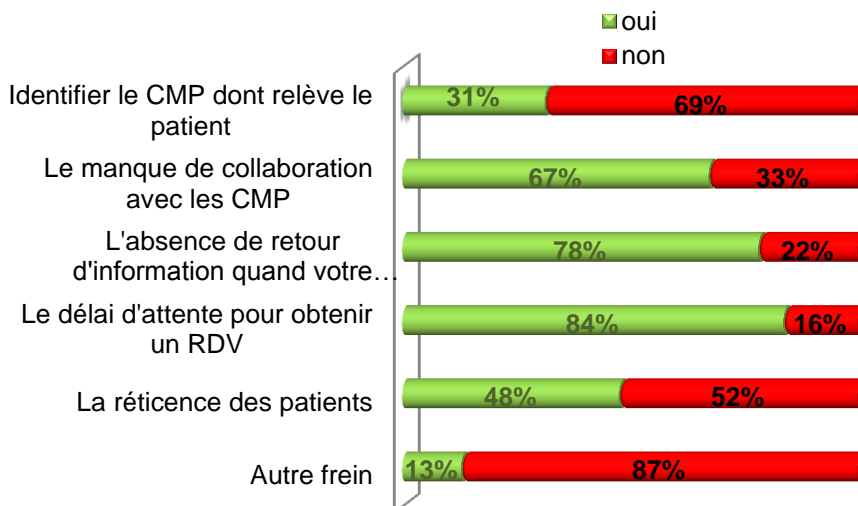
Lors d'une urgence psychiatrique au cabinet ou au domicile d'un patient, le médecin généraliste gère difficilement voire très difficilement la situation tout seul. Il lui est plus facile d'adresser le patient aux urgences psychiatriques, aux urgences générales. L'appel au centre 15, même s'il est facile, n'est pas pratiqué par tous.

Q 27 - Pour ce transfert, je propose un traitement :



Dans un tiers des cas, il est proposé un traitement.

Q 28 - Dans votre pratique, quels sont les freins à adresser vos patients dépressifs graves à un centre médico-psychologiques(CMP)



Les principaux freins à adresser des patients dépressifs pour un médecin généraliste sont par ordre décroissant le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous (83% contre 65% lors du panel en médecine générale de fin 2011), l'absence de retour d'information (78% contre 55% lors du panel en médecine générale de fin 2011 (67% contre 51%), le manque de collaboration avec les CMP (67% contre 51%). Dans la moitié des cas, la réticence des patients est un frein (47%, taux identique). 1/3 des médecins généralistes (31% contre 33% lors du panel) mettent en avant la difficulté d'identifier le CMP dont relève le patient. L'ordre est strictement est le même avec l'enquête du panel en médecine générale. D'autres freins ont pu être rapportés : image du CHS auprès du patient et de sa famille, passage par IDE avant d'accéder au psychiatre, pas d'identification des équipes, variabilité des intervenants, distance au CMP.

Si autre frein le ou lesquels :

« On ne peut pas choisir le psychiatre du CMP qui fera le suivi (les obtentions de RDV avec tel ou tel sont en fonction du mois de naissance du patient) ».

« Patient souvent isolé socialement mais ne pouvant rester seul ».

« Difficultés matérielles d'accès (patients sans moyens de transport) ».

« Manque de personnel avec actuellement pas de nouveau patient pris par le CMP ».

« L'image négative du CHS auprès du patient et de sa famille ».

Quelques commentaires...

« La sectorisation a changé et c'est difficile de s'y retrouver ».

« Ne pas connaître le nom des intervenants dans les équipes ».

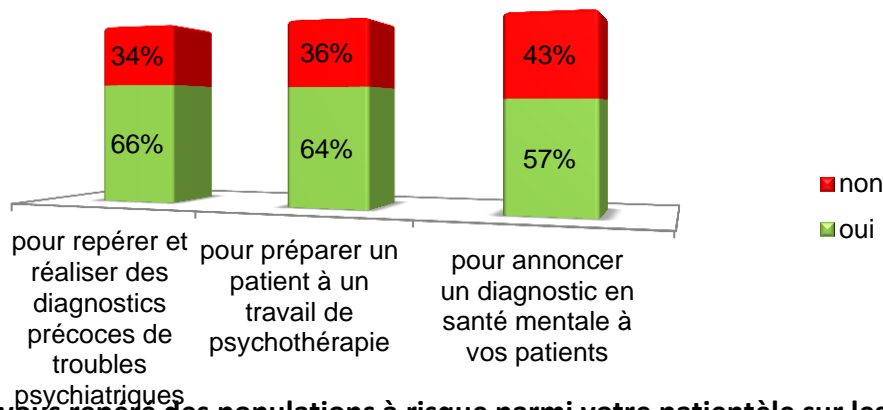
« La variabilité des intervenants. Ça change tout le temps, et c'est un vrai labyrinthe téléphonique ».

« Devoir à passer d'abord par une IDE qui va valider l'orientation vers le psychiatre ou le psychologue ».

« Bon travail des IDE au CMP, le problème c'est qu'il n'y a pas de psychiatre ».

« Le changement fréquent du soignant pour un même patient ».

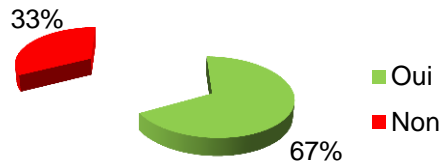
Q 29 - Vous sentez vous suffisamment outillé (formation et mise en pratique) ?



Q 30 - Avez vous repéré des populations à risque parmi votre patientèle sur lesquelles faire

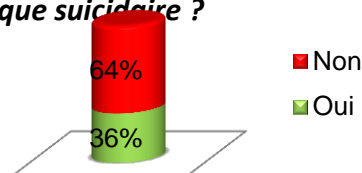
2/3 des MG se disent suffisamment outillés (formation et mise en pratique) pour repérer et réaliser des diagnostics précoces, pour préparer un patient à un travail de psychothérapie. Un peu moins disent l'être pour annoncer un diagnostic en santé mentale.

porter prioritairement le repérage et le diagnostic précoce de troubles psychiatriques ?



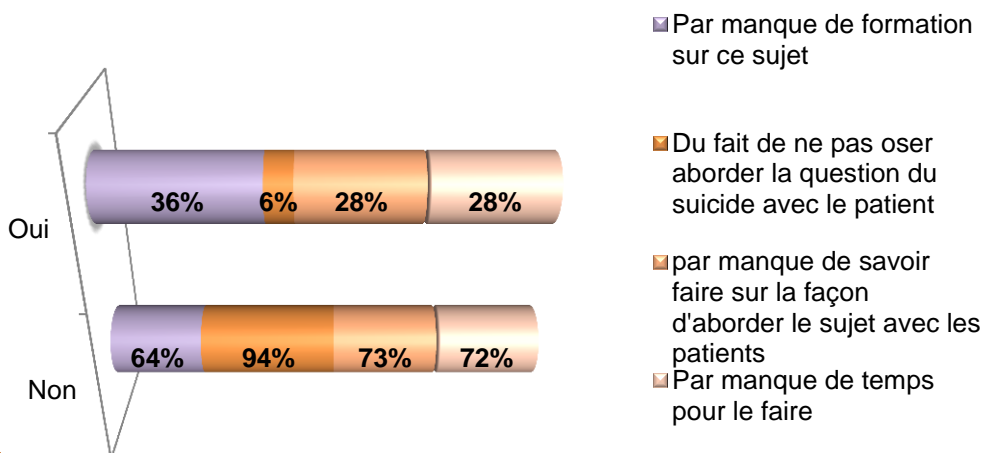
2/3 des médecins généralistes ont repéré des populations à risque parmi leur patientèle sur lesquelles faire porter prioritairement le repérage et le diagnostic précoce de troubles psychiatriques.

Q 31- Avez-vous des difficultés à évaluer le risque suicidaire ?



1/3 des médecins généralistes ont des difficultés à évaluer le risque suicidaire.

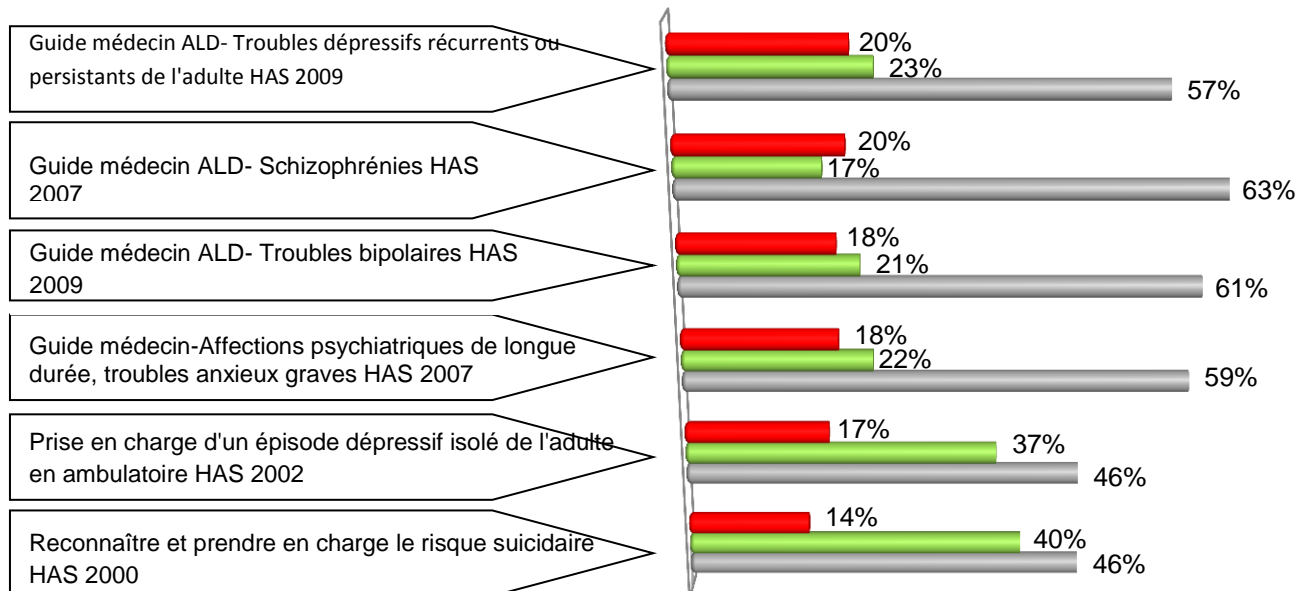
Q 31 Q31 bis - Si vous rencontrez des difficultés pour évaluer le risque suicidaire chez un patient, c'est :



1/3 des médecins généralistes ont des difficultés à évaluer le risque suicidaire, d'abord par manque de formation.

Q 32 - Ces recommandations de pratique clinique élaborée par la HAS vous sont elles utiles
Guide médecin ALD- Schizophrénies HAS 2007 pour votre pratique

■ non ■ oui ■ ne les connaît pas



Plus de la moitié des médecins généralistes ne connaissent pas les recommandations de pratique clinique de la HAS. Les plus connues sont « reconnaître et prendre en charge le risque suicidaire » de 2000 et « prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire » de 2002. Ce sont elles qui sont également les plus utilisées (par plus d'un tiers des médecins généralistes). La recommandation la moins connue et la moins utilisée est celle concernant les ALD pour schizophrénies (2007).

Quelles sont vos propositions pour améliorer les prises en charges des personnes vivant avec un trouble psychiatrique ?

COOPERATION
ENTRE
PROFESSIONNELS

FORMATIONS

ACTIONS SUR
DEMOGRAPHIE

ACCOMPAGNEMENT
SOCIAL

ACCES AUX
PSYCHOLOGUES

NOUVEAUX MOYENS

DESTIGMATISATION

PARCOURS

Coopération entre professionnels (MG et psychiatres)

- Valoriser cette coopération : avoir une rémunération pour des réunions pluridisciplinaires comme en alcoologie
- Décloisonner les pratiques en général
- Echanger autour des patients (avoir des nouvelles de ses patients), avec un niveau d'échanges avec les psychiatres équivalent à celui des autres spécialités
- Sortir de l'anonymat des psychiatres publics
- Améliorer la communication (courriers rapides, téléphone)
- Créer des circuits courts (éviter les personnels qui font écran)
- Ne pas considérer le MG comme seulement celui qui gère le somatique et les papiers (ALD, MDPH)
- Donner toute sa place au MG pour la prise en charge des effets physiques des psychotropes trop souvent ignorés des psychiatres
- Avoir un référent psychiatre avec conduite à tenir précise en cas de décompensation
- Avoir un recours et un contact d'urgence avec les psychiatres
- Avoir un dossier médical partagé
- Cartographier le réseau des compétences en soins psychiatriques sur son territoire et avoir un annuaire des structures et des intervenants (coordonnées, missions, domaines de compétences)
- Avoir un outil informatique d'analyse et d'échanges

Formations

- Améliorer la formation initiale et continue des MG
- Organiser des formations pluri professionnelles sur un secteur pour échanger et se connaître
- Informer les MG des nouvelles recommandations HAS en s'appuyant sur les formes récentes réduites de recommandations moins chronophages et plus digestes

Actions sur démographie des psychiatres

- Augmenter le nombre de psychiatres pour diminuer les délais de premier rendez-vous
- Diminuer le nombre de consultations de suivi des psychiatres pour les centrer sur les nouveaux patients en transférant le suivi aux MG

Accompagnement social

- Améliorer l'accès aux droits
- Améliorer les conditions d'accès et de maintien dans le logement
- Insérer dans l'activité professionnelle via une formation adaptée
- Valoriser la resocialisation dès que possible
- Favoriser l'insertion communautaire, pour des patients de plus en plus souvent isolés

Accès aux psychologues

- Faire rembourser par la SS une consultation chez un psychologue une fois par an chez les 15/30 ans

Nouveaux moyens

- Augmenter les moyens de la psychiatrie de secteur
- Augmenter les structures de type appartements thérapeutiques
- Créer des espaces de groupes de paroles pour les patients et les familles
- Développer la télémédecine

Destigmatisation

- Informer la population des pathologies psychiatriques
-

Parcours

- Créer un plan de soins psychiatriques pour le patient (comme en cancérologie)
- Avoir une coopération globale psychiatre, MG, pharmacien, IDE pour la prise en charge du traitement
- Organiser des réunions de synthèse incluant le MG
- Eviter les ruptures de liens du suivi thérapeutique (patient isolé, non compliant...)

METHODE ET RESULTATS DE L'ENQUETE MENEES PAR L'EQUIPE D'EVALUATION AUPRES DES PSYCHIATRES LIBERAUX DE LA REGION PAYS DE LA LOIRE

METHODOLOGIE

1.3 Objectifs et construction du questionnaire

Cette enquête auprès des psychiatres libéraux de la région s'est inscrite dans les investigations menées auprès des différents acteurs partie prenante de la politique (professionnels de santé, associations, institutions...), en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique, évaluée par l'ARS.

Elle visait à mieux connaître les modalités de travail et les attentes des psychiatres, en matière de prise en charge de personnes vivant avec des troubles psychiques, en lien ou non avec les autres professionnels.

Des questions fermées ont été privilégiées pour mobiliser le moins possible les répondants, et permettre des comparaisons entre acteurs.

De plus, des espaces d'expression libre sur les questions de leur place dans le parcours de santé du patient et de la prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques étaient ouverts à tous les répondants.

Ce questionnaire a tenu compte du contenu de deux enquêtes récentes réalisées par l'URPS médecins libéraux auprès des psychiatres libéraux afin de ne pas reposer les mêmes questions aux mêmes médecins, tout en espérant pouvoir obtenir les résultats de ces deux enquêtes auprès de l'URPS.

1.4 Déploiement de l'enquête et taux de réponse

Ce questionnaire a été adressé par voie postale, aux 248 psychiatres libéraux recensés dans la région (source ARS/ADELI au 3 juin 2015), sous format papier le 23 juin 2015 avec une demande de réponse au 10 juillet 2015.

A la date de clôture, les réponses aux questions fermées ont été analysées sous Excel.

L'anonymat des réponses était garanti. Aussi, aucune relance n'a été effectuée.

Pour les questions comportant une dimension ouverte, comme pour la partie « expression libre », il a été fait le choix de ne mentionner que les réponses revenant le plus fréquemment.

Sur les 248 questionnaires adressés, 35 ont été retournés remplis à l'ARS, ce qui correspond à un taux de réponse de 14,1 %. Le taux de réponse à la deuxième enquête de l'URPS médecins libéraux était de 32,7% (81 répondants).

Pour déterminer le pourcentage de réponse aux divers items de chaque question, il a été choisi de ne retenir que le nombre total de répondants à la question divisé par le nombre de répondants total à l'enquête.

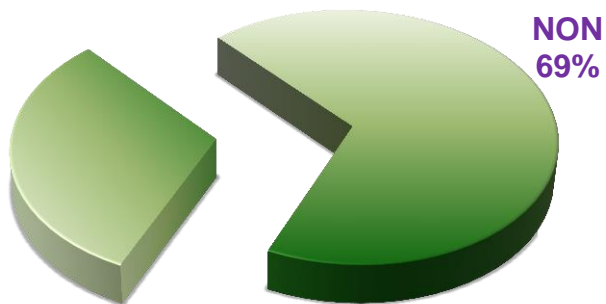
3. RESULTATS

2.1 - Relations avec l'ARS

Q1 – Avez-vous eu des contacts avec l'ARS ou avez-vous eu connaissance de projets de l'ARS concernant votre activité professionnelle ?



OUI
31%



A 69 %, les psychiatres libéraux ont indiqué ne pas avoir de contacts avec l'ARS ni avoir eu connaissance de projets de l'ARS concernant leur activité professionnelle.

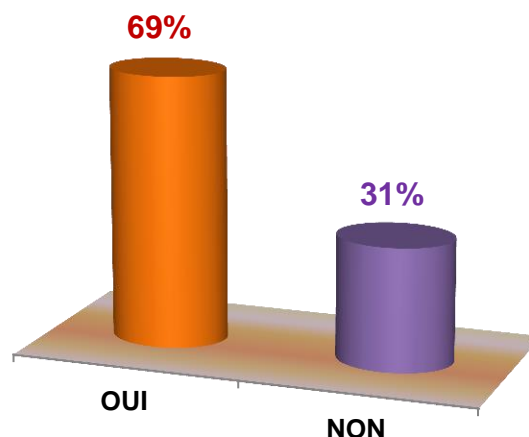


Pour les 31 % de psychiatres libéraux ayant indiqué avoir des contacts avec l'ARS ou avoir eu connaissance de projets de l'ARS concernant leur activité professionnelles, les principaux sujets identifiés portaient sur :

- « Des correspondances entre médecins généralistes et psychiatres »,
- « L'amélioration du parcours de soins et la prise en charge d'un patient avec troubles psychiques »,
- « L'organisation de l'offre de soins en pédo-psychiatrie »,
- « Un projet de renforcement du lien entre les médecins généralistes et les psychiatres, via l'URPS »,
- « L'amélioration du dépistage précoce de l'autisme »,
- « La participation à la CRSA, à des groupes de travail ou à des comités de pilotage »

2.2– Place du psychiatre libéral dans le parcours de santé

Q2 - Etes-vous satisfait de votre place dans le parcours de santé d'un patient vivant avec des troubles psychiques et/ou un handicap psychique ?



Plus de deux tiers des psychiatres libéraux ayant répondu à cette question se déclarent satisfaits de leur place dans le parcours de santé d'un patient vivant avec des troubles psychiques et/ou un handicap psychique.

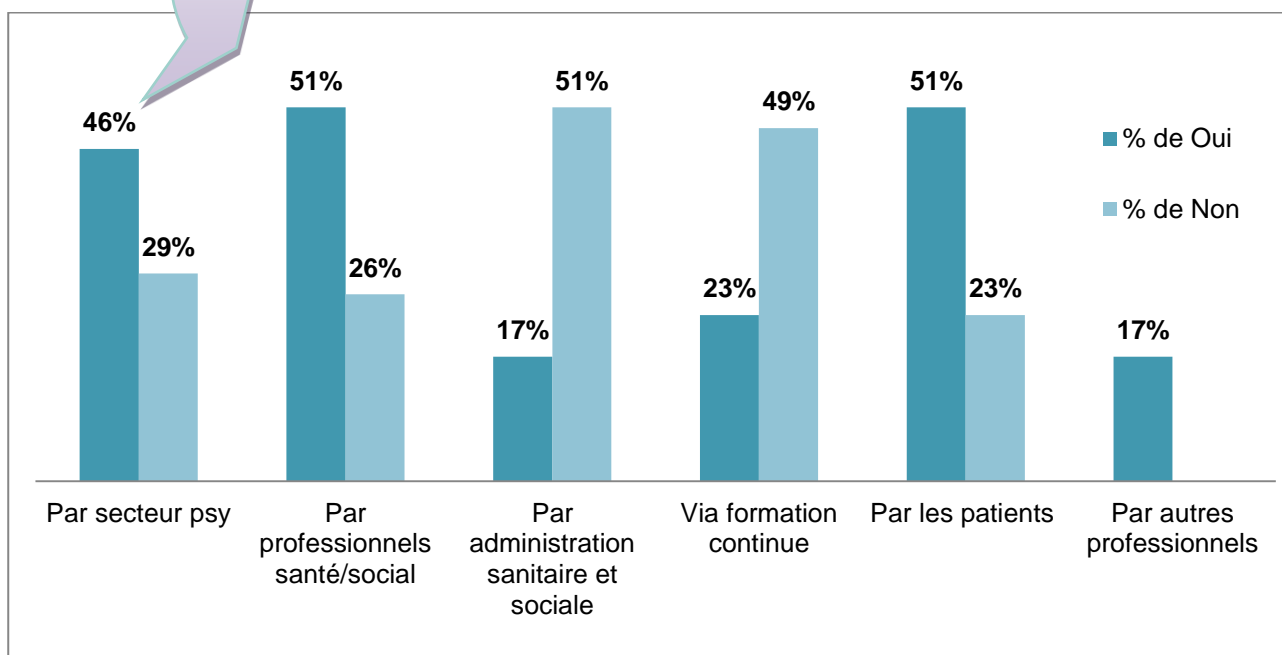
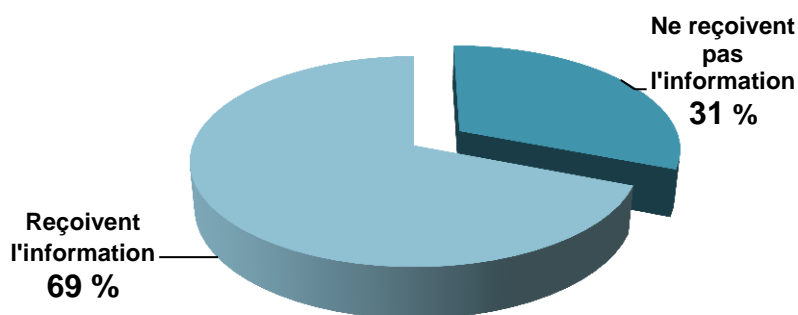


Pour le tiers des psychiatres libéraux ne se déclarant pas satisfaits de leur place dans le parcours de santé d'un patient vivant avec des troubles psychiques et/ou un handicap psychique, les principaux motifs d'insatisfaction sont :

- « La perte de liberté d'exercice professionnel »,
- « Le manque de moyens budgétaires pour prendre en compte la santé mentale dans ses différentes composantes en Pays de la Loire »,
- « Un délai d'attente trop important pour la prise en charge des patients »,
- « Le regret de la suppression de la possibilité pour les patients d'avoir un accès direct à un psychiatre »,
- « Le manque de temps pour participer à des réunions concernant les patients »

2.3– Modalités d’information des modifications de l’offre de soins et de l’accompagnement social des patients

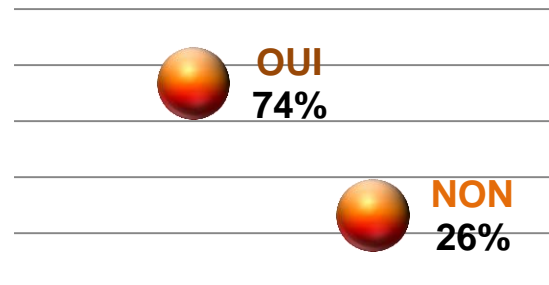
Q3 - Par qui êtes-vous informé des modifications locales de l’offre de soins et d’accompagnement social et médico-social des personnes vivant avec des troubles et/ou un handicap psychique ?



Près d’un tiers des psychiatres libéraux déclarent ne pas être informés des modifications locales de l’offre de soins et d’accompagnement social et médico-social des personnes vivant avec des troubles et/ou un handicap psychique. Leurs principales sources d’information quand elles existent se partagent entre les différents acteurs. Le peu d’informations obtenues via les administrations sanitaires et sociales fait ressortir les faibles contacts avec ces administrations (cf. question 2).

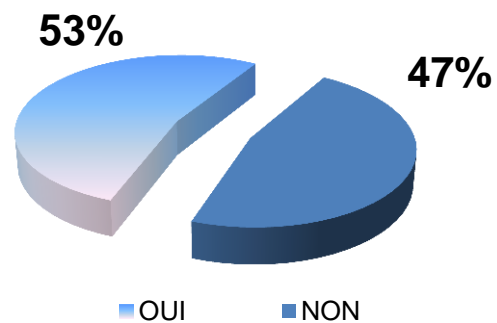
2.4 – Connaissance de structures et/ou de documents à destination des patients

Q4 - Connaissez-vous un groupe d'entraide mutuelle (GEM) de patients dans votre zone d'exercice ?



¾ des psychiatres connaissent un GEM dans leur zone d'exercice.

Q5 - Connaissez-vous un SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) dans votre zone d'exercice ?

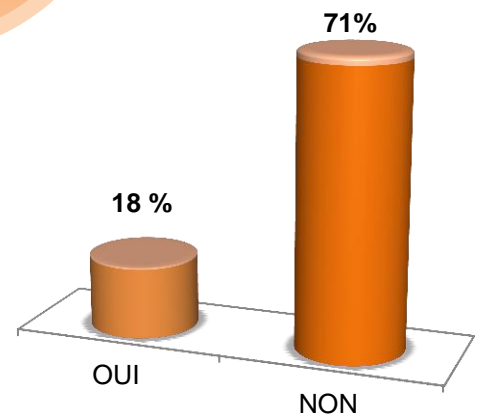


La moitié des psychiatres libéraux connaissent un SAMSAH dans leur zone d'exercice. C'est moins que pour la connaissance des GEM.

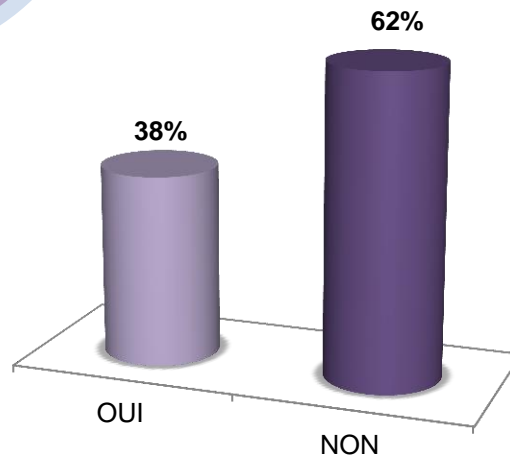
Q6 - Connaissez-vous les documents régionaux suivants ?



*Guide sur
l'accompagnement
des majeurs
protégés atteints de
troubles psychiques*
*(DRJSCS et ARS)- Mars
2014*



*Guide des acteurs-
ressources – Agir
ensemble contre le
suicide en Pays de
la Loire (ARS et
MSA) sur le site
Internet de l'ARS Pays
de la Loire*

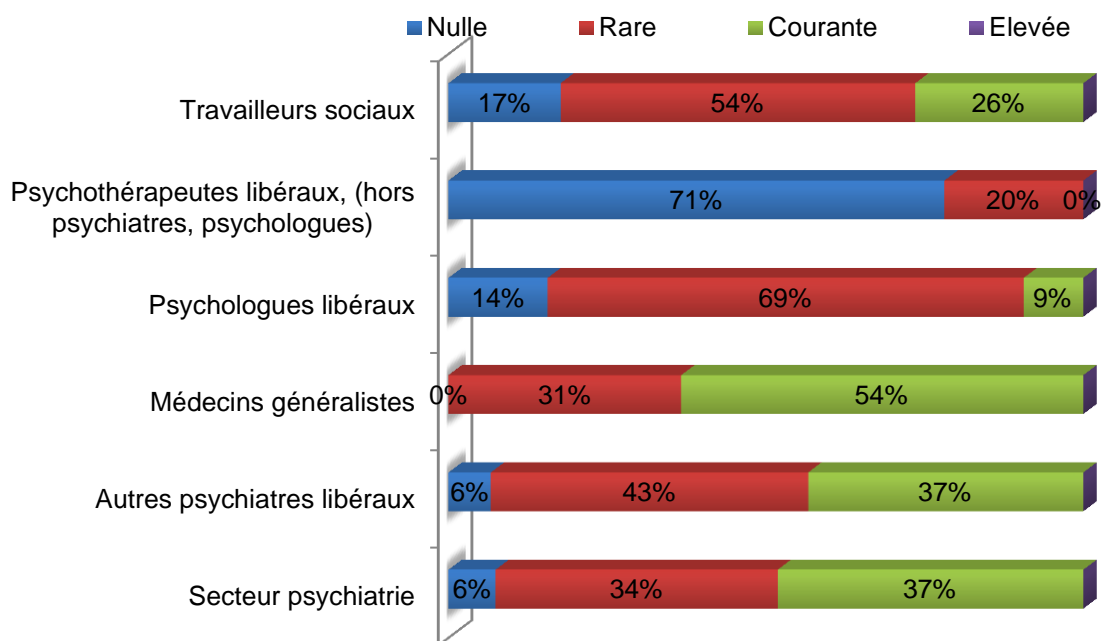


Près des $\frac{3}{4}$ des psychiatres libéraux ne connaissent pas le « *Guide sur l'accompagnement des majeurs protégés atteints de troubles psychiques (DRJSCS et ARS) – mars 2014* »

Près des $\frac{2}{3}$ des psychiatres libéraux ne connaissent pas le « *Guide des acteurs ressources – Agir ensemble contre le suicide en Pays de la Loire (ARS et MSA) consultable sur le site internet de l'ARS Pays de la Loire* ».

2.5 – Fréquence des échanges avec les autres professionnels

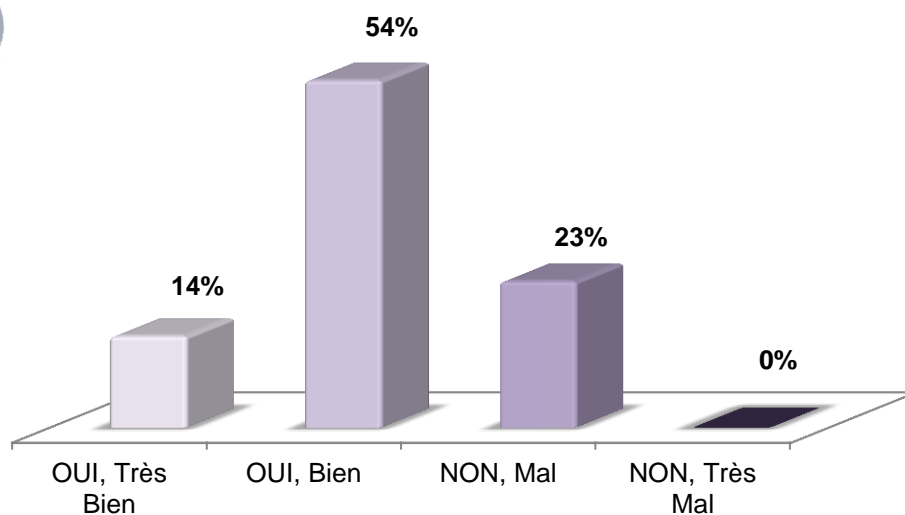
Q7 – Comment qualifieriez vous la fréquence de vos échanges avec ?



Les échanges sont plus les plus fréquents avec les médecins généralistes, les autres psychiatres libéraux et les secteurs de psychiatrie.
Par contre, les échanges avec les psychothérapeutes libéraux sont quasi inexistantes et ils sont rares avec les psychologues libéraux.

2.6 – Relations avec les médecins généralistes

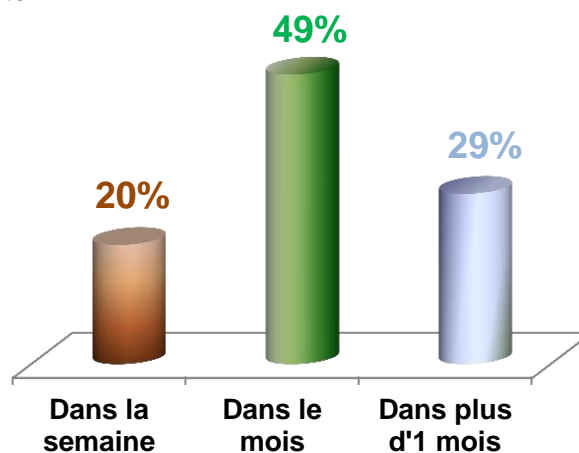
Q8 – Selon vous, les Médecins Généralistes connaissent-ils le type de patients qu'ils peuvent adresser à un psychiatre libéral ?



Plus des 2/3 des Psychiatres libéraux estiment que les médecins généralistes connaissent bien, ou très bien, la typologie des patients qu'ils peuvent leur adresser.

2.7 – Délai moyen pour une première consultation

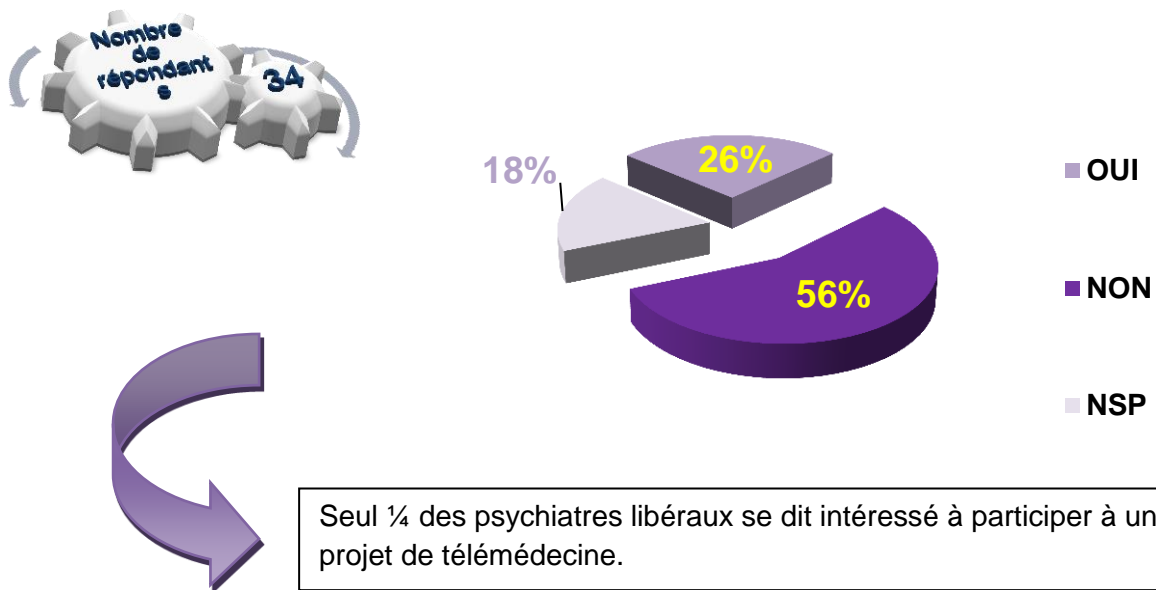
Q9 – Habituellement dans quel délai donnez vous un rendez-vous pour un nouveau patient adressé par son généraliste ?



Plus des 2/3 (69 %) des psychiatres libéraux peuvent proposer un rendez-vous dans le délai d'un mois et (20 %) peuvent le proposer dans la semaine.

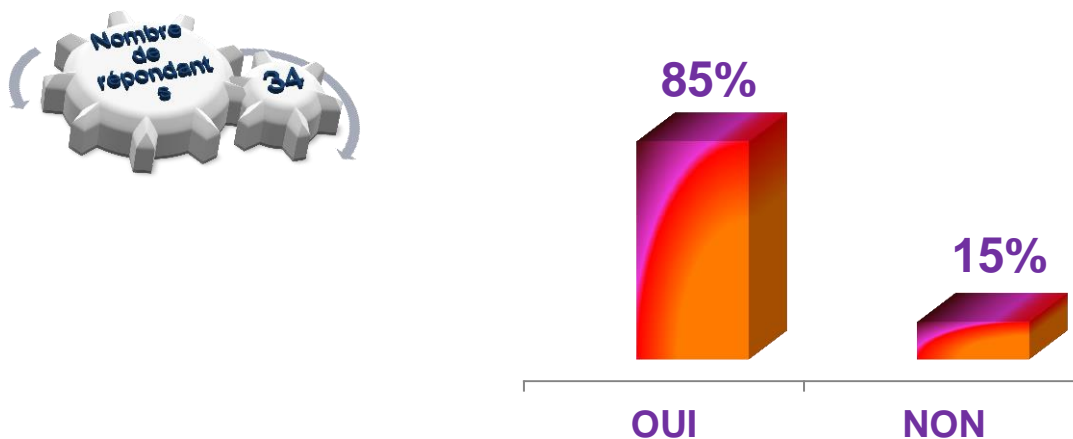
2.8 – Projet de télémédecine en santé mentale

Q10 – Seriez vous intéressé pour participer à un projet de télémédecine en santé mentale ?



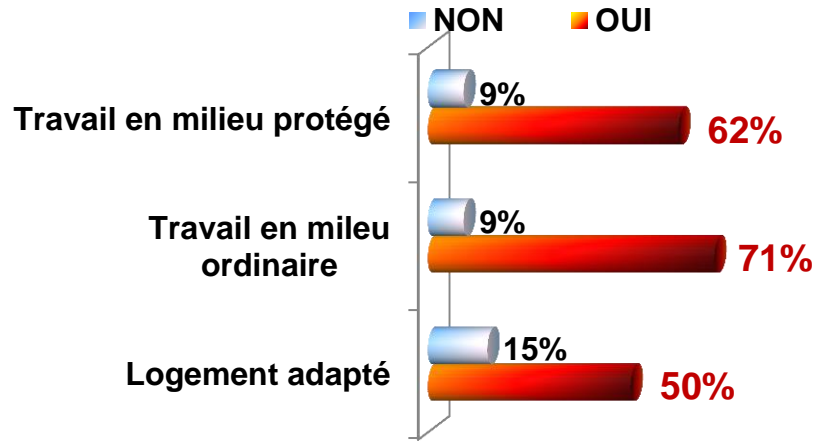
2.9 – Intégration sociale des personnes vivant avec des troubles ou handicap psychique

Q11 – Constatez-vous des manques dans votre zone d'exercice pour l'intégration sociale des personnes vivant avec des troubles ou un handicap psychique ?



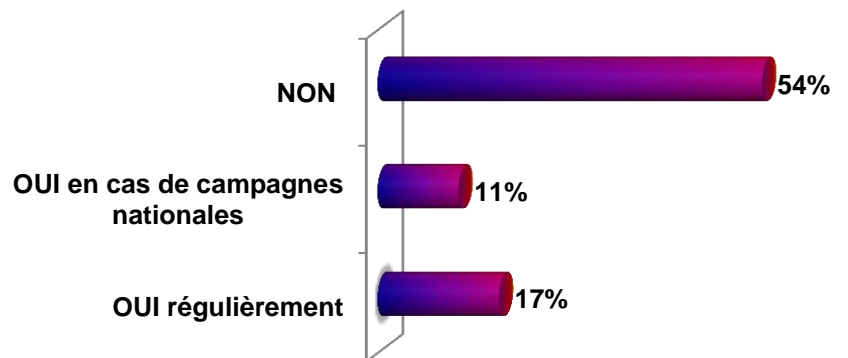


Quels types de manques ?



La très grande majorité des psychiatres libéraux constate des manques dans l'intégration sociale des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique. Ces manques concernent surtout le travail, et plus particulièrement le travail en milieu ordinaire.

Q12 – Participation à des actions d'informations auprès de la population générale.



Plus de la moitié des psychiatres libéraux ne participe pas à des actions d'informations auprès de la population.

2.10 – Propositions (commentaires libres de la question 13) – soit 18 répondants

Moyens



- "Plus de places dans le médico-social"
- "Permettre à la psy libérale d'avoir les moyens de ses objectifs (revalorisation de la nomenclature, simplification administrative, minoration des tutelles CPAM-ARS, etc"
- "...Rémunération et prise en compte du temps passé en dehors du temps de consultation."
- "Suis des personnes vivant chroniquement avec des troubles psy qui ne sont pas des troubles psychotiques (névrose grave, troubles de l'humeur) qui ne peuvent exercer d'activité professionnelle et sont parfois bien isolées. Des structures type HDJ ou CATTP dédiés à ce type de troubles pourraient améliorer leur PEC".
- "Permettre à nouveau l'accès direct aux psychiatres..."
- "Augmentation du numerus clausus en médecine"
- "Adultes : problèmes de places en ESAT et structures de type FO/MAS, idem pour les accompagnants, tant médico-sociaux que sanitaires (secteurs de psy). Enfants : faiblesse des diagnostics en secteur de pédo psy. Problème majeur des places en IME."

Echanges et Informations



- « Amélioration des relations avec les Médecins Généralistes... "
- "...Suivi socio-professionnel plus fréquent pour mieux cibler l'orientation"
- "Que l'ARS vienne sur le terrain"

Moyens





- "Dispositifs d'accompagnement social++à développer (mise en place des aides, insertion professionnelle, notamment en milieu ordinaire). Associations d'entraide, groupes de patients également intéressants à développer".
- "Démographie médicale psy en chute libre. Délégations auprès des professionnels : quel budget ? Psychiatrisation (familles et patients) à développer. Améliorer le quotidien du médical. Développer des structures opérationnelles (GSM...)? "
- "Equipes mobiles de psychiatrie"
- "Donner les moyens au secteur public psychiatrique"
- "Prendre en compte, si possible la moyenne d'âge des psychiatres libéraux. dont de nombreux sont en train de passer de 6 à 1...Périmètre d'intervention 100 kms sur 4 départements. Le secteur public aura t'il les moyens de faire face ?"
- "Nécessité de développer des prises en charge familiales (souffrance imputane des parents, des conjoints, des enfants... de patients atteints de troubles psychiques)".
- "Développement de Conseil Local de Santé Mentale".



Echanges et Informations

- "Favoriser le travail en réseau et les structures permettant une plus grande autonomie et intégration sociale des personnes"
- "Un accès plus fluide aux différentes structures (CAT, Ateliers protégés, IMpro...). Etre informé des nouvelles créations de structures et des places disponibles. Possibilité de réduire le délai de RDV si urgence demandée par Médecin Généraliste."
- "Les associations professionnelles représentatives représentent la voix des médecins."

COMPARAISON
PSYCHIATRES / PSYCHOLOGUES LIBERAUX

		 PSYCHOLOGUES	 PSYCHIATRES
Satisfaction de la place dans le parcours	OUI	62 %	69 %
Informations des modifications de l'offre de soins	NON	38 %	31 %
Relations avec l'ARS	Aucune	94 %	69 %
Connaissance Guide Suicide	NON	77 %	62 %
Connaissance GEM	OUI	15 %	74 %
Fréquence des échanges :			
- Travailleurs sociaux		12 %	80 %
- Médecins généralistes		39 %	54 %
- Secteur psychiatrie		9 %	37 %
- Psychologues libéraux		-	9 %
- Psychiatres libéraux		6%	-
Connaissance du type des patients par les médecins généralistes	OUI	25 %	68 %
Délai moyen pour 1 première consultation	Dans le mois	94 %	69 %

Les psychiatres libéraux, si on les compare aux psychologues libéraux :

- Sont mieux informés des modifications de l'offre de soins et d'accompagnement
- Sont plus satisfaits de leur place dans le parcours des patients
- Ont des relations plus fréquentes avec l'ARS
- Connaissent plus souvent l'annuaire suicide régional
- Connaissent plus souvent un GEM dans leur zone d'exercice
- Ont des échanges plus fréquents avec les travailleurs sociaux, les médecins généralistes et les secteurs de psychiatrie
- Ont une activité mieux connue de la part des médecins généralistes
- Ont des rendez-vous de première consultation plus longs

ANNEXE 5 : Etude réalisée auprès des psychologues libéraux

METHODE ET RESULTATS DE L'ENQUETE MENEES PAR L'EQUIPE D'EVALUATION AUPRES DES PSYCHOLOGUES LIBERAUX DE LA REGION PAYS DE LA LOIRE

1. METHODOLOGIE

1.1 Objectifs et construction du questionnaire

Cette enquête auprès des psychologues libéraux de la région s'est inscrite dans les investigations menées auprès des différents acteurs partie prenante de la politique (professionnels de santé, associations, institutions...), en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique, évaluée par l'ARS.

Elle visait à mieux connaître les modalités de travail et les attentes des psychologues, en matière de prise en charge de personnes vivant avec des troubles psychiques, en lien ou non avec les autres professionnels.

Des questions fermées ont été privilégiées pour mobiliser le moins possible les répondants, et permettre des comparaisons entre acteurs.

De plus, des espaces d'expression libre sur les questions de leur place dans le parcours de santé du patient et de la prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques étaient ouverts à tous les répondants.

1.2 Déploiement de l'enquête et taux de réponse

Ce questionnaire a été envoyé par voie postale à 153 psychologues libéraux de la région répartis dans les départements de Loire Atlantique, Maine et Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée, sous format papier le 10 juillet 2015, avec un retour demandé pour le 31 août 2015.

Un échantillonnage a été réalisé au sein des 776 psychologues libéraux recensés dans la région au 25 juin 2015 (source ARS/ADELI). Un tirage au sort a été effectué au 1/5, respectant deux critères de répartition : le département et le type de commune (urbain/rural) tel que défini par l'INSEE sur la population 2010.

18 retours pour mauvais adressage ont été recensés (ADELI non à jour). Aucune relance n'a été effectuée.

34 réponses ont été reçues à l'ARS sur un total de 135 destinataires effectifs, soit un taux de réponse de 25.2%.

A la date de clôture, les réponses aux questions fermées ont été analysées sous Excel.

Pour les questions comportant une dimension ouverte, comme pour la partie « expression libre », il a été fait le choix de ne mentionner que les réponses revenant le plus fréquemment.

Compte tenu du respect de l'anonymat pour cette enquête, il n'est pas permis de savoir si l'échantillon des 34 répondants est représentatif de l'ensemble des psychologues au regard des 2 critères retenus.

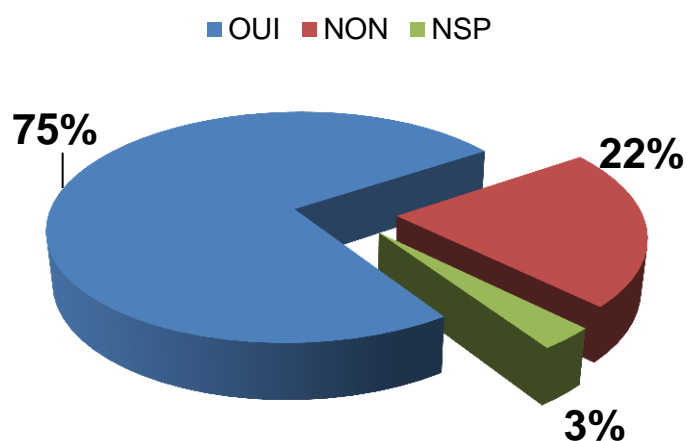
Tableau récapitulatif de la démographie des psychologues libéraux et de l'échantillon tiré au sort :

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région
Nombre total de psychologues	449 (57.9%)	147 (18.9%)	28 (3.6%)	52 (6.7%)	100 (12.9%)	776
<i>Nombre total de psychologues en commune rurale</i>	20 (4.5%)	17 (11.6%)	4 (14.3%)	5 (9.6%)	19 (19%)	65 (8.4%)
<i>Nombre total de psychologues en commune urbaine</i>	429 (95.5%)	130 (88.4%)	24 (85.7%)	47 (90.4%)	81 (81%)	711 (91.6%)
Nombre de psychologues dans l'échantillon	89 (58.1%)	29 (19%)	6 (3.9%)	10 (6.5%)	19 (12.4%)	153 (19.7%)
<i>Nombre de psychologues en commune rurale dans l'échantillon</i>	3 (3.4%)	3 (10.3%)	1 (16.7%)	1 (10%)	4 (21.9%)	12 (8.5%)
<i>Nombre total de psychologues en commune urbaine dans l'échantillon</i>	86 (96.6%)	26 (89.7%)	5 (83.3%)	9 (90%)	15 (78.9%)	141 (91.5%)

2. RESULTATS

2.1 Accessibilité aux psychologues libéraux en région

Q.1 De votre point de vue, existe-t-il des difficultés d'accès aux psychologues libéraux dans la région ?



Selon la majorité des professionnels interrogés, soit 75 %, il ressort que l'accès à leur discipline comporte des difficultés, contre seulement 22 % qui estiment le contraire.

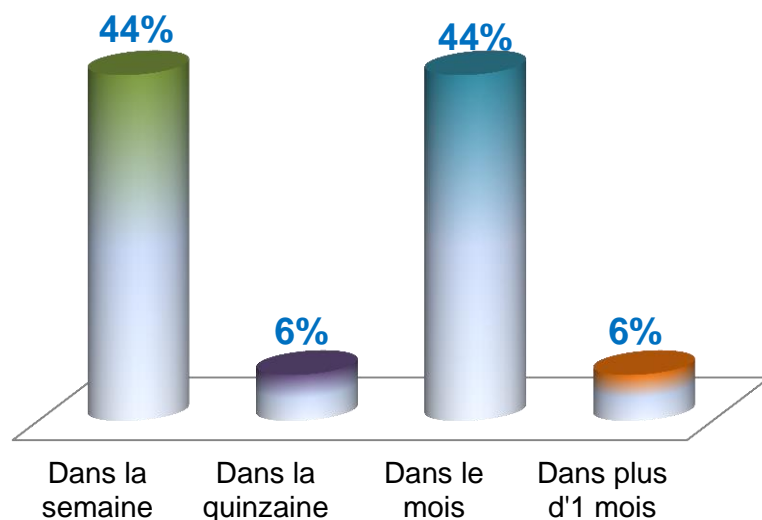


3 types de difficultés sont particulièrement mises en exergue.

- Une récurrence est faite sur le coût souvent inaccessible pour les usagers. Malgré des demandes croissantes, le manque de moyen financier des patients et le non remboursement des consultations sont des freins non négligeables. L'accès aux psychologues libéraux est donc impossible pour certains.
- Par ailleurs, il remonte également une difficulté de repérage, tant professionnel que particulier, dans les différentes pratiques professionnelles (psychanalyse, thérapies brèves, thérapies comportementales et cognitives...). Cette méconnaissance peut engendrer des retards dans la prise en charge des patients qui sont en grande souffrance psychique.
- Un autre aspect est également abordé : l'acceptation par le patient de se faire accompagner par un psychologue. Sujet toujours sensible pour certains, qui préfèrent se confier à leur médecin généraliste.

2.2 Délai moyen pour une première consultation

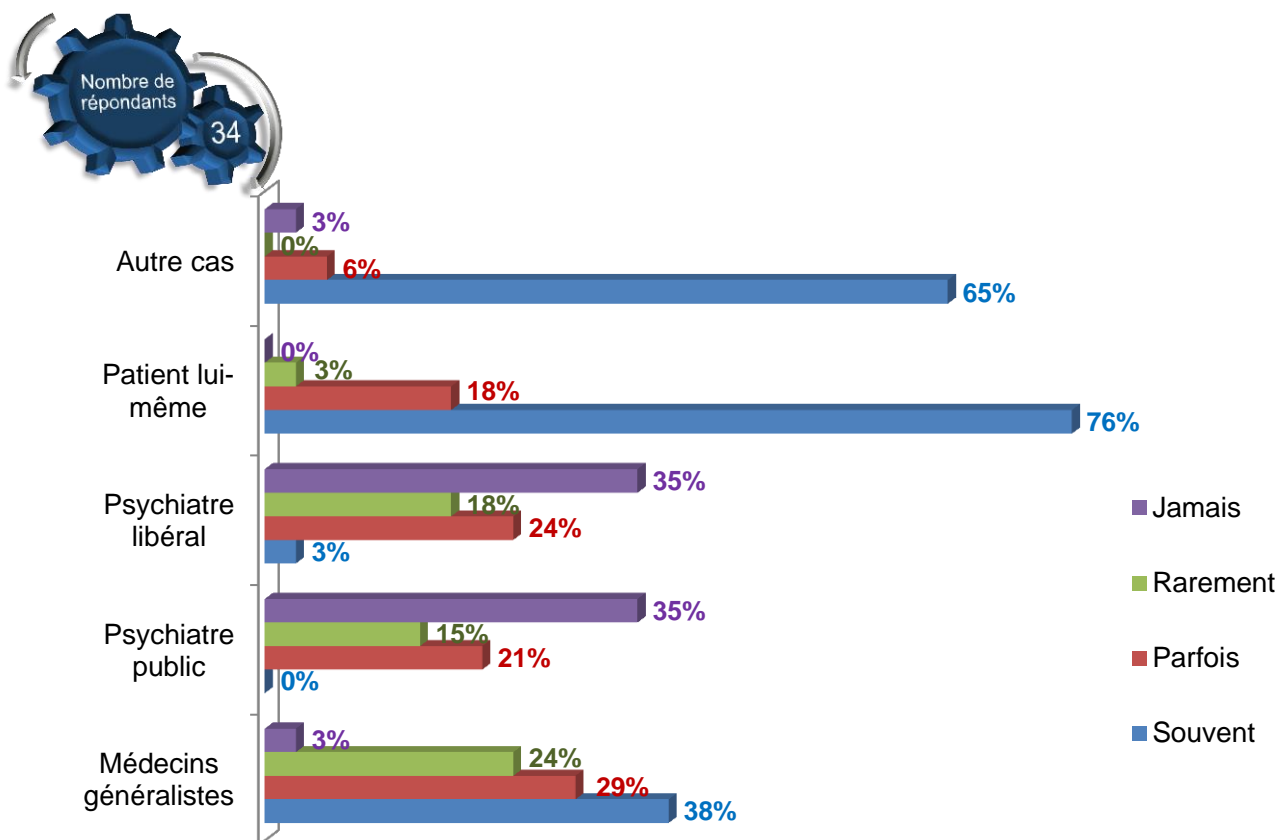
Q.2 *Quel est le délai moyen pour une première consultation auprès de vous ?*



Près de la moitié (44 %) des psychologues libéraux peuvent proposer un rendez-vous dans un délai inférieur à la semaine. La quasi-totalité (88 %) est en mesure de proposer un premier rendez-vous dans le mois.

2.3 Modalités d'adressage des patients

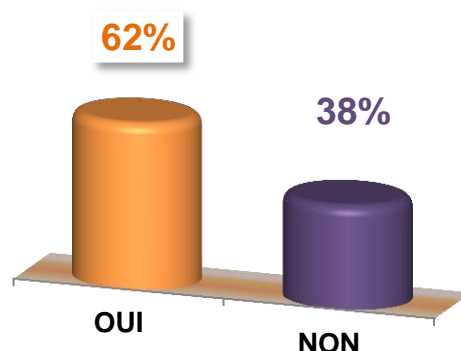
Q.3 Qui vous adresse les personnes ?



De manière globale, c'est le patient lui-même qui s'adresse le plus au psychologue. Les psychologues libéraux ont peu souvent des patients adressés par un psychiatre public. Un tiers des psychologues disent que les médecins généralistes leur adressent souvent des patients. Les « autres cas » correspondent à des professions para-médicales citées à plusieurs reprises par les psychologues : « aide-soignante, kinésithérapeute, kinésiologue, psychomotricien » mais également des professionnels de médecines dites alternatives.

2.4 Place du psychologue libéral dans le parcours de santé

Q.4 *Etes vous satisfait de votre place dans le parcours de santé d'un patient vivant avec des troubles psychiques ?*

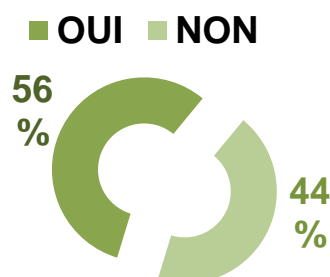


L'ensemble des professionnels semble satisfait à 62 % de sa place dans le parcours de santé du patient. Toutefois, dans la partie de la question ouverte, nous remarquons quelques difficultés quant à la bonne coordination entre les différents professionnels. Ce sont les psychologues qui font le lien vers les spécialistes pour un meilleur suivi du patient.

« Même si l'approche psychologique se développe et est de mieux en mieux reconnue, ma place dans le parcours santé d'un patient reste faible. L'approche médicale ou la prise en charge médicale est plus mise en avant. »

2.5 Participation à des coopérations interprofessionnelles de prise en charge

Q.5 *Participez vous à des coopérations interprofessionnelles de prise en charge de personnes vivant avec des troubles psychiques ?*



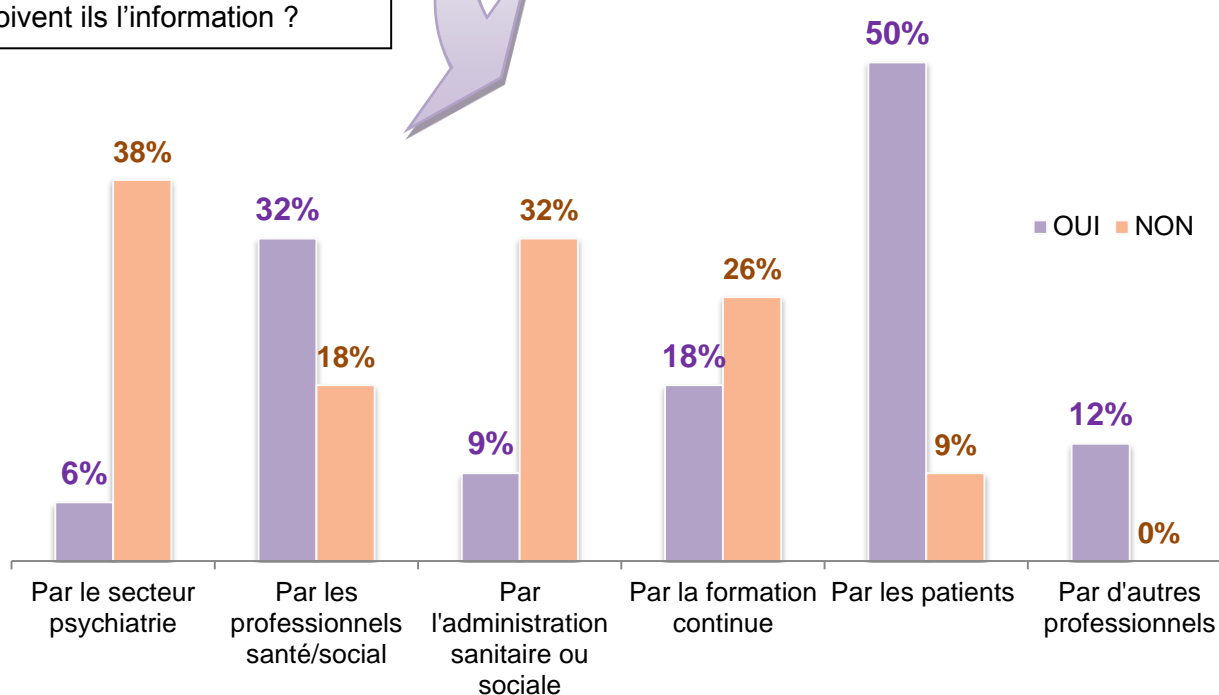
Une petite majorité de psychologues participe à des coopérations interprofessionnelles, par le biais d'échanges pluridisciplinaires pour une meilleure prise en charge du patient mais également par des événements ponctuels, tels que des conférences/débats. Des échanges avec d'autres psychologues et des analyses de pratiques sont également évoqués.

2.6 Modalités d'information des modifications de l'offre de soins et de l'accompagnement social des patients

Q.6 Par qui êtes vous informé des modifications locales de l'offre de soins et d'accompagnement social et médico-social des personnes vivant avec des troubles psychiques ?



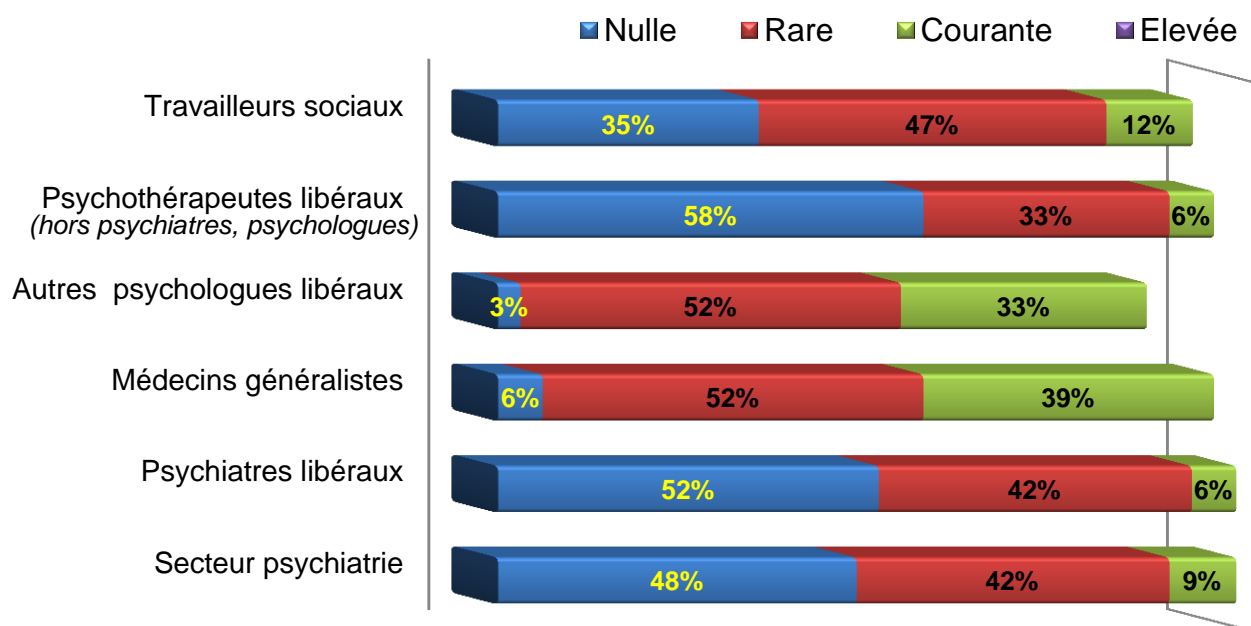
De quelle manière les 68 % reçoivent ils l'information ?



L'information de l'offre de soins circule pour moitié par le biais des patients alors que l'autre moitié est dispatchée entre le secteur de psychiatrie, les professionnels de santé du social, l'administration sanitaire et/ou sociale et la formation continue.
L'information est également trouvée suite à des recherches personnelles.

2.7 Fréquences des échanges avec les autres professionnels

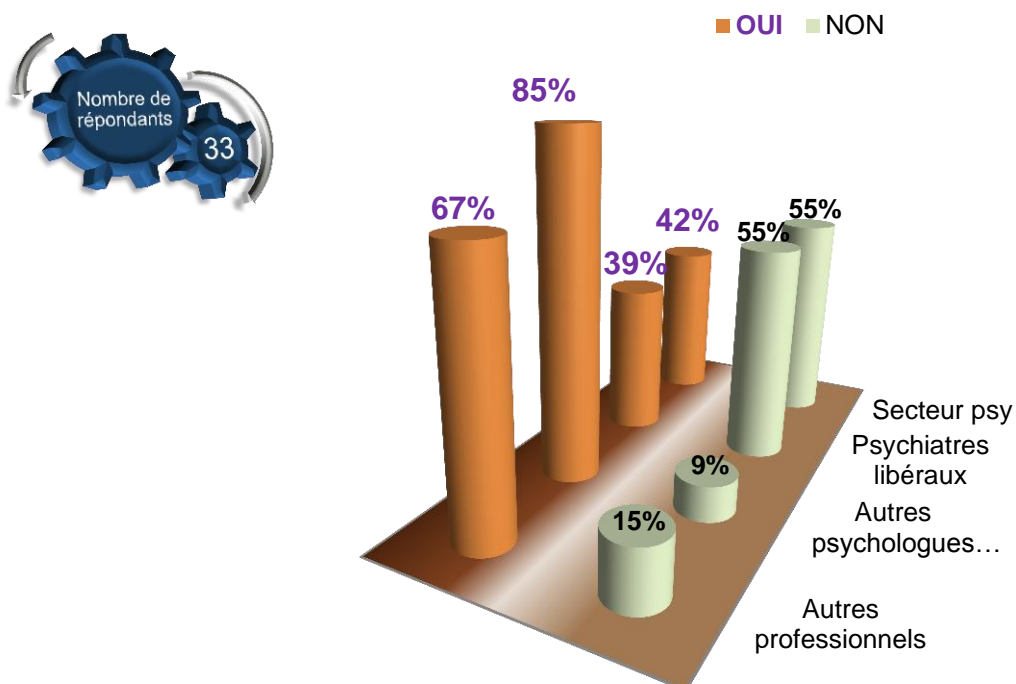
Q.7 Comment qualifieriez-vous la fréquence de vos échanges avec ?



De manière globale, il n'y a pas d'échanges réguliers entre un psychologue et un autre professionnel du secteur médico-social. Les échanges avec les médecins généralistes et les autres psychologues libéraux sont un peu plus courants qu'avec les autres professionnels.

2.8 Echanges de pratiques et formations communes entre professionnels ?

Q.8 Avez-vous déjà eu des échanges de pratiques ou des formations communes avec ? :

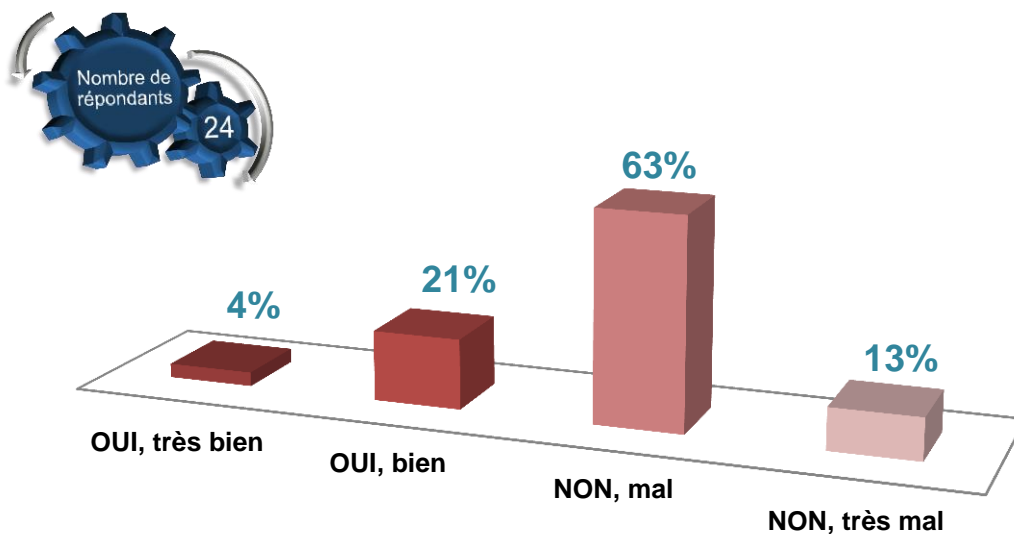


Les échanges de pratiques et les formations communes ont lieu le plus souvent avec les autres psychologues libéraux. Vient en seconde position, la catégorie « autres », dans laquelle nous trouvons aussi bien des assistants sociaux, des éducateurs, des infirmiers, des psychomotriciens, des orthophonistes,...

Les secteurs de psychiatrie et les psychiatres libéraux ont quant à eux très peu d'échanges de pratiques ou de formations communes avec les psychologues libéraux.

2.9 Relations avec les médecins généralistes

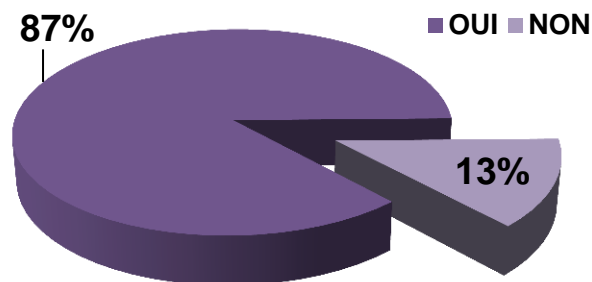
Q.9 Selon vous, les médecins généralistes connaissent ils le type de patients qu'ils peuvent adresser à un psychologue libéral ?



¼ des psychologues libéraux estiment que les médecins généralistes connaissent bien ou très bien la typologie des patients qu'ils peuvent leur adresser.

2.10 Consultations en Maison de Santé Pluri professionnelle

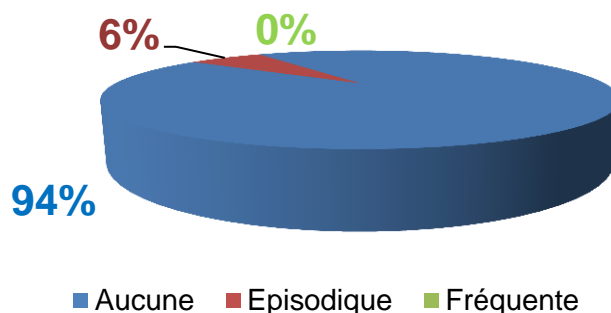
Q.10 Seriez-vous prêt(e) à réaliser vos consultations dans une maison de santé pluri professionnelle (MSP) de votre territoire ?



L'intérêt de réaliser les consultations dans une maison de santé pluri professionnelle (MSP) est plébiscitée par une très grande majorité de psychologues libéraux.

2.11 Relation avec l'ARS

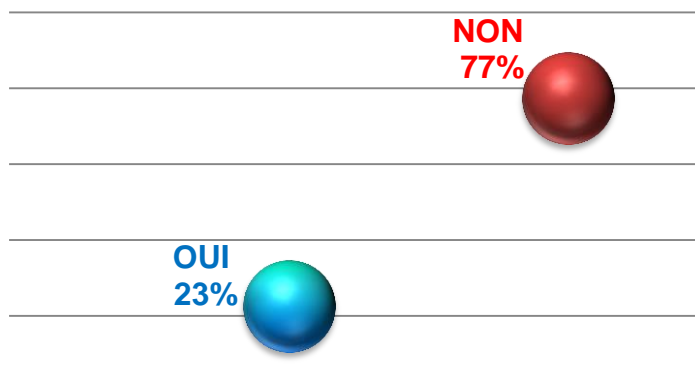
Q.11 Quelles relations avez-vous avec l'ARS des Pays de la Loire (y compris les délégations territoriales) ?



Actuellement, il n'y a pratiquement aucune relations entre les psychologues libéraux et l'ARS. Seuls 6 % déclarent avoir des relations épisodiques.

2.12 Connaissance de documents régionaux

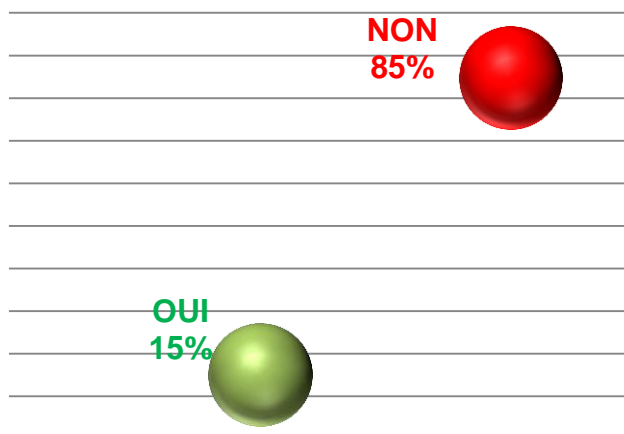
Q.12 Connaissez vous le Guide des acteurs-ressources – Agir ensemble contre le suicide en Pays de la Loire (ARS ET MSA) – sur le site Internet de l'ARS Pays de la Loire ?



Le guide des acteurs-ressources – Agir ensemble contre le suicide en Pays de la Loire (ARS et MSA), consultable sur le site Internet de l'ARS, est largement méconnu par les psychologues (plus des $\frac{3}{4}$ d'entre eux ne le connaissent pas).

2.13 Connaissance des GEM

Q.13 *Connaissez-vous un groupe d'entraide mutuelle (GEM) de patients dans votre zone d'exercice ?*



Les psychologues libéraux ont une méconnaissance très importante des groupes d'entraide mutuelle (GEM) dans leur zone d'exercice (85 % d'entre eux).

2.14 Propositions

Q.14 *Propositions pour améliorer les prises en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques (commentaires libres) :*



La question 14 est laissée en commentaires libres, rapportés ci-après par 22 psychologues libéraux.

Aspect financier



- « Qu'il y ait une prise en charge financière a minima : pourrait favoriser cet accès au soin. Nombre de patients ne viennent pas ou annulent pour difficultés financières. Qu'une orientation par la Médecine du Travail soit réalisée systématiquement. »
- "Développer l'aide financière à la prise en charge des consultations de psychologues (au vu de l'engorgement du service public"
- "La principale proposition serait bien évidemment un remboursement partiel des consultations auprès des psychologues. Peut être que cela désengorgerait le secteur public. Je précise une partie, car pour moi, il faut un patient symbolique, primordial pour la thérapie."
- "Participation des organismes au remboursement des frais au moins de manière partielle, informations des praticiens de santé sur les dispositifs d'offres de soins".



Echanges et informations

- « Plus de communication, conférences, groupes de paroles »
- "Interdisciplinarité + espace qui soutienne la pulsion de vie à l'appui d'animations riches par des professionnels formés aux maladies psychiques ainsi qu'au travail avec les familles."
- "Formation à l'écoute des MG qui sont les premiers contactés lors de souffrance psychique et une plus grande vigilance quant à la "distribution" de psychotropes sans réelle prise en compte de la personne souffrante (prescrits trop rapidement, trop longtemps, parfois mal adaptés et surtout sans donner de temps et de place à la parole du patient...plutôt que d'écouter la souffrance, ici on l'a fait taire. C'est plus qu'inefficaces, c'est dangereux, (stockage de médicaments, tentatives de suicide , replis..)"
- "Réalisation d'un annuaire des pratiques de santé agréées par l'ARS"
- "Il serait bienvenu d'avoir des réunions régulières avec les différents intervenants du secteur dans lequel on exerce"

Aspect financier




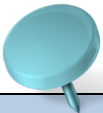
- "Un remboursement des consultations de psychologie clinique".
- "Un accès aux soins non limité par l'aspect financier, qui peut contraindre les psychologues à refuser des patients ou baisser leurs tarifs."
- "Possibilité financière de pouvoir effectuer un suivi psychologique de thérapie de groupe..."



Echanges et informations

- "Il existe une méconnaissance dans la région de l'existence des thérapies familiales et groupales qui ont leurs indications spécifiques".
- "Mise en place de véritables partenariats comme ceci peut l'être dans d'autres secteurs (soins palliatifs, santé au travail...)."
- "Meilleure collaboration psychologues/psychiatres. Plus de liens entre professionnels libéraux et institutions".
- "Plus de liens entre les professionnels, en libéral (notamment entre psychologues et psychiatres/médecins généralistes)."
- "Le souci est que les médecins généralistes ont tendance à adresser leurs patients vers des confrères ou consoeurs "psychiatres" quand ils ne "traitent" pas eux-mêmes les troubles de leurs patients".
- "J'ai eu l'impression que ma profession était abandonnée par l'ARS".
- "Avoir la possibilité de travailler avec les psychiatres et les généralistes dans l'intérêt des patients, contacts qui se feraient dans des formations professionnelles, par exemple".

COMPARAISON
PSYCHOLOGUES / PSYCHIATRES LIBERAUX

		 PSYCHIATRES	 PSYCHOLOGUES
Satisfaction de la place dans le parcours	OUI	69 %	62 %
Informations des modifications de l'offre de soins	NON	31 %	38 %
Relations avec l'ARS	Aucune	69 %	94 %
Connaissance du « Guide Suicide » de l'ARS	NON	62 %	77 %
Connaissance d'un GEM	OUI	74 %	15 %
Fréquence des échanges :			
- Travailleurs sociaux		80 %	12 %
- Médecins généralistes		54 %	39 %
- Secteur psychiatrie		37 %	9 %
- Psychologues libéraux		9 %	-
- Psychiatres libéraux		-	6%
Connaissance du type de patients par les médecins généralistes	OUI	68 %	25 %
Délai moyen pour 1 première consultation	Dans le mois	69 %	94 %

Les psychologues libéraux, si on les compare aux psychiatres libéraux :

- Sont moins informés des modifications de l'offre de soins et d'accompagnement
- Sont moins satisfaits de leur place de leur place dans le parcours des patients
- Ont des relations moins fréquentes avec l'ARS
- Connaissent moins souvent l'annuaire suicide régional
- Connaissent moins souvent un GEM dans leur zone d'exercice
- Ont des échanges moins fréquents avec les travailleurs sociaux, les médecins généralistes et les secteurs de psychiatrie
- Ont une activité moins bien connue de la part des médecins généralistes
- Ont des rendez-vous de première consultation moins longs

ANNEXE 6 : Etude réalisée auprès des établissements de santé autorisés en psychiatrie

METHODE ET RESULTATS DE L'ENQUETE MENEES PAR L'EQUIPE D'EVALUATION AUPRES DES DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS DE SANTE AUTORISES POUR L'ACTIVITE DE PSYCHIATRIE

1. METHODOLOGIE

1.1 Objectifs et construction du questionnaire

Cette enquête auprès des Directeurs d'établissements de santé autorisés pour l'activité de psychiatrie de la région s'est inscrite dans les investigations menées auprès des différents acteurs partie prenante de la politique (professionnels de santé, associations, institutions...), en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique, évaluée par l'ARS.

Elle visait à mieux connaître les modalités de travail et les attentes des Directeurs d'établissement, en matière de prise en charge de personnes vivant avec des troubles psychiques, en lien ou non avec les autres professionnels.

Des questions fermées ont été privilégiées pour mobiliser le moins possible les répondants, et permettre des comparaisons entre acteurs.

De plus, des espaces d'expression libre sur les questions de leur place dans le parcours de santé du patient et de la prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques étaient ouverts à tous les répondants.

1.2 Déploiement de l'enquête et taux de réponse

Ce questionnaire a été administré par voie électronique (SOLEN), du 15/09/2015 au 9/10/2015, à 22 Directeurs d'établissements de la région répartis dans les départements de Loire Atlantique, Maine et Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée. Une relance a été faite en cours d'enquête.

8 répondants sur 22, soit un taux de réponses globales de 36 %.

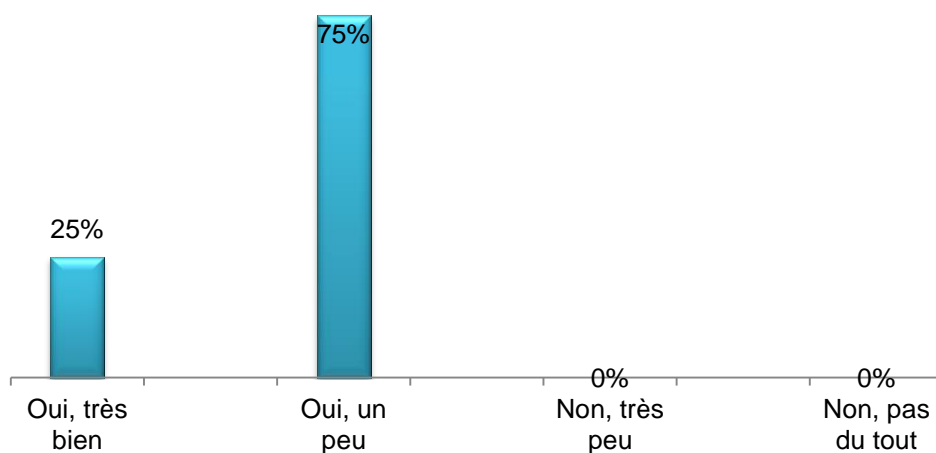
A la date de clôture, les réponses aux questions fermées ont été analysées sous Excel. Pour les questions comportant une dimension ouverte, comme pour la partie « expression libre », il a été fait le choix de ne mentionner que les réponses revenant le plus fréquemment.

2. RESULTATS

2.1 – Visibilité et appropriation des objectifs de l'ARS

Q1_Connaissiez-vous les objectifs de la politique régionale de l'ARS en matière de psychiatrie et santé mentale ?

Nombre de
répondants
8



Seuls 2 établissements de santé sur 8 déclarent connaître très bien les objectifs du PRS en matière de psychiatrie et santé mentale. Ce sont 2 établissements spécialisés en psychiatrie.

Q1b Pouvez-vous citer trois de ces objectifs ?

-  Alternative à l'hospitalisation complète
-  Diminuer les durée moyenne de séjour
-  Optimiser les parcours de soins en coordination sur un territoire avec les acteurs de proximité
-  Favoriser le passage dans le secteur médico-social dès que l'état clinique est stabilisé
-  Développer l'activité ambulatoire
-  Education thérapeutique
-  Améliorer et fluidifier le parcours du patient.
-  Renforcer l'accès à la prévention multirisque pour les adolescents
-  Organiser une prise en charge coordonnée des addictions sur les territoires de proximité
-  Développer et diversifier les modalités de prises en charge et d'accompagnement des enfants et adolescents atteints de troubles mentaux et de pathologie psychiatriques
-  Coordonner les parcours des jeunes présentant des troubles du comportement et de la conduite dans ses dimensions d'accompagnement social, médico-social, sanitaire et de soutien à la scolarité

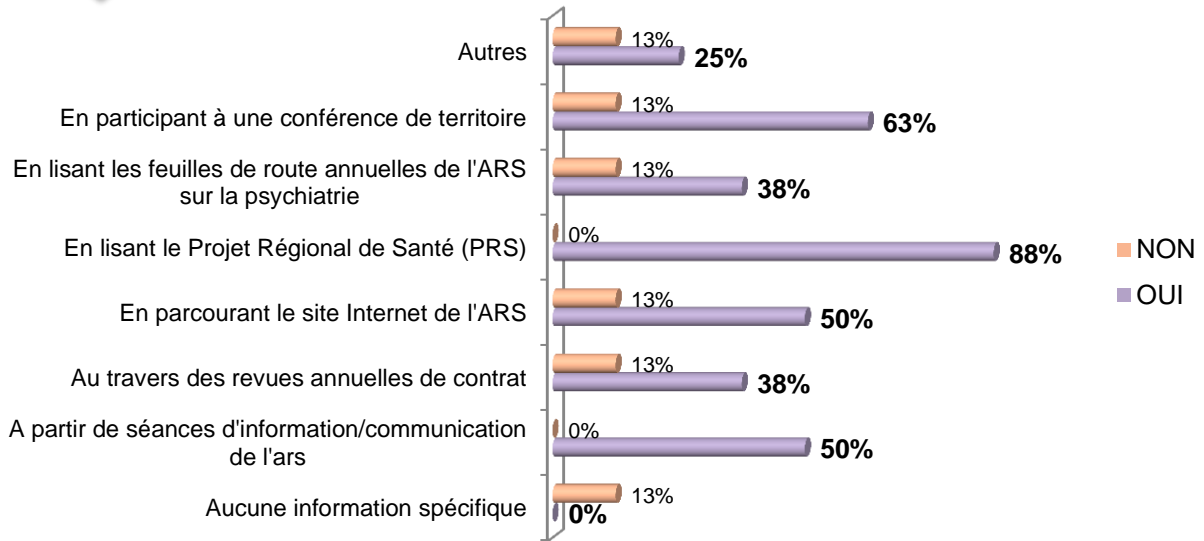
-  Améliorer l'accès aux soins et fluidifier les parcours des patients notamment en pédopsychiatrie
-  Prévention du risque suicidaire
-  Structurer la gouvernance territoriale et locale
-  Développer et diversifier les modalités de prises en charge adultes atteints de pathologies psychiatriques



Les objectifs du PRS les plus souvent cités par les ES concernent l'organisation de parcours de soins coordonnés, avec développement d'alternatives à l'hospitalisation complète et promotion de l'activité ambulatoire.

Q2 Comment êtes-vous informé des objectifs de la politique régionale en matière de psychiatrie et santé mentale ?

Nombre de
répondants
8




La principale source d'information des ES sur les objectifs de la politique régionale est la lecture du PRS suivie de la participation à la conférence de territoire.

Q2 Quelles autres sources d'information ?

Sciences Po :
chair Gestion et
Politiques de
Santé



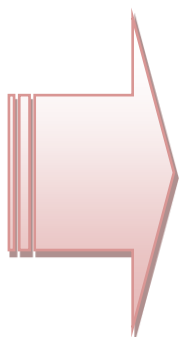
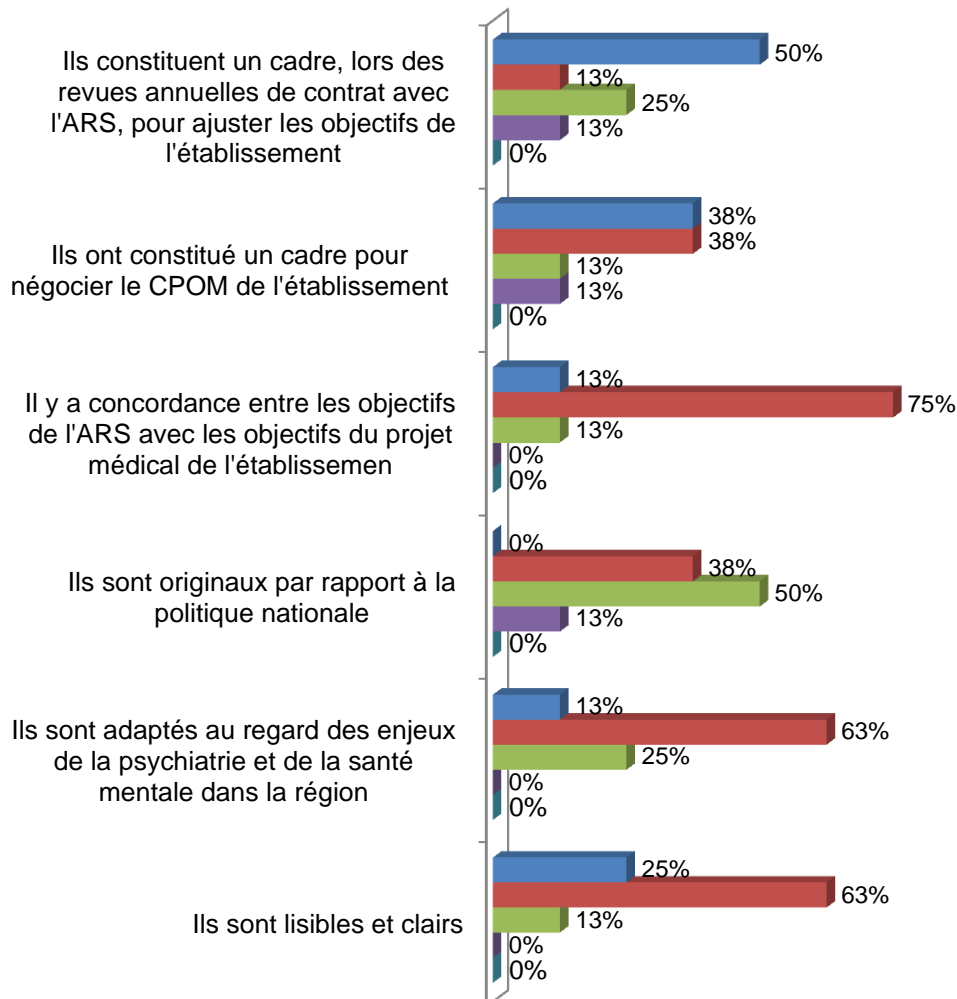
En participant
aux instances de
coordination
entre acteurs
(A2C44, ex
SISMLA devenu
GCS de
coordination des
acteurs de
psychiatrie 44)



Q3_ Que pouvez vous affirmer sur ces objectifs régionaux ?

Nombre de
répondants
8

■ Oui, tout à fait ■ Oui, un peu ■ Non, pas beaucoup ■ Non, pas du tout ■ Ne se prononce pas

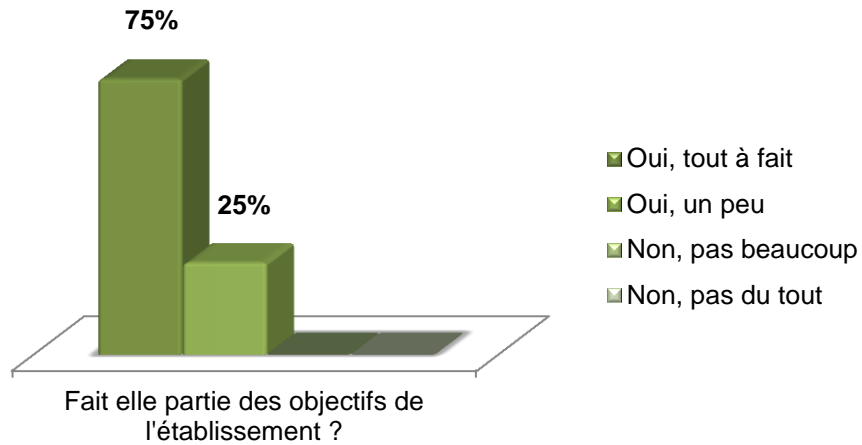


Les objectifs de la politique régionale n'apparaissent pas se démarquer des objectifs nationaux. Il existe un léger décalage entre eux et les objectifs des projets médicaux de la plupart des ES. Ils constituent un cadre lors des revues annuelles de contrat avec l'ARS pour ajuster les objectifs de l'établissement.

2.2 – Développement des alternatives hospitalisations temps plein et des prises en charges ambulatoire

Q4_ Que cet objectif de développer les alternatives à l'hospitalisation temps plein et les activités ambulatoires partie des objectifs de l'établissement ?

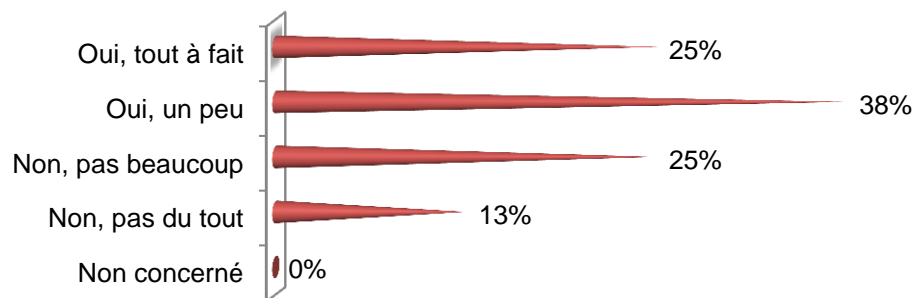
Nombre de
répondants
8



L'objectif de développer les alternatives à l'hospitalisation temps plein et les activités ambulatoires fait partie des objectifs de tous les établissements.

Q5_ En tant que directeur, vous sentez-vous accompagné par l'ARS pour développer des alternatives à l'hospitalisation temps plein ?

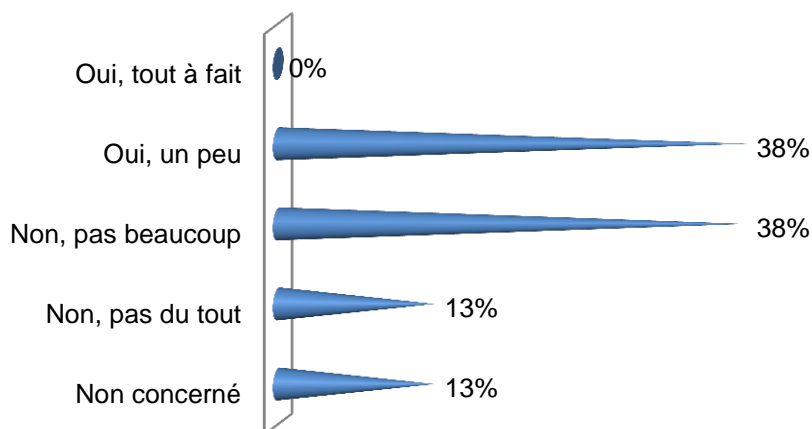
Nombre de
répondants
8



2/3 des établissements se sentent accompagnés pour développer des alternatives à l'hospitalisation complète.

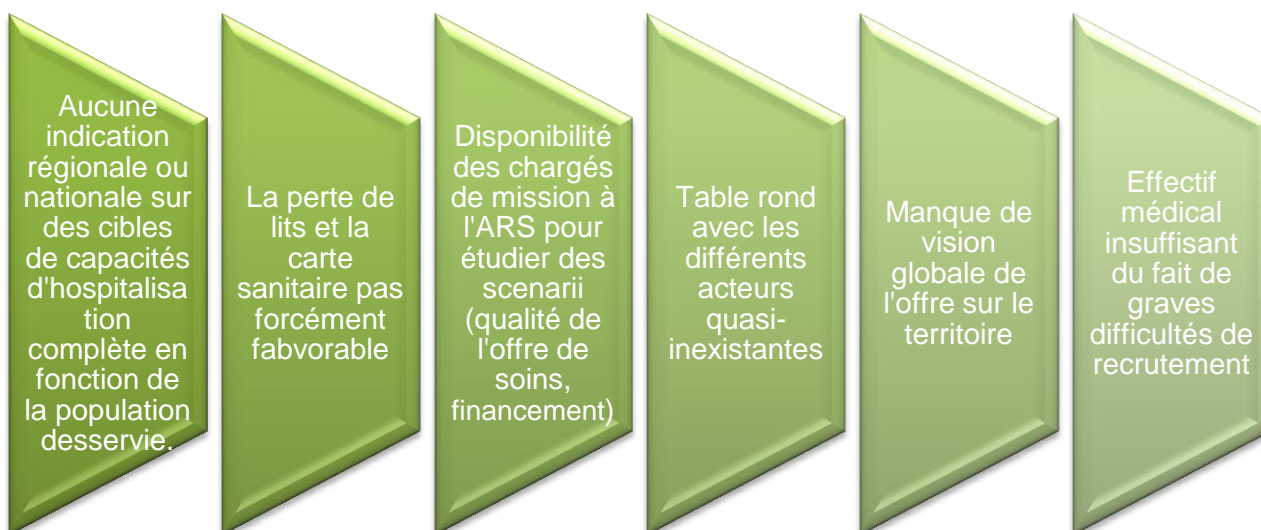
Q6_ En tant que directeur, vous sentez-vous accompagné par l'ARS pour développer des activités ambulatoires ?

Nombre de
répondants
8



Seule la moitié des établissements de santé se sent accompagnée par l'ARS pour développer des activités ambulatoires.

Q7_ Quelles sont vos difficultés pour développer des alternatives à l'hospitalisation temps plein et des actes ambulatoires, y compris dans vos relations avec l'ARS ?





Les principales difficultés des ES pour développer les alternatives à l'hospitalisation complète et les activités ambulatoires concernent : les contraintes budgétaires, des effectifs médicaux insuffisants, l'absence d'indicateur national ou régional sur des cibles de capacités d'hospitalisation complète en fonction de la population desservie, la disponibilité des chargés de mission de l'ARS, le manque de vision globale de l'offre sur le territoire.

Nombre de répondants
8

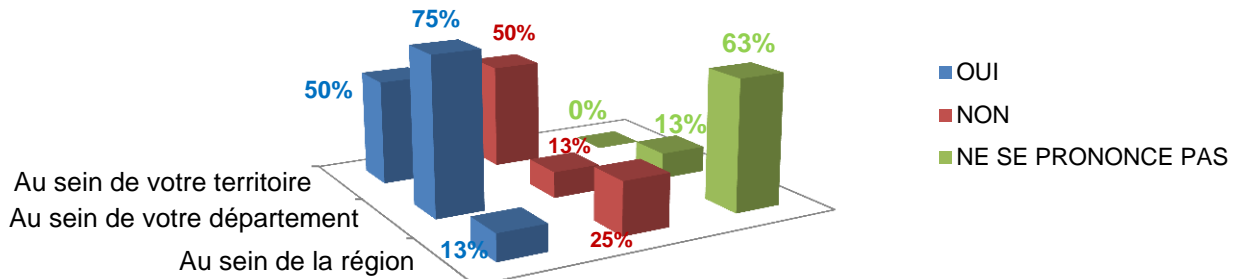
Q8. Le benchmark des CMP soutenu par l'ARS vous apporte-t-il des éléments pour faire évoluer cette activité ambulatoire ?



La moitié des établissements concernés déclare que le benchmark des CMP soutenu par l'ARS leur apporte un peu d'éléments pour faire évoluer cette activité ambulatoire, l'autre moitié ne leur en apportant pas beaucoup.

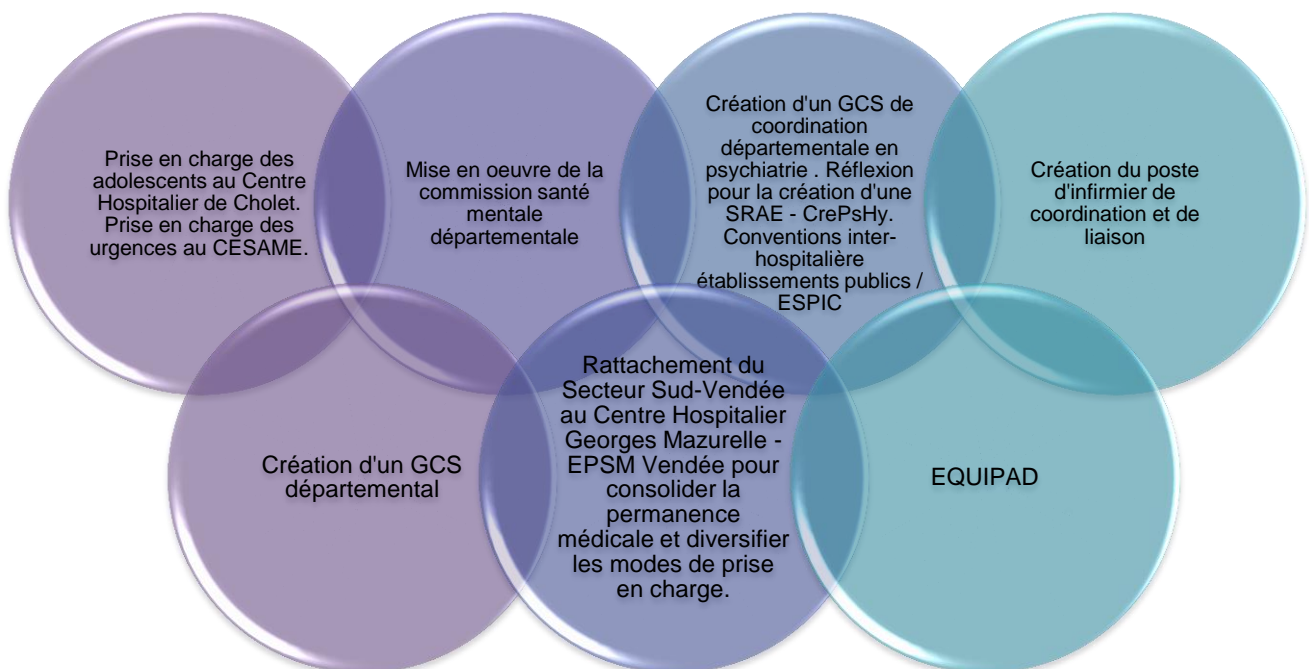
Nombre de
répondants
8

Q9 Avez-vous constaté depuis 2012 une amélioration du maillage des différentes composantes de l'offre en santé mentale (hospitalisation complète, alternatives à l'hospitalisation complète, activité ambulatoire) ?



L'amélioration du maillage des différentes composantes de l'offre en santé mentale (hospitalisation complète, alternatives à l'hospitalisation complète, activité ambulatoire) est plus constatée par les ES au niveau des territoires de santé que de leurs territoires ou qu'au niveau régional.

Q9b_Pouvez - vous citer un exemple de cette amélioration ?

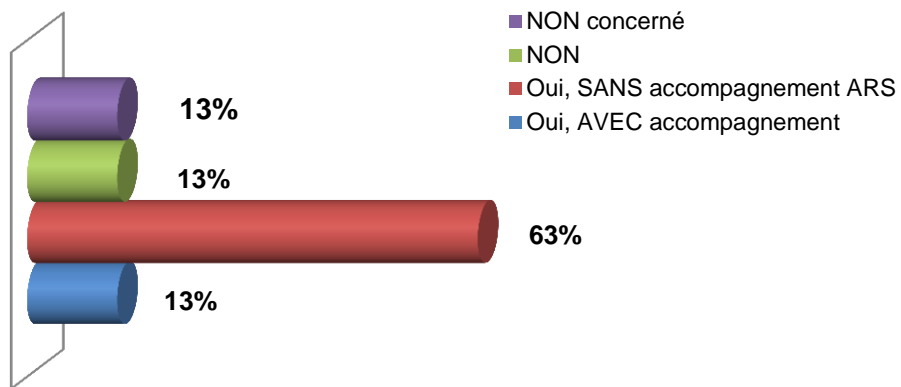


Les améliorations constatées par les ES du maillage des différentes composantes de l'offre en santé mentale concernent notamment la prise en charge des urgences au CESAME, la création d'un GCS départemental, la création d'un CREHPSY, l'établissement de conventions inter établissements de santé publics/privés, la création d'un poste d'infirmier de coordination et de liaison.

2.3 – Développement des coopérations en psychiatrie

Nombre de
répondants
8

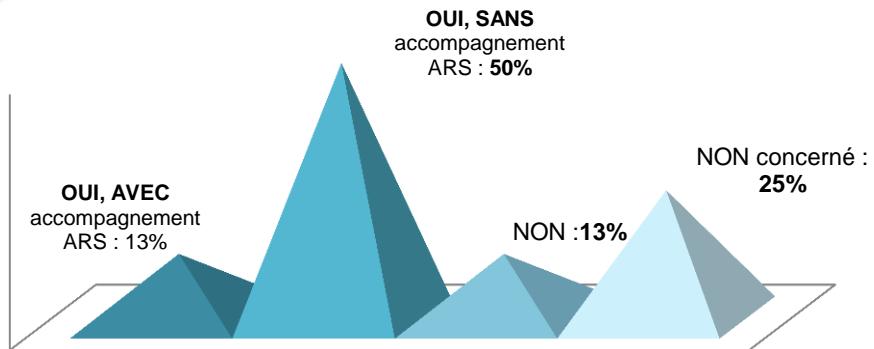
Q10_Avez-vous développé des actions de portée intersectorielle depuis 2012 ?



Les 3/4 des ES ont développé des activités intersectorielles depuis 2012, le plus souvent sans l'accompagnement de l'ARS

Nombre de
répondants
8

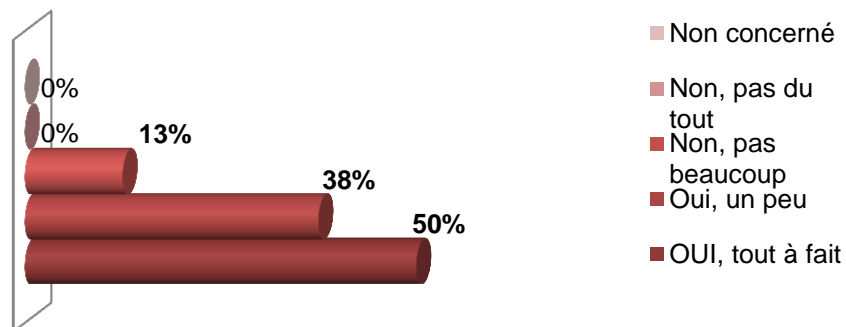
Q11_Avez-vous développé des actions visant à renforcer l'articulation psychiatrie adulte/pédopsychiatrie depuis 2012 ?



2/3 des ES ont développé des actions visant à renforcer l'articulation psy adulte/pédopsychiatrie depuis 2012, le plus souvent sans l'accompagnement de l'ARS.

Nombre de
répondants
8

Q12_Etes-vous satisfait, dans votre département, de vos modalités de coopération avec les établissements publics de santé, disposant d'une autorisation en psychiatrie ?



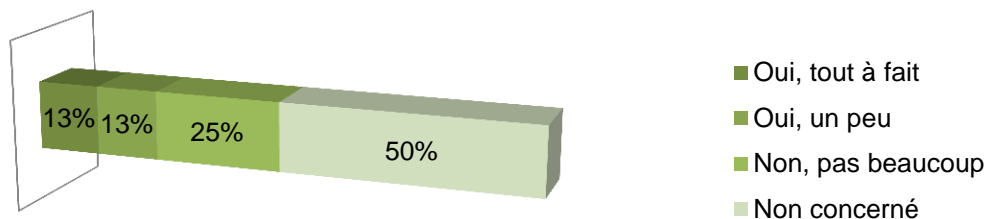
Les ES sont satisfaits de leur collaboration avec les ES publics de santé, même si des difficultés relationnelles et le manque de temps pour un travail régulier ont pu être évoqués.

Q12b_ Pourquoi n'en êtes vous pas satisfait ?



Nombre de
répondants
8

Q13_ Etes-vous satisfait, dans votre département, des modalités de coopération avec les établissements de santé privés, disposant d'une autorisation en psychiatrie ?



Les ES sont moyennement satisfaits des modalités de coopération avec les établissements de santé privés.

Q13b_ Pourquoi n'en êtes vous pas satisfait ?

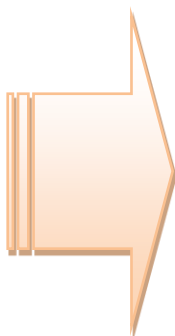
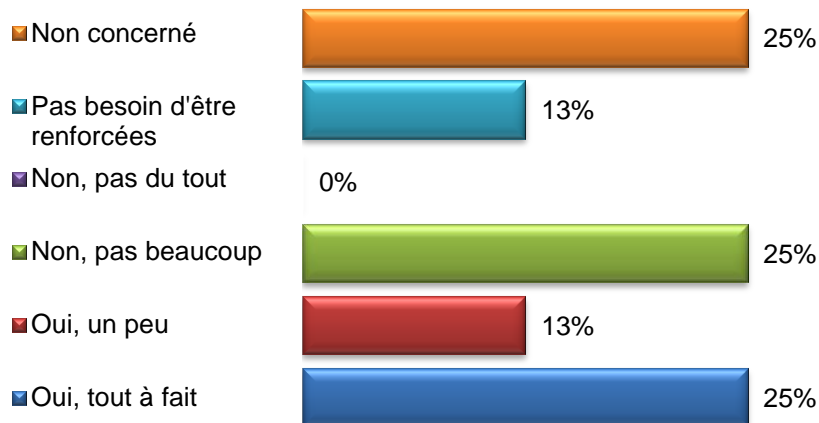
Nous travaillons trop sous la contrainte et pas assez par anticipation. Mais les responsabilités et les réponses aux commandes par chacun ne permet pas une disponibilité suffisante. Il manque également des rencontres des directeurs et enfin, une communication partagée.

UHCD de la clinique privée rarement accessible

2.4 – Développement des coopérations entre les établissements ayant une autorisation en psychiatrie et les établissements et services médico-sociaux.

Nombre de
répondants
8

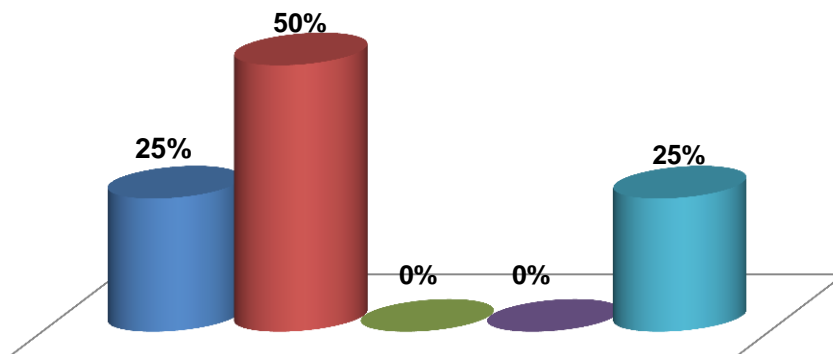
Q14 Avez-vous renforcé depuis 2012 vos coopérations avec les EHPAD dans vos territoires d'intervention ?



La moitié des ES concernés a renforcé ses coopérations avec les EHPAD de leur territoire d'intervention.

Nombre de
répondants
8

Q15_ Etes-vous satisfait des modalités de coopération, dans vos territoires d'intervention, avec les EHPAD ?



■ Oui, tout à fait ■ Oui, un peu ■ Non, pas beaucoup ■ Non, pas du tout ■ Non concerné



Tous les ES se déclarent tout à fait ou un peu satisfaits de leur coopération avec les EHPAD.

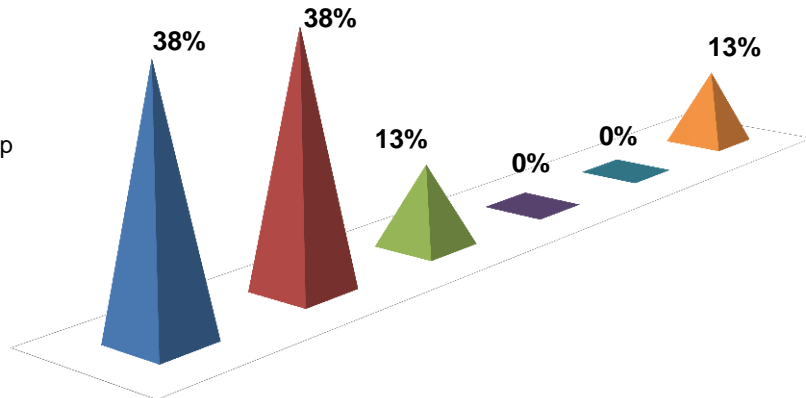
Q15b_ Pourquoi n'en êtes vous pas satisfait ?

Absence de réponses

Nombre de
répondants
8

Q16_ Avez-vous renforcé depuis 2012 vos coopérations avec les établissements et services pour personnes handicapées dans vos territoires d'intervention (MAS, FAM, ESAT, SAMSAH) ?

- Oui, tout à fait
- Oui, un peu
- Non, pas beaucoup
- Non, pas du tout
- Pas besoin d'être renforcées
- Non concerné

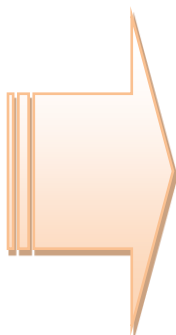
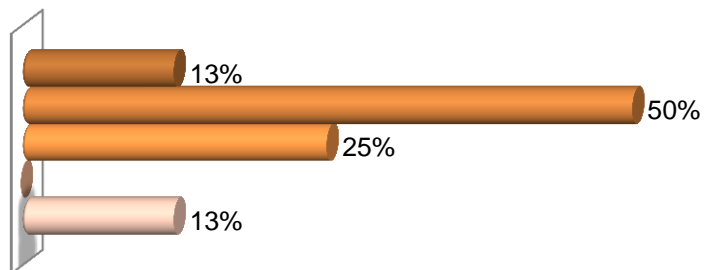


Les 3/4 des ES ont renforcé leur coopération depuis 2012 avec les établissements et services pour personnes handicapées.

Nombre de
répondants
8

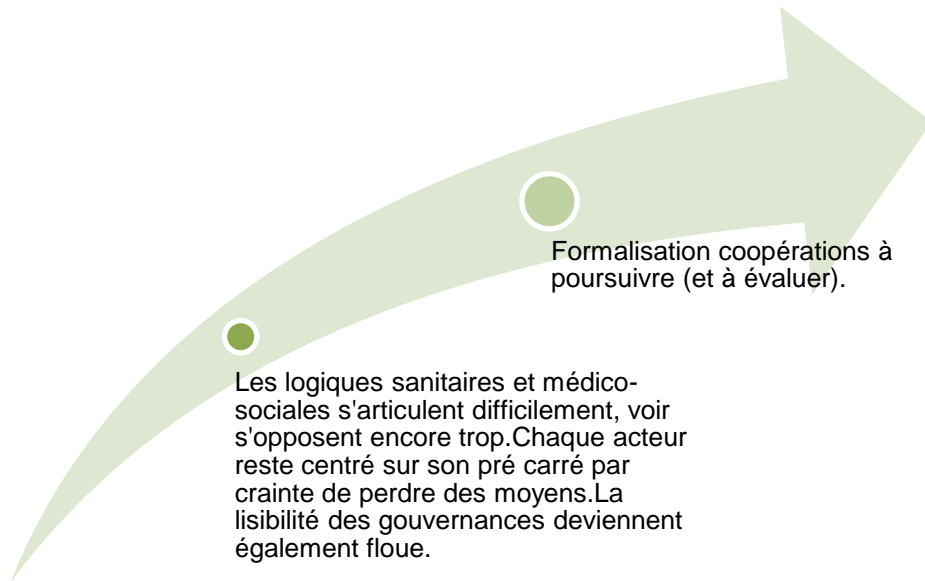
Q17_ Etes-vous satisfait des modalités de coopération, dans vos territoires d'intervention avec les établissements et services pour personnes handicapées (MAS, FAM, ESAT, SAMSAH) ?

- Oui, tout à fait
- Oui, un peu
- Non, pas beaucoup
- Non, pas du tout
- Non concerné



Les 3/4 des ES se disent satisfaits de leur coopération avec les établissements et services pour personnes handicapées.

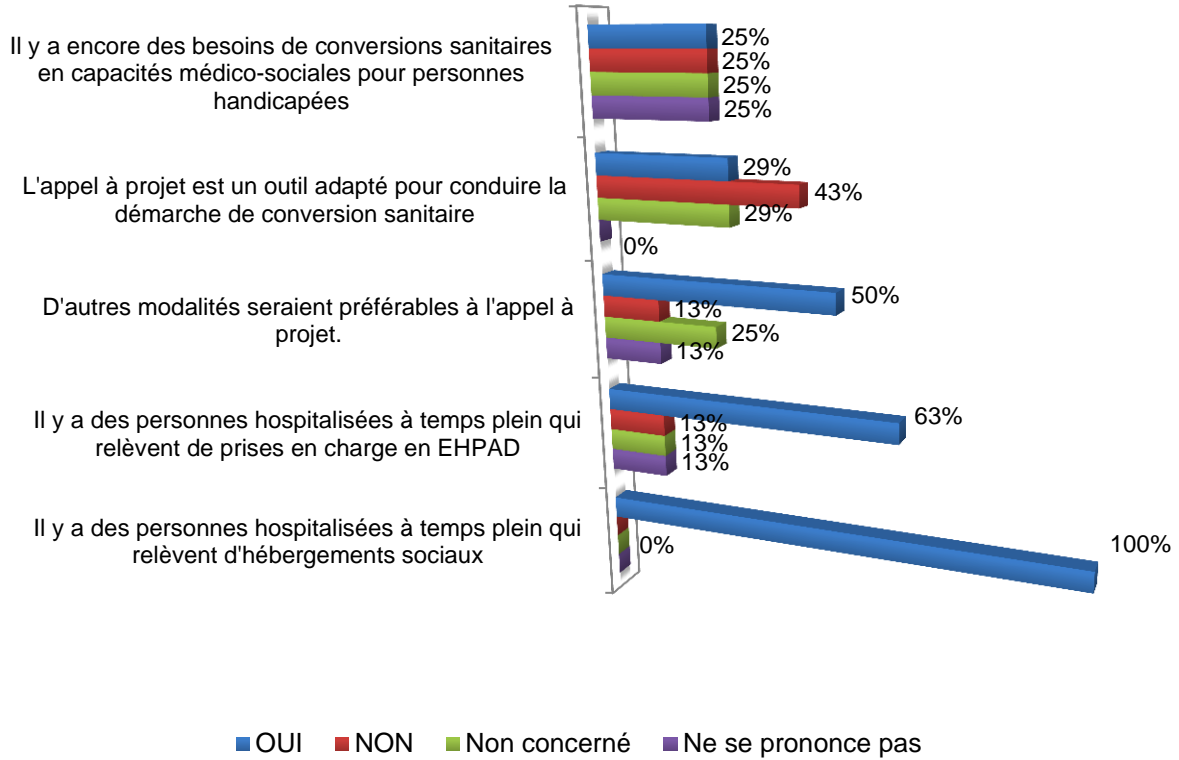
Q17b_ Pourquoi n'en êtes vous pas satisfait ?



L'insatisfaction des coopérations des ES avec les établissements et services pour personnes handicapées porte sur des logiques sanitaires et médico-sociales qui s'articulent difficilement, voir s'opposent encore trop. Chaque acteur reste centré sur son pré carré par crainte de perdre des moyens. La lisibilité des gouvernances est également floue.

Nombre de
répondants
8

Q18 Que pensez-vous des affirmations suivantes à propos de transferts de patients hospitalisés en psychiatrie vers des établissements et services médico-sociaux ?



La moitié des ES considère qu'il y a encore des besoins de conversion sanitaire vers le secteur du handicap, mais une majorité pense que la méthode l'appel à projet n'est pas un outil adapté.

2/3 des ES considèrent qu'il y des personnes hospitalisées à temps plein qui relèvent de prises en charge en EHPAD

Tous les ES considèrent qu'il y des personnes hospitalisées à temps plein qui relèvent d'hébergements sociaux.

Q18b_ Quelles modalités serait préférables à l'appel à projet, selon vous ?

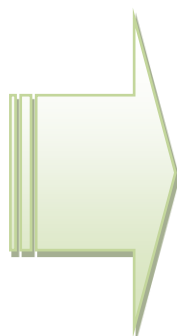
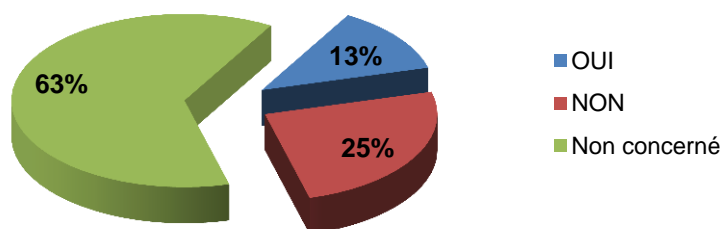


A la place d'appels à projet pour des conversions sanitaires, un dialogue direct avec les établissements concernés serait souhaitable, d'autant plus s'il y a un schéma départemental voire régional fixant les orientations de coopération entre ES et établissements médico-sociaux.

2.5– Déclinaison des priorités régionales : organisation de la réponse aux urgences psychiatriques

Nombre de répondants
8

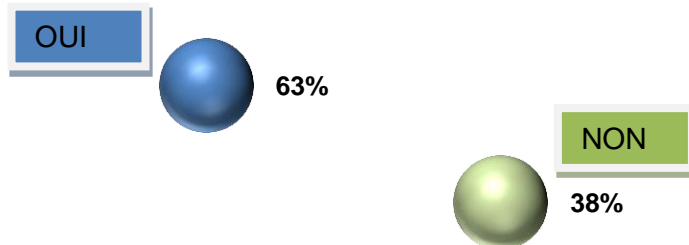
Q19_ Est-ce que vous vous êtes saisi de cette priorité en réorganisant votre dispositif d'accueil et de prise en charge des urgences depuis 2012 ?



1 seul établissement de santé, parmi les 8 répondants, a réorganisé son dispositif d'accueil et de prise en charge des urgences depuis 2012.

Nombre de
répondants
8

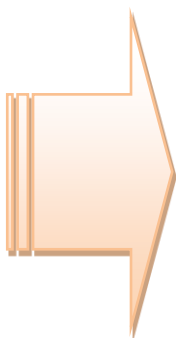
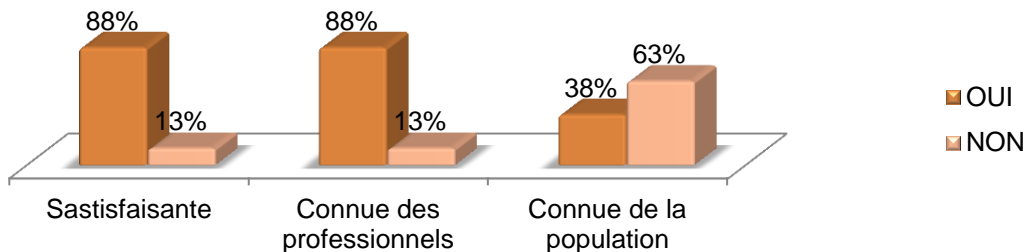
Q20 Avez-vous eu connaissance de la recommandation de la CRSA de février 2014 à destination de l'ARS concernant la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence en psychiatrie ?



Les 2/3 des ES ont eu connaissance de la recommandation de la CRSA de février 2014 sur les crises et urgences.

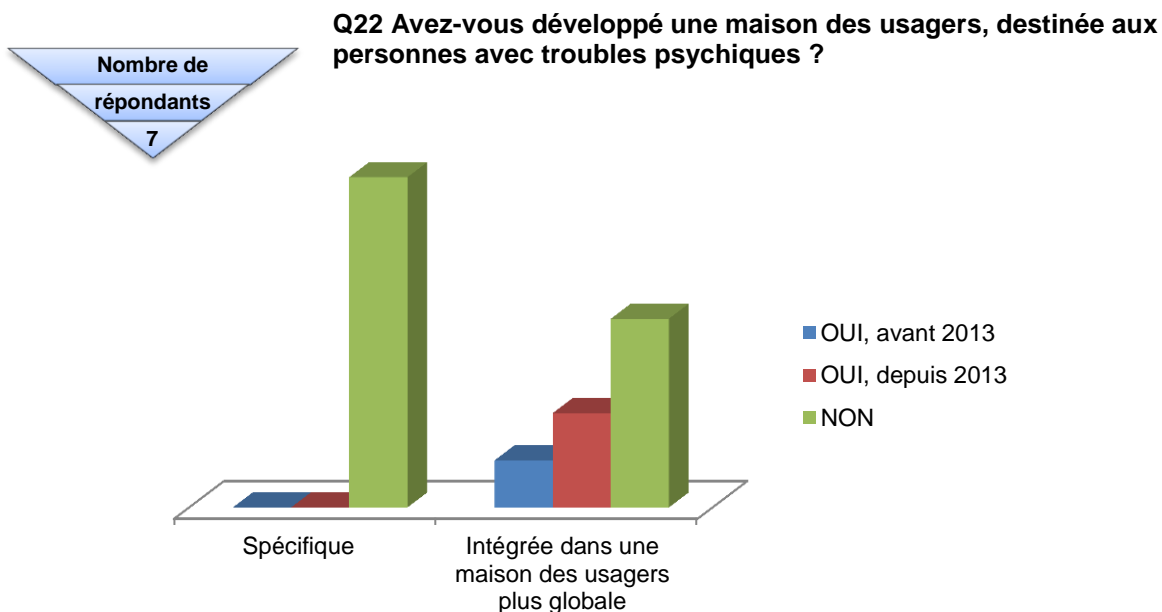
Nombre de
répondants
8

Q21 Dans votre département, considérez vous que l'organisation du traitement des appels et de la gestion des crises et suspicions d'urgence en psychiatrie est :

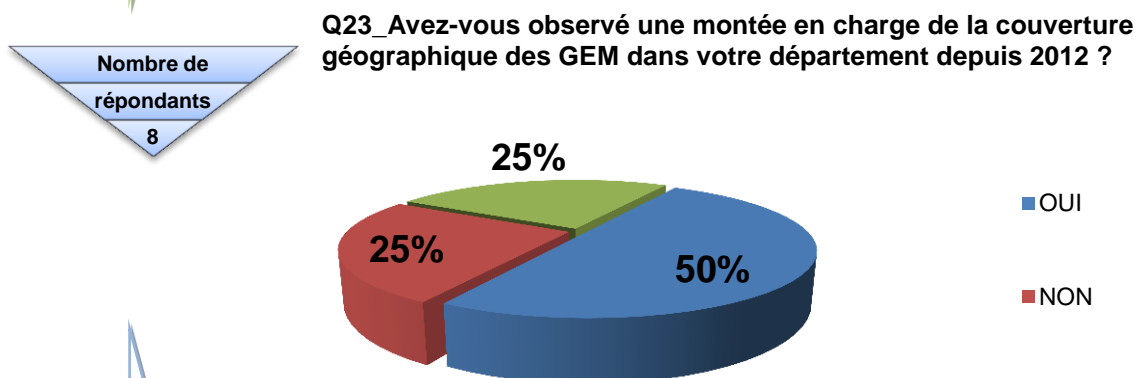


Presque tous les ES considèrent que l'organisation du traitement des appels et de la gestion des crises et suspicions d'urgence en psychiatrie est satisfaisante et connue des professionnels. Un tiers seulement des ES considèrent que l'organisation du traitement des appels et de la gestion des crises et suspicions d'urgence en psychiatrie est connue de la population.

2.6– Déclinaison des priorités régionales : la personne au cœur des préoccupations du système de santé



Moins de la moitié des ES a développé une maison des usagers, spécifique ou intégrée, destinée aux personnes avec troubles psychiques.



La moitié des établissements de santé a observé une montée en charge de la couverture géographique des GEM dans leur département.

2.7– Organisation de la gouvernance et communication

Nombre de
répondants
8

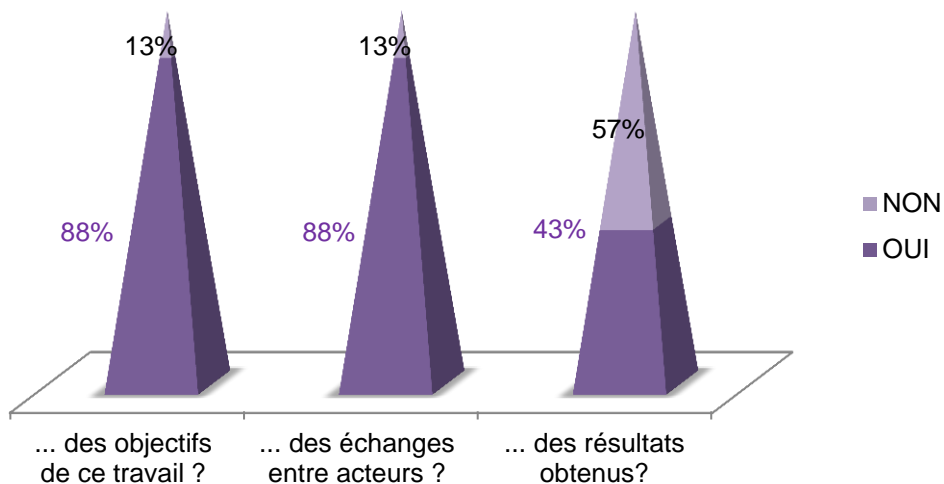
Q24_Votre établissement participe-t-il à une commission ou un groupe de travail départemental de santé mentale à l'initiative de l'ARS ou de la conférence de territoire ?

Oui à 100 %

Tous les ES participent à une commission ou à un groupe de travail départemental de santé mentale à l'initiative de l'ARS ou de la conférence de territoire.

Nombre de
répondants
8

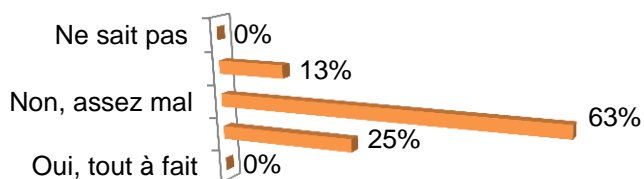
Q24b Etes vous satisfait ?



Si les ES sont satisfaits des objectifs de ces CDSM ou des groupes de travail de la CT et des échanges entre acteurs, ils sont partagés sur les résultats obtenus.

Nombre de
répondants
8

Q25_ Selon vous, l'offre régionale en psychiatrie portée par les différents établissements de santé est-elle lisible pour la population ?

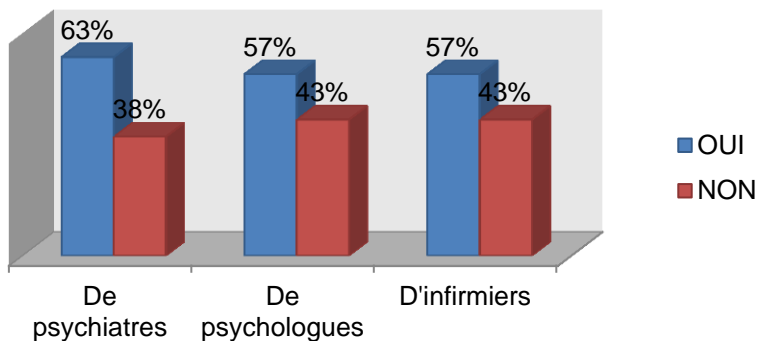


3/4 des ES pensent que l'offre régionale de psychiatrie portée par les différents établissements de santé est assez mal ou pas du tout lisible pour la population.

2.8– Développement de pratiques innovantes

Nombre de
répondants
7

Q26_ Etes-vous favorable à la mise en place par votre établissement de consultations avancées au sein de Maison de Santé Pluriprofessionnelles ou de cabinets de groupe :

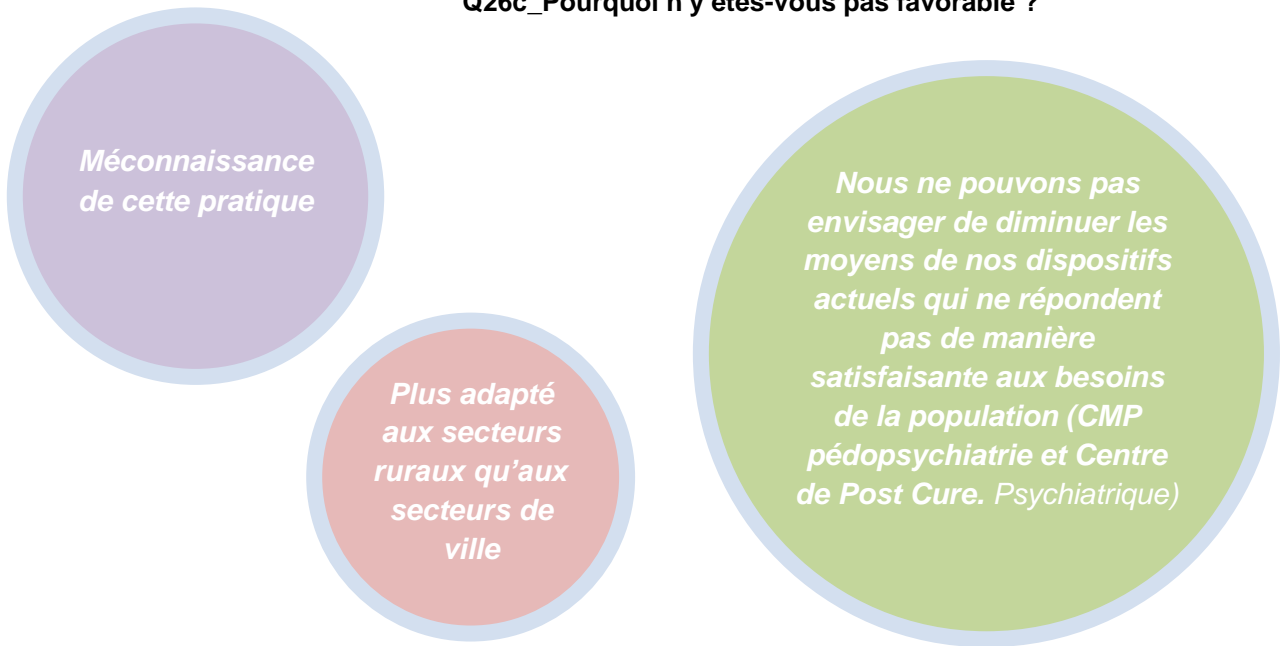


Plus de la moitié des ES sont favorables à la mise en place par eux-mêmes de consultations avancées au sein de MSP ou de cabinets de groupe.

26b_A quelles conditions y êtes-vous favorable ?

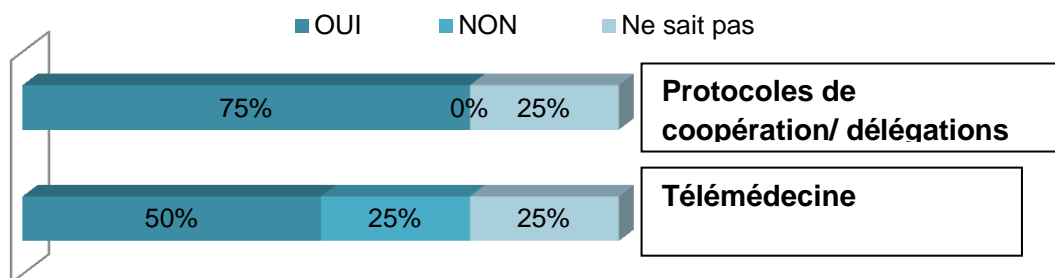


Q26c_Pourquoi n'y êtes-vous pas favorable ?



Nombre de répondants
8

Q27_Seriez vous favorables à la mise en place par votre établissement d'innovations de prise en charge, en réponse à des difficultés d'accès aux professionnels de la psychiatrie, comme la télémédecine et les protocoles de coopération/délégations de tâches :

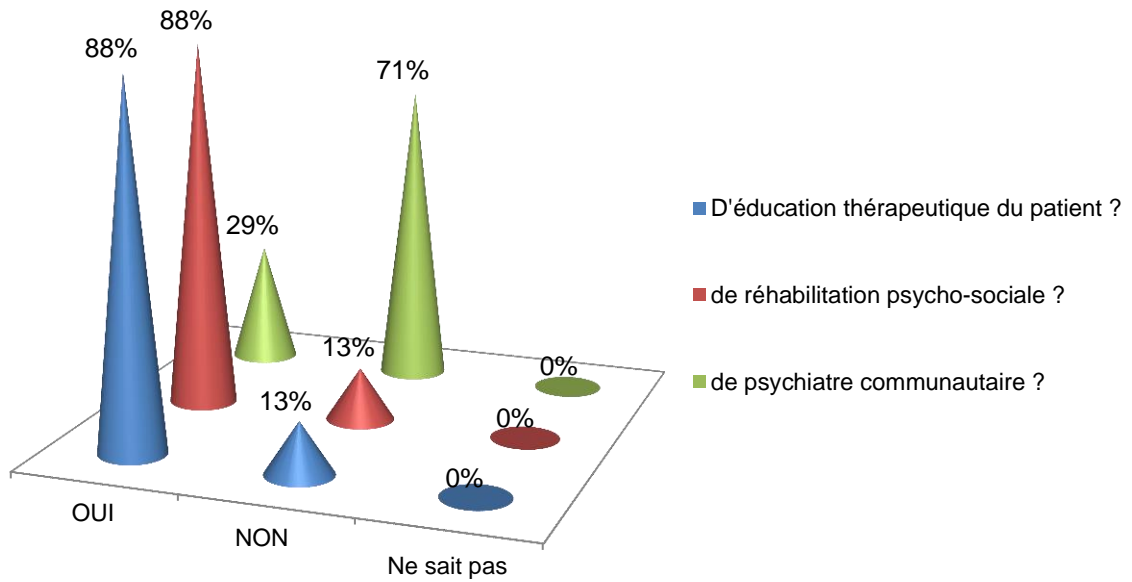


La moitié des ES se déclare favorable à la mise en place d'actions de télémédecine.

Les 3/4 des ES se déclarent favorables à la mise en place de protocoles de coopération/délégation de tâches (modèle HAS).

Q28_L'établissement est il engagé dans des actions....

Nombre de
répondants
8



La plupart des ES se sont engagés dans des actions d'éducation thérapeutique, de réhabilitation psychosociale. Mais peu se sont engagés sur la psychiatrie communautaire.

Q29 Commentaires libres sur la politique de l'ARS en matière de psychiatrie et santé mentale et sur les relations ARS/établissements de santé

- Une certaine inertie ou retard à répondre aux orientations stratégiques de l'établissement.

- Une absence de vision très concrète sur les évolutions.

- Une prise de conscience tardive des inégalités de financement et de nécessité de revoir les critères

- Développer les politiques de santé mentale pour les personnes vieillissantes en concertation avec les acteurs du département.

La santé mentale doit être une priorité nationale car :

- Le vieillissement de la population augmente chaque année : continuer de réfléchir à des dispositifs complexes (EPHAD, CHS, Postcure, ESMS)

- L'approche psychiatrique a évolué et doit décentrer le pouvoir médical vers une expertise pluriprofessionnelle

- Le coût des médicaments doit être maîtrisé

- Augmenter le nombre de contrat local en santé mentale

- Nommer des référents opérationnelles sur les territoires (missions / délégation de l'ARS)

- Renforcer des liens avec Nantes

- Avoir un médecin ARS comme interlocuteur

- Améliorer l'offre médico-sociale, et de la coordination entre les différents partenaires sous l'égide de l'ARS pour fluidifier le parcours des patients.

- A l'heure où les contraintes budgétaires amènent à réduire l'offre de soin notamment en psychiatrie, les objectifs du PRS devraient être revus et assumés.

- Souci de comprendre les "tenants et aboutissants" de cette discipline.

- Relations satisfaisantes quoiqu'extrêmement "contraintes".



Les marges de progrès concernant les relations ES/ARS et les améliorations de la politique régionale portent sur : la prise de conscience tardive des inégalités de financement et de nécessité de revoir les critères d'attribution, l'inertie à répondre aux objectifs des établissements, le manque de référents régionaux et territoriaux au sein de l'ARS, la nécessité de développer une politique pour les personnes handicapées psychiques vieillissantes, la nécessité de décentrer le pouvoir médical vers une expertise pluriprofessionnelle, l'augmentation du nombre de CLSM, l'amélioration de l'offre médico-sociale.

ANNEXE 7 : Etude réalisée auprès des établissements de santé autorisés en activité d'urgence

METHODE ET RESULTATS DE L'ENQUETE MENEES PAR L'EQUIPE D'EVALUATION AUPRES DES SERVICES D'URGENCES DE LA REGION PAYS DE LA LOIRE

1. METHODOLOGIE

1.1 Objectifs et construction du questionnaire

Cette enquête auprès des services d'urgence de la région s'est inscrite dans les investigations menées auprès des différents acteurs partie prenante de la politique (professionnels de santé, associations, institutions...), en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique, évaluée par l'ARS.

Elle visait à mieux connaître les modalités de travail et les attentes des professionnels des services d'urgence, en matière de prise en charge de personnes vivant avec des troubles psychiques, en lien ou non avec les autres professionnels.

Des questions fermées ont été privilégiées pour mobiliser le moins possible les répondants, et permettre des comparaisons entre acteurs.

De plus, des espaces d'expression libre sur les questions de leur place dans le parcours de santé du patient et de la prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques étaient ouverts à tous les répondants.

1.2 Déploiement de l'enquête et taux de réponse

Ce questionnaire a été envoyé par voie électronique (SOLEN) aux services des urgences ou aux directeurs de 20 établissements autorisés pour cette activité de la région, répartis dans les départements de Loire Atlantique, Maine et Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée. L'enquête a été ouverte du 17/09/2015 au 23/10/2015, et une relance a été faite en cours d'enquête.

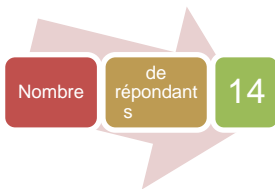
Le nombre de répondants s'établit à 15 établissements, soit un taux de réponse global de 75 %. A noter toutefois que le taux de réponse varie selon les questions.

A la date de clôture, les réponses aux questions fermées ont été analysées sous Excel.

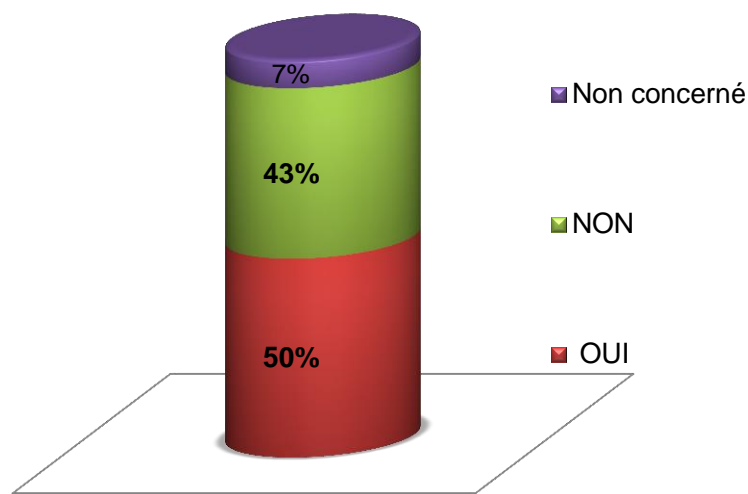
Pour les questions comportant une dimension ouverte, comme pour la partie « expression libre », il a été fait le choix de ne mentionner que les réponses revenant le plus fréquemment.

2. RESULTATS

2.1 Urgences psychiatriques et contexte de l'établissement



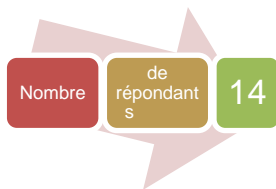
Q1_Considérez-vous que l'organisation et le fonctionnement de votre service d'urgence permettent correctement d'accueillir et de prendre en charge des urgences psychiatriques ?



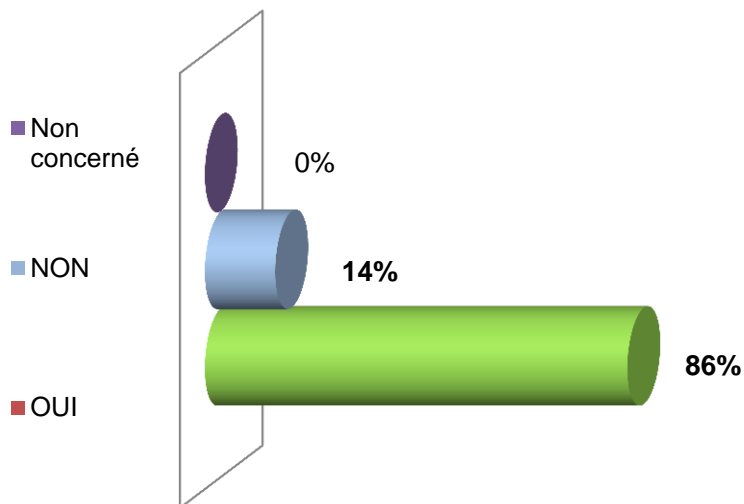
La moitié des services d'urgence considère que leur organisation et leur fonctionnement ne permettent pas correctement d'accueillir et de prendre en charge les urgences psychiatriques.

Les 2 principales raisons sont le manque d'espace dédié et l'absence de présence 24h/24 d'une équipe de liaison. Les principales remarques sont :

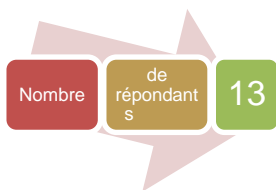
- « Accueil concomittant des enfants et des adultes aux urgences à partir de 21 h avec risque d'agressivité + accueil difficile des adolescents violents ».
- « Manque de place définie au sein des urgences, présence des équipes de psychiatrie sur un temps limité ».
- « Pas de lits dédiés et d'équipe psychiatrique disponible 24h/24 ».



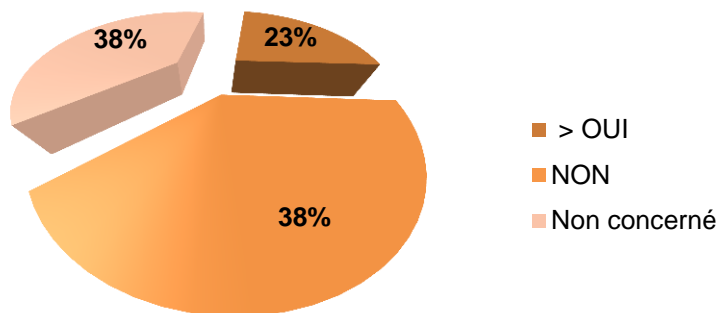
Q2_Accueillez-vous, au sein de votre service d'urgence, des patients présentant des urgences psychiatriques exclusives ?



La quasi-totalité des services d'urgence (86%) accueillent des patients présentant des urgences psychiatriques exclusives.



Q3_Selon vous, l'action de l'ARS vous permet-elle d'assurer votre mission d'accueil des urgences psychiatriques ?

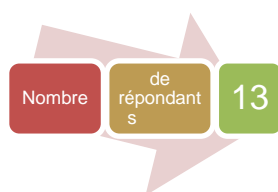


Pour 3/4 des services d'urgence, l'action de l'ARS ne leur permet pas d'assurer leur mission d'accueil des urgences psychiatriques.

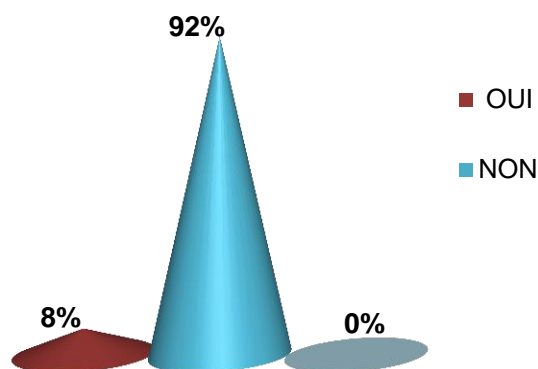
L'ARS est attendue sur l'évaluation de la charge de travail, une meilleure articulation avec les structures d'aval, une mise à disposition plus grande de personnel formé et sur des lits dédiés. Les principaux commentaires sont :

- « La prise en charge des urgences psychiatriques souffre de la continuité des soins le week end et en dehors des heures ouvrables (Absence d'IDE psy le WE par exemple, difficulté à trouver un lit d'hospitalisation adapté, difficulté d'avoir un psychiatre...) ».
- « Manque de temps médical et infirmier pour assurer un accueil et une prise en charge des patients correctes ».
- « Problème de transfert vers les unités d'hospitalisation ».
- « Cloisonnement des secteurs, empêchant certaines prise en charge (ex: envoi sur le CHS de référence pour les cas les plus graves) ».

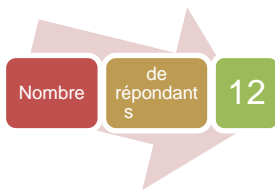
2.2 Urgences psychiatriques et contexte territorial



Q4_ Avez-vous eu connaissance de la recommandation de la CRSA de février 2014 à destination de l'ARS concernant la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence en psychiatrie ?

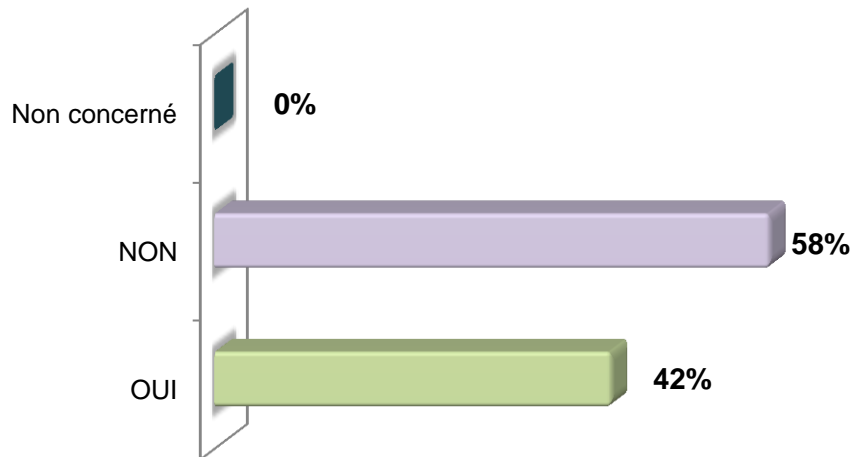


1 seul service d'urgence parmi les répondants a eu connaissance de la recommandation de la CRSA de février 2014 à destination de l'ARS concernant la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence en psychiatrie.



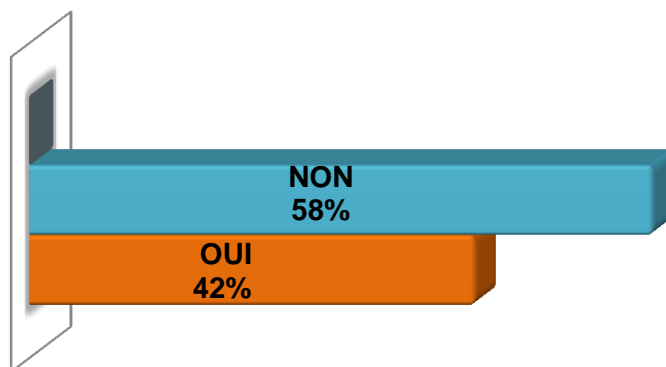
Q5_ Une organisation du traitement des urgences psychiatriques (gestion des appels et des situations) est-elle en place ?

- **Au niveau de votre territoire d'intervention**



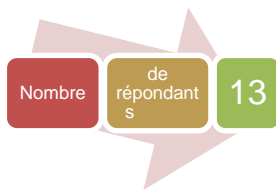
Une organisation du traitement des urgences psychiatriques (gestion des appels et des situations) n'est le plus souvent pas mise en place au sein du territoire d'intervention d'un service d'urgence.

- **Au niveau de votre département**

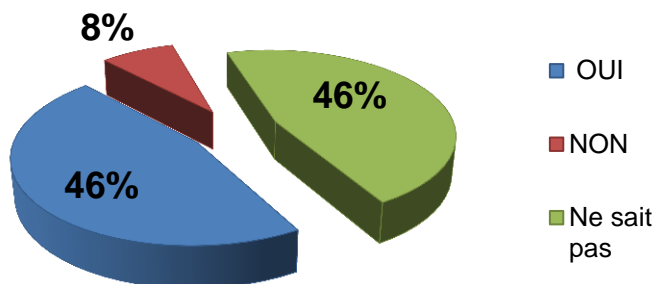


3 répondants précisent que leur organisation passe par des procédures internes, une charte ou un protocole CUMP.

Une organisation du traitement des urgences psychiatriques (gestion des appels et des situations) n'est le plus souvent pas mise en place au sein des départements.



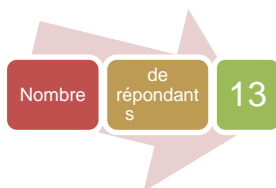
Q6_Selon vous, l'organisation du traitement des urgences en psychiatrie est-elle partout assurée dans votre département ?



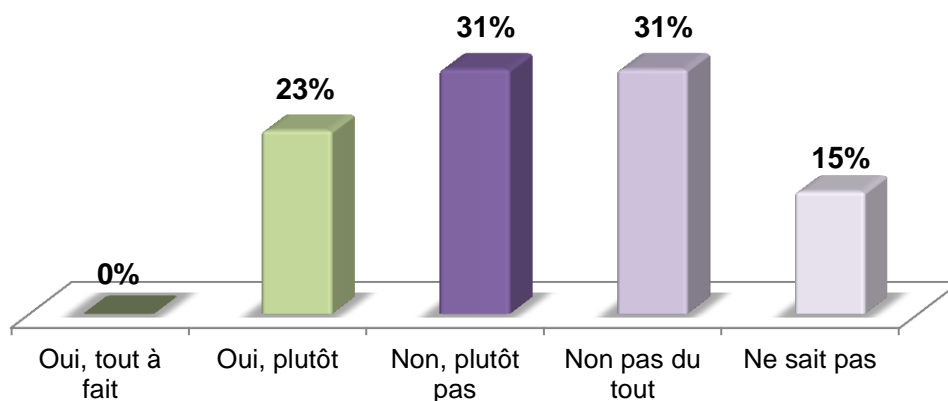
Moins de la moitié des services d'urgence peut affirmer que l'organisation du traitement des urgences en psychiatrie est partout assurée dans le département.

Insuffisance d'acteurs spécialisés (IDE et psychiatre), manque criant de lit d'hospitalisation en secteur psy, absence de permanence d'accès aux Cs spécialisées la nuit et Weekend sont cités par un acteur.

Q7_Selon vous, l'organisation du traitement des urgences en psychiatrie, dans votre département, est-elle connue :



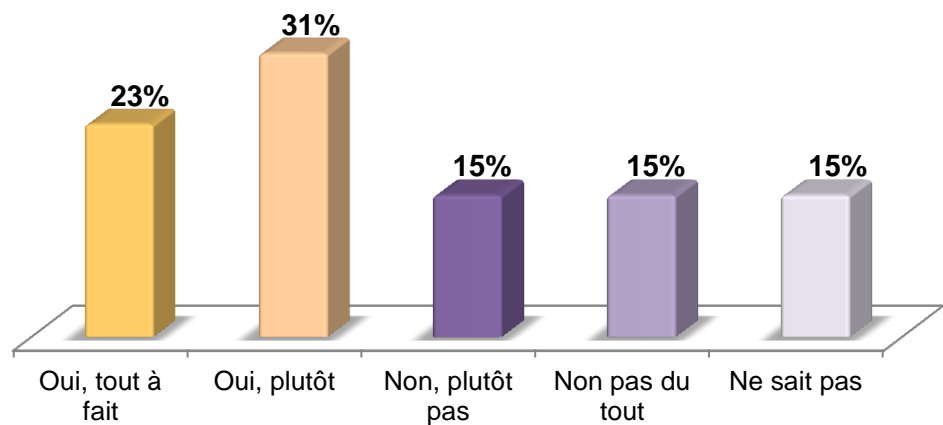
- **Des usagers et de leurs familles ?**





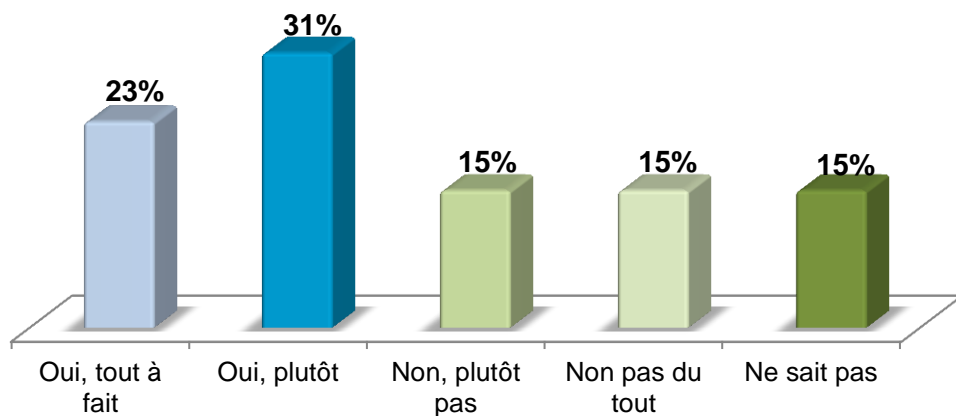
Environ 1/4 des services d'urgence pensent que l'organisation du traitement des urgences en psychiatrie dans le département est connue des usagers et de leurs familles.

- **Des autres établissements de santé ?**



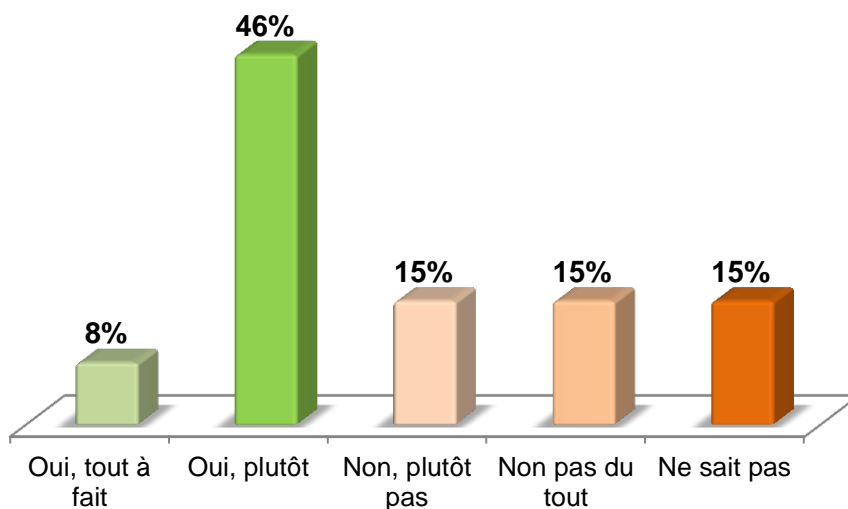
La moitié environ des services d'urgence pensent que l'organisation du traitement des urgences en psychiatrie dans le département est connue des autres établissements de santé.

- **Des professionnels de santé libéraux ?**



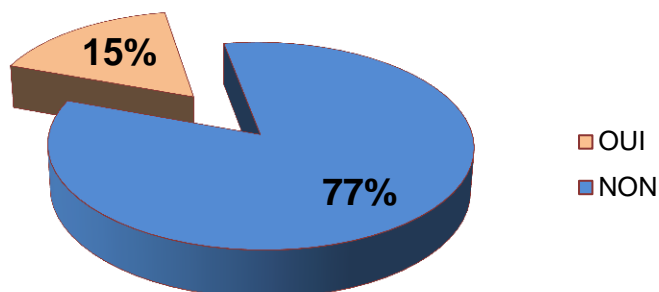
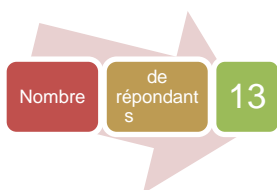
La moitié environ des services d'urgence pensent que l'organisation du traitement des urgences en psychiatrie dans le département est connue des professionnels de santé libéraux.

- **Des établissements et services médico-sociaux ?**

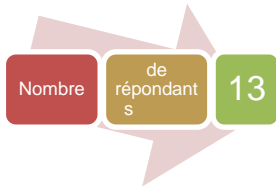


La moitié environ des services d'urgence pensent que l'organisation du traitement des urgences en psychiatrie dans le département est connue des établissements et services médico-sociaux.

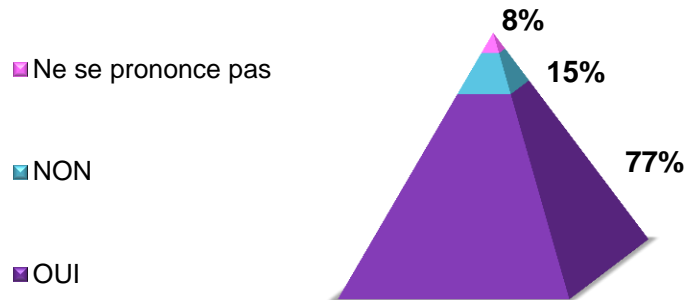
Q8_ De nouvelles modalités d'organisation ont-elles été mises en place pour fluidifier les urgences psychiatriques depuis 2012 ?



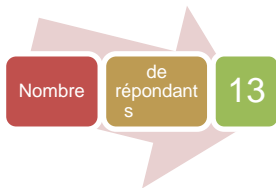
Il n'y a quasiment pas eu de nouvelles modalités d'organisation mises en place pour fluidifier les urgences psychiatriques depuis 2012 dans les départements. Sont seulement cités l'UPAO, une équipe mobile de liaison et un protocole d'accueil des TS sans gravité avec admission rapide vers le service d'urgence psychiatrique.



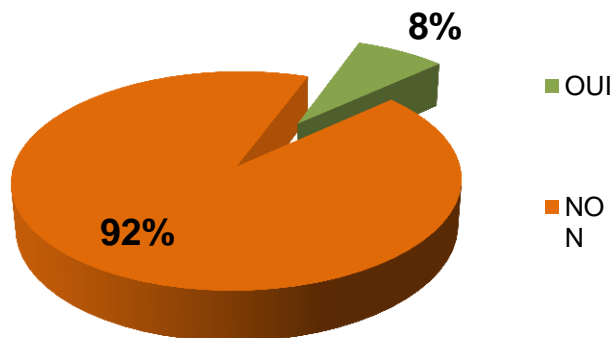
Q9_ Etes-vous favorable à la création d'unités d'accueil, d'observation et d'orientation de moins de 72 heures en milieu psychiatrique ?



Les services d'urgence sont à 3/4 favorables à la création d'unités d'accueil, d'observation et d'orientation de moins de 72 heures.

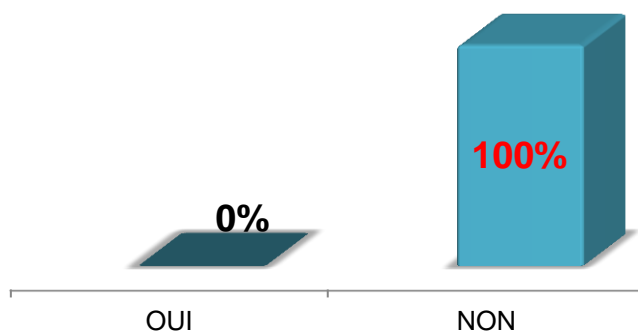
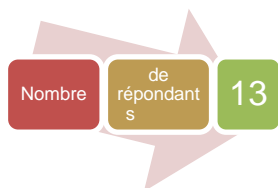


Q10_ Connaissez-vous l'annuaire des acteurs ressources « agir ensemble contre le suicide » (élaboré par l'ARS et la MSA, accessible sur Internet) ?



Les services d'urgence ne connaissent pas l'annuaire des acteurs ressources « agir ensemble contre le suicide » (élaboré par l'ARS et la MSA, accessible sur Internet).

Q11_L'avez-vous déjà utilisé ?



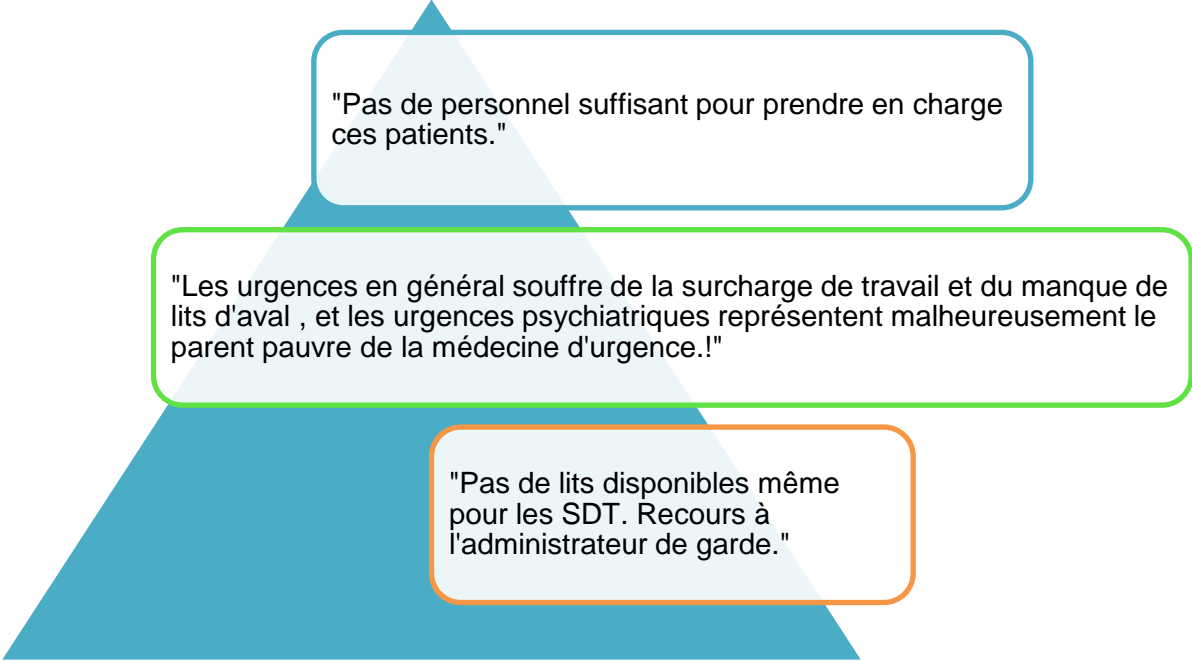
Aucun service d'urgence n'a utilisé l'annuaire des acteurs ressources « agir ensemble contre le suicide » (élaboré par l'ARS et la MSA, accessible sur Internet).

Q12 _ Commentaires libres, soit 6 réponses dont il ressort :

Il est important de pouvoir disposer d'une équipe mobile d'urgence et de liaison sur le site d'urgence. Les urgences psychiatriques, une fois une pathologie somatique écartée peuvent emboliser les services d'urgence par manque de temps psychiatrique sur place et de disponibilité de lits d'aval. Le découpage en secteurs du département ne rend pas aisé les transferts vers l'établissement psychiatrique (hospitalisations, consultations), ne répondant pas toujours à une logique de proximité pour le patient. Les plages d'ouverture des CMP sont insuffisants.

« Faut-il maintenir aux SAU des urgences psychiatriques pures alors que l'accueil, une fois une pathologie somaticienne écartée, n'est plus justifiée au sein des urgences? Nous constatons des engorgements de plusieurs heures (voire dizaine d'heure le week end) par manque de temps psychiatrique au sein des urgences alors que les service d'accueil en aiguë de psychiatrie disposent de lits disponibles ».

"Le "découpage" en secteur du département ne rend pas aisé les transferts vers l'établissement psychiatrique du département. Le suivi en consultations externes dépend lui aussi du secteur de référence et ne répond pas toujours à une logique de proximité pour le patient. Problème récurrent de disponibilité des lits nécessitant une prolongation du séjour au sein d'un service d'urgences non adapté à l'accueil de patient relevant de psychiatrie."



"Pas de personnel suffisant pour prendre en charge ces patients."

"Les urgences en général souffre de la surcharge de travail et du manque de lits d'aval , et les urgences psychiatriques représentent malheureusement le parent pauvre de la médecine d'urgence.!"

"Pas de lits disponibles même pour les SDT. Recours à l'administrateur de garde."

ANNEXE 8 : Etude réalisée auprès des gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux handicap

METHODE ET RESULTATS DE L'ENQUETE MENEES PAR L'EQUIPE D'EVALUATION AUPRES DES GESTIONNAIRES D'ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX (MAS,FAM,ESAT,SAMSAH) DE LA REGION PAYS DE LA LOIRE

1. METHODOLOGIE

1.1 Objectifs et construction du questionnaire

Cette enquête auprès des gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux (MAS, FAM, ESAT, SAMSAH) de la région s'est inscrite dans les investigations menées auprès des différents acteurs partie prenante de la politique (professionnels de santé, associations, institutions...), en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique, évaluée par l'ARS.

Elle visait à documenter l'adaptation de l'offre médico-sociale au handicap psychique, l'accès aux professionnels de santé mentale et les relations des structures avec la psychiatrie et les partenariats.

Des questions fermées ont été privilégiées pour mobiliser le moins possible les répondants, et permettre des comparaisons entre acteurs.

De plus, des espaces d'expression libre sur les questions de leur place dans le parcours de santé du patient et de la prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques étaient ouverts à tous les répondants.

1.2 Déploiement de l'enquête et taux de réponse

Ce questionnaire a été envoyé par voie électronique à 89 gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés ayant au moins une structure dans la région (FAM, MAS, ESAT ou SAMSAH).

La campagne était initialement ouverte du 15 septembre au 30 septembre 2015. Une relance a été faite, avec une fenêtre de réponse complémentaire ouverte du 5 octobre au 10 octobre 2015.

29 questionnaires exploitables ont été reçues (soit un taux de réponse global de 33%).

A la date de clôture, les réponses aux questions fermées ont été analysées sous Excel.

Pour les questions comportant une dimension ouverte, comme pour la partie « expression libre », une synthèse a été réalisée par l'équipe d'évaluation.

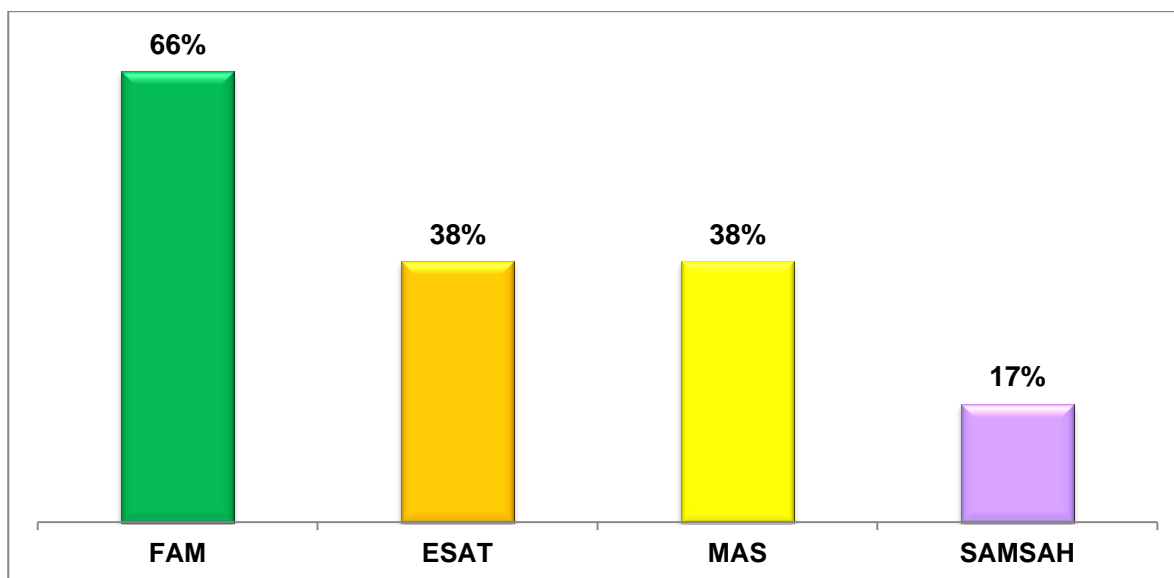
Dans la présentation des résultats, sauf mention contraire, les pourcentages sont calculés sur la base du nombre de réponses exprimées à chaque question (sans compter les réponses « non concerné »).

2. RESULTATS

2.0. PROFIL DES REpondANTS

Q1_ Quels sont les types d'établissements et services concernés par la présente enquête que vous gérez ?

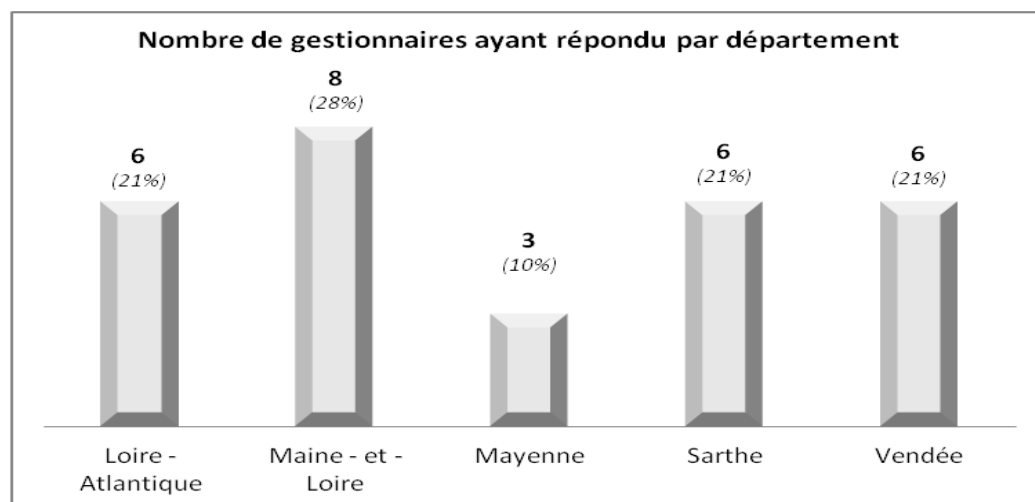
Nombre de répondants = 28



Les FAM sont les plus représentés dans les structures gérées par les répondants ; les SAMSAH les moins représentés.

Q2_ Dans quel(s) département(s) des Pays de la Loire sont implantées ces structures ?

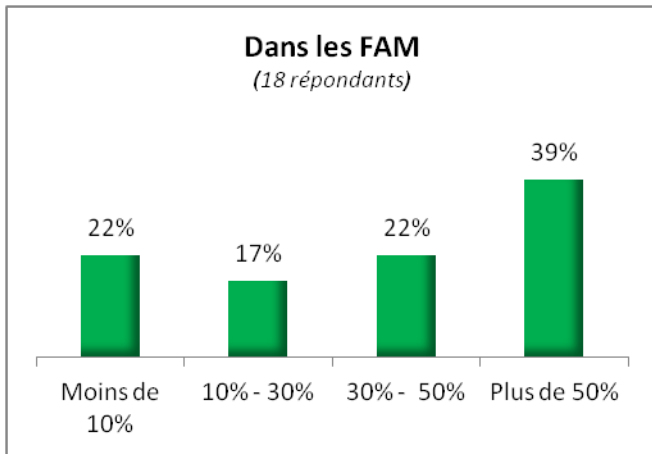
Nombre de répondants = 29



Aucun gestionnaire répondant n'a d'implantation sur plusieurs départements de la région.

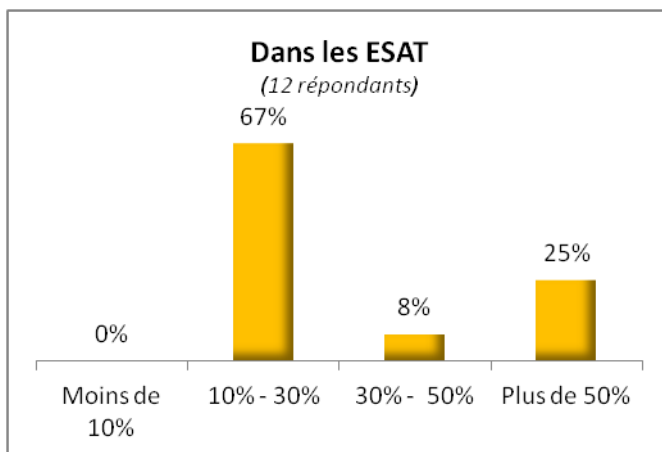
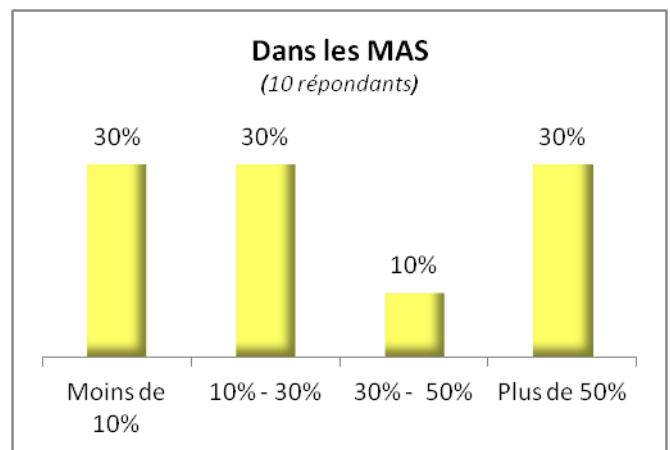
2.1 ADAPTATION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE AU HANDICAP PSYCHIQUE

Q3_En ordre de grandeur, quelle est la proportion de personnes présentant un handicap psychique reconnu dans la ou les structures dont vous avez la responsabilité ?



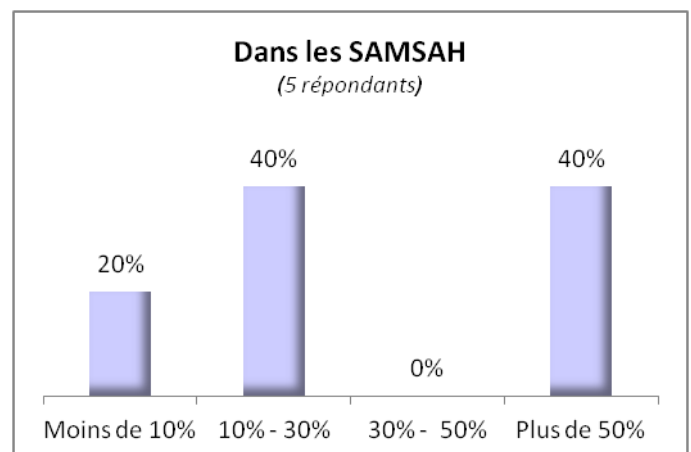
En FAM, la proportion de personnes présentant un handicap psychique est supérieure à 50 % dans 39% des cas (supérieure à 30% dans 61% des cas)

En MAS, la proportion de personnes présentant un handicap psychique est supérieure à 50 % dans 30% des cas (supérieure à 30% dans 40% des cas).



En ESAT, la proportion de personnes présentant un handicap psychique est supérieure à 50 % dans 25% des cas (supérieure à 30% dans 33% des cas).

En SAMSAH, la proportion de personnes présentant un handicap psychique est supérieure à 50 % dans 40% des cas (supérieure à 30% dans 40% des cas).



On relève une proportion importante de personnes présentant un handicap psychique dans les MAS, FAM, ESAT et SAMSAH puisque, au moins dans un tiers des cas (ESAT) et au plus dans 61% des cas (FAM), ils représentent plus de 30% du public accueilli. C'est dans les FAM où cette proportion est le plus souvent élevée. L'interprétation de ce résultat doit cependant tenir compte du nombre de répondants. Il est possible que ce sont les gestionnaires d'ESMS les plus concernés par la question du handicap psychique qui ont le plus répondu à l'enquête. Il y aura lieu de croiser ce résultat avec d'autres sources d'informations (enquête quadriennale ES, enquêtes flash...).

Q4_Selon vous, le nombre de places proposées aux personnes handicapées psychiques dans le(s) département(s) d'implantation de vos structures est-il suffisant, selon les établissements et services suivants ?

	Oui	Non	Ne se prononce pas
en places de FAM (20 répondants)	0%	70%	30%
en places de MAS (19 répondants)	5%	58%	37%
en places d'ESAT (17 répondants)	0%	76%	24%
en places de SAMSAH (11 répondants)	0%	55%	45%

Le sentiment de manque de places pour les handicapés psychiques dans les établissements médico-sociaux est largement partagé.

Les gestionnaires interrogés (hors les réponses « non concerné ») trouvent en majorité insuffisant le nombre de places pour les personnes handicapés psychiques dans leur département (de 55% à 76% des réponses selon le type de structure).

C'est pour les FAM (70% des répondants), et surtout pour les ESAT (76%) que le constat de manque est le plus partagé.

Il n'y a que pour les MAS que des répondants (5%) trouvent le nombre de places suffisants.

Pour toutes les autres structures, ceux qui ne déclarent pas insuffisant le nombre de places ne se prononcent pas sur cette question.

Q5_Avez-vous adapté votre organisation et vos pratiques, concernant l'accueil de personnes vivant avec un handicap psychique, suite à la parution de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 ?

Nombre de répondants = 29

Les deux tiers des gestionnaires déclarent avoir adapté leur organisation et leurs pratiques, concernant l'accueil de personnes vivant avec un handicap psychique, suite à la parution de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005.

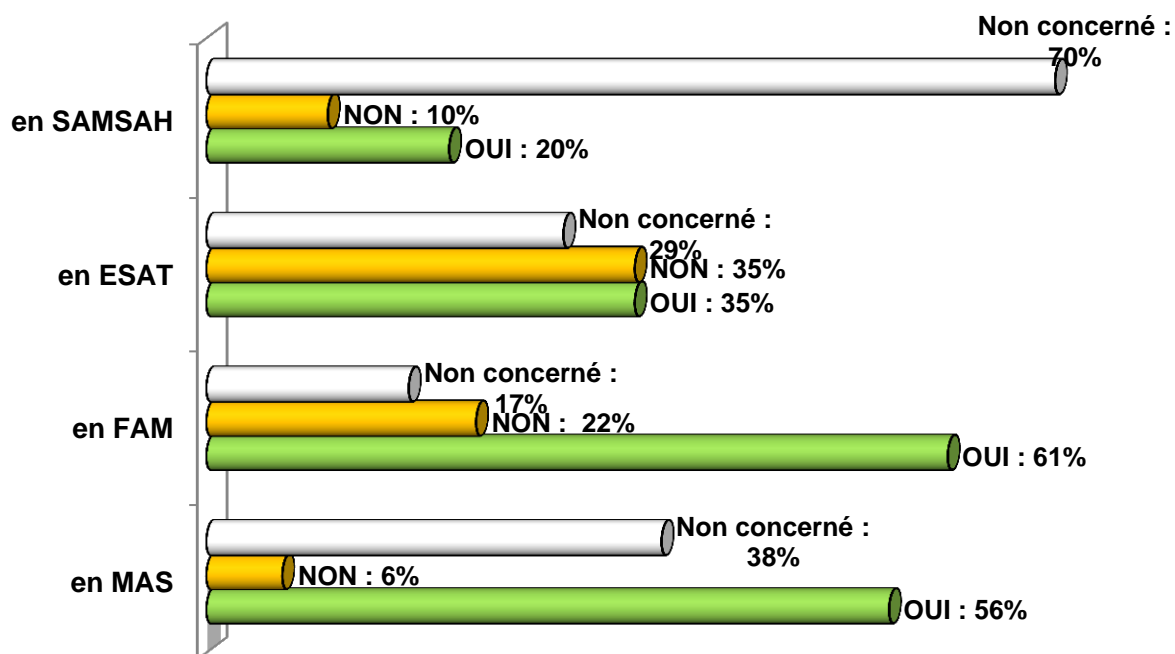
Q5b_ Comment ? et le cas échéant, pour quelles structures?

Les principales adaptations des pratiques suite à la loi de 2005 évoquées par les répondants concernent :

- la formation du personnel,
- l'analyse de pratiques ou le soutien par un psychologue pour les équipes ou le public,
- le partenariat avec le secteur sanitaire (public ou libéral), le cas échéant formalisé par une convention,
- l'adaptation des accompagnements, des activités et des espaces au public, la diversification des types de prise en charge,
- en ESAT : la proposition de temps partiel pour les travailleurs, avec création de section annexe ESAT le cas échéant.

Q6_ Vos structures ont-elles déjà accueilli des personnes auparavant prises en charge en hospitalisation complète en milieu sanitaire ?

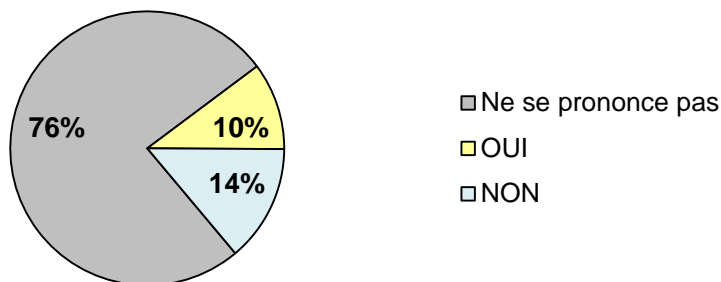
Nombre de répondants (y compris « non concerné ») : 10 pour les SAMSAH, 17 pour les ESAT, 18 pour les FAM et 16 pour les MAS/



Interrogés sur l'accueil qui a pu être fait de personnes auparavant prises en charge en hospitalisation complète en milieu sanitaire dans leurs différentes structures, une part significative des répondants (17 à 70% selon les cas) se disent non concernés. Pour les autres, ils déclarent l'avoir fait dans une proportion allant de 90% (en MAS) à 50% (en ESAT).

Q6b_Accepteriez vous d'accueillir dans vos structures de tels patients provenant de services d'hospitalisation complète du secteur sanitaire ?

Nombre de répondants=29



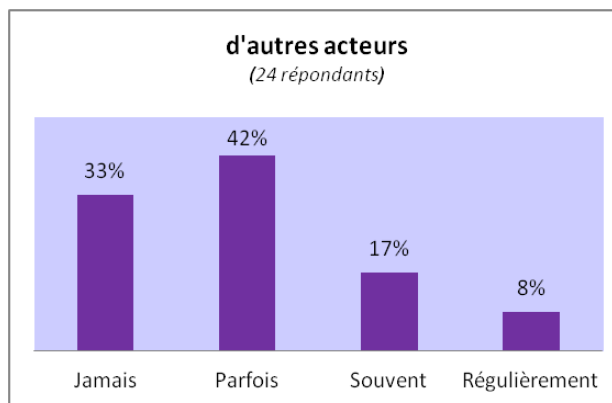
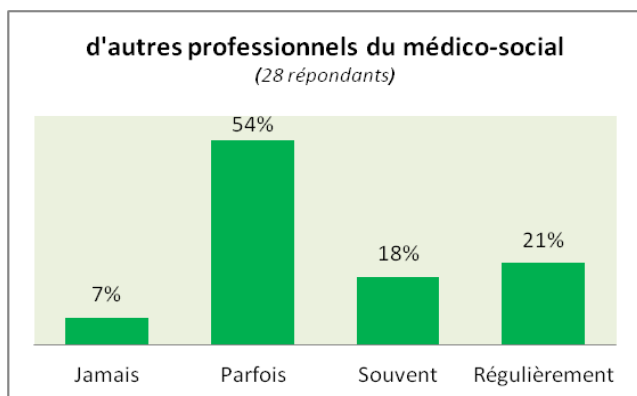
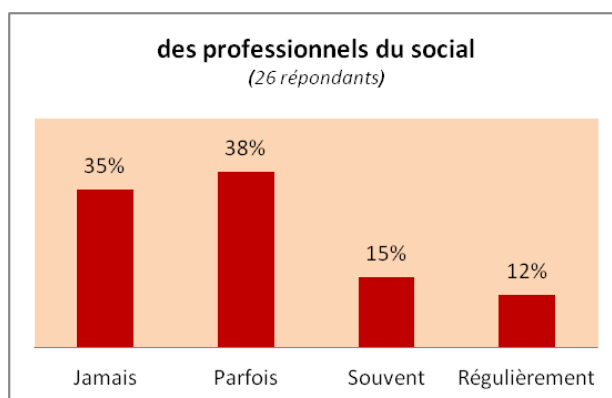
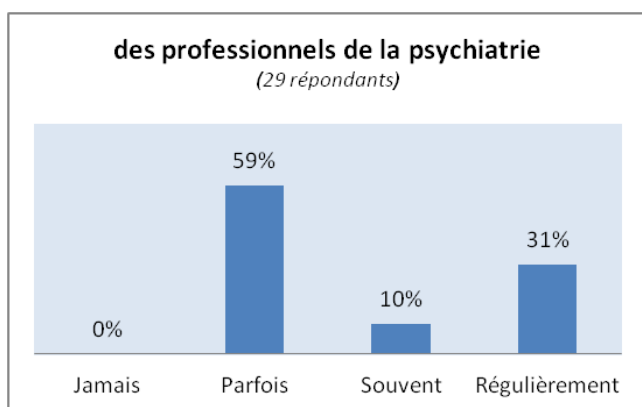
A la question de savoir si les gestionnaires qui ne l'ont pas fait auparavant accepteraient d'accueillir dans leurs structures des personnes provenant de services d'hospitalisation complète du secteur sanitaire, une large majorité (22/29) ne se prononce pas. Quand c'est le cas, le nombre de oui et de non est à peu près équivalent (3 et 4).

Q7_Depuis 2012, votre personnel a-t-il bénéficié de formations sur le handicap psychique par des professionnels d'un secteur de psychiatrie ?

Nombre de répondants=29

Le personnel est déclaré avoir bénéficié de formations sur le handicap psychique par des professionnels d'un secteur de psychiatrie depuis 2012 dans 69% des cas.

Q8_Y a-t-il des échanges de pratiques, sur l'accompagnement/ la prise en charge des personnes vivant avec un handicap psychique, entre votre personnel et...



Des échanges de pratique sur l'accompagnement/ la prise en charge des personnes vivant avec un handicap psychique entre les personnels des ESMS avec d'autres professionnels :

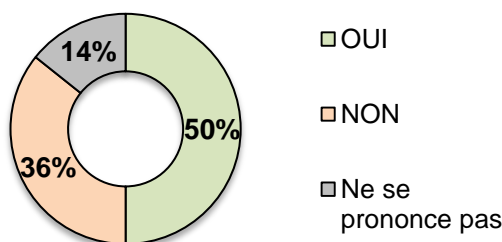
- Avec des professionnels de la psychiatrie : parfois dans 59% des cas, régulièrement dans 31% des cas
- Avec des professionnels du social : jamais ou parfois dans 73% des cas, régulièrement ou souvent dans 27% des cas
- Avec des professionnels du médico-social : parfois dans 54% des cas, régulièrement dans 21% des cas.

Avec d'autres partenaires : jamais ou parfois dans 75% des cas, souvent ou régulièrement dans 25% des cas. Lorsqu'il y a des échanges de pratiques du personnel avec d'autres partenaires que la psychiatrie, le social ou le médico-social, sont cités :

- les associations spécialisées,
- les centres ressources,
- les familles,
- les services mandataires,
- les médecins généralistes,
- les services de police et de justice,
- les acteurs de l'insertion professionnelle,
- les services somatiques spécialisés

Q9_Votre personnel a-t-il participé à des colloques ou des journées régionales concernant le handicap psychique depuis 2012 ?

Nombre de répondants = 28



La participation du personnel des ESMS à des colloques ou journées régionales sur le handicap psychique depuis 2012 est déclarée par 50% des gestionnaires. 14% ne se prononcent pas sur cette question.

2.2 L'ACCES AUX PROFESSIONNELS DE SANTE MENTALE ET LES RELATIONS DE VOS STRUCTURES AVEC LA PSYCHIATRIE

Q10_L'accès à des professionnels de la psychiatrie est-il aisé pour les personnes que vos structures accompagnent ?

Nombre de répondants = 29

L'accès à des professionnels de la psychiatrie pour les usagers d'ESMS n'est pas aisé pour 59% des répondants gestionnaires d'ESMS (17/29).

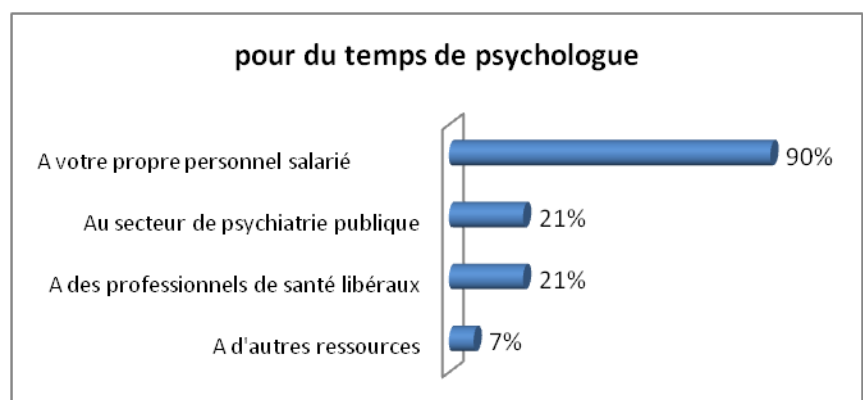
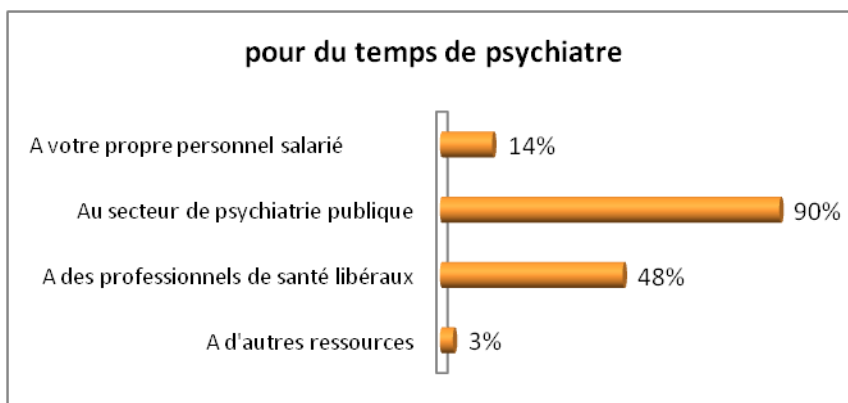
Q10b_Quelles sont les principales difficultés rencontrées ?

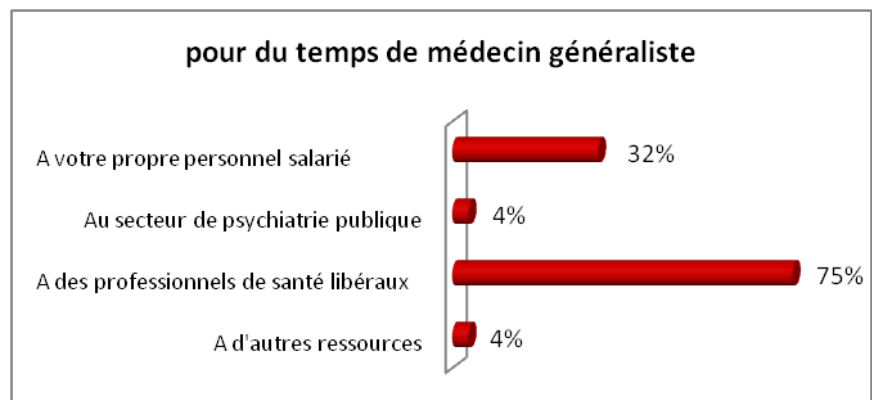
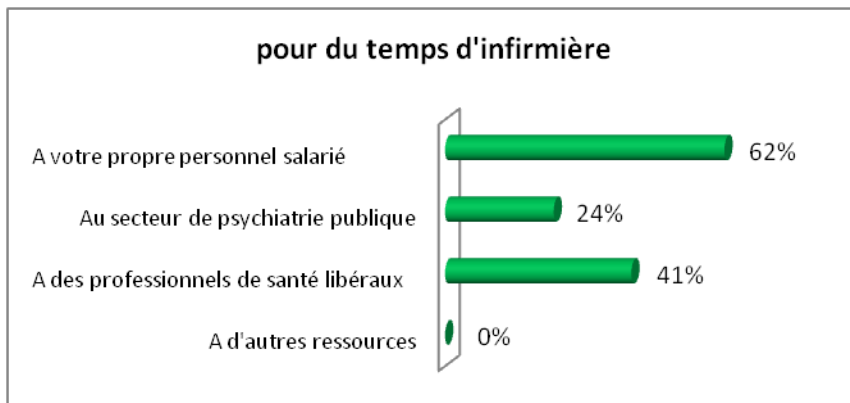
Les difficultés d'accès aux professionnels de la psychiatrie pour les usagers des structures évoquées par les gestionnaires indiquant que cet accès n'est pas aisé sont :

- Très fréquemment évoquée, **l'indisponibilité** des professionnels de la psychiatrie (*démographie, manque de disponibilité, secteurs psychiatriques surchargés, manque de psychiatres libéraux, difficultés de recruter des psychiatres en ESMS, difficulté de créer du lien dans la durée, turn over*) ;
- des problèmes d'**accessibilité physique** (*transports, possibilités d'accompagner les usagers chez le psychiatre, fait que les psychiatres ne se déplacent pas*) ;
- des problèmes liés aux **échanges d'information** (*manque de retours d'information, secret médical, inexistence de relations entre psychiatre et médecin généraliste*) ;
- la **méconnaissance du secteur médico-social et de son public**
- les **troubles de la communication** des usagers,
- le **manque de places**, difficultés pour hospitaliser un usager (*y compris le fait que les usagers des établissements médico-sociaux soient jugés « non prioritaires »*).

Q11_Pour le suivi sanitaire du handicap psychique des personnes que vos structures accompagnent, faites-vous appel le plus souvent ?

Nombre de répondants = 28 pour médecins généralistes, 29 pour les autres.





Nb : Chaque question autorisait plusieurs réponses ; les pourcentages sont calculés en référence au nombre de répondant, et les totaux peuvent en conséquence excéder 100%

Pour le suivi sanitaire du handicap psychique de leurs usagers, les ESMS déclarent en majorité recourir à la psychiatrie publique pour un suivi par des psychiatres, à leur propre personnel salarié pour le suivi par les psychologues et les infirmières, et aux professionnels libéraux pour le suivi par les médecins généralistes.

Q11b_Quelles autres ressources ?

En matière de suivi sanitaire du handicap psychique des usagers par un **psychiatre**, la ressource « autre » évoquée est le centre de ressources autisme.

En matière de suivi sanitaire du handicap psychique des usagers par un **psychologue**, les ressources « autres » qui sont évoquées sont : le centre de ressources autisme, une structure de réhabilitation psychosociale, une association spécialisée.

En matière de suivi sanitaire du handicap psychique des usagers par des **infirmiers**, aucune ressource « autre » n'est évoquée.

En matière de suivi sanitaire du handicap psychique des usagers par un **médecin généraliste**, la ressource « autre » évoquée est un médecin spécialiste salarié de l'établissement.

Q12_ Etes-vous satisfait de cette organisation du suivi sanitaire du handicap psychique ?

Nombre de répondants = 27

Les trois quarts des répondants (20/27) ne se jugent pas satisfaits de l'organisation du suivi sanitaire des handicaps psychiques de leurs usagers.

Q12b_ Pourquoi n'en êtes vous pas satisfait ?

Les motifs d'insatisfaction sur l'organisation du suivi sanitaire des handicaps psychiques évoqués tiennent à :

- la difficulté d'organiser une prise en charge coordonnée des usagers par les acteurs sanitaires et médico-sociaux, avec une inscription dans la durée,
- les difficultés d'accès au secteur de psychiatrie, physique (locaux de CMP non accessibles au handicap physique, refus de la psychiatrie de se déplacer dans les ESMS), ou en termes de disponibilité (engorgement des services).

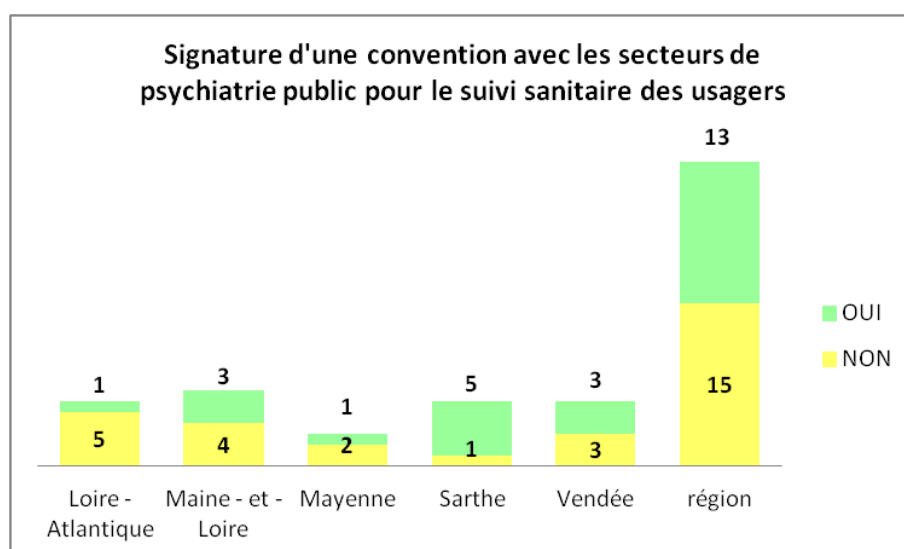
Q13_ Quel est, en ordre de grandeur, le délai d'attente moyen pour une première consultation demandée auprès d'une équipe du secteur de psychiatrie publique ?

Nombre de répondants = 14

Le délai d'attente moyen pour une première consultation demandée auprès d'une équipe du secteur de psychiatrie publique, tel qu'il est déclaré par les 14 gestionnaires ayant répondu à cette question, est en moyenne de 40 jours. Selon les gestionnaires, toutefois, ce délai s'étend de 2 jours à 90 jours.

Q14_ Avez-vous signé, afin d'organiser le suivi sanitaire des usagers de vos structures, une ou plusieurs conventions avec le(s) secteur(s) de psychiatrie publique de votre territoire d'intervention ?

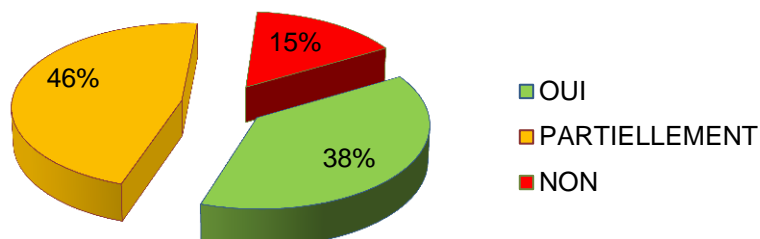
Nombre de répondants = 28



Sur 28 gestionnaires, 46% déclarent avoir signé des conventions avec les secteurs de psychiatrie publique pour organiser le suivi sanitaire des usagers de leurs structures. La situation par département est toutefois contrastée.

Q15_Etes - vous satisfait de sa mise en oeuvre ?

Nombre de répondants = 13



5 des 13 gestionnaires qui déclarent des conventions avec les secteurs de psychiatrie publique pour le suivi sanitaire de leurs usagers sont satisfaits de leur mise en œuvre, 6 le sont partiellement et 2 ne le sont pas (un seul département concerné)

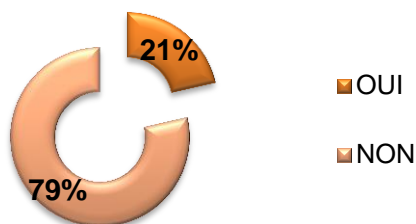
Autrement dit, les gestionnaires sont en majorité satisfaits ou partiellement satisfaits de la mise en œuvre des conventions passées avec les secteurs de psychiatrie publique pour le suivi sanitaire de leurs usagers.

Q15b_Pourquoi n'en êtes vous pas satisfait ou seulement ou partiellement ?

Les motifs pour lesquels les gestionnaires ne sont pas satisfaits, ou partiellement, de la mise en œuvre des conventions passées avec les secteurs de psychiatrie publique pour le suivi sanitaire de leurs usagers sont : une disponibilité insuffisante des professionnels, des formations non réalisées, des conventions pas suffisamment précises.

Q16_Avez-vous déjà fait appel à l'ARS pour d'éventuelles difficultés d'accès aux professionnels de la psychiatrie ?

Nombre de répondants = 28



Une minorité de gestionnaires (6/28) déclare avoir fait appel aux services de l'ARS dans le cadre de difficultés d'accès aux professionnels de la psychiatrie.

Q16b_L'ARS vous a-t-elle permis de trouver des solutions ?

Le nombre de réponses à cette question est trop faible et dispersé (1 toujours, 4 parfois, 1 jamais) pour conclure sur cet item.

Q17_Avez-vous des difficultés pour faire face à une urgence psychiatrique au sein de vos structures ?

Nombre de répondants = 29

Sur 29 gestionnaires, 62 % déclarent ne pas avoir de difficultés pour faire face à une urgence psychiatrique au sein de leurs structures, 38% avoir des difficultés.

Q18_Pour quelles raisons ?

Les gestionnaires qui déclarent avoir des difficultés pour faire face à une urgence psychiatrique au sein de leurs structures ont pu apporter les explications suivantes :

- manque ou absence de places en hospitalisation (crainte de la psychiatrie d'hospitalisation au long cours),
- nécessité de passer par les urgences de l'hôpital général ou par une procédure de SPDT,
- différence d'appréciation de l'urgence psychiatrique entre sanitaire et médico-social,
- délai d'attente pour une consultation psychiatrique.

Les gestionnaires qui déclarent ne pas avoir de difficultés pour faire face à une urgence psychiatrique au sein de leurs structures ont pu apporter les explications suivantes :

- faible volume des situations d'urgence vu le public accueilli,
- intervention d'un psychiatre qui facilite l'organisation des urgences,
- bonnes relations avec l'équipe hospitalière,
- convention permettant d'anticiper les situations et de limiter les durées d'hospitalisation.

2.3 PARTENARIATS

Q19_Connaissiez-vous les missions du CREHPSY (centre régional ressource handicap psychique) ?

Les missions du CREHPSY sont déclarées être connues par 41% (12/29) des gestionnaires.

Q20_Les structures dont vous avez la responsabilité ont-elles des relations de partenariat avec un groupe d'entraide mutuelle (GEM) local ?

Nombre de répondants = 29

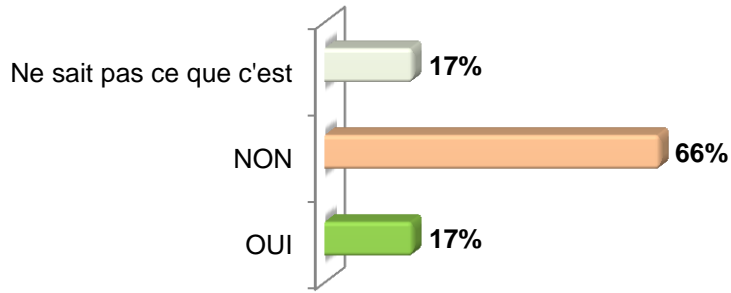
Seuls 6 gestionnaires sur 29 (21%) indiquent que leurs structures ont des relations de partenariat avec un groupe d'entraide mutuelle (GEM) local.

Q20b_Sur quoi portent ces partenariats ?

Les partenariats avec les GEM, lorsqu'ils existent, portent sur le parrainage du GEM, l'accompagnement de personnes prises en charge par ailleurs en ESMS (socialisation, facilitation du parcours de ces personnes).

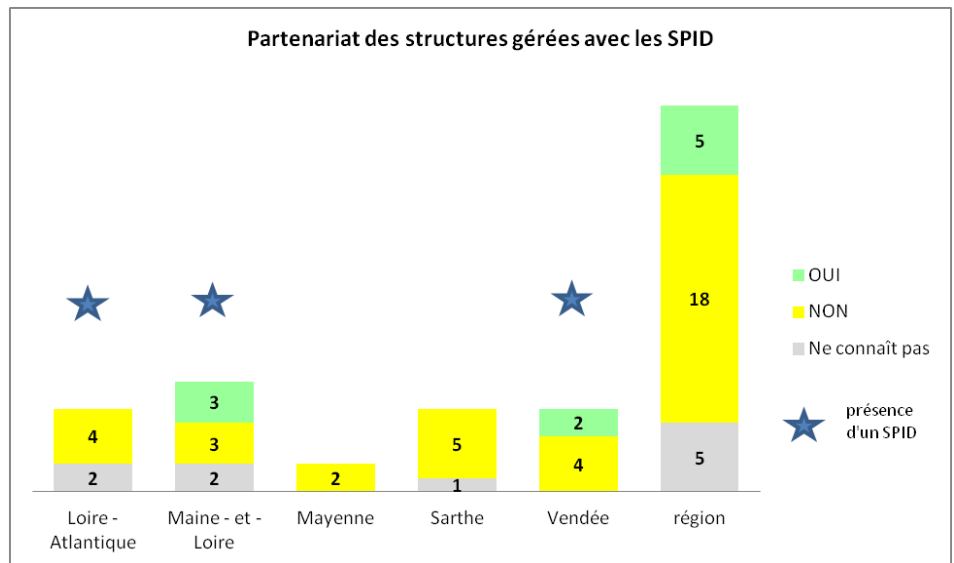
Q21_Les structures dont vous avez la responsabilité ont-elles des relations de partenariat avec une équipe de soins en psychiatrie de particulière intensité à domicile ?

Nombre de répondants = 29



Sur 29 gestionnaires, 5 (17%) déclarent que leurs structures ont des relations de partenariat avec une équipe de soins en psychiatrie de particulière intensité à domicile, 19 (66%) déclarent que ce n'est pas le cas, et 5 qu'ils ne savent pas ce que sont ces équipes.

A noter que ces équipes ne sont pas présentes dans tous les départements, ce qui peut expliquer en partie les réponses, comme l'illustre le schéma ci-contre :



2.4 EXPRESSION LIBRE

Q22_ Expression libre : Propositions d'actions pour améliorer l'accompagnement des personnes handicapées psychiques que l'ARS pourrait soutenir.

Parmi les propositions d'actions pour améliorer l'accompagnement des personnes handicapées psychiques faites par les gestionnaires ayant participé à l'enquête :

- organisation pour gérer les crises (équipe mobile dédiée),
- appui technique aux ESMS (équipe mobile),
- offre en services à domicile (SAMSAH, VAD voire équipe mobile),
- accueil réciproque psy/MS,
- plus largement collaboration entre MS et psychiatrie (soin partagé, stages réciproques, rencontres entre équipes, partages sur situations individuelles, ...) en veillant à une synthèse avant retour d'hospitalisation,
- ne pas rester sur le cadre formel d'une convention, adapter les modèles et modalités d'évaluation du handicap à ce public.

ANNEXE 9 : Déclinaison de la santé mentale au sein du PRS

DECLINAISON DE LA POLITIQUE DE SANTE MENTALE (PSYCHIATRIE, TROUBLES PSYCHIQUES, HANDICAP PSYCHIQUE) AU SEIN DU PROJET REGIONAL DE SANTE DES PAYS DE LA LOIRE 2012-2017

Document destiné au COPIL de l'évaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec trouble et/ou un handicap psychique, en date du 19 janvier 2015.

Le présent document a vocation à tracer les éléments de la politique de santé mentale au sein des différentes composantes du PRS. Ces éléments font référence spécifiquement à la santé mentale ou sont plus transversaux s'appliquant notamment à la politique de santé mentale.

Le PRS dans son plan stratégique a défini 3 orientations stratégiques (OS) et 7 sous-orientations stratégiques (SOS) – dont le détail figure en italique rouge ci-après.

Le PRS se compose de 3 schémas régionaux qui au total comportent 64 objectifs généraux (OG), en application des OS et des SOS :

- SRP (Schéma Régional de prévention) :
- SROS (Schéma Régional d'Organisation des Soins)
- SROMS (Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale)

Un objectif général (OG) est rattaché à une seule sous-orientation stratégique (SOS).

Des objectifs opérationnels (OO) déclinent les objectifs généraux au sein des schémas.

Des programmes régionaux ou territoriaux déclinent à leur tour sous forme d'objectifs instrumentaux (OI) ou actions les objectifs généraux des schémas :

- PTS : Programmes Territoriaux de Santé
- PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
- PRIAC : Programme Régional et Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'Autonomie
- PRSIT : Programme Régional des Systèmes d'Informations partagés et de Télémédecine
- PRGDR : Programme Régional de Gestion Du Risque
-

Les numérotations contenues dans ce document reprennent celles du PRS.

OS 1 LA PERSONNE AU CŒUR DES PREOCCUPATIONS DU SYSTEME DE SANTE

SOS 1.1 ÊTRE ACTEUR DE SA SANTE

La participation et l'autonomie de chaque personne

L'expression collective, une ressource pour l'analyse des problèmes et l'identification de réponses et pour la mobilisation des acteurs

OG 4 SRP : Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences

OO : Promouvoir le maintien d'un bon niveau de santé physique et psychique des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge

- *Promouvoir une activité physique régulière adaptée*
- *Lutter contre l'isolement en favorisant le lien social*
- *Faciliter le dépistage des déficiences visuelles ou auditives, troubles trophiques et statiques des pieds, maladies cardiovasculaires, diabète, cancers, maladie d'Alzheimer, santé bucco-dentaire et dénutrition, infections sexuellement transmissibles*

SOS 1.2 Une démarche centrée sur la personne

Un système plus lisible pour que chacun se repère

Un système plus accessible

Une écoute plus attentive

Une communication plus structurée et systématique de l'information

Une contribution reconnue des aidants

Des outils pour le dialogue

OG 3 SROMS : Assurer la mise en place des dispositifs de participation, de représentation et de médiation au sein des établissements et services médico-sociaux

OI 1 PTS 53 : Conforter les droits des usagers au sein des établissements et services, notamment médico-sociaux, en Mayenne

Activités :

- *Etablissement de la liste des personnes qualifiées pour les usagers des établissements et services médico-sociaux (2012)*

- *Améliorer l'information globale des usagers(2012-2016) :*

- *Information du grand public sur les différents outils, droits et devoirs des usagers*
- *Créer un annuaire en ligne de tous les services, associations et établissements de la Mayenne œuvrant dans le domaine de la « santé », permettant une recherche par thématique, aussi bien pour les professionnels (généralistes, assistantes sociales...) que pour les usagers directement*

- *Communication autour des lieux ressources*
- *Distribuer systématiquement le livret d'accueil dans chaque structure : lettre de rappel de la DT aux établissements et services*
- *Développer les formations (2012-2016) :*
 - *Formation des représentants usagers :*
 - *Formation des personnels des établissements pour qu'ils intègrent cette dimension à leur pratique professionnelle*
- *Développer une politique de recueil individuel de satisfaction pour le secteur médico-social (complémentaires aux questionnaires anonymes de satisfaction, hors recueil d'évènement indésirable) (2012-2016) :*
 - *privilégier un recueil de la satisfaction sur une période donnée (1 semaine par an par exemple) plutôt qu'en continu*
 - *recourir à des stagiaires pour que le recueil prenne la forme d'un échange direct avec la personne et/ou son entourage*
- *Améliorer le fonctionnement des CVS (2012-2016) :*
 - *Déléguer au sein de l'établissement le suivi opérationnel du fonctionnement du conseil de la vie sociale à un agent identifié comme référent de cette instance.*
 - *A défaut de CVS, développer d'autres formes d'association des usagers et de leurs familles*
 -
- *Organiser des échanges de pratiques, valorisation des expériences par arrondissement entre les établissements et services médico-sociaux. (2012-2016)*

OG 3 SRP : Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie

OO : Axer les actions de prévention autour des 7 thématiques régionales prioritaires, dont :

✓ *Bien être mental et risque de suicide*

OO : Autour des thématiques régionales prioritaires, mobiliser les acteurs de santé et du social sur le repérage des situations à risque, la prévention et l'accompagnement lors de périodes sensibles de la vie :

✓ *la petite enfance et l'adolescence*

✓ *la vulnérabilité sociale*

✓ *les périodes de rupture : ruptures familiales et professionnelles, l'entrée en institution et le deuil*

OO : Au niveau local, favoriser l'articulation entre les associations de proximité et les structures ressources en prévention ainsi que la coordination des acteurs de santé et du social à travers des projets mutualisés autour des populations spécifiques

OO : Au niveau de chaque territoire de santé, coordonner les différents acteurs autour des trajectoires des personnes en matière de prévention, en s'appuyant sur des structures identifiées assurant l'information, le repérage et l'orientation (PMI, CAMSP, maisons des adolescents, CLIC, structures médicosociales notamment)

OO : Partager les thématiques régionales de prévention avec l'ensemble des professionnels des secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social

OO : Renforcer la politique de prévention en milieu professionnel afin de toucher la population adulte :

○ *Favoriser les actions de prévention et de promotion de la santé en proposant aux entreprises de relayer les campagnes d'information auprès des salariés autour des priorités régionales de prévention*

- *Améliorer les connaissances des employeurs, des salariés et des travailleurs indépendants sur les risques de santé au travail en particulier les risques psychosociaux*

OI 2 PRAPS : Promouvoir des approches adaptées en matière de santé et d'éducation au "prendre soin"

Activités :

- *Promouvoir le soutien psychologique notamment auprès des personnes migrantes*
- *Développer la mise en œuvre d'ateliers sur : La notion de confiance en soi, l'estime de soi*
- *Favoriser l'émergence d'actions autour de la périnatalité et de la parentalité :*
- *Promouvoir des actions de santé, notamment psychique, en direction des femmes (soutien à la parentalité...)*
- *Adapter les supports pour prendre en compte les différences linguistiques, culturelles, l'illettrisme*
 - *Soutenir les approches interculturelles, notamment en matière de souffrance psychique*
- *Développer les actions intégrant les structures touchant les publics jeunes :*
 - *Soutenir les actions des CMPP, notamment en direction des mineurs isolés*

OI 12 PTS 53 : Soutenir et mutualiser les actions de prévention du mal être et du suicide en Mayenne

Activités :

- *En prévention, continuer à développer les formations de repérages des signes de la crise suicidaires auprès des professionnels susceptibles de les repérer (assistants sociaux, médecins généralistes, EHPAD, services d'aide à domicile, éducation nationale...) (2012-2016)*
- *Proposer un accompagnement systématique des personnes ayant fait une tentative de suicide pendant l'hospitalisation et relais pour le retour à domicile. (2012-2016)*
 - *Elaborer un schéma type de prise en charge à partir de ce qui se fait déjà et formaliser les liens à établir en vue de la sortie.*
 - *Informers les professionnels libéraux sur les lieux ressources*
- *Articuler les associations de proximité, les structures ressources en prévention et les acteurs du sanitaire : aboutir à un protocole départemental d'organisation. (2012-2016)*
 - *Couvrir l'ensemble du territoire départemental*
- *Renforcer la politique de prévention en milieu professionnel : plan d'action à élaborer (2012-2016)*

OI 10 PTS 72 : Repérer la crise suicidaire et prévenir la récurrence

Activités :

- *Mettre en place d'un groupe territorial de prévention du suicide comprenant les phases suivantes (2012-2016):*
 - *état des lieux/besoins/ressources*
 - *établissement d'un diagnostic partagé par l'ensemble des acteurs*
 - *détermination d'un plan d'actions en plusieurs volets et d'un échéancier selon les axes suivants :*
 - *sensibilisation et diffusion des informations*
 - *développement des programmes ayant pour objectif l'estime de soi (actions IREPS – ANPAA notamment dans les établissements scolaires) ;*
 - *mise en place des dispositifs de lutte contre l'isolement notamment en zone rurale (associations relais)*
 - *accompagnement tout au long du parcours (en amont de la crise, pendant l'hospitalisation, après au retour au domicile.*
- *Inciter les professionnels à participer au cycle de formations lancé par l'ARS sur le repérage de la crise suicidaire. Il s'agit non seulement du champ sanitaire mais aussi des autres secteurs institutionnels susceptibles de développer des mesures préventives (Education nationale, Direccte, PMI, secteur social, secteur médico-social, service d'aide à domicile, etc.) ou accueillants des publics à risques (détenus, publics en fragilité sociale...) (2012-2016)*

- Réunir les institutions agricoles (Direction de l'Agriculture, Mutuelle agricole, etc.) pour articuler sur le terrain les mesures prévues par le plan du Ministre de l'Agriculture concernant les agriculteurs et les mesures santé du plan suicide (2012)

- Inscrire la prévention du suicide (2012-2013):

- dans les CPOM des établissements sanitaires, ESMS et convention tripartite EHPAD
- dans les projets de soin des personnes en difficulté sociale présentant une souffrance psychique.

- Mettre en place des actions de soutien auprès des personnes de l'entourage des personnes décédées à la suite d'un suicide ou ayant fait une tentative de suicide (2013)

OI 11 PTS 85 : Coordonner les acteurs pour un plan d'actions de prévention de la crise suicidaire

Activités :

- Mettre en place un comité de pilotage départemental (2012-2016)
- Encourager les actions communautaires de lutte contre l'isolement en milieu rural

OS 2 LA PROXIMITE ORGANISEE

SOS 2.1 Une offre de premier recours à conforter

*L'exercice regroupé des professionnels et l'accompagnement de l'évolution des pratiques
Un maillage pertinent du territoire en services de premier recours
Le développement et la mutualisation des services médico-sociaux à la personne*

SOS 2.2 Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

*Un système unique d'évaluation mutualisé pour les personnes en perte d'autonomie
Des coopérations centrées sur les besoins des personnes dans les territoires de proximité
Des parcours plus fluides entre domicile, établissement médico-social et hôpital
Un système d'information partagé performant*

OG 17 SROS : Organiser un parcours fluide, adapté et efficace des patients entre les pôles d'activité au sein des établissements de santé et entre les établissements de santé

OO : Construire des filières non encore créées, notamment dans le domaine de la psychiatrie

OG 21 SROS : Articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec les coordinations régionales autour d'une pathologie

OG 22 SROS : Renforcer les coopérations formalisées pour un recours pertinent aux professionnels de santé

OO : Pendant ses consultations, garantir à tout médecin généraliste de premier recours un accès direct et rapide à un avis spécialisé, notamment en **psychiatrie** et, tout particulièrement, pour un patient en crise.

OO : Développer les coopérations sur exercice partagé, en lien avec les travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS) et dans le respect des conditions prévues par l'article 51 de la Loi HPST, et en concertation avec les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS).

OO : Développer les d'actions de télémédecine, la télé-consultation, les consultations téléphoniques.

OO : Promouvoir le travail en équipe pluridisciplinaire pour les prises en charge, notamment psychiatriques.

OG 24 SROS : Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés

OO : Dans le domaine de la santé mentale, organiser les articulations opérationnelles entre la psychiatrie, la médecine somatique, les établissements et services médico-sociaux. La filière mise en place permettra d'assurer la coordination des soins et le suivi des patients, mais aussi de développer un dispositif concerté de prévention et de prise en charge de la crise psychiatrique

OI 3 PTS 44 : Développer et diversifier les modalités de prises en charge et d'accompagnement des enfants et adolescents atteints de troubles mentaux et de pathologies psychiatriques

Activités :

- *Etat des lieux de la pédopsychiatrie et réflexion sur l'évolution de la sectorisation (2012)*
- *Développement de l'accueil familial thérapeutique (2012)*
- *Amélioration, développement et diversification des prises en charge ambulatoires ou à domicile (VAD, HAD, équipe mobile...) (2012-2013)*
- *Augmentation de la capacité d'hospitalisation complète sur le département et détermination du/des lieux d'implantation.(2013-2015)*

OI 5 PTS 44 : Développer et diversifier les modalités de prises en charge des adultes atteints de pathologies psychiatriques

Activités :

- *État des lieux de la psychiatrie adulte et réflexion sur l'évolution de la sectorisation (2012)*
- *Réalisation d'une étude pour le développement des SAMSAH handicap psychique et services associés (SAVS) (2012)*
- *Définition d'un plan d'action priorisé départemental et intersectoriel (sanitaire et médico-social) de développement, création, adaptation des prises en charge ambulatoires, en établissement ou à domicile, (VAD, HAD, équipe mobile, accueil familial thérapeutique, etc...) (2012)*

OI 2 PTS 49 : Mettre en œuvre une continuité des parcours en santé mentale pour les enfants et les adolescents (Charte de fonctionnement de la filière enfant et adolescent)

Activités :

- *Mise en place d'un groupe de travail départemental spécifique" prise en charge des adolescents (2012)*
- *Projet accueil thérapeutique groupal parents/bébés (CHU ANGERS-CESAME) (2012-2013)*
- *Mise à jour des chartes de fonctionnement de la filière enfant/adolescent sur les territoires d'Angers-Saumur et CHOLET lors des travaux du PMT2 (2012-2013)*
- *Mise en œuvre de la filière sur les territoires infra départementaux : ANGERS-CHOLET-SAUMUR.(2013-2016)*
- *Mise en place de la réunion de concertation annuelle pour chaque territoire infra départemental pour évaluation du fonctionnement et mesures correctives si besoin (2015-2016)*

OI 3 PTS 49 : Mettre en œuvre une continuité des parcours en santé mentale pour les adultes (Charte de fonctionnement de la filière adulte entre le secteur sanitaire, médico-social et secteur social)

Activités :

- *Mise à jour des chartes de fonctionnement « adultes » sur les territoires d'Angers Saumur et Cholet lors des travaux du PMT 2(2012-2013)*
- *Projet de promouvoir la mise en place d'un conseil local en santé mentale (projet médical du CESAME)(2012-2013)*
- *Projet d'une unité d'accueil et d'orientation au CESAME (projet médical du CESAME)(2013)*
- *Projet de mise en place d'un centre ressources sur le handicap psychique (CREHPSY) (2013-2014)*
- *Projet d'une structure intersectorielle de réhabilitation psychosociale au CH de Cholet.(2013)*
- *Projet de création d'un centre de ressources co-sectoriel pour les thérapies familiales. (projet médical du CESAME).(2014)*
- *Projets du territoire Choletais(2014-2015) :*
- *Développement des groupes d'aide aux familles (programme pro famille)*

- Développement des structures d'alternatives à l'hospitalisation complète : projet d'hôtel thérapeutique, appartements thérapeutiques.
- Mise en œuvre de la filière sur les territoires infra territoriaux Angers-Cholet-Saumur (2013-2016)
- Mise en place de la réunion de concertation annuelle pour chaque territoire infra départemental pour évaluation du fonctionnement et mesures correctives si besoin (2015-2016)

OI 4 PTS 49 : Mettre en œuvre une continuité des parcours en santé mentale pour les personnes âgées (Charte de fonctionnement de la filière « géronto-psychiatrie »)

Activités :

- Mise à jour des chartes de fonctionnement de la filière « géronto-psychiatrie » sur les territoires d'Angers-Saumur-Cholet lors des travaux du PMT2(2012-2013)
- Élargissement du champ d'intervention de l'équipe mobile de gériatrie du CHU d'Angers à l'évaluation géronto-psychiatrique (2012-2013)
- Mise en œuvre de la filière sur les territoires infra territoriaux : Angers-Cholet-Saumur (2013-2016)
- Mise en place de la réunion de concertation annuelle pour chaque territoire infra départemental pour évaluation du fonctionnement et mesures correctives si besoin (nombre de conventions bilatérales signées) (2015-2016)

OI 10 PTS 49 : créer une CHT et la faire vivre pour favoriser l'accès aux soins de qualité

Activités :

- Renforcer l'accès aux soins spécialisés (ex : psychiatrie)

OI 8 PTS 53 : Améliorer la prise en charge des troubles psychiques

Activités :

- Echanges entre les services de psychiatrie/ pédopsychiatrie et secteur médico-social pour déterminer les limites d'intervention de chacun et cerner les difficultés /ruptures dans les parcours (2012-2013) :
- Secteur enfance : repartir de la charte de bon fonctionnement du service de pédopsychiatrie qui a 10 ans.
- Etablir une convention cadre départementale entre les services de psychiatrie et les établissements médico-sociaux (secteur adulte et enfance)
- Public frontière 13 18 ans (troubles psychiatriques graves chroniques) entre pédopsy, psy adulte adultes (2012-2016)
- Réfléchir à des modes de prise en charge partagée
- Réfléchir aux possibilités de sortie des lits d'hospitalisation des personnes relevant du secteur social et médico-social (2012-2013)
- Relancer le groupe départemental de coordination en santé mentale (2012)
- Développer les actions de prévention et de repérage précoce (2012-2016)
 - expérience de travail en santé communautaire de la ville de Mayenne qui pourra évoluer vers un contrat local de santé mentale ou l'intégration dans un contrat local de santé
 - déploiement de ce type d'organisation sur d'autres territoires
- Développer des modes d'accueil à caractère social (appartement thérapeutique, résidence accueil) ou des modalités d'accompagnement en milieu ordinaire (médiation sociale, SAVS, SAMSAH...) (2014-2016)
- En pédopsychiatrie, pérenniser le CATTP pour ados (actuellement financement Fondation France pour ateliers thérapeutiques) (2012-2014)

OI 7 PTS 72 : Organiser une réponse territorialisée et graduée en santé mentale

Activités :

- Mettre en place un groupe départemental de coordination en santé mentale (2012-2015):
- état des lieux
- diagnostic partagé
- mise en œuvre et suivi de la déclinaison opérationnelle du plan de santé mentale en Sarthe, sur les dimensions : pédiatrique- adulte- gériatrique- précarité.
- Améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques (harmonisation de pratique, procédures, circuit) (2013) :
- protocole d'orientation des patients
- organisation de la réponse aux soins non programmés;
- Renforcer l'articulation entre le CHS et le secteur médico-social et social (2013) :

- actualiser les conventions,
- élaborer une convention cadre
- organiser la prise en charge des personnes handicapées déficitaires ou en crise avec capacité d'hébergement séquentiel;
- inciter les acteurs à développer les activités de réinsertion et réhabilitation;
- soutenir le programme de développement des logements adapté par la création de services d'accompagnement et le développement de l'offre ambulatoire;
- soutenir le développement des GEM.
 - intégrer la prévention en santé mentale dans les contrats locaux de santé
- En Pédopsychiatrie (2013) :
 - état des lieux et diagnostic partagé;
 - diversification de l'offre de soins et de prise en charge (accueil familial thérapeutique, CATTP pour ados, prise en charge partagée...)
- Pour les adolescents et jeunes adultes (2013) :
 - prise en compte du public frontière 13 /18 ans (troubles psychiatriques graves chroniques) : réfléchir à des modes de prise en charge;
 - assurer la couverture du territoire par la MDA et renforcer les partenariats;
 - améliorer le passage de la psychiatrie «enfants» à la psychiatrie adulte.

OI 13 PTS 85 : Optimiser une réponse territoriale en Santé Mentale

Activités :

- Procéder à l'état des lieux de l'offre de soins en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile (2012)
 - Consolider l'offre de soins sur le secteur Sud Vendée (2013):
 - Renforcer la permanence des soins (rapprochement CH Fontenay - La Roche sur Yon)
 - Développer le travail extra hospitalier en lien avec les autres partenaires.
 - Consolider et diversifier l'offre de soins en psychiatrie générale (2012-2013):
 - Renforcer la psychiatrie de liaison.
 - Développer l'Accueil Familial Thérapeutique.
 - Développer la réinsertion et la réadaptation pour les personnes adolescentes et adultes stabilisées.
 - Renforcer et diversifier l'offre de soins en psychiatrie infanto juvénile dont adolescents (2012-2013) :
 - Adapter l'offre de soins aux besoins de la population à l'issue de l'état des lieux.
 - Renforcer les prises en charge spécifiques (autisme, troubles du langage et de l'apprentissage, victimes d'agressions sexuelles)
 - Expérimenter l'HAD mère-bébé
 - Etudier la consolidation de l'offre de soins en géronto-psychiatrie (2012-2013)
 - Renforcer la formation des professionnels en EHPAD et développer des actions de conseil et de soutien par des professionnels de la psychiatrie (2012)
 - Etudier la pertinence d'un court séjour psychiatrique à destination de la population accueillie en secteur médico-social (2012)
 - Regrouper les temps de psychiatre disséminés pour permettre d'organiser une réponse véritablement opérationnelle au bénéfice du médico-social (2012)

OG 25 SROS : Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des établissements de santé par mutualisation

OO : Sur chaque territoire, optimiser les modalités de fonctionnement des établissements et des services : amplitudes d'ouverture, zones de couverture, mutualisation de certains postes en temps partagé, développement d'expertises spécifiques... Par exemple en santé mentale, chaque antenne de secteur continue d'accueillir la totalité des pathologies. Cependant l'investissement de certaines antennes sur des pathologies spécifiques permettra une mutualisation graduée, pour la prise en charge des cas les plus complexes.

OI 10 PTS44 : Favoriser et inciter à la mutualisation de professionnels de santé (médicaux et paramédicaux entre EMS et entre ES et EMS) pour garantir la qualité de la prise en charge des personnes

Activités :

- favoriser le rapprochement avec les structures sanitaires notamment les CHS qui pourraient être employées (2012-2014)
- communiquer, par exemple en conviant les internes en psychiatrie à des journées d'information sur les structures médico-sociales (2012-2014)

AXE 6 du SROS : volet psychiatrie

OO : organiser des filières territoriales lisibles pour la prise en charge des urgences psychiatriques, avec une orientation protocolisée des patients

OO : développer des organisations pour les demandes de soins non programmés

OO : renforcer les articulations entre les secteurs hospitalier, libéral et médico-social, ces articulations concernant notamment les secteurs de psychiatrie et les pôles/MSP

OO : développer des équipes, si besoin intersectorielles, pour faciliter le décroisement en intervenant auprès des structures médico-sociales et hospitalières non psychiatriques, avec une attention particulière à porter sur l'accès aux soins somatiques pour les personnes souffrant de troubles mentaux

OO : poursuivre le développement des prises en charge sans hébergement sans toutefois réduire les capacités d'hospitalisation complète (à ce titre, les projets expérimentaux de prises en charge à domicile seront évalués sur un ou deux territoires de santé)

OO : envisager de nouvelles modalités de prise en charge, sans créer de nouvelle structure de psychiatrie autonome

OO : apporter une réponse adaptée aux populations nécessitant une prise en charge spécifique : adolescents, personnes âgées, personnes souffrant de TED, personnes souffrant de conduites addictives, d'idées suicidaires (l'approche inter-sectorielle pour les prises en charge spécialisées et pour la prise en charge et la prévention des crises au domicile sera favorisée)

OO : Mettre en place des équipes mobiles d'intervention en urgence

OO : Prévoir la création d'activité de psychiatrie en hospitalisation partielle, de jour et de nuit, en appartement thérapeutique, en AFT, que ce soit en secteur infanto-juvénile ou adulte, pour un maillage régional équilibré, dans les départements qui ne disposent pas de l'ensemble de ces offres de soins

OG 5 SROMS : Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne

OO : Identifier les besoins en proximité pour faire évoluer l'offre :
Adopter une logique de diversification pour offrir une palette de réponses aux besoins,
Développer des réponses innovantes
Réduire les inégalités entre les territoires.

OO : En logique infra-départementale :

L'équipement par territoire infra-départemental doit comporter des places de services diversifiés pour l'accompagnement de personnes handicapées quelque soit leur âge : SESSAD et SAMSAH, SSIAD, SPASAD, SAVS, accueil de jour, hébergement temporaire, accueil de nuit et/ou d'urgence...

OO : En logique de territoire de santé :

Diversifier la prise en charge en établissement,
Développer des solutions souples.

L'équipement par territoire de santé doit comporter un nombre de services minimum dont des places en établissement pour déficients intellectuels moyens et profonds, pour les personnes souffrant de troubles du comportement, de handicap psychique ou de troubles envahissants du développement, ou de poly handicap

OO : En logique régionale:

Développer une réponse très spécialisée pour les personnes souffrant de handicap rares ou nécessitant une prise en charge particulière

Répondre à la demande d'expertise et d'appui des professionnels et d'information des usagers (centres de ressources)

1. OI 1 PRIAC : Adapter l'offre d'accompagnement institutionnel aux besoins des publics accueillis

Activités :

- Répondre aux situations d'inadéquation sur le secteur sanitaire
- Réaliser des enquêtes actualisées des personnes en situation d'inadéquation en psychiatrie et en SSR
- Lancer un appel à projet régional relatif à la création de places d'établissements ou services pour adultes en situation de handicap psychique, par redéploiement de places de psychiatrie (2012-2013)

OI 8 PRIAC : Développer une offre adaptée pour enfants et adultes avec un handicap psychique ou des troubles du comportement

La prévalence du handicap psychique implique la poursuite du développement de l'offre, dans une logique de proximité et de réduction des inégalités territoriales, tout en promouvant l'innovation et l'inclusion en milieu ordinaire. Elle doit également permettre d'améliorer la prévention des situations de crise et la réponse aux situations urgentes, dans le cadre d'un accompagnement global de la personne handicapée.

Activités :

- Développer une offre spécifique en faveur des personnes handicapées psychiques
- Résoudre les situations d'inadéquation en psychiatrie par redéploiement de l'offre sanitaire vers l'offre - médico-sociale
- - Créer 25 places de SAMSAH pour personnes souffrant d'un handicap psychique en 44 (2013)
- Créer 15 places de SAMSAH pour personnes souffrant d'un handicap psychique en 72 (2012)
- Créer 30 places de SAMSAH pour personnes handicapées psychiques en 85 (2013)
- Médicaliser 11 places de FAM pour personnes souffrant d'un handicap psychique en 85 (2012)
- Créer de nouveaux GEM en fonction de l'étude des files actives par territoire de santé

OG 7 SROMS : Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers

OO : Développer ou conforter les plateformes d'expertise et autres centres ressources spécialisés dans le domaine médico-social dont le handicap psychique

OO : Faciliter les interventions d'équipes spécialisées et l'utilisation de nouveaux outils technologiques, en EMS et à domicile, pour éviter d'hospitaliser ou déplacer les personnes

Recours à des équipes mobiles spécialisées, notamment en psychiatrie
Consultations avancées de spécialistes, consultations spécialisées d'orthopédie à distance

OI 6 PRIAC : Faciliter l'accès et l'organisation du recours à l'expertise dans le secteur médico-social

Activités :

- Soutenir et développer les missions des CAMSP et des CMPP
- Renforcer le maillage territorial et les modalités d'intervention des CAMSP et CMPP
- Développer les centres ressources en élargissant la réponse "experte" sur le modèle du CRERA rénové
- Création d'un centre ressources « handicap psychique », (2015-2016)

OG 11 SROMS : Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire

OO : Au niveau régional, identifier les populations et thématiques pour lesquelles à l'instar de l'autisme ce modèle d'articulation -entre soin et accompagnement- se justifie (santé mentale, ...)

OO : Au niveau des territoires de santé

Pour mieux évaluer, sur le territoire, les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge, développer la prévention, l'hospitalisation programmée, adapter la prise en charge à domicile et prévenir le recours aux urgences, déployer une organisation en réseau qui s'appuie sur trois modèles en fonction des situations et dynamiques rencontrées dans les territoires.

OI 4 PTS44 : coordonner les parcours des jeunes présentant des troubles du comportement et de la conduite dans ses dimensions d'accompagnement social, médico-social, sanitaire et de soutien à la scolarité

Activité :

- renforcer le lien avec la psychiatrie par des conventions (2012-2016)

OI 6 PTS 85 : Décloisonner et articuler les dispositifs de soins et d'accompagnement pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique

Activités :

- Favoriser les conventions de coopération entre les Etablissements Médico-Sociaux et la psychiatrie publique (ou les secteurs de psychiatrie) (2012)
- Renforcement des compétences psychiatriques à destination des services d'urgence (2013)
- Favoriser l'émergence d'un interlocuteur unique ou d'un médecin référent (2013)
- Elargir le GCS à venir aux Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux accueillant des personnes handicapées psychiques (2013)
- Développer un plan de formations à destination des acteurs de la prise en charge et des aidants des usagers (2014)
- Mettre en place des recommandations et protocoles pour les ESMS, les acteurs de la prise en charge et les aidants familiaux pour anticiper et désamorcer les situations de crise (2014)

OI 12 PTS 85 : Expérimenter une instance de coordination, d'orientation et d'appui aux professionnels pour les personnes jeunes fragilisées ou en situation de rupture éducative, sociale ou familiale

Activités :

- Mettre en place un comité de pilotage chargé d'expertiser les besoins, les publics à cibler, d'identifier les ressources puis proposer un plan d'actions et notamment porter la réflexion sur un dossier médico-social partagé entre professionnels (2012)
- Expérimenter sur le mode des RCP en cancérologie une instance de coordination chargée d'adopter une stratégie concertée d'intervention au bénéfice du public ciblé (2013)

SOS 2.3 Un accès assuré à l'innovation et aux services spécialisés

L'accès aux services spécialisés : protocoles et filières

Le potentiel de la télémédecine et des technologies de l'information et de la communication

Réseaux experts et autres centres ressource

Soutien au progrès médical et à l'innovation

OS 3 La maîtrise des risques concernant la santé des populations

SOS 3.1 La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

Engagement des acteurs de santé à agir dans le cadre d'une approche globale et transversale de la prévention

Maillage des acteurs associatifs et mise en commun de leur expertise pour promouvoir la santé auprès des décideurs publics

Anticipation et prévention des crises sanitaires

OG 17 SROMS : promouvoir la culture de la qualité et de la gestion des risques dans les structures médico-sociales

OO : Organiser et sécuriser le circuit du médicament dans les établissements et services médico-sociaux

OI 10 PRSIT : maîtriser la dynamique des prescriptions dans les EHPAD

Activité :

- Diffuser des référentiels de bonnes pratiques et des recommandations de la HAS (BZP à demi-vie longue, psychotropes,...)

SOS 3.2 La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Un engagement contre l'exclusion dans les services de santé, en adaptant les dispositifs de prévention, de soins, de réadaptation et d'accompagnement pour qu'ils ne contribuent pas à creuser les inégalités

Une place légitime et visible à la promotion, la prévention et l'éducation pour la santé dans les stratégies de réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales

Une mobilisation des partenaires par les acteurs de santé

OG 30 SROS : Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun

OO : Pour les patients psychiatriques et/ou handicapés psychiques :

- assurer une collaboration entre le médecin généraliste de ville et le Centre Médico-Psychologique (CMP)
- activer ou réactiver les conseils locaux de santé mentale

OI 4 PRAPS : Formaliser un accompagnement individuel adapté et, selon les cas, identifier une personne pour coordonner les interventions et les acteurs

Activités :

- *Instaurer des filières pour s'assurer de la continuité des droits et de la coordination des parcours de prise en charge des détenus à leur sortie d'établissement*
 - *Repérer les filières de prise en charge de soins psychiques*
- *Identifier les recours possibles aux soins psychiques (CMP entre autres) en s'appuyant sur le maillage territorial et au niveau de chaque MSP / Pôle de santé / CLS :*
 - *Conventionner pour la mise en place de consultations avancées de spécialistes libéraux*

OG 16 SROMS : Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun

OO : Renforcer le partenariat entre les acteurs de la veille et de l'urgence sociale avec les structures hospitalières et les équipes mobiles de psychiatrie

OO : Renforcer l'articulation entre les différents intervenants chargés de l'accompagnement et du suivi des personnes sous main de justice (UCSA, CSAPA, SPIP, professionnels libéraux et associatifs) y compris dans les domaines de la santé mentale

OO : Renforcer les liens avec les acteurs de la psychiatrie pour améliorer le repérage et le suivi des personnes atteintes de troubles psychiatrique en grande précarité

OO : Améliorer l'accompagnement et le suivi des personnes souffrant de handicap psychique

OO : Renforcer l'offre de service en SAMSAH et les groupes d'entraide mutuels (GEM) pour favoriser l'insertion et la socialisation des personnes souffrants de handicap psychique.

OI 5 PRAPS : Adapter les modalités d'accueil et d'intervention en favorisant l'aller vers

Activités :

- *Faire émerger des lieux d'intervention multiples au plus proche des lieux de vie, des logements et d'hébergement (CHRS, FAM, EHPAD, maisons relais, domicile...) :*
 - *Favoriser l'intervention des structures de soins et d'accompagnement en santé mentale dans les lieux d'accueil, d'hébergement (CHRS...) et les logements adaptés*
- *Contractualiser avec des structures d'habitat intermédiaire pour faciliter l'entrée de personnes marginalisées en structure en proposant un accompagnement médico-social adapté à chaque situation (addictions, santé mentale...)*

OI 4 PTS 72 : Faciliter l'accès aux soins et à l'accompagnement pour des publics identifiés

Activités :

- *Mettre en place un groupe de travail interinstitutionnel de la PASS pour faire un état des lieux, élaborer un plan d'action, assurer la coordination et l'animation des PASS et PASS psychiatriques (2012)*
- *Adapter les programmes de bien-être destinés aux usagers (estime de soi, activités culturelles et sportives) aux personnes en situations de précarité (202-2013)*
- *Lutter contre l'habitat indigne, les difficultés psychologiques et/ou d'hygiène des publics vulnérables(2012-2013)*
- *Mettre en place un programme de santé globale adapté aux gens du voyage (2012)*
- *Assurer l'accès aux soins, à la prévention et à la promotion de la santé des personnes détenues et effectuer le suivi des protocoles UCSA (2012-2016)*

OG 13 SRP : Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité

OO : Améliorer la coordination entre tous les acteurs de la prévention, du soin, du médico-social et du social, afin de faciliter les prises en charge pluridisciplinaires de proximité pour les populations en situation de précarité sociale

OO : Prendre en compte les déterminants socioculturels, psycho-sociaux et environnementaux afin d'adapter les stratégies d'accès aux soins et à la prévention (langue, communication, accès)

OO : S'appuyer sur des intervenants de proximité formés et coordonnés pour repérer et agir préventivement :

- ✓ *Dans les situations potentielles de fragilité psychique, de violence, de risque de suicide*

OI 3 PRAPS : Améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins en harmonisant les pratiques professionnelles

Activités :

- *Tenir à disposition des professionnels de santé et du social un annuaire recensant les acteurs et les dispositifs notamment en matière de santé mentale*

- *Réorienter les centres prestataires de prévention vers les publics les plus vulnérables (ex : CMP, EMPP)*

ANNEXE 10 : Objectifs des feuilles de route « psychiatrie et santé mentale » et territoriales de l'ARS de 2012 à 2015

Objectifs des feuilles de route (FDR) « psychiatrie et santé mentale » et « territoriales » de l'ARS

FDR	2012	2013	2014	2015
PSY	<p>Enjeux prioritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - amélioration des connaissances des dispositifs et des opérateurs afin d'adapter la formation des acteurs (dont MG) - amélioration des parcours de santé au travers notamment d'une organisation graduée des réponses - adaptation de l'offre de soins et d'accompagnement afin de proposer une palette de modalités de prises en charge <p>Action 1 : mettre en œuvre la structure de gouvernance aux trois niveaux (local, territoire de santé et régional), en référence au PPSM</p> <p>Action 2 : animer les interactions avec les acteurs en termes de prévention du suicide par des</p>	<p>Enjeux prioritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - amélioration des parcours sur un territoire donné de personnes à besoin particulier et notamment : - réponse à l'urgence psychiatrique - adaptation des structures et services aux besoins des personnes, réponse graduée des soins et accompagnements - coordination des acteurs autour de la personne - lutte contre le suicide <p>Action 1 : promouvoir la structuration de la gouvernance aux niveaux des territoires de santé et au niveau local (commission de santé mentale par territoire de santé, CLSM, volet santé mentale dans les CLS)</p> <p>Action 2 : produire des états des lieux des structures sanitaires</p>	<p>Enjeux prioritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - personnes avec trouble ou handicap psychique = publics prioritaires de l'ARS - adéquation du parcours de ces personnes - inscription dans le PPSM et la SNS - poursuite des actions 2013 <p>Action 1 : consolider la structuration de la gouvernance au niveau des territoires de santé et au niveau local (CDSM, CLSM, CLS, prépa évaluation intermédiaire)</p> <p>Action 2 : alimenter la plateforme d'informations de l'ARS destinées au public à partir de l'état des lieux des structures sanitaires de soins psychiatriques et médico-sociales du handicap psychique (ressources et besoin d'appui des ESMS et sociaux, secteur et</p>	<p>Renforcer les coopérations entre sanitaire-social-médicosocial et adapter l'offre aux besoins (réhabilitation psychosociale, approche communautaire, adaptation offre médico-sociale, accompagnement des conversions sanitaires)</p> <p>Améliorer la prise en charge des personnes âgées et des handicapés psychiques vieillissants en adaptant les dispositifs sanitaires et médico-sociaux aux besoins spécifiques de ce public (conventions psy-EHPAD mais aussi SSIAD et SAMSAH, gérontopsychiatrie, UHR, étude public en USLD et EHPAD spécialisés, référentiel adaptation offre médico-sociale)</p> <p>Accompagner le développement d'actions de lutte contre le suicide (conventions, contrats de partenariat)</p> <p>Renforcer la dynamique de</p>

<p>actions de communication</p> <p>Action 3 : produire un état des lieux pour l'aide à la décision (urgences, inadéquations, médico-social, secteur et intersectorialité, données RIMP)</p> <p>Action 4 : améliorer la mise en œuvre des parcours et la coordination des acteurs (filiales enfants/adolescents, adultes, personnes âgées, conventions MSP/secteurs, actions auprès détenus)</p> <p>Action 5 : accompagner la mise en œuvre opérationnelle du centre régional de ressources pour le handicap psychique (CREHPSY)</p> <p>Action 6 : adapter l'offre de soins et d'accompagnement et promouvoir l'émergence de nouveaux services (équipes mobiles gérontopsy- urgences-EMPP, conversions sanitaires, mise en place et évaluation des SAMSAH, création places FAM et GEM, évaluation GEM, déploiement AFT, structure soins-étude, maillage territorial)</p> <p>Action 7 : mener une expérimentation de soins psychiatriques de particulière</p>	<p>de soins psychiatriques et des structures médico-sociales du handicap psychique et alimenter la plateforme d'informations de l'ARS destinées au public (ressources et besoin d'appui des ESMS et sociaux, secteur et intersectorialité, harmonisation données RIMP)</p> <p>Action 3 : animer les interactions avec les acteurs : organisation de colloques et travail avec la DRJSCS (colloque suicide, PH psychiques dans des logements adaptés, colloque sur parcours de santé)</p> <p>Action 4 : améliorer la mise en œuvre des parcours et la coordination des acteurs (filiales enfants/adolescents, adultes, personnes âgées, actions auprès détenus)</p> <p>Action 5 : lutte contre le suicide : renforcer outils et dispositifs à destination des personnes et de leur entourage (annuaire ressources, post-vention, évaluation dispositifs écoute, entourage dans CPOM)</p> <p>Action 6 : modéliser et promouvoir la réponse à l'urgence psychiatrique (étude, filière, organisation territoriale)</p>	<p>intersectorialité)</p> <p>Action 3 : animer les interactions avec les acteurs : organisation de colloques et travail en partenariat avec la DRJSCS (colloque suicide, colloque parcours de santé avec DRJSCS, suivi des personnes handicapées psychiques dans des logements adaptés)</p> <p>Action 4 : améliorer la mise en œuvre des parcours et la coordination des acteurs (filiales enfants/adolescents, adultes, personnes âgées, actions auprès détenus, contractualisation CREHPSY)</p> <p>Action 5 : lutte contre le suicide : renforcer la mise à disposition d'outils à destination des professionnels et des usagers et susciter le déploiement d'actions régionales (MAJ annuaire ressources, plaquette d'infos sur structures d'aide, AAP prévention)</p> <p>Action 6 : modéliser et promouvoir la réponse à l'urgence psychiatrique (étude réponses, filière, organisation territoriale)</p> <p>Action 7 : adapter l'offre de prise</p>	<p>prévention du suicide sur les territoires à risque (autopsie psychologique en Sarthe, GPS Challans...)</p> <p>Améliorer la visibilité des acteurs de la lutte contre le suicide et favoriser leurs échanges (annuaire ressources, journée d'échanges annuelle suicide)</p> <p>Améliorer la compétence des acteurs de santé pour une meilleure prise en compte du risque suicidaire (formation crise suicidaire, convention gérontopôle pour actions en EHPAD, convention URAFORMEC pour formation MG...)</p> <p>Améliorer la gestion de la crise et de l'urgence en psychiatrie (groupe de travail dans tous les départements, suivi 49)</p> <p>Optimiser l'organisation des consultations externes de psychiatrie (CMP) sur la base des travaux du benchmark</p> <p>Consolider la dynamique régionale en faveur de la réhabilitation psychosociale en soutenant les actions du CREHPSY et en évaluant les</p>
---	--	--	---

	<p>intensité à domicile (SPID)</p> <p>Action 8 : renforcer les actions de prévention de la crise suicidaire</p>	<p>Action 7 : adapter l'offre de prise en charge et promouvoir l'émergence de nouveaux services par le lancement d'appels à projets, le déploiement de services innovants et une réflexion avec les partenaires (développement EM aux compétences élargies et intersectorielles, conversions sanitaires, création places SAMSAH, AFT, maillage territorial, SPID,</p> <p>Action 8 : promouvoir une expertise de proximité auprès des MSP (référentiel missions, intervention secteur en MSP pour consultations avancées)</p> <p>Action 9 : lutte contre le suicide : animation d'actions de coordination des acteurs dans les territoires (cf. FDR territoriales)</p> <p>Action 10 : lutte contre le suicide : dynamiser les formations des acteurs au repérage de la crise suicidaire (formations au repérage de la crise suicidaire, formations des professionnels des MSP, colloque suicide....)</p>	<p>en charge, promouvoir l'émergence de nouveaux services par le lancement d'appels à projets et leur suivi, déployer les services innovants après évaluation (développement EM aux compétences élargies et intersectorielles, conversions sanitaires, nouveaux AAP conjoints avec CG sur accompagnements sociaux et médico-sociaux, maillage territorial, SPID)</p> <p>Action 8 : promouvoir une expertise de proximité auprès des MSP (AAP, suivi projets financés)</p> <p>Action 9 : lutte contre le suicide : animer la coordination des acteurs dans les territoires (cf. FDR territoriales, lutte contre isolement avec MSA, harmonisation UMP, , RAC...)</p> <p>Action 10 : lutte contre le suicide : améliorer la compétence des acteurs par la formation et les échanges de pratique (formations au repérage de la crise suicidaire, déploiement mobiquel, formations URAFORMEC, autopsie psychologique en 72, colloque suicide)</p>	<p>actions des GEM</p> <p>Optimiser l'offre territoriale dans le cadre d'une stratégie partagée avec les acteurs (appui ANAP, travail sur tensions démographiques, travail sur efficience de l'attribution de la DAF)</p> <p>Renforcer la complémentarité entre la médecine générale et les secteurs de psychiatrie (projet santé MSP, nouvel AAP)</p> <p>Consolider la gouvernance territoriale (groupe permanent santé mentale de la CRSA, installation et mise en place des CDSM et des CLSM)</p> <p>Conduire l'évaluation des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique</p>
--	---	---	---	---

44	<p>Action 2 : Accompagner l'adaptation de l'offre en santé mentale pour mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec un trouble psychique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Installation CDSM - Renforcement de la coordination MSP/secteurs de psychiatrie - Etats des lieux et études (psychiatrie adulte, sectorisation, urgences, inadéquations) - Expérimentation SPID - Mise en place et évaluation SAMSAH - Renforcement coopérations entre psychiatrie et médico-social : plateforme ambulatoire sud-Loire, mutualisation de ressources - Accompagnement du développement des EMPP - Développement et évaluation des GEM 	<p>Action 2 : Accompagner l'adaptation de l'offre en santé mentale pour mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec un trouble psychiatrique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement du groupe de travail de la CT44 - Renforcement de la coordination MSP/secteurs de psychiatrie - Poursuite états des lieux et études (psychiatrie adulte, sectorisation, urgences, inadéquations) - Expérimentation SPID - Réflexion sur opportunité de créer un SAMSAH « handicap psychique » - Renforcement coopérations entre psychiatrie et médico-social (CPOM établissements) - Accompagnement du développement des EMPP - Développement et évaluation des GEM 	<p>Action 2 : Accompagner l'adaptation de l'offre en santé mentale pour mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec un trouble psychiatrique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déclinaison des orientations du groupe de travail de la CT44 - Renforcement des articulations entre secteurs hospitalier, libéral et médico-social dans une logique de parcours (coopération CHS et ESMS pour améliorer l'accès aux soins somatiques) - Contribution à un diagnostic général sur l'offre en psychiatrie ainsi que sur la sectorisation (analyse forces et faiblesses) - Accompagnement du déploiement et adaptation de l'offre en psychiatrie, en l'inscrivant dans la coopération inter établissements (suivi SPID, accompagnement de l'inscription filière psychiatrique dans la CHT, poursuite déploiement GEM) 	<p>Action 6 : poursuivre l'amélioration des parcours de soins addictologie ou santé mentale dans un maillage territorial adapté en renforçant les actions de repérage et de réhabilitation auprès des publics fragiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - impulser la réhabilitation psycho-sociale des handicapés psychiques en lien avec les partenaires institutionnels (DDCS, bailleurs sociaux, associations...) - poursuivre le développement des consultations psychiatriques et/ou addictologiques dans les MSP et l'articulation avec le premier recours
----	---	---	---	---

49	<p>Action 3 : Améliorer les prises en charge en santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - initiation d'un groupe de travail « prise en charge des adolescents » - mise à jour des chartes de fonctionnements dans les filières de prise en charge adultes et personnes âgées - accompagnement des projets essentiels du département : UPAO, DIASM, CREHPSY <p>Autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aide au diagnostic partagé en santé mentale sur Angers - renforcement de l'EMG du CHU d'Angers sur le versant géro-psi-chiatrie - préparation du cahier des charges pour un SAMSAH 	<p>Action 3 : Améliorer les prises en charge en santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - poursuite des travaux du groupe de travail « prise en charge des adolescents » - mise à jour des chartes de fonctionnements dans les filières de prise en charge adultes et personnes âgées - création par conversion de places de psychiatrie de places d'établissements et services pour adultes en situation de handicap psychique - accompagnement des projets essentiels du département : UPAO, DIASM, CREHPSY - identification de leviers d'actions opérationnels pour les acteurs de la lutte contre l'habitat indigne confrontés à des situations de handicap psychique <p>Autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - renforcement de l'EMG du CHU d'Angers sur le versant géro-psi-chiatrie 	<p>Action 3 : améliorer la prise en charge en santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - animation et pilotage du CDSM - animation et pilotage de la CT sur le parcours des personnes adultes et des âgées - suivi des chartes - prise en compte de la souffrance psychique dans la résorption de l'habitat indigne - accompagnement des dispositifs DIASM/CREHPSY/UPAO - portage de cette orientation santé mentale dans les CLS et au sein des MSP - suivi de l'AAP conversion sanitaire 	<p>Conforter l'organisation de la continuité des parcours des personnes en souffrance psychique (CLSM et CDSM, GEM, équipes mobiles et UPAO) et favoriser l'inclusion sociale (habitat indigne)</p> <ul style="list-style-type: none"> - coordonner les acteurs autour de la santé mentale - piloter le CDSM - accompagner le DIASM - promouvoir les CLSM - accompagner les projets de GEM
----	---	--	---	---

53	<p>Action 4 : Améliorer la prise en charge des troubles psychiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - transfert vers des structures médico-sociales de patients du CHNM - développement d'actions de prévention et de repérage précoce sur la ville de Mayenne (CLSM) 	<p>Action 7 : Mieux prendre en compte les troubles psychiques en améliorant en particulier la coordination des acteurs et la structuration de l'offre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - préparation de la réponse à l'AAP relatifs aux situations d'inadéquation - évaluation de besoins de LHSS et d'ACT - mise en place du groupe départementale santé mentale - suivi de la mise en œuvre du CLSM de Mayenne - prévention du suicide 	<p>Action 3 : Organiser et améliorer le parcours de santé des personnes souffrant de trouble psychique ou de mal être :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mise en place de la CDSM - accompagnement de la mise en œuvre du projet retenu dans le cadre de l'AAP relatif aux situations d'inadéquation en psychiatrie - accompagnement de l'adaptation de l'offre en psychiatrie adulte : besoins en gérontopsychiatrie, en hospitalisation de nuit et SAMSAH - renforcement de la prévention du suicide 	<p>Consolider la coordination entre les acteurs de la santé mentale, accompagner la CDSM, mettre en place le CLSM de Laval</p> <p>Résorber et prévenir les situations d'inadéquation en psychiatrie en adaptant l'offre en créant des places MAS/FAM par redéploiement, une équipe mobile et hospitalisation temps partiel de nuit à Mayenne</p>
72	<p>Action 6 : Organiser une réponse territorialisée et graduée en santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - renforcement de l'articulation entre sanitaire, social et médico-social - finalisation des filières pour les publics adultes, enfants/ados et personnes âgées - mise en place de l'EMGP - engagement d'une réflexion sur les publics frontières 	<p>Action 7 : Prioriser des actions d'amélioration de la réponse territorialisée et graduée en santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - animation du CDSM - soutien à la création de CLSM - renforcement de l'articulation entre sanitaire, social et médico-social : conventions CHS/ESMS, accompagnement dans le logement, développement de 	<p>Action 3 : améliorer la qualité de vie des personnes présentant un handicap ou des troubles psychiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - animation du CDSM - soutien à la création de CLSM - renforcement de l'articulation entre sanitaire, social et médico-social : conventions CHS/ESMS, accompagnement de l'adaptation/conversion des moyens sanitaires 	<p>Poursuivre les actions de prévention du suicide et mettre en place la démarche d'autopsie psychologique</p> <p>Mettre en place une coordination entre le CHM, le CHSS et le CMCM pour la prise en charge des hospitalisations non programmées par l'intermédiaire d'une convention</p> <p>Etendre la formation réalisée actuellement aux agents des EHPAD sur la prise en charge</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - création d'un SAMSAH de 15 places - création du centre soins –études à Sablé-sur-Sarthe - accompagnement de la réalisation de l'état des lieux relatif aux patients hospitalisés au long cours en structures spécialisées <p>Autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - inclusion d'un volet santé mentale dans les CLS 	<p>l'activité sportive, charte d'intervention de l'EMGP en EHPAD, cahier des charges de formation dans les EHPAD, soutien aux GEM</p> <ul style="list-style-type: none"> - engagement d'une réflexion sur les publics frontières - poursuite du maillage territorial de l'EMPP - accompagnement de l'adaptation/conversion des moyens sanitaires psychiatriques en réponse aux besoins des patients hospitalisés au long cours 	<p>psychiatriques en réponse aux besoins des patients hospitalisés au long cours ; développement des coopérations entre professionnels du premier recours et ceux de la psychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> - soutien à l'activité des GEM - poursuite du maillage territorial de l'EMPP - engagement du centre soins études à apporter une contribution à la réponse aux besoins en santé mentale du territoire par l'accueil de jeunes sarthois - mise en place de modalités d'appui adaptées aux structures médico-sociales pour la prise en charge des personnes présentant un handicap psychique <p>Autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - développement de la prévention dans le cadre de la mise en place de l'unité de prévention du suicide par le CHS de la Sarthe (autopsie psychologique, groupes de paroles de familles 	<p>des personnes avec des troubles du comportement aux équipes intervenant à domicile (SSIAD)</p> <p>Assurer le développement de l'AAP sur les inadéquations en psychiatrie</p> <p>Lancer une réflexion avec les élus et le CHS sur l'instauration de CLSM dans le cadre des CLS</p>
--	---	---	---	--

			endeuillées, soutien aux professionnels des MSP notamment par la formation...)	
85	<p>Action 7 : Optimiser une réponse territoriale en santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - état des lieux de l'offre de soins en psychiatrie - consolidation et diversification de l'offre de soins : psychiatrie de liaison, AFT, réinsertion - état des lieux de l'offre de soins en géronto-psychiatrie - organisation d'une prise en charge en établissement psychiatrique adaptée et de courte durée à destination de la population accueillie dans les services médico-sociaux - regroupement des temps de psychiatres disséminés pour permettre une réponse opérationnelle au bénéfice du médico-social (état des lieux) - mise en place d'un copil chargé d'expertiser les besoins, les publics à cibler, d'identifier les ressources, notamment 	<p>Action 7 : Optimiser une réponse territoriale en santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mise en place au sein de la CT de la commission santé mentale de territoire - initiation de la démarche d'un CLSM à La Roche/Yon - accompagnement de la mise en œuvre d'une expérimentation de SPID - évaluation de la mise en œuvre de l'unité intersectorielle permettant de fluidifier la filière sanitaire et médico-sociale pour les personnes souffrant de handicap mental ou psychique - accompagnement des établissements pour la mise en place d'actions de conseil et de soutien par les professionnels de la psychiatrie 	<p>Action 5 : Assurer une meilleure adéquation du parcours des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique</p> <ul style="list-style-type: none"> - amélioration de la lisibilité des offres de logement adapté ou d'accompagnement dans le logement - réalisation d'une enquête auprès des personnes souffrant de troubles ou d'handicap psychique concernant le logement - réflexion sur la prise en charge et la prévention des situations d'incurie dans le logement - accompagnement de la mise à jour des filières associant les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social pour des parcours individualisés sur des territoires déterminés <p>Action 12 : consolider la gouvernance en santé mentale sur le territoire vendéen</p> <ul style="list-style-type: none"> - formalisation de la CDSM 	<p>Poursuivre le soutien de la dynamique de CLSM à la Roche/Yon</p> <p>Finaliser et diffuser le guide vendéen « hébergement, logement et services en faveur des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique »</p> <p>Développer une culture commune des professionnels de la santé mentale et les acteurs sociaux et médico-sociaux</p> <p>Décliner et suivre les projets retenus à l'AAP « personnes hospitalisées au long cours »</p>

	<p>d'interconnecter les différents réseaux existants</p>		<ul style="list-style-type: none"> - poursuivre la dynamique de CLSM à la Roche/Yon - prise en compte de la santé mentale dans les CLS <p>Autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre en œuvre un plan d'actions de la prévention de la crise suicidaire 	
--	--	--	--	--

ANNEXE 11 : Synthèse des rapports annuels d'activités de l'ARS concernant la psychiatrie et la santé mentale

Rapports annuels d'activités ARS concernant la psychiatrie et la santé mentale

RAPPORT ANNEE 2014

1) Renforcement des compétences psychosociales des jeunes sur toute une classe d'âge

Le renforcement des compétences psychosociales des enfants et des adolescents est considéré parmi les actions les plus efficaces pour promouvoir le bien-être mental et prévenir les conduites à risques (notamment conduites addictives, troubles du comportement et suicides, grossesses non prévues) chez les jeunes (source Inpes, Société française de santé publique).

Un projet de déploiement d'un programme régional destiné aux enseignants et, in fine, aux élèves des classes des niveaux de cycle de consolidation en école élémentaire (derniers niveaux des classes de primaire) a été inscrit dans la feuille de route de la commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention.

Ce projet élaboré pour les trois années à venir est cohérent avec les orientations du projet régional de santé et celles des contrats de partenariat entre l'Agence régionale de santé, le Rectorat et l'Union régionale de l'association des directeurs de l'enseignement libre (URADEL).

L'ARS a lancé fin 2014 un appel à candidatures pour déployer ce programme qui s'appuiera sur différentes modalités : interventions au stade de la formation initiale de jeunes enseignants, dans le cadre de la formation continue, accompagnement sur le terrain (préparation commune et/ou co-animation de séances auprès des élèves, soutien méthodologique), échanges organisés avec les outils numériques.

2) Formation au repérage et à la prise en charge des troubles du comportement chez les personnes âgées en EHPAD

1 500 personnes exerçant au sein des équipes des 75 EHPAD de la Sarthe (aide soignante, aide médico-psychologique, agent de service hospitalier, infirmière, etc.) ont participé aux deux jours de formation. La durée du programme, mis en place en octobre 2013, est de trois ans (soit 100 sessions de deux jours). Le coût prévisionnel de ce dispositif de sessions de formation sur trois ans est évalué à près de 340 000 €. Son financement est assuré en totalité par des crédits dédiés mobilisés par

l'ARS. Le binôme formateur est composé d'une infirmière du CHS de la Sarthe et d'une infirmière du centre hospitalier du Mans dans une perspective d'approche globale (somatique et psychiatrique) sur les troubles du comportement.

Au-delà de la formation des personnels, il s'agit de constituer un réseau d'acteurs entre les professionnels des EHPAD d'une part et l'équipe de géro-psi-chiatrie et de gérontologie des deux établissements publics sanitaires, pouvant venir en appui technique lorsque des situations complexes sont identifiées par les personnels. Les retours sur cette formation sont largement positifs et l'ARS étudie actuellement la possibilité d'élaborer un projet similaire concernant les services de soins infirmiers à domicile.

3) Benchmark des consultations médico-psychologiques

La santé mentale et plus spécifiquement l'organisation de l'offre psychiatrique constitue une priorité pour l'ARS Pays de la Loire. Afin de susciter une mobilisation d'envergure des professionnels et de disposer d'une première approche comparative et analytique des fonctionnements sectoriels, l'analyse des CMP par une méthode de benchmarking (méthode comparative) a été retenue. Définis par un arrêté de mars 1986 et précisés par la circulaire du 14 mars 1990, les CMP occupent une place centrale dans l'organisation sectorielle de la santé mentale en tant que dispositifs pivots d'accueil ambulatoire et de réinsertion.

Deux niveaux d'analyse ont été retenus : le premier s'est attaché à décrire et à caractériser les CMP régionaux (file active, volume d'activité, horaires d'ouverture) et leur environnement ambulatoire (CATTP, psychiatrie de liaison, équipes mobiles dédiées, points de consultation, autres structures ambulatoires) ; le second niveau d'analyse concerne la description du fonctionnement des CMP. 15 % des établissements régionaux responsables de 132 CMP adultes et infanto-juvéniles ont participé aux deux niveaux de la démarche.

La description du fonctionnement des CMP a porté sur 42 CMP : l'analyse des files active a porté sur un échantillon de 4 751 patients ayant consulté au cours d'une période de cinq jours consécutifs (juin 2014) ; 1 374 nouveaux patients ont été analysés au cours d'une période de dix semaines consécutives ; l'analyse des organisations a porté sur une période de quinze jours ouvrables consécutifs ; les évaluations de satisfaction ont été réalisées sur la base d'auto questionnaires renseignés par 2 506 patients. Les conclusions ont été partagées avec les acteurs lors d'une réunion qualité efficacité le 9 décembre 2014.

4) Conversion sanitaire

Selon les résultats de l'enquête menée en 2012 par l'Agence régionale de santé Pays-de-la-Loire, auprès des établissements spécialisés en psychiatrie de la région, au moins 430 personnes étaient

hospitalisées au long cours alors que leurs besoins relèvent d'un autre type de réponse, dans le secteur social ou médico-social.

Afin d'apporter une réponse à ces situations d'inadéquation, d'optimiser les ressources et répondre à des besoins de santé non couverts, l'ARS des Pays-de-la-Loire a lancé un appel à projets destinés à la mise en œuvre d'accompagnements médico-sociaux adaptés pour les personnes hospitalisées dans les établissements autorisés en santé mentale le 30 septembre 2013.

Cet appel à projets a nécessité une phase de communication préalable auprès des représentants d'usagers et des principaux partenaires institutionnels par le biais des instances de gouvernance de l'ARS et de la démocratie sanitaire (CCPP, CRSA), auprès des établissements sanitaires et également au cours d'échanges bilatéraux avec chaque Conseil Général.

Le cahier des charges a été rédigé de façon à laisser place à l'innovation et encourager les initiatives : de la simple reconversion de lits en places de maison d'accueil spécialisé à la création de dispositif innovant en passant par la création d'équipes mobile ou d'unités de répit.

Rendue possible par le principe de fongibilité asymétrique posé par la loi HPST, cette initiative ambitieuse de l'ARS Pays de la Loire avait pour objectif de décroisonner les différents secteurs dans une logique de parcours global et d'optimisation des moyens.

En 2014, sur huit projets déposés, quatre ont reçu un avis favorable et font l'objet d'un accompagnement. Deux ont été mis en œuvre, il s'agit de :

- la création d'un dispositif multiservices et multidimensionnel, innovant et expérimental permettant de proposer et de coordonner un parcours adapté aux besoins des personnes handicapées psychiques. Ce dispositif, comprenant 21 lits et 110 places, est créé par transformation et redéploiement de la totalité de l'offre sanitaire actuelle d'un établissement de soins et de réadaptation en santé mentale, géré par ARIA 85 ;
- la création de 20 places par extension au sein de la MAS du Centre hospitalier spécialisé Georges-Mazurelle.

L'accompagnement des deux autres projets retenus (l'un au Centre hospitalier Nord-Mayenne et l'autre au Centre hospitalier de Cholet et foyer de vie de Mortagne-sur-Sèvre) est prévu en 2015.

5) Démarche incurie dans le logement : comment reconnaître et gérer les situations d'incurie dans le logement ?

En Vendée, la conjonction d'un repérage accru de ces situations suite à la mise en place des signalements par les pompiers en 2013 et de l'arrivée du guide national du PNLHI sur la gestion de ces situations (qui a été diffusé auprès des intervenants sociaux et des établissements spécialisés, de l'ordre des médecins et de l'URPS en avril- mai 2014) a amené le comité responsable du PDALPD à confier une action particulière à la cellule d'orientation de la LHI, à laquelle l'ARS participe, afin d'améliorer la prise en charge des situations d'incurie dans le logement.

Un état des lieux a ainsi été réalisé sur deux ans (2012 et 2013) auprès des intervenants sociaux et des maires en juin – juillet 2014 en vue de qualifier quantitativement et qualitativement les situations ainsi que les difficultés rencontrées dans la prise en charge. Il a également permis de repérer l'existence d'une cinquantaine de situations récurrentes, souvent complexes, avec des caractéristiques particulières. Les difficultés rencontrées sont diverses : difficultés de coordination et de circulation de l'information, besoin d'accompagnement des acteurs de terrains (sensibilisation, outils pratiques, réseau, échanges de pratiques), difficultés d'accès aux soins ou au suivi social pour une partie de la population, problèmes comportementaux, animaux en surnombre, difficultés financières...

L'ARS est tout particulièrement concernée par l'accès aux soins (somatiques et psy) et « l'aller vers » (public précaire). L'année 2015 permettra de proposer des dispositifs ou d'engager des réflexions sur les difficultés repérées en vue d'une meilleure prise en charge.

[incurie] est étymologiquement l'absence de souci de soi (et/ou d'autrui), signe majeur de perturbation de la santé mentale, retrouvé dans des pathologies psychiatriques bien identifiées mais aussi dans des états de souffrance psychique et sociale sans diagnostic psychiatrique.

L'incurie prend plusieurs formes : elle peut concerner l'hygiène d'une personne, son apparence vestimentaire, les soins médicaux nécessaires à la santé, l'administration de ses biens et de ses papiers ; l'une des formes les plus fréquentes et les plus difficiles à traiter concerne l'habitat, la façon dont le sujet habite son espace de vie. L'incurie dans l'habitat se caractérise par une manière d'habiter qui rend certaines pièces inutilisables et qui ont perdu leur fonction soit à cause d'un encombrement excessif (ex : lit inutilisable, salon encombré), soit par une dégradation extrême de l'état de la pièce (ex : sanitaires, cuisine...)

6) Principales évolutions de l'offre médico-sociale sur le territoire en 2014

LOIRE-ATLANTIQUE

> ouverture d'un SAMSAH Handicap psychique suite à appel à projet ;

> ouverture d'un nouveau GEM à Châteaubriant.

VENDÉE

> suite à un appel à projet, autorisation d'un service d'appartement de coordination thérapeutique à la Roche-sur-Yon (association Passerelles) ;

> antenne CAMSP Fontenay-le-Comte.

SARTHE

> ouverture d'un nouveau GEM à La Ferté-

Bernard et Mamers ;

MAINE-ET-LOIRE

- > suite à un appel à projet, autorisation d'un service d'appartement de coordination thérapeutique à Angers (association Montjoie) ;
- > ouverture d'un nouveau GEM à Beaufort-en-Vallée ;

7) Une campagne budgétaire 2014 au service des parcours des patients

La campagne budgétaire a notamment été marquée par la mise en place de mesures financières nouvelles :

- sur le secteur de la psychiatrie : + 1 M€, afin de renforcer les disponibilités d'équipes mobiles, de déployer des alternatives à l'hospitalisation avec notamment des dispositifs expérimentaux de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile ;

8) De nombreuses réalisations afin de favoriser l'intervention des médecins spécialistes dans les structures ambulatoires et hôpitaux de proximité.

Nous pouvons notamment citer les réalisations suivantes :

- lancement d'un appel à projet pour des consultations psychiatriques en maisons de santé. À ce titre, un projet a été retenu sur la ville de Saint Nazaire, il s'agit de la mise en place de consultations spécialisées au sein même de la maison de santé, ainsi que l'organisation de temps d'échange entre les professionnels concernés ;
- déploiement de consultations de spécialistes en maison de santé : de l'hôpital de Château-Gontier à la MSP de Craon-Renazé (cardiologie), Clisson et Les Hauts-Saint-Aubin (psychiatrie), Vihiers...
- travaux avec l'URPS et l'assurance Maladie sur les dynamiques territoriales de l'offre en soins spécialisés (analyse sur les huit spécialités prioritaires : anesthésie, cardiologie, dermatologie, gynécologie, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie et radiologie).

9) Commission départementale santé mentale

La commission départementale santé mentale de la Mayenne (issue de la conférence de territoire) a été officiellement installée le 15 octobre 2014.

Elle regroupe des établissements de santé, des professionnels libéraux (si possible), le conseil général, l'éducation nationale, des usagers, des acteurs sociaux et médico-sociaux. Elle a pour mission de travailler sur des problématiques départementales les plus prégnantes en lien avec

les orientations de la politique régionale. Deux groupes de travail ont été constitués et ont débuté leurs travaux en décembre :

1 - amélioration de l'offre de prise en charge des adolescents présentant des troubles psychiques qui se traduisent par des violences (2 tranches d'âge à travailler 11-16 ans et 16-20 ans) ;

2 - parcours des personnes en situation de handicap présentant une pathologie psychiatrique chronique.

Lors des réunions de travail la majorité des acteurs a été présente : les premières réunions ont permis de partager les difficultés d'accompagnement et de prise en charge en santé mentale. Un travail de recueil d'informations sera effectué par la stagiaire en ingénierie sociale avant les prochaines réunions prévues début avril. Les contributions seront également demandées avec l'objectif d'aboutir à un plan d'action présenté en séance plénière de la commission en juin 2015.

Les travaux du Comité départemental en santé mentale 49 se sont poursuivis : l'élaboration de chartes de coordination entre les établissements sanitaires et médico sociaux, la formalisation des modalités d'intervention suite à un signalement (algorithme), l'accompagnement de la mise en place de la nouvelle loi sur les hospitalisations sans consentement, la question de la souffrance psychique et du logement. Un groupe spécifique a travaillé sur l'accès aux soins de personnes handicapées avec notamment la question de l'accessibilité des locaux des PS (une réunion rassemblant 200 PS a été organisée sur cette question).

RAPPORT ANNEE 2013

1) Suivi des recommandations de l'évaluation sur le suicide

Le risque de suicide est un enjeu fort pour les Pays de la Loire. Les réflexions et travaux menés montrent l'intérêt de renforcer la coordination, les échanges et les partenariats transversaux sur le sujet. Un colloque a été organisé en février 2013 autour de la lutte contre le suicide.

Faire le point sur ce qu'il faut faire ensemble, sur la manière de le faire, sur l'efficacité des actions déjà conduites, constitue un axe important de travail à prioriser rapidement pour rendre concrètes les actions à mener. Un colloque, prévu en 2014, a été préparé en 2013 sur les Parcours de santé.

Un partenariat avec la DRJCS est initialisé sur les questions de logements des personnes vivant avec un handicap psychique.

Suite à l'évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide réalisée en 2012, quinze pistes d'améliorations (recommandations et préconisations qui en découlent) ont été retenues pour constituer le plan d'action de lutte contre le suicide de l'ARS Pays de Loire durant la durée du PRS. En 2013, il a été choisi de prioriser, dans le volet « maîtrise des risques », les recommandations relatives aux formations des acteurs, dans le volet « la proximité organisée », les recommandations relatives au développement de la politique d'animation départementale : coordination des bénévoles

associatifs et professionnels de santé, articulation des professionnels du secteur public et du secteur privé, intégration de la thématique dans les Contrats locaux de santé et amélioration de la coordination des politiques publiques au niveau régional.

Des actions spécifiques sont planifiées avec les acteurs de terrain sur les territoires de la Loire-Atlantique, de la Vendée, de la Sarthe et de la Mayenne.

Les articulations entre les secteurs sanitaires, médicosociaux et sociaux sont facilitées par les rencontres entre des professionnels issus de champs complémentaires.

2) Psychiatrie : réponses aux situations de particulière intensité et développement des Groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Dans le domaine de la santé mentale, le Projet régional de santé insistait sur la mise en place de filières à même de faciliter l'accès à l'expertise et de fluidifier les parcours. La graduation des réponses passe par l'offre de différentes prises en charge sans hébergement à développer sur la région, y compris des réponses expérimentales.

Le dispositif de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile apparaît comme une nouvelle modalité de soins sans hébergement, au plus proche de l'environnement sociétal de la personne, en coordination avec l'ensemble des acteurs autour de celle-ci. Il vise à proposer, lorsque c'est possible, une alternative à une hospitalisation à temps complet lors d'un épisode de la maladie psychiatrique nécessitant des soins hospitaliers de particulière intensité (en référence à la circulaire DHOS/03/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile). Ce dispositif se distingue des soins ou d'accompagnements à domicile qui s'inscrivent dans la continuité de la prise en charge de la maladie et qui n'ont pas un caractère hospitalier, ni l'intensité prévue par cet appel à projet.

Un appel à projet a été lancé à la fin de l'année 2012, avec comme objectif la mise en place, sur le territoire régional, d'une modalité expérimentale de soins, en réponse à des besoins identifiés par des professionnels et s'appuyant sur un cahier des charges. Le cahier des charges précisait les éléments de cadrage des projets : les objectifs attendus, le public (adulte ou dyade mère-enfant), les modalités d'intervention et les équipes.

Cinq établissements, situés dans trois territoires de santé, ont adressé leurs projets. Après un rééquilibrage des aspects financiers, quatre d'entre eux ont pu être retenus :

- Césame (Maine-et-Loire) ;
- CHS de Blain (Loire-Atlantique) ;
- CHU de Nantes (Loire-Atlantique) ;
- CHS de Mazurelle (Vendée), avec la spécificité pour ce dernier d'un suivi mère-bébé.

Au total, le financement consacré par l'ARS à cette expérimentation s'élève à 910 646 €. La mise en place du dispositif a commencé en 2013 et une évaluation est prévue par la suite.

GEM

Le GEM peut se définir comme un collectif de personnes animées d'un projet d'entraide et doit permettre aux personnes qui le fréquentent de retrouver une vie sociale satisfaisante et le cas échéant de recourir à un accompagnement adapté. C'est une association d'usagers adhérents, dont l'objectif est de favoriser des temps d'échanges d'activités et de rencontres susceptibles de créer du lien et de l'entraide entre les adhérents. Les personnes susceptibles de fréquenter un GEM sont des adultes que des troubles de santé mettent en situation de fragilité.

L'autonomisation des adhérents et la rupture des situations d'isolement sont des objectifs prioritaires à atteindre. Les adhérents doivent pouvoir participer activement au fonctionnement du GEM.

Les partenariats avec l'environnement institutionnel et socio-économique sont essentiels pour favoriser une réintégration des personnes dans la cité. Des partenariats sont souvent développés avec les Maisons Départementales des Personnes Handicapées, les acteurs de l'offre de soins et d'accompagnement, le milieu associatif, avec les acteurs de l'insertion sociale et professionnelle et le secteur du logement.

En termes de financement, l'ARS verse une subvention pour permettre aux GEM notamment de recruter et de rémunérer les animateurs. L'enveloppe de moyens dédiée par l'ARS pour un fonctionnement année pleine s'élève à 1 648 000 € en 2013.

Le développement des GEM

En 2012, la région disposait de 18 GEM. Un appel à candidature lancé fin 2013 a permis la création de 5 nouveaux GEM (pour 11 candidatures reçues). Sur 23 GEM subventionnés, 19 accueillent des usagers présentant un handicap psychique et 4 accueillent des personnes cérébro-lésées. La subvention accordée à chaque nouveau GEM de la part de l'ARS est en moyenne de 75 000 €.

Le GEM dispose d'un Conseil d'administration composé de ses adhérents. Les activités peuvent être proposées aussi bien par les animateurs que par les usagers eux-mêmes.

Outre l'ARS, les financements de ces groupes peuvent également provenir des communes et des conseils généraux.

3) La campagne budgétaire a notamment été marquée par la mise en place de mesures financières nouvelles

- sur le secteur de la psychiatrie (+2,2 M€) afin de renforcer les disponibilités d'équipes mobiles, de déployer des alternatives à l'hospitalisation avec notamment des dispositifs expérimentaux de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile, d'améliorer la mise en oeuvre des parcours et la coordination des acteurs ;

4) Installation de places nouvelles

3 places de Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

RAPPORT ANNEE 2012

1) Structuration de l'expertise

Dans le cadre de la politique d'évolution des réseaux thématiques et des demandes d'appui multiples de la part des acteurs, l'ARS a défini une démarche de structure régionale d'appui et d'expertise.

Deux sujets ont d'ores et déjà été organisés de cette manière : l'autisme et le handicap psychique. Pour le premier, l'opportunité est venue de la crise entre les acteurs. Un Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) a permis de résoudre la difficulté de gouvernance et de remobiliser le Centre de ressources autisme (CRA) sur les enjeux d'information et de formation en laissant aux territoires de santé les questions de coordination de la réponse et aux secteurs pédopsychiatriques la réduction des délais de diagnostic. Pour le second, le CREHPsy a vocation à fédérer les acteurs autour des questions d'évaluation du handicap psychique, de l'harmonisation des réponses, de l'information et de la formation.

De plus, en septembre, a ouvert à Sablé-sur-Sarthe le Centre soins études qui permet d'accueillir cent jeunes de la région Ouest présentant des troubles psychiatriques.

2) Concernant le secteur hospitalier, pour la psychiatrie, de nouvelles mesures ont fait l'objet d'un financement permettant de :

- développer la psychiatrie de liaison par le renforcement et la création de dispositifs mobiles ;
- renforcer l'offre en matière d'accueil familial thérapeutique infanto-juvéniles et adultes ;
- créer un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ;
- renforcer les temps médicaux et la participation aux maisons de santé pluridisciplinaires.

3) Une évaluation expérimentale sur le suicide

Une politique régionale de lutte contre le suicide a été reconduite au fil des années en Pays de la Loire sur le constat d'une mortalité élevée due au suicide. Ce constat positionne la France parmi les pays mal classés en Europe et la région des Pays de la Loire parmi les régions françaises mal classées.

Bien qu'elle ait été portée par les autorités sanitaires successives, au travers de divers plans, programmes et schémas régionaux, cette politique n'a jamais donné lieu à une évaluation de ses résultats,

À sa création, en 2010, l'Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire s'est intéressée à cette politique. Elle s'est également dotée dès son installation d'un département d'évaluation des politiques de santé. Il est alors apparu tout à fait pertinent de porter les premiers travaux d'évaluation sur cette politique de santé publique, en tant que priorité ancienne et reconnue de la région.

Trois champs de cette politique ont ainsi été évalués par l'ARS :

- la prévention ;
- la prise en charge ;

- l'observation/analyse.

Un référentiel spécifique sur des critères identifiés a été construit pour sérier les investigations à mener.

Au-delà des études publiées et analysées sur le sujet, la conduite d'entretiens avec les différents acteurs de cette politique a permis de dresser une dizaine de constats. À l'issue de ces constats, la mission d'évaluation de l'ARS Pays de la Loire a proposé quinze recommandations stratégiques sur la politique suicide, reliées aux objectifs du PRS et déclinés sur le territoire. Parmi ces recommandations, on peut citer :

- mieux préciser les actions vis-à-vis des jeunes de moins de 25 ans ;
- positionner le niveau régional comme niveau de pilotage intersectoriel et de planification ;
- poursuivre le développement des formations actuelles au repérage de la crise suicidaire, en renforçant leur visibilité, en coordonnant et en pilotant leur réplique ;
- organiser des rencontres annuelles sur le suicide entre professionnels ainsi qu'entre professionnels et usagers, etc.

À la suite de cette évaluation, la direction générale de l'ARS a missionné un groupe-projet transversal pour élaborer et mettre en œuvre un plan d'actions de lutte contre le suicide, en s'appuyant sur les conclusions du rapport d'évaluation, mais aussi en valorisant les expériences déjà déployées sur le terrain et en favorisant le développement d'actions innovantes.

Les travaux de ce groupe-projet s'inscriront dans la feuille de route annuelle du groupe transversal de l'ARS intitulé « Personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ».

Cette feuille de route (programme prévisionnel d'actions, bilan) a été présentée à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

Au niveau de l'ARS, ce projet a permis de :

- partager des enjeux sur une politique ;
- contribuer à l'appropriation du PRS ;
- partager des outils sur l'évaluation ;
- développer une culture commune pour l'optimisation des pratiques.

4) Installation de places nouvelles

15 places de Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

ANNEXE 12 : Recommandation concernant la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence en psychiatrie de la CRSA

**Recommandation
concernant la prévention et la prise en
charge des situations de crise et d'urgence
en psychiatrie**

Février 2014

A de nombreuses reprises, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie des Pays de la Loire, dans ses réunions plénières comme dans les réunions de concertation tenues dans le cadre de l'élaboration du PRS a manifesté sa préoccupation sur les questions ayant trait à la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques. Les problématiques de l'urgence, de l'accueil hospitalier et d'aide à la vie quotidienne ont été régulièrement évoquées. Dans ce contexte, la Conférence, dans sa séance du 14 mai 2012 a mandaté un groupe de travail permanent, conformément aux dispositions de l'article D.1432-31 du décret n°2010-348 du 31 mars 2010.

Ce groupe de travail, au terme d'échanges approfondis qui ont confirmé la convergence des constats effectués par tous les partenaires des problématiques de santé mentale, et après la tenue sur ce thème d'un débat public extrêmement riche à St Nazaire en janvier 2014, a élaboré et soumis à la Conférence un avis à transmettre à l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire. Cet avis ci-après a pour objectif d'inciter l'ARS à se saisir plus résolument de problématiques que la Conférence juge prioritaires.

Partant des constats qu'elle souhaite énoncer, il décline des recommandations en matière de prise en charge des situations de crise et d'urgence et des pratiques de soins qui pourraient les prévenir.

Les Constats

Concernant la prévention et la prise en charge des crises et urgences en psychiatrie dans le périmètre de l'ARS Pays de la Loire, les acteurs du soin, partenaires et usagers constatent :

- des modalités très diverses selon les territoires,
- des dysfonctionnements dans des prises en charges qui conduisent à des situations d'urgence, voire à des drames,
- qu'une partie de la population ne se manifeste que sur un mode de crise et ne fait pas toujours de démarche vers les structures existantes ou bien que celles-ci n'aboutissent pas,
- une différence de prise en charge souvent traumatisante pour les adolescents et leurs familles lors du passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte,
- que les familles et aidants de proximité, en première ligne dans l'urgence, estiment que leur préoccupation principale, à savoir l'assistance en cas de crises, ne reçoit pas de réponse satisfaisante de l'organisation du système de soins psychiatriques.

La Région des Pays de la Loire, réputée pour sa modération, n'échappe cependant pas au fait que l'urgence est devenu le mode de traitement prévalent de nombreux phénomènes sociétaux, dont l'expression des souffrances psychiques. De nombreux facteurs, selon la Conférence, y contribuent :

- La précarisation du lien social :

Fracture sociale, fragmentation et déstructuration du lien familial, instabilité économique croissante conduisent à diminuer le seuil de tolérance de la population aux tensions. L'augmentation continue des comportements addictifs intervient par ailleurs à la fois comme cause et effet de cette précarisation. Cette évolution sociétale favorise l'immédiateté, les comportements extrêmes, les passages à l'acte et donc *in fine* les situations dites d' « urgence ».

- La méconnaissance de l'offre :

La population générale n'a ni le temps ni la connaissance ou la compétence qui lui permettrait d'utiliser au mieux de leurs spécificités les services de santé, les services sociaux, ou administratifs pour répondre à ses problèmes. Elle sait toutefois qu'il existe « une porte » quasiment gratuite fonctionnant 24h sur 24 : les urgences de l'hôpital général. Or celles-ci n'ont ni les moyens, ni les ressources humaines pour répondre à ces situations d'urgence. Ce constat vaut pour chaque citoyen mais aussi pour les agents de régulation que sont les pompiers, la police, les services municipaux, etc. pour qui des actions perturbatrices sont rapidement étiquetées comme étant du fait d'individus « psychologiquement troublés » voir malades mentaux...

- L'évolution de la psychiatrie :

Le processus de désinstitutionnalisation du système de soins psychiatriques n'a pas été suffisamment accompagné par une consolidation de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité où les structures médicosociales et sociales de prise en charge hors de l'hôpital n'ont pas été suffisamment développées.

Le nombre de lits en psychiatrie est évalué en 2013 dans notre pays à environ 37 000. Il était de 55 000 en 2003 (et 85 000 en 1987) selon une étude IRDES.

Mais par ailleurs « l'absence d'une politique de santé mentale alliant l'intégration des malades dans la cité et des prises en charge sécurisées pour la population reste un impératif qui peut paraître paradoxal. Cela signifie que toute tentative de rénovation des dispositifs de prise en charge est complexe. Cette complexité est accrue par le fait que les pathologies devraient être pris en charge de façon spécifique et s'intégrer dans une démarche générale de santé publique. Une loi est nécessaire. » (Edouard Couty, 2009)

Cette absence de loi cadre liée, de plus, à une augmentation de la prévalence des maladies psychiques est une préoccupation de l'ensemble des acteurs et partenaires de la psychiatrie. La croissance continue des files actives en est le reflet. Devant cet afflux de demandes et faute de réponse politique adéquate certains services et professionnels de la psychiatrie se sont trouvés dans l'obligation de choisir : se replier sur eux-mêmes ou...accepter de s'ouvrir à la vie et au monde social en adaptant leur offre. La réponse a été hétérogène selon les territoires et, paradoxalement, ceux qui se sont ouverts ont été très exposés à des demandes en forte augmentation.

Face à cette évolution les Centres Médico Psychologiques ont évidemment toute leur place. Ils constituent une réponse particulièrement adéquate du dispositif de soin. Leurs équipes ont par définition une bonne connaissance de leur territoire et limitent par leur action le recours à l'hospitalisation. Mais de manière contradictoire, la contrainte budgétaire actuelle qui pèse sur les établissements hospitaliers génère des effets pervers en privilégiant la réduction des moyens alloués aux dispositifs ambulatoires.

A l'inverse d'autres spécialités médicales, la psychiatrie ne fait pas appel à des plateaux techniques sophistiqués. Elle nécessite du « temps-homme » pour le diagnostic, le soin, la prise en charge et l'accompagnement tant des patients que des aidants. Elle nécessite également une

compétence pointue, qui plaide pour une seniorisation de certaines fonctions au sein de l'appareil de soins, pour resituer dans une continuité de sens pour la personne, les épisodes symptomatiques aigus, qui ne doivent pas systématiquement être lus comme d'essence pathologique. Dans cet esprit, il serait important de réfléchir à la formation des infirmiers, et à l'intérêt que représenterait une spécialisation à l'issue de leur diplôme.

- Les avancées de la recherche :

Les recherches concernant les troubles psychiques, dont en particulier les troubles schizophréniques, laissent espérer que la réduction du délai d'instauration d'un traitement grâce à la détection précoce du trouble, améliorerait le pronostic ultérieur.

L'amélioration de la réponse à l'urgence et à la crise serait donc susceptible de contribuer à l'amélioration du résultat thérapeutique. Mais il importe de prendre en considération un autre phénomène : faute de moyens, l'allongement des délais d'obtention des rendez vous de consultation défavorise, en sens inverse, les personnes pour lesquelles la situation d'urgence n'est pas encore présente... finissant par la générer ! S'il est donc essentiel de répondre à l'urgence, il ne l'est pas moins de tenter de la prévenir, par une prise en charge anticipatrice.

Rappel des textes

Les trois grandes orientations du Plan Régional de Santé : *La personne au cœur du système de santé - La proximité organisée- La maîtrise des risques concernant la santé des populations* sont concernées par la problématique des urgences psychiatriques.

Toutefois la diminution des moyens hospitaliers partout constatée qui se combine avec une augmentation de la demande conduit à créer une situation de déséquilibre. On peut légitimement craindre le **risque d'une diminution de la prise en charge** ou de réduction de moyens dédiés à des interventions qui, réalisées en amont de la situation de crise, ont une efficacité préventive, économique et sociale. Par ailleurs, le constat a été fait que la réponse aux situations de crise est très diverse selon les territoires des Pays de Loire et est à l'origine de nombreux dysfonctionnements, par manque de connaissance et de lisibilité, par l'ensemble des acteurs, de leurs propres possibilités d'action comme de celles de leurs partenaires.

Il convient donc de rappeler le rôle central de l'ARS dans la mise en œuvre et le suivi d'une réponse concertée, concrète et immédiate à ces situations de crise et d'urgence :

- Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011 – 2015 (page 18)

Concernant la réponse aux appels et situations d'urgence, l'enjeu consiste à élaborer ou consolider un dispositif lisible, connu des usagers et des aidants, ainsi que par les acteurs susceptibles d'être saisis de la situation (y compris élus locaux, forces de l'ordre). Où que cette urgence survienne et quel qu'en soit l'horaire, celle-ci doit trouver une réponse structurée à l'avance, réponse qui doit pouvoir être déclenchée par le premier professionnel alerté sur la situation.

- Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Art. L. 3222-1-1 – A

Dans chaque territoire de santé, l'agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, les groupements de psychiatres libéraux et les personnes mentionnées à l'article L.6312-2.

Ce dispositif a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement mentionné à l'article L. 3222-1.

Les recommandations

de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie des Pays de la Loire

Le travail de l'urgence et de la crise ne consiste pas toujours à proposer une réponse immédiate, mais peut aussi consister à donner du temps à une situation qui est définie comme n'en disposant pas. Dans ces conditions, savoir accompagner l'urgence psychiatrique est devenu un enjeu majeur pour les acteurs de la santé mentale.

Les principes généraux

Pour la Conférence, il convient dans la réflexion de replacer la problématique des urgences au sein d'un **dispositif global et gradué de prise en charge de l'urgence et de la crise**, mobilisant en amont et en aval toutes les réponses ambulatoires et les ressources de prévention et de diagnostic des troubles.

Les réponses graduées dans le temps peuvent aller de l'hospitalisation immédiate, ou de l'intervention à domicile au respect du délai nécessaire à l'orientation du primo-arrivant dans un dispositif ambulatoire de longue durée. Elles peuvent représenter aussi la succession diversifiée et ajustée des soins selon l'intensité et l'amplitude nécessaire, à partir du soin non-programmé de l'urgence jusqu'à celui semi-programmé de la post urgence, dans le but d'obtenir, si possible une situation suffisamment stabilisée pour entrer dans un parcours de soins programmés.

Les réponses doivent être également graduées dans l'espace. Il peut s'agir d'une hospitalisation brève, ou de plus longue durée, pour transiter vers d'autres lieux, partiellement puis totalement ambulatoires, ce qui peut inclure le domicile (quand il existe) **avec, si nécessaire, l'accompagnement de moyens médico-sociaux et sociaux ad-hoc**. Cet accompagnement indispensable n'est pas encore déployé à la hauteur des besoins, aujourd'hui très documentés pour certaines populations de patients en situation de "handicap psychique", qui aspirent à avoir accès à tous les registres de la citoyenneté (logement, culture, emploi..) conformément aux dispositions de la loi du 11 février 2005. S'il était plus systématiquement organisé, cet accompagnement serait de nature à mieux prévenir les situations de crise, souvent liées à l'angoisse d'un quotidien vécu comme inquiétant par des personnes se sentant démunies pour y faire face de façon adaptée.

En tout état de cause les réponses de type « tout ou rien » doivent être évitées.

Une réponse ambulatoire connue et cohérente

Elle s'impose **avant et après** l'hospitalisation. Les déséquilibres émergent ou éclatent rarement à l'hôpital mais dans le milieu de vie : domicile, famille, travail, espace public...

Ce dispositif psychiatrique hors des murs de l'hôpital devra être en mesure de fournir une aide et une assistance crédible à tous ceux qui seront susceptibles de s'adresser à lui : services sociaux, service d'urgence somatique, forces de l'ordre, service de secours, familles et aidants, etc. Il doit être repérable et crédible pour être régulièrement sollicité de manière préventive. Pour cela il devra offrir :

- Une réactivité impliquant un fort engagement du réseau primaire (CMP, Equipes mobiles, etc.)
- Une continuité suffisante
 - o Amplitude et durée d'ouverture
 - o *Aptitude persistante à répondre et accueillir une demande urgente*
 - o *Professionnalisation des réponses téléphoniques*
 - o *Accueil adapté et bienveillant des familles venant évoquer un cas d'urgence*
 - o *Réservation de créneaux dédiés à l'accueil non programmé (médical ou infirmier)*
- Une mobilité satisfaisante
 - o *Aptitude à se projeter là où la crise émerge 24h / 24*
 - o *Aptitude à répondre aux besoins des patients coopératifs mais dans l'impossibilité de se déplacer,*
 - o *Aptitude à répondre aux besoins de patients non coopératifs lors d'une crise inaugurale sévère ou en rupture de soins,*
 - o *Aptitude à répondre à des familles et aidants inquiets, perdus et angoissés, à leur fournir une information précise sur les ressources thérapeutiques, le parcours de soins envisageable, à les associer de façon étroite, tant au moment de l'épisode aigu qu'au long de la prise en charge de plus longue durée si elle s'avère nécessaire.*

La capacité à offrir ces services sur tous les territoires doit pouvoir, si nécessaire, s'appuyer sur des mutualisations intersectorielles.

- Une accessibilité sans faille
 - o *Les appels vers le 15, le 17, ou le 18 sont parfaitement connus de la population. Une identification et une signalétique claire en adéquation avec les moyens et réseaux de communication doivent être mise en œuvre.*

Ces exigences conditionnent une bonne accessibilité aux soins au moment d'une crise débutante qui deviendra urgence puis crise majeure si elle n'est pas traitée. C'est un enjeu déterminant pour contenir les conséquences et apaiser les souffrances de la personne ainsi que celle de ses proches.

L'une des particularités des troubles psychiques est de placer parfois la personne qui en souffre dans une position de non-demande particulièrement au moment où elle en a le plus besoin. Cette absence de demande entraîne un **retard à la prise en charge**, et une aggravation des troubles, qui peuvent alors se traduire en troubles du comportement, agressivité, gestes et propos suicidaires.

Il faut donc aller au devant d'elle.

Une forte coordination des acteurs

Les situations de crise et d'urgence en psychiatrie sont une des portes d'entrée dans le dispositif de soins, et parfois ensuite d'un accompagnement médico-social et social qui pourront s'avérer nécessaires. Dans des parcours déjà non linéaires, c'est une des plus traumatisantes qui soient tant pour les personnes concernées que pour leurs proches. C'est l'irruption dans la vie d'une famille et d'une manière générale dans la cité, de l'étrangeté, de l'imprévisibilité, de l'incompréhension et de l'irrationnel.

Sa prise en charge peut mobiliser, de manière directe ou indirecte, de multiples acteurs de cultures différentes et aux attentes diverses : élus locaux, professionnels de santé, professionnels de services sociaux, services de justice, représentants des forces de l'ordre, services départementaux d'incendie et secours, administrations déconcentrées et décentralisées, bailleurs, etc.

Dans ce contexte une double nécessité s'impose :

- Une forte coordination assurant la lisibilité et l'efficacité du service tant pour les différents acteurs que pour la population,
- Une sensibilisation de l'ensemble des acteurs potentiels quant aux particularités et spécificités des troubles psychiques ainsi qu'aux conséquences qui en découlent pour les personnes malades ou en situation de handicap. Cette sensibilisation doit pouvoir déboucher sur des actions de déstigmatisation, d'information sur la santé mentale, de formation et de soutien des aidants.

Les Contrats Locaux de Santé Mentale, les Commissions départementales de santé mentale attachées aux Conférences de territoire, le Groupe permanent Santé Mentale de la CRSA au niveau régional sont susceptibles de contribuer à ces missions parmi celles qui pourraient leur être dévolues par ailleurs. L'implication des élus locaux s'avère fondamentale dans de telles instances compte-tenu de leurs responsabilités de santé publique.

Dans ce contexte, l'implication directe et forte de l'ARS est incontournable pour la mise en œuvre de cette structuration du fait de ses attributions décisionnaires sur l'ensemble du système de santé, et de son engagement dans la coordination des politiques publiques.

Une réponse hospitalière adaptée

Les services d'accueil d'urgence (SAU) sont clairement identifiés par la population comme des lieux de réponse à l'urgence quelle qu'en soit la nature. Néanmoins l'urgence générale n'est pas toujours la temporalité adéquate pour la psychiatrie qui nécessite un temps plus long et doit permettre un « travail de crise » et son suivi en organisant une réponse graduée, personnalisée et coordonnée. Il convient de favoriser :

- Un mode de prise en charge spécifique favorisant ce travail de crise, d'accueil, d'orientation et d'observation en unité spécialement dédiée. Cet accueil doit tenir compte de la dimension émotionnelle toujours mobilisée par de telles situations, prévoir un temps d'observation suffisant avant de statuer sur l'indication de la nature des soins. Il doit respecter la dignité et l'intimité de la personne et de sa famille.
- La définition de procédures organisant le déclenchement de la proposition de soins et si besoin l'intervention adaptée

- L'organisation du transport entre le lieu de vie de la personne concernée et le service d'accueil d'urgence, en cas d'impossibilité notoire justifiée par son état,
- La création de filières liant urgence et post-urgence permettant à la fois l'intervention en situation de crise et la continuité dans le temps du suivi, qui peuvent être portées par les secteurs psychiatriques. Là où, pour des raisons diverses, ils sont défaillants, cette création est à envisager de façon intersectorielle
- L'organisation de l'aval des situations de crise, sur le plan ambulatoire, comme de l'hospitalisation, dans le champ sanitaire comme dans ceux de l'accompagnement médico-social et social
- Le développement d'un partenariat avec les aidants en identifiant une modalité de réponse repérable à leur intention en particulier dans la période de post – urgence,
- Le développement des suivis post-urgence avec les médecins généralistes, les psychiatres libéraux, les secteurs psychiatriques, l'éventuelle entité extrahospitalière mentionnée ci-avant,

La prise en charge des suicidants

La prise en charge des suicidants doit faire l'objet d'attentions particulières dans le respect des recommandations de l'HAS **avec une écoute particulière des proches du patient et une évaluation de leur capacité d'accompagnement**. Cette prise en charge doit articuler étroitement l'hôpital général, le médecin généraliste, l'entourage familial ou amical, le système de soins psychiatriques si nécessaire. En tout état de cause le suivi des tentatives de suicide doit toujours être organisé et si nécessaire, accompagné. Une investigation pourrait être régulièrement menée sur le territoire régional pour s'assurer que cette réponse est en tous points organisée... et ne s'est pas désorganisée depuis les mises en œuvre des premiers projets régionaux de santé portant sur cette thématique.

La Conférence demande à l'ARS de se saisir de façon prioritaire de la question des réponses à apporter, sur l'ensemble du territoire régional, aux urgences psychiatriques, dans l'esprit rappelé dans les textes ci-avant, et dans la globalité de leurs déterminants.

Par ailleurs, sans préjudice des objectifs et des stratégies dont la définition est attendue avec la prochaine loi de santé publique, la CRSA des Pays de la Loire demande que l'ARS s'implique sur la question des moyens globaux dédiés au système de santé mentale, dans ses composantes sanitaire, d'accompagnement médico-social et sociale, en veillant particulièrement à ce que les moyens jusqu'à ce jour dédiés aux prises en charge ambulatoires soient consolidés et ne constituent pas des marges d'ajustement.

ANNEXE 13 : Sources documentaires

Nom du document	Auteurs	Date	Lien Internet
Evaluation de la valeur ajoutée des équipes mobiles dans les interventions à domicile des secteurs de psychiatrie adulte des Pays de la Loire	Icone Médiation Santé – MC2 Consultants- ARS Pays de la Loire	Décembre 2015	http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Rapport-d-evaluation-de-dispos.188882.0.html
Démarche d'évaluation régionale des groupes d'entraide mutuelle	CREAI Pays de la Loire, Délégation Poitou-Charentes et ARS Pays de la Loire	Novembre 2015	
Projet régional de santé des Pays de la Loire	ARS Pays de la Loire	9 mars 2012	http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Projet-regional-de-sante.107789.0.html
Enquête d'opinion auprès des professionnels de santé des Pays de la Loire en matière de santé	G et A links et ARS Pays de la Loire	Avril 2011	http://www.masantedemain.fr/barometre-sante/synthese-ars-professionnels.pdf
Enquête d'opinion auprès des Ligériens en matière de santé	G et A links et ARS Pays de la Loire	Avril 2011	http://www.masantedemain.fr/barometre-sante/synthese-ars-ligeriens.pdf
Enquête d'opinion en matière de santé auprès des professionnels de santé des Pays de la Loire – rapport d'étude	TRYOM marketing et ARS Pays de la Loire	Juin 2014	http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Enquete-d-opinion-en-matiere-d.174441.0.html
Enquête d'opinion en matière de santé auprès des Ligériens – rapport d'étude	TRYOM marketing et ARS Pays de la Loire	Juin 2014	http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Enquete-d-opinion-en-matiere-d.174441.0.html
Note stratégique ARS sur les personnes vivant avec des troubles psychiatriques et/ou un handicap psychique	Document interne ARS Pays de la Loire	Novembre 2012	
Note stratégique ARS sur le parcours des personnes vivant avec des troubles psychiatriques et/ou un handicap psychique	Document interne ARS Pays de la Loire	Mars 2015	
Avenant au DOP (Document d'objectifs partagés) du 25 juin 2012, relatif à	ARS et DRJSCS des Pays de la Loire	Juin 2015	

l'organisation des relations entre l'ARS et la DRJSCS			
L'accompagnement des majeurs protégés atteints de troubles psychiques – guide de bonnes pratiques destiné aux professionnels des services de psychiatrie et aux mandataires judiciaires de la région des Pays de la Loire	ARS et Préfecture (DRJSCS) des Pays de la Loire	Mars 2014	http://protection-juridique.creainpdc.fr/content/un-guide-pratique-sur-laccompagnement-des-majeurs-prot%C3%A9g%C3%A9s-atteints-de-troubles-psychiques
Optimisation des consultations en CMP – restitution régionale de la démarche de benchmark	ARS Pays de la Loire et CERCLH	9 décembre 2014	
Prévention de la récurrence du suicide – résultats de l'enquête auprès des établissements de santé disposant d'une structure d'urgences et contenu des contrats à négocier	ARS Pays de la Loire-DPPS	25 novembre 2011	
Accompagnement des personnes handicapées vieillissantes accompagnées par une structure médico-sociale - référentiel	ARS Pays de la Loire, Conseils généraux 44-49-53-72-85		
Guide de procédures – les soins psychiatriques sans consentement	ARS Pays de la Loire		http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Guide-de-procedures-Les-soin.182677.0.html
Agir ensemble contre le suicide en Pays de la Loire - Annuaire des acteurs ressources	ARS Pays de la Loire et MSA-AROMSA Pays de la Loire	Edition 2016	http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Annuaire.159024.0.html
Modalités d'intervention suite à un signalement - Comité départemental de santé mentale 49		2015	
Rapport relatif aux droits des usagers du système de santé (données 2013)	CRSA des Pays de la Loire	2014	
Guide annuaire régional – secteur social et médico-social	CREAI Pays de la Loire, délégation Poitou-Charentes	Edition 2015-2016	http://www.creai-nantes.asso.fr/annuaire_rech1.cfm
Représentativité des médecins généralistes, maîtres de stage			http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-1-page-59.htm

universitaires. Céline Bouton et al. SFSP/ santé publique 2015/1 – volume 27 pages 59 à 67			
Les médiateurs pairs en santé mentale, une professionnalisation incertaine	Lise Demailly La nouvelle revue du travail	11 novembre 2014	https://nrt.revues.org/1952
Panel 2010-2012 d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale – la prise en charge de la dépression par les médecins généralistes des Pays de la Loire, n°5	ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire, DREES	Mars 2013	http://www.google.fr/url?url=http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2013_5_pecdepression_panel2mgpdl.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEWij7uKZzYvLAhUFXhoKHTxaAUEQFggUMAA&usq=AFQjCNHI2tRnJVh6HlixMnNNmLY3zqMDSg
Panel 2010-2012 d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale – les médecins généralistes des Pays de la Loire face au risque suicidaire, n°6	ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire, DREES	Mars 2013	http://www.google.fr/url?url=http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2013_6_risgsuicidaire_panel2mgpdl.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEWjkzcywzovLAhUCDhoKHQ1_CCAQFggUMAA&usq=AFQjCNEdT9oZ67vJ4nFCZ_gQ7h-NIXWdXw
Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux des Pays de la Loire - conditions d'exercice et activité des infirmiers libéraux des Pays de la Loire	ORS Pays de la Loire, URPS infirmiers libéraux Pays de la Loire.	2014	http://www.google.fr/url?url=http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelCHIK/2014_rapport_panel_infirmiers.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEWjD95_bzovLAhWFQBoKHW3QDsEQFggUMAA&usq=AFQjCNFZGd1UjeRT7ZiZiidHn9rv3yVenQ
Analyse exploratoire des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) 2011 en Pays de la Loire	ORS Pays de la Loire	Décembre 2014	http://www.google.fr/url?url=http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/ParcoursSoins/2014_rimp2011_ors_final.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEWjBqvb4zovLAhVCUhoKHfNXcXkQFggWMAA&usq=AFQjCNHYwPOOJxSPwrW4PyERJIMEkflAXg
Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation – Questions d'économie de la Santé – n°145	IRDES Magali Coldefy, Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès	Août 2009	www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes145.pdf
Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie	IRDES Magali Coldefy	Décembre 2014	http://www.irdes.fr/recherche/2014/rapport-558-les-disparites-territoriales-d-offre-et-d-organisation-des-soins-en-psychiatrie-

en France : d'une vision segmentée à une approche systémique – Rapports de l'IRDES – n°558	Charlène Le Neindre		en-france.html
Pratiques et attentes relatives aux courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres : enquête déclarative concernant les patients suivis en ambulatoire en Loire-Atlantique – thèse de médecine générale – Université de Nantes	Cécile Parleani	12 janvier 2016	
Communication entre psychiatres et médecins généralistes pour les patients ambulatoires en Sarthe : souhaits et réalité – thèse de médecine générale – Université d'Angers	Karim Saidi	9 avril 2015	
La continuité des soins des ex-détenus à la sortie des prisons d'Angers, le Mans et Nantes – thèse de médecine – Université d'Angers	Pierre Anotin	4 novembre 2014	
Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale – première approche	Agence Nationale d'Appui à la Performance	Août 2015	http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/les-parcours-des-personnes-en-psychiatrie-et-sante-mentale-premiere-approche/
Avis relatif à l'évaluation des besoins des personnes handicapées et à l'élaboration des réponses au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)	Haut Conseil de la santé publique	11 mai 2015	http://www.google.fr/url?url=http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger%3FNomFichier%3Dhcspa20150511_evalbesoinhandicapmdph.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwiK456p0lvLAhUGtBoKHeEcBdYQFggaMAE&usg=AFQjCNFI5fe_10c6pC-dt3ActlpXa7N4gA
L'état de santé de la population en France	DREES	Edition 2015	
Enquête ES 2010 Handicap – enquête auprès des structures pour enfants et adultes handicapés en 2010	DREES	9 juillet 2013	http://www-valid.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-aupres-des-etablissements-et-services-pour,6554.html
Suicide, connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives - 2 ^{ème} rapport	Observatoire national du suicide	Février 2016	http://www.google.fr/url?url=http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwjAoOSM3ovLAhVBiBoKHe95AssQFggUMAA&usg=AFQjCNF

			DaBG1eNDkM1jdW20ghqK0kLTpYA
Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux – note de cadrage	Haute Autorité de Santé	23 avril 2015	http://www.google.fr/url?url=http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_de_cadrage_coordination_mg_psy.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwjSz9vC0lvLAhVHCB0KHTMN DJwQFggUMAA&usg=AFQjCNG7Y2qGNHFzOE9mpuV1jYH9tLrp0w
Labellisation des centres référents de réhabilitation psycho-sociale et de remédiation cognitive – cahier des charges	ARS Rhône-Alpes	Mai 2013	http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Centres-r-f-rents-de-r-habilit.165505.0.html

Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire

17 boulevard Gaston Doumergue - CS 56233

44262 NANTES cedex 2

Tél. 02 49 10 40 00 – Mél. ars-pdl-contact@ars.sante.fr

www.ars.paysdelaloire.sante.fr