



PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

Loire-Atlantique

Juillet 2019

Contacts Acsantis :

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

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

Contact Cekoïa :

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

SOMMAIRE

I.	Méthodologie.....	3
a.	Méthode de mobilisation des acteurs.....	3
b.	Travail spécifique du groupe enfants et adolescents	4
c.	Modalités de gouvernance pour l'élaboration du PTSM.....	5
II.	Gouvernance de la mise en œuvre du PTSM	6
III.	Synthèse des actions.....	7
IV.	Fiches actions par axes.....	12
1.	Mieux lutter contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale	12
2.	Favoriser l'accès à la prévention, au dépistage et au repérage précoce des troubles psychiques	19
3.	Mieux coordonner les différents secteurs de la santé mentale pour éviter les ruptures de parcours de vie et de soin des personnes vivant avec un handicap psychique	31
4.	Favoriser l'accès aux soins psychiatriques tout au long du parcours des personnes vivant avec un trouble psychique, y compris les soins de réhabilitation psychosociale.....	55
5.	Favoriser l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux des personnes vivant avec un handicap psychique.....	66
6.	Favoriser l'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec un trouble psychique	72
7.	Mieux prévenir et prendre en charge les situations d'urgence et de crise.....	82
8.	Soutenir la mise en place par les professionnels de nouvelles pratiques et nouveaux outils pour les publics spécifiques	96
9.	Mieux accompagner les enfants et les adolescents dans leur parcours de soins	102
V.	Liste des actions et des porteurs.....	112



La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 conforte la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie. Dans ce cadre, et conformément à l'article 69 de la loi, un projet territorial de santé mentale (PTSM), dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de soins et de vie de qualité et sans rupture, a été élaboré dans le département de la Loire-Atlantique, sous le portage du CHU de Nantes.

Le diagnostic territorial partagé en santé mentale, étape préalable, visant à dégager les points forts et les fragilités du territoire a été réalisé entre mars et septembre 2018, avec l'accompagnement du cabinet Acsantis. Ce diagnostic fait l'objet d'un document dédié. Il a fait l'objet d'une présentation publique à Nantes le 29 janvier 2019.

Le projet territorial de santé mentale, ici restitué, a lui été réalisé entre octobre 2018 et mai 2019. Il a réuni les acteurs en santé mentale du département, accompagnés sur le plan méthodologique par le cabinet Acsantis. Ce projet a été présenté de façon publique aux acteurs du territoire à Nantes le 26 juin 2019.

I. METHODOLOGIE

Le diagnostic avait fait émerger dans différents groupes de travail thématiques, un certain nombre d'objectifs et de pistes d'actions.

Ces pistes d'actions ont fait l'objet d'une priorisation, d'un approfondissement, et d'une démarche d'opérationnalisation lorsqu'elles ont été retenues.

a. Méthode de mobilisation des acteurs

La méthodologie pour l'élaboration des actions du PTSM a été la suivante :

- **Constitution de groupes de travail thématiques** répondant aux problématiques prioritaires identifiées dans le diagnostic, et aux priorités fixées par le décret du 27 juillet 2017, relatif au projet territorial de santé mentale :
 - Gouvernance (thématique confiée au groupe projet)
 - Coordination et parcours (thématique confiée au groupe projet)
 - Optimisation des CMP
 - Promotion des droits
 - Publics spécifiques
 - Accès aux soins :
 - Repérage, formation, orientation
 - Mobilité, transports
 - Mieux prévenir les situations de crises et d'urgences
 - Accès aux soins somatiques
 - Promotion des droits
 - Publics spécifiques
 - Précarité
 - Personnes migrantes
 - Psycho-traumatismes



Chacun des groupes a été animé par un référent, en charge de mobiliser des acteurs du territoire de façon pluriprofessionnelle, plurisectorielle, et représentants des différents infra territoires (notamment des 4 centres hospitaliers du département).

- **Passation d'un questionnaire à distance**, pour parvenir à un consensus en termes de **priorisation des actions**

Dans un premier temps, les membres des groupes de travail ont été invités à remplir un questionnaire de travail en ligne, à deux reprises, entre février et mars. L'enjeu était pour chaque répondant de classer, pour chacun des objectifs retenus sur la thématique, les propositions d'actions selon leur ordre de priorité de leur point de vue. Il était ensuite demandé à chaque acteur de commenter les deux actions retenues comme prioritaires.

La deuxième itération reposait sur la même méthode, mais les actions qui avaient clairement été déclassées par la majorité des acteurs avaient été supprimées.

Au final, les questionnaires ont permis d'aboutir à un consensus sur les **deux à trois actions prioritaires pour chaque objectif**.

Les actions qui n'ont pas été priorisées, ont été en fonction des commentaires des membres du groupe de travail, soit écartées, soit fusionnées à d'autres actions en tant que sous actions, soit conservées mais non déclinées de façon opérationnelle pour la première phase de mise en œuvre du PTSM. Elles sont autant de pistes d'actions qui pourront être complétées et mobilisées durant le temps du PTSM.

Ces actions seront présentées dans ce document pour chaque axe concerné, sous le titre « actions complémentaires (non déclinées) »

- **Réunion conclusive** de chaque groupe de travail pour la **définition opérationnelle des actions** retenues

Les groupes de travail se sont réunis entre avril et mai, afin de définir les actions retenues de façon opérationnelle. Il s'agissait, pour chaque action, de définir :

- Un porteur et des contributeurs,
- Les étapes et modalités de l'action,
- Le calendrier
- Les moyens nécessaires
- Les objectifs opérationnels
- Les indicateurs de suivi et de résultats de l'action

Le porteur n'est pas celui qui met en œuvre l'action, mais celui qui l'« orchestre ». Il veille à ce que l'action soit mise en place et insuffle une dynamique en mobilisant les différents contributeurs. Il fait également le lien avec la gouvernance du PTSM.

b. Travail spécifique du groupe enfants et adolescents

Le groupe enfants et adolescents a lui fonctionné de façon autonome dans l'élaboration de ses actions. En effet, le travail avait été déjà commencé dans le cadre du Plan d'Action Pluriannuel à travailler sur les **parcours**, les **coordinations opérationnelles** et la **coordination**. Un deuxième groupe de travail spécifique au PTSM s'est ajouté, et centré sur les thématiques du **repérage** et de la **prévention**.



Des réunions de travail à distance entre Acsantis et la référente du groupe ont permis d'insérer ces actions dans le plan d'action final. Là encore, des arbitrages ont été réalisés : certaines actions ont été estimées trop peu opérationnelles et ont été écartées, d'autres ont été fusionnées avec des actions « adultes »' des autres groupes de travail et enfin, d'autres ont été conservés de façon spécifique dans le projet final.

Les fiches actions enfants et adolescents sont indiquées avec un code couleur rouge spécifique pour être mieux repérées

c. Modalités de gouvernance pour l'élaboration du PTSM

Les référents des groupes de travail ont été invités à se joindre au groupe projet. Celui-ci s'est réuni à deux reprises :

- Le jeudi 4 avril, pour travailler sur la coordination et les parcours, thème central du PTSM et donc traité de façon transversale
- Le lundi 20 mai, pour travailler sur les modalités de gouvernance du PTSM, et sur la feuille de route globale obtenu après les réunions conclusives de chaque groupe.

Le groupe projet a donc réalisé un deuxième travail de priorisation des actions. Il a par ailleurs été attentif à éviter les actions redondantes ou estimés « non réalistes ».

Le PTSM a finalement été présenté au COPIL le 11 juin 2019, et validé.

Il fera l'objet d'une contractualisation avec l'ARS, pour 5 ans à compter de la fin de l'année 2019.



II. GOUVERNANCE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PTSM

Modalités de gouvernance retenues par le groupe projet d'élaboration du PTSM

- Volonté de créer une CTSM (**Communauté Territoriale en Santé Mentale**) : évolution du Groupement de coopération sanitaire existant (GCS 44) incluant des représentants des différents champs de la santé mentale et non exclusivement sanitaire.
 - **Recours à une expertise juridique** pour déterminer le passage de GCS à CTSM et organiser les modalités de représentation des acteurs.
- Des modalités de gouvernance proches de celles mises en place pour l'élaboration du PTSM : **organisation tripartite COPIL – COTECH – groupes de travail**

COPIL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financeurs – Instance de validation des décisions ▪ Priorisation des actions tout au long du PTSM
COTECH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opérationnels, dont représentants des GT – Pilotant le PTSM
Groupes de travail	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centrés sur les thématiques et les fiches actions du PTSM ▪ 1 groupe spécifique sur la relation aux usagers ▪ Continuité des GT spécifiques enfants / ados

- Un **trinôme de référents** (sanitaire, MS, élus / usagers) par infra territoires hospitaliers pour la coordination. Une forte volonté d'élargir la composition des instances à l'ensemble des acteurs de la santé mentale, de façon pluriprofessionnelle.
- Optimisation du nombre de réunions
- Bien anticiper la **contractualisation avec l'ARS** : besoins de financements (dont un poste de coordination) et d'innovations organisationnelles (Système de partage de l'information notamment)
- Mise en place d'une **instance d'évaluation et de suivi** des actions dès le démarrage du contrat



III. SYNTHÈSE DES ACTIONS

Le document suivant, appelé le « 4 pages », a été distribué lors de la réunion de restitution du PTSM le 3 juillet à Nantes. Il reprend de façon synthétique la liste des objectifs et des actions par thèmes du PTSM. Le PTSM dans sa version finale contient **54 actions**.

Projet territorial de santé mentale de Loire-Atlantique

Le projet territorial de santé mentale de Loire-Atlantique répond à une exigence issue de la loi de Modernisation du système de santé. Il a été élaboré sur la base des constats et leviers d'action identifiés dans le diagnostic territorial partagé réalisé en 2018. Le projet territorial de santé mentale s'est construit sous le pilotage d'un comité d'acteurs de tous champs professionnels et avec des représentants d'usagers. Le travail a impliqué un large panel représentatif des acteurs de la santé mentale du 44, en plusieurs étapes : des questionnaires et une dizaine de groupes de travail. Il a consisté à définir et prioriser des actions concrètes afin de constituer une feuille de route pour les 5 prochaines années. Ce projet territorial de santé mentale sera déployé à partir de 2020 par la signature d'un contrat territorial de santé mentale avec l'Agence Régionale de Santé.

Ce document présente les principaux éléments de la feuille de route du projet territorial de santé mentale structurée autour de 9 axes qui se déclinent en objectifs et actions.

Axe 1 - Mieux lutter contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale

Objectif 1.1. Renforcer la lutte contre la stigmatisation et favoriser la promotion des droits des personnes avec une problématique en santé mentale

- **Action 1.1.1.** Réunir les acteurs des champs social, médico-social et sanitaire afin d'identifier et de mener des actions en matière de lutte contre la stigmatisation et de promotion des droits dans le champ de la santé mentale.

Objectif 1.2. S'appuyer sur les groupes de pairs aidants pour accompagner les personnes dès le repérage et tout au long du parcours

- **Action 1.2.1.** Identifier, « recruter », former et indemniser des patients pairs aidants, et penser les moments et les modalités adéquats de leurs interventions dans le parcours de soins et de vie des personnes concernées.
- **Action 1.2.2.** Accompagner le déploiement des GEM sur le territoire.

Axe 2 - Favoriser l'accès à la prévention, au dépistage et au repérage précoce des troubles psychiques

Objectif 2.1. Développer les actions de formation au repérage des troubles psychiques

- **Action 2.1.1.** Développer la formation en santé mentale auprès des internes de médecine générale.
- **Action 2.1.2.** Développer la formation continue en santé mentale des professionnels de premier recours (médecins, infirmier.e.s, pharmacien/ne.s)
- **Action 2.1.3.** Intégrer les problématiques de santé mentale dans les projets de santé des maisons, centres de santé et communautés professionnelles territoriales en santé (CPTS).

Objectif 2.2. Préciser la procédure d'orientation dès le repérage

- **Action 2.2.1.** Mettre en place des procédures d'orientation adaptées post repérage et les diffuser.

Objectif 2.3. Faciliter l'accès au repérage précoce en mobilisant les acteurs représentatifs du sujet au niveau départemental et infra territorial

- **Action 2.3.1.** Identifier les acteurs du soutien au repérage précoce chez les enfants et les faire connaître aux professionnels concernés.
- **Action 2.3.2.** Identifier les éléments de transition contribuant à mieux prendre en compte les risques de rupture dans les parcours des enfants, des adolescents et des jeunes adultes et mettre en place des instances pour favoriser les passages.
- **Action 2.3.3.** Identifier, en collaboration avec les partenaires, les outils de communication disponibles pour prévenir les conduites à risques et particulièrement les risques suicidaires auprès des adolescents, et si nécessaire en développer de nouveaux.

Axe 3 - Mieux coordonner les différents secteurs de la santé mentale, pour éviter les ruptures de parcours de vie et de soin des personnes vivant avec un handicap psychique

Objectif 3.1. Mieux identifier les acteurs et dispositifs intervenant dans le champ de la santé mentale

- **Action 3.1.1.** Réaliser une cartographie des acteurs et dispositifs en santé mentale et identifier les ESMS accompagnant des personnes avec handicap psychique (au-delà des agréments), en appui sur A2C44.
- **Action 3.1.2.** Référencer les acteurs intervenant auprès des différents publics aux besoins spécifiques (notamment les professionnels de santé spécialisés ou sensibles à certaines problématiques), prévoir l'actualisation de ces éléments et les diffuser auprès des acteurs.

Objectif 3.2. Développer les dispositifs de coordination entre les professionnels

- **Action 3.2.1.** Développer et formaliser la coordination de parcours au niveau local entre les acteurs des champs de la psychiatrie, du social et du médico-social, enfants et adultes, par le biais de conventions avec engagements réciproques.
- **Action 3.2.2.** Définir les modalités de collaboration entre les partenaires des champs de l'enfance et de l'adolescence autour d'une charte commune.
- **Action 3.2.3.** Mettre en place une instance intersectorielle de coordination des admissions en pédopsychiatrie (place des secteurs a priori ou a posteriori dans les priorisations des hospitalisations en pédopsychiatrie).
- **Action 3.2.4.** Etablir des conventions au sein des CMP avec les partenaires.

Objectif 3.3. Eviter les situations de ruptures pour les populations présentant des problématiques spécifiques

- **Action 3.3.1.** Développer les liaisons entre les services de psychiatrie et les services spécialisés en addictologie.
- **Action 3.3.2.** Mener une réflexion afin d'anticiper la prise en charge des personnes sortant de prison ayant une problématique en santé mentale en distinguant les personnes sortant de centres de détention et de maisons d'arrêt.
- **Action 3.3.3.** Etablir des protocoles communs avec les partenaires afin d'anticiper la gestion des cas les plus complexes chez les enfants et adolescents.

Objectif 3.4. Consolider les travaux engagés avec la protection de l'enfance (ASE et PJJ)

- **Action 3.4.1.** Créer la structure de répit avec le conseil départemental.
- **Action 3.4.2.** Formaliser la prise en charge des mineurs sous mesure de protection dont les détenus.

Objectif 3.5. Mettre en place une politique de formation partagée à destination des professionnels et partenaires

- **Action 3.5.1.** Développer les stages par comparaison, les journées de formation croisée, les partages de situation cliniques, entre partenaires de la psychiatrie, des ESMS et du premier recours.
- **Action 3.5.2.** Favoriser les actions de sensibilisation et de formation au sein des services de psychiatrie, à destination des professionnels du 1er recours et de ceux de la petite enfance autour de la thématique des TSA dans un objectif de mise en œuvre des recommandations de la HAS.



Objectif 3.6. Structurer l'articulation entre les acteurs/les financeurs

- **Action 3.6.1.** Développer la concertation entre les différents financeurs à l'échelle départementale, pour permettre d'assurer la prise en charge et l'accompagnement de publics avec des problématiques multiples.

Axe 4 - Favoriser l'accès aux soins psychiatriques tout au long du parcours des personnes vivant avec un trouble psychique, y compris les soins de réhabilitation psychosociale

Objectif 4.1. Améliorer, harmoniser, les organisations des CMP pour optimiser les délais de prise en charge sur tout le territoire, et mieux répondre aux demandes de soins non programmés

- **Action 4.1.1.** Développer les fonctions d'accueil et de pivot des CMP de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile dans une optique d'harmonisation
- **Action 4.1.2.** Développer la mobilité des équipes de CMP ou envisager la pertinence de mettre en place des équipes mobiles, pour être en capacité d'aller davantage vers la personne, à tout moment nécessaire du parcours.

Objectif 4.2. Développer les dispositifs de réhabilitation psychosociale sur le territoire

- **Action 4.2.1.** Soutenir le déploiement du CRESERC comme centre de référence en réhabilitation psychosociale, et favoriser le développement d'espaces de réhabilitation psychosociale de proximité sur le territoire

Objectif 4.3. Faciliter la mobilité et l'accès aux soins sur le territoire

- **Action 4.3.1.** Elaborer et/ou mettre à jour un annuaire de l'offre de transports alternative et conventionner avec les transporteurs.
- **Action 4.3.2.** Mieux communiquer sur la politique de l'assurance maladie pour les prises en charge en termes de transport.
- **Action 4.3.3.** Associer les élus aux réflexions visant les résolutions des problèmes de transport et impliquer les directions techniques des politiques de transport.

Axe 5 - Favoriser l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux des personnes vivant avec un handicap psychique

Objectif 5.1. Améliorer l'accès et le maintien dans le logement

- **Action 5.1.1.** Accompagner le développement de solutions diversifiées pour faciliter l'accès puis le maintien dans le logement, y compris par la réponse à l'appel à projet national « un chez soi d'abord ».
- **Action 5.1.2.** Conventionner avec les bailleurs ainsi que toute structure non spécialisée accueillant des personnes souffrant de troubles psychiques.

Objectif 5.2. Améliorer l'accès et le maintien dans l'emploi

- **Action 5.2.1.** Appuyer et déployer les dispositifs d'accompagnement vers l'emploi dans une logique de réponse adaptée.

Axe 6 - Favoriser l'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec un trouble psychique

Objectif 6.1. Améliorer le suivi somatique à domicile / en ville en communiquant mieux avec le médecin traitant

- **Action 6.1.1.** Formaliser des modalités de suivis partagés entre psychiatrie et médecine générale pour le suivi des patients chroniques stabilisés.

Objectif 6.2. Organiser un accueil spécifique pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques au sein des établissements MCO

- **Action 6.2.1.** Développer et faire connaître deux dispositifs existants : Handisoins 44 et équipes mobiles de psychiatrie de liaison (médecin ou IDE).



Objectif 6.3. Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes suivies / hospitalisées en psychiatrie

- **Action 6.3.1.** Innover dans les organisations des ressources humaines pour faciliter l'accès aux soins somatiques et à la psychiatrie de liaison (téléconsultations, Infirmiers de Pratiques Avancées ...) y compris pour les personnes suivies en établissement médico-social.

Objectif 6.4. Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes suivies en établissement médico-social

- **Action 6.4.1.** Organiser des actions de prévention et d'éducation thérapeutique dans les établissements médico-sociaux.

Axe 7 - Mieux prévenir et prendre en charge les situations d'urgence et de crises

Objectif 7.1. Mettre en place des outils et dispositifs pour assurer une réponse rapide aux partenaires

- **Action 7.1.1.** Mettre en place des outils d'évaluation et d'orientation des urgences

Objectif 7.2. Déployer des dispositifs pour prévenir et améliorer le repérage des troubles suicidaires

- **Action 7.2.1.** Sensibiliser et former les acteurs du 1er recours au repérage de la crise suicidaire, en s'appuyant sur Repères 44, l'unité Espace, le centre d'accueil et de crise suicidaire du CH G. Daumézon (CAPSI) et sur l'équipe de prévention du suicide du CH St Nazaire.

- **Action 7.2.2.** Décliner la mise en œuvre dans le 44 du dispositif régional Vigilans.

Objectif 7.3. Mieux prévenir et répondre aux situations de crises et d'urgences

- **Action 7.3.1.** Mettre en place et diffuser, en s'appuyant sur l'existant, un dispositif de gestion des situations de crise, assurant un accueil en journée (sur le modèle du CAPSI) et une réponse téléphonique 24h/24 (sur le modèle des Urgences Médico-Psychologiques).

- **Action 7.3.2.** Penser et structurer la place des pairs aidants dans la gestion de la crise.

- **Action 7.3.3.** Elaborer une procédure sur l'organisation de la réponse aux situations de crise entraînant un recours aux urgences.

Objectif 7.4. Améliorer le suivi post urgences

- **Action 7.4.1.** Mettre en place des consultations post-urgences rapides dans les CMP ou auprès des médecins traitants partenaires.

- **Action 7.4.2.** Mettre en place des consultations post-urgences rapides dans les CMP ou auprès des médecins traitants partenaires.

Axe 8 - Soutenir la mise en place par les professionnels de nouvelles pratiques et nouveaux outils pour les publics spécifiques

Objectif 8.1. Mieux accompagner les populations migrantes

- **Action 8.1.1.** Adapter la prise en charge en psychiatrie pour les populations migrantes (populations précarisées ne maîtrisant pas le français, Mineurs Non Accompagnés).

- **Action 8.1.2.** Renforcer les dispositifs existants : PASS psy, centre ressource de consultations transculturelles.

Objectif 8.2. Mieux accompagner les personnes souffrant de troubles psycho-traumatiques

- **Action 8.2.1.** Poursuivre les réflexions engagées dans le cadre de la réponse à l'appel à projet national pour l'identification du centre régional de prise en charge du psycho traumatisme.



Axe 9 - Mieux accompagner les enfants et les adolescents dans leur parcours de soins

Objectif 9.1. Renforcer et structurer une offre sanitaire départementale coordonnée en hospitalisation complète, pour enfants, adolescents et jeunes adultes

- **Action 9.1.1.** Pérenniser et structurer la nouvelle unité de crise pour adolescents de 5 lits au sein du service de pédiatrie du CHU de Nantes
- **Action 9.1.2.** Développer l'offre en hospitalisation complète sur le territoire autour de la création de la nouvelle unité d'hospitalisation à temps plein de St Nazaire, à vocation départementale, et structurer le maillage / les circuits d'adressage avec les autres structures de la psychiatrie et les acteurs du parcours de vie (social, MS, ASE, PJJ, EN...).

Objectif 9.2. Mieux articuler les offres sanitaires (intra et extra hospitalières) dans une logique de parcours de soin

- **Action 9.2.1.** Formaliser, sous forme d'un cahier des charges commun au 44, les modalités de relais de prise en charge entre les différentes structures des secteurs de pédopsychiatrie : CMP, CATTP ou HDJ.
- **Action 9.2.2.** Assurer un maillage cohérent en hospitalisation de jour à destination des adolescents sur l'ensemble du territoire : mutualiser l'offre, assurer une offre de proximité, structurer la place de l'HDJ au sein des parcours en psychiatrie.

Objectif 9.3. Harmoniser les délimitations d'âges et les règles de sectorisation sur les adresses de référence de l'enfant

- **Action 9.3.1.** Redéfinir, sur l'ensemble du territoire de Loire-Atlantique, l'offre de soins par tranche d'âges et problématiques spécifiques en cohérence avec les principaux partenaires, et améliorer la lisibilité des parcours par âges et spécificités.
- **Action 9.3.2.** Rédiger un protocole départemental des règles de sectorisation sur les adresses de référence de l'enfant.



IV. FICHES ACTIONS PAR AXES

1. MIEUX LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION DANS LE CHAMP DE LA SANTE MENTALE

3 actions déclinées

Objectif 1.1. Renforcer la lutte contre la stigmatisation et favoriser la promotion des droits des personnes avec une problématique en santé mentale

- Action 1.1.1. Réunir les acteurs des champs social, médico-social et sanitaire afin d'identifier et de mener des actions en matière de lutte contre la stigmatisation et de promotion des droits dans le champ de la santé mentale.

Objectif 1.2. S'appuyer sur les groupes de pairs aidants pour accompagner les personnes dès le repérage et tout au long du parcours.

- Action 1.2.1. Identifier, « recruter », former et indemniser des patients pairs aidants, et penser les moments et les modalités adéquats de leurs interventions dans le parcours de soins et de vie des personnes concernées.
- Action 1.2.2. Accompagner le déploiement des GEM sur le territoire.



Fiches actions

OBJECTIF
1.1. Renforcer la lutte contre la stigmatisation et favoriser la promotion des droits des personnes avec une problématique en santé mentale

GRUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
Action non traitée dans le cadre des groupes de travail

FICHE N° 1.1.1 – Réunir les acteurs des champs social, médico-social et sanitaire afin d'identifier et de mener des actions en matière de lutte contre la stigmatisation et de promotion des droits dans le champ de la santé mentale

<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ UNAFAM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associations (A2C44, etc.) ▪ GEM ▪ CH ▪ ESMS ▪ MDPH

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Des enjeux forts de sensibilisation du grand public sur la thématique de la santé mentale sont identifiés pour limiter la stigmatisation des personnes avec des troubles psychiques. La stigmatisation subie par les personnes souffrant de troubles psychiques apparait comme un réel frein pour ce qui touche l'inclusion en milieu ordinaire. Cette lutte contre la stigmatisation est également à réaliser auprès des professionnels (professionnels soignants, associations, bailleurs, acteurs de l'insertion professionnels, acteurs en charge de l'accompagnement des personnes, etc.).

La promotion des droits via l'accompagnement des usagers et des familles lors du diagnostic mais également au long court représente un enjeu fort identifié dans le diagnostic territorial. L'association des usagers / des patients au sein d'instances ou dans la définition de leur projet de vie est de plus en plus fréquente et intégré dans les pratiques des professionnels, toutefois, elle nécessite d'être généralisée.

◆ Objectifs opérationnels	◆ Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réunir les acteurs du champ sanitaire, médico-social et social afin de définir des actions concrètes et partagées autour de la lutte contre la stigmatisation et la promotion des droits 	<p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de réunion du groupe de travail <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition d'actions concrètes formalisées en fiche(s) action(s)

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Identifier et mobiliser des acteurs	2019
<p>2. Réunir un groupe de travail, chargé d'alimenter les réflexions sur les premières pistes d'action identifiées lors de l'élaboration du diagnostic territoriale en santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobiliser des acteurs différents dans la réalisation des opérations de sensibilisation (Education nationale, médias, etc.) ▪ Développer les temps de sensibilisation en direction de l'ensemble de la population et notamment des publics éloignés de la thématique. ▪ Promouvoir la coordination et la connaissance entre les différentes associations de familles qui peuvent intervenir dans le soutien aux familles, pour améliorer l'orientation des usagers vers les dispositifs d'accompagnement adaptés ▪ Faciliter l'accès des familles à la formation ▪ Développer les actions d'accompagnement pour les parents ayant des troubles, en lien avec l'ensemble des actions de soutien à la parentalité de droit commun ▪ Développer les actions spécifiques de soutien et d'accompagnement en direction des fratries ▪ Promouvoir et faciliter la participation des usagers aux instances représentatives ▪ Développer les actions d'association des usagers aux différentes instances de concertation et de définition de leur projet de vie 	2020
3. Formaliser les actions en fiche action	2020

◆ Points de vigilance

- La difficulté de mobilisation des acteurs (du champ sanitaire et médico-social) autour de cette thématique (*Un groupe de travail portant sur la promotion des droits devait se réunir dans le cadre de l'élaboration du PTSM. Il n'a pas eu lieu du fait d'un nombre insuffisant de participants) ce groupe pourrait se constituer à partir du porteur mais également avec le soutien du CRESERC*

OBJECTIF
1.2. S'appuyer sur les groupes de pairs aidants pour accompagner les personnes dès le repérage et tout au long du parcours

GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Accès aux soins : Repérage, orientation, formation

FICHE N° 1.2.1 – Identifier, « recruter », former et indemniser des patients pairs aidants, et penser les moments et les modalités adéquats de leurs interventions dans le parcours de soins et de vie des personnes concernées.

<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CRESERC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensemble des CH du territoire ▪ CREHPSY

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Les dispositifs de pair aidance sont des outils de soutien par les pairs permettent de renforcer les droits et le pouvoir d'agir des personnes concernées. L'intention d'associer les usagers au sein d'instances est de plus en plus forte dans le département, mais l'association à la délivrance du soin est plus marginale. Le CRESERC, au CHU de Nantes, réalise un réel travail d'implication des patients, dans les instances, la formation des médecins et dans les parcours de soin en réhabilitation psychosociale, mais il est le seul service de Loire-Atlantique à avoir pu recruter des pair aidants professionnels sous contrats. Ces contrats restent néanmoins précaires, dépendants d'aides ponctuelles de l'ARS.

Une des difficultés pour les patients est d'identifier une personne de confiance, une personne-ressource, au moment de l'entrée dans la maladie, moment qui nécessite un certain apprentissage, un processus d'acceptation et d'apprentissage, qui pourrait être facilité par un soutien de type compagnonnage. Les questionnaires diffusés sur le territoire montrent que parmi les difficultés rencontrées pour les personnes diagnostiquées, la première est l'acceptation de la maladie, mais aussi la compréhension de ce qu'est la maladie. A ce jour, l'UNAFAM est très bien identifiée pour accompagner les familles, mais il manque encore des pairs aidants.

◆ Objectifs opérationnels	◆ Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer l'entraide entre pairs sur le territoire ▪ Permettre aux personnes nouvellement diagnostiquées de bénéficier du soutien de pairs ▪ Permettre aux personnes concernées de développer leur capacité d'empowerment au regard de leur projet de soin, de vie ▪ A terme, favoriser la prise en compte de l'expertise et de l'expérience patient dans la conception et la mise en œuvre des processus de soins sur le territoire 	<p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'usagers formés à la pair aidance ▪ Nombre de pair aidants dans les structures et les instances de la psychiatrie <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de patients ayant bénéficié du soutien d'un pair aidant professionnel ▪ Nombre de pair aidants sous contrats pérennes dans les structures et instances de la psychiatrie à l'horizon 2024

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Recenser les besoins, identifier les leviers</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les lieux dans le département dans lesquels une pair aideance est déjà mise en place et les conditions (bénévolat Vs contrats de travail et rémunération) ▪ Distinguer pair aideance (bénévolat) et médiateur de santé pair (métier avec formation niveau Licence) : il conviendra de favoriser la professionnalisation des pair aidants. ▪ Identifier les lieux dans lesquels un pair aidant est nécessaire et pertinent pour accompagner les personnes, en les priorisant : quels lieux de soins (CMP), d'accompagnements, quels dispositifs spécifiques (Un chez soi d'abord) ? ▪ Identifier les modalités d'accompagnement dans lesquels l'intervention d'un pair aidant est la plus adaptée, pour les personnes concernées, pour les pair aidants eux-mêmes 	2020
<p>2. Former les usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des process de repérage des personnes intéressées ▪ Communiquer sur les formations existantes auprès des personnes concernées 	2021-2022
<p>3. Penser et favoriser l'intégration des pair-aidants dans les structures de la psychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préparer les équipes, déstigmatiser, sensibiliser ▪ Communiquer sur la place des pair aidants en psychiatrie 	2022-2024

◆ Moyens nécessaires identifiés

- Mise en place d'un groupe de travail pour l'étape préparatoire (étape 1).
- Ressources financières pour le financement des formations de pairs aidants (étape 2).
- Ressources pour le recrutement des pair aidants en psychiatrie : si dans les dispositifs récents (comme « Un chez soi d'abord ») un budget est souvent prévu pour le recrutement de pairs aidants, une difficulté demeure pour les structures plus traditionnelles du secteur.

◆ Points de vigilance

- Il sera nécessaire de bien identifier les moments du parcours des patients dans lesquels l'intervention d'un pair aidant est pertinente pour la personne concernée mais aussi en gardant en tête la protection de ces pairs aidants à tout moment. Le moment de la crise, par exemple, peut être vécu de façon violente pour l'accompagnant, sans outils professionnels pour la gérer.
- Il conviendra également de mener une action de sensibilisation des professionnels de la psychiatrie à la place des pair aidants dans les structures traditionnelles de la psychiatrie. Une certaine résistance a en effet été parfois rencontrée dans les équipes. Cf. Une thèse de médecine vient d'être rédigée sur le sujet sur le territoire.



OBJECTIF
1.2. S'appuyer sur les groupes de pairs aidants pour accompagner les personnes dès le repérage et tout au long du parcours

GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Accès aux soins : Repérage, orientation, formation

FICHE N° 1.2.2 – Accompagner le développement des GEM sur le territoire	
<u>Porteur :</u> <ul style="list-style-type: none"> Réseau des GEM du territoire 	<u>Contributeurs :</u> <ul style="list-style-type: none"> Les 7 GEM du territoire CREAI ARS

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Reconnus par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les groupes d'entraide mutuelle sont des structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société, organisés sous forme associative. Au même titre que les dispositifs de pair aideance, ils sont des outils de soutien par les pairs, qui permettent de renforcer les droits et le pouvoir d'agir des personnes concernées. Le territoire compte 7 Groupes d'entraide mutuelle (2 à Nantes, Ancenis, St Nazaire, Châteaubriant, Savenay -Pont Château, Les Sorinières) mais certains sont déjà saturés et ne peuvent plus accepter de nouveaux patients (c'est le cas par exemple de celui de Nantes).

◆ Objectifs opérationnels <ul style="list-style-type: none"> Doter le département d'un nombre de GEM suffisant pour accueillir toutes les demandes Couvrir le territoire en GEM de façon satisfaisante et harmonieuse Permettre aux personnes concernées un soutien par les pairs et un processus d'empowerment vis-à-vis de leurs parcours de santé et de vie 	◆ Indicateurs De suivi <ul style="list-style-type: none"> Constitution des GEM en réseau Mise en place de nouveaux GEM De résultats <ul style="list-style-type: none"> Nombre de GEM sur le territoire et taux de saturation estimé par rapport aux demandes Existence d'une couverture territoriale satisfaisante, y compris en zones rurales
---	--

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Mise en place d'un réseau de GEM départemental, structure pilier « hors les murs ».	Janvier 2020
2. Recensement par ce réseau des zones prioritaires au niveau de la dotation en GEM. Identification – en lien avec l'ARS et le CREAM – d'acteurs pilotes sur le territoire pour le déploiement de nouvelles initiatives.	2020
3. Accompagnement à la création de ces GEM – avec l'appui du CREAM et de l'ARS.	2021



4. Développer les liens entre les GEM et Clubhouse France.	2021
5. Diffuser les réalisations dans les CMP, et encourager la place des pair aidants dans ces structures via les GEM (lien avec l'action 2).	2022

◆ Liens avec d'autres travaux territoriaux

- Le CREAI Loire-Atlantique a réalisé récemment un travail sur les GEM, conclu par un rapport intitulé *Démarche d'évaluation des groupes d'entraide mutuelle*, publié en novembre 2015. Il conviendra de s'appuyer sur ces travaux, et de mobiliser le CREAI dans cette action de duplication du dispositif.

◆ Points de vigilance / Commentaires

- Il est important que cette action soit portée par les GEM eux-mêmes, et il est préconisé qu'ils se constituent pour cela en réseau. L'indépendance des GEM vis-à-vis des centres hospitaliers est la condition même de leur existence et de leur nature.
- Ce réseau pourrait également avoir des missions de coordination des actions des GEM à plus long terme, et ainsi faciliter la représentation des personnes concernées à l'échelon départemental.



2. FAVORISER L'ACCES A LA PREVENTION, AU DEPISTAGE ET AU REPERAGE PRECOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES

7 actions déclinées

Objectif 2.1. Développer les actions de formation au repérage des troubles psychiques

- Action 2.1.1. Développer la formation en santé mentale auprès des internes de médecine générale.
- Action 2.1.2. Développer la formation continue en santé mentale des professionnels de premier recours (médecins, infirmier.e.s, pharmacien/ne.s)
- Action 2.1.3. Intégrer les problématiques de santé mentale dans les projets de santé des maisons, centres de santé et communautés professionnelles territoriales en santé (CPTS).

Objectif 2.2. Préciser la procédure d'orientation dès le repérage

- Action 2.2.1. Mettre en place des procédures d'orientation adaptées post repérage et les diffuser.

Objectif 2.3. Faciliter l'accès au repérage précoce en mobilisant les acteurs représentatifs du sujet au niveau départemental et infra territorial

- Action 2.3.1. Identifier les acteurs du soutien au repérage précoce chez les enfants et les faire connaître aux professionnels concernés.
- Action 2.3.2. Identifier les éléments de transition contribuant à mieux prendre en compte les risques de rupture dans les parcours des enfants, des adolescents et des jeunes adultes et mettre en place des instances pour favoriser les passages.
- Action 2.3.3. Identifier, en collaboration avec les partenaires, les outils de communication disponibles pour prévenir les conduites à risques et particulièrement les risques suicidaires auprès des adolescents, et si nécessaire en développer de « nouveaux ».

Actions complémentaires (non déclinées en première phase)

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

Fiches actions

<p>OBJECTIF</p> <p>2.1. Développer les actions de formation au repérage des troubles psychiques</p>	<p>FICHE N° 2.1.1 – Développer la formation en santé mentale auprès des internes de médecine générale</p>	
<p>GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L’ACTION A ETE TRAITEE</p> <p>Accès aux soins : repérage, orientation, formation</p>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsables du DES psychiatrie et du DES médecine générale de l’Université de Nantes 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ GHT (pour le relais vers les pôles de psychiatrie) ▪ URPS ML (pour identifier les besoins en formation des médecins généralistes) ▪ IFSI et ARIFTS (pour les formations croisées)

◆ Enjeux de l’action au regard du diagnostic

Un déficit de formations spécifiques dans les formations initiales et dans la formation continue des acteurs en contact avec personnes souffrant de troubles psychiatriques est constaté sur le territoire. Par conséquent, le manque de connaissance des soignants du premier recours sur les troubles à repérer peut soit les faire passer à côté de certaines situations qui pourraient s’aggraver, soit au contraire entraîner une « sur psychiatrisation » des situations. Pour ce qui relève de la médecine générale plus spécifiquement, l’un des enjeux est de former à la psychiatrie les internes de médecine générale.

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la formation des médecins généralistes au repérage et à l’orientation des personnes déclarant des troubles psychiques ▪ Améliorer la coordination entre le suivi en ville et en psychiatrie publique 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d’heures de cours consacrées à la détection précoce des troubles psychiques proposées aux médecins généralistes ▪ Nombre de jours passés en CMP en psychiatrie pour les internes ▪ Pourcentage d’internes ayant réalisé un stage optionnel en psychiatrie ▪ Nombre de jours en structures ambulatoires, dans le cadre des stages des externes en psychiatrie <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfaction des partenaires au niveau de formation des MG au repérage des troubles psychiques
---	---



Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Prendre attache avec le responsable du Diplôme d'études spécialisées (DES) de psychiatrie de la Faculté de médecine de Nantes, afin qu'il fasse le lien avec le responsable du DES de médecine générale.</p>	2020
<p>2. Identifier, répertorier les besoins prioritaires en termes de formation (appui sur l'URPS ML).</p>	
<p>3. Travailler avec les PU-PH en psychiatrie la systématisation du passage en ambulatoire des externes en médecine pendant leur stage en psychiatrie.</p>	
<p>4. Travailler avec le département de médecine générale pour à terme une intégration dans la maquette :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'identification des contours des apports en santé mentale aujourd'hui dans la formation en médecine générale - La proposition de formations croisées pluriprofessionnelles avec d'autres étudiants : IDE via les IFSI, travailleurs sociaux via l'antenne nantaise de l'ARIFTS – Association Régionale du Réseau des Instituts de Formation en Travail Social - La proposition de journées en CMP dans le cadre des stages des internes en cabinets de médecine générale - Le renforcement dans le DES de médecine générale des modules théoriques en psychiatrie (psychopathologie, repérage des signes précoces, connaissance des dispositifs de soin et des parcours de vie en psychiatrie, gestion des crises, stigmatisation, etc.) - La favorisation de l'intervention de pairs aidants dans ces modules théoriques 	2021 - 2024
<p>5. Relayer les décisions au sein des pôles de psychiatrie, pour favoriser l'intégration des internes en médecine générale.</p>	

◆ Points de vigilance / Commentaires

- Actuellement, les externes en médecine réalisent tous un stage de 1 mois en psychiatrie, en intra-hospitalier. Les équipes essaient à cette occasion de les amener vers les structures de l'ambulatoire, qu'ils considèrent plus propice à les sensibiliser aux parcours des patients et à la déstigmatisation des troubles psychiques. Il convient donc d'essayer de systématiser ce passage en ambulatoire dans ces stages d'externat.
- Les internes en médecine générale peuvent réaliser un stage optionnel en psychiatrie. Dans les faits, ce choix est très rare, et doit être favorisé.
- Une autre option est de promouvoir les journées en CMP dans le cadre des stages des internes chez les médecins généralistes, par convention entre les CH, les départements de médecine, et les médecins généralistes.



OBJECTIF
2.1 Développer les actions de formation au repérage des troubles psychiques

GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Accès aux soins : repérage, orientation, formation

FICHE N° 2.1.2 – Développer la formation continue en santé mentale des professionnels de premier recours (médecins, infirmier.e.s, pharmacien/ne.s)	
<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ URPS ML ▪ URPS IDE ▪ URPS pharmaciens ▪ PH / IDE en psychiatrie

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Un déficit de formations spécifiques dans les formations initiales et dans la formation continue des acteurs en contact avec personnes souffrant de troubles psychiatriques est constaté sur le territoire. Par conséquent, le manque de connaissance des soignants du premier recours sur les troubles à repérer peut soit les faire passer à côté de certaines situations qui pourraient s'aggraver, soit au contraire entraîner une « sur psychiatrisation » des situations

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la formation des professionnels du premier recours au repérage, à l'orientation et au suivi des personnes souffrant de troubles psychiques ▪ Améliorer la coordination entre le suivi en ville et en psychiatrie publique 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de professionnels du premier recours formés en santé mentale annuellement ▪ Nombre de formations proposées <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implication des professionnels du premier recours dans le suivi des personnes souffrant de troubles psychiques
--	---

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier le contenu de formation attendu et nécessaire, parmi les thématiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Formation à l'écoute active (par des pairs) - Indicateurs pour les prescriptions de psychotropes (par des psychiatres) - Détection des signes d'alerte, en cas de déclenchement de la maladie ou de la crise (par des psychiatres) - Déstigmatisation (par des professionnels en psychiatrie) - Connaissance du réseau (par des IDE en psychiatrie) 	2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation des premières formations. 	2021

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation et duplication 	2022 - 2024
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser la participation des acteurs du premier recours aux formations croisées psychiatrie / partenaires. 	Dès 2020

◆ Moyens

- Il sera difficile de répondre à cette action dans le cadre du DPC, celui-ci ayant été réduit à 14h annuelles. Aussi il conviendra de chercher d'autres modes de financement pour la mobilisation de personnel formateur et la mise à disposition des professionnels en formation.

◆ Liens avec d'autres travaux territoriaux

- Pour les formations croisées, lien avec l'action relative à la formation partagée : action 13 – Développer les stages par comparaison, les journées de formation croisée, les partages de situation cliniques, entre partenaires de la psychiatrie, des ESMS et du premier recours.

◆ Points de vigilance / Commentaires

- Les professionnels du premier recours témoignent d'une volonté de favoriser les formations entre pairs, en première instance, notamment concernant l'écoute active. Le recours aux experts en psychiatrie sera donc réservé aux sujets plus spécifiques.
- Une volonté de formations concentrées, non chronophages pour l'activité, est également exprimée.



OBJECTIF
2.1. Développer les actions de formation au repérage des troubles psychiques

GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Accès aux soins : repérage, orientation, formation

FICHE N° 2.1.3 – Intégrer les problématiques de santé mentale dans les projets de santé des maisons, centres de santé et communautés professionnelles territoriales en santé (CPTS)

<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ URPS ML 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CH du territoire ▪ APMSL ▪ ARS

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Le département compte à ce jour 12 MSP. Des projets y ont été mis en place en termes de mise à disposition d'IDE de la psychiatrie publique pour des consultations avancées (CH St Nazaire, CHS Daumézon) et d'autres sont en discussion (CHU Nantes, CHS Blain).

Hormis ces projets, les relations entre les médecins généralistes libéraux et les hôpitaux sont relativement limitées et praticiens dépendants. Les praticiens hospitaliers sont peu en contact avec les médecins traitants, notamment pour formaliser le suivi en ville. Il y a semble-t-il, au regard des médecins de ville, d'une part une sur psychiatrisation des symptômes, ce qui interroge sur les adressages en amont, et, en aval, un renvoi quasi systématique vers la psychiatrie hospitalière pour les patients qu'ils suivent en commun. Il convient donc de travailler la mobilisation des médecins généralistes dans le repérage des troubles, mais aussi dans leur suivi.

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser l'accès à l'évaluation en psychiatrie, dès le repérage, et favoriser l'orientation vers les structures de soin adaptées ▪ Appuyer les médecins généralistes dans le repérage et l'orientation ▪ Favoriser le soutien des médecins généralistes par la psychiatrie publique pour le repérage et la prise en charge des troubles psychiques 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de conventions MSP / CH concernant la mise à disposition de personnels de la psychiatrie en MSP, l'organisation de temps de coordination ou de sensibilisation ▪ Nombre de postes d'assistants partagés CH / MSP <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de projets de santé mentale portés par des MSP
---	--

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffuser les guides de santé mentale (élaborés par A2C44 et développés dans le cadre du PTSM) dans les MSP et CDS. 	Dès que disponibles
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir l'installation de psychiatres libéraux, d'IDE formé.e.s en psychiatrie, d'IPA en MSP. 	Dès 2019



<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les initiatives de consultations avancées en psychiatrie mises en place dans les MSP / CDS. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des temps de consultations avancées par les IDE de CMP (puis IPA) voire les psychiatres de CMP en MSP : <ul style="list-style-type: none"> ○ En cas de crise (après appel par le médecin généraliste) ○ Pour un premier accueil 	Dès 2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir la création de postes d'assistants partagés de médecins généralistes et psychiatres entre les MSP et les centres hospitaliers. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des soirées de sensibilisation des professionnels en MSP, notamment pour organiser une réponse commune à des AAP sur des thématiques de santé mentale (appui des partenaires de la psychiatrie pour développer les projets de santé mentale en MSP). 	

◆ Moyens nécessaires identifiés

- Financement des postes partagés
- Financement pour les MSP des consultations avancées
- Pistes de financement dans le cadre des, projets de prévention / ACI



OBJECTIF
2.2. Préciser la procédure d'orientation dès le repérage

GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Accès aux soins : repérage, orientation, formation

FICHE N° 2.2.1 – Mettre en place des procédures d'orientation adaptées post repérage et les diffuser	
<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> GHT (dans le cadre du projet médical partagé) 	<ul style="list-style-type: none"> URPS ML et IDE CMP du territoire ESSMS Aidants A2C44

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Il est noté un besoin de soutien des acteurs médico-sociaux, sociaux et de premier recours sur le repérage précoce, les premiers diagnostics, puis l'organisation des parcours. Les différents acteurs sont en demande d'outils d'évaluation pour le repérage et d'un accès facilité à l'expertise.

En outre, après le repérage, une des difficultés majeure repose sur l'orientation à proposer aux patients. Les différentes personnes interrogées ou rencontrées font le constat partagé d'un manque de formation du personnel exerçant dans les établissements et services médico-sociaux, ce qui leur permettrait de « *mieux accompagner les personnes ayant des troubles psychiques.* » Les actions et les dispositifs existants vers lesquels orienter les patients ne sont à ce jour pas lisibles, voire semblent être méconnus des différents professionnels.

<p>◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Améliorer les circuits d'adressage vers les ressources les plus adaptées aux besoins individuels Faciliter les orientations post repérage 	<p>◆ Indicateurs</p> <p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Existence d'un protocole d'orientation Connaissance de ce protocole et utilisation par les acteurs du repérage <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> Fluidification des parcours post repérage : amélioration des délais d'accès à un programme de soins
--	---



Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier des parcours gradués types en, fonction des signes détectés lors du repérage, et d’identifier le niveau adapté de prise en charge, et les structures ressources adéquates. 	2019 - 2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer à partir de ces parcours types, un protocole type logigramme pour l’orientation en fonction des signes. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travailler, au besoin, la question du recours à des outils d’évaluation des besoins (disponibles ou à créer) de prise en charge pour identifier le parcours adapté. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tester le protocole sur un infra territoire. 	2 ^{ème} sem. 2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluer et ajuster le protocole. 	Fin 2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffuser le protocole en psychiatrie, en MCO, aux acteurs du premier recours, aux partenaires médico-sociaux et aux acteurs de l’inclusion, aux personnes concernées et à l’entourage. 	Janvier 2021

◆ Moyens nécessaires identifiés

- Mise en place d’un groupe de travail mixte (acteurs des secteurs social, médico-social, sanitaire, aidants / personnes concernées)



OBJECTIF 2.3. Faciliter l'accès au repérage précoce en mobilisant les acteurs représentatifs du sujet au niveau départemental et infra territorial	FICHE 2.3.1 - Identifier les acteurs du soutien au repérage précoce chez les enfants et les faire connaître aux professionnels concernés	
GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE PTSM enfants / adolescents - Repérage	Porteur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ MDA 	Contributeurs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Structures sociales ▪ Ecoles, collèges, lycées ▪ « Structures expertes » du repérage

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Un dépistage et une mise en œuvre des accompagnements trop tardifs liés à des difficultés d'articulation, voire de cloisonnement des multiples acteurs et un manque de lisibilité de leur champ d'intervention ont été constaté lors du diagnostic du PRS.

Il s'agit dans ce cadre d'améliorer la lisibilité de l'offre existante pour un meilleur repérage.

◆ Objectifs opérationnels	◆ Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appuyer les professionnels en charge du repérage des troubles psychiques chez les enfants et adolescents, grâce à des outils pratiques imaginés par les spécialistes du repérage (guides, indicateurs, grilles d'évaluation) 	De suivi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Liste des structures de soutien aux « repéreurs » ▪ Identification et diffusion des modalités de sollicitations de ces structures De résultats <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recours aux structures expertes du repérage par les acteurs en charge de le mettre en œuvre

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lister les structures qui peuvent soutenir les "repéreurs" (famille, école, structure d'animation...) en première intention pour permettre autant que possible le maintien dans la structure d'origine et si besoin une orientation vers le bon interlocuteur d'aide, d'accompagnement et de soin... 	2020 1 ^{er} semestre
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en lien ces structures avec les professionnels de « première ligne » du repérage, en définissant les modalités de sollicitation appropriées. 	



OBJECTIF 2.3. Faciliter l'accès au repérage précoce en mobilisant les acteurs représentatifs du sujet au niveau départemental et infra territorial	FICHE 2.3.2 - Identifier les éléments de transition contribuant à mieux prendre en compte les risques de rupture dans les parcours des enfants, des adolescents et des jeunes adultes et mettre en place des instances pour favoriser les passages	
GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE PTSM enfants / adolescents - Repérage	Porteur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ MDA 	Contributeurs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensemble des acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux du champ de l'enfance et de l'adolescence ▪ Education nationale

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Un dépistage et une mise en œuvre des accompagnements trop tardifs liés à des difficultés d'articulation, voire de cloisonnement des multiples acteurs et un manque de lisibilité de leur champ d'intervention ont été constatés lors du diagnostic du PRS.

Les interactions entre professionnels existent mais ne sont pas toujours coordonnées. Il s'agit de favoriser la fluidité des parcours en améliorant les articulations entre les différents acteurs de la prise en charge.

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mieux anticiper les moments de passage de l'enfance à l'âge adulte, pour éviter les ruptures de parcours 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Document de synthèse identifiant les principales zones et les principaux facteurs de rupture ▪ Organisation et instances définies <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instances saisies par les professionnels de l'enfance / adolescence
--	--

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Organiser un temps de réflexion concernant les nécessaires "tuilages" et organisation pour prendre en compte les risques engendrés par les frontières d'âge, de territoire, de mission, de compétences propres à chaque institution (école, collège, lycée, PMI, médecine scolaire, service de soin, etc.).	2020 2 ^{ème} semestre
2. Définir les instances existantes prenant en compte les passages, les transitions au sein ou entre institutions (RESAD, cellule de veille, équipe éducative, réseau ado...).	Juin 2021 1 ^{er} semestre



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

GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 PTSM enfants / adolescents - Repérage

FICHE 2.3.3 - Identifier, en collaboration avec les partenaires, les outils de communication disponibles pour prévenir les conduites à risques et particulièrement les risques suicidaires auprès des adolescents, et si nécessaire en développer de nouveaux	
<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> MDA 	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble des acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux du champ de l'adolescence Education nationale Secteurs de pédopsychiatrie du territoire Associations de parents

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

La multiplicité des acteurs et des outils complexifie les parcours, génère des pertes de temps et d'informations. Elaborer un tronc commun de supports et d'outils doit permettre une fluidification de la circulation des informations et améliorer l'identification des interlocuteurs pertinents à la prise en charge.

◆ Objectifs opérationnels	◆ Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> Mieux outiller les acteurs du repérage, professionnels comme familles, en matière de prévention des conduites à risque et du suicide chez l'adolescent 	<p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Liste d'outils pour la prévention des conduites à risque et du suicide <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> Connaissance et utilisation de ces outils par les professionnels du repérage

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> Lister les outils existants pour sensibiliser les acteurs du repérage aux conduites à risques et aux conduites suicidaires (par exemple Vade-mecum de l'Education nationale...). 	2021 1 ^{er} semestre
<ul style="list-style-type: none"> Faire connaître ces outils et les "faire vivre" pour que les acteurs du repérage s'en saisissent. 	2021 1 ^{er} semestre
<ul style="list-style-type: none"> Recenser les structures qui peuvent si besoin accompagner de façon pédagogique l'appropriation de ces "outils" par les professionnels et les parents. 	2021 1 ^{er} semestre
<ul style="list-style-type: none"> Identifier les manques dans ces outils, et travailler à des nouveaux modèles, leur diffusion et leur appropriation par les professionnels et les familles. 	2021 - 2022



3. MIEUX COORDONNER LES DIFFERENTS SECTEURS DE LA SANTE MENTALE POUR EVITER LES RUPTURES DE PARCOURS DE VIE ET DE SOIN DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP PSYCHIQUE

14 actions déclinées

Objectif 3.1. Mieux identifier les acteurs et dispositifs intervenant dans le champ de la santé mentale

- Action 3.1.1. Réaliser une cartographie des acteurs et dispositifs en santé mentale et identifier les ESMS accompagnant des personnes avec handicap psychique (au-delà des agréments), en appui sur A2C44.
- Action 3.1.2. Référencer les acteurs intervenant auprès des différents publics aux besoins spécifiques (notamment les professionnels de santé spécialisés ou sensibles à certaines problématiques), prévoir l'actualisation de ces éléments et les diffuser auprès des acteurs.

Objectif 3.2. Développer les dispositifs de coordination entre les professionnels

- Action 3.2.1. Développer et formaliser la coordination de parcours au niveau local entre les acteurs des champs de la psychiatrie, du social et du médico-social, enfants et adultes, par le biais de conventions avec engagements réciproques.
- Action 3.2.2. Définir les modalités de collaboration entre les partenaires des champs de l'enfance et de l'adolescence autour d'une charte commune.
- Action 3.2.3. Mettre en place une instance intersectorielle de coordination des admissions en pédopsychiatrie (place des secteurs a priori ou a posteriori dans les priorisations des hospitalisations en pédopsychiatrie).
- Action 3.2.4. Etablir des conventions au sein des CMP avec les partenaires

Objectif 3.3. Eviter les situations de ruptures pour les populations présentant des problématiques spécifiques

- Action 3.3.1. Développer les liaisons entre les services de psychiatrie et les services spécialisés en addictologie.
- Action 3.3.2. Mener une réflexion afin d'anticiper la prise en charge des personnes sortant de prison ayant une problématique en santé mentale en distinguant les personnes sortant de centres de détention et de maisons d'arrêt.
- Action 3.3.3. Etablir des protocoles communs avec les partenaires afin d'anticiper la gestion des cas les plus complexes chez les enfants et adolescents.

Objectif 3.4. Consolider les travaux engagés avec la protection de l'enfance (ASE et PJJ)

- Action 3.4.1. Créer la structure de répit avec le conseil départemental.
- Action 3.4.2. Formaliser la prise en charge des mineurs sous mesure de protection dont les détenus.



Objectif 3.5. Mettre en place une politique de formation partagée à destination des professionnels et partenaires

- Action 3.5.1. Développer les stages par comparaison, les journées de formation croisée, les partages de situation cliniques, entre partenaires de la psychiatrie, des ESMS et du premier recours.
- Action 3.5.2. Favoriser les actions de sensibilisation et de formation au sein des services de psychiatrie, à destination des professionnels du 1er recours et de ceux de la petite enfance autour de la thématique des TSA dans un objectif de mise en œuvre des recommandations de la HAS.

Objectif 3.6. Structurer l'articulation entre les acteurs/les financeurs

- Action 3.6.1. Développer la concertation entre les différents financeurs à l'échelle départementale, pour permettre d'assurer la prise en charge et l'accompagnement de publics avec des problématiques multiples.

Actions complémentaires (non déclinées)

- Harmoniser les évaluations en milieu ordinaire en vue du rétablissement de la personne et d'une meilleure fluidité dans son parcours
- Définir les outils à mutualiser entre les différents acteurs et le champ d'intervention des professionnels participant à l'évaluation
- Faciliter l'accès aux différents dispositifs des personnes via un travail sur les orientations MDPH
- Faciliter l'accès pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques aux SAMSAH et aux SAVS généralistes ou renforcer le nombre de places en SAVS et SAMSAH troubles psychiques



<p>OBJECTIF</p> <p>3.1. Mieux identifier les acteurs et dispositifs intervenant dans le champ de la santé mentale</p>	<p>FICHE N° 3.1.1 – Réaliser une cartographie des acteurs et dispositifs en santé mentale et identifier les ESMS accompagnant des personnes avec handicap psychique (au-delà des agréments), en appui sur A2C44</p>	
<p>GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L’ACTION A ETE TRAITEE</p> <p>Coordination / Parcours</p>	<p><u>Porteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A2C44 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CREHPSY ▪ Ensemble des CH du territoire ▪ ESMS du territoire ▪ MDPH

◆ Enjeux de l’action au regard du diagnostic

A2C44 est un lieu où les acteurs de la santé mentale se rencontrent, échangent et apprennent à se connaître.

Pour autant, tous les acteurs ne connaissent pas A2C44 et n’en sont pas membres. Une des actions pourraient être de communiquer sur A2C44 et de valoriser, puis déployer son rôle d’animation territoriale et de réseau santé mentale.

Par ailleurs, l’un des enjeux est également d’avoir une meilleure visibilité sur l’offre sur le territoire, pour ensuite mieux orienter les patients. Outre le travail conduit dans le cadre du diagnostic, l’une des actions pourra être d’actualiser régulièrement la cartographie de l’offre en santé mentale (et d’identifier un porteur pour ce faire). Enfin, il est indispensable de disposer d’un répertoire opérationnel des ressources en santé mentale, qui intègre non seulement le sanitaire mais également le social et le médico-social.

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournir un outil pratique permettant aux différents acteurs de mieux repérer les différents partenaires, pour fluidifier les orientations et les parcours 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d’un annuaire opérationnel ▪ Connaissance et utilisation par les acteurs <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration des orientations, de la connaissance de l’offre
---	--



Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer un outil opérationnel comprenant des fiches exhaustives et chiffrées pour chaque établissement et service, avec : <ul style="list-style-type: none"> - Typologie des populations accueillies - Typologie du personnel soignant et encadrant - Contrats et coordination avec d'autres ESMS ou EPMS / liens entre les acteurs - Actions en cours en matière de réadaptation - Précisions / modalités d'accueil (délais) et de suivi (principaux supports de soins et/ou d'accompagnement) - Offre par secteurs en logement adaptés, en structures d'insertion professionnelle 	Dès 2019
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deux phases sont à prévoir : <ul style="list-style-type: none"> - Recensement - Mise à jour annuelle. Organiser des modalités de mise à jour simples (référents par établissements, par territoires ?). 	A partir de 2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier, en lien avec la MDPH, les ESMS accompagnant des personnes avec une déficience psychique (au-delà des agréments). Il sera nécessaire d'identifier des critères pour cela : le recensement reposera sur le déclaratif du chef d'établissement, mais en fonction du diagnostic des usagers ? De l'existence d'un suivi partagé par la psychiatrie pour les usagers ? 	A partir de 2020

◆ Liens avec d'autres travaux territoriaux

- Un rapprochement sera à faire avec le GCS e-santé Pays de La Loire, afin d'avoir de la visibilité sur le calendrier de déploiement de leurs propres actions de mise à disposition d'outils numériques de recensement de l'offre.
- Un autre rapprochement sera à faire avec la SRAE (Structure Régionale d'Appui et d'Expertise) addictologie, dispositif mis en œuvre et financé par l'ARS des Pays de la Loire, qui a réalisé une cartographie des intervenants en addictologie.

◆ Points de vigilance / Commentaires

- Le CREHPSY pressenti comme porteur de l'action, n'a pas été retenu, faute d'une connaissance suffisamment fine des structures du territoire, étant donné son envergure régionale. Néanmoins, il pourra contribuer à l'action, notamment sur les questions de méthode de recensement des établissements recevant des personnes en situation de handicap psychique.



OBJECTIF
3.1. Mieux identifier les acteurs et dispositifs intervenant dans le champ de la santé mentale

GRUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Publics spécifiques

FICHE N° 3.1.2 – Référencer les acteurs intervenant auprès des différents publics aux besoins spécifiques (notamment les professionnels de santé spécialisés ou sensibles à certaines problématiques), prévoir l'actualisation de ces éléments et les diffuser auprès des acteurs	
<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ■ A définir 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ARS ■ CD ■ DRDJSCS ■ Acteurs du soin ■ Associations ■ ESMS

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic
 Les professionnels des différents champs (sanitaire, médico-social et social) sont confrontés à des difficultés pour identifier les professionnels de santé spécialisés sur des problématiques spécifiques (exemple : psychotraumatisme, prise en charge de sortants de prison, etc.)

<p>◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Améliorer la lisibilité de l'offre ■ Orienter les usagers / les patients vers les professionnels adaptés à leurs besoins 	<p>◆ Indicateurs</p> <p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Existence du cahier des charges <p>De résultat</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Existence d'une application / d'un dispositif dématérialisé
---	--

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ■ Installer une application téléphonique ou un dispositif dématérialisé de type plateforme <ul style="list-style-type: none"> – Etablir un cahier des charges – S'appuyer sur le ROR pour alimenter l'outil 	2020-2022

◆ Point de vigilance / commentaires

- Les enjeux autour de la mise à jour des données afin d'assurer une fiabilité présente sur l'outil



OBJECTIF
3.2. Développer les dispositifs de coordination entre les professionnels

GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Coordination / parcours
 Axe 3 du PAP - Coordination
 PTSM enfants / ados - Repérage

FICHE N° 3.2.1 – Développer et formaliser la coordination de parcours au niveau local entre les acteurs des champs de la psychiatrie, du social et du médico-social, enfants et adultes, par le biais de conventions avec engagements réciproques

<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> Gouvernance du PTSM 	<ul style="list-style-type: none"> ESSMS du département CH du département Acteurs des axes 2 et 3 du PAP enfants/adolescents

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

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

Aujourd'hui, plusieurs dispositifs de coordination existent au niveau local sur des thématiques ciblées, mais il semble manquer un échelon, à savoir une personne/fonction référente (de type case manager) pour le suivi dans sa globalité du parcours de la personne souffrant de troubles psychiques

Si des liens peuvent exister de manière informelle ou à l'échelle local, peu ont fait l'objet de conventions. La méconnaissance réciproque des acteurs, de leurs rôles, de leurs missions et des limites afférentes sont des limites dans la coordination, qui peuvent entraîner des ruptures dans le parcours.

◆ Objectifs opérationnels	◆ Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> Fluidifier et coordonner les parcours des personnes concernées par différents secteurs d'accompagnement, que ce soit pour le public des enfants/adolescents ou le public des adultes 	<p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de conventions institutionnelles (bipartites ou infra territoriales) mises en place, avec des enjeux de coordination des parcours Traces de mise en place d'une cellule de coordination départementale pour le public enfants / adolescents

Etapas de mise en œuvre		Calendrier
Actions spécifiques adultes		
<ul style="list-style-type: none"> Identifier des acteurs engagés au sein des infra territoires, qui ont les compétences et permettent de décliner les parcours 	2019	
<ul style="list-style-type: none"> Repérer des tailles critiques d'établissements qui permettent de se coordonner au niveau local 	2019	



<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place des conventions entre ces établissements, bipartites ou infra territoriales, actant : <ul style="list-style-type: none"> - Les enjeux pour les personnes concernées - Les obligations et engagements réciproques des institutions - Les modalités de coordination autour des personnes concernées - Les modalités d'évaluation de ces conventions 	<p>Dès 2020</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier la pertinence de mettre en place des case managers / référents uniques pour les personnes concernées dans le cadre de ces conventions. 	
<p>Actions spécifiques enfants</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place une cellule de coordination opérationnelle d'envergure départementale pour une vision coordonnée des parcours de soins enfants / ados sur le territoire. Etapes : <ul style="list-style-type: none"> - Définir les objectifs de cette instance - Définir ses missions et activités - Structurer l'articulation de cette instance avec les établissements sanitaires et les ESMS - Penser sa gouvernance : composition, représentativité, modalités de participation - Identifier les coordinations existantes par établissements de santé - Etablir un annuaire des coordinations opérationnelles par établissements - Nommer les membres de l'instance - Définir les modalités d'interpellation de l'instance - Définir les outils de traçabilité des parcours 	<p>A définir</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rédiger une convention définissant les missions et les complémentarités des services. Assurer le suivi et la mise en œuvre de parcours de soins fluides au fil de l'eau (en continu) <ul style="list-style-type: none"> - Lister les services participants à cette convention - Définition des missions et des complémentarités - Définir les modalités de suivi et de fluidité des parcours - Ecrire la convention - La diffuser dans les établissements 	<p>A définir</p>



OBJECTIF
3.2. Développer les dispositifs de coordination entre les professionnels

GRUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Axe 3 du PAP – Coordination

FICHE N° 3.2.2 – Définir les modalités de collaboration entre les partenaires des champs de l'enfance et de l'adolescence autour d'une charte commune	
<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe Axe 3 du PAP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. Catois ▪ Mme. Grinda ▪ Représentants des différents secteurs de l'enfance et de l'adolescence (psychiatrie, EN, médico-social, social, protection de l'enfance, etc.)

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Il est nécessaire de co-construire des représentations partagées (entre professionnels et avec les usagers et leur entourage) de la notion de parcours de vie, afin de fluidifier ces parcours et de favoriser une meilleure appropriation par les acteurs des attentes/besoins des personnes accompagnées.

◆ Objectifs opérationnels	◆ Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir des modalités communes d'intervention dans la prise en charge en santé mentale des enfants et des adolescents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence et diffusion d'une charte partagée entre les différents secteurs / acteurs

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constituer un groupe de travail pluri professionnel (psychiatrie, social, médico-social, Education nationale, premier recours, représentant des usagers ou familles etc. ▪ Faire le lien avec PAP Axe 2 : transition ados-adulte, « tuilage 16-19 » 	2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recenser les conventions existantes et étudier leur contenu. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur la base de ces conventions, définir une charte partagée entre les acteurs, et la diffuser. 	2021

◆ Moyens nécessaires identifiés

– Groupe de travail



<p>OBJECTIF</p> <p>3.2. Développer les dispositifs de coordination entre les professionnels</p>	<p>FICHE N° 3.2.3 – Mettre en place une instance intersectorielle de coordination des admissions en pédopsychiatrie (place des secteurs a priori ou a posteriori dans les priorisations des hospitalisations en pédopsychiatrie)</p>	
<p>GROUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L’ACTION A ETE TRAITEE</p> <p>Axe 2 du PAP – Collaborations opérationnelles</p>	<p><u>Porteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de l’axe 1 du PAP 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensemble des secteurs de pédopsychiatrie du territoire (GCS)

◆ Enjeux de l’action au regard du diagnostic

Au regard du déficit de lits d’hospitalisation sur le département, l’offre capacitaire départementale s’est vue augmenter de 11 lits d’hospitalisation en pédopsychiatrie sur St Nazaire. De fait, il existera 2 lieux distincts d’hospitalisation courant 2020 (sur le SHIP situé au centre hospitalier Georges Daumézou et une autre unité sur St Nazaire). Les deux lieux ayant une vocation départementale, il convient de mettre en place une instance permettant de réguler les admissions.

◆ Objectifs opérationnels	◆ Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser des circuits décisionnels facilitant les parcours de soins des enfants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Priorités définies ▪ Connues des professionnels ▪ Réduction des délais d’attente

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Définir les priorisations des hospitalisations en pédopsychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitalisation de jour ▪ Hospitalisation complète 	1 ^{er} trimestre 2020
<p>2. Définir la place des secteurs en amont et en aval des hospitalisations (place des CMP, CMPP, libéraux et HDJ)</p>	Eté 2020
<p>3. Définir les modalités de gouvernance de cette instance / animation</p>	1 ^{er} trimestre 2020



OBJECTIF
3.2. Développer les dispositifs de coordination entre les professionnels

GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Optimisation des CMP

FICHE N° 3.2.4 – Etablir des conventions au sein des CMP avec les partenaires	
<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> Gouvernance du PTSM 	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble des CMP du territoire Partenaires en proximité des CH (à définir et prioriser)

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

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

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

<p>◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Améliorer la coordination entre les CMP et les partenaires de proximité par le biais de relations définissant des engagements réciproques. 	<p>◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> Présence de référents / structures dans chaque CMP Identification de ces référents pour les CMP dans les structures partenaires Création de la base partenaire et son support Réalisation effective de la journée des partenaire
--	---



Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Créer en lien avec le répertoire handicap psy via AC244 ROR une base des partenaires qui pourrait être mise à disposition de tout le département sur un site Internet dédié</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les partenaires avec lesquels chaque CMP est amené à travailler, leurs missions, leurs modalités d'intervention ▪ Organiser une mise à jour régulière ▪ Communication rapide nécessaire : Messagerie sécurisée ? Site Internet ? ▪ Travail d'équipe pour répertorier les partenaires, puis rencontres pour déterminer les rôles de chacun et favoriser les liens 	2019 - 2020
<p>2. Formaliser au sein de chaque CMP un référent par partenaire institutionnel</p>	Début 2020
<p>3. Etablir et passer des conventions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir clairement les attentes réciproques ▪ Préciser les moyens à mobiliser 	2020 - 2021
<p>4. Faire vivre les conventions par des rencontres</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposer des stages d'immersion croisée, stages de comparaison (lien avec la fiche 3.5.1) ▪ Organiser une journée annuelle d'échanges de pratiques entre partenaires et CMP 	Dès 2020

◆ Point de vigilance / commentaires

Pour la mise en place l'action

- Temps dédié (médical et cadre) pour faire les listes de référents (annuaire)
- Groupe de travail dédié
- Groupe de travail dédié à la mise en place de la journée des partenaires
- Soutien de l'institution

Pour la réalisation de l'action

- Temps dédié
- Appui ROR
- Appui cartographie PTSM en cours ?
- Temps de coordination



OBJECTIF
3.3. Eviter les situations de ruptures pour les populations présentant des problématiques spécifiques

GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Publics spécifiques

FICHE N° 3.3.1 – Développer les liaisons entre les services de psychiatrie et les services spécialisés en addictologie	
<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe GHT addictologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ Union régionale des associations en addictologie ▪ SRAE addictologie ▪ CH ▪ Les Apsyades ▪ Médecine de ville

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Les personnes souffrant de troubles psychiques et sous l'emprise d'une addiction (alcool, substances illicites etc..) peuvent être confrontées à des difficultés pour disposer d'une prise en charge adaptée à l'ensemble de leurs problématiques. De plus, les liens entre les services de psychiatrie et les services spécialisés en addictologie ne sont pas toujours réalisés lors de l'accompagnement d'une personne présentant ces deux problématiques.

Il n'existe pas actuellement de dispositif permettant une prise en charge adaptée des personnes atteintes de la maladie de Korsakov.

◆ Objectifs opérationnels	◆ Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer l'accompagnement et la prise en charge de personnes ayant à la fois une problématique en santé mentale et d'addiction ▪ Renforcer les liens entre les acteurs des différents champs pour permettre une approche globale des situations des personnes ▪ Proposer une prise en charge adaptée aux personnes atteintes de la maladie de Korsakov 	<p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evolution du nombre de formations communes et nombre de participants <p>De résultat</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'hôpitaux de jour d'addictologie ▪ Existence d'une structure pour les personnes atteintes de la maladie de Korsakov



Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Créer des hôpitaux de jour d'addictologie en lien avec des centres de référence qui apporteraient appui et expertises, autant dans l'évaluation que le traitement	A déterminer
2. Soutenir l'existence des équipes d'addictologie de proximité (liaison et mobile) et faire le lien avec les acteurs du 1 ^{er} recours (MPS et CDS)	2019-2022
3. Développer les formations communes entre les acteurs (sanitaire, psychiatrie, médico-social, social, etc.) à la prise en charge de l'addictologie	2019-2022
4. Créer une structure pour accueillir les personnes atteintes de la maladie de Korsakov	A déterminer

◆ Moyens nécessaires identifiés

- Budgets pour la création d'hôpitaux de jour d'addictologie et la création d'une structure dédiée à la prise en charge de personnes atteintes de la maladie de Korsakov.

◆ Liens avec d'autres travaux territoriaux

- Travaux menés par le GHT (groupe addictologie)



OBJECTIF
3.3. Eviter les situations de ruptures pour les populations présentant des problématiques spécifiques

GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Publics spécifiques

FICHE N° 3.3.2 – Mener une réflexion afin d'anticiper la prise en charge des personnes sortant de prison ayant une problématique en santé mentale en distinguant les personnes sortant de centres de détention et de maisons d'arrêt	
<u>Porteurs :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administration pénitentiaire / ▪ CHU Nantes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ DRDJSCS ▪ SPIP ▪ Associations ▪ SMPR ▪ Médecins coordonnateurs de suivi ▪ CMP

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

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

◆ Objectifs opérationnels	◆ Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer une continuité de soins pour les sortants de prison ▪ Renforcer les liens entre les acteurs du soin en milieu pénitentiaire et les acteurs du soin intervenant à la sortie afin de créer une culture commune ▪ Favoriser l'inclusion des sortants de prison ayant une problématique en santé mentale via l'accès à l'emploi et à un logement 	<p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de réunion associant les acteurs des différents champs pour établir le diagnostic <p>De résultat</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'un diagnostic ▪ Evolution du nombre de projets autour de l'accès au logement / à l'emploi, dédiés à ce public / Evolution du nombre de personnes accompagnées ▪ Existence de temps dédiés de psychologue, de psychiatre ou d'infirmier



Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablir un diagnostic affiné des manques et construire des projets communs et une culture commune favorisant l'insertion après la sortie, tout en prenant en compte les fragilités psychiques. 	2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagner ce public dans l'accès au logement et dans l'accès au travail (exemple : montage sur des places IML avec un taux d'accompagnement d'1 ETP pour 10). 	2020-2024
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place des temps dédiés de psychologue, de psychiatre ou d'infirmier dans les dispositifs accueillant les sortants de prison. 	2020-2024
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévoir des échanges entre les futurs accompagnants et le médecin coordonnateur avant la sortie. 	2020-2024

◆ Moyens nécessaires identifiés

Pour la mise en place de l'action

- Temps / moyens pour la réalisation d'un diagnostic
- Groupe(s) de travail pour la construction de projets communs

Pour la réalisation de l'action

- Temps de psychologues, de psychiatres ou d'infirmiers
- Temps de coordination



<p>OBJECTIF</p> <p>3.3. Eviter les situations de ruptures pour les populations présentant des problématiques spécifiques</p>	<p>FICHE N° 3.3.3 – Etablir des protocoles communs avec les partenaires afin d'anticiper la gestion des cas les plus complexes chez les enfants et adolescents</p>		
<p>GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE</p> <p>Axe 3 du PAP – Coordination</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe Axe 3 du PAP </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ GCS ▪ Conseil départemental ▪ MDPH ▪ Ensemble des ESMS du 44 ▪ Ensemble des secteurs de pédopsychiatrie du 44 ▪ Apsyades CMPP </td> </tr> </table>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe Axe 3 du PAP 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ GCS ▪ Conseil départemental ▪ MDPH ▪ Ensemble des ESMS du 44 ▪ Ensemble des secteurs de pédopsychiatrie du 44 ▪ Apsyades CMPP
<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe Axe 3 du PAP 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ GCS ▪ Conseil départemental ▪ MDPH ▪ Ensemble des ESMS du 44 ▪ Ensemble des secteurs de pédopsychiatrie du 44 ▪ Apsyades CMPP 		

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eviter les situations de rupture chez les enfants et adolescents présentant des situations complexes au regard des projets des institutions 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence de différents protocoles communs et diffusés, adaptés et gradués selon les différentes situations de « cas complexes » ▪ Existence d'une cellule de crise mobilisable en cas de difficulté non résolue par les protocoles
---	--

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Assurer la coordination des prises en charge plurielles et complexes	2019
2. Réfléchir à l'articulation entre RAPT, EMR et autres structures (sanitaires, PJJ...)	
3. Provoquer une rencontre avec GCSMS du Maine et Loire	
4. Mettre en place une cellule de crise	2020

<p>◆ Moyens nécessaires identifiés</p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Pour la mise en place de l'action</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Groupe de travail pluri disciplinaire (en cours) – <u>Pour la réalisation de l'action</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Moyens financiers et humains pour la mise en place et la gestion de la cellule de crise



OBJECTIF
3.4. Consolider les travaux engagés avec la protection de l'enfance (ASE et PJJ)

GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Axe 3 du PAP – Coordination

FICHE N° 3.4.1 – Créer la structure de répit avec le Conseil départemental	
<u>Porteurs :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DT44 ARS ▪ Conseil départemental 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associations gestionnaires des structures de la protection de l'enfance ▪ Ensemble des acteurs du médico-social ▪ Ensemble des secteurs de pédopsychiatrie de Loire-Atlantique

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic
 Prévenir et anticiper les ruptures d'accompagnement par les structures de la protection l'enfance, en proposant une réponse adaptée aux besoins de soins spécifiques de certains jeunes.

<p>◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouvrir une/ des structures de répit, « tiers lieu » d'accueil en journée pour accompagner ces jeunes relevant de champs multiples en complément de la structure ASE. ▪ Elaboration d'une convention définissant les modalités d'intervention de l'équipe pluridisciplinaire et multi champs (protection de l'enfance, médico-social, psychiatrie) 	<p>◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminution du nombre d'hospitalisations
--	---

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
▪ Elaboration du cahier des charges de l'AMI	4 ^{ème} T 2019
▪ Instruction des demandes	1 ^{er} T 2020
▪ Ouverture de la structure	2 ^{ème} T 2020

◆ Moyens nécessaires identifiés
 – Moyens protection de l'enfance, médico-sociaux et sanitaires



OBJECTIF 3.4. Consolider les travaux engagés avec la protection de l'enfance (ASE et PJJ)	FICHE N° 3.4.2 – Formaliser la prise en charge des mineurs sous mesure de protection (dont les détenus)		
GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE Axe 3 du PAP - Coordination	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Porteur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseil Départemental ▪ Protection Judiciaire de la Jeunesse </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Contributeurs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ DTPJJ - ASE ▪ GCS ▪ Responsable des politiques institutionnelles ▪ Juge pour enfants </td> </tr> </table>	Porteur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseil Départemental ▪ Protection Judiciaire de la Jeunesse 	Contributeurs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ DTPJJ - ASE ▪ GCS ▪ Responsable des politiques institutionnelles ▪ Juge pour enfants
Porteur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseil Départemental ▪ Protection Judiciaire de la Jeunesse 	Contributeurs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ DTPJJ - ASE ▪ GCS ▪ Responsable des politiques institutionnelles ▪ Juge pour enfants 		

◆ **Enjeux de l'action au regard du diagnostic**
 En attente mail M. DUBREIL

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mieux faire connaître aux différents acteurs les besoins de prise en charge des jeunes sous protection judiciaire 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'une feuille de route en protection de l'enfance ▪ Existence d'un "plaidoyer" écrit sur les besoins des jeunes sous protection judiciaire
---	---

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Agir en faveur de l'inclusion des jeunes PJJ dans le public de la protection de l'enfance <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place une feuille de route en protection de l'enfance ASE/PJJ / ODPE. 	Immédiat
2. Communiquer sur / faire comprendre la clinique de la non-demande <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rédiger un "plaidoyer" expliquant -derrière le concept même - la réalité de la clinique à la PJJ et des besoins des jeunes sous protection judiciaire. 	Fin avril 2019
3. Coordonner et soutenir les plans de co-formation et de partage des savoirs théoriques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Focus sur les besoins fondamentaux de l'enfant. 	2019
4. Veiller à valoriser la représentation des services de la PJJ dans les groupes de travail opérationnels <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sécuriser la communication sur l'avancée du PDPP 44 / valoriser la dimension formation 	2019
5. Contribuer au groupe de travail relatif au partage d'informations <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser une veille juridique, un "benchmarking" 	2019



6. Inclure la spécificité du travail auprès des mineurs détenus dans le plan départemental en participant au comité de coordination des unités sanitaires EPM	En cours
7. Assurer la coordination des parcours en inter institution et des prises en charge	Juin 2019

◆ Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail, réunions de travail institutionnelles



OBJECTIF
3.5. Mettre en place une politique de formation partagée à destination des professionnels et partenaires

GROUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Coordination / Parcours
 AXE 3 du PAP

FICHE N° 3.5.1 – Développer les stages par comparaison, les journées de formation croisée, les partages de situation cliniques, entre partenaires de la psychiatrie, des ESMS et du premier recours	
Porteur :	Contributeurs :
<ul style="list-style-type: none"> Gouvernance du PTSM et groupe de travail de l'axe 3 du PAP 	<ul style="list-style-type: none"> Directions des établissements sanitaires et médico-sociaux ARS CD

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Le développement de formations croisées entre les différents champs de la santé mentale (avec un enjeu de lisibilité), permettrait aux acteurs de mieux se connaître et d'être davantage en capacité de repérer précocement les troubles. Ces temps de formation, qui peuvent par exemple se faire dans des sessions de 2 heures, devraient permettre d'échanger sur les signaux d'alerte, les situations à tenir en cas de repérage, etc.

Cela pourrait également être des temps de travail pour développer des outils en commun, aussi bien pour les professionnels de premiers recours que les partenaires. Un travail associant les professionnels de psychiatrie, du premier recours mais également tout partenaire social et médico-social et des usagers et aidants pourra être mené en vue de travailler collectivement sur des grilles de repérage pour ensemble apprendre à repérer, mais aussi à orienter et à articuler les acteurs. Il sera important d'aller vers les soignants de premier recours (MSP par exemple avec l'URPS ML). Cela pourrait par exemple se faire sur le modèle de la formation nationale au repérage de la crise suicidaire soutenue par l'ARS et menée sur le Sud Loire par l'équipe de prévention du suicide.

◆ Objectifs opérationnels	◆ Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir une approche de la formation en santé mentale avant tout basée sur la pratique / la mise en situation Elaborer une culture commune de la santé mentale entre les différents acteurs des différents champs d'intervention, par le partage de situations cliniques et d'expériences pratiques 	<p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de formation croisées / stages de comparaison / partages de de situations cliniques réalisés annuellement (hors réunion ordinaires types synthèses ou RCP) <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> Couverture territoriale par ces formations croisées / stages de comparaison / partages de situations cliniques



Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Phase préparatoire – S’appuyer sur les formations mise en place par le CHS de Blain, pour organiser des stages de comparaison entre différents champs d’intervention, pour les publics enfants, adolescents et adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répertorier les actions existantes - Analyser les points forts et les freins - Identifier les zones et publics prioritaires pour ces formations 	2019
<p>2. Mise en œuvre – Développer des formations croisées au sein de réseaux de proximité pilotes enfants et adultes</p>	2020
<p>3. Evaluation et ajustement</p>	2021
<p>4. Diffusion sur l’ensemble des infra territoires</p>	2022

◆ Moyens nécessaires identifiés

- Il sera nécessaire de diffuser largement ces formations, et notamment de favoriser la participation des professionnels de premier recours, dont le temps est plus rare mais la participation primordiale.
- Intégrer dans ces formations des usagers ou représentants d’usagers.



<p style="text-align: center;">OBJECTIF</p> <p style="text-align: center;">3.5. Mettre en place une politique de formation partagée à destination des professionnels de la psychiatrie et des partenaires</p>	<p>FICHE N° 3.5.2 – Favoriser les actions de sensibilisation et de formation au sein des services de psychiatrie, à destination des professionnels du 1er recours et de ceux de la petite enfance autour de la thématique des TSA, dans un objectif de mise en œuvre des recommandations de la HAS</p>	
<p style="text-align: center;">GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE</p> <p style="text-align: center;">Accès aux soins : Repérage, orientation, formation</p>	<p><u>Porteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CRA Pays-de-la Loire 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CH du territoire ▪ Acteurs de la petite enfance ▪ Acteurs du premier recours ▪ Services RH des établissements concernés pour les plans de formation

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Les personnes souffrant de troubles du spectre autistique sont parfois hospitalisées dans des services de la psychiatrie à défaut de places disponibles dans le secteur médico-social. Par ailleurs, les professionnels ne sont pas toujours formés à l'utilisation des méthodes et outils spécifiques aux personnes avec des troubles du spectre autistique et peuvent être en difficulté pour accompagner ce public.

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mieux outiller les professionnels en charge du repérage et de l'orientation des enfants présentant des TSA ▪ Fluidifier les parcours entre les niveaux 1, 2 et 3 dans la prise en charge des TSA 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de professionnels en psychiatrie, petite enfance et premier recours, ayant reçu une formation sur les TSA <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualité de la réponse apportée en matière de repérage et d'orientation des enfants atteints de TSA
---	---



Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Identifier et prioriser les besoins en formation au sein des structures de la psychiatrie, de la petite enfance, et chez les acteurs du premier recours	Début 2020
2. Identifier les dispensateurs de formation spécifique TSA potentiels	Début 2020
3. En lien avec les CH et les structures / acteurs identifiés, élaborer un calendrier et un plan de formation sur les TSA	Fin 2020
4. Mise en œuvre des formations	2021 - 2024

◆ Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail pour l'identification des besoins et ressources
- Financement des formations (DPC, ...)



OBJECTIF
3.6. Structurer l'articulation entre les acteurs / les financeurs

GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Coordination / Parcours

FICHE N° 3.6.1 – Développer la concertation entre les différents financeurs à l'échelle départementale, pour permettre d'assurer la prise en charge et l'accompagnement de publics avec des problématiques multiples	
<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gouvernance du PTSM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communauté Psychiatrique de Territoire ▪ ARS ▪ Conseil départemental

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

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

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir l'harmonisation des financements pour permettre des prises en charge plus souples et plus adaptées aux situations individuelles, et éviter les ruptures de parcours 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de rencontres réunissant les différents financeurs et la gouvernance du PTSM ▪ Process de suivi des financements <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en œuvre de procédures d'harmonisation des financements entre les dispositifs des différents secteurs de prise en charge
--	--

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place une commission ad hoc, sollicitée annuellement par la gouvernance du PTSM. 	2019 - 2024
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclure la Communauté Psychiatrique de Territoire, qui doit être l'interface pour rencontrer les bailleurs. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place un suivi des financements, pour identifier les éventuels points de blocage et agir dessus. 	



4. FAVORISER L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES TOUT AU LONG DU PARCOURS DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE PSYCHIQUE, Y COMPRIS LES SOINS DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

6 actions déclinées

Objectif 4.1. Améliorer, harmoniser, les organisations des CMP pour optimiser les délais de prise en charge sur tout le territoire, et mieux répondre aux demandes de soins non programmés

- Action 4.1.1. Développer les fonctions d'accueil et de pivot des CMP de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile dans une optique d'harmonisation
- Action 4.1.2. Développer la mobilité des équipes de CMP ou envisager la pertinence de mettre en place des équipes mobiles, pour être en capacité d'aller davantage vers la personne, à tout moment nécessaire du parcours.

Objectif 4.2. Développer les dispositifs de réhabilitation psychosociale sur le territoire

- Action 4.2.1. Soutenir le déploiement du CRESERC comme centre de référence en réhabilitation psychosociale, et favoriser le développement d'espaces de réhabilitation psychosociale au sein de chaque secteur.

Objectif 4.3. Faciliter la mobilité et l'accès aux soins sur le territoire

- Action 4.3.1. Elaborer et/ou mettre à jour un annuaire de l'offre de transports alternative et conventionner avec les transporteurs.
- Action 4.3.2. Mieux communiquer sur la politique de l'assurance maladie pour les prises en charge en termes de transport.
- Action 4.3.3. Associer les élus aux réflexions visant les résolutions des problèmes de transport et impliquer les directions techniques des politiques de transport.

Action complémentaire (non déclinée)

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



Fiches actions

<p style="text-align: center;">OBJECTIF</p> <p style="text-align: center;">4.1. Améliorer, harmoniser, les organisations des CMP pour optimiser les délais de prise en charge sur tout le territoire, et mieux répondre aux demandes de soins non programmés</p>	<p>FICHE N° 4.1.1 – Développer les fonctions d'accueil et de pivot des CMP de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile dans une optique d'harmonisation</p>	
<p style="text-align: center;">GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE</p> <p style="text-align: center;">Optimisation des CMP Axe 1 du PAP - Parcours</p>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La communauté psychiatrique de territoire ▪ Groupe de travail de l'axe 1 du PAP 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensemble des CMP de psychiatrie générale et infanto-juvénile du département

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Une difficulté majeure relevée par les acteurs du territoire concerne l'accès aux soins psychiatriques en ambulatoire, via les CMP. Les délais d'accès sont considérés comme trop longs pour obtenir une première consultation en CMP, et ce, quel que soit le secteur. La majorité des répondants aux questionnaires considèrent les délais d'accès au CMP insatisfaisants voire très insatisfaisants.

La démographie médicale, fragile et en cours de fragilisation, associée à l'augmentation continue de la population dans le département et plus particulièrement sur l'agglomération nantaise, peuvent être des facteurs explicatifs de ces délais importants.

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Permettre une réponse rapide aux demandes de prises en charge de patients non connus par les secteurs sur l'ensemble du territoire ▪ Assurer une bonne connaissance des modalités d'organisation de cette réponse par les partenaires (du premier recours, des secteurs médico-sociaux et sociaux, familles) pour une utilisation effective 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Traces de la mise en place d'une organisation lisible dédiées aux premiers accueil (processus) ▪ Nombre de postes d'IDE ou d'IPA dédiés ▪ Nombre de demandes de prises en charge ▪ Modalités d'organisation de premier accueil connues des partenaires <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Délais de prise en charge dans l'ensemble des CMP face à une première demande
--	---



Etapes de mise en œuvre	Calendrier
Actions Adultes – Développer le premier accueil en CMP	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Répertorier les pratiques existantes en CMP (heures d’ouverture, modalités d’organisation face aux premières demandes) ▪ Différencier les pratiques et besoins des CMP en zones rurales et urbaines 	2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir les compétences nécessaires d’une fonction d’accueil 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ S’assurer de la formation des IDE à l’accueil des premières demandes 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagner la montée en compétences des soignants en CMP (tutorat des ressources nouvelles) 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dédier des plages horaires pour l’accueil des nouvelles demandes / réorganiser les plannings des IDE 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer et diffuser des procédures d’accueil <ul style="list-style-type: none"> - Types de réponses à l’accueil / évaluation sous forme de parcours avec continuité IDE / liens avec les médecins traitants - Staff pluriprofessionnel en support - Organisation du support psychiatre (intervention ponctuelle de psychologue / psychiatre, nombre de rendez-vous possibles sur une durée déterminée) 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendre lisible les organisations des CMP mises en place au niveau du premier accueil pour les partenaires 	2020 - 2021
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégrer de futures IPA sur ce type de missions 	2022
Actions enfants - Développer le rôle pivot des CMP	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les besoins de prise en charge en pédopsychiatrie, dans le secteur médico-social, dans le secteur de la protection de l’enfance, sur le territoire, et les notifications non abouties ou les placements non exécutés 	2020 - 2021
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gérer la prise en charge des adolescents en attendant l’offre ad hoc 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablir une priorisation des prises en charge, reposant sur des critères à identifier 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser les modalités d’articulation en pédopsychiatrie, dans les secteurs médico-social et social, avec les professionnels libéraux, en collaboration avec les familles 	

◆ Moyens nécessaires identifiés

Pour la mise en place de l’action :



- Temps dédié (médical et cadre) pour les analyses / l'état des lieux
- Groupe de travail dédié
- Moyens de formation pour les IDE (mise à jour ou optimisation)
- Soutien de l'institution (CH et CHS)

Pour la réalisation de l'action CMP adultes :

- Temps médical supplémentaire dédié à l'accueil
- Temps IDE, IDEC ou IPA en sus de l'existant
- Projet de téléconsultation en support
- Outils communs aux différents CMP nécessaires pour :
 - Le recueil de données (motif de la demande, antécédents, éléments biographiques, données administratives, médecin traitant, etc.)
 - Différencier les demandes et évaluer selon des critères d'urgences préétablis

Pour la réalisation de l'action CMP enfants :

- Temps médical et psychologue supplémentaire dédiés à l'accueil des situations repérées par les IDE
- Temps IDE pour l'analyse des besoins
- Temps IDE et éducateur en SESSAD pour l'organisation de la coordination



OBJECTIF

4.1. Améliorer, harmoniser, les organisations des CMP pour optimiser les délais de prise en charge sur tout le territoire, et mieux répondre aux demandes de soins non programmés

FICHE N° 4.1.2 – Développer la mobilité des équipes de CMP ou envisager la pertinence de mettre en place des équipes mobiles, pour être en capacité d’aller davantage vers la personne, à tout moment nécessaire du parcours

GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L’ACTION A ETE TRAITEE

Accès aux soins : Repérage, orientation, formation
Axe 1 du PAP - Parcours

<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> GHT (pour diffusion sur l’ensemble du territoire et harmonisation des pratiques) 	<ul style="list-style-type: none"> ARS SAMSAH et SAVS du territoire Equipad, CHU Nantes SPID, CH Blain

◆ Enjeux de l’action au regard du diagnostic

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

Le maintien dans le soin des personnes isolées / non mobiles et non suivies en structure est également une problématique partagée par les différents acteurs qui entraîne des ruptures de soins.

<p>◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Eviter les hospitalisations sous contrainte et les ruptures de soins, aller vers la personne dans un contexte de non-demande ou d’isolement / de non-mobilité 	<p>◆ Indicateurs</p> <p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre d’équipes mobiles créées et / ou nombre de VAD réalisées annuellement par les équipes des CMP <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> Besoins de mobilité vers les patients couverts du point de vue des professionnels de la psychiatrie
---	--



Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Définition des besoins et objectifs prioritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des équipes mobiles dédiées, généralistes et intersectorielles, pour l'évaluation des situations, mobilisables par l'ensemble des partenaires d'un infra territoire ▪ Des équipes de CMP sectorielles plus mobiles sous forme de visites à domicile, pluriprofessionnelles et en lien avec les partenaires médico-sociaux qui interviennent au domicile, notamment les SAVS et SAMSAH 	2020-2021
<p>2. Identifier les territoires prioritaires, pour une couverture territoriale homogène en intégrant à la fois les zones rurales (Nord et Sud du département en particulier) et urbaines (métropole nantaise et nazairienne).</p>	
<p>3. Tester un modèle sur un infra territoire, en lien avec l'ARS : équipe mobile ou renforcement de la mobilité des équipes.</p>	2022
<p>4. Bilan, ajustements, diffusion à d'autres territoires, en lien avec l'ARS.</p>	2023 - 2024

◆ Point de vigilance

- Si des équipes mobiles voient le jour, il conviendra de structurer leur articulation avec les équipes mobiles existantes et les acteurs médico-sociaux.
- La mobilité des équipes des CMP, ou la mise en place d'équipes mobiles supplémentaires, ne doit pas se faire au détriment des moyens des secteurs.



OBJECTIF
4.2. Développer les dispositifs de réhabilitation psychosociale sur le territoire

GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Coordination / Parcours

FICHE N° 4.2.1 – Soutenir le déploiement du CRESERC comme centre de référence en réhabilitation psychosociale, et favoriser le développement d'espaces de réhabilitation psychosociale de proximité sur le territoire

<u>Porteurs :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CRESERC ▪ CREHPSY 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ HDJ et CATTTP du territoire (en relais)

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

La réhabilitation psychosociale est encore très méconnue des acteurs, aussi bien sanitaires que sociaux et médico-sociaux. L'un des enjeux est ici de faire reconnaître le CReSERC en tant que centre référent sur le territoire (sur une hémirégion). Ce centre est doté d'un plateau technique large et d'une équipe ayant des compétences spécifiques dans les soins qui y sont proposées, mais est limité en termes de ressources humaines. C'est également une plateforme de coordination. Le CReSERC a notamment vocation à former des praticiens pour qu'ils soient ensuite en mesure, sur leur territoire, de mettre en place des programmes de réhabilitation et d'ETP.

Reconnaître et développer ce centre permettrait :

- De promouvoir les soins orientés vers le rétablissement, et d'avoir pour ce faire en appui une structure en mesure de coordonner le déploiement des projets en proximité
- D'augmenter le nombre de professionnels formés à la réhabilitation sociale, pour qu'ils soient en mesure de proposer des programmes sur tout le territoire, via les CATTTP et hôpitaux de jour.

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déployer sur le territoire des dispositifs de réhabilitation psychosociale en vue du rétablissement des personnes 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'activité du CRESERC ▪ Nombre de personnes formées à la réhabilitation psychosociale dans le département <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de dispositifs de réhabilitation psychosociale déployés sur le territoire
---	--



Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer le CRESERC comme centre de référence en réhabilitation psychosociale à rayonnement départemental. <ul style="list-style-type: none"> - Positionner le CRESERC comme coordinateur pour les bonnes pratiques, en lien avec le centre support régional - Recenser / cartographier l'offre existante sur le territoire - Développer les fonctions d'animation par le CRESERC du réseau de réhabilitation psychosociale dans le département 	Dès 2019
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Engager une politique active de formation des personnels ambulatoires sur la réhabilitation psychosociale <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les besoins de formation en réhabilitation psychosociale des professionnels des hôpitaux de jour et des CATTP du territoire - Sensibiliser les acteurs à la réhabilitation psychosociale - Etablir des plans de formation avec ces structures 	2020 - 2021
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recenser les besoins supplémentaires en dispositifs de proximité spécifiques, et promouvoir leur développement, en lien avec l'ARS. 	2022 - 2023

◆ Moyens nécessaires identifiés

- Moyens financiers pour le développement du CRESERC (AAP 2019)



OBJECTIF
4.3. Faciliter la mobilité et l'accès aux soins sur le territoire

GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Accès aux soins : Mobilité, transports

FICHE N° 4.3.1 – Elaborer et/ou mettre à jour un annuaire de l'offre de transports alternative et conventionner avec les transporteurs	
<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A définir 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transporteurs « alternatifs » du territoire ▪ CPAM ▪ CH du territoire

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

La mobilité et l'accès aux transports pour les patients est une problématique importante sur le département, pour permettre aux patients de se rendre sur les lieux de soins. En effet, beaucoup d'entre eux ne peuvent pas conduire / n'ont pas de véhicules et pour certains, les transports en commun n'existent pas ou sont un obstacle « insurmontable ».

Cette problématique, si elle concerne tout le département, est d'autant plus prégnante sur les territoires ruraux, qui ne bénéficient pas d'une offre de transports en commun. La métropole nantaise connaît également une pénurie de transports type véhicule sanitaire léger, ce qui s'explique par le fait qu'il n'y a pas eu d'augmentation du numérus clausus depuis 15 ans. Par ailleurs, les VSL refusent pour beaucoup de prendre en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques, car s'il y a le moindre problème pendant le transport, cela relèvera de leur responsabilité. Au final, les établissements sont parfois obligés de faire intervenir des ambulanciers pour faire venir le patient, ce qui est plus coûteux. Enfin, pour ce qui est des transports alternatifs dont le réseau est varié sur le département, ceux-ci ne sont pas pris en charge par la CPAM.

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer l'usage des transports alternatifs par les patients de la psychiatrie, et leur remboursement. 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'un guide de diffusion de l'offre de transports alternatifs ▪ Conventionnement de ces transporteurs avec la CPAM ▪ Usage de ces transports par les patients de la psychiatrie (enquête ?)
---	--

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recenser l'offre de transports alternative présente sur le territoire (Lila, Titi Floris, handit'an, etc.) 	2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rédiger un guide de diffusion de cette offre à destination de la psychiatrie, des partenaires, des personnes concernées et des aidants. ▪ Mettre en place un processus de mise à jour annuelle 	2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarifier les politiques tarifaires et promouvoir l'agrément de ces structures par la CPAM (identifier les freins et travailler dessus, certaines compagnies se retrouvant en difficulté financière suite à cette démarche...). 	2020 - 2024



OBJECTIF
4.3. Faciliter la mobilité et l'accès aux soins sur le territoire

GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Accès aux soins : Mobilité, Transports

FICHE N° 4.3.2 – Mieux communiquer sur la politique de l'assurance maladie pour les prises en charge en termes de transport	
<u>Porteur :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A définir 	<u>Contributeurs :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CPAM ▪ CH du territoire

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

La mobilité et l'accès aux transports pour les patients est une problématique importante sur le département, pour permettre aux patients de se rendre sur les lieux de soins. En effet, beaucoup d'entre eux ne peuvent pas conduire / n'ont pas de véhicules et pour certains, les transports en commun n'existent pas ou sont un obstacle « insurmontable ».

Concernant spécifiquement les transports conventionnés, la CPAM prend en charge tous les patients en ALD pour qu'ils se rendent en hôpital de jour, CAMTPS, CMPP, CATT. En dehors de ses critères, cela ne relève plus de sa grille.

<p>◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire connaître aux personnes concernées, aux familles et aux professionnels, les modalités de transports prises en charge par la CPAM. ▪ Accroître le recours de ces transporteurs par les patients de la psychiatrie. 	<p>◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence et diffusion d'un livret d'information sur l'offre de transports remboursée par la CPAM
--	---

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regrouper les informations et les prestataires sur un livret 	2019
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffuser ce livret sur le territoire, aux familles aux personnes concernées et aux professionnels de la santé mentale. 	2020



OBJECTIF
4.3. Faciliter la mobilité et l'accès aux soins sur le territoire

GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Accès aux soins : Mobilité, transports

FICHE N° 4.3.3 – Associer les élus aux réflexions visant les résolutions des problèmes de transport et impliquer les directions techniques des politiques de transport	
<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A définir 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elus du territoire en charge des transports ▪ Directions techniques des politiques de transport des collectivités ▪ CH du territoire

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

La mobilité et l'accès aux transports pour les patients est une problématique importante sur le département, pour permettre aux patients de se rendre sur les lieux de soins. En effet, beaucoup d'entre eux ne peuvent pas conduire / n'ont pas de véhicules et pour certains, les transports en commun n'existent pas ou sont un obstacle « insurmontable ».

Cette problématique, si elle concerne tout le département, est d'autant plus prégnante sur les territoires ruraux, qui ne bénéficient pas d'une offre de transports en commun. La métropole nantaise connaît également une pénurie de transports type véhicule sanitaire léger, ce qui s'explique par le fait qu'il n'y a pas eu d'augmentation du numérus clausus depuis 15 ans. Par ailleurs, les VSL refusent pour beaucoup de prendre en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques, car s'il y a le moindre problème pendant le transport, cela relèvera de leur responsabilité. Au final, les établissements sont parfois obligés de faire intervenir des ambulanciers pour faire venir le patient, ce qui est plus coûteux. Enfin, pour ce qui est des transports alternatifs dont le réseau est varié sur le département, ceux-ci ne sont pas pris en charge par la CPAM.

◆ Objectifs opérationnels	◆ Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer les politiques de proximité favorisant l'accès aux transports des patients de la psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de réunions menées avec les élus sur sujet dans l'ensemble du territoire

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser le Conseil départemental, les services communaux, les services sociaux des communes sur les possibilités de transports alternatifs 	2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser les politiques rendant plus accessible l'accès aux soins : ex. rendre plus accessible les stationnements en ville autour des établissements de santé qui n'ont pas de parking. 	2020



5. FAVORISER L'ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP PSYCHIQUE

3 actions déclinées

Objectif 5.1. Améliorer l'accès et le maintien dans le logement

- **Action 5.1.1.** Accompagner le développement de solutions diversifiées pour faciliter l'accès puis le maintien dans le logement, y compris par la réponse à l'appel à projet national « Un chez soi d'abord ».
- **Action 5.1.2.** Conventionner avec les bailleurs ainsi que toute structure non spécialisée accueillant des personnes souffrant de troubles psychiques

Objectif 5.2. Améliorer l'accès et le maintien dans l'emploi

- **Action 5.2.1.** Appuyer et déployer les dispositifs d'accompagnement vers l'emploi dans une logique de réponse adaptée.



Fiches actions

OBJECTIF
5.1. Améliorer l'accès et le maintien dans le logement

GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
Publics spécifiques / Précarité

FICHE N° 5.1.1 – Accompagner le développement de solutions diversifiées pour faciliter l'accès puis le maintien dans le logement, y compris par la réponse à l'appel à projet national « un chez soi d'abord »	
<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A définir 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ CD ▪ DRJSCS ▪ CH ▪ CHRS ▪ ESSMS ▪ Offices HLM

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Le diagnostic met en évidence le besoin de renforcer et faciliter l'accès au logement en milieu ordinaire. Sur le département, des projets sont en cours de déploiement et notamment le dispositif « un chez soi d'abord » (centré sur Nantes, au regard de l'appel à projet). Le CHU a également noué un partenariat avec l'association Trajet. Toutefois, ces dispositifs ne sont pas assez nombreux pour répondre aux besoins.

Par ailleurs, les professionnels intervenant dans ce type de dispositifs ne disposent pas de ressources sanitaires spécialisées en psychiatrie et se trouvent parfois en difficultés dans l'accompagnement de personnes avec une problématique en santé mentale.

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer et diversifier l'offre existante ▪ Soutenir les professionnels intervenant au sein des dispositifs favorisant l'accès et le maintien dans des logements ▪ Favoriser l'accès à des logements pour des personnes sans domicile fixe et ayant une problématique en santé mentale 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evolution du nombre de places au sein de ces dispositifs et du nombre de personnes accompagnées <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Délai d'attente pour intégrer chaque dispositif
---	---



Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Développer l'offre dans une logique de diversification : habitat inclusif, résidence accueil, famille gouvernante, maison répit, maisons relais, logements accompagnés, ACT, dispositif un chez soi d'abord</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Affiner la connaissance des besoins pour identifier le nombre de places manquant ▪ Clarifier la spécificité et la gradation des réponses apportées par chaque dispositif ainsi que le public cible 	2019-2024
<p>2. Assurer un étayage des professionnels intervenant dans ces dispositifs à différents niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans l'accompagnement des situations individuelles via les équipes de secteur, l'EMPP ▪ Dans la supervision des équipes par la mise en place d'espaces partagés (par exemple dans le cadre des CLSM ou encore via l'appui du SAMSAH) ▪ En intégrant dans les équipes intervenant au sein de ces dispositifs des vacations de psychologue, de psychiatre ou d'infirmier => <i>A intégrer dans les appels à projet</i> 	2019-2024
<p>3. Permettre l'accès vers des logements accompagnés en sortie de CHRS, pour des personnes sans domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Travail à construire avec un CHS, des bailleurs, le SAMSAH, etc. et étudier la possibilité d'élargir vers le public accueillis dans d'autres services (MAJ, dispositif 115...) 	A déterminer

◆ Moyens nécessaires identifiés

Pour la mise en place l'action

- Création de places
- Appels à projets

Pour la réalisation de l'action

- Budgétisation de temps de psychologues et de psychiatres, infirmiers



OBJECTIF
5.1. Améliorer l'accès et le maintien dans le logement

GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
Publics spécifiques / Précarité

FICHE N° 5.1.2 – Conventionner avec les bailleurs ainsi que toute structure non spécialisée accueillant des personnes souffrant de troubles psychiques

<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ USH / CH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associations ▪ Villes ▪ Bailleurs

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Le parc locatif est concentré majoritairement sur les zones urbaines (Nantes, St Nazaire). Les bailleurs sociaux ont souligné se sentir parfois démunis dans l'accompagnement à proposer aux personnes présentant une problématique en santé mentale, ce qui peut être un frein dans l'acceptation de certains dossiers.

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rassurer les acteurs du champ du logement (bailleurs sociaux notamment) pour que les structures accueillent des patients souffrant de troubles psychiatriques dans leurs services avec en contrepartie la garantie d'avoir une assurance de suivi et une réponse de la psychiatrie en cas de problème ▪ Renforcer les liens entre les acteurs du champ de la psychiatrie et du logement 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de conventions ▪ Nombre de projets communs et de personnes ayant bénéficié des dispositifs
--	--

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Développer les conventions villes / bailleurs / CH pour permettre la sortie d'hospitalisation de patients en difficulté et pour éviter les ré-hospitalisations	2019 - 2024
2. Développer des projets communs bailleurs / associations / hôpitaux (exemple : dans le cadre du prochain appel à projet « 10 000 logements accompagnés ») <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de montages en sous location, bail glissant ou bail direct 	
3. S'inspirer des dispositifs existants pour développer l'offre : SILAPSY, CLSM Nantes	



OBJECTIF
Objectif 5.2. Améliorer l'accès et le maintien dans l'emploi

GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Publics spécifiques / Précarité

FICHE N° 5.2.1 – Appuyer et déployer les dispositifs d'accompagnement vers l'emploi dans une logique de réponse adaptée

<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A déterminer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DIRECCTE ▪ CD ▪ MDPH ▪ ARS ▪ Associations (A2C44) ▪ Chantiers de ré insertion ▪ ESAT ▪ CH ▪ CHRS ▪ Missions locales / Cap emploi ▪ Médecine du travail ▪ Entreprises

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

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

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

<p>◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apporter des réponses adaptées aux besoins des personnes, de l'ESAT « classique » à l'accès à un emploi en milieu ordinaire ▪ Développer les passerelles entre les différentes structures ▪ Sensibiliser les différents acteurs à l'intégration de personnes présentant des problématiques en santé mentale 	<p>◆ Indicateurs</p> <p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'actions de sensibilisation <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de dispositifs autour de l'insertion professionnelle existants ▪ Nombre de personnes bénéficiant de ces dispositifs ▪ Existence d'un lieu ressource
---	--



Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposer une aide au repérage des troubles entraînant une difficulté au travail aux entreprises. 	2019 - 2024
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer le travail en étroite collaboration avec les associations, chantiers de ré insertion, ESAT pour renforcer les partenariats entre le sanitaire, le médico-social et le monde du travail. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser l'intégration des publics en grande précarité dans les ESAT, en les accompagnant vers la mobilisation de leurs droits et en sensibilisant les ESAT. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser les acteurs de l'IAE aux questions de santé mentale, favoriser les liens entre l'IAE et la psychiatrie. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser le développement de dispositifs permettant une démarche inclusive dans le monde du travail à travers des initiatives comme "sève emploi" ou le développement de temps très partiel. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer le Job coaching et les Case-manager pour un accompagnement « sur-mesure ». 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouvrir un lieu ressources emploi formation dans le cadre d'une démarche d'essaimage avec l'ANSA. 	2021

◆ Moyens nécessaires identifiés

- Soutien financier pour le développement des dispositifs Job coaching, case manager, lieu ressource.



6. FAVORISER L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE PSYCHIQUE

4 actions déclinées

Objectif 6.1. Améliorer le suivi somatique à domicile / en ville en communiquant mieux avec le médecin traitant

- Action 6.1.1. Formaliser des modalités de suivis partagés entre psychiatrie et médecine générale pour le suivi des patients chroniques stabilisés.

Objectif 6.2. Organiser un accueil spécifique pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques au sein des établissements MCO

- Action 6.2.1. Développer et faire connaître deux dispositifs existants : Handisoins 44 et équipes mobiles de psychiatrie de liaison (médecin ou IDE).

Objectif 6.3. Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes suivies / hospitalisées en psychiatrie

- Action 6.3.1. Innover dans les organisations des ressources humaines pour faciliter l'accès aux soins somatiques et à la psychiatrie de liaison (téléconsultations, Infirmiers de Pratiques Avancées ...) y compris pour les personnes suivies en établissement médico-social.

Objectif 6.4. Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes suivies en établissement médico-social

- Action 6.4.1. Organiser des actions de prévention et d'éducation thérapeutique dans les établissements médico-sociaux.



Fiches actions

<p>OBJECTIF</p> <p>Objectif 6.1. Améliorer le suivi somatique à domicile / en ville en communiquant mieux avec le médecin traitant</p>	<p>FICHE N° 6.1.1 – Formaliser des modalités de suivis partagés entre psychiatrie et médecine générale pour le suivi des patients chroniques stabilisés</p>	
<p>GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L’ACTION A ETE TRAITEE</p> <p>Optimisation des CMP Accès aux soins somatiques</p>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La communauté psychiatrique de territoire ▪ URPS ML 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensemble des CMP du territoire ▪ IDE libérales ▪ MG libéraux ▪ MSP / CDS ▪ Représentants des usagers

◆ **Enjeux de l’action au regard du diagnostic**

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

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer le suivi somatique des personnes suivies durablement en psychiatrie ▪ Fournir un appui/relais pour la psychiatrie pour les actes qui peuvent se dérouler en médecine générale 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Traces d’outils de liaison psychiatrie / médecins traitants ▪ Identification de professionnels dédiés à la liaison avec les médecins traitants en psychiatrie ▪ Existence de conventions entre les MSP / CDS / cabinets et la psychiatrie ▪ Existence de consultations conjointes MG / psychiatres, en CMP ou en ville
--	---



Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<p>Sous action 1 - Améliorer la diffusion d'une information écrite des structures de la psychiatrie vers les médecins traitants.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les moments adéquats / pertinents pour la transmission : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Lors d'hospitalisations en psychiatrie</u> : par un compte rendu systématique (et juridiquement obligatoire), incluant le numéro de téléphone d'un professionnel référent à joindre en cas de besoin d'informations supplémentaires - <u>Lors d'évènements de suivi en CMP</u>, envoi d'un compte rendu systématique au médecin traitant – quand il y en a un – ou points d'étapes à des moments charnières prédéfinis, comme un changement de traitement, un évènement biographique) - De manière minimale et systématique, envoi d'un compte rendu <u>annuel</u> - Répertorier les pratiques de certains CMP qui ont institutionnalisé une réponse aux médecins traitants <u>lors de l'adressage</u> et les diffuser 	<p>Dès 2019</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travailler la structure type du courrier, en appui sur les recommandations CNSQP sur les courriers d'adressage et de réponse : <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance somatique à réaliser (biologie, suivis spécialisés, actions de prévention ou d'éducation thérapeutique à mener) et par qui - Antécédents, pathologies somatiques existantes - Traitement mis en en place, surveillance éventuelle, anamnèse des changements de thérapeutiques, impact sur la qualité de vie du patient - CR d'hospitalisations et consultations marquantes en CMP 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travailler les modalités de délivrance du courrier <ul style="list-style-type: none"> - Idéalement informatisé avec indicateurs de suivi et de surveillance - Lors des hospitalisations remise en mains propres le jour de la sortie (recommandation HAS 2014) - Si uniquement en ambulatoire : transmission dans les 8 jours suivant l'évènement - Dossier partagé (DMP ?) - Développer la messagerie sécurisée 	



Sous action 2 – Déployer les consultations conjointes MG / psychiatre	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer des consultations avancées de psychiatrie par des IDE dans les MSP et CDS (voir action 2.1.3) voire dans les cabinets de ville, intégrant la question du suivi somatique spécifique. 	2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer pour quels patients / à quels moments du parcours, cette prise en charge conjointe est la plus pertinente. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier la pertinence d’organiser des consultations de médecins généralistes en CMP. 	
Sous action 3 - Mettre en place un « réseau spécialisé de médecine somatique » en santé mentale, territorial (selon les recommandations HAS)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffuser les recommandations HAS ▪ Organiser des consultations de médecine générale en CMP ▪ S’appuyer sur les IDE libérales en l’absence de médecine traitant ▪ Améliorer la connaissance des réseaux (déployer Handisoins 44 hors des établissements ?) 	2020 - 2024

◆ Moyens nécessaires identifiés

Pour la mise en place de l’action :

- Temps dédié (médical et cadre) pour faire les préconisations de courrier type
- Groupe de travail dédié
- Moyens d’information
- Soutien de l’institution (CHS)

Pour la réalisation de l’action :

- Projet de téléconsultation en support
- Outils communs nécessaires pour :
- Dossier de partage (DMP ?)
- Messagerie sécurisée



OBJECTIF
Objectif 6.2. Organiser un accueil spécifique pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques au sein des établissements MCO

GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Accès aux soins somatiques

FICHE N° 6.2.1 – Développer et faire connaître deux dispositifs existants : Handisoins 44 et équipes mobiles de psychiatrie de liaison (médecin ou IDE)

<p><u>Porteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ GHT (à partir du COPIL handicap du CHU) 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensemble des CMP du territoire ▪ HandiSoins 44 ▪ Spécialistes MCO libéraux et hospitaliers ▪ Equipes mobiles de liaisons
---	---

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Les soins pour lesquels il est à ce jour le plus difficile de proposer une réponse satisfaisante sont en particulier les soins dentaires, gynécologiques, de stomatologie et de pédicurie. De plus, l'organisation des consultations somatiques n'est pas toujours adaptée aux patients souffrant de troubles psychiatriques (salles d'attente anxiogène pour certains, format des consultations qui ne rassurent pas... Des difficultés d'accès à des consultations somatiques de suivi spécialisées, sont notées, notamment en raison des délais de rendez-vous et du nombre limité de spécialistes qui acceptent de prendre en charge des patients souffrant de troubles psychiques, mais aussi faute de mobilisation dans une certaine mesure de la part du patient.

Handisoins 44 permet de répondre à la prise en charge somatiques des patients souffrant de troubles psychiatriques, pour certains soins. Ce dispositif est porté par le CHU de Nantes, le CH St Nazaire et la clinique Jules Verne et a comme mission de faciliter l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de handicap (ophtalmologie, gastro-entérologie, gynécologie, ORL, soins dentaires, médecine physique et réadaptation...). Doté d'un numéro unique, ce dispositif est ouvert à toute personne en situation de handicap. Il est encore peu connu de l'ensemble des prescripteurs ni des patients, qui ne se tournent donc pas spontanément vers la plateforme.

<p>◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer le suivi somatique des personnes en situation de handicap psychique 	<p>◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de situations complexes prises en charge ▪ Traces des outils
---	--



Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Développer et étendre le réseau Handisoins 44</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Référencer des praticiens MCO volontaires, libéraux et hospitaliers ▪ Faciliter la mise en relation avec les équipes psy et médicosociales (communication, diffusion) ▪ Définir des modalités de consultation acceptables et favorables : délais, créneaux, disponibilité, accueil spécifique ▪ Développer la plateforme téléphonique actuellement opérationnelle pour le CHU Jules Vernes et St Nazaire à tous les établissements du département pour répondre aux situations complexes (composante handicap d'une PTA ou Dispositif d'Appui à la Coordination) adulte et enfants-adolescents 	2020
<p>2. Développer des outils de facilitation des PEC partagées</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Passeport santé ? DMP ? 	2020
<p>3. Sensibiliser, dès la formation initiale, les professionnels médicaux et paramédicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégrer les questions d'accès spécifiques des personnes souffrant de handicap aux soins dans les plans de formation des établissements 	2020
<p>4. Faire un bilan de l'existant et des fonctionnements en matière d'équipes de psychiatrie de liaison adultes (Ancenis, Chateaubriant, Nantes, St Nazaire) et pédopsychiatrie, afin de prévoir de renforcer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La diffusion de leur existence dans les services de MCO ▪ Les modalités de recours par les services MCO ▪ Les équipes (composition et fonctions en personnel) ▪ La communication psy / MCO via les équipes de liaison, à l'entrée et à la sortie, quel que soit le sens de l'adressage 	2020

◆ Moyens nécessaires identifiés

Pour mettre en place l'action

- Soutien pour renouvellement du projet / ARS
- Temps dédié
- Groupe de travail

Pour la réalisation de l'action :

- Temps dédié
- Temps supplémentaire plateforme HandiSoins 44
- Moyens de communication



OBJECTIF
Objectif 6.3. Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes suivies / hospitalisées en psychiatrie

GRUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Accès aux soins somatiques

FICHE N° 6.3.1 – Innover dans les organisations des ressources humaines pour faciliter l'accès aux soins somatiques et à la psychiatrie de liaison (téléconsultations, Infirmiers de Pratiques Avancées ...) y compris pour les personnes suivies en établissement médico-social

Porteur :	Contributeurs :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La communauté psychiatrique de territoire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GHT ▪ ARS ▪ Université de médecine

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

L'accès aux soins somatiques pour les personnes suivies en psychiatrie est à renforcer. Aujourd'hui, le nombre de postes de somaticiens sur le territoire est considéré par les professionnels comme insuffisant, que ce soit à l'hôpital, en ville ou en établissement médico-social.

<p>◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser les moyens techniques fournis par la télémédecine pour pallier le manque de ressources humaines en médecine générale et en psychiatrie 	<p>◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de somaticiens recrutés en psychiatrie ▪ Nombre d'IPA en poste en psychiatrie à l'horizon 2024 ▪ Nombre de consultations de télémédecines mises en place / argumentaire sur leur non pertinence en psychiatrie le cas échéant
---	--



Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Favoriser la mise en place d'IPA en psychiatrie formées en soins somatiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En CMP, en établissement avec médecins somaticiens, en consultations avancées en ESMS quand pas de ressources somatiques dédiées ▪ Conventionner avec les universités dès la prochaine rentrée pour l'accueil d'IPA en formation ▪ Définir un ratio médecins somaticiens / IPA, définir le rôle des IPA en psychiatrie <ul style="list-style-type: none"> – IPA somaticiennes en CMP (avec orientation vers MG si besoin et les consultations spécialisées ; espace aménagé en CMP, familial et rassurant, avec intervention de spécialistes extérieurs – Cf. fiche 6.1.1.) 	<p>Dès la rentrée 2020</p>
<p>2. Favoriser l'utilisation de téléconsultations voire de téléexpertises</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyser les besoins potentiels sans oublier les patients en ESMS, en prenant le soin de ne pas dégrader la qualité des soins via téléconsultations versus consultations physiques ▪ Téléconsultations entre IPA et médecins généralistes, entre IPA et médecins spécialistes entre IPA et équipe d'ESMS 	<p>2020</p>
<p>3. Recruter des médecins somaticiens pour la psychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmenter les ressources en somaticiens 	<p>2020</p>

◆ Moyens nécessaires identifiés

Pour mettre en place l'action

- Groupe de travail sur la place des IPA en psychiatrie pour les soins somatiques
- Groupe de travail sur le développement de la téléconsultation en psychiatrie



OBJECTIF
6.4. Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes suivies en établissement médico-social

GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Accès aux soins somatiques

FICHE N° 6.4.1 – Organiser des actions de prévention et d'éducation thérapeutique dans les établissements médico-sociaux	
<u>Porteur :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CPT 	<u>Contributeurs :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ESMS du territoire

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Des actions visant à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, mais aussi par un travail sur l'éducation du patient, ont toute leur place dans les établissements médico-sociaux recevant des personnes en situation de handicap psychique. Néanmoins, elles nécessitent une adaptation : temps plus court, accompagnement adapté, et un personnel formé dédié, souvent inexistant en ESMS.

◆ Objectifs opérationnels <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagner les personnes vivant en établissements médico-sociaux au titre du handicap psychique dans une meilleure connaissance de leurs troubles et de leur traitement. 	◆ Indicateurs <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de consultations d'ETP menées en ESMS ▪ Nombre d'actions de prévention menées en ESMS
---	---

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Proposer des formations conjointes avec les structures psychiatriques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exemple de la formation réalisée avec l'hôpital de Blain 	2020
2. Développer dans les projets d'établissements un volet santé / prévention, co-réalisé avec des médecins généralistes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recours à des IDE internes (rôle d'éducatrice de santé) dans l'établissement, systématiser consultation annuelle et co-construire un plan de santé annuel ▪ Si pas d'IDE interne, recours à des IPA somaticiennes mobiles (rattachées aux CMP) 	
3. Monter des programmes d'éducation thérapeutique pour patients stabilisés <ul style="list-style-type: none"> ▪ Santé somatique ▪ Santé bien être avec volet prévention 	
4. S'appuyer sur un service / réseau spécialisé de médecine somatique en santé mentale, territorial	



◆ Moyens nécessaires identifiés

Pour mettre en place l'action :

- Groupe de travail

Pour la réalisation de l'action

- Ressources pour la formation des IDE internes à l'ETP ou financement de consultations avancées par IPA des CMP



7. MIEUX PREVENIR ET PRENDRE EN CHARGE LES SITUATIONS D'URGENCE ET DE CRISE

8 actions déclinées

Objectif 7.1. Mettre en place des outils et dispositifs pour assurer une réponse rapide aux partenaires

- Action 7.1.1. Mettre en place des outils d'évaluation et d'orientation des urgences

Objectif 7.2. Déployer des dispositifs pour prévenir et améliorer le repérage des troubles suicidaires

- Action 7.2.1. Sensibiliser et former les acteurs du 1er recours au repérage de la crise suicidaire, en s'appuyant sur Repères 44, l'unité Espace, le centre d'accueil et de crise suicidaire du CH G. Daumézon (CAPSI) et sur l'équipe de prévention du suicide du CH St Nazaire.
- Action 7.2.2. Décliner la mise en œuvre dans le 44 du dispositif régional Vigilans.

Objectif 7.3. Mieux prévenir et répondre aux situations de crises et d'urgences

- Action 7.3.1. Mettre en place et diffuser, en s'appuyant sur l'existant, un dispositif de gestion des situations de crise, assurant un accueil en journée (sur le modèle du CAPSI) et une réponse téléphonique 24h/24 (sur le modèle des Urgences Médico-Psychologiques).
- Action 7.3.2. Penser et structurer la place des pairs aidants dans la gestion de la crise.
- Action 7.3.3. Elaborer une procédure sur l'organisation de la réponse aux situations de crise entraînant un recours aux urgences

Objectif 7.4. Améliorer le suivi post urgences

- Action 7.4.1. Mettre en place des consultations post-urgences rapides dans les CMP ou auprès des médecins traitants partenaires.
- Action 7.4.2 Développer les dispositifs de particulière intensité à domicile (SPID) en suivi post urgence.

Actions complémentaires (non déclinées)

- Déployer la formation nationale au repérage de la crise suicidaire



Fiches actions

<p>OBJECTIF</p> <p>7.1. Mettre en place des outils et dispositifs pour assurer une réponse rapide aux partenaires</p>	<p>FICHE N° 7.1.1. – Mettre en place des outils d'évaluation et d'orientation des urgences</p>	
<p>GROUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE</p> <p>Optimisation des CMP</p>	<p><u>Porteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CPT 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensemble des CMP du territoire ▪ UNAFAM ▪ URPS ML

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

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

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

◆ Objectifs opérationnels	◆ Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mieux traiter les soins non programmés et les situations de crises en CMP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'un document de gradation des soins en CMP

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travailler un document de gradation des soins communs aux CMP <ul style="list-style-type: none"> - Modéliser le tri (en regard de la mission des CMP) - Partager les indicateurs d'attention à porter à un patient - Identifier des indicateurs cliniques permettant une gradation des réponses - Réalisation de fiches de recueil de données communes à l'ensemble des CMP - À articuler avec les staff nouvelles demandes quand il y en a, mais au-delà, étendre aux patients connus 	2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (HORS CMP) : Proposer une cellule d'évaluation des demandes à l'échelle départementale <ul style="list-style-type: none"> - Numéro de téléphone unique sur le modèle Handisoins 44 qui répondrait en première intention aux patients et aidants 	2020



◆ Moyens nécessaires identifiés

Pour mettre en place l'action

- Groupe de travail pour établir le (les) documents de gradation des soins
- Groupe de travail spécifique sur la cellule d'évaluation départementale unique

Pour la réalisation de l'action :

- Cellule (avec RH dédiées de type composante psychiatrie/santé mentale d'une plateforme territoriale d'appui)



OBJECTIF
7.2. Déployer des dispositifs pour prévenir et améliorer le repérage des troubles suicidaires

GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Mieux prévenir les situations de crises et d'urgences

<p>FICHE N° 7.2.1 – Sensibiliser et former les acteurs du 1er recours au repérage de la crise suicidaire, en s'appuyant sur Repères 44, l'unité Espace, le centre d'accueil et de crise suicidaire du CH G. Daumézon (CAPSI) et sur l'équipe de prévention du suicide du CH St Nazaire</p>	
<p><u>Porteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repères 44 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ URPS ML ▪ Département de MG Univ. Médecine ▪ Groupe prévention suicide (GPS) ▪ Unité Espace (CHU Nantes) ▪ Centre d'accueil et de crise suicidaire (CH Daumézon) ▪ Equipe de prévention du suicide (CH St Nazaire)

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Le repérage en ville, aussi bien pour les professionnels de premier recours, que tout professionnel travaillant avec des personnes souffrant de troubles psychiatriques est jugé insuffisamment développé. Si des actions peuvent être conduites au niveau local ou sur des infra territoires (par exemple, l'équipe de prévention du suicide du CH Daumézon est engagée depuis 2002 sur la formation au repérage de la crise suicidaire, et a formé plus de 1000 personnes dont plus d'une centaine de médecins généralistes) pour faciliter le repérage précoce, ces actions mériteraient d'être approfondies et développées à l'échelle du département.

Il convient en effet de développer spécifiquement la formation au repérage de la crise suicidaire, et la décliner (des urgences et centre de crise des soins de 1er recours en termes de repérage, et d'évaluation des sentinelles pour déstigmatiser la question du suicide et favoriser le repérage très précoce).

<p>◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer l'orientation des personnes présentant des risques suicidaires vers les professionnels compétents 	<p>◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de professionnels du premier recours formés au repérage de la crise suicidaire, ▪ Niveau de satisfaction de ces professionnels aux formations reçues
---	--



Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recenser sur les outils disponibles et les diffuser : annuaire des ressources régionales en matière de lutte contre le suicide de l'Association Régionale des Caisses de Mutualité Sociale Agricole et de l'ARS, etc. 	2019
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les publics à former de façon prioritaire (ceux intervenants chez enfants/ados et PA ?) et préciser les besoins de formation. 	2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des séquences de formation thématiques dans le cadre de la formation initiale, continue et de la simulation en santé en lien avec le département de MG de l'université de médecine (cf. fiches 2.1.1 et 2.1.2.). 	2021 - 2024
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégrer la thématique dans les formations croisées (fiche 3.5.1). 	

◆ Points de vigilance / Commentaires

- Liens à faire avec les actions suivantes :
 - 2.1.1 - Développer la formation en santé mentale auprès des internes de médecine générale
 - 2.1.2 - Développer la formation continue en santé mentale des professionnels de premier recours (médecins, infirmier.e.s, pharmacien/ne.s)
 - 3.5.1 - Développer les stages par comparaison, les journées de formation croisée, les partages de situation cliniques, entre partenaires de la psychiatrie, des ESMS et du premier recours



OBJECTIF 7.2. Déployer des dispositifs pour prévenir et améliorer le repérage des troubles suicidaires	FICHE N° 7.2.2 – Décliner la mise en œuvre dans le 44 du dispositif régional Vigilans	
GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L’ACTION A ETE TRAITEE Mieux prévenir les situations de crises et d’urgences	Porteur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ CHU d’Angers (centre référent régional Vigilans) 	Contributeurs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensemble des CH du département ▪ Repères 44

◆ Enjeux de l’action au regard du diagnostic

Si des actions de prévention sont mises en œuvre sur le département, portées par des structures comme le réseau Repères 44, ou dans le cadre des CLSM, le suivi des suicidants en post hospitalisation est déclaré insuffisant. Il n’existe pas de réponse harmonisée en la matière sur l’ensemble des CH du territoire.

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser le maillage prévu sur le territoire avec le porteur régional du dispositif ▪ Assurer une réponse efficace et harmonisée dans l’ensemble du département en matière de prévention de la récurrence suicidaire 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence d’un dispositif de type Vigilans dans l’ensemble des pôles de psychiatrie du territoire
--	--

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En lien avec le centre référent régional, recenser les besoins en matière de déploiement du dispositif Vigilans 	Dès fin 2019
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en œuvre ce déploiement 	Dès 2020

◆ Moyens nécessaires identifiés

– Moyens financiers supplémentaires à la mise en place de consultations de suivi des suicidants.



OBJECTIF
7.3. Mieux prévenir et répondre aux situations de crises et d'urgences

GROUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Mieux prévenir les situations de crises et d'urgences

<p>FICHE N° 7.3.1 – Mettre en place et diffuser, en s'appuyant sur l'existant, un dispositif de gestion des situations de crise, assurant un accueil en journée (sur le modèle du CAPSI) et une réponse téléphonique 24h/24 (sur le modèle des Urgences Médico-Psychologiques)</p>	
<p><u>Porteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ GHT (pour diffusion à l'ensemble des CH) 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CAPSI (CH Daumézon) ▪ UMP Nantes et St Nazaire ▪ ARS ▪ CH Blain

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Dans le parcours, de nombreux points de ruptures aboutissent à une gestion de la crise par un adressage aux urgences. Les facteurs de crises sont certes multiples, mais certains pourraient être évités / réduits, par un suivi davantage renforcé.

Les soins non programmés en CMP s'organisent différemment selon les secteurs, et ne sont pas nécessairement identifiés par les acteurs qui gèrent la crise. Les professionnels rencontrent des difficultés pour avoir accès à une réponse rapide de la part de la psychiatrie de secteur en cas de signaux d'alerte. Leur recours est alors de passer par la régulation du 15 ou directement par les urgences. Par conséquent, il ressort que des situations qui auraient pu être gérées au niveau du secteur sont directement prises en charge, in fine, par les urgences.

Pour les patients non connus du secteur, il n'y a à ce jour pas d'autres possibilités de que les adresser aux urgences en cas de crise.

<p>◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer une réponse graduée aux situations de crise, en évitant les passages aux urgences inadéquats, désengorger les urgences ▪ Assurer un maillage sur le territoire des dispositifs de gestion des crises qui ont fait leurs preuves 	<p>◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'une réponse téléphonique sur chaque CH en cas de crises, et communication des modalités aux partenaires, aux patients et aux aidants ▪ Mise en place d'un accueil de jour dédié aux crises intersectoriel sur chaque CH
--	--



Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Analyser les leviers de l'action</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Répertorier les pratiques existantes au CAPSI et dans les UMP en matière de réponse aux crises, les plus efficaces et les plus sollicitées 	2019
<p>2. Organiser sur chaque CH une réponse téléphonique avec une amplitude 24h/24 et 7 j/7, pour du conseil et une réassurance aux familles, aux personnes concernées et aux partenaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'appuyer sur le travail réalisé par les UMP des CH de Nantes et St Nazaire. ▪ Définir les acteurs en charge de cette réponse : Les CMP ? Des équipes de liaison ? 	Dès 2020
<p>3. Organiser sur chaque CH un accueil en journée pour les situations de crise, en amont des services d'urgences (sans que le recours à ceux-ci ne se révèle forcément nécessaire).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'appuyer sur le modèle du CAPSI du CH G. Daumézon. ▪ Définir les acteurs en charge de cette réponse : Les CMP ? Des équipes de liaison ? 	Dès 2020
<p>4. Organiser l'articulation entre ces réponses et le centre 15.</p>	2021

◆ Moyens nécessaires identifiés

Pour la mise en place de l'action

- Groupe de travail pour l'analyse des leviers : temps médical et cadre dédié
- Soutien des CH

Pour la réalisation de l'action

- Temps médical (IDE et PH) supplémentaire dédié à l'accueil de jour
- Temps médical supplémentaire dédié à la réponse téléphonique



OBJECTIF
7.3. Mieux prévenir et répondre aux situations de crises et d'urgences

GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Mieux prévenir les situations de crises et d'urgences

FICHE N° 7.3.2 – Penser et structurer la place des pairs aidants dans la gestion de la crise	
<u>Porteur :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CRESERC 	<u>Contributeurs :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aidants, Unafam ▪ GEM ▪ Porteur action 7.3.1 (GHT)

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Des pairs-aidants sont aujourd'hui parfois sollicités par les personnes concernées en cas de crise, mais de façon bénévole et non encadrée (réseaux sociaux).
 S'il est reconnu que les pairs-aidants ont leur place dans l'ensemble de la réponse psychiatrique, leur intervention dans le cadre des situations de crise n'a pas été pensée et structurée.

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mieux prendre en compte les personnes concernées dans l'organisation des dispositifs de soin psychiatrique ▪ Structurer la place des pairs aidants dans les processus de gestion des crises 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'un groupe de travail et réflexion menée avec les CMP <p>De résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence de pair aidants dans les dispositifs de gestion des crises des CH à l'horizon 2024 ▪ Statut salarié de ces pair aidants ▪ Identification et utilisation de cette RH par les partenaires
--	---



Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Constituer un groupe de travail chargé d’approfondir l’identification des besoins, et la place des pairs aidants tout au long du processus de gestion de la crise (en amont, pendant, en post crise)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Associer les CMP à cette réflexion. 	
<p>2. Pistes à développer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Associer les pairs-aidants à la réponse téléphonique mise en place dans le cadre de la gestion des crises (fiche 7.3.1.) ▪ Associer les pairs aidants à l’accueil en journée des personnes en situation de crises (fiche 7.3.1) 	2019 - 2020
<p>3. Identifier des opérateurs capables de former les pairs aidants à la gestion des crises et former les pairs aidants volontaires</p>	
<p>4. Expérimenter l’introduction d’un ou plusieurs pairs aidants en CMP, UMP ou CAPSI pour la gestion de crises, en lien avec la place définie lors de l’étape 1.</p>	2021 - 2022
<p>5. Bilan, ajustements et duplication du dispositif si pertinent.</p>	2022 - 2024

◆ Moyens nécessaires identifiés

Pour la mise en place de l’action :

- Temps dédié (médical et cadre) pour faire les analyses des besoins
- Groupe de travail dédié
- Soutien des CH

Pour la réalisation de l’expérimentation :

- Moyens pour la formation des pair aidants
- Salaire du / des pair aidants « pilotes »
- Soutien d’un CMP, du CAPSI, des UMP

Pour la duplication :

- Moyens pour la formation des pair aidants
- Salaire du / des pair aidants « pilotes »
- Soutien des structures d’accueil

◆ Points de vigilance

- Prêter attention à la « protection » des pairs aidants, qui ne sont pas compétents pour recevoir toutes les demandes : le moment le plus aigu de la crise n’est pas nécessairement adapté pour l’intervention du pairs aidants, notamment parce que la crise est souvent mixte, sanitaire et sociale.
- Bien différencier les pairs-aidants (bénévoles) et les médiateurs pairs-aidants (professionnels diplômés).



OBJECTIF
7.3. Mieux prévenir et répondre aux situations de crises et d'urgences

GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Mieux prévenir les situations de crises et d'urgences

FICHE N° 7.3.3 – Elaborer une procédure sur l'organisation de la réponse aux situations de crise entraînant un recours aux urgences	
<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ GHT 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services d'urgences générales, psychiatriques, et équipes de liaison ▪ URPS ML et IDE ▪ ESSMS ▪ Aidants ▪ Transports sanitaires et d'urgences ▪ Forces de l'ordre, justice

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Manque d'outils et de repères pour identifier les signaux d'alerte précurseurs de la crise ?
- Absence de référentiel partagé entre les différents acteurs sur la définition de la crise et les réponses graduées
- Manque de réponse systématique par la psychiatrie en cas de crise exprimé par les partenaires

<p>◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place des repères clairs et partagés sur les voies d'orientation adaptées aux différents niveaux de la crise ▪ Par-là, développer une définition commune aux différents partenaires de la santé mentale de la notion de crise en psychiatrie 	<p>◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'un protocole d'orientation en cas de crise psychiatrique ▪ Connaissance et reconnaissance par les différents acteurs de la santé mentale de ce protocole
---	---



Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place un groupe de travail mixte : MS, social, sanitaire, aidants 	2019
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer une définition partagée de la notion de crise ▪ Elaborer des parcours gradués types en fonction des signes et de l'urgence permettant de repérer les structures ressources, depuis les CMP jusqu'aux urgences. ▪ En appui sur des travaux réalisés dans d'autres départements (Maine et Loire) et régions (Normandie), travailler sur une procédure organisationnelle d'orientation vers les urgences, en impliquant l'ensemble des acteurs présents au moment de la crise. ▪ S'appuyer sur les outils d'évaluation de l'urgence mis en place dans le cadre de la fiche n°7.1.1. 	2019 - 2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffuser le protocole en psychiatrie, en MCO, aux acteurs du premier recours, aux MS et acteurs de l'inclusion, aux personnes concernées et entourage 	Mi 2020
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclure une phase d'évaluation et ajustements 	2021

◆ Points de vigilance / Commentaires

- Faire le lien avec l'action 2.2.1 « Mettre en place des procédures d'orientation adaptées post repérage et les diffuser » pour la méthodologie et la diffusion.
- Faire le lien avec l'action 7.1.1. « Mettre en place des outils de tri et d'évaluation des urgences » pour les outils d'évaluation des urgences.



OBJECTIF
7.4. Améliorer le suivi post urgences

GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
Mieux prévenir les situations de crises et d'urgences

FICHE N° 7.4.1 – Mettre en place des consultations post-urgences rapides dans les CMP ou auprès des médecins traitants partenaires	
<u>Porteur :</u> ▪ A définir	<u>Contributeurs :</u> ▪ Ensemble des CMP ▪ URPS ML ▪ Services d'urgences

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

La question de l'organisation du suivi post urgences est une préoccupation majeure pour les proches. Les patients en sortie ont le sentiment d'être peu accompagnés.

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

◆ Objectifs opérationnels ▪ Assurer des délais de consultation rapides pour les personnes en crise, non hospitalisées	◆ Indicateurs ▪ Mise en place d'une organisation pour les consultations post urgence dans l'ensemble des CH
---	---

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Dégager des créneaux d'urgence en CMP pour les consultations de suivi post hospitalisation des personnes connues et non connues du secteur : travailler avec les CMP sur l'intégration, dans leur organisation interne, de créneaux dédiés aux consultations post urgences. ▪ S'appuyer sur ce qui est fait entre l'UMP et le CMP de Nantes : un secteur organise, via plusieurs PH, l'accueil en consultations des personnes en post urgences dans des délais rapides, en l'attente d'un rendez-vous sur le CMP de leur secteur.	Dès 2020
2. Organiser le relais avec les médecins traitants , quand il est possible.	
3. Elaborer pour les urgences un document de liaison qui permette d'assurer la consultation de suivi.	

◆ Moyens nécessaires identifiés
– Temps de PH en CMP dédié.



OBJECTIF
7.4. Améliorer le suivi post urgences

GROUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
Mieux prévenir les situations de crises et d'urgences

FICHE N° 7.4.2 – Développer les dispositifs de particulière intensité à domicile (SPID) en suivi post urgences

<u>Porteur :</u> ▪ A définir	<u>Contributeurs :</u> ▪ Equipad, CHU Nantes ▪ UNAFAM
---------------------------------	---

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

En matière de suivi post urgence, Il est aujourd'hui très rare de pouvoir s'appuyer sur l'hospitalisation à domicile (HAD) en sortie d'hospitalisation ou d'urgences : elle ne prend pas les patients psychiatriques). Les équipes mobiles du territoire (Equipad à Nantes, ou l'équipe mobile de Blain par exemple) n'ont ni les moyens, ni les compétences pour proposer un suivi rapproché en sortie. Sur Nantes par exemple, cela nécessiterait d'augmenter le nombre de places d'Equipad (passage de 6 à 12).

Les dispositifs d'hospitalisation à domicile sont pourtant adaptés aux patients de la psychiatrie, et permettent de désengorger les services d'hospitalisation et d'éviter les ruptures des personnes avec leur milieu de vie.

◆ Objectifs opérationnels ▪ Développer une réponse adaptée de suivi des patients au domicile en alternative aux hospitalisations	◆ Indicateurs ▪ Nombre de dispositifs de particulière intensité (SPID) dans sur le département
--	--

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
▪ Identifier les besoins par territoire. Etudier les benchmarks disponibles sur le territoire et en dehors.	2019
▪ Mener une expérience pilote de SPID sur un des CH du département.	2020
▪ Evaluation, ajustements, diffusion du modèle.	2021 – 2024

◆ Moyens nécessaires identifiés
– Financement des dispositifs de SPID créés.



8. SOUTENIR LA MISE EN PLACE PAR LES PROFESSIONNELS DE NOUVELLES PRATIQUES ET NOUVEAUX OUTILS POUR LES PUBLICS SPECIFIQUES

4 actions déclinées

Objectif 8.1. Mieux accompagner les populations migrantes

- Action 8.1.1. Adapter la prise en charge en psychiatrie pour les populations migrantes (populations précarisées ne maîtrisant pas le français, Mineurs Non Accompagnés).
- Action 8.1.2. Renforcer les dispositifs existants : PASS psy, centre ressource de consultations transculturelles.

Objectif 8.2. Mieux accompagner les personnes souffrant de troubles psycho-traumatiques

- Action 8.2.1. Poursuivre les réflexions engagées dans le cadre de la réponse à l'appel à projet national pour l'identification du centre régional de prise en charge du psycho traumatisme.

Objectif 8.3. Mieux accompagner les personnes souffrant de TSA

- Action 8.3.1. Identifier la pertinence de mettre en place un réseau de « personnes ressources autisme » au sein des structures médico-sociales et sanitaires.

Action complémentaires (non déclinée)

- Identifier voire développer des supports non verbaux (exemple : via le COMEDE, MDM, etc.) pour les publics migrants, qui seraient mis à disposition des professionnels du secteur de la psychiatrie / Se procurer des documents officiels traduits



Fiches actions

<p>OBJECTIF</p> <p>8.1. Mieux accompagner les populations migrantes</p>	<p>FICHE N° 8.1.1 – Adapter la prise en charge en psychiatrie pour les populations migrantes (populations précarisées ne maîtrisant pas le français, Mineurs Non Accompagnés)</p>	
<p>GROUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L’ACTION A ETE TRAITEE</p> <p>Publics spécifiques</p>	<p><u>Porteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A définir 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ Associations ▪ PASS Psy ▪ EMPP ▪ ASAMLA

◆ Enjeux de l’action au regard du diagnostic

Les besoins autour de la prise en charge des populations migrantes sont de plus en plus importants. A ce jour, l’offre destinée spécifiquement à cette population est limitée.

Les problématiques de la mobilité et la recherche de l’interprétariat représentent des enjeux en matière d’accès aux soins des personnes migrantes. La question de la bonne communication entre le personnel soignant et les usagers est importante (accès à un interprète).

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

<p style="text-align: center;">◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Permettre une prise en charge adaptée des populations migrantes dans les services non spécialisés du champ de la psychiatrie ▪ Faire évoluer les modalités de prise en charge et d’accompagnement des populations migrantes ▪ Améliorer la prise en charge des mineurs non accompagnés 	<p style="text-align: center;">◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evolution du nombre d’actions collectives / autour du développement des compétences psychosociales ▪ Nombre de professionnels formés ▪ Nombre d’interprètes et de médiateurs en santé au sein des services de psychiatrie
--	---



Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Renforcer la formation initiale et continue des soignants aux spécificités des situations vécues par les migrants précaires / des situations interculturelles.	2019-2024
2. Développer les compétences psycho-sociales des personnes / Développer les actions collectives via des expérimentations (destinées à des adultes, des mineurs en famille, des MNA).	2019-2024
3. Renforcer l'interprétariat et la médiation en santé.	2020
4. Renforcer les moyens en pédopsychiatrie pour prendre en charge la souffrance psychique des mineurs migrants notamment les mineurs non accompagnés (MNA).	2020
5. Assurer des solutions d'aval en accueils sociaux après une hospitalisation psychiatrique pour les MNA.	2019-2024

◆ Points de vigilance / Commentaires

- La nécessité de préciser la population ciblée par l'action (population uniquement hors CE ou non, etc.)



OBJECTIF
8.1. Mieux accompagner les populations migrantes

GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
Publics spécifiques

FICHE N° 8.1.2 – Renforcer les dispositifs existants : PASS psy, centre ressource de consultations transculturelles	
Porteur : ▪ A définir	Contributeurs : ▪ ARS ▪ CH ▪ Associations ▪ ASAMLA ▪ PASS psy ▪ Centre de ressource de consultations transculturelles

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

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

De plus, l'adaptation des soins à l'histoire de l'utilisateur est un élément central dans la mise en place d'un accompagnement adapté. Dans le cadre du suivi des personnes migrantes, le recours à la psychiatrie transculturelle peut notamment permettre de venir répondre aux besoins de l'utilisateur tout en prenant en considération l'image des soins de santé mentale qui peut être variable selon le pays d'origine.

◆ Objectifs opérationnels	◆ Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la lisibilité sur les dispositifs existants auprès des professionnels et des usagers ▪ Adapter les dispositifs pour prendre en compte les difficultés de mobilité en zones rurales pour l'accès aux soins 	<p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'actions de communication <p>De résultat</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evolution du nombre de consultations au sein de la consultation transculturelle ▪ Existence de PASS mobiles

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire connaître ces dispositifs existants au plus grand nombre via la diffusion d'informations. 	2019 - 2023
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer la consultation transculturelle existante. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer une PASS mobile, dont une PASS psy. 	



OBJECTIF
8.2. Mieux accompagner les personnes souffrant de troubles psycho-traumatiques

GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Publics spécifiques

FICHE N° 8.2.1 – Poursuivre les réflexions engagées dans le cadre de la réponse à l'appel à projet national pour l'identification du centre régional de prise en charge du psycho traumatisme

<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A définir 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ CH (psychiatrie, pédiatrie, gynécologie, victimologie, Cump, UMJ...) ▪ Associations (France Victimes 44 Nantes, Prévenir et Réparer, SOS femmes, etc.)

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

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

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

<p>◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les besoins en matière de prise en charge du psychotraumatisme (en distinguant les besoins en fonction du type de psycho-traumatisme) ▪ Assurer une prise en charge adaptée des personnes victimes de psycho-traumatisme 	<p>◆ Indicateurs</p> <p>De suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de réunion des acteurs mobilisés ▪ De résultat ▪ Réalisation de l'enquête ▪ Existence d'une liste recensant les professionnels formés EMDR
--	--

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réunir régulièrement les acteurs mobilisés dans la réponse à l'appel à projet national réalisé en 2019 afin de recenser les besoins. 	2019-2021
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser une enquête sur la question du psychotraumatisme pour objectiver les besoins. 	2022
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Être prêt à répondre de manière cohérente à une deuxième vague d'appel national à projet de centres de traitement du psychotraumatisme. 	-
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablir une liste des professionnels formés aux techniques adaptées (EMDR). 	2020



<p>OBJECTIF</p> <p>8.3. Mieux accompagner les personnes souffrant de TSA</p>	<p>FICHE N° 8.3.1 – Identifier la pertinence de mettre en place un réseau de « personnes ressources autisme » au sein des structures médico-sociales et sanitaires</p>	
<p>GROUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L’ACTION A ETE TRAITEE</p> <p>Publics spécifiques</p>	<p><u>Porteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CRA 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ESMS du territoire ▪ CMP adultes et infanto-juvéniles du département

◆ Enjeux de l’action au regard du diagnostic

-Les personnes souffrant de troubles du spectre autistique sont parfois hospitalisées dans des services de la psychiatrie à défaut de places disponibles dans le secteur médico-social. Par ailleurs, les professionnels ne sont pas toujours formés à l’utilisation des méthodes et outils spécifiques aux personnes avec des troubles du spectre autistique et peuvent être en difficulté pour accompagner ce public. Le développement de liens et de l’articulation entre ces deux champs ressort comme étant nécessaire pour répondre aux besoins des personnes avec TSA, besoins qui évoluent et qui impliquent à la fois des prises en charge dans le secteur sanitaire et dans le secteur médico-social.

<p>◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer les compétences en matière de TSA au sein des différents secteurs de prise en charge ▪ Développer les liens entre les différents secteurs / acteurs de la prise en charge tout au long des parcours des personnes souffrant de TSA 	<p>◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence d’un réseau de personnes ressources autisme, au sein des structures médico-sociales et sanitaires du département ▪ Missions et activités de ce réseau ▪ Repérage de ce réseau par les acteurs ▪ Argumentaire justifiant l’absence de pertinence de la mise en place de ce réseau le cas échéant
--	---

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d’un groupe de travail pluriprofessionnel (et tous âges du public) pour identifier les besoins de coordination pour ce public, et les actions à mener sur le territoire pour améliorer le maillage de la prise en charge des TSA. 	<p>Janvier 2020</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ S’appuyer sur la circulaire du 25 février 2019 relative à la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l’autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022, pour définir des priorités d’actions. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place un réseau de personnes ressources pour coordonner ces actions, si besoin identifié par le GT. 	<p>Janvier 2021</p>



9. MIEUX ACCOMPAGNER LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS DANS LEUR PARCOURS DE SOINS

6 actions déclinées

Objectif 9.1. Renforcer et structurer une offre sanitaire départementale coordonnée en hospitalisation complète, pour enfants, adolescents et jeunes adultes

- Action 9.1.1. Pérenniser et structurer la nouvelle unité de crise pour adolescents de 5 lits au sein du service de pédiatrie du CHU de Nantes
- Action 9.1.2. Développer l'offre en hospitalisation complète sur le territoire autour de la création de la nouvelle unité d'hospitalisation à temps plein de St Nazaire, à vocation départementale, et structurer le maillage / les circuits d'adressage avec les autres structures de la psychiatrie et les acteurs du parcours de vie (social, MS, ASE, PJJ, EN...).

Objectif 9.2. Mieux articuler les offres sanitaires (intra et extra hospitalières) dans une logique de parcours de soin

- 9.2.1. Formaliser, sous forme d'un cahier des charges commun au 44, les modalités de relais de prise en charge entre les différentes structures des secteurs de pédopsychiatrie : CMP, CATTP ou HDJ.
- 9.2.2. Assurer un maillage cohérent en hospitalisation de jour à destination des adolescents sur l'ensemble du territoire : mutualiser l'offre, assurer une offre de proximité, structurer la place de l'HDJ au sein des parcours en psychiatrie.

Objectif 9.3. Harmoniser les délimitations d'âges et les règles de sectorisation sur les adresses de référence de l'enfant

- 9.3.1. Redéfinir, sur l'ensemble du territoire de Loire-Atlantique, l'offre de soins par tranche d'âges et problématiques spécifiques en cohérence avec les principaux partenaires, et améliorer la lisibilité des parcours par âges et spécificités.
- 9.3.2. Rédiger un protocole départemental des règles de sectorisation sur les adresses de référence de l'enfant.

Actions complémentaires (non déclinées)

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



Fiches actions

OBJECTIF 9.1. Renforcer et structurer une offre sanitaire départementale coordonnée en hospitalisation complète, pour enfants, adolescents et jeunes adultes	FICHE N° 9.1.1 – Pérenniser et structurer la nouvelle unité de crise pour adolescents de 5 lits au sein du service de pédiatrie du CHU de Nantes	
GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L’ACTION A ETE TRAITEE Axe 1 du PAP - Parcours	Porteur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de travail de l’axe 1 du PAP 	Contributeurs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipe médico-soignante de l’unité CAP

◆ Enjeux de l’action au regard du diagnostic
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer le parcours de soin, dans la pédiatrie, des enfants et adolescents en situation de crise nécessitant des soins psychiques, en optimisant leur prise en charge. ▪ Proposer une nouvelle organisation, graduée, consistant à : <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l’accueil et la prise en charge aux urgences, - Offrir des soins pédopsychiatriques intensifs pour les patients du CAP, - Renforcer la collaboration avec la psychiatrie infanto-juvénile de secteur et associative

◆ Objectifs opérationnels	◆ Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structurer une offre d’hospitalisation en cas de soin non programmé et de crise dans le département pour les adolescents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet de service de l’unité de crise du CHU de Nantes et bilan de l’activité

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Rédiger un projet de service à vocation départementale précisant les modalités d’admission, de sortie, les liens avec les secteurs de pédopsychiatrie et les liens avec les acteurs du parcours de vie (social, MS, ASE, PJJ, EN...)	Fin 2019
2. Transmettre le projet de service au groupe de travail de l’axe 1	

◆ Moyens nécessaires identifiés
– Moyens financiers à pérenniser



<p>OBJECTIF</p> <p>9.1. Renforcer et structurer une offre sanitaire départementale coordonnée en hospitalisation complète, pour enfants, adolescents et jeunes adultes</p>	<p>FICHE N° 9.1.2 – Développer l’offre en hospitalisation complète sur le territoire autour de la création de la nouvelle unité d’hospitalisation à temps plein de St Nazaire, à vocation départementale. Structurer le maillage / les circuits d’adressage avec les autres acteurs de la psychiatrie et du parcours de vie (social, MS, ASE, PJJ, EN...)</p>	
<p>GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L’ACTION A ETE TRAITEE</p> <p>Axe 1 du PAP - Parcours</p>	<p><u>Porteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de travail de l’axe 1 du PAP 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pédiopsychiatrie du secteur de St Nazaire ▪ Cadre responsable de la future unité de St Nazaire ▪ Groupe de travail de l’axe 2 du PAP

◆ Enjeux de l’action au regard du diagnostic

Augmenter l’offre capacitaire départementale au regard du déficit en lits constaté et organiser l’adressage pour le rendre lisible par l’ensemble des acteurs de prise en charge.

<p>◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disposer d’une offre en hospitalisation complète développée et coordonnée avec les autres structures, sur le territoire de St Nazaire. 	<p>◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de lits créés en hospitalisation complète sur le CH de St Nazaire ▪ Existence de modalités d’accès clairement formalisées et diffusées ▪ Diversité de l’origine (géographique mais aussi en termes de partenaires) des adressages sur les lits départementaux créés à St Nazaire
--	---

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Création de lits</p> <p>Assurer les conditions de création d’une unité d’hospitalisation enfants, adolescents, jeunes adultes de 12 lits sur le CH de Saint-Nazaire pour une ouverture en novembre 2019 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En déposant le dossier d’autorisation dans les délais (décembre 2018) ▪ En rédigeant un projet de service à vocation départementale, précisant les modalités d’admission, de sortie, les liens avec le secteur de la pédiopsychiatrie et les liens avec les acteurs du parcours de vie (social, MS, ASE, PJJ, EN...) 	<p>En cours</p>



<p>2. Adapter l'offre hospitalière environnante</p> <p>Adapter les projets de service du SHIP, de l'unité Espace du CHU et du service de pédiatrie de Saint-Nazaire dans la nouvelle configuration coordonnée de l'offre en hospitalisation complète départementale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les modalités d'entrée et les indications différentielles entre ces unités (lister les critères) ▪ Identifier les modalités de prise en charge des patients âgés de 16 à 18 ans et les indications/articulations différentielles entre les unités d'hospitalisation de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte ▪ Faciliter la création d'une rencontre des partenaires à mobiliser (avant l'ouverture de l'unité de Saint-Nazaire) ▪ Valider par l'instance de régulation et d'évaluation 	<p>2020</p>
<p>3. Formaliser des circuits d'adressage et des parcours au sein de l'offre</p> <p>Formaliser dans le cadre du projet médical partagé du GHT44, les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'offre d'hospitalisation complète concourant à la prise en charge des troubles psychiatriques dans le département.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rédiger une trame permettant le recensement de l'offre en HC sur le 44, l'identification des modalités d'accès pour chaque unité d'HC, les modalités d'organisation et de fonctionnement et les modalités de sortie et de relais pour chaque unité. ▪ Validation par le GCS pour une transmission au GHT 44 	<p>2020</p>

◆ Moyens nécessaires identifiés

- Financement des lits d'hospitalisation au CH de St Nazaire
- Groupes de travail entre partenaires pour l'adaptation de l'offre environnante et la formalisation des règles d'adressage



OBJECTIF 9.2. Mieux articuler les offres sanitaires (intra et extra hospitalières) dans une logique de parcours de soin	FICHE N° 9.2.1 – Formaliser, sous forme d’un cahier des charges commun au 44, les modalités de relais de prise en charge entre les différentes structures des secteurs de pédopsychiatrie : CMP, CATTP ou HDJ	
GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L’ACTION A ETE TRAITEE Axe 1 du PAP - Parcours	Porteur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de travail de l’axe 1 du PAP 	Contributeurs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Secteurs de pédopsychiatrie du 44 ▪ Représentants des familles

◆ Enjeux de l’action au regard du diagnostic

Formaliser des circuits clairement identifiés afin d’améliorer la lisibilité de l’organisation des prises en charge pour l’ensemble des acteurs du territoire.

◆ Objectifs opérationnels <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mieux structurer et fluidifier les parcours au sein des différentes modalités de prise en charge de la psychiatrie publique ▪ Harmoniser les modalités de prise en charge entre les différents secteurs en respectant les particularités infra territoriales 	◆ Indicateurs <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence de règles de « circulations » entre les différentes structures (critères cliniques) formalisées et diffusées au sein de la pédopsychiatrie du département
---	---

Calendrier	
1. Rendre lisible la fonction expertise du CMP, la fonction CATTP et la fonction HDJ	2020
2. Identifier les modalités de relais entre : <ul style="list-style-type: none"> ▪ CMP-CATTP ▪ CMP-HDJ ▪ CATTP-HDJ Il s’agira de prendre en compte le droit aux allers-retours entre les unités.	
3. Rendre lisible l’organisation du parcours de soins	



OBJECTIF
9.2. Mieux articuler les offres sanitaires (intra et extra hospitalières) dans une logique de parcours de soin

GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Axe 2 du PAP – Collaborations opérationnelles

FICHE N° 9.2.2 – Assurer un maillage cohérent en hospitalisation de jour à destination des adolescents sur l'ensemble du territoire : mutualiser l'offre, assurer une offre de proximité, structurer la place de l'HDJ au sein des parcours en psychiatrie

<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de travail de l'axe 2 du PAP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablissements et secteurs de psychiatrie concernés ▪ Groupe de travail de l'axe 1 du PAP

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

L'offre de prise en charge spécialisée adolescents s'est développée pour chaque secteur de pédopsychiatrie sur l'agglomération nantaise mais reste juxtaposée et peu coordonnée dans ses objectifs, ses moyens dans le cadre du parcours de soins. Elle est par ailleurs incomplète pour répondre en proximité sur le territoire aux besoins des adolescents en termes d'accueil à temps partiel.

<p>◆ Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser et mutualiser l'offre HDJ/ CATTP spécialisée adolescents sur l'agglomération de Nantes ▪ Permettre une offre de proximité des HDJ/CATTP à destination des adolescents en compléments des HDJ spécialisés sur le territoire ▪ Structurer la place des HDJ au sein des parcours en psychiatrie, agir sur la lisibilité de l'amont et de l'aval 	<p>◆ Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de places créées en HDJ et répartition des structures et/ou des adresses
--	---

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Mutualiser l'offre HDJ/CATTP spécialisée à destination des adolescents sur Nantes (intersectorielles ? inter-établissements ? Nord/Sud ...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablir un état des lieux des ressources en HDJ et en CATTP spécifiques sur l'agglomération de Nantes ▪ Partager les objectifs de la mutualisation (lisibilité de l'offre, partage des locaux, de ressources, taille des groupes, nombre de places d'urgence...) ▪ Evaluer la pertinence d'une offre HDJ/CATTP mutualisée selon les publics et les besoins 	<p>2019 - 2020</p>



<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir une organisation et la coordination des prises en charge avec les secteurs de pédopsychiatrie et les acteurs du médicosocial, du social 	
<p>2. Assurer une offre de proximité des HDJ à destination des adolescents en complément des HDJ spécialisés actuellement tous positionnés sur l'agglomération nantaise</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluer l'intérêt d'une mise en place d'un CATTP spécialisé adolescent pour offrir un accueil en proximité sur les territoires non couverts 	2020 - 2024
<p>3. Structurer la place de l'HDJ/CATTP au sein des parcours en psychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réviser les projets de service en repositionnant les HDJ (généralistes ou spécialisés) dans le parcours de soins, en amont et aval de l'hospitalisation et dans leurs missions de secteur 	2020

◆ Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail pour l'évaluation des besoins en termes d'offre et la révision des projets de service.
- Financement si création de places supplémentaires en HDJ et/ou CATTP



OBJECTIF
9.3. Harmoniser les délimitations d'âges et les règles de sectorisation sur les adresses de référence de l'enfant

GRUPE THEMATIQUE DANS LESQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE
 Axe 2 du PAP – Collaborations opérationnelles

FICHE N° 9.3.1 – Redéfinir, sur l'ensemble du territoire de Loire-Atlantique, l'offre de soins par tranche d'âges et problématiques spécifiques en cohérence avec les principaux partenaires, et améliorer la lisibilité des parcours par âges et spécificités

<u>Porteur :</u>	<u>Contributeurs :</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de travail de l'axe 2 du PAP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablissements et secteurs concernés (pédopsychiatrie et générale) ▪ GCS ▪ ARS

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

La prise en charge des tranches d'âges est variable selon les acteurs et les dispositifs de prise en charge ; cela nuit à la clarté de l'offre et de l'orientation proposée sur le territoire.

La notion d'âge frontière est variable et doit être clarifiée pour mieux anticiper et organiser les relais de prises en charge et éviter les ruptures.

◆ Objectifs opérationnels	◆ Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penser des parcours autour de ces trois tranches d'âge : <ul style="list-style-type: none"> – Petite enfance : 0 à 3 ans (PMI) – Enfance : 4 à 11 ans (maternelle-primaire) – Adolescence : 12 à 18 ans (Secondaire, MDA) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence et diffusion de règles de tuilage des 16-19 ans ▪ Mention des âges frontières définis par le groupe dans les projets de service en pédopsychiatrie ▪ Existence d'outils d'information du public sur les frontières d'âge

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Organiser l'offre de pédopsychiatrie publique ambulatoire autour des âgées d'accueil et définir les règles de tuilage des 16-19 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revoir les projets de service et les organisations pour répondre effectivement aux âges d'accueil affichés 	Sur 3 ans
<p>2. Organiser le tuilage et les relais sur les tranches d'âges frontières :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 3-4 ans – 10-11 ans – 18-20 ans ▪ Inscrire cette organisation dans les projets de services et de pôles de pédopsychiatrie 	



<p>3. Organiser les tuilages des 16-19 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir une procédure d'organisation de relais des PEC ados avec les secteurs adultes 	<p>Sur 1 an</p>
<p>4. Actualiser les plaquettes et les sites internet de chaque offre pour rendre visible la graduation de l'offre de soins en 3 niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Détection – Repérage – Soins généraux ▪ Faire le lien avec l'ensemble de l'offre privée également. 	<p>Septembre 2019</p>
<p>5. Organiser une information centralisée accessible au public : site Internet d'information commun permettant une visibilité claire de la sectorisation et des âges</p>	<p>Sur 3 ans</p>

◆ Moyens nécessaires identifiés

- Des ressources de communication et de gestion des informations partagées
- Groupe de travail PEC adolescents et secteur adultes



OBJECTIF 9.3. Harmoniser les délimitations d'âges et les règles de sectorisation sur les adresses de référence de l'enfant	FICHE N° 9.3.2 – Rédiger un protocole départemental des règles de sectorisation sur les adresses de référence de l'enfant	
GRUPE THEMATIQUE DANS LEQUEL L'ACTION A ETE TRAITEE Axe 2 du PAP – Collaborations opérationnelles	Porteur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de travail de l'axe 3 du PAP 	Contributeurs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité inter-établissement

◆ Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Les règles générales de sectorisation pour la pédopsychiatrie ne sont pas écrites et les exceptions et spécificités liées à l'enfance, à la famille (adresse de référence, relais de prise en charge...) ne sont ni définies, ni partagées. L'enjeu est de donner de la visibilité à tous les acteurs de la prise en charge et aux usagers.

◆ Objectifs opérationnels	◆ Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disposer d'outils partagés précisant les règles de sectorisation en pédopsychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'un document précisant les règles de sectorisation et la cartographie des secteurs ▪ Diffusion de l'outil aux partenaires

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Définir les règles générales de sectorisation pour l'accès à l'ambulatoire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir les typologies des lieux de vie et les critères de priorisation 	Juin 2020
2. Définir une carte des secteurs de Nantes	1 ^{er} trimestre 2020

◆ Moyens nécessaires identifiés

– Groupe de travail



V. LISTE DES ACTIONS ET DES PORTEURS

Axe thématique	Objectif	N° FA	Intitulé action	Porteur
1 - Mieux lutter contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale (3 actions)	1.1. Renforcer la lutte contre la stigmatisation et favoriser la promotion des droits des personnes avec une problématique en santé mentale	1.1.1	Réunir les acteurs des champs social, médico-social et sanitaire afin d'identifier et de mener des actions en matière de lutte contre la stigmatisation et de promotion des droits dans le champ de la santé mentale.	UNAFAM
	1.2. S'appuyer sur les groupes de pairs aidants pour accompagner les personnes dès le repérage et tout au long du parcours	1.2.1	Identifier, « recruter », former et indemniser des patients pairs aidants, et penser les moments et les modalités adéquats de leurs interventions dans le parcours de soins et de vie des personnes concernées	CRESERC
		1.2.2	Accompagner le déploiement des GEM sur le territoire	Réseau des GEM du 44
2 - Favoriser l'accès à la prévention, au dépistage et au repérage précoce des troubles psychiques (7 actions)	2.1. Développer les actions de formation au repérage des troubles psychiques	2.1.1	Développer la formation en santé mentale auprès des internes de médecine générale	Responsables DES psychiatrie et DES MG, Univ. de Nantes
		2.1.2	Développer la formation continue en santé mentale des professionnels de premier recours (médecins, infirmier.e.s, pharmacien/ne.s)	ARS
		2.1.3	Intégrer les problématiques de santé mentale dans les projets de santé des maisons, centres de santé et communautés professionnelles territoriales en santé (CPTS)	URPS ML
	2.2. Préciser la procédure d'orientation dès le repérage	2.2.1	Mettre en place des procédures d'orientation adaptées post repérage et les diffuser	GHT
	2.3. Faciliter l'accès au repérage précoce en mobilisant les acteurs représentatifs du sujet au niveau départemental et infra territorial	2.3.1	Identifier les acteurs du soutien au repérage précoce chez les enfants et les faire connaître aux professionnels concernés	MDA
		2.3.2	Identifier les éléments de transition contribuant à mieux prendre en compte les risques de rupture dans les parcours des enfants, des adolescents et des jeunes adultes et mettre en place des instances pour favoriser les passages	MDA



		2.3.3	Identifier, en collaboration avec les partenaires, les outils de communication disponibles pour prévenir les conduites à risques et particulièrement les risques suicidaires auprès des adolescents, et si nécessaire en développer de « nouveaux »	MDA
3 - Mieux coordonner les différents secteurs de la santé mentale, pour éviter les ruptures de parcours de vie et de soin des personnes vivant avec un handicap psychique (14 actions)	3.1. Mieux identifier les acteurs et dispositifs intervenant dans le champ de la santé mentale	3.1.1	Réaliser une cartographie des acteurs et dispositifs en santé mentale et identifier les ESMS accompagnant des personnes avec handicap psychique (au-delà des agréments), en appui sur A2C44	A2C44
		3.1.2	Référencer les acteurs intervenant auprès des différents publics aux besoins spécifiques (notamment les professionnels de santé spécialisés ou sensibles à certaines problématiques), prévoir l'actualisation de ces éléments et les diffuser auprès des acteurs	A définir
	3.2. Développer les dispositifs de coordination entre les professionnels	3.2.1	Développer et formaliser la coordination de parcours au niveau local entre les acteurs des champs de la psychiatrie, du social et du médico-social, enfants et adultes, par le biais de conventions avec engagements réciproques	Gouvernance PTSM
		3.2.2	Définir les modalités de collaboration entre les partenaires des champs de l'enfance et de l'adolescence autour d'une charte commune	C. Lemoine
		3.2.3	Mettre en place une instance intersectorielle de coordination des admissions en pédopsychiatrie (place des secteurs a priori ou a posteriori dans les priorisations des hospitalisations en pédopsychiatrie)	Responsable axe 1 PAP
		3.2.4	Etablir des conventions au sein des CMP avec les partenaires	Gouvernance PTSM
		3.3 - Eviter les situations de ruptures pour les populations présentant des problématiques spécifiques	3.3.1	Développer les liaisons entre les services de psychiatrie et les services spécialisés en addictologie
	3.3.2		Mener une réflexion afin d'anticiper la prise en charge des personnes sortant de prison ayant une problématique en santé mentale en distinguant les personnes sortant de centres de détention et de maisons d'arrêt	Administration pénitentiaire / CHU Nantes
	3.3.3		Etablir des protocoles communs avec les partenaires afin d'anticiper la gestion des cas les plus complexes chez les enfants et adolescents	Mme Neyrolles, CD
	3.4. Consolider les travaux engagés avec la protection	3.4.1	Créer la structure de répit avec le Conseil départemental	Mme Neyrolles, CD / M Boidin



	de l'enfance (ASE et PJJ)	3.4.2	Formaliser la prise en charge des mineurs sous mesure de protection (dont les détenus)	A définir
	3.5. Mettre en place une politique de formation partagée à destination des professionnels de la psychiatrie et des partenaires	3.5.1	Développer les stages par comparaison, les journées de formation croisée, les partages de situation cliniques, entre partenaires de la psychiatrie, des ESMS et du premier recours	Gouvernance PTSM / GT axe PAP
		3.5.2	Favoriser les actions de sensibilisation et de formation au sein des services de psychiatrie, à destination des professionnels du 1er recours et de ceux de la petite enfance autour de la thématique des TSA dans un objectif de mise en œuvre des recommandations de la HAS	CRA
	3.6. Structurer l'articulation entre les acteurs / les financeurs	3.6.1	Développer la concertation entre les différents financeurs à l'échelle départementale, pour permettre d'assurer la prise en charge et l'accompagnement de publics avec des problématiques multiples	Gouvernance PTSM
4 - Favoriser l'accès aux soins psychiatriques tout au long du parcours des personnes vivant avec un trouble psychique, y compris les soins de réhabilitation psychosociale (6 actions)	4.1. Améliorer, harmoniser, les organisations des CMP pour optimiser les délais de prise en charge sur tout le territoire, et mieux répondre aux demandes de soins non programmés	4.1.1	Développer les fonctions d'accueil et de pivot des CMP de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile dans une optique d'harmonisation	CPT / GT axe 1 PAP
		4.1.2	Développer la mobilité des équipes de CMP ou envisager la pertinence de mettre en place des équipes mobiles, pour être en capacité d'aller davantage vers la personne, à tout moment nécessaire du parcours	GHT
	4.2. Développer les dispositifs de réhabilitation psychosociale sur le territoire	4.2.1	Soutenir le déploiement du CRESERC comme centre de référence en réhabilitation psychosociale, et favoriser le développement d'espaces de réhabilitation psychosociale de proximité sur le territoire	CRESERC / CREHPSY
	4.3. Faciliter la mobilité et l'accès aux soins sur le territoire	4.3.1	Elaborer et/ou mettre à jour un annuaire de l'offre de transports alternative et conventionner avec les transporteurs	A définir
		4.3.2	Mieux communiquer sur la politique de l'assurance maladie pour les prises en charge en termes de transport	A définir
		4.3.3	Associer les élus aux réflexions visant les résolutions des problèmes de transport et impliquer les directions techniques des politiques de transport	A définir
	5 - Favoriser l'accès aux accompagnements	5.1. Améliorer l'accès et le	5.1.1	Accompagner le développement de solutions diversifiées pour faciliter l'accès puis le maintien dans le logement, y compris



sociaux et médico-sociaux des personnes vivant un handicap psychique (3 actions)	maintien dans le logement		par la réponse à l'appel à projet national « un chez soi d'abord ».	
		5.1.2	Conventionner avec les bailleurs ainsi que toute structure non spécialisée accueillant des personnes souffrant de troubles psychiques	USH / CH
	5.2. Améliorer l'accès et le maintien dans l'emploi	5.2.1	Appuyer et déployer les dispositifs d'accompagnement vers l'emploi dans une logique de réponse graduée	A définir
6 - Favoriser l'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec un trouble psychique (4 actions)	6.1. Améliorer le suivi somatique à domicile / en ville en communiquant mieux avec le médecin traitant	6.1.1	Formaliser des modalités de suivis partagés entre psychiatrie et médecine générale pour le suivi des patients chroniques stabilisés.	CPT / URPS ML
	6.2. Organiser un accueil spécifique pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques au sein des établissements MCO	6.2.2	Développer et faire connaître deux dispositifs existants : Handisoins 44 et équipes mobiles de psychiatrie de liaison (médecin ou IDE)	GHT
	6.3. Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes suivies / hospitalisées en psychiatrie	6.3.1	Innover dans les organisations des ressources humaines pour faciliter l'accès aux soins somatiques et à la psychiatrie de liaison (téléconsultations, IPA, ...)	CPT
	6.4. Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes suivies en établissement médico-social	6.4.1	Organiser des actions de prévention et d'éducation thérapeutique dans les établissements médico-sociaux	CPT
7 - Mieux prévenir et prendre en charge les situations d'urgences et de crises (8 actions)	7.1. Mettre en place des outils et dispositifs pour assurer une réponse rapide aux partenaires	7.1.1	Mettre en place des outils de tri et d'évaluation des urgences	CPT
	7.2. Déployer des dispositifs pour prévenir et améliorer le repérage des	7.2.1	Sensibiliser et former les acteurs du 1er recours au repérage de la crise suicidaire, en s'appuyant sur Repères 44, l'unité Espace, le centre d'accueil et de crise suicidaire du CH G. Daumézon (CAPSI) et sur	Repères 44



	troubles suicidaires		l'équipe de prévention du suicide du CH St Nazaire	
		7.2.2	Décliner la mise en œuvre dans le 44 du dispositif régional Vigilans	CHU Angers
	7.3. Mieux prévenir et répondre aux situations de crises et d'urgences	7.3.1	Mettre en place et diffuser, en s'appuyant sur l'existant, un dispositif de gestion des situations de crise, assurant un accueil en journée (sur le modèle du CAPSI) et une réponse téléphonique 24h/24 (sur le modèle des Urgences Médico-Psychologiques)	GHT
		7.3.2	Penser et structurer la place des pair-aidants dans la gestion de la crise	CRESERC
		7.3.3	Elaborer une procédure sur l'organisation de la réponse aux situations de crise entraînant un recours aux urgences	GHT
	7.4. Améliorer le suivi post urgences	7.4.1	Mettre en place des consultations post-urgences rapides dans les CMP ou auprès des médecins traitants partenaires	A définir
		7.4.2	Développer les dispositifs de particulière intensité à domicile (SPID) en suivi post urgence	A définir
8 - Soutenir la mise en place par les professionnels de nouvelles pratiques et nouveaux outils pour les publics spécifiques (4 actions)	8.1. Mieux accompagner les populations migrantes	8.1.1	Adapter la prise en charge en psychiatrie pour les populations migrantes (populations précarisées ne maîtrisant pas le français, Mineurs Non Accompagnés)	A définir
		8.1.2	Renforcer les dispositifs existants : PASS psy, centre ressource de consultations transculturelles	A définir
	8.2. Mieux accompagner les personnes souffrant de troubles psycho-traumatiques	8.2.1	Poursuivre les réflexions engagées dans le cadre de la réponse à l'appel à projet national pour l'identification du centre régional de prise en charge du psycho traumatisme	A définir
	8.3. Mieux accompagner les personnes souffrant de TSA	8.3.1	Identifier la pertinence de mettre en place un réseau de « personnes ressources autisme » au sein des structures médico-sociales et sanitaires	CRA
9 - Mieux accompagner les enfants et les adolescents dans leur parcours de soin (6 actions)	9.1. Renforcer et structurer une offre sanitaire départementale coordonnée en hospitalisation complète, pour enfants, adolescents et jeunes adultes	9.1.1	Pérenniser et structurer la nouvelle unité de crise pour adolescents de 5 lits au sein du service de pédiatrie du CHU de Nantes	GT axe 1 PAP
		9.1.2	Développer l'offre en hospitalisation complète sur le territoire autour de la création de la nouvelle unité d'hospitalisation à temps plein de St Nazaire, à vocation départementale, et structurer le maillage / les circuits d'adressage avec les autres structures de la	GT axe 1 PAP



			psychiatrie et les acteurs du parcours de vie (social, MS, ASE, PJJ, EN...)	
	9.2. Mieux articuler les offres sanitaires (intra et extra hospitalières) dans une logique de parcours de soin	9.2.1	Formaliser, sous forme d'un cahier des charges commun au 44, les modalités de relais de prise en charge entre les différentes structures des secteurs de pédopsychiatrie : CMP, CATTP ou HDJ	GT axe 1 PAP
		9.2.2	Assurer un maillage cohérent en hospitalisation de jour à destination des adolescents sur l'ensemble du territoire : mutualiser l'offre, assurer une offre de proximité, structurer la place de l'HDJ au sein des parcours en psychiatrie	GT axe 2 PAP
	9.3. Harmoniser les délimitations d'âges et les règles de sectorisation sur les adresses de référence de l'enfant	9.3.1	Redéfinir, sur l'ensemble du territoire de Loire-Atlantique, l'offre de soins par tranche d'âges et problématiques spécifiques en cohérence avec les principaux partenaires, et améliorer la lisibilité des parcours par âges et spécificités	GT axe 2 PAP
		9.3.2	Rédiger un protocole départemental des règles de sectorisation sur les adresses de référence de l'enfant	GT axe 3 PAP

