

**PROJET TERRITORIAL  
DE SANTE MENTALE  
DE LA SARTHE  
2018-2022**

**Adopté par le comité de pilotage *ad hoc* le vendredi 2 février 2018.**

**Transmis à l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire**

**en vue de son approbation**

**et de sa publication.**



# PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE LA SARTHE

## Propos introductifs

Un large collectif de professionnels, représentants de collectivités locales (dont le Département), de très nombreux établissements et services des champs sanitaire (dont l'Etablissement public de santé mentale de la Sarthe), médico-social et plus largement social, d'administrations de l'Etat, d'usagers et de citoyens engagés dans le monde associatif, a pris l'initiative d'élaborer le projet territorial de santé mentale de la Sarthe pour les années 2018 à 2022, dans le cadre législatif nouveau dessiné par l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016.

Les premiers contacts ayant été pris en novembre 2016, le chantier s'est ouvert officiellement en février 2017. S'appuyant sur plusieurs travaux antérieurs déjà officialisés, les acteurs les plus engagés ont été en mesure de synthétiser rapidement les éléments d'un diagnostic territorial partagé.

La mobilisation de plusieurs groupes thématiques est venue compléter des travaux de synthèse réalisés à partir des documents programmatiques existants, de manière à couvrir l'ensemble du champ d'un projet territorial de santé mentale. Le groupe projet constitué de représentants d'une dizaine de personnes morales a rendu compte, aux principales étapes de l'avancement des travaux, à un comité de pilotage très largement composé. Ce dernier a finalement validé l'ensemble du document (diagnostic et projet proprement dit) à l'unanimité (au terme d'une longue séance d'ultimes amendements et mises au point rédactionnelles) vendredi 2 février 2018.

Ses rédacteurs ont délibérément choisi de présenter les deux volets du projet territorial de santé mentale de la Sarthe dans un seul et même document, même si la loi prévoit que l'Agence régionale de santé les approuve distinctement. Il s'agit en effet de donner au lecteur la vision globale des enjeux de santé mentale propres au territoire sarthois. Ce choix permettait également de limiter les redondances, en traduisant sans délai les manques constatés en résultats attendus, résumés en tête de chaque fiche-action.

Enfin, il importe de souligner que les acteurs du territoire qui ont produit cette vaste feuille de route dans le champ de la santé mentale l'ont voulue la plus opérationnelle possible. Les partenaires qui se sont mis d'accord pour l'écrire partagent la même volonté de la traduire rapidement en actes. C'est pourquoi d'ailleurs le projet comporte une fiche consacrée au pilotage de sa mise en œuvre par les acteurs eux-mêmes, dans le respect de l'esprit de solidarité et de responsabilité qui les réunit.

Lorsque l'Agence régionale de santé aura procédé aux consultations réglementairement requises et aura été en mesure d'arrêter le projet territorial de santé mentale et de le publier, sa traduction dans le contrat territorial de santé mentale prévu par la loi et dans les contrats d'objectifs et de moyens des acteurs concernés, achèvera de lui donner son caractère de document d'orientation stratégique et opérationnelle au service de la santé mentale de tous les Sarthois.

# PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE LA SARTHE

## Sommaire général

<b>Première partie : le diagnostic territorial .....</b>	<b>3</b>
Table des matières .....	4
Sources .....	5
Données utilisées .....	5
Liste des annexes du diagnostic .....	7
Introduction .....	8
Méthodologie d'élaboration du diagnostic .....	10
Éléments de diagnostic au regard des six priorités réglementaires d'un projet territorial de santé mentale .....	15
Annexes .....	28
<b>Seconde partie : le projet territorial de santé mentale.....</b>	<b>59</b>
Sommaire .....	60
Axe 1.....	62
Axe 2.....	81
Axe 3.....	99
Axe 4.....	109
Axe 5.....	114
Axe 6.....	119

# Première partie

## Le diagnostic territorial

## **Table des matières du diagnostic**

Sources bibliographiques .....	5
1. Le cadre réglementaire .....	5
2. Les autres sources .....	5
Données utilisées .....	5
Liste des annexes .....	7
<b>Introduction .....</b>	<b>8</b>
<b>Méthodologie d'élaboration du diagnostic : du diagnostic des parcours en psychiatrie et santé mentale au diagnostic territorial partagé .....</b>	<b>10</b>
• Le diagnostic territorial partagé a bénéficié des travaux antérieurement réalisés en Sarthe.....	10
• Le diagnostic territorial partagé est enrichi de ces différentes sources.....	12
• Les principaux constats issus de l'analyse des parcours selon la méthodologie de l'ANAP .....	12
<b>Les éléments de diagnostic au regard des six priorités réglementaires d'un projet territorial de santé mentale :</b>	
<b>Priorité n°1 : le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles .....</b>	<b>15</b>
• L'organisation de la sensibilisation des acteurs au repérage des signes d'alerte .....	15
• L'organisation d'un partenariat entre la psychiatrie et les médecins généralistes.....	15
• L'organisation de l'accès au diagnostic et au suivi psychiatrique .....	16
• L'organisation de l'accès aux expertises existant au niveau régional ou national.....	17
• L'organisation des accompagnements sociaux et médico-sociaux.....	18
• L'organisation du partenariat entre professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux.....	18
<b>Priorité n°2 : des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale .....</b>	<b>21</b>
<b>Priorité n°3 : l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins .....</b>	<b>24</b>
<b>Priorité n°4 : la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.</b>	<b>25</b>
<b>Priorité n°5 : le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques .....</b>	<b>26</b>
<b>Priorité n°6 : l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale .....</b>	<b>27</b>
Annexes .....	28

## **Sources bibliographiques**

### **1. Le cadre réglementaire**

- Article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite « de modernisation de notre système de santé », portant modification de l'article L. 3221-2 du Code de la Santé Publique (CSP).
- Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) et codifié comme suit :
  - o Article R. 3224-3 du CSP, définissant les 10 éléments du Diagnostic Territorial Partagé (DTP) du PTSM.
  - o Articles R. 3224-5 à R. 3224-10 du CSP, définissant les 6 priorités du PTSM.
- Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 et son annexe (en particulier le paragraphe III-d « Améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale »).

### **2. Les autres sources**

- Recommandations pour l'élaboration des PTSM en Pays-de-la-Loire, Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), 29 juin 2017.
- Document d'aide à l'élaboration du Diagnostic Territorial Partagé (DTP) du PSTM, co-élaboré par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) des Pays de la Loire, 2017.

## **Données utilisées**

- Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2016, ARS des Pays de la Loire, 2012.
- PRS, feuille de route 2018-2022, ARS des Pays de la Loire, 2017.
- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe 2015-2019, 2015.
- Données actualisées du SDU fournies par le Département de la Sarthe, 2017.
- Projet médical et Projet d'établissement 2015-2018, Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) de la Sarthe, mai et juin 2015.
- Résultats du Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et en santé mentale, selon la méthodologie de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) appliquée à la Sarthe, ANAP, septembre 2016.

- Indicateurs pour les PTSM, ARS des Pays de la Loire, octobre 2016.
- Statistiques Annuelles des Etablissements (SAE) de santé pour la région des Pays de la Loire et pour le Département de la Sarthe, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) des ministères sociaux, octobre 2016.
- Rapport 2016 « La santé des habitants des Pays de la Loire » (et en particulier le chapitre 3.4 « Troubles mentaux et du comportement »), Observatoire Régional de la Santé (ORS) des Pays de la Loire, mai 2017.
- Atlas de la santé mentale (site et ouvrage), AtlaSanté, Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), octobre 2017.
- *Portrait de territoire de la Sarthe (synthèse issue de l'Atlas de la santé mentale), site AtlaSanté, IRDES, mise en ligne du document annoncée en mars 2018.*
- Résultats de l'étude pilote en population générale utilisant la méthode d'autopsie psychologique sur les « Déterminants et facteurs précipitants des décès par suicide dans le Département de la Sarthe et leur relation avec les soins en santé mentale », EPSM de la Sarthe, ARS des Pays de la Loire, janvier 2018.
- Données fournies par Mme le Dr Liliane BELLION (responsable du service de santé scolaire pour la Sarthe de l'Education nationale) pour une réunion du groupe de travail PTSM 72 sur le parcours de l'enfant, octobre 2017.
- Données fournies par Mme le Dr Marianne PIRON-PRUNIER (cheffe du pôle de psychiatrie infanto-juvénile, EPSM de la Sarthe) lors d'une réunion du groupe de travail PTSM 72 sur le parcours de l'enfant, octobre 2017.
- Données 2016 de l'ORS des Pays de la Loire analysées par M. le Dr Bertrand GUIOILLIER (directeur médical, maison départementale des adolescents de la Sarthe) lors d'une réunion du groupe de travail PTSM 72 sur le parcours de l'adolescent et du jeune adulte, octobre 2017.
- Données 2016 fournies par le département de l'information médicale de l'EPSM de la Sarthe, présentées par Mme Véronique SCHMIT (coordinatrice générale des soins de l'EPSM de la Sarthe) lors d'une réunion du groupe de travail PTSM 72 sur le parcours de la personne présentant des troubles du spectre autistique, octobre 2017.
- Résultats de l'étude « La santé mentale des personnes entrant en détention dans le Nord et le Pas-de-Calais », ARS des Hauts-de-France, novembre 2017.

## Liste des annexes du diagnostic

- Annexe I : Liste des participants à l'élaboration du DTP pour la Sarthe.
- Annexe II : Indicateurs pour les PTSM, ARS des Pays de la Loire, octobre 2017.
- *Annexe III (à venir) : Portrait de territoire concernant la Sarthe (synthèse issue de l'Atlas de la santé mentale), site AtlaSanté, IRDES, mise en ligne du document annoncée en mars 2018.*
- Annexe IV : « La santé mentale des personnes entrant en détention dans le Nord et le Pas-de-Calais », ARS des Hauts-de-France, novembre 2017.
- Annexe V : Note sur les hospitalisations psychiatriques non pertinentes.
- Annexe VI : Note sur la permanence des soins en psychiatrie.
- Annexe VII : Note sur le suicide en Sarthe.

## Introduction

La *Stratégie Nationale de Santé pour la période 2018-2022* publiée par décret n°2017-1866 du 27 décembre 2017 précise dans son III-d) « Améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale » :

« Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Adopter une approche transversale de la politique de santé mentale alliant la promotion de la santé mentale et du bien-être, la prévention des troubles mentaux, l'accès aux soins et à la prise en charge, l'éducation thérapeutique, la réhabilitation psychosociale, l'accompagnement médico-social et social du handicap psychique et le renforcement de la formation, de l'innovation et de la recherche.
- Mettre en œuvre cette approche dans les territoires dans le cadre des Projets Territoriaux de Santé Mentale et des conseils locaux de santé mentale.
- Maîtriser les délais d'accueil et garantir un niveau de disponibilité pour gérer les situations de crises et de détresse psychique.
- Promouvoir le bien-être mental en agissant sur les déterminants individuels (compétences psychosociales), sociaux et environnementaux de la vulnérabilité sociale et psychique (environnement de vie, notamment la présence de la nature, comportements addictifs, violence, isolement...).
- Améliorer le repérage précoce de la souffrance psychique et des troubles mentaux.
- Prévenir les troubles alimentaires (anorexie, boulimie) notamment chez les adolescents et les jeunes.
- Améliorer les conditions de vie, l'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique, notamment en créant de nouveaux groupes d'entraide mutuelle, en luttant contre la stigmatisation et en favorisant l'accès à l'emploi et à la formation professionnelle.
- Renforcer la prévention du suicide, notamment le suivi et l'accompagnement des personnes à risque suicidaire, en particulier après une première tentative.
- Améliorer le dépistage, la prise en charge et l'insertion sociale et professionnelle des personnes porteuses de troubles du spectre de l'autisme.
- Expérimenter la prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville pour les malades atteints de troubles de santé mentale légers et modérés. »

Ainsi le *diagnostic territorial partagé* en santé mentale vise à identifier les besoins et les ressources du territoire de façon à inscrire l'action des professionnels et établissements (et de leurs partenaires) dans la perspective du déploiement de ces objectifs stratégiques de santé.

Tout en traitant des dix éléments attendus d'un diagnostic territorial partagé selon le décret<sup>1</sup>, le diagnostic de la Sarthe ventile les différents constats issus des travaux de groupe entre les six thèmes prioritaires identifiés au plan national pour les projets territoriaux de santé mentale :

1. Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.
2. Des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale.
3. L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.
4. La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.
5. Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.
6. L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Afin de situer les éléments de diagnostic apportés autour de ces priorités et leur cadre d'obtention, leur exposé systématique est précédé ci-après d'un point sur la méthodologie de son élaboration et sur les constats extraits des premiers travaux.

---

<sup>1</sup> Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.

## La méthodologie d'élaboration du diagnostic : du diagnostic des parcours en psychiatrie et santé mentale au diagnostic territorial partagé.

- **Le diagnostic territorial partagé a bénéficié des travaux antérieurement réalisés en Sarthe.**

Dès novembre 2016, des professionnels et acteurs du champ de la santé mentale ont pris l'initiative d'élaborer ensemble et avec leurs partenaires un projet territorial de santé mentale conforme à la définition que venait d'en donner la loi du 26 janvier 2016. D'un commun accord, leurs travaux se sont appuyés sur les éléments de diagnostic produits successivement :

- en 2014 en vue de l'élaboration du *Schéma départemental unique d'organisation médico-sociale et sociale 2015-2019*,
- en 2015 dans le cadre de la rédaction du *Projet médical et du Projet d'établissement 2015-2018 de l'Etablissement public de santé mentale de la Sarthe*,
- en 2016 dans le cadre du *Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et en santé mentale*, commandité par l'Agence régionale de santé avec l'appui méthodologique de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

Chacune de ces trois démarches diagnostiques avait très largement respecté par avance les critères du diagnostic territorial partagé tels qu'ils furent définis à l'article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 (au II de l'article L.3221-2 du code de la santé publique) et postérieurement précisés par le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 (à l'article R.3224-3 du Code de la Santé Publique) :

- un large éventail de contributeurs, incluant les représentants des usagers,
- un objet étendu à tout le champ de la santé mentale, de l'offre de prévention à l'accompagnement médico-social et l'inclusion sociale, en passant par les services sanitaires,
- un contenu couvrant l'ensemble des problématiques de prévention, d'accès aux droits et aux services, de continuité des prises en charge et des accompagnements, de coordination des parcours, de lutte contre la stigmatisation, etc.

En novembre 2015, lorsque l'ARS des Pays de la Loire choisit le territoire de santé que constitue le département de la Sarthe pour y déployer la méthodologie précédemment expérimentée par l'ANAP dans quelques autres territoires, sont institués :

- un comité de pilotage réunissant près d'une centaine d'acteurs locaux intervenant dans le champ de la santé mentale,
- cinq groupes de travail thématiques et pluridisciplinaires chargés d'élaborer un diagnostic autour de la santé mentale des adultes en Sarthe puis des propositions d'actions, au cours de trois réunions mensuelles,
- puis, à partir de septembre 2016, neuf autres groupes de travail sur les sujets retenus comme prioritaires au terme de la première étape.

Selon l'approche par les « parcours de vie des personnes » promue par l'ANAP, cinq thèmes (appelés « portes d'entrée ») ont fait l'objet d'un diagnostic (puis de propositions) :

1. L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques,

2. Les situations non pertinentes,
3. L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux,
4. L'accès aux soins somatiques,
5. La prévention et la gestion des situations de crise.

Un sixième groupe de travail exclusivement composé d'usagers a conduit parallèlement son propre diagnostic sur les mêmes thèmes, selon une méthodologie qui lui était propre mais proche des cinq premiers ateliers.

Chaque groupe de travail devait :

- partir des « points de rupture » et de l'analyse de leur(s) cause(s),
- croiser des approches complémentaires pour impliquer l'ensemble des acteurs,
- couvrir des sujets peu explorés mais pourtant problématiques (tels que l'accès aux soins somatiques par exemple),
- avant de formuler des propositions concrètes au regard des manques identifiés.

L'élaboration de ce *diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et en santé mentale* selon la méthodologie de l'ANAP s'est déployée en Sarthe entre janvier et avril 2016. Sur la base des compte-rendu des ateliers la maîtrise d'ouvrage a identifié une centaine d'actions, dont seize ont été extraites (juillet 2016) parmi lesquelles huit ont été jugées prioritaires (et une neuvième ajoutée) par les acteurs (septembre 2016). Neuf groupes ont alors commencé à élaborer des propositions opérationnelles.

C'est lorsque les pilotes des groupes de travail - mis en place pour élaborer des propositions opérationnelles sur les neuf domaines d'actions sélectionnés - se sont concertés, que la proposition de passer sans délai à un projet territorial de santé mentale complet a émergé et fait l'objet d'un consensus.

Il est apparu que le diagnostic des parcours selon la méthodologie de l'ANAP, d'une part couvrait principalement les parcours de vie et de santé des personnes *adultes*, et que, d'autre part, il n'avait pas abordé la totalité des thèmes traités dans les travaux de programmation antérieurement conduits par le Département et par l'EPSM et susceptibles de composer un véritable projet territorial de santé mentale. Il fut donc convenu de l'enrichir :

- des éléments de diagnostic déjà formulés dans le *Schéma départemental unique* et dans les *Projets médical et d'établissement de l'EPSM*, en les intégrant au fil des fiches-actions du PTSM de la Sarthe,
- d'éléments de diagnostic des parcours d'un certain nombre de populations spécifiques (les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les personnes présentant des troubles de l'addiction, etc.) lors de l'élaboration des fiches-actions dédiées.
- Quelques sujets ont fait l'objet d'un travail de diagnostic particulier lorsque les groupes spécialisés l'ont jugé nécessaire.

Enfin, un important travail d'identification, de compilation et de synthèse des nombreuses et diverses données démographiques, sociologiques et épidémiologiques existantes a été effectué par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), publié à partir d'octobre 2017 sur le site AtlaSanté. L'*Atlas de la santé mentale*<sup>2</sup> exploite 10 bases de données principales et traite 350 indicateurs, exploitables sous forme cartographiée

---

<sup>2</sup> IRDES, 2018.

notamment. Des rapports de synthèse sont produits à différents niveaux territoriaux. Outre le rapport de territoire de la Sarthe, des rapports par commune, groupement de communes, mais aussi quartiers, peuvent être produits. Ce dernier niveau d'observation intéressera les conseils locaux de santé (et les futurs conseils locaux de santé mentale) pour répondre à l'invitation faite par le décret du 27 juillet 2017 à « porter une attention particulière aux quartiers prioritaires de la politique de la ville ». Bien que publié au terme des travaux de rédaction du projet territorial de santé mentale de la Sarthe, l'*Atlas de la santé mentale* de l'IRDES, parce qu'il apporte à la partie diagnostique un certain nombre d'éléments factuels objectivés, mérite d'être consulté en complément des analyses réalisées par les professionnels et autres acteurs du territoire eux-mêmes sur la base de leur connaissance du contexte départemental. C'est à ce titre que le *Rapport de territoire de la Sarthe* sera annexé au présent document dès qu'il sera mis en ligne (mise en ligne annoncée en mars 2018).

- **Le diagnostic territorial partagé est enrichi de ces différentes sources**

**En synthèse, le diagnostic territorial partagé est constitué :**

- des constats et propositions d'actions issus de la démarche de *Diagnostic des parcours en psychiatrie et en santé mentale*, conduite en 2016 selon la méthodologie de l'ANAP (ces constats sont synthétiquement exposés ci-dessous puis déclinés dans les pages suivantes, classés selon les six priorités d'un projet territorial de santé mentale fixées par le décret du 27 juillet 2017),
  - des constats recueillis au cours des travaux préparatoires du *Schéma départemental unique* en 2014 et des *Projets médical et d'établissement de l'EPSM de la Sarthe* en 2015 (ces constats sont inclus dans les synthèses présentées la forme de « résultats attendus » en introduction des cinq premiers axes du projet territorial de santé mentale, et en tête de chacune des fiches de son axe VI),
  - des éléments de diagnostic complémentaires formulés par les groupes de rédaction des fiches du projet territorial de santé mentale (ces constats enrichissent les éléments de diagnostic issus du *Diagnostic des parcours* selon la méthodologie de l'ANAP ventilés selon les six priorités réglementaires des projets territoriaux de santé mentale dans les pages qui suivent, et ils sont également synthétisés sous la forme de « résultats attendus » tout au long des six chapitres du projet territorial de santé mentale),
  - des données territorialisées de l'*Atlas santé mentale* de l'IRDES (synthétisées dans le *rapport de territoire* annexé au présent diagnostic).
- **Les principaux constats issus de l'analyse des parcours selon la méthodologie de l'ANAP**

**Plusieurs constats transversaux** ont été tirés des échanges qui ont eu lieu au cours de la quinzaine de réunions des cinq ateliers mobilisés pour la démarche de *Diagnostic des parcours en psychiatrie et en santé mentale* animée par l'ARS et l'ANAP en 2016 :

- La nécessité de construire un espace de coordination des différents acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires, des usagers et des familles. La question est alors soulevée du niveau de coordination infra territoriale pertinent.
- L'importance d'améliorer la lisibilité et les conditions d'accès à l'expertise des services spécialisés en psychiatrie.
- L'intérêt d'améliorer la lisibilité de l'offre existante par une meilleure clarification des rôles et missions de chacun et de l'articulation des interventions.
- Le besoin de mettre en place un système gradué, souple, qui établisse des passerelles d'un service à l'autre. En effet, les personnes vivant avec des troubles psychiques demandent des réponses dynamiques et évolutives, compte-tenu de la variabilité des difficultés qu'elles peuvent rencontrer. Il importe par ailleurs que les entrées et sorties d'hospitalisation complète soient optimisées.
- Un besoin d'évaluations et de synthèses partenariales régulières (entre les usagers, les familles, les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires) pour apporter des réponses adaptées aux besoins des personnes (dans une approche « bio-psycho-sociale »).
- La pertinence de formaliser un dispositif de réponses aux situations d'urgence en tout point du territoire.
- L'intérêt de développer « l'interconnaissance », et en particulier les échanges entre les acteurs du soin et les acteurs du maintien des personnes dans leur lieu de vie (domicile ou établissement non médicalisé).
- Un besoin de cadre, de référentiel de travail partagé, pour les interventions auprès des personnes (prise en compte de la parole, des attentes, des capacités des usagers ; implication de l'entourage ; approche orientée vers le rétablissement ; approche contextuelle des troubles ; etc.).
- L'idée de proposer un portage institutionnel clair et un cadre stratégique départemental partagé.
- L'utilité de réaffirmer le rôle des professionnels de santé de premier recours (professionnels et équipes de soins primaires), et notamment celui du médecin traitant comme coordinateur des soins auprès de la personne.
- La nécessité d'accroître les compétences des professionnels autres que psychiatriques (soignants de premier recours et professionnels de l'accompagnement) en matière d'identification et de gestion des troubles psychiques/psychiatriques. Il pourrait être répondu à ce besoin territorial par la mise en place de formations sur le sujet et aussi par l'appui/le renforcement de l'appui apporté aux professionnels par les équipes de psychiatrie.
- L'importance de tenir compte des tensions de la démographie médicale en Sarthe, tant celle des psychiatres que des généralistes (vu les difficultés d'accès à un médecin traitant).

**Ces constats ont conduit à identifier sept grandes pistes d'actions à mener :**

1. Renforcer **la coordination** des acteurs en santé mentale,
2. Améliorer **l'accès** aux soins psychiatriques (organisation de l'EPSM de la Sarthe et du Centre médico-chirurgical du Mans),
3. Réaffirmer la place des professionnels de santé de **premier recours**,
4. Adopter une approche globale de **la personne**,
5. Répondre aux situations de décompensation et de **crise**,
6. **Evaluer** et **orienter** les personnes (articulation avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées cf. Mission Desaulé : « Une réponse accompagnée pour tous »),
7. Sensibiliser, former et soutenir **les aidants** et les professionnels au contact des personnes, notamment par l'appui des professionnels de la psychiatrie.

Ces pistes d'actions se retrouvent elles-aussi ventilées et développées dans les vingt-quatre fiches du projet territorial de santé mentale de la Sarthe.

## **Les éléments de diagnostic au regard des six priorités réglementaires d'un projet territorial de santé mentale.**

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

*« L'intervention précoce doit permettre de mettre en place des prises en charges adaptées dès l'apparition des premiers symptômes d'une pathologie, afin de prévenir son aggravation et les conséquences qui y sont associées. Elle se distingue de la prévention, qui vise à lutter contre les facteurs identifiés comme pouvant contribuer au développement de troubles psychiques (risques psychosociaux, négligences parentales, exposition au stress, consommation de substances psychoactives et conduites addictives...). »<sup>3</sup>*

- **L'organisation de la sensibilisation des acteurs au repérage des signes d'alerte**

Plusieurs constats ont émergé des groupes de travail :

- L'évolution des publics accueillis dans les établissements et suivis par les différents services.
- Le besoin de soutien et d'étayage des acteurs professionnels par les équipes spécialisées en santé mentale.
- La nécessité de mieux repérer, accompagner, orienter et communiquer sur les questions de santé mentale.
- L'intérêt des analyses de pratiques.

Le groupe des usagers a ajouté à ces constats la nécessité d'associer davantage les familles des personnes atteintes de troubles psychiques, par l'information et la sensibilisation.

L'ensemble de ces pistes d'action se retrouve dans l'analyse des besoins des populations spécifiques (dans l'axe VI du projet territorial de santé mentale).

En matière d'enfance et d'adolescence, il est même précisé l'importance d'un appui spécifique à la parentalité, du fait que les parents sont les premiers coordinateurs du parcours du mineur.

Ainsi les fiches-actions n° 2, 8, 9, 12 et celles relevant de l'axe VI traitent de cette organisation de la sensibilisation des acteurs au repérage des signes d'alerte. D'autres éléments plus spécifiques à l'appui apporté par les acteurs de la psychiatrie figurent dans les fiches-actions n° 14, 15 et 16.

- **L'organisation d'un partenariat entre la psychiatrie et les médecins généralistes**

Quel que soit le parcours, les constats sont partagés autour de trois problématiques :

- Le fait que les médecins traitants sont insuffisamment informés (à l'issue d'une hospitalisation complète, dans le cours d'un suivi psychiatrique assuré en ambulatoire,

---

<sup>3</sup> Projet d'instruction ministérielle relative aux projets territoriaux de santé mentale, novembre 2017.

etc.) et la nécessité conséquente d'améliorer la communication entre les professionnels de la psychiatrie et ces médecins libéraux (messagerie sécurisée, accès direct réciproque entre praticiens généralistes et spécialistes, etc.).

- Le défaut d'association des autres professionnels de santé libéraux (pharmaciens d'officine, infirmiers libéraux, etc.) dans le suivi des patients.
- Les difficultés liées à la démographie médicale en Sarthe et en particulier le manque de médecins traitants pour répondre aux besoins de la population, qui invitent à réfléchir à des modalités d'attraction des médecins libéraux et d'optimisation de cet accès aux soins de premier recours (appui à l'installation des médecins généralistes, développement des maisons de santé pluridisciplinaires, implantation de professionnels de la psychiatrie de service public au sein de ces structures, etc.).

Cette tension sur la démographie médicale libérale dessine un contexte défavorable à la prévention des risques de rechute, par rupture de traitement et de suivi, des personnes traitées pour des maladies psychiques chroniques. Ce contexte rend également plus difficile l'accès des personnes présentant des troubles psychiques ou des risques de handicap psychique à des soins somatiques primaires et tout particulièrement à la prévention des facteurs de comorbidité liés à leur pathologie ou leur handicap.

Au-delà de ces difficultés, le groupe des usagers constate la nécessité de répondre à deux besoins supplémentaires :

- l'importance de renforcer les liens entre l'utilisateur et les professionnels, notamment en cas de changement d'intervenant,
- l'utilité de réfléchir à un système de renouvellement d'ordonnance facilité (question des prescriptions de médicaments « 28 jours »).

Les fiches n° 14, 15 et 16 proposent des actions pour répondre à cette nécessité d'organiser un partenariat plus opérant entre la médecine de ville et la psychiatrie de service public. Les fiches-actions portant sur les parcours dédiés (axe VI du projet) précisent ces aspects autour des problématiques spécifiques.

Lors de l'élaboration des fiches-actions n° 14 et 15, les acteurs ont renoncé au recours à une « charte partenariale » entre la médecine de ville et la psychiatrie, estimant le modèle peu opérant. Ils ont privilégié la communication entre pairs (exemple : la lettre de liaison, la mise en place de Dispositifs de Réponse Rapide (DiRR) par l'EPSM depuis 2017, etc.) et tout particulièrement le développement d'un accès direct des généralistes aux psychiatres.

- **L'organisation de l'accès au diagnostic et au suivi psychiatrique**

Au cours des travaux portés par l'ANAP, les groupes n'ont pas distingué ce qui relevait de l'accès au *diagnostic* psychiatrique de l'accès à une *prise en charge* spécialisée en psychiatrie. Plusieurs constats ont ainsi été formulés :

- Des difficultés d'accès aux soins spécialisés dans les établissements autorisés pour l'activité de psychiatrie (qu'il s'agisse du secteur public ou du secteur privé commercial), tant pour le suivi ambulatoire que pour l'hospitalisation complète.
- Un manque de lisibilité sur les dispositifs (plages d'accueil en CMP, modalités de réponse 24h/24, rôle/place des infirmiers et des psychologues des équipes pluridisciplinaires des secteurs de psychiatrie, moyens de sollicitation des équipes mobiles, etc.), sur les portes d'entrée et sur les délais.
- Une certaine hétérogénéité des pratiques entre les services de psychiatrie.

- L'importance de développer l'expertise et le suivi au plus près des lieux de vie, et d'intensifier « l'aller vers ».
- Des difficultés d'articulation et des risques de rupture de parcours de soins pour des populations spécifiques (passage d'une prise en charge en pédopsychiatrie à la psychiatrie des adultes pour les adolescents, durées d'hospitalisation en psychiatrie et ruptures de contrat d'hébergement pour les personnes âgées et les personnes handicapées, etc.).

Le groupe de travail sur le petit enfant et l'enfant relève la difficulté d'accéder rapidement à un diagnostic (délais longs), notamment en matière d'autisme ou de trouble du spectre autistique.

Les acteurs de l'adolescence et de la psychiatrie des adultes soulignent l'intérêt de développer le diagnostic précoce de la schizophrénie, en relais des centres experts nationaux.

Le groupe de travail sur le parcours des personnes précaires et/ou migrantes retient l'importance d'« aller vers » elles et de développer à leur intention des outils bien identifiables d'accès aux soins (type PASSpsy).

L'ensemble des acteurs mentionne l'importance de la coordination dans l'accès au diagnostic et au suivi psychiatrique (articulation entre la justice, voire l'administration pénitentiaire, et le médico-social ou le sanitaire pour les personnes présentant des conduites addictives ; coordination entre la médecine de ville, généraliste et spécialisée, et la psychiatrie ; cohérence des suivis somatiques et psychiatriques ; etc.).

La télémédecine (téléconsultation et télé-expertise) apparaît comme sous-développée par rapport aux besoins et à la nécessité d'optimiser les ressources médicales sur le territoire.

Les fiches-actions n° 7, 10, 12, 13, 14, 16 et celles de l'axe VI proposent des actions en réponse à ces constats.

- **L'organisation de l'accès aux expertises existant au niveau régional ou national**

Les travaux coordonnés par l'ANAP ont peu abordé cet aspect. Pour autant, les acteurs ont identifié la nécessité de renforcer les capacités d'évaluation par la *Maison départementale des personnes handicapées* au niveau du territoire.

L'approfondissement de la question de l'évaluation a conduit les acteurs à identifier la nécessité de développer des outils d'évaluation partagés afin, notamment, de systématiser l'évaluation cognitive et pratique des personnes présentant des troubles psychiques ou des risques de handicap. La reconnaissance de l'ensemble formé par le centre d'activités thérapeutiques à temps partiel intersectoriel et le centre de thérapies à médiation de l'EPSM comme *Centre de référence en réhabilitation psychosociale et remédiation*, en relais d'un centre ressource régional, est ainsi abordée dans les fiches-actions n°14 et 15.

Les acteurs de la psychiatrie ont également identifié la nécessité de développer le diagnostic et le traitement des dépressions résistantes aux médicaments, notamment par le recours à la technique de la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (RTMs).

Le groupe de travail sur le petit enfant et l'enfant relève la difficulté à accéder rapidement à un diagnostic spécialisé (délais longs), notamment en matière d'autisme. Le développement de la *Plateforme départementale de diagnostic précoce de l'autisme (DéDiCa)* et des liens avec le *Centre de ressources autisme (CRA) d'Angers* sont ainsi examinés dans les fiche-actions dédiées aux parcours de l'enfant et de la personne présentant des troubles autistiques.

Les acteurs de l'adolescence et de la psychiatrie adulte soulignent l'intérêt de développer le diagnostic précoce de la schizophrénie, en relais des centres experts nationaux.

Les fiches-actions n° 9, 14, 15 et celles relevant de l'axe VI abordent ces aspects.

- **L'organisation des accompagnements sociaux et médico-sociaux**

Les constats au sujet de cette organisation s'articulent notamment avec la réflexion sur la place de la MDPH dans l'évaluation et l'orientation des personnes par rapport à leurs besoins individuels (cf. mission Desaulé « Une réponse accompagnée pour tous ») :

- défaut d'outils partagés entre la MDPH et les professionnels en charge du suivi,
- manque de lisibilité sur les délais et l'accès à une première évaluation,
- importance de procéder à des évaluations régulières pour ajuster l'offre de services aux besoins des personnes,
- saturation actuelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui rendent nécessaires l'évolution de l'offre et son ajustement au plus près des besoins réels (donc évalués) des personnes.

Le groupe des usagers souligne par ailleurs :

- la difficulté d'accéder à la MDPH (défaut de lisibilité, délais d'instruction longs, contact téléphonique impossible, etc.),
- le manque de connaissance et de développement de dispositifs en faveur du retour à l'emploi des personnes.

Le diagnostic sur le parcours des enfants et adolescents relève la nécessité de développer une offre de services spécifiques pour les jeunes présentant plusieurs problématiques simultanément.

Les groupes de travail sur les parcours des personnes handicapées et des personnes âgées aboutissent au constat qu'il importe de développer l'accueil des personnes handicapées vieillissantes, ainsi que l'offre de services à destination des personnes présentant des troubles du comportement (distinction nécessaire de ces troubles des manifestations d'ordre psychiatrique).

Les fiches-actions n° 2, 4, 7, 9, 13, 17, 18, 20 et 21 proposent des actions en réponse à ces aspects du diagnostic. La réflexion sur le logement (et notamment le logement adapté ou accompagné) développée dans la fiche n° 1 peut également éclairer la réponse proposée par les acteurs en regard de ces difficultés.

- **L'organisation du partenariat entre professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux**

Lors du diagnostic porté par l'ANAP, des constats tirés du groupe de travail sur « le besoin de coordination » ont abordé cette question de l'organisation du partenariat :

- de nombreux acteurs de différents champs impliqués,

- la complexité de la notion de handicap d'origine psychique et sa distinction de la pathologie psychiatrique,
- l'évolution des concepts et des modèles d'intervention des professionnels de la psychiatrie et de l'accompagnement, qui appelle :
  - o un cadre stratégique départemental garant de la légitimité et de l'organisation de la coordination de proximité,
  - o des territoires d'action (notion d'infra-territoire),
  - o un espace de coordination,
  - o une approche partagée (référentiel d'actions, outils partagés d'évaluation, d'aide à la décision, de communication, etc.),
  - o une connaissance des acteurs, des dispositifs et de leurs modalités de mobilisation,
  - o une reconnaissance du rôle, des missions, des limites des intervenants,
  - o une confiance entre les différents acteurs,
  - o une formalisation de ces coordinations (conventions de partenariat, conseils locaux de santé ou futurs conseils locaux de santé mentale, etc.).

Une première série de constats porte sur l'appui des équipes de psychiatrie aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques.

Des travaux du groupe sur la « réponse à la décompensation et aux situations de crise » ressortent les constats suivants :

- la nécessité de la veille, de la détection, du repérage par les acteurs des soins de premier recours, par les acteurs de l'accompagnement social et médico-social, et aussi par le réseau social ordinaire dans lequel s'inscrit la personne,
- le défaut de réactivité et de disponibilité des acteurs de la santé mentale,
- l'importance d'anticiper, de programmer les interventions et d'agir plus précocement, en évitant autant que possible le recours à l'hospitalisation psychiatrique,
- l'intérêt d'élaborer des procédures en cas de signalement ou d'urgence psychiatrique.

Le groupe de travail sur « la formation, la sensibilisation et le soutien des aidants et des professionnels au contact des personnes, par les professionnels de la santé mentale » identifie :

- une évolution des publics accueillis dans les établissements et services,
- un besoin de soutien, d'étayage par les équipes de psychiatrie,
- la nécessité de mieux repérer, accompagner, orienter et communiquer,
- l'intérêt des analyses de pratiques.

Les fiches-actions n° 2, 8, 9, 10, 12, 15 et 16 proposent des actions en regard de ce besoin d'organisation autour de ces situations de décompensation ou de détresse psychique identifiées par les acteurs du social et du médico-social. Le déploiement d'équipes mobiles de psychiatrie susceptibles d'intervenir directement auprès de ces professionnels (et autres acteurs, bénévoles associatifs ou membres de l'entourage familial par exemple), dans le cadre de prises en charge (exemple de *l'équipe mobile de géronto-psychiatrie* de l'EPSM) ou de formations (exemple de l'équipe de formateurs extraite de *l'équipe mobile de prévention du suicide* de l'EPSM), illustre notamment le type d'actions retenu pour répondre à ces difficultés. Les fiches sur les parcours dédiés (axe VI du projet territorial de santé mentale) précisent par ailleurs des actions autour du traitement des situations de décompensation psychique dans

des populations spécifiques (par exemple sur l'articulation entre le médico-social et le sanitaire pour la prévention et la prise en charge des urgences chez l'enfant et l'adolescent).

Une seconde série de constats porte sur l'appui des acteurs sociaux et médico-sociaux aux acteurs de la psychiatrie pour la mise en œuvre de réponses d'accompagnements adaptées.

Plusieurs problèmes ont été identifiés sur cette question :

- l'importance de mieux accompagner les sorties d'hospitalisation complète en psychiatrie et de travailler davantage les relais de prise en charge entre professionnels des différents domaines,
- la nécessaire adaptation de l'offre de services aux besoins liés au handicap d'origine psychique : souplesse, réactivité, diminution des délais,
- l'intérêt d'assurer la continuité des soins et de l'accompagnement grâce notamment à des synthèses entre partenaires de champs différents, au décloisonnement de leurs interventions, aux mutualisations de ressources rares, au partage d'indicateurs, au conventionnement des modalités de fonctionnement (prévoyant par exemple le maintien du contrat d'hébergement pendant l'hospitalisation complète de la personne) entre les acteurs des champs social, médico-social et sanitaire.

Les fiche-actions n° 1, 2, 4, 7, 8, 10, 13 et certaines fiches de l'axe VI du projet territorial de santé mentale développent des pistes d'actions en réponse à ces constats. Des dispositifs tels que Handipatient au Centre hospitalier du Mans ou le développement de l'offre de soins aux personnes handicapées participent de cette approche.

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

Cette recherche de continuité des parcours constitue le cœur du projet territorial de santé mentale de la Sarthe. En effet, elle justifie l'association de nombreux acteurs des différents domaines dans l'élaboration du projet, au service d'une meilleure adaptation de la réponse aux besoins des personnes, d'une coordination renforcée et d'une limitation des ruptures dans les parcours de vie et de santé des usagers.

Plusieurs constats ressortent du diagnostic porté par les groupes ayant travaillé selon la méthodologie de l'ANAP autour de cette question :

- **Un besoin de coordination** (cf. point 6 de la priorité n°1 du diagnostic) :
  - de nombreux acteurs de différents champs impliqués,
  - la complexité de la notion de handicap d'origine psychique et sa distinction de la pathologie psychiatrique.
  - l'évolution des concepts et des modèles d'intervention des professionnels de la psychiatrie et de l'accompagnement, qui nécessitent :
    - un cadre stratégique départemental garant de la légitimité et de l'organisation de la coordination de proximité,
    - des territoires d'action (notion d'infra-territoire),
    - un espace de coordination,
    - une approche partagée (référentiels d'action, outils partagés d'évaluation, d'aide à la décision, de communication, etc.),
    - une connaissance des acteurs, des dispositifs et de leurs modalités de mobilisation,
    - une reconnaissance du rôle, des missions, des limites des intervenants,
    - une confiance entre les différents acteurs,
    - une formalisation de ces coordinations (conventions de partenariat, conseils locaux de santé ou futurs conseils locaux de santé mentale, etc.).

Sur cet aspect, le groupe de travail des usagers ajoute :

- la nécessité d'améliorer la communication entre soignants au bénéfice du patient (notamment entre les médecins spécialistes et généralistes) et de faciliter les renouvellements d'ordonnance (la question des médicaments prescrits pour « 28 jours »),
- l'importance d'accompagner les changements d'intervenants pour lutter contre les ruptures de parcours.

Les fiches n° 9 et 10 proposent des actions en regard de ces constats.

- **La nécessaire amélioration de l'accès aux soins psychiatriques.**

Ce point fait référence à l'organisation de l'EPSM d'un part et du Centre médico-chirurgical du Mans (CMCM) d'autre part. Sont soulignés :

- une certaine hétérogénéité des pratiques entre les pôles de psychiatrie de l'EPSM,
- des difficultés d'accès aux différents dispositifs, y compris à l'hospitalisation complète, et ceci dans les secteurs public et privé,
- le défaut de lisibilité des « portes d'entrée », des délais de prise en charge (exemple : comment obtenir d'être hospitalisé au CMCM le week-end ?), des modalités de réponse (exemple : quelle réponse ambulatoire en psychiatrie de service public en dehors des horaires d'accueil des centres médico-psychologiques ?), des rôles et de la complémentarité des différents professionnels de la psychiatrie de service public (psychologues, infirmiers de secteur, équipes mobiles, etc.),
- les problématiques spécifiques aux parcours de certains usagers :
  - o pour les adolescents, en particulier lors du passage d'une prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile à une prise en charge avec les adultes,
  - o pour les personnes âgées et les personnes handicapées (durée souvent longue des séjours malgré la stabilisation des troubles psychiatriques),
- le manque d'expertise et de suivi au plus près des lieux de vie, la nécessité de développer « l'aller vers ».

Le groupe des usagers précise ces constats en soulignant :

- des difficultés d'adaptation du parcours aux attentes de l'utilisateur, notamment dans le respect du choix des patients : choix du/des médecins, problèmes liés au changement de secteur de psychiatrie, à des limitations de l'accès aux soins (exemple : horaires d'accueil en CMP), à des défauts d'adaptation des modalités de réponse en matière de soins et d'accompagnements médico-sociaux,
- des problèmes liés à l'accès ou à la poursuite de certains soins par défaut d'accompagnement et/ou de remboursement de certains transport ou soins (passage vers le secteur libéral, non prise en charge financière de soins tels que la sophrologie, certaines modalités de psychothérapie, etc.),
- l'isolement fréquent des personnes suite à une sortie d'hospitalisation complète qui accentue les pertes de repères, les difficultés de réinsertion sociale et les risques de rupture des parcours.

- **La réaffirmation de la place des professionnels de santé de premier recours dans le parcours de santé des personnes.**

Sont soulignés :

- le fait que les médecins traitants sont insuffisamment informés (au terme d'une hospitalisation complète, ou dans le cours d'un suivi assuré en ambulatoire, etc.) et la nécessité conséquente d'améliorer la communication entre les professionnels de la psychiatrie et ces médecins libéraux (messagerie sécurisée, accès direct entre praticiens généralistes et spécialistes via les dispositifs de réponse rapide (DiRR) mis en place par l'EPSM par exemple, etc.),
- le défaut d'association des autres professionnels de santé libéraux (pharmaciens d'officine, infirmiers libéraux, etc.) dans le suivi des patients,
- les difficultés liées à la démographie médicale en Sarthe et au manque de médecins traitants en particulier, qui invitent à réfléchir à des modalités d'attraction des médecins libéraux et d'optimisation de cet accès aux soins de premier recours (développement des maisons de santé pluridisciplinaires, implantation de professionnels de la psychiatrie de service public au sein de ces structures, appui à l'installation des médecins généralistes, etc.).

Cette tension sur la démographie médicale renforce les risques de rechute par rupture de traitement et de suivi, mais rend également plus difficile l'accès des personnes présentant des troubles ou des risques de handicap psychique à des soins somatiques primaires et à la prévention des facteurs de comorbidité liés à leur pathologie ou leur handicap.

Les fiches-actions n° 14, 15 et 16 proposent des réponses à ces deux grands types de constats. Les fiches relevant de l'axe VI dédié aux parcours spécifiques précisent des pistes d'actions sur ce sujet pour certaines populations (les enfants et adolescents, les personnes âgées, etc.).

- **La nécessité d'adopter une approche globale de la personne.**

Les constats sont conclus par la nécessité de :

- respecter les besoins et les attentes de la personne,
- prendre en compte les aidants et l'entourage,
- valoriser le potentiel des personnes,
- adapter l'offre de soins et d'accompagnement par rapport aux spécificités du handicap psychique : souplesse, réactivité, diminution des délais,
- renforcer le décloisonnement et les mutualisations entre partenaires grâce par exemple au recours à des synthèses partenariales, ou par l'adoption d'indicateurs partagés, etc.

Cette volonté de promouvoir une approche globale de la personne s'inscrit en transversalité dans le projet territorial de santé mentale de la Sarthe. Ainsi de nombreuses fiches du projet proposent des actions à mener dans cette perspective. Le plan du projet lui-même répond à cette logique en traitant en premier de l'insertion dans la cité, de l'application du droit commun et des parcours « ordinaires » pour terminer sur un chapitre dédié aux parcours spécifiques.

### **Priorité n° 3 : l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.**

Les éléments de diagnostic relatifs à cette troisième priorité renvoient principalement aux constats qui ont conduit à retenir les grandes pistes d'action n° 3 « Réaffirmer la place des professionnels de santé de premier recours », et n° 4 « Adopter une approche globale de la personne ».

Ainsi retrouve-t-on ici certains éléments de diagnostic formulés plus haut au regard de la priorité n° 2 des projets territoriaux de santé mentale :

Concernant la réaffirmation de la place des professionnels de santé de premier recours dans le parcours de santé des personnes, on note :

- l'insuffisance de l'information reçue par les médecins traitants après une hospitalisation complète, mais aussi tout au long du suivi ambulatoire, et la nécessité d'améliorer la communication entre ceux-ci et les professionnels de la psychiatrie (messagerie sécurisée, accès direct et réciproque entre praticiens généralistes et spécialistes, dispositifs de réponse rapide (DiRR) de l'EPSM, etc.),
- l'insuffisante association des autres professionnels de santé libéraux (pharmaciens d'officine, infirmiers libéraux, etc.) au suivi des patients traités pour une maladie psychique,
- le manque de disponibilité de médecins traitants pour répondre aux besoins de toute la population vivant avec des troubles ou des maladies psychiques. Comme indiqué plus haut, cette tension sur la démographie médicale renforce les risques de défaut d'observance des traitements et de rupture de suivi des patients traités pour une maladie psychique chronique, mais aussi, s'agissant de cette troisième priorité (le suivi somatique), l'indisponibilité de médecins traitants rend également plus difficile l'accès des personnes concernées à des soins somatiques primaires, à la prévention des facteurs de comorbidité liés à leur pathologie ou leur handicap mais encore au repérage et au traitement des effets iatrogènes des traitements antipsychotiques.

Les fiches-actions n° 14, 15 et 16 proposent des réponses ; celles relevant des parcours spécifiques décrits dans l'axe VI précisent des pistes d'actions pour certaines populations (les enfants et adolescents, les personnes âgées, etc.).

Concernant la nécessité d'adopter une approche globale de la personne, les objectifs issus des constats au regard de cette troisième priorité sont encore les mêmes que plus haut :

- respecter les besoins et les attentes particulières de chaque personne, dans l'environnement de vie qu'elle choisit,
- prendre en compte la ressource que constituent les aidants et plus largement l'entourage, et leur apporter la formation et l'étayage professionnel qui leur sont éventuellement nécessaires pour jouer leur rôle,
- valoriser le potentiel des personnes malades ou vivant en situation de handicap (notion d'*empowerment*),
- adapter directement l'offre de soins somatiques aux spécificités de la maladie et du handicap psychiques, en ville d'une part, et en établissement de santé d'autre part (exemples : le dispositif *Handipatient* du centre hospitalier Mans, l'offre de diagnostics et de soins somatiques généralistes et spécialisés organisée par l'EPSM et mise à la disposition tant des patients appartenant à sa file active que d'un certain nombre de personnes handicapées extérieures, en particulier en matière de soins bucco-dentaires).

## **Priorité n° 4 : la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.**

Le diagnostic autour de cette quatrième priorité des projets territoriaux de santé mentale synthétise les travaux du groupe dédié au traitement de la question, complétés par l'analyse réalisée par le groupe des usagers. Plusieurs manques/besoins ont ainsi été identifiés pour le territoire de la Sarthe :

- Le défaut d'échanges d'informations entre les acteurs, quelle que soit leur origine, en particulier dans les moments de transition. Ainsi un besoin de soutien des équipes de proximité par les professionnels de la psychiatrie, ainsi qu'une nécessaire réaffirmation de la place des aidants civils (entourage, groupe d'entraide mutuelle, etc.) sont identifiés.
- La très grande variabilité des situations de crise, le défaut de langage commun, la faiblesse des compétences des acteurs de l'accompagnement médico-social et social dans l'identification des signes utiles à l'alerte, le renvoi trop systématique des situations limites à une réponse hospitalière conduisent le groupe de travail à relever le besoin : d'une définition des différentes situations (sorte de grille d'identification du besoin de signalement et de la crise urgente), d'une formation des acteurs, et d'une amélioration de la lisibilité des dispositifs et de l'organisation des soins de crise existants.
- En parallèle d'une grande variabilité des situations de crise ou d'urgence, on constate une certaine hétérogénéité des réponses apportées entre les différentes parties du territoire. Une meilleure connaissance du rôle des différents acteurs - de l'appel à la gestion de la crise, en passant par l'orientation -, une meilleure identification des dispositifs d'astreinte existants, ainsi que la formalisation de procédures (voire la définition de parcours types) devraient permettre d'atténuer ces disparités.
- L'appui des aidants au sens large (entourage et professionnels) est sous-mobilisé sur ce sujet. Or, la consolidation de leurs compétences en matière de repérage et de gestion de l'urgence et de la crise pourrait constituer une source significative d'amélioration de la filière des soins urgents aux personnes en difficulté de santé mentale (par la formation et l'appui apportés par les professionnels de la psychiatrie).

La fiche-action n° 16 du projet territorial de santé mentale traite spécifiquement de ces questions de prévention et de prise en charge des situations de crise et d'urgence. Elle prévoit notamment des actions de formation-action et l'élaboration d'outils d'aide à la décision pour les personnels chargés de la régulation des appels dans les deux centres 15 couvrant le territoire (relectures croisées des bandes d'enregistrement entre urgentistes et psychiatres, élaboration d'arbres décisionnels, etc.). Les fiches-actions n° 14 et 15, qui traitent respectivement de l'offre de soins de proximité et de l'offre de soins de recours, complètent les aspects prévus par la fiche-actions n° 16 avec plusieurs propositions d'actions complémentaires (exemples : l'appui des professionnels de la psychiatrie en amont et en aval de la crise, sur le lieu de vie des personnes, sous la forme d'équipes mobiles de psychiatrie notamment). Les fiches-actions sur les parcours dédiés précisent, le cas échéant, certaines actions dans la réponse à l'urgence et à la crise pour certaines populations spécifiques (exemple : le renforcement envisagé de l'équipe de liaison pédo-psychiatrique (ELPP) de l'EPSM au centre hospitalier du Mans, qui permettrait l'extension de ses jours et heures d'intervention).

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

Le diagnostic autour de cette priorité fait écho à l'analyse qui avait conduit les acteurs du diagnostic animé par l'ANAP à identifier le fait d' « adopter une approche globale de la personne » comme une des grandes pistes d'actions à mener. En effet, il est souligné :

- La trop faible prise en compte des besoins et des attentes de la personne (exemple : le respect du libre choix du lieu de vie ou du médecin), ainsi que du rôle joué par les aidants (professionnels ou non) et plus largement par l'entourage. En particulier les proches sont trop peu accompagnés dans la compréhension et la régulation des troubles de la personne malade.
- La nécessité de valoriser le potentiel des personnes, dans une recherche d'autonomie pour agir et/ou décider pour elles-mêmes (notion d'*empowerment*).

Le groupe des usagers complète ce diagnostic sur plusieurs aspects, formulés sous la forme de besoins (au regard des manques ou des faiblesses des réponses existantes) :

- Une meilleure lisibilité des dispositifs, des « portes d'entrée » et du rôle de chacun des acteurs faciliterait la prise en main par l'utilisateur et/ou ses aidants de son parcours et limiterait les risques d'isolement des personnes.
- Une plus grande variabilité de l'offre d'accompagnement (propositions de logement accompagné modulaire par exemple) et de soins (développement de la phytothérapie, des différents types de psychothérapies) et la souplesse des dispositifs favoriseraient l'inscription de la personne comme actrice de son parcours.
- Une meilleure reconnaissance des groupes de soutien entre pairs et de représentation des personnes vivant avec des troubles psychiques (type groupe d'entraide mutuelle, association ou « collectif » d'utilisateurs, etc.) favoriserait la réinsertion et la promotion des droits de la personne, ainsi que la lutte contre la stigmatisation.
- Un accès renforcé à la maison départementale des personnes handicapées et une meilleure articulation de celle-ci avec les autres acteurs constituerait un facteur de fluidification du parcours et de respect des droits de la personne.
- L'amélioration de l'information sur la santé mentale auprès du grand public et la multiplication des démarches « d'aller vers » et des manifestations autour de la santé mentale participeront à la déstigmatisation et à la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques.

La fiche-actions n° 5 du projet territorial de santé mentale est consacrée à « la lutte contre la stigmatisation ». Plus largement, la question de l'amélioration du respect des droits des personnes présentant des troubles psychiques et de leur possibilité d'agir renvoient à l'ensemble des fiches-actions de l'axe I du projet (« Prévenir, faire la promotion de la santé et éduquer à la santé »). Les actions retenues vont de l'appui au logement (par exemple : développement des dispositifs de logement accompagnés, participation des acteurs de la psychiatrie aux « plateformes logement » animées par certains centres communaux d'action sociale, en attendant le passage de relai à des futurs conseils locaux de santé mentale) à la prévention, en passant par l'appui à l'entrée et au maintien dans l'emploi (exemple : le projet de *club house* en matière d'emploi en milieu ordinaire ou la mise en place de réunions de concertation/coordination des ESAT, etc.). Cette priorité s'inscrit finalement dans la perspective d'approche globale de la personne, qui est promue tout au long du projet territorial de santé mentale de la Sarthe.

## **Priorité n° 6 : l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.**

Si l'appréhension de la santé mentale nécessite une approche globale de la personne c'est bien parce qu'elle renvoie à de multiples facteurs et déterminants de santé. Parmi ceux-ci quelques-uns sont particulièrement identifiés pour constituer des facteurs aggravants en matière de santé mentale : la précarité économique et sociale, les situations de rupture (par exemple en situation de migration), les conduites addictives, la détention, etc. Ainsi des acteurs particulièrement sensibilisés à ces sujets ont proposé des fiches-actions dédiées pour organiser des parcours spécifiques en réponse à ces problématiques.

Par ailleurs, la Sarthe présente une prévalence supérieure à la moyenne nationale en matière de suicide. Le diagnostic destiné à nourrir les propositions d'actions pour endiguer ce problème majeur de santé publique sur le territoire s'appuie sur l'expérience de plusieurs années de professionnels confrontés à cette question et sur l'étude menée sur le territoire et dont les résultats viennent d'être publiés<sup>4</sup>. Afin de bien prendre en compte la dimension transversale et protéiforme de la problématique du suicide, les rédacteurs ont opté pour ventiler les réponses en termes d'actions correctrices dans l'ensemble du projet territorial de santé mentale plutôt que de les réunir au sein d'une fiche-actions dédiée. Parmi celles-ci, la proposition de mettre en place un dispositif départemental (voire régional) de veille sur la suicidabilité implique de s'intéresser aux déterminants de santé.

Enfin la fiche n° 6 du projet (« Développer l'éducation à la santé et la prévention ») reprendra les pistes d'actions déduites par l'ARS et l'IREPS de l'analyse des données de santé régionales. Pour autant le diagnostic autour de « l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale » doit encore être approfondi. Il s'appuiera notamment sur la synthèse départementale de l'*Atlas de la santé mentale* (IRDES, mise en ligne attendue en mars 2018) et sur les propositions des conseils locaux de santé (ou de leurs commissions spécialisées en santé mentale), des élus et des assemblées concernés auxquels est renvoyée en particulier la question des dispositions à prendre en faveur des quartiers « prioritaires » en déclinaison de la politique de la ville.

Plusieurs autres fiches-actions, portant sur les parcours généraux ou sur les parcours dédiés, formulent des propositions précises qui vont dans le sens d'une action sur les déterminants de santé, par exemple : les interventions préventives précoces en périnatalité (le projet d'élargissement des horaires de l'équipe de liaison pédo-psychiatrique de l'EPSM intervenant au centre hospitalier du Mans), l'appui à la parentalité (la présence de professionnels de la psychiatrie dans les *lieux d'écoute parents-enfants* financés par la caisse d'allocations familiales, la mise en place de groupes de paroles de parents, etc.), la lutte contre les violences en milieu scolaire (projet de formations et/ou de journées thématiques pluridisciplinaires) ou encore la promotion du maintien dans l'emploi des personnes handicapées.

---

<sup>4</sup> Rapport de l'étude pilote en population générale utilisant la méthode d'autopsie psychologique sur les « Déterminants et facteurs précipitants des décès par suicide dans le Département de la Sarthe et leur relation avec les soins en santé mentale », EPSM de la Sarthe et ARS des Pays de la Loire, janvier 2018.



# Annexes du diagnostic

## PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE LA SARTHE - ANNEXES DU DIAGNOSTIC

### Annexe I : Liste des participants

	<b>Participants:</b> - aux travaux préparatoire du <i>Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et en santé mentale</i> selon la méthodologie de l'ANAP (2016), - aux travaux d'élaboration de l'axe VI ("Organiser les parcours spécifiques") du <i>Projet territorial de santé mentale 2018-2022 de la Sarthe</i> (2017), - aux deux.	
Catégories	Institutions	Civilité - Prénom - NOM
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE</b>	<b>EPSM DE LA SARTHE</b>	M. Vincent THOMAS - Dr Joël CANET - Mme Marianne SAMOYAULT - Dr Bernard CABUS - Dr Tri Hung NGUYEN - M. Philippe CORDIER - M. Thierry DEVAUX - Mme Catherine FORESTIER - Mme Frédérique GROSBOIS - M. Jacques HAMEL - M. Emmanuel VIGAN Mme Véronique SCHMIT - Mme Chantal DISSAIS - M. Jean-François DENIS - Mme Chloé FABRE - Dr Violaine PIOT-GLORIA - Dr Florence DEFER - Dr Youssef MOURTADA - Dr Marianne PIRON-PRUNIER - Dr Marie-Hélène POIRIER-GARCIA - Dr Gabriela MACSIM M. Gilles JUIGNE - Dr Michel NGUYEN - Mme GAISNE-REUZE - Mme Anne COURTAIS - M. Christophe COURCIER
	<b>CH DU MANS</b>	Mme Elodie BADET - M. David GREGOIRE - Dr Annie LEJOYEUX - Dr Julien FONSEGRIVE Dr Vannina GIACCOBBI-MILET
	<b>CH DU MANS - SAMU 72</b>	Dr Florence DECIRON
	<b>PSSL</b>	Dr Antoine ARTHUS-BERTRAND - Mme Maud LOISEAU
	<b>CH DE SAINT-CALAIS</b>	Mme Gaëlle MORIN - Mme Mylène DUPUY

	<b>Participants:</b> - aux travaux préparatoire du <i>Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et en santé mentale</i> selon la méthodologie de l'ANAP (2016), - aux travaux d'élaboration de l'axe VI ("Organiser les parcours spécifiques") du <i>Projet territorial de santé mentale 2018-2022 de la Sarthe</i> (2017), - aux deux.	
<b>Catégories</b>	<b>Institutions</b>	Civilité - Prénom - NOM
	<b>CSE Pierre Daguet</b>	Dr Véronique LACCOURREYRE - M. Jean- Michel LEBEAU
	<b>FHF</b>	Mme Marina ANDRE
<b>PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>URPS-Médecins Libéraux</b>	Dr Véronique JAGUELIN Dr Ouafae ALOUI-LOTFI
	<b>Représentants des infirmiers libéraux</b>	Mme Catherine JAOUEN - M. Franck AREND
	<b>Représentante IDE</b>	Mme Isabelle DELION
<b>COLLECTIVITES TERRITORIALES</b>	<b>Département - PMI</b>	Dr Odile POUILLE-LIEVIN
	<b>Département - ASE</b>	Mme Julie DURAND - M. Jacky CACAO
	<b>Département - MDPH</b>	Dr Claude BODET Dr Anne HASSANI
	<b>Département - SDIS</b>	Dr Claude MOUGEOLLE

	<b>Participants:</b> - aux travaux préparatoire du <i>Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et en santé mentale</i> selon la méthodologie de l'ANAP (2016), - aux travaux d'élaboration de l'axe VI ("Organiser les parcours spécifiques") du <i>Projet territorial de santé mentale 2018-2022 de la Sarthe</i> (2017), - aux deux.	
<b>Catégories</b>	<b>Institutions</b>	Civilité - Prénom - NOM
	<b>Ville du Mans</b>	Mme Catherine PLUMARD - Mme Elise JEANNE Mme Virginie CAILLAUD
	<b>CCAS de Sablé-sur-Sarthe</b>	Mme Mathilde LUCAS
<b>ETAT</b>	<b>PJJ</b>	Mme Lucie DAIDIE - M. Philippe ROUSSELOT - Mme Sabine TACZYNSKI
	<b>DDCS</b>	M. Olivier LEHMANN
	<b>ARS</b>	Dr Bruno MESLET - Mme Isabelle MONNIER - Mme Isabelle RENAUDIN - Mme Laure COUTABLE - Mme Sylvie BASTARD - Mme Odile DOUCET - Mme Colette POTTIER -HAMONIC - M. Cyril PLOT - M. Gille GAUTIER Dr Alain CHARPENTIER
	<b>POLICE</b>	M. Philippe GENTILHOMME - M. Sébastien COSSEC - M. Mehdi LAUTRU
	<b>EDUCATION NATIONALE</b>	Dr Liliane BELLION
<b>PROTECTION SOCIALE</b>	<b>CAF</b>	Mme Christelle LUBIN - Mme Séverine BENEVAUD-RABAROT - Mme Emma HAY

	<b>Participants:</b> - aux travaux préparatoire du <i>Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et en santé mentale</i> selon la méthodologie de l'ANAP (2016), - aux travaux d'élaboration de l'axe VI ("Organiser les parcours spécifiques") du <i>Projet territorial de santé mentale 2018-2022 de la Sarthe</i> (2017), - aux deux.	
<b>Catégories</b>	<b>Institutions</b>	Civilité - Prénom - NOM
<b>AUTRES (secteur éducatif)</b>	<b>DDEC</b>	Mme Pauline BEAUVINEAU - Mme Gaëlle CHARBONNIER
	<b>MFR</b>	M. Gilles MENANT
<b>AUTRES ORGANISMES</b>	<b>CReHPsy</b>	Mme Sophie DELOFFRE
	<b>CREAI – Pays de Loire</b>	Mme Corinne PICHELIN - Mme Josette BRIZAIS M. Antoine FRAYSSE
	<b>Centre de ressources autisme</b>	Mme Manuela RUAU - Mme Dominique LEBOUCHER
	<b>CoHPsy72</b>	Mme Anne COURTAIS
<b>USAGERS</b>	<b>UNAFAM 72</b>	M. Dominique MAROT - Mme Christiane THOMAS - M. Bernard THOMAS - Mme Françoise ROUILLARD Mme Françoise FOUCHER - Mme Sylvie BOUCHERIE
	<b>UFC Que Choisir</b>	M. Gilles PAUMIER
	<b>GEM Le Bon Accueil</b>	M. Patrick GUILLEUX - M. Christophe PIRON - M. Pascal MALLET - M. Gérard LANDRY

	<b>Participants:</b> - aux travaux préparatoire du <i>Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et en santé mentale</i> selon la méthodologie de l'ANAP (2016), - aux travaux d'élaboration de l'axe VI ("Organiser les parcours spécifiques") du <i>Projet territorial de santé mentale 2018-2022 de la Sarthe</i> (2017), - aux deux.	
Catégories	Institutions	Civilité - Prénom - NOM
	<b>GEM's Loisirs</b>	M. David GRASSIN - M. Laurent HELY
	<b>GEM Tejira</b>	M. Arnaud BERGEOT - M. Michel TORTEVOIX - Mme Corinne GRASSIN
	<b>Eclaircie autisme</b>	Mme Martine PROVENT
	<b>Fédération autisme Bretagne - Pays de la Loire</b>	M. Daniel LESSCHAEVE
SECTEUR MEDICO-SOCIAL	<b>CMPP de l'URPEP</b>	M. Thierry GANEAU
	<b>MDA</b>	Dr Bertrand GUIOULLIER - M. Gilles RONDEAU
	<b>APAJH 72-53</b>	Mme Sarah GUERIF - M. David PICHOT - Mme Eloïse VAUCONSANT Mme Noura DJERIDI

	<b>Participants:</b> - aux travaux préparatoire du <i>Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et en santé mentale</i> selon la méthodologie de l'ANAP (2016), - aux travaux d'élaboration de l'axe VI ("Organiser les parcours spécifiques") du <i>Projet territorial de santé mentale 2018-2022 de la Sarthe</i> (2017), - aux deux.	
Catégories	Institutions	Civilité - Prénom - NOM
	<b>ADGESTI</b>	Mme Nadia BAKOUR - M. Jean-Michel SIMON - M. Yannick DUPONT - M. Florent CADET - Mme Sylvie LAFITTE - M. Stéphane LEMORT - Mme Ghislaine DAGUENET - Mme Jocelyne PIDERY - Mme Marie-Noëlle HERVIEUX - Mme Jennifer VAIDIE - Mme Sylvie FAURE - Mme Hélène LEBLANC - M. Emmanuel CHIRON Mme Karen LUCAS
	<b>ADAPEI</b>	Mme Elisabeth DESGARNIER - M. Bernard LEDAUPHIN - M. Damien LECOMTE - M. Thomas LEGENDRE - Mme Christelle CHEVRIGNAC - Mme Brigitte BELHADJ - M. Yves BENAMOU - Mme Carmen PIOGER M. Joël BOGDAN - Mme Gaëlle GASSE - M. Patrick COURTOIS
	<b>ANAI</b>	M. Grégoire MAYET - M. Roland FRIZON - Mme Marie-Françoise CHEVALIER - Mme Nelly HOUEIX
	<b>LA SAUVEGARDE 53-72</b>	M. Didier BOTTON - M. Claude BESNARD
	<b>AHSS</b>	Mme Laurence LECOMTE - Mme Anne GAUME
	<b>CSAPA (2)</b>	Dr Marie-Pierre GOBRON - Dr Joëlle EMERY - Mme Fanny LAROUSSI - Mme Caroline BESANCENET - M. Lionel DAUVERGNE
	<b>Association MONTJOIE</b>	Mme Nadra DRIDI

	<b>Participants:</b> - aux travaux préparatoire du <i>Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et en santé mentale</i> selon la méthodologie de l'ANAP (2016), - aux travaux d'élaboration de l'axe VI ("Organiser les parcours spécifiques") du <i>Projet territorial de santé mentale 2018-2022 de la Sarthe</i> (2017), - aux deux.	
Catégories	Institutions	Civilité - Prénom - NOM
	<b>ADIMC</b>	Mme Sandrine ROYER - Mme Claire COGNET
	<b>ITEP Les Aubrys</b>	M. Laurent PLANCHON - M. Vincent BOESMANS
	<b>URPEP</b>	Mme Françoise LE ROY - M. Jean-Louis MUNIER
	<b>F.A.M La Maison de l'Elan (de l'ACADEA)</b>	M. Christophe BECHU - Mme Mylène JOSSE - Mme Angélique CULERIER
	<b>F.A.M du CH de Saint-Calais</b>	Mme Cécile JOURDAN
	<b>EHPAD(s)</b>	Dr Stéphanie ROUZIER - Mme Céline MARTIN - Mme Nadège BRULAY-ESSONO - Mme Elodie NAU - Mme Isabelle DELION - Dr Marie-Hélène RONDEAU Mme Nathalie CHAILLOU
	<b>Centre Basile Moreau</b>	Dr Pierre DELOFFRE
<b>SECTEUR SOCIAL</b>	<b>ADMR 72</b>	Mme Elodie BASTIEN - Mme Marie-Ange GOBBI - Mme Cécile LIGNEUL - Mme Laurianne PANOR - Mme Mathilde RODRIGUES
	<b>TARMAC - CHRS</b>	Mme Claire DORSO

	<b>Participants:</b> - aux travaux préparatoire du <i>Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et en santé mentale</i> selon la méthodologie de l'ANAP (2016), - aux travaux d'élaboration de l'axe VI ("Organiser les parcours spécifiques") du <i>Projet territorial de santé mentale 2018-2022 de la Sarthe</i> (2017), - aux deux.	
<b>Catégories</b>	<b>Institutions</b>	Civilité - Prénom - NOM
	<b>AGLA Nelson MANDELA</b>	Mme Perrine FREYDIER
	<b>SARTHE HABITAT</b>	Mme Béatrice GASTEAU
	<b>LE MANS HABITAT</b>	Mme Dominique LENOGUE
<b>EMPLOI</b>	<b>MISSION LOCALE LE MANS</b>	M. Dominique GAUME Mme Catherine DEWEVER
	<b>CAP EMPLOI</b>	Mme Nathalie LETOURNEUX - M. Wilfrid GRISON Mme Laurence MENOUE
	<b>SANTE AU TRAVAIL 72 - SAMETH 72</b>	Mme Christelle ROGER

## PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE LA SARTHE - ANNEXES DU DIAGNOSTIC

### Annexe II : Indicateurs fournis par l'Agence régionale de santé pour les projets territoriaux de santé mentale

			Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région	France métropolitaine
1	<b>Description du territoire</b>								
1,1	population municipale	<i>Insee, RP 2014</i>	1 346 592	805 888	307 471	<b>568 760</b>	662 122	3 690 833	64 027 958
	moins de 18 ans	<i>Insee, RP 2014</i>	313 341	190 488	72 861	<b>129 320</b>	146 069	852 079	14 029 241
	60 ans et plus	<i>Insee, RP 2014</i>	306 120	193 098	81 250	<b>149 922</b>	190 081	920 471	15 750 163
	65 ans et plus	<i>Insee, RP 2014</i>	225 793	144 343	61 527	<b>112 451</b>	142 563	686 676	11 746 014
	75 ans et plus	<i>Insee, RP 2014</i>	113 814	76 439	33 805	<b>60 122</b>	72 244	356 425	5 959 103
1,2	superficie (en km <sup>2</sup> )	<i>Géographie au 1er janvier 2017</i>	6 912	7 237	5 212	<b>6 244</b>	6 790	32 395	548 911
	densité	<i>calcul</i>	194,8	111,4	59,0	<b>91,1</b>	97,5	113,9	116,6
1,3	Nombre de communes (GEO 2017)	<i>Géographie au 1er janvier 2017</i>	212	186	255	<b>361</b>	267	1 281	35 288
1,4	Aires urbaines : typologie et mise en relief des disparités entre aires rurales et aires urbaines.	<i>cf. carte</i>	/	/	/	/	/	/	/
	Nb de communes (GEO 2015) en :		221	357	261	<b>370</b>	282	1 491	36 658
	111 Grands pôles urbains (+ de 10 000 emplois)	<i>Insee, ZAU 2015</i>	38	16	7	<b>26</b>	12	99	3 255

			Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région	France métropolitaine
	112 Couronnes de grands pôles urbains	<i>Insee, ZAU 2015</i>	101	166	65	<b>156</b>	47	535	12 289
	120 Communes multipolarisées des grandes aires urbaines	<i>Insee, ZAU 2015</i>	30	36	20	<b>59</b>	47	192	3 977
	211 Moyens pôles urbains (5 à 10 000 emplois)	<i>Insee, ZAU 2015</i>	8	2	4	<b>1</b>	8	23	447
	212 Couronnes des moyens pôles	<i>Insee, ZAU 2015</i>	9	3	22	<b>2</b>	4	40	801
	221 Petits pôles (- de 5 000 emplois)	<i>Insee, ZAU 2015</i>	5	17	5	<b>14</b>	16	57	869
	222 Couronnes des petits pôles	<i>Insee, ZAU 2015</i>	0	1	4	<b>4</b>		9	586
	300 Autres communes multipolarisées	<i>Insee, ZAU 2015</i>	30	94	79	<b>89</b>	110	402	7 027
	400 Communes isolées hors influence des pôles	<i>Insee, ZAU 2015</i>	0	22	55	<b>19</b>	38	134	7 407
2	<b>Contexte socio-économique</b>								
2,1	Taux de <b>chômage</b>	<i>Insee 1er trimestre 2017</i>	7,8	8,7	6,3	<b>9,2</b>	7,4	8,0	9,3
2,2	Population de 15 ans et plus <b>non scolarisée</b>	<i>Insee, RP 2013 (Cabestan - COMPAS)</i>	944 053	567 376	224 334	<b>416 737</b>	492 855	2 645 356	46 378 128

			Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région	France métropolitaine
	Population de 15 ans et plus non scolarisée de <b>bas niveau de formation</b> (aucun diplôme, cep, bepc, brevet des collèges)	<i>Insee, RP 2013 (Cabestan - COMPAS)</i>	242 879	192 436	84 919	<b>147 962</b>	166 700	834 896	14 937 200
	Part des 15 ans et plus de <b>bas niveau de formation</b> (aucun diplôme, cep, bepc, brevet des collèges) parmi les 15 ans et plus non scolarisés en %	<i>Insee, RP 2013 (Cabestan - COMPAS)</i>	25,7	33,9	37,9	<b>35,5</b>	33,8	31,6	32,2
	Population de 15 ans et plus non scolarisée de <b>haut niveau de formation</b> (bac+2 et plus)	<i>Insee, RP 2013 (Cabestan - COMPAS)</i>	280 361	133 851	42 942	<b>83 489</b>	94 906	635 549	12 566 979
	Part des 15 ans et plus de <b>haut niveau de formation</b> (bac+2 et plus) parmi les 15 ans et plus non scolarisés en %	<i>Insee, RP 2013 (Cabestan - COMPAS)</i>	29,7	23,6	19,1	<b>20,0</b>	19,3	24,0	27,1
2, 3	Nb d'allocataires <b>RSA</b> global (socle + socle/activité + activité)	<i>CAF2015 (Cabestan - COMPAS)</i>	41 247	22 645	5 726	<b>16 555</b>	12 945	99 118	2 285 203

			Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région	France métropolitaine
	Taux de couverture des ménages par le RSA global (en %)	CAF2015 (Cabestan - COMPAS)	7,1	6,6	4,3	<b>6,7</b>	4,6	6,2	8,2
2,4	Bénéficiaires <b>CMU</b> de base (régime 806)	Cnamts Ameli - 31/12/2016	18 305	12 497	2 920	<b>11 817</b>	4 521	50 060	1 524 897
	Bénéficiaires <b>CMUC</b> Cnam	Cnamts Ameli - 31/12/2016	49 929	33 934	10 383	<b>30 470</b>	15 985	140 701	3 846 917
	Bénéficiaires CMUC organisme complémentaire	Cnamts Ameli - 31/12/2016	17 560	8 332	2 822	<b>7 206</b>	6 262	42 182	490 267
2,6	Nombre et % de bénéficiaires de l' <b>APA</b>	EcoSanté - 31/12/2013	21 698	12 523	6 034	<b>10 836</b>	13 257	64 348	1 211 092
	Taux de bénéficiaires de l'APA parmi les personnes de 75 ans et plus (en %)	calcul	19,1	16,4	17,8	<b>18,0</b>	18,4	18,1	20,3
2,7	Nombre de foyers allocataires <b>AAH</b>	2015 (Cabestan - COMPAS)	19 632	10 627	3 613	<b>7 458</b>	8 797	50 127	993 677
	Part des ménages couverts par l'AAH (en %)	2015 (Cabestan - COMPAS)	3,4	3,1	2,7	<b>3,0</b>	3,1	3,2	3,6
2,5	Typologie des fragilités sociales	cf. carte	/	/	/	/	/	/	/
	<b>Epidémiologie</b>								
	<b>Espérance de vie à la naissance</b>	Insee 2015							
	Hommes		78,6	79,8	79,6	<b>78,8</b>	79,2	79,1	79

			Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région	France métropolitaine
	Femmes		85,7	85,8	85,6	<b>85,1</b>	85,6	85,6	85,1
	Espérance de vie à 20 ans	<i>Insee 2015</i>							
	Hommes		59	60,3	60	<b>59,4</b>	59,8	59,6	59,6
	Femmes		66,1	66,2	65,7	<b>65,3</b>	65,9	65,9	65,6
	Espérance de vie à 40 ans	<i>Insee 2015</i>							
	Hommes		40,4	41	41,2	<b>40,3</b>	40,5	40,4	40,4
	Femmes		45,5	46,6	46,1	<b>45,8</b>	46,2	46,3	45,9
	Espérance de vie à 60 ans	<i>Insee 2015</i>							
	Hommes		22,5	23,5	23,6	<b>23,1</b>	23	23	22,9
	Femmes		27,6	28	27,5	<b>27,4</b>	27,4	27,6	27,4
	Taux bruts de décès pour 100 000 habitants, toutes causes confondues	<i>Cepidc 2014 (détails onglet Mortalité)</i>	767,7	782,4	895,3	<b>922,2</b>	957	839,4	849,1
	Taux bruts de décès pour 100 000 habitants, <b>suicides</b>	<i>Cepidc 2014 (détails onglet Mortalité)</i>	14,8	14,9	20,8	<b>23,8</b>	20,6	17,7	13,8
	Nombre d' <b>ALD</b> troubles mentaux (ALD n° 23)								
	<i>Incidence 2015 régime général (nouveaux cas)</i>	<i>Cnamts ameli 2015</i>	2 390	1 030	600	<b>990</b>	1 090	6 100	130 640
	<i>Prévalence 2015 régime général (cas présents)</i>	<i>Cnamts ameli 2015</i>	23 410	11 660	6 280	<b>10 570</b>	11 030	62 950	1 245 340

			Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région	France métropolitaine
	<i>Taux standardisés de prévalence 2015 pour 100 000 hbts régime général (cas présents)</i>	<i>Cnamts (ameli) 2015</i>	1 991	1 791	2 625	<b>2 175</b>	1 972	2 020	2111 (Yc DOM)
	Tentatives de suicide / MCO (Données PMSI, bien qu'elles ne soient pas exhaustives sur ce sujet)								
	<b>Offre sanitaire et médico-sociale</b>								
	<b>Sanitaire ambulatoire en psychiatrie et santé mentale :</b>								
	Sectorisation psychiatrique : nombre de secteurs sur le territoire.								
	Nombre et capacité installée / ES avec activité psychiatrique tous statuts (dont hôpital de jour).								

			Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région	France métropolitaine
Nb de <b>CMP</b> ouverts en 2014	<i>Finess - 07/2017 (catégorie 156)</i>		21	11	7	6	9	54	1 648
Répartition des <b>CATTP</b>	<i>Finess - 07/2017 (catégorie 425)</i>		8	2	0	2	0	12	468
Nombre <b>équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP)</b>	<i>GT Logement Plateforme Observation Sociale (MarieJo)</i>		2	1	0	1	0	4	/
Effectif <b>psychiatres libéraux + mixtes</b>	<i>DIAMANT janv-2017 (hors internes et remplaçants)</i>		120	67	16	25	16	244	6 198
Densité psychiatres libéraux + mixtes	<i>DIAMANT janv-2017 (hors internes et remplaçants)</i>		9,3	8,5	5,2	4,4	2,5	6,8	9,5
Effectif <b>psychiatres salariés</b>	<i>DIAMANT janv-2017 (hors internes et remplaçants)</i>		200	119	27	50	51	445	10 390
Densité psychiatres salariés	<i>DIAMANT janv-2017 (hors internes et remplaçants)</i>		15,4	15,1	8,8	8,8	7,9	12,4	16
Effectif <b>pédopsychiatres libéraux + mixtes</b>	<i>DIAMANT janv-2017 (option enfant &amp; adolescent SM43 - hors internes et remplaçants)</i>		0	5	2	1	0	8	295
Densité pédopsychiatres libéraux + mixtes	<i>DIAMANT janv-2017 (option enfant &amp; adolescent SM43 - hors internes et remplaçants)</i>		0	0,6	0,7	0,2	0	0,2	0,5
Effectif <b>pédopsychiatres salariés</b>	<i>DIAMANT janv-2017 (option enfant &amp; adolescent SM43 - hors internes et remplaçants)</i>		3	3	2	1	3	12	508
Densité pédopsychiatres salariés	<i>DIAMANT janv-2017 (option enfant &amp; adolescent SM43 - hors internes et remplaçants)</i>		0,2	0,4	0,7	0,2	0,5	0,3	0,8

		Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région	France métropolitaine
	<b>Médico-social handicap</b>							
	Nb structures pour <b>enfants/adolescents handicapés</b> (cat 183,186,188,192,194,195) <i>Statiss 2016 (Finess 31/12/15)</i>	61	32	9	<b>15</b>	22	139	2 241
	Nb de places installées (cat 183,186,188,192,194,195) <i>Statiss 2016 (Finess 31/12/15)</i>	2 114	1 371	333	<b>783</b>	766	5 367	103 025
	Nombre de <b>SESSAD</b> <i>Statiss 2016 (Finess 31/12/15)</i>	31	29	12	<b>18</b>	23	113	1 636
	Nb de places installées SESSAD <i>Statiss 2016 (Finess 31/12/15)</i>	1 349	932	365	<b>571</b>	651	3 868	48 356
	Nombre <b>établissements d'hébergement pour adultes handicapés</b> (382, 252,255,437,253,379,395) <i>Statiss 2016 (Finess 31/12/15)</i>	132	64	54	<b>72</b>	70	392	4 809
	Nb places installées étab. hébergement (382,252,255,437,253,379,395) <i>Statiss 2016 (Finess 31/12/15)</i>	3 368	1 802	958	<b>1 759</b>	1 937	9 824	150 027
	Nombre <b>ESAT</b> <i>Statiss 2016 (Finess 31/12/15)</i>	26	24	10	<b>15</b>	15	90	1 464
	Nb places installées ESAT <i>Statiss 2016 (Finess 31/12/15)</i>	2 320	1 445	679	<b>1 039</b>	1 139	6 622	116 596
	Nombre <b>services d'accompagnement à</b> <i>Statiss 2016 (Finess 31/12/15)</i>	33	25	9	<b>19</b>	30	116	1 313

		Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région	France métropolitaine	
	<b>la vie sociale pour adultes handicapés (SAVS, SAMSAH)</b>								
	Nb places installées SAVS-SAMSAH	<i>Statiss 2016 (Finiss 31/12/15)</i>	769	550	384	<b>512</b>	458	2 673	45 504
	Nb places installées <b>enfants handicapés pour déficience psychique</b>	<i>Statiss 2016 (Finiss 31/12/15)</i>	344	268	42	<b>72</b>	101	827	16 483
	Nb places installées <b>adultes handicapés pour déficience psychique</b>	<i>Statiss 2016 (Finiss 31/12/15)</i>	576	124	111	<b>310</b>	421	1 542	22 459
	<b>Ambulatoire (hors secteur de la santé mentale)</b>								
	Effectif <b>MG libéraux + mixtes</b>	<i>DIAMANT janv-2017 (hors internes et remplaçants)</i>	1 307	766	209	<b>386</b>	507	3 166	59 663
	Densité MG libéraux + mixtes	<i>DIAMANT janv-2017 (hors internes et remplaçants)</i>	100,8	96,9	68,1	<b>68,2</b>	79	87,9	91,9
	Effectif <b>MG salariés</b>	<i>DIAMANT janv-2017 (hors internes et remplaçants)</i>	749	445	147	<b>256</b>	340	1 912	42 835
	Densité MG salariés	<i>DIAMANT janv-2017 (hors internes et remplaçants)</i>	57,8	56,3	47,9	<b>45,3</b>	53	53,1	66
	Effectif <b>infirmiers libéraux + mixtes</b>	<i>DIAMANT janv-2017 (hors internes et remplaçants)</i>	994	646	263	<b>399</b>	600	2 901	94 011
	Densité infirmiers libéraux + mixtes	<i>DIAMANT janv-2017 (hors internes et remplaçants)</i>	76,7	81,7	85,7	<b>70,5</b>	93,5	80,6	144,8

			Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région	France métropolitaine
	<b>Effectif infirmiers salariés</b>	<i>DIAMANT janv-2017 (hors internes et remplaçants)</i>	10 357	7 181	2 238	<b>4 260</b>	4 189	28 218	573 197
	Densité infirmiers salariés	<i>DIAMANT janv-2017 (hors internes et remplaçants)</i>	798,9	908,6	728,9	<b>753</b>	652,8	783,6	882,8

**Annexe III : Portrait statistique de la Sarthe**

*Rapport de synthèse pour le département de la Sarthe, issu de l'Atlas de la santé mentale, publié par l'IRDES en novembre 2017 sur le site *AtlaSanté* (mise en ligne du Rapport de la Sarthe annoncée en mars 2018).*

Annexe IV



La santé mentale des personnes entrant en détention dans le Nord et le Pas-de-Calais

Introduction

L'incarcération des personnes souffrant de troubles psychiques est devenu un problème majeur depuis la fin des années 1970 comme le suggèrent certains indicateurs de morbi-mortalité comme la multiplication par 4 des décès par suicide et la surconsommation de psychotropes (Fovet et al., 2014). Pourtant, les troubles psychiques ont longtemps été considérés comme consécutifs à l'incarcération et à ses contraintes. Ce sont les résultats de quelques trop rares études menées récemment dans le monde (Fazel 2010) et en France (Rouillon & Falissart 2004), qui ont alerté sur l'ampleur du problème. Ceci pose bien sûr la question de l'accès aux soins, de leur adéquation, de leur qualité et de leur continuité. Les études de prévalence des troubles psychiatriques sont nécessaires pour adapter l'offre de soin et envisager une évolution des politiques pénales vis-à-vis des personnes souffrant de troubles psychiques.

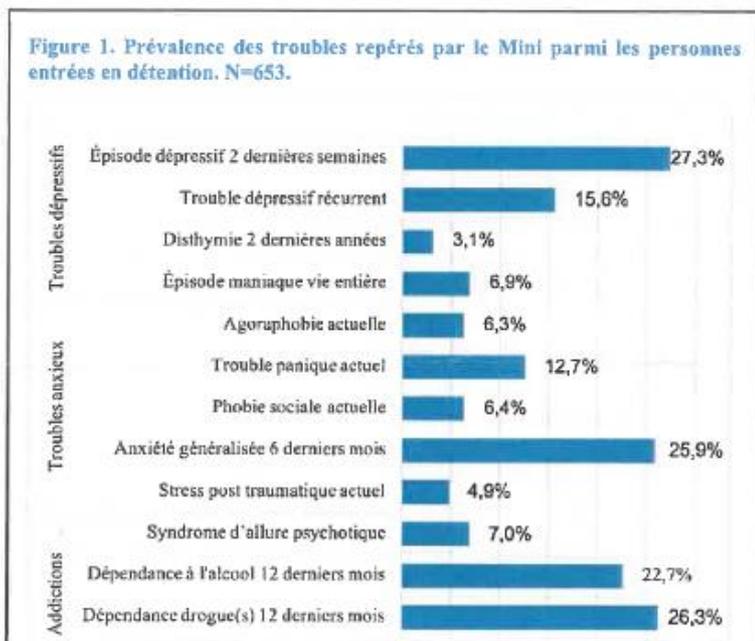
L'étude SPC a ainsi été financée par l'Agence régionale de santé Hauts-de-France (Nord - Pas-de-Calais au moment de son démarrage) dans l'objectif de mesurer la prévalence des troubles psychiques chez les personnes entrant en détention et de la comparer à celle d'une population adulte non incarcérée.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude de prévalence, prospective, et multicentrique, portant sur une population de personnes majeures entrées en détention entre mars 2014 et avril 2017 dans les 8 maisons d'arrêt du Nord et le Pas-de-Calais. Les troubles psychiques ont été

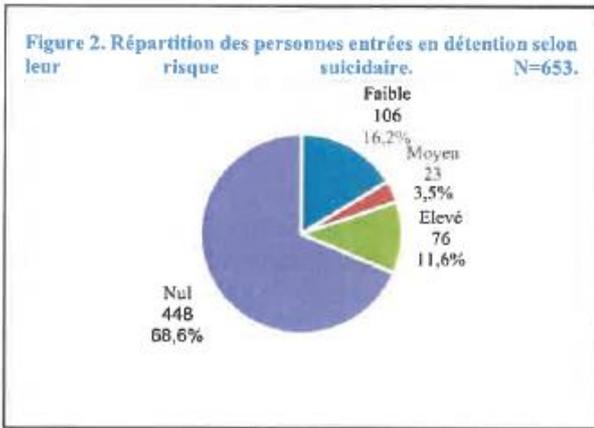
identifiés au moyen du *Mini International Neuropsychiatrie Interview (MINI)* par des professionnels des Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire, incluant le Service Médico-Psychologique Régional. Les troubles pouvant être identifiés sont : l'épisode dépressif durant les 2 dernières années, la dysthymie, l'épisode maniaque vie entière, l'agoraphobie actuelle, le trouble panique actuel, la phobie sociale actuelle, l'anxiété généralisée l'état de stress post-traumatique actuel, l'abus d'alcool, l'usage de drogues, les syndromes psychotiques vie entière, le risque suicidaire vie entière et l'insomnie actuelle. Le questionnaire était complété de questions socio-biographiques (âge, sexe, insertion, statut, antécédents carcéraux, religiosité). Les résultats ont été comparés à ceux d'une population masculine également étudiée avec le **MINI** dans l'enquête *Santé Mentale en Population Générale* dans le Nord et le Pas-de-Calais, après appariement pour l'âge (en 3 classes), la situation maritale et le statut par rapport à l'emploi.

Figure 1. Prévalence des troubles repérés par le Mini parmi les personnes entrées en détention. N=653.



## Principaux résultats

### Participation à l'enquête



L'étude s'est déroulée dans 8 des 9 maisons d'arrêt du Nord et du Pas-de-Calais et a inclus 653 personnes majeures. Il s'agit essentiellement d'hommes (96,5%), jeunes (32 ans en moyenne), d'un faible niveau d'étude (47,4% n'ont aucun diplôme ou le brevet), 66,3 % sans emploi. 42,4% des arrivants avaient connu une incarcération antérieure, 30,8% une mesure de placement durant leur jeunesse et 39,3% un suivi socio-éducatif. Enfin, 44,3% se déclarent croyants, 31,7% croyants mais non pratiquants et 23,9% pratiquants.

Environ 7 personnes sur 10 présentent au moins un trouble identifié par le MINI : cf. figure 1. Les épisodes dépressifs, l'anxiété généralisée, la dépendance à l'alcool et aux drogues touchent chacun environ 1 personne sur 4, les troubles dépressifs récurrents 1 personne sur 6 et le trouble panique actuel 1 sur 8.

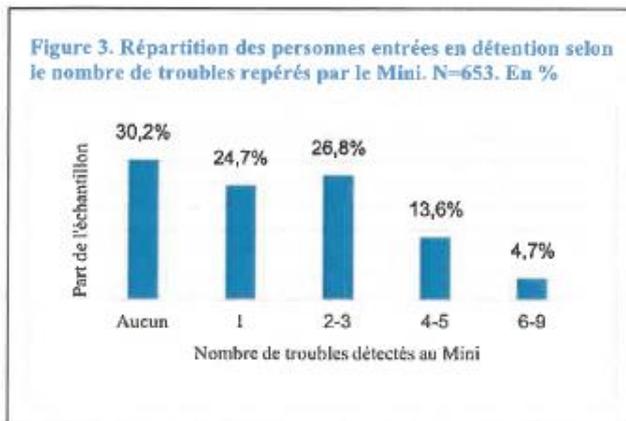
Un syndrome d'allure psychotique est retrouvé chez 1 personne sur 14, niveau équivalent à celui de l'épisode maniaque et proche de la phobie sociale (1 sur 16). Enfin, le stress post-traumatique est décrit chez 1 personne sur 20 et la dysthymie durant les 2 dernières années chez 1 sur 32.

### Facteurs associés aux troubles

Dans les analyses bivariées, parmi les facteurs étudiés (sexe, classe d'âge, situation sociale, etc.), l'insomnie, le risque suicidaire moyen ou élevé, la dépendance à l'alcool et la dépendance aux drogues sont ceux le plus souvent significativement associés à des niveaux élevés de troubles. Une régression logistique sur la présence d'au moins un trouble identifié par le MINI retrouve un lien très fort avec les risque suicidaire moyen ou élevé (OR=16,3), l'insomnie actuelle (OR=1,5) et la consommation de tabac (OR=3,8).

Risque suicidaire : 15,1% de l'échantillon présente un risque suicidaire moyen ou élevé à son entrée en détention (cf. figure 2).

Des comorbidités très fréquentes : 45% des arrivants présentent au moins 2 troubles identifiées au MINI, plus de 18% au moins 4 troubles (cf. figure 3).



### Comparaison avec la population générale

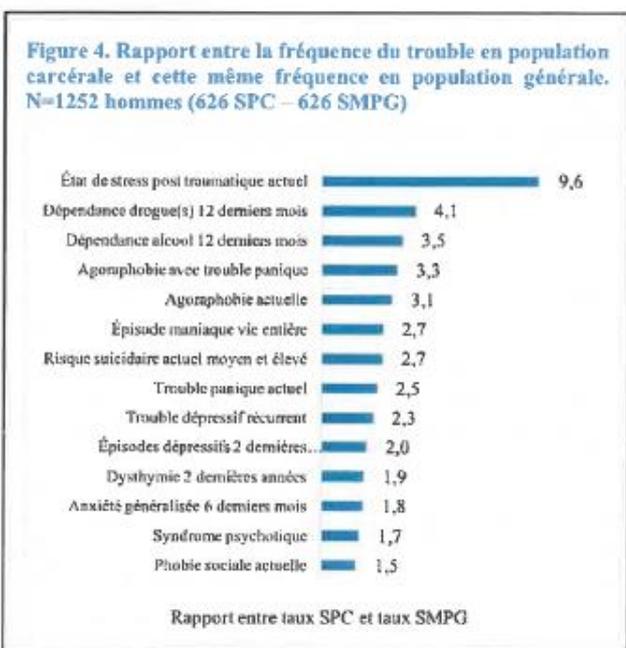
Tous les troubles étudiés sont significativement plus fréquents chez les hommes entrant en détention qu'au sein d'une population masculine étudiée selon la même méthode (l'enquête SMPG Nord et le Pas-de-Calais) : 10 fois plus pour le stress post-traumatique, 4 fois plus pour les dépendances, 2 fois plus pour le syndrome d'allure psychotique (cf. figure 4). Le risque suicidaire moyen ou élevé est quant à lui retrouvé 3 fois plus fréquemment.

### Conclusions

L'étude SPC est la première étude comparant les prévalences des troubles psychiques des personnes entrant en détention avec celle d'une population appariée de la même région. Elle a été rendue possible grâce à la concertation entre les unités sanitaires en milieu pénitentiaire du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire P09 et au soutien de l'Agence régionale de santé Hauts-de-France.

L'étude concerne des personnes arrivant en prison, elle renseigne l'état de santé d'une population adressée en prison par la justice, ainsi, les troubles observés ne peuvent pas être attribués à l'environnement carcéral.

L'étude confirme le haut niveau de morbidité psychiatrique chez les personnes entrant en prison, très supérieur à celui mesuré en population générale. Avec 7 arrivants sur 10 qui présentent au moins un trouble psychique, il apparaît que le trouble mental devient un



facteur de risque d'incarcération. Ce résultat interroge sur le rôle et l'impact des politiques pénales dans le parcours des personnes souffrant de troubles psychiques.

L'autre résultat le plus frappant de cette étude est la prévalence massive des comorbidités psychiatriques, avec une place importante mais non exclusive pour les troubles addictifs. Ce résultat témoigne de la sévérité des troubles présents chez les arrivants en prison. En effet les comorbidités psychiatriques sont associées à un moins bon pronostic, pour plusieurs raisons ; plus de difficultés à identifier les diagnostics,

plus de retard aux diagnostics, des soins moins adaptés et orientés uniquement sur l'un des troubles, plus de complication psychiatriques addictives médicales, sociales et judiciaires.

Ces résultats incitent à :

1. adapter les capacités du système de santé à offrir des soins et des accompagnements en adéquation à cette population, tant en milieu carcéral qu'en post carcéral.
2. d'améliorer les connaissances et les compétences des professionnels de santé concernant les problèmes de comorbidités.
3. tenir compte des caractéristiques de cette population afin de mieux cibler les mesures de prévention et de facilitation d'accès aux soins.
- 4.

## Référence du rapport

Laurent Plancke<sup>1</sup> Aminata Sy (stagiaire)<sup>1</sup>, Thomas Fovet<sup>2</sup>, Fanny Carton<sup>2</sup> Jean-Luc Roelandt<sup>3</sup>, Imane Bemadia<sup>3</sup>, Axel Bastien

(interne en psychiatrie)<sup>1</sup>, Alina Amariei<sup>1</sup>, Thierry Danel<sup>1</sup>, Pierre Thomas<sup>3</sup>, *La santé mentale des personnes entrant en détention*,

Lille, F2RSM Psy, novembre 2017, 34 p.

1. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, Lille.
2. Centre hospitalier universitaire (CHU), Lille.
3. Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), Hellemmes (Lille).

Ref ;

Fazel S, Danesh J: Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. The Lancet 2002 Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral Rapport (DGS-DAP) 2004 CEMKA-EVAL Fovet T, Amad A, Adins C, Thomas P. Psychotropes en milieu pénitentiaire. Presse Médicale 2014; 43,5 520528

Étude financée par l'Agence régionale de santé Hauts-de-France



/Usra/pierrethomas/Deslctop/dad/Bureau • MacBook/SPC

# PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE LA SARTHE

## ANNEXES DU DIAGNOSTIC

### Annexe V : Les hospitalisations non pertinentes

**L'hospitalisation à temps complet en psychiatrie constitue une modalité de soins particulière**, qui mobilise une relativement forte densité de ressources (humaines et matérielles). Elle répond notamment à la prise en charge de phases symptomatiques (dites « aiguës ») ainsi qu'à des besoins de réajustements de traitement.

**A l'EPSM de la Sarthe, ces hospitalisations à temps complet** s'inscrivent le plus souvent dans le respect de la philosophie de la psychiatrie de secteur et on rencontre ainsi des patients présentant des pathologies ou des troubles psychiatriques très variés dans une même unité d'hospitalisation. Les unités d'hospitalisation à temps complet sont installées sur le site d'Allonnes, à l'exception de l'unité d'addictologie qui est au Mans. Chacune compte 17 ou 18 lits (mais 9 seulement pour celle accueillant les enfants et les adolescents de moins de seize ans, 12 pour celle d'addictologie et 15 pour celles accueillant des personnes âgées). Elles se distinguent par leur « projet thérapeutique ». Ainsi en psychiatrie générale, chaque pôle de deux secteurs (couvrant un peu moins de 200.000 habitants) dispose de deux unités dites « d'admission », destinées à l'accueil des entrants et des patients en cours de diagnostic, et d'une ou deux unités thématiques orientées vers la « réhabilitation » ou la « réinsertion psycho-sociale ». Il existe également cinq unités d'établissement spécifiques, destinées à l'accueil de certaines populations (les enfants et les adolescents de moins de seize ans, les personnes en cours de sevrage de leur pratique addictive, les personnes âgées, les personnes particulièrement déficitaires sur le plan cognitif et praxique), et une unité d'accueil et d'orientation, commune à l'ensemble de l'établissement et qui répond à un projet très particulier (patients non connus, non programmés, non contraints, hospitalisés pour un triple bilan - psychiatrique, somatique et social - et une orientation, dans le délai de 48 heures).

**Lorsque l'hospitalisation complète n'est pas adaptée à la situation du patient**, en particulier lorsqu'elle se prolonge indûment, elle peut entraîner différents effets négatifs :

- un maintien voire une dégradation de l'état du patient, tant au plan psychiatrique qu'en matière de réhabilitation et d'autonomie, qui peut être accentuée par une moindre mobilisation de l'équipe soignante et médicale dès lors que le patient est identifié comme stabilisé au plan psychiatrique,
- une limitation de ses droits fondamentaux, parmi lesquels la liberté d'aller et venir, lorsque le séjour d'un patient dont l'état psychique est stabilisé a lieu dans une unité susceptible d'être fermée du fait de sa vocation à accueillir des patients dans la phase aiguë de leur maladie,
- une possible perte du sens global du projet de soins du patient, qui doit rester tourné vers la réalisation de son projet de vie, alors que le passage/le maintien en hospitalisation à temps complet comporte des risques de stigmatisation de la personne de la part des structures d'aval, ou de son environnement naturel (au travail, dans la vie familiale, etc.), compliquant son parcours de réhabilitation,
- et en fin de compte une utilisation non optimale des ressources hospitalières, limitant les possibilités d'accueil d'autres patients qui auraient besoin d'une hospitalisation à temps complet.

**On entend par hospitalisations « non pertinentes » les hospitalisations à temps complet théoriquement « évitables ».** Il peut s'agir d'hospitalisations se prolongeant au-delà du temps strictement nécessaire, parmi lesquelles celles dites « au long cours » (il est recouru à plusieurs critères de durée, mais le plus fréquent est celui de 250 jours sur une année), mais aussi d'hospitalisations très courtes (dès lors qu'un consensus médical établit qu'auraient pu leur être substituées des prises en charge alternatives, c'est à dire ambulatoires).

Une autre forme d'inadaptation de la réponse hospitalière tient à la pratique des hospitalisations de grands adolescents (mineurs à partir de 16 ans et jeunes majeurs) dans les unités d'hospitalisation de psychiatrie générale. Ces hospitalisations ne sont pas forcément « évitables », mais c'est le cadre ordinaire dans lequel elles sont réalisées qui n'est pas particulièrement adapté aux spécificités des jeunes patients concernés. De la même manière qu'il a créé des services spécifiques pour d'autres catégories de populations malades (personnes âgées, personnes en cours de sevrage d'addiction...), l'EPSM de la Sarthe se donnera pour objectif, au cours de son projet d'établissement 2019-2023, de mettre en place un dispositif de prise en charge hospitalière à temps complet dédié aux grands adolescents. Ce dispositif d'hospitalisation viendra compléter le Centre de soins (ambulatoires) pour adolescents (CSA) initié à partir de septembre 2016 et le travail de liaison effectué par l'Equipe de liaison pédopsychiatrique (ELPP) qui intervient depuis 2013 dans le service de pédiatrie du centre hospitalier du Mans.

**L'EPSM de la Sarthe s'inscrit depuis plusieurs années dans un travail de réflexion et de mise en œuvre d'une politique de limitation des hospitalisations non pertinentes.** Celle-ci est parfois résumée à une démarche de « dé-chronicisation » (en référence à la reconnaissance ancienne de patients dits « chroniques » du fait de leur maintien long en hospitalisation à temps complet), mais elle vise en fait à réduire l'ensemble des hospitalisations évitables pour leur substituer des prises en charge alternatives.

Cette politique décline les orientations majeures du projet médical 2015-2018 de l'établissement. Elle est reprise dans les fiches-actions n° 14, 15 et 16 du projet territorial de santé mentale 2018-2022 de la Sarthe.

Elle s'appuie plus particulièrement sur la mise en place d'un groupe pluridisciplinaire mensuel : **l'observatoire des séjours**. Ce groupe a été institué comme une sous-commission de la Commission Médicale d'Etablissement (CME). Il réunit le président de la CME, le directeur de l'EPSM, le psychiatre responsable du Département de l'Information Médicale (DIM) et ses collaborateurs, l'ensemble des responsables des pôles de psychiatrie (le médecin chef et le cadre supérieur de santé qui l'assiste), le directeur des finances et de la contractualisation et le contrôleur de gestion, la directrice des affaires médicales, de la qualité et des relations avec les usagers, la directrice des établissements médico-sociaux gérés par l'EPSM, la cadre coordinatrice du service social. A partir d'analyses statistiques des données portant sur les hospitalisations complètes, le groupe élabore des pistes d'actions de fluidification des parcours. Il procède également à des analyses croisées de situations individuelles complexes dans le but de préconiser des actions concrètes en vue de lever les blocages liés à un passage de relais (ou en hébergement autonome) et à une sortie d'hospitalisation complète. Les travaux de l'observatoire des séjours sont relayés à l'intérieur de chaque pôle de psychiatrie. On constate ainsi que, si chaque pôle de psychiatrie générale (adultes) présentait une soixantaine de patients dits « au long cours » en 2010, le pôle 1-6 n'en comptait plus que 14,

contre 36 pour le pôle 3-7, et 49 pour le pôle 4-5 au 31 décembre 2017. Les partages de pratiques permis au sein de cet observatoire favorisent ainsi un mouvement collectif continu de réduction des hospitalisations à temps complet pour l'ensemble de la file-active de patients hospitalisés de l'EPSM de la Sarthe. Cette réduction des durées moyennes d'hospitalisation (DMH) s'appuie sur (et en même temps permet) **le redéploiement progressif de ressources humaines vers toute une palette de modalités de soins alternatifs à l'hospitalisation complète** selon les grands axes dessinés par le projet médical 2015-2018 : hôpitaux de jour et centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel, équipes mobiles généralistes (équipes de liaison dans les établissements de santé, équipes de soutien aux établissements médico-sociaux, équipes mobiles d'intervention à domicile...) ou spécialisées (personnes âgées, personnes en situation de précarité, personnes souffrant d'addictions, personnes à risque de suicide...), notamment. Le déploiement de ce dispositif psychiatrique inspiré de l'esprit de l'« aller-vers » intervient parallèlement au déploiement progressif d'un système de conventions systématiques avec les principales structures gestionnaires d'établissements et de services médico-sociaux (pour enfants, personnes adultes handicapées, personnes âgées) et avec les établissements de santé.

L'observatoire des séjours est un outil institutionnel qui est encore amené à se développer autour de quatre axes :

- le renforcement de son articulation avec la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), par la mise en place de réunions communes avec cette institution chaque trimestre (action inscrite dans le PTSM),
- l'analyse plus précise des taux de ré-hospitalisations à temps complet,
- l'analyse des très courts séjours (hors l'unité d'accueil et d'orientation),
- et, en fin de compte, le suivi des parcours de soins et de réhabilitation des personnes inscrites dans la file-active de l'établissement.

Malgré une invitation systématique de ses représentants autour de l'élaboration des fiches-actions n° 14, 15 et 16 du PTSM, le groupe projet n'a pas été informé de l'existence d'une démarche similaire d'analyse de la pertinence des séjours hospitaliers au sein du second établissement de santé sarthois autorisé pour l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie, le Centre médico-chirurgical du Mans (CMCM).

**Enfin la question des inadéquations traverse également le champ médico-social.** Les constats partagés par les professionnels et leurs partenaires sarthois, notamment dans le cadre du diagnostic préalable au Schéma départemental unique d'organisation sociale et médico-sociale, sont synthétisés au sein des différentes fiches-actions de l'axe III du PTSM. Les réponses attendues sont forcément systémiques. En particulier elles ne sont pas complètement indépendantes des options prises par l'EPSM en faveur d'une diversification de ses modes d'intervention sur le territoire départemental, notamment en soutien des établissements où vivent des personnes en souffrance psychique ou en situation de handicap d'origine psychique.

# PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE LA SARTHE

## ANNEXES DU DIAGNOSTIC

### Annexe VI : La permanence des soins

**La permanence des soins (PDS)** est une mission de service public inscrite dans la loi. Elle se caractérise par un dispositif permettant de garantir l'accès de la population à un médecin, pour des soins non programmés, lorsque les cabinets médicaux sont fermés<sup>5</sup>.

On identifie ainsi deux types de PDS :

- Celle qui concerne les soins ambulatoires (ou PDSA) et qui s'appuie traditionnellement sur les médecins libéraux et les dispositifs libéraux implantés dans les centres 15 : la nuit (de 20 h à 8 h du matin), les week-ends et les jours fériés (de 8 h à 20 h).
- Celle assurée par les établissements de santé (ou PDSES) publics (par nature) et privés (en fonction du contrat passé avec l'Agence régionale de santé) : la nuit (de 20 h à 8 h du matin), les week-ends (à compter du samedi midi) et les jours fériés (de 8 h à 20 h).

Dans les deux cas il appartient à l'Agence régionale de santé d'organiser la PDS sur son territoire.

S'agissant de la PDS en établissement de santé (PDSES), elle couvre :

- l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients,
- dans une structure de soins d'un établissement de santé ainsi qu'en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence.

La PDSES concerne le seul champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO). Ainsi il n'existe pas en Sarthe de service autorisé spécifiquement pour l'accueil des urgences psychiatriques. Cet accueil est réalisé directement dans les établissements disposant d'un service d'accueil des urgences (SAU), soit le Centre hospitalier du Mans (CHM), le Pôle Santé Sarthe et Loir (PSSL) au Bailleul, le Centre hospitalier de Château-du-Loir, le Centre hospitalier de La Ferté-Bernard et le Centre Médico-Chirurgical du Mans (CMCM). D'autres équipes rattachées à un établissement de santé peuvent également traiter des urgences psychiatriques : à distance, celles des centres de régulation des appels (centres 15) des services d'aide médicale urgente (SAMU) de la Sarthe et de l'Orne (SAMU 72 et SAMU 61) et aussi, par un accueil physique de patients se présentant spontanément, l'équipe de l'unité d'accueil et d'orientation (UAO) de l'EPSM de la Sarthe par exemple.

---

<sup>5</sup> La permanence des soins : état des lieux au 1<sup>er</sup> janvier 2015, Conseil national de l'Ordre des médecins.

Sur ce sujet de la permanence des soins, les travaux autour du diagnostic ont souligné plusieurs difficultés :

- le manque de lisibilité sur les dispositifs accessibles en urgence en cas de crise psychique,
- la difficulté d'accéder à une expertise psychiatrique sur les créneaux horaires de la PDS,
- l'inégale répartition de ces urgences sur le territoire (notamment pour la zone urbaine du Mans),
- le besoin d'appui des médecins généralistes en matière d'expertise psychiatrique aux horaires d'ouverture des cabinets,
- le manque d'harmonisation des réponses apportées par la régulation assurée par le centre 15 de la Sarthe face à des situations d'urgence psychique,
- La lourdeur des astreintes psychiatriques de l'EPSM dédiées au CHM,
- Le défaut de couverture en matière d'expertise en pédopsychiatrie auprès des pédiatres du CHM les week-ends en particulier (les samedis matins notamment),
- Le manque de service d'accueil d'urgence et d'hospitalisation très courte en psychiatrie, type unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD),
- L'importance de tenir compte de la prévalence du suicide en Sarthe en tout temps de la prise en charge, y compris en urgence et post-urgence.

Afin de pallier ces difficultés, plusieurs organisations et actions ont été mises en place ou projetées (cf. fiche-actions n°16 du PTSM) :

1. **Une organisation de la PDES en psychiatrie par l'EPSM de la Sarthe.** L'EPSM s'est organisé autour de deux lignes de garde de médecine générale (une de 17 h à minuit et l'autre de 17 h à 9 h le lendemain matin), d'une astreinte opérationnelle à domicile de pharmacie, d'une permanence de cadre de santé de 17 h à 22 h du lundi au vendredi et d'une astreinte de direction notamment. Les astreintes des psychiatres sont également réparties autour de deux lignes (de 18 h à 9 h le lendemain matin en semaine, et de 12 h le samedi au lundi à 9 h) :
  - a. L'une est prioritairement dédiée aux patients présents au CHM (et intervient également pour ceux hospitalisés dans le service d'addictologie de la rue Prémartine au Mans, pour les détenus de la maison d'arrêt de Coulaines, et enfin assure la mission du psychiatre de la cellule d'urgence médico-psychologique en cas de déclenchement par le SAMU). Le psychiatre d'astreinte s'appuie sur l'équipe psychiatrique d'accueil des urgences et de liaison (EPAUL) présente aux urgences du CHM de 8 h à 22 h tous les jours de l'année.
  - b. L'autre psychiatre d'astreinte couvre les unités d'hospitalisation du site d'Allonnes et en particulier l'unité d'accueil et d'orientation (UAO). Il a également vocation à répondre aux demandes d'avis spécialisé à distance émises par les médecins des structures d'accueil d'urgence de la Sarthe autres que les deux du Mans.
2. L'élaboration et la signature (en cours depuis... juillet 2017) d'une **convention de partenariat entre l'EPSM, le CHM et le CMCM** visant à structurer les parcours d'urgences à caractère psychiatrique et à fixer la répartition entre eux des obligations liées à leurs responsabilités respectives en matière de PDES.
3. Le suivi de la contractualisation entre l'ARS et **le CMCM** portant sur la participation de cet établissement de santé à la mission de PDES.

4. Le suivi de la contractualisation entre l'ARS et **les psychiatres libéraux** en matière de PDSA.
5. Un travail de partage de connaissances entre l'équipe psychiatrique d'accueil d'urgence et de liaison (EPAUL) et les professionnels chargés de **la régulation au centre 15 du SAMU 72**, visant à aboutir à l'élaboration d'arbres décisionnels destinés à appuyer les professionnels de la régulation dans leurs décisions face à des situations psychiatriques. Les mêmes travaux sont à conduire avec **le centre 15 de l'Orne**.
6. La mise en place de **l'ADOPS 72** (Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins des médecins libéraux de la Sarthe), qui s'appuie sur des maisons médicales de garde et participe à l'organisation et la régulation de la PDSA en Sarthe, appelle un partenariat avec le pôle transversal externe de l'EPSM, qui aurait le même objet.
7. Le déploiement du projet de **l'UAO** afin qu'elle constitue effectivement une unité exclusivement dédiée à l'évaluation, à l'observation, à l'orientation et à la prise en charge de patients de 24 à 48 h (maximum 72 h) et ressemble ainsi à une UHCD psychiatrique.
8. **L'équipe mobile de prévention du suicide (EMPS)** de l'EPSM de la Sarthe tend à intervenir en post-urgence, suite à des situations de suicide ou de tentatives, elle propose également des formations au repérage aux acteurs du territoire.

Le projet médical du pôle de psychiatrie infanto-juvénile de l'EPSM de la Sarthe prévoit par ailleurs un renforcement de la présence de son **équipe de liaison de pédopsychiatrie au CHM** (cf. fiche-actions n° 17 du PTSM).

Le groupe projet du PTSM n'a pas été informé d'autres mesures prises ou envisagées par les établissements de santé, notamment par le seul établissement du territoire à disposer à la fois d'un SAU et de professionnels de psychiatrie : le CMCM.

En matière de soins, il importe de développer autant que possible les prises en charge **en amont de la crise**, c'est-à-dire avant qu'elle ne survienne. Cette démarche est particulièrement pertinente en psychiatrie, discipline dans laquelle on rencontre peu d'urgences réelles sans signes préalables chez le sujet concerné.

Ainsi la description de la PDS en Sarthe appelle une description complémentaire des dispositifs d'accueil des urgences en période de **continuité des soins en établissement**, soit en dehors des horaires de la permanence des soins.

En effet, l'EPSM de la Sarthe assure l'accès à une expertise psychiatrique en urgence en journée par différents dispositifs (cf. fiche-actions n° 14 du PTSM) :

- Des équipes de liaison spécifiques interviennent au CHM (EPAUL) et au PSSL (Equipe Mobile de Psychiatrie Adulte ou EMPA). Dans les services d'urgence de La Ferté-Bernard, de Mamers et de Château-du-Loir ce sont les professionnels des centres médico-psychologiques de l'EPSM installés dans les locaux de ces établissements qui y assurent une activité de psychiatrie de liaison, pendant leur temps de présence sur place.
- Quatre Dispositifs de Réponse Rapide (DiRR) mis en place au début de l'année 2017 couvrent l'ensemble du territoire départemental, en psychiatrie des adultes et en psychiatrie infanto-juvénile, en semaine, entre 9h et 18h. Ils permettent l'accès direct des professionnels partenaires à un psychiatre par un numéro de téléphone unique. Une large communication sur ces DiRR a été réalisée au 1<sup>er</sup> trimestre 2017 notamment auprès de l'ensemble des médecins généralistes sarthois.

- Des interventions dans les structures médico-sociales, aux domiciles des patients connus, en appui de la diversité des partenaires du champ social, etc. sont assurées par des équipes mobiles généralistes ou spécialisées organisées par les différents pôles de psychiatrie de l'EPSM. En application du projet d'établissement 2015-2018 de l'EPSM, cette modalité d'intervention se déploie progressivement, en complément du travail habituel des professionnels des centres médico-psychologiques.

# PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE LA SARTHE

## ANNEXES DU DIAGNOSTIC

### Annexe VII : Le suicide en Sarthe

#### **En chiffres :**

Au niveau national, le territoire de la Sarthe détient le triste palmarès du cinquième département où l'on se suicide le plus.

Au niveau régional, c'est depuis de nombreuses années le département le plus touché des Pays de la Loire, avec en moyenne **150 décès par an**.

Localement, certaines zones du département sont très particulièrement touchées par ce phénomène.

#### **Dans les textes :**

La problématique du suicide figure dans la Stratégie nationale de santé (2018-2022) dont un axe concerne le renforcement de la prévention du suicide, notamment le suivi et l'accompagnement des personnes à risques ou suicidaires, en particulier après une première tentative.

Ce sujet, et notamment la prise en charge de la crise suicidaire, figure également parmi les priorités régionales dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) en cours d'écriture pour la période 2018-2022 par l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire.

Sur le territoire départemental, la mise en œuvre de solutions pour résoudre cette problématique est déclinée dans la transversalité du Projet Territorial de Santé Mentale de la Sarthe (PTSM 72), comme indiqué page 27.

#### **En pratique :**

Une récente étude, financée par l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire et réalisée auprès de l'entourage d'une cinquantaine de personnes suicidées, selon la méthode dite de « l'autopsie psychologique », par une équipe de l'EPSM de la Sarthe a eu pour objectifs de :

- déterminer les causes profondes du suicide,
- et les facteurs immédiats de passage à l'acte.

Le rapport de cette étude préconise notamment :

- la création d'une instance départementale (observatoire) de veille centralisée,
- le renforcement des dispositifs « d'aller vers », en ciblant des zones prioritaires sur le département,
- le renforcement des programmes de formations générales et individualisées à la gestion de la crise suicidaire.

## **Actuellement sur le territoire de la Sarthe :**

**Concernant la prise en charge des urgences et des soins**, les acteurs présents sont :

1. L'EPSM de la Sarthe au travers de l'**Equipe Psychiatrique d'Accueil d'Urgence et de Liaison (EPAUL)** située au CH du Mans et de l'**Unité d'Accueil et d'Orientation (UAO)** situé sur le site d'Allonnes, mais également de l'**Equipe Mobile de Prévention du Suicide (EMPS)**.

La file active de cette dernière équipe, créée en 2014, s'élevait en 2017 à 293 personnes.

Son activité représentait alors 826 entretiens et 46 interventions au sein de groupes de paroles.

Ses trois grands axes d'intervention sont :

- le soin (médical, psychologique et paramédical) auprès des personnes suicidaires et des personnes endeuillées par la perte d'un proche par suicide,
- la mise en place d'actions de formation,
- la coordination sur le territoire de l'ensemble des associations concernées par le sujet.

2. Le Centre Médico-Chirurgical du Mans (CMCM), l'autre établissement habilité en psychiatrie sur le territoire.

**Concernant le soutien et l'accompagnement**, différentes structures sont mobilisables telles que, entre autres : la **Maison Départementale des Adolescents (MDA)**, l'**association Montjoie-Appui 72**, plusieurs **Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM's Loisirs, GEM Tejira, GEM le Bon accueil...)**, l'association **SOS Amitié**, l'association **SOS Femmes Accueil 72**, la délégation territoriale de l'Union Nationale des Amis et Familles des personnes malades et/ou handicapés psychiques (**UNAFAM 72**), ou l'association **Familles rurales de la Sarthe** ( avec son action « les Visiteurs »).

**L'objectif principal de toutes ces forces vives est, à terme, la réduction du taux de mortalité par suicide en Sarthe**, au travers par exemple :

- du renforcement d'actions liées à l'écoute,
- du développement du suivi actif des personnes,
- d'interventions en milieu scolaire,
- d'actions d'informations du public sur le risque dépressif.

## Seconde partie

# Le projet territorial de santé mentale de la Sarthe 2018-2022



## Sommaire

### **Axe I. Prévenir, faire la promotion de la santé et éduquer à la santé**

- a. Prévenir, et assurer la promotion de la santé mentale dans la communauté :
  - Soutenir le **logement** (fiche 1) ..... 65
  - Favoriser l'intervention des **aidants** (professionnels et familiaux) (fiche 2) ..... 68
  - Vivre sa **citoyenneté** (lien social, accès à la culture, droits des usagers, etc.) (fiche 3) . 76
  - Lutter contre la **stigmatisation** (fiche 5) ..... 79
- b. Développer l'**éducation à la santé** et la prévention (fiche 6, réservée)

### **Axe II. Coordonner, coopérer et travailler en réseau**

- a. Améliorer la **lisibilité** des dispositifs d'accompagnement et de soins (fiche 7) ..... 83
- b. Partager une **culture commune** entre professionnels : développer les formations et les échanges de savoirs et de pratiques (fiche 8) ..... 85
- c. Coordonner et réguler les parcours : la coopération et le travail en réseau :
  - Construire et partager des outils d'**évaluation** (fiche 9) ..... 88
  - Coordonner et réguler les **parcours** de soins, de santé et de vie (fiche 10) ..... 91
  - Piloter la **mise en œuvre** du projet territorial de santé mentale (fiche 11) ..... 94

### **Axe III. Renforcer l'offre de proximité en santé mentale**

- a. **Repérer, évaluer, orienter** (fiche 12) ..... 101
- b. Adapter l'offre d'**accompagnement de proximité** (fiche 13) ..... 104
- c. Adapter l'offre de **soins de proximité** (fiche 14) ..... 107

### **Axe IV. Améliorer l'offre de recours en psychiatrie**

- Garantir la pertinence des **hospitalisations** (fiche 15) ..... 111

### **Axe V. Répondre à la crise en psychiatrie**

- Prévenir la crise** et renforcer l'accès aux **soins urgents** (fiche 16) ..... 116

### **Axe VI. Organiser les parcours spécifiques**

- a. **L'enfant** (de 0 à 11 ans) (fiche 17) ..... 121
- b. **Les adolescents** et jeunes adultes (12 à 21 ans) (fiche 18) ..... 125
- c. Les personnes en situation de **handicap autre que d'origine psychique** (fiche 19) ..... 129
- d. **Les personnes âgées** (60 ans et plus) (fiche 20) ..... 133
- e. Les personnes en situation de **précarité** (fiche 21) ..... 136
- f. Les personnes présentant des **troubles du spectre autistique** (fiche 22) ..... 139
- g. Les personnes présentant des **addictions** (fiche 23) ..... 143
- h. Les personnes **sous main de justice** (fiche 24) ..... 146



## AXE I

Prévenir, faire la promotion de la santé et éduquer à la santé

a. Prévenir, et assurer la promotion de la santé mentale dans la communauté (1/5)

### Fiche 1. Soutenir le logement

#### Coordinateurs :

- Département
- Services de l'Etat (DDCS)

#### Partenaires :

- ✓ ARS
- ✓ MDPH
- ✓ Secteur associatif (Association de Gestion de Logements Accompagnés - AGLA Nelson Mandela, ADGESTI, UNAFAM 72, TARMAC, etc.)
- ✓ Bailleurs sociaux
- ✓ Fédération des agences immobilières
- ✓ Chambre des notaires
- ✓ EPSM
- ✓ Mandataires judiciaires à la protection des majeurs (associations et privés)

#### ► Résultats attendus

- Favoriser l'accès du plus grand nombre de personnes en besoin de logement adapté à un lieu d'habitation qui réponde à leurs besoins.
- Optimiser l'offre de logement existante.
- Respecter le droit des usagers à choisir leur logement, et en particulier des personnes présentant un handicap d'origine psychique :
  - o Renforcer l'information, le repérage du besoin, l'orientation et l'accompagnement vers et dans le logement,
  - o Développer l'offre de proximité,
  - o Favoriser l'accès des personnes vieillissantes à un logement adapté (cf. fiche dédiée dans l'axe VI).
- Développer l'offre de logement et d'accompagnement utile afin de compléter celle existant sur le territoire et de disposer d'un ensemble adaptable, évolutif et de proximité.

#### ► Objectifs stratégiques

- Améliorer l'accompagnement dans et vers le logement.
- Renforcer l'information et l'accompagnement sur l'accès à un logement adapté.
- Favoriser le repérage (l'évaluation) des besoins liés à l'accès, à l'accompagnement et au maintien dans le logement (adapté ou non).
- Apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes handicapées vieillissantes (PHV).
- Faciliter l'accès aux logements adaptés.

#### ► Objectifs opérationnels

- Rendre plus visible et adapter l'offre d'hébergement en faveur des personnes handicapées.
- Renforcer le partenariat avec les bailleurs.

#### ▼ Indicateurs ▼

##### De suivi

- Nombre de rencontres entre les bailleurs et les services du Département.
- Nombre d'actions de sensibilisation auprès des bailleurs privés.
- Nombre de rencontres interpartenariales dans le cadre du dispositif de logements accompagnés.
- Nombre de patients suivis par l'EPSM bénéficiant d'un logement accompagné.
- Nombre de réunions auxquelles les professionnels de la cellule logement de l'EPSM participent.

### De résultat

- Nombre de places pour PHV sur les territoires.
- Nombre de personnes en perte d'autonomie ayant intégré un logement déjà adapté.
- Nombre de personnes formées.

### **Liens avec d'autres travaux territoriaux :**

- Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, feuille de route (2018-2022)
- Plan Départemental d'Actions pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD)
- Projet d'établissement et Projet médical de l'EPSM de la Sarthe (2015-2018)
- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe - Fiche B2.2, B6.3 et C1.2 (2015-2019)

**Échéance** : 2022

### ▼ Mise en œuvre

### ▼ Modalités de réalisation

### ▼ Échéance

<b>1.1.</b> Mise en œuvre de partenariats entre le Département et les <b>baillleurs sociaux</b> .	<b>Département</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mettre en place les actions définies dans des conventions, par un <u>travail partenarial entre les bailleurs, les directions de missions et les circonscriptions du Département</u>.</li></ul>	2019
<b>1.2.</b> Information sur l'offre d'habitat et d'hébergement pour les <b>personnes handicapées vieillissantes</b> .	<b>Département</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Diffuser une plaquette <u>d'information sur les capacités</u> existantes.</li><li>- Diffuser des informations sur <u>les CLIC et leurs missions</u>.</li></ul>	En continu
<b>1.3.</b> Suivi de l'évolution des logements foyers vers les <b>résidences autonomie intergénérationnelles</b> , en conformité avec la loi.	<b>Département</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Appliquer les modalités prévues par les dispositions de la <u>loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement</u> (suivi dans le cadre de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées).</li></ul>	2019
<b>1.4.</b> Incitation des bailleurs privés à promouvoir leurs <b>logements adaptés</b> , notamment dans le cadre de leurs annonces.	<b>Département</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mettre en place des <u>actions de sensibilisation</u> avec transmission du <u>référentiel partagé</u> sur les caractéristiques du logement adapté.</li></ul>	2019

▼ Mise en œuvre

▼ Modalités de réalisation

▼ Échéance

<p><b>1.5.</b> Evaluation de l'accès et du maintien dans le logement des <b>personnes suivies en psychiatrie.</b></p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimiser et communiquer sur le <u>dispositif d'évaluation et d'orientation dans le logement.</u></li> </ul>	<p>2019</p>
<p><b>1.6.</b> Renforcement de l'accès au logement accompagné.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimiser le <u>dispositif de logement accompagné</u> via le groupe de travail dédié.</li> <li>- <u>Communiquer</u> sur le dispositif de logement accompagné.</li> <li>- Renforcer la <u>coordination</u> entre tous les acteurs du dispositif :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Formation des bailleurs,</li> <li>o Adaptation aux besoins des partenaires (pôles de psychiatrie, bailleurs, associations, etc.).</li> </ul> </li> </ul>	<p>2020</p> <p>2019</p> <p>2020</p>
<p><b>1.7. Maintien</b> dans le logement.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Conventionner avec les bailleurs sociaux.</u></li> </ul>	<p>En continu</p>
<p><b>1.8 Accompagnement</b> dans le logement</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les <u>équipes mobiles et les visites à domicile</u> pour ajuster les prises en charge au lieu de vie.</li> <li>- Faire évoluer l'offre du <u>service social transversal de l'EPSM</u> dans cette perspective.</li> <li>- Sensibiliser <u>les mandataires judiciaires</u> et préposés d'établissement sur la question du logement pour les personnes présentant des troubles psychiques.</li> </ul>	<p>2020</p> <p>2020</p> <p>2020</p>

## AXE I

Prévenir, faire la promotion de la santé et éduquer à la santé

a. Prévenir, et assurer la promotion de la santé mentale dans la communauté (2/5)

## Fiche 2. Favoriser l'intervention des aidants (professionnels et familiaux)

### Coordinateurs:

- Département
- EPSM

### Partenaires :

- ✓ MDPH 72
- ✓ Service de l'Etat (DDCS)
- ✓ Etablissements sociaux et médico-sociaux
- ✓ Etablissements de santé publics et privés
- ✓ Secteur associatif (ADMR 72, UNAFAM 72, Association française des aidants, etc.)
- ✓ Accueillants familiaux
- ✓ Organismes de protection sociale
- ✓ ARS
- ✓ Mandataires judiciaires (associatifs et privés)

### ► Résultats attendus

- Mettre en place une meilleure information et orientation des aidants.
- Renforcer la coordination des interventions à domicile.
- Atténuer le sentiment d'isolement de certains aidants.
- Favoriser le soutien des personnes par leurs proches aidants.
- Soutenir la complémentarité des aidants professionnels et des aidants issus de l'entourage de la personne aidée.

### ► Objectifs stratégiques

- Repérer et aller vers les aidants en difficulté.
- Favoriser une offre d'accompagnement adaptée aux besoins de la personne porteuse d'un handicap d'origine psychique et évolutif.
- Soutenir les professionnels (de l'aide à domicile, mais aussi d'autres domaines) et l'entourage qui interviennent au domicile.

### ► Objectifs opérationnels

- Repérer les aidants en difficulté et « aller vers » eux.
- Apporter une réponse adaptée aux besoins des aidants en difficulté.
- Agir sur l'offre de service à domicile pour apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes porteuses d'un handicap d'origine psychique, quel que soit leur âge.

### ▼ Indicateurs ▼

#### De suivi

- Nombre d'aidants repérés.
- Nombre d'actions d'information.
- Nombre de formations et de professionnels formés.
- Nombre de personnes suicidantes repérées et prises en charge grâce au dispositif de veille.
- Nombre de formations dispensées sur le suicide.

#### De résultat

- Nombre d'actions d'aide aux proches aidants et aux aidants professionnels.
- Nombre de suicides par an.

**Liens avec d'autres travaux territoriaux :**

- Plan Psychiatrie et Santé Mentale (2015-2020)
- Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, feuille de route (2018-2022)
- Projet d'établissement de l'EPSM de la Sarthe - Axe 1.Fiche 3 (2015-2018)
- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe - Fiche B3.2 et B6.4 (2015-2019)
- Guide pratique en Santé Mentale de l'EPSM de la Sarthe
- Stratégie nationale de soutien aux aidants.

**Échéance : 2022**

▼ **Mise en œuvre**

▼ **Modalités de réalisation**

▼ **Échéance**

<p><b>2.1. Repérage et aide aux aidants en difficulté.</b></p>	<p><b>Département et EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituer un comité de pilotage pour définir : <ul style="list-style-type: none"> <li>o <u>une procédure de repérage et d'orientation des aidants en difficulté</u> en s'appuyant sur l'existant,</li> <li>o les modalités de diffusion de la procédure,</li> <li>o le cadre d'une <u>expérimentation, sur une circonscription</u>, pour une écoute et un soutien des aidants.</li> </ul> </li> <li>- <u>Développer l'aide aux proches aidants.</u></li> </ul> <p><b>EPSM et ADMR et ADGESTI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cf. fiche n°12.</li> </ul>	<p>2018</p>
<p><b>2.2. Promotion de réponses adaptées pour soulager les aidants familiaux et professionnels, dont développement de l'écoute et du soutien aux aidants.</b></p>	<p><b>Département</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Recenser les solutions destinées à soulager les aidants</u> familiaux et professionnels existantes.</li> <li>- Développer des <u>actions d'information et de sensibilisation</u> sur les possibilités de soutien aux aidants.</li> <li>- Mettre en place une <u>expérimentation</u>, portée par le responsable d'une circonscription, <u>pour une écoute et un soutien des aidants</u>, puis évaluer les résultats de cette expérimentation pour une <u>éventuelle extension</u> à l'ensemble du Département.</li> </ul> <p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer <u>une offre de répit</u>, à destination des établissements sociaux et médico-sociaux, mais aussi des familles et aidants.</li> </ul>	<p>2020</p> <p>2020</p>



▼ **Mise en œuvre**

▼ **Modalités de réalisation**

▼ **Échéance**

<p><b>2.6.</b> Renfort de l' « <b>aller vers</b> » des équipes mobiles des secteurs de psychiatrie.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliser cet axe dans le projet médical de l'EPSM.</li> <li>- <u>Communiquer auprès des pôles de psychiatrie.</u></li> <li>- Proposer des <u>formations dédiées</u> aux acteurs de la <u>psychiatrie.</u></li> </ul>	<p>2018-2019</p> <p>2019</p> <p>2018</p>
<p><b>2.7.</b> Renfort du programme de <b>formation</b> au repérage et à la gestion de la crise suicidaire.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diversifier l'offre de formation actuelle en l'individualisant pour les professionnels intervenant auprès de <u>publics spécifiques.</u></li> <li>- Proposer des formations dédiées aux acteurs de la psychiatrie.</li> </ul>	<p>En continu</p> <p>2018</p>

## AXE I

Prévenir, faire la promotion de la santé et éduquer à la santé

a. Prévenir, et assurer la promotion de la santé mentale dans la communauté (3/5)

### Fiche 3. Vivre sa citoyenneté (lien social, accès à la culture, droits des usagers, etc.)

<u>Coordinateurs:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- Collectif Plénitude 72</li><li>- ADGESTI</li><li>- UNAFAM 72</li></ul>		<u>Partenaires :</u>	
		<ul style="list-style-type: none"><li>✓ GEM(s) du territoire</li><li>✓ EPSM</li><li>✓ Département</li><li>✓ MDPH</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Services de l'Etat (Education Nationale, Justice, etc.)</li><li>✓ MDA</li></ul>

#### ► Résultats attendus

- Prévenir les pertes d'autonomie liées à l'apparition de troubles d'ordre psychique par une meilleure inscription dans la vie de la cité à tous les âges de la vie.
- Permettre au citoyen en souffrance psychique et/ou vivant en situation de handicap d'origine psychique d'être acteur à part entière de la vie dans la cité.
- Favoriser la complémentarité des appuis dans la cité par une meilleure connaissance réciproque des acteurs concernés (entourage, associations, etc.). Cette meilleure connaissance réciproque devrait participer à fluidifier le parcours de la personne en (risque de) souffrance psychique.

#### ► Objectifs stratégiques

- Optimiser l'inclusion dans la cité des personnes en souffrance psychique ou en risque de souffrance psychique.
- Maintenir autant que possible les personnes en souffrance psychique dans les dispositifs de droit ordinaire.

#### ► Objectifs opérationnels

- Renforcer la connaissance des personnes sur leurs droits dans la cité, sur l'ensemble du territoire (prendre en compte la ruralité).
- Favoriser l'accès aux droits par la simplification des démarches et l'amélioration des procédures.
- Favoriser la représentation des personnes en souffrance psychique dans les institutions, pour renforcer le respect et le développement de leurs droits.
- Informer et former les acteurs (professionnels et non professionnels) pour une meilleure lisibilité, une meilleure connaissance et compréhension des parcours, des acteurs et des dispositifs existants en matière de soutien aux personnes en souffrance psychique. Ces actions visent à favoriser le développement du lien social dans la cité.
- Coordonner, tout au long du parcours de la personne en souffrance psychique, les réponses permettant de lui venir en aide dans son quotidien.

#### ▼ Indicateurs ▼

##### De résultat

- Répertoire opérationnel des ressources sur les droits des usagers actualisé.
- Nombre de points d'accès aux droits et répartition sur le territoire.
- Nombre d'actions de formation et d'information croisées (professionnels des différents secteurs du parcours et usagers/entourage).

**Liens avec d'autres travaux territoriaux :**

- Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, feuille de route (2018-2022)
- Plan Départemental d'Actions pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD)
- Projet d'établissement et Projet médical de l'EPSM de la Sarthe (2015-2018)
- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe (2015-2019)
- Guide pratique en Santé Mentale de l'EPSM de la Sarthe
- Démarche « Une réponse accompagnée pour tous » (RAPT).

**Échéance : 2022**

▼ **Mise en œuvre**

▼ **Modalités de réalisation**

▼ **Échéance**

<p><b>3.1. Représentation</b> des usagers, en situation de souffrance psychique, dans les institutions.</p>	<p><b>Représentants des usagers/usagers habilités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de « chaise vide » : <u>participer à toutes les instances</u> où les textes en vigueur prévoient une représentation.</li> <li>- Définir des modalités de représentation plus « confortables » pour la personne en souffrance psychique :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solliciter une <u>représentation en binôme</u> auprès des instances invitantes.</li> <li>2. Participer à des groupes de travail pour sensibiliser au vécu des personnes en souffrance psychique, dans le but de permettre ensuite une <u>participation effective</u> (notamment avec adaptation du <u>langage</u>) de ces personnes aux instances concernées, dans le respect du cadre réglementaire.</li> <li>3. Confier cette <u>représentation à un collectif</u> en charge de lien entre les usagers et les institutions.</li> </ol> </li> </ul>	<p>2018</p> <p>2019-2020</p> <p>2019-2020</p> <p>2019</p>
<p><b>3.2. Information et formation</b> des représentants d'usagers et des usagers pour permettre une acquisition de connaissances et de compétences afin d'émettre des avis éclairés (cf. fiche n°5).</p>	<p><b>ADGESTI et UNAFAM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un <u>outil de communication</u> :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pour <u>rendre lisibles les structures existantes</u> et diffuser la connaissance des réseaux,</li> <li>2. pour <u>faciliter le parcours</u> d'une personne en souffrance psychique (pour la personne elle-même et pour ceux qu'elle sera amenée à cotoyer dans la cité),</li> <li>3. pour apporter une <u>aide aux démarches</u> à effectuer tout au long de ce parcours.</li> </ol> </li> </ul> <p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des <u>formations réciproques/croisées</u> :</li> </ul>	<p>2019-2020</p> <p>A compter de 2019</p>

	<p>1. pour que <u>les personnes en souffrance psychique</u> apprennent à connaître les contraintes ou les difficultés soulevées par les institutions et/ou la vie dans la cité,</p> <p>2. pour que <u>les autres acteurs de la cité</u> apprennent à connaître les spécificités des personnes en souffrance psychique.</p>	
<p><b>3.3. Animation de politiques locales de dé-stigmatisation</b> (cf. fiche n°5).</p>	<p><b>Conseils locaux de santé/de santé mentale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en œuvre des <u>actions locales de dé-stigmatisation</u>.</li> </ul> <p><b>Comité de pilotage des SISM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Décliner les actions des Semaines d'Informations sur la Santé Mentale (SISM) <u>sur l'ensemble du territoire départemental</u>.</li> </ul> <p><b>Département et EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer <u>des formes originales de communication/sensibilisation</u> et d'apprentissage du respect de l'autre, la simple méconnaissance entraînant souvent le rejet.</li> </ul>	<p>En continu</p> <p>En continu</p> <p>En continu</p>
<p><b>3.4. Coordination</b> pour éviter les ruptures de parcours, préserver et accroître le <b>lien social</b> (cf. fiche n° 10).</p>	<p><b>Collectif d'usagers (type Plénitude 72)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer des lieux associatifs de rencontre et d'entraide, au sein desquels peut s'organiser une <u>entraide mutuelle</u> des usagers dans l'action (notion de <i>pair-aidance</i>).</li> <li>- Réfléchir sur des <u>modalités de communication</u> qui permettraient d'atteindre les personnes en risque et en souffrance psychique isolées.</li> <li>- Apprendre à mieux se connaître pour faciliter les démarches : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. agir auprès des <u>bailleurs sociaux</u> en charge du logement (cf. fiche n°1),</li> <li>2. agir auprès des <u>administrations en charge des droits</u> des personnes en situation de souffrance psychique,</li> <li>3. agir auprès des <u>commerçants et des autres acteurs de la vie dans la cité</u>.</li> </ol> </li> </ul>	<p>En continu</p> <p>2019-2020</p> <p>En continu</p>

▼ Mise en œuvre

▼ Modalités de réalisation

▼ Échéance

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer les <u>moyens d'accès à tous les lieux</u> de soins, de vie, de culture, d'emploi et de sociabilité (exemple : les groupes d'entraide mutuelle) dans la cité (par l'obtention d'avantages dans les critères d'attribution des titres de transport par exemple).</li> <li>- Chercher des moyens permettant de favoriser l'accès effectif à la <u>culture</u>, à la pratique du <u>sport</u>, etc.</li> </ul>	En continu
<p><b>3.5.</b> Amélioration de la connaissance et de l'accès des personnes à leurs <b>droits</b> (cf. fiche n°5).</p>	<p><b>EPSM et Département (MDPH)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédiger un <u>guide d'information sur les droits</u> à l'attention des personnes vivant avec une maladie mentale (et/ou rééditer le « Guide pratique en santé mentale en Sarthe » créé par l'EPSM et l'UNAFAM 72, et diffuser les outils du PsyCom).</li> <li>- Diffuser largement ce guide des ressources.</li> <li>- Définir une <u>cartographie des points d'accueil et d'information</u>.</li> <li>- <u>Simplifier les procédures</u> qui le nécessitent.</li> </ul>	2019

## AXE I

Prévenir, faire la promotion de la santé et éduquer à la santé

a. Prévenir, et assurer la promotion de la santé mentale dans la communauté (4/5)

### Fiche 4. Favoriser l'emploi

#### Coordinateurs :

- ADGESTI
- UNAFAM 72

#### Partenaires :

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>✓ APAJH 72-53</li><li>✓ Club FACE</li><li>✓ Santé au travail 72</li><li>✓ MDPH</li><li>✓ Service public de l'emploi</li><li>✓ CAP EMPLOI 72</li><li>✓ EPSM</li><li>✓ ANAIS</li><li>✓ ARS</li><li>✓ Etat (DIRECCTE)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Les aidants</li><li>✓ Représentants d'entreprises</li><li>✓ Représentants d'usagers</li><li>✓ Etablissements et associations du secteur médico-social</li><li>✓ CoHPsy 72</li><li>✓ CReHPsy</li></ul> |
|--|---|

### ► Résultats attendus

- Améliorer la connaissance par les acteurs concernés des dispositifs existants en matière d'emploi des personnes en situation de handicap d'origine psychique, afin d'éviter les ruptures de parcours et de favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi.
- Renforcer les passerelles entre les structures spécialisées d'aide à l'emploi des personnes en situation de handicap d'origine psychique (type ESAT) et le milieu dit « ordinaire ».
- Développer une offre diversifiée de réponses pour renforcer ces passerelles.
- Sensibiliser, voire former, les employeurs et les autres acteurs économiques sur les questions d'accès et de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap d'origine psychique.

### ► Objectifs stratégiques

- Éviter les ruptures de parcours et renforcer l'inclusion des personnes dans la société par l'accompagnement dans l'emploi.
- Fluidifier le parcours vers et dans l'emploi.
- Améliorer la tolérance des incidences des troubles psychiques dans le monde professionnel.

### ► Objectifs opérationnels

- Fluidifier le parcours vers et dans l'emploi
  - o par une meilleure connaissance et un accès renforcé aux dispositifs dédiés,
  - o par l'établissement de passerelles entre dispositifs spécialisés (type ESAT) et emploi en milieu dit « ordinaire ».
- Sensibiliser le monde professionnel à la connaissance et à la compréhension des troubles et du handicap psychiques.
- Développer une offre d'accompagnement vers et dans l'emploi ajustée aux besoins des personnes (projet de *job coaching*, projet de *club house*, etc.).
- Construire des outils de communication sur l'offre existant en matière d'emploi accompagné, à destination des employeurs.

### ▼ Indicateurs ▼

#### De suivi

- Nombre de réunions des différents groupes de travail.
- Participation des membres aux temps d'échanges.
- Nombre de personnes avec des troubles ou un handicap d'origine psychique accompagnées vers et dans l'emploi en Sarthe.

#### De résultat

- Diffusion d'un guide typologique actualisé.
- Diffusion d'un support de communication à destination des entreprises.
- Proposition d'un projet de *club house*.
- Proposition d'un projet de *job coaching*.
- Satisfaction des employés et des employeurs.

**Liens avec d'autres travaux territoriaux :**

- Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, volet handicap psychique.
- Démarche « Réponse accompagnée pour tous » (RAPT)
- Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, feuille de route (2018-2022)
- Plan Départemental d'Actions pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD)
- Projet d'établissement et Projet médical de l'EPSM de la Sarthe (2015-2018)
- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe (2015-2019)

**Échéance : 2022****▼ Mise en œuvre****▼ Modalités de réalisation****▼ Échéance**

<b>4.1.</b> Création d'un <b>guide</b> typologique.	<b>CoHPsy 72 et MDPH</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un groupe de travail (autour d'un binôme de pilotes) afin d'élaborer une <u>proposition de maquette</u> du guide typologique.</li> </ul>	Fin 2018
<b>4.2.</b> Montage d'un projet de <b>Club House</b> .	<b>ADGESTI et Groupe d'usagers</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un groupe de travail (autour d'un binôme de pilotes) destiné à proposer <u>un projet de Club House</u> (groupe d'entraide mutuelle spécifique à l'emploi) pour le territoire. Ce projet devra s'inscrire dans <u>l'articulation avec le dispositif de « logement accompagné »</u>.</li> </ul>	Fin 2018
<b>4.3. Promotion de l'emploi</b> des personnes en situation de handicap d'origine psychique	<b>DIRECCTE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la mise en œuvre du Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PRITH).</li> </ul>	Dès 2018
<b>4.4.</b> Promotion du rôle de <b>réfèrent de parcours</b> également en matière d'emploi des personnes en situation de handicap d'origine psychique.	<b>Département</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>	Dès 2018

## ▼ Mise en œuvre

## ▼ Modalités de réalisation

## ▼ Échéance

<p><b>4.5.</b> Développement des pratiques des <b>établissements et services d'aide par le travail.</b></p>	<p><b>APAJH 72-53</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un groupe de réflexion et de propositions (autour d'un binôme de pilotes) ouvert à l'ensemble des ESAT et destiné à formuler des <u>propositions pour l'amélioration de l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap d'origine psychique</u> (ex : temps de travail partagé entre le milieu ordinaire et le milieu protégé, formation facilitant cette transition telle qu'un stage en entreprise, développement de l'intérim en insertion, ESAT de transition, emploi accompagné, etc.)</li> </ul>	<p>Dès 2018</p>
<p><b>4.6.</b> Création d'outils de communication à destination des <b>entreprises</b>, à visée régionale.</p>	<p><b>CReHPsy (région) et Cap'Emploi (département)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un groupe de travail (autour d'un binôme de pilotes), <u>au niveau régional et au niveau départemental</u>, chargé de construire ces outils.</li> </ul>	<p>Dès 2018</p>
<p><b>4.7.</b> Elaboration d'un projet de <b>job coaching</b> pour le territoire.</p>	<p><b>UNAFAM 72 et ADGESTI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un groupe de travail en charge d'élaborer une proposition.</li> </ul>	<p>Dès 2018</p>

## AXE I

Prévenir, faire la promotion de la santé et éduquer à la santé.

### a. Prévenir, et assurer la promotion de la santé mentale dans la communauté (5/5)

## Fiche 5. Lutter contre la stigmatisation

### Coordinateurs :

- Département
- Service de l'Etat (DDCS)

### Partenaires :

- ✓ MDPH
- ✓ Services de l'état (Education Nationale, Justice, etc.)
- ✓ Organismes de santé, organismes sociaux et médico-sociaux
- ✓ Professionnels de santé libéraux
- ✓ Collectivités locales
- ✓ Monde associatif (groupes d'entraide mutuelle)
- ✓ ARS
- ✓ Etablissements de santé, publics et privés
- ✓ Mandataires judiciaires (associatifs et privés)

### ► Résultats attendus

- Favoriser l'acceptation des troubles que peuvent manifester les personnes avec un handicap d'origine psychique.
- Déconstruire les représentations sur le handicap d'origine psychique et la souffrance psychique, pour banaliser l'usage de leurs droits par les personnes et ainsi participer à fluidifier les parcours de vie.
- Renforcer le repérage et l'orientation des personnes en (risque) de souffrance psychique par une meilleure appropriation des signes par tous.
- Sensibiliser de manière spécifique certains acteurs, notamment les professionnels sanitaires (libéraux et institutionnels), afin de faciliter les prises en charge - en particulier le suivi somatique - des personnes en risque ou présentant un handicap d'origine psychique.

### ► Objectifs stratégiques

- Accentuer les actions de sensibilisation pour mieux prévenir et accompagner les personnes.
- Renforcer l'accompagnement et la sensibilisation au handicap d'origine psychique.
- Accompagner le « vivre ensemble » dans une société « inclusive ».

### ► Objectifs opérationnels

- Prévenir les ruptures dans les parcours de vie.
- Eviter l'isolement des personnes.
- Donner des repères aux professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux sur les troubles psychiques et sur les diverses modalités et lieux d'accompagnement et de prise en charge.
- Harmoniser les pratiques professionnelles, donner un corpus commun de connaissances.
- Comprendre et repérer le handicap d'origine psychique.
- Animer une politique locale de dé-stigmatisation par le biais de Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM).

### ▼ Indicateurs ▼

#### De suivi

- Nombre d'actions et d'informations préventives réalisées.
- Nombre de participants aux actions préventives.
- Nombre annuel de professionnels sensibilisés.
- Nombre d'organismes formateurs rencontrés.
- Nombre de partenaires impliqués dans les SISM.
- Nombre de personnes participant aux actions de sensibilisation.

**Liens avec d'autres travaux territoriaux :**

- Pacte Territorial pour l'Insertion (2017-2021), dont le Programme Départemental d'Insertion
- Plan National d'action de prévention de la perte d'autonomie
- Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, feuille de route (2018-2022)
- Plan Départemental d'Actions pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD)
- Projet d'établissement et Projet médical de l'EPSM de la Sarthe (2015-2018)
- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe - Fiche B1.1, B4.2 et B4.3 (2015-2019)
- Guide pratique en Santé Mentale de l'EPSM de la Sarthe

**Échéance** : 2022

▼ **Mise en œuvre**

▼ **Modalités de réalisation**

▼ **Échéance**

<p><b>5.1. Promotion de la lutte contre l'isolement.</b></p>	<p><b>Département et conseils locaux de santé/de santé mentale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Lutter contre l'isolement</u> des personnes : mettre en place un groupe de travail sur le sujet.</li> <li>- <u>Renforcer l'accès à l'information</u> sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>o le logement, la santé,</li> <li>o les loisirs, le sport, la culture.</li> </ul> </li> </ul>	<p>2019</p>
<p><b>5.2. Intégration dans les formations initiales des professionnels</b> de connaissances sur la maladie et le handicap psychique</p> <p>et</p> <p>promotion des <b>formations continues des professionnels</b> sur le thème du handicap psychique (cf. fiche n°8).</p>	<p><b>ARS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des <u>formations</u> à l'initiative de la Région, des CHU, et de l'Education nationale.</li> <li>- <u>Sensibiliser les médecins généralistes</u> au handicap d'origine psychique : instaurer un partenariat avec leurs organismes de formation continue afin de sensibiliser les médecins généralistes de ville au handicap d'origine psychique.</li> <li>- Organiser des <u>formations mutualisées</u> entre partenaires.</li> </ul>	<p>En continu</p>
<p><b>5.3. Formation des élus</b> et autres responsables dans la cité (exemple : responsables d'associations, bailleurs sociaux, juges, avocats, etc.).</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer une <u>offre de formations adaptée aux besoins des acteurs locaux</u>.</li> </ul>	<p>Dès 2018</p>

▼ Mise en œuvre

▼ Modalités de réalisation

▼ Échéance

<p><b>5.4.</b> Information et formation des <b>représentants d'usagers</b> et des usagers pour permettre une acquisition de connaissances et de compétences afin d'émettre des avis éclairés (cf. fiche n°3).</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des <u>formations réciproques/croisées</u> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o pour que <u>les personnes en souffrance psychique</u> apprennent à connaître les contraintes ou les difficultés soulevées par les institutions et/ou la vie dans la cité,</li> <li>o pour que <u>les autres acteurs de la cité</u> apprennent à connaître les spécificités des personnes en souffrance psychique.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>ADGESTI et groupe(s) d'entraide mutuelle</b></p> <p>-</p>	<p>A compter de 2019</p>
<p><b>5.5.</b> Amélioration de la connaissance et de l'accès des personnes à leurs <b>droits</b> (cf. fiche n°3).</p>	<p><b>Département et EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédiger un <u>guide d'information sur les droits</u> des personnes vivant avec une maladie mentale (voir fiche n°3).</li> <li>- Communiquer largement autour de ce guide des ressources.</li> <li>- Définir une <u>cartographie des points d'accueil et d'information</u> de la population.</li> <li>- <u>Simplifier les procédures</u> qui le nécessitent.</li> </ul>	<p>2019</p>
<p><b>5.6.</b> Animation de politiques locales de <b>dé-stigmatisation</b>.</p>	<p><b>Conseils locaux de santé/de santé mentale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en œuvre des <u>actions locales de dé-stigmatisation</u>.</li> </ul> <p><b>Comité de pilotage des SISM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Décliner les actions des Semaines d'Informations sur la Santé Mentale (SISM) <u>sur l'ensemble du territoire</u>.</li> </ul> <p><b>Département / EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer des <u>formes originales de communication/sensibilisation</u> et d'apprentissage du respect de l'autre, la simple méconnaissance entraînant souvent le rejet.</li> </ul>	<p>En continu</p> <p>En continu</p> <p>En continu</p>

▼ Mise en œuvre

▼ Modalités de réalisation

▼ Échéance

<p>5.7. Accompagnement de la dynamique partenariale de <b>sensibilisation du grand public</b> au handicap d'origine psychique.</p>	<p><b>Comité de pilotage des SISM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser de façon <u>multi-partenariale</u> annuellement des <u>Semaines d'Informations sur la Santé Mentale (SISM)</u>, en impliquant systématiquement les groupes d'entraide mutuelle.</li> </ul> <p><b>Tous</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les <u>actions et initiatives des acteurs locaux</u> autour de la connaissance des troubles psychiques (exemples : « Un regard et des mots pour vivre ensemble », créations théâtrales de l'EPSM, événements organisés par l'association « Sport en tête », etc.).</li> </ul>	<p>En continu</p>
--	--	-------------------

## AXE II

Coordonner, coopérer  
et travailler en réseau

a.

### Fiche 7. Améliorer la lisibilité des dispositifs d'accompagnement et de soins

#### Coordinateurs :

- Département  
EPSM

#### Partenaires:

- ✓ Tous les acteurs mobilisés autour  
de l'accompagnement et du soin  
des personnes

#### ► Résultats attendus

- Permettre à l'utilisateur d'être un acteur autonome de son parcours, par une simplification de ses démarches, notamment au travers de l'identification des interlocuteurs utiles.
- Informer sur l'offre d'accompagnement et de soins existante, afin de renforcer la coordination du parcours pour l'ensemble des acteurs et la pertinence des réponses apportées aux personnes.

#### ► Objectif stratégique

- Accompagner l'autonomie de l'utilisateur dans la gestion de son parcours.

#### ► Objectif opérationnel

- Renforcer la connaissance partagée des dispositifs pour améliorer l'accessibilité.
- Favoriser les contacts directs entre les acteurs pour fluidifier les parcours.

#### ▼ Indicateurs ▼

#### De résultat

- Mise à disposition de supports d'information actualisés.
- Taux de satisfaction des usagers et partenaires concernant la lisibilité de l'offre.

#### **Liens avec d'autres travaux territoriaux :**

- Démarche Nationale Parcours de Santé des Aînés (Parcours santé des Aînés En Risque de Perte d'Autonomie ou PAERPA)
- Pacte Territorial d'Insertion (2017-2021), dont le Programme Départemental d'Insertion
- Guide pratique en Santé Mentale de l'EPSM de la Sarthe
- Démarche « Réponse accompagnée pour tous » (RAPT)
- Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, feuille de route (2018-2022)
- Plan Départemental d'Actions pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD)
- Projet d'établissement et Projet médical de l'EPSM de la Sarthe (2015-2018)
- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe - Fiche A1.1 (2015-2019)

**Échéance : 2022**

<i>Dans le domaine social et médico-social</i>		
<b>7.1.</b> Amélioration de la <b>connaissance des acteurs</b> .	<b>Département</b>  - Mettre en œuvre un <u>répertoire croisé des acteurs</u> de l'accompagnement social et médico-social et un <u>guide pratique des modes d'accompagnement</u> .	2018
<b>7.2.</b> <b>Etat des lieux</b> des outils, des pratiques, des instances et des dispositifs communs et spécifiques.	<b>Département</b>  - Elaborer en groupe de travail : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un <u>document « état des lieux »</u>,</li> <li>○ un <u>répertoire des outils</u>, des pratiques, des instances et des dispositifs.</li> </ul>	en continu
<b>7.3.</b> Information et communication en vue d'une mobilisation des outils pour la <b>co-construction des parcours de vie</b> .	<b>Département</b>  - Communiquer et diffuser un répertoire : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Présentations décloisonnées aux partenaires (dont journée d'échanges, forums, etc.)</li> <li>○ Mise en ligne du répertoire sur le site du Département,</li> <li>○ Saisie des instances partenariales existantes.</li> </ul>	2018
<i>Dans le domaine sanitaire</i>		
<b>7.4.</b> <b>Information des partenaires</b> sur le fonctionnement des dispositifs existants.	<b>EPSM</b>  - Mettre à jour et diffuser le <u>Guide pratique en santé mentale en Sarthe</u> . - <u>Promouvoir de nouveaux dispositifs</u> . - Etendre le <u>dispositif de signalement d'événements indésirables</u> aux acteurs hors de l'établissement.	2020

## AXE II

Coordonner,  
coopérer et  
travailler en réseau

b. Partager une  
culture commune  
entre  
professionnels

### Fiche 8. Développer les formations et les échanges de savoirs et de pratiques

<u>Coordinateurs :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- Département</li><li>- EPSM</li></ul>	<u>Partenaires :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ SESSAD (ADAPEI 72)</li><li>✓ ARS</li><li>✓ Ministère de la Justice (TGI, PJJ)</li><li>✓ UNAFAM 72</li><li>✓ ADGESTI</li><li>✓ EPSM</li><li>✓ CReHPsy</li><li>✓ CAMSP</li><li>✓ Service de l'Etat (DDCS)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Service d'aide à domicile (ADMR)</li><li>✓ FAM «La Maison de l'Elan» (ACADEA)</li><li>✓ ESMS (ANAIS)</li><li>✓ Représentant de directeurs d'EHPAD (APEDEPA)</li><li>✓ Représentant de bailleurs sociaux (Sarthe Habitat)</li></ul>

#### ► Résultats attendus

- Décloisonner les pratiques en vue de fluidifier le parcours.
- Renforcer la connaissance réciproque des professionnels pour améliorer la qualité de l'offre d'accompagnement.
- Pérenniser les apports liés au partage afin de dépasser les logiques d'acteurs et de consolider les passages de relais (les coopérations/coordinations) entre dispositifs/institutions/associations : recherche d'une acculturation institutionnelle réciproque.
- Renforcer la diffusion des bonnes pratiques professionnelles, notamment à destination des acteurs professionnels plus isolés dans leur exercice.

#### ► Objectif stratégique

- Renforcer la compétence des acteurs des différents champs autour du parcours des personnes présentant un handicap d'origine psychique ou des troubles psychiques.
- Fluidifier les parcours durablement.
- Sécuriser les interventions des professionnels du parcours par leur meilleure appropriation des pratiques de référence.

#### ► Objectif opérationnel

- Former un nombre significatif de personnes aux problématiques du handicap d'origine psychique et sur les troubles psychiques.

#### ▼ Indicateurs ▼

##### De suivi

- Taux de satisfaction des personnes formées (enquêtes).

##### De résultat :

- Nombre de conférences thématiques et de réunions d'information.
- Nombre de formations interinstitutionnelles organisées.
- Nombre d'immersions réalisées.
- Nombre de structures concernées.
- Nombre de professionnels formés et informés.
- Nombre d'interventions des professionnels de l'EPSM de la Sarthe sur demande des structures sociales et médico-sociales.

**Liens avec d'autres travaux territoriaux :**

- Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale - Axe 3
- Plan d'action en faveur du travail social et du développement social
- Démarche « Réponse accompagnée pour tous » (RAPT)
- Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, feuille de route (2018-2022)
- Plan Départemental d'Actions pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD)
- Projet d'établissement et Projet médical de l'EPSM de la Sarthe (2015-2018)
- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe - Fiches A3.1 et A3.2 (2015-2019)

**Échéance : 2019**

▼ **Mise en œuvre**

▼ **Modalités de réalisation**

▼ **Échéance**

<p><b>8.1.</b> Organisation d'une <b>journée interinstitutionnelle</b> à l'échelle départementale ou infra-départementale.</p>	<p><b>Département</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un comité d'organisation chargé de cette action.</li> </ul>	<p>Dès 2018</p>
<p><b>8.2.</b> Dispensation/construction de <b>formations croisées</b> élaborées en concertation.</p>	<p><b>Département</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recenser les besoins, repérer les compétences et construire le <u>cahier des charges de l'offre de formations utiles</u>.</li> </ul>	<p>Dès 2018</p>
<p><b>8.3.</b> <b>Immersion / échanges entre professionnels</b> en continuité de la formation croisée.</p>	<p><b>Département</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recenser les volontaires et formaliser ces échanges.</li> </ul>	<p>2018</p>
<p><b>8.4.</b> Recueil territorial des besoins par les responsables de circonscriptions de la Solidarité départementale.</p>	<p><b>Département</b></p>	<p>2019</p>
<p><b>8.5.</b> Régulation des pratiques sanitaires par la construction de <b>cadres de référence communs</b> et la promotion du <b>signalement des dysfonctionnements</b> dans la gestion des parcours.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conventionner et faire vivre les <u>conventions</u> avec les établissements sanitaires <u>autour de principes d'action partagés</u>.</li> <li>- Elaborer <u>des outils</u> (exemple : arbres décisionnels pour la régulation par les centres 15) <u>et des procédures</u> communes (exemple : fiche de liaison).</li> </ul>	<p>en continu</p> <p>Dès 2018</p>

▼ **Mise en œuvre**

▼ **Modalités de réalisation**

▼ **Échéance**

<p><b>8.6.</b> Dispensation de <b>formations</b> spécifiques en santé mentale auprès des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social.</p>	<p><b>EPSM et DDCS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diffuser et partager des connaissances au travers d'<u>interventions dans les structures de professionnels de la psychiatrie</u> (équipes mobiles généralistes et spécialisées, équipes de liaison, etc.).</li> </ul> <p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir des <u>stages croisés entre professionnels de l'EPSM</u> à différentes fonctions (exemples : stages aux urgences), mais aussi avec des professionnels d'autres secteurs.</li> </ul>	<p>En continu</p>
<p><b>8.7.</b>Renforcement du programme de <b>formation à la gestion de la crise suicidaire.</b></p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Diversifier l'offre de formations</u> actuelle en l'individualisant pour les professionnels intervenant auprès de <u>publics spécifiques.</u></li> <li>- Proposer des <u>formations dédiées aux professionnels de la psychiatrie.</u></li> </ul>	<p>En continu</p> <p>2018</p>

**AXE II**  
**Coordonner, coopérer et travailler en réseau**

**c. Coordonner et réguler les parcours : la coopération et le travail en réseau (1/3)**

**Fiche 9. Construire et partager des outils d'évaluation**

Coordinateur :  
- CoHPsy 72

*Partenaires :*

- ✓ EPSM
- ✓ Département
- ✓ MDPH 72

▶ **Résultats attendus**

- Renforcer l'inclusion des personnes présentant un handicap d'origine psychique ou des troubles psychiques dans le milieu dit « ordinaire », grâce à des évaluations de leurs capacités (notamment fonctionnelles) partagées entre les acteurs professionnels du parcours d'accompagnement et de soins.

▶ **Objectif stratégique**

- Permettre à toute personne intégrée dans un parcours de soins en santé mentale d'être accompagnée dans son projet de vie, en fonction de ses besoins, grâce à une évaluation régulière de ses capacités, notamment fonctionnelles.

▶ **Objectifs opérationnels**

- Compléter l'évaluation du besoin de soins par l'évaluation fonctionnelle.
- Définir l'évaluation fonctionnelle (concept et contenu).
- Proposer une évaluation fonctionnelle participative.
- Proposer des ré-évaluations fonctionnelles régulières.
- Former les professionnels concernés à l'évaluation fonctionnelle.
- Garantir une coordination des professionnels soignants, sociaux, médico-sociaux, sociaux et aidants dans l'accompagnement des personnes intégrées dans un parcours de soins en santé mentale.
- Structurer des évaluations fonctionnelles pour faciliter la reconnaissance des situations de handicap psychique par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

▼ **Indicateurs** ▼

**De résultat**

- Diffusion d'un référentiel d'évaluation des capacités fonctionnelles propre au champ de la santé mentale.
- Recueil effectif des dispositifs institutionnels et acteurs de l'évaluation fonctionnelle des personnes avec une pathologie mentale.
- Nombre de professionnels formés aux dispositifs concernés.

**Liens avec d'autres travaux territoriaux :**

- Démarche « Une réponse accompagnée pour tous » (RAPT)

**Échéance :** 2021

- Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, feuille de route (2018-2022)
- Projet d'établissement de l'EPSM de la Sarthe - Axe 2.Fiche 13 et Fiche 21 (2015-2018)
- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du département de la Sarthe (2015-2019)
- Vademecum du CReHPsy des Pays de la Loire.

▼ **Mise en œuvre**

▼ **Modalités de réalisation**

▼ **Échéance**

<p><b>9.1. Définition</b> de l'évaluation fonctionnelle.</p> <p>Elaboration d'un <b>référentiel</b> d'évaluation des capacités fonctionnelles propre au champ de la santé mentale.</p> <p><b>Recensement des dispositifs</b> institutionnels acteurs de l'évaluation fonctionnelle des personnes vivant avec une pathologie mentale, en Sarthe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- évaluation en atelier,</li> <li>- évaluation in situ.</li> </ul> <p>Développement de <b>nouveaux dispositifs si besoin</b>.</p> <p><b>Formation des professionnels</b> des différents dispositifs concernés à la notion d'évaluation fonctionnelle ainsi qu'aux pratiques évaluatives.</p>	<p><b>CoHPsy 72</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un (ou plusieurs) groupe(s) de travail pluridisciplinaire(s) (EPSM, services et établissements médico-sociaux intervenant dans le champ du handicap psychique, acteurs du logement accompagné et de l'emploi accompagné, MDPH, etc.) en charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>o de préciser le <u>contenu des évaluations fonctionnelles</u> utiles,</li> <li>o d'élaborer un <u>référentiel d'évaluation des capacités fonctionnelles</u> propre au champ de la santé mentale,</li> <li>o de recenser les <u>dispositifs institutionnels et acteurs de l'évaluation fonctionnelle</u> des personnes vivant avec une pathologie mentale en Sarthe (évaluations en atelier et <i>in situ</i>),</li> <li>o de proposer le développement de <u>nouveaux dispositifs</u> si besoin.</li> </ul> </li> </ul>	<p>2019</p>
<p><b>9.2. Formation</b> à l'évaluation fonctionnelle ainsi qu'aux pratiques évaluatives.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un groupe de travail pluridisciplinaire (EPSM, services et établissements médico-sociaux intervenants dans le champ du handicap psychique, acteurs du logement accompagné et de l'emploi accompagné, MDPH, etc.) en charge d'organiser la <u>formation des professionnels</u> des différents dispositifs concernés <u>à l'évaluation fonctionnelle</u> ainsi qu'aux pratiques évaluatives.</li> </ul>	<p>2021</p>
<p><b>9.3. Intégration</b> de l'évaluation fonctionnelle <b>dans le parcours de soins</b> des personnes porteuses d'une maladie mentale.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place le contenu des fiches 13 et 21 du projet d'établissement 2015-2018 de l'EPSM.</li> </ul>	<p>2021</p>

▼ **Mise en œuvre**

▼ **Modalités de réalisation**

▼ **Échéance**

<b>9.4.</b> Participation de l'utilisateur à toutes les étapes de son évaluation fonctionnelle	<b>CoHPsy 72</b>  - <u>Formaliser l'évaluation fonctionnelle</u> à l'attention de l'utilisateur.	2020
--	---	------

## AXE II

### Coordonner, coopérer et travailler en réseau

#### c. Coordonner et réguler les parcours : la coopération et le travail en réseau (2/3)

## Fiche 10. Coordonner et réguler les parcours de soins, de santé et de vie

### Coordinateurs :

- Département
- CoHPsy 72

### Partenaires:

- ✓ Tous les acteurs concernés par l'accompagnement des personnes
- ✓ Bailleurs sociaux

### ► Résultats attendus

- Favoriser la lisibilité du parcours pour éviter les ruptures et faciliter les relais (la coordination) tout au long de la vie.
- 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.
- Partager le repérage et l'évaluation des (risques de) ruptures dans les parcours afin de faciliter le retour dans le parcours.

### ► Objectif stratégique

- Décloisonner et coordonner pour fluidifier et éviter les ruptures dans le parcours.

### ► Objectifs opérationnels

- Permettre une meilleure connaissance mutuelle : identifier la place de chaque acteur dans le parcours (professionnels des champs sanitaire, social et médico-social).
- Développer une culture partagée au carrefour des pratiques des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.
- Décloisonner et favoriser la coordination des professionnels autour de cette culture partagée.

### ▼ Indicateurs ▼

#### De suivi

- Nombre de présentations aux partenaires des modalités de coordination des parcours.
- Nombre de conventions-cadres signées.
- Nombre d'instances de coordination mises en place.
- Evaluation annuelle des outils de la coordination des parcours.

#### De résultat :

- Guide de la fonction de correspondant de parcours.
- Convention-cadre type.
- Charte relative au secret professionnel partagé dans le cadre de la coordination de parcours.

#### Liens avec d'autres travaux territoriaux:

- Démarche « Réponse accompagnée pour tous » (RAPT)
- Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, feuille de route (2018-2022)
- Plan Départemental d'Actions pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD)

**Échéance :** 2022

- Projet d'établissement de l'EPSM de la Sarthe - Axe 2.Fiche 13 (2015-2018)
- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe - Fiches A1 et B4 (2015-2019)
- Pacte Territorial d'Insertion (2017-2021), dont le Programme Départemental d'Insertion
- Plan National d'action de prévention de la perte d'autonomie
- Plan d'action en faveur du travail social et du développement social
- Rapport du « Centre de preuves en Psychiatrie », 2015
- Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2018

▼ **Mise en œuvre**

▼ **Modalités de réalisation**

▼ **Échéance**

<p><b>10.1.</b> Décloisonnement de la coordination des acteurs autour de cette culture partagée :</p> <p>Mobilisation de la fonction de <b>correspondant de parcours</b> telle que conçue dans le Schéma départemental unique d'organisation sociale et médico-sociale, au titre de la coordination du parcours de la personne.</p>	<p><b>Département</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un groupe de travail pour définir les missions et la légitimité du <u>correspondant de parcours</u>. Ce correspondant de parcours sera chargé du suivi du parcours et devra mobiliser, de manière efficiente, l'ensemble des moyens nécessaires à l'accompagnement et à l'expertise, au regard des besoins gradués de la personne.</li> <li>- Elaborer un <u>guide pratique de la fonction de correspondant de parcours</u>.</li> <li>- Elaborer des <u>conventions-cadres</u>.</li> <li>- Sensibiliser les correspondants de parcours en vue d'une <u>culture commune</u>.</li> </ul>	<p>2018</p>
<p><b>10.2.</b> Décloisonnement de la coordination des acteurs autour de cette culture partagée :</p> <p>Mobilisation du dispositif « <b>Une réponse accompagnée pour tous</b> » en MDPH pour les situations complexes en cas de régulation nécessaire.</p>	<p><b>MDPH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un groupe pluri partenarial destiné à apporter des <u>solutions aux situations complexes</u>.</li> <li>- Institutionnaliser le <u>lien entre ce groupe de travail et l'observatoire des séjours</u> de l'EPSM.</li> </ul>	<p>2018</p> <p>2019</p>
<p><b>10.3.</b> Développement, à partir de l'existant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>de lieux et de temps de coordination</b> définis sur des territoires et d'autres niveaux thématiques ou d'expertise avec des instances de coordination,</li> <li>- <b>d'une fonction de coordination</b>, mobilisable à des moments de dégradation des situations.</li> </ul>	<p><b>Département</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un groupe de travail pour définir : <ul style="list-style-type: none"> <li>o la composition et l'organisation de l'instance de coordination,</li> <li>o le contenu de la mission de coordination.</li> </ul> </li> </ul>	<p>2018</p>

▼ Mise en œuvre

▼ Modalités de réalisation

▼ Échéance

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un <u>guide pratique intégrant la fonction d'appui à la coordination</u>, en lien avec les instances ou commissions existantes internes et externes.</li> <li>- Elaborer des <u>chartes pour encadrer la transmission d'informations</u> concernant les usagers en vue de favoriser la coordination.</li> </ul>	2019
<p><b>10.4. Information</b> auprès de tous les partenaires concernés sur les modalités de coordination du parcours.</p>	<p><b>Département</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Communiquer</u> et diffuser de l'information :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ présentation décloisonnée aux partenaires,</li> <li>○ mise en ligne de l'information sur le site du Département.</li> </ul> </li> </ul>	2019
<p><b>10.5. Promotion de la coordination</b> des professionnels soignants, sociaux, médico-sociaux, et aidants dans l'accompagnement des personnes en vivant avec une pathologie mentale</p>	<p><b>Département</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Construire des partenariats</u> entre acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, pour permettre une <u>continuité de l'accompagnement</u> dans la réalisation d'un projet de vie.</li> <li>- Construire un <u>partenariat avec la MDPH</u> pour faciliter les orientations MDPH (PCH ; logement ; emploi), dans le cadre d'un protocole.</li> </ul> <p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Construire un <u>partenariat entre l'observatoire des séjours de l'EPSM et la MDPH</u> pour faciliter la gestion des situations complexes et les orientations MDPH (PCH ; logement ; emploi), dans le cadre d'un protocole.</li> </ul>	<p>Dès 2018</p> <p>Dès 2018</p> <p>Dès 2018</p>

## AXE II

### Coordonner, coopérer et travailler en réseau

#### c. Coordonner et réguler les parcours : la coopération et le travail en réseau (3/3)

## Fiche 11. Piloter la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale

<u>Coordinateurs</u> :	<u>Partenaires</u> :	

### ► Résultats attendus :

(cf. organigramme fonctionnel proposé en annexe de la fiche-action)

- Assurer la mise en œuvre effective des actions du projet territorial de santé mentale.
- Impliquer l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale dans son déploiement.
- Le décliner à tous les niveaux du territoire départemental en soutien des dynamiques locales.

### ► Objectifs stratégiques

- Assurer la mise en œuvre du PTSM en instituant une organisation garante de sa déclinaison par l'ensemble des acteurs à tous les niveaux du territoire (principe de subsidiarité).
- Impliquer la pluralité des acteurs du champ de la santé mentale dans le déploiement du PTSM (notion de coordination).
- Susciter, soutenir et valoriser les initiatives locales qui participent de la mise en œuvre du PTSM.

### ▼ Indicateurs ▼

#### De suivi

- Degré d'appropriation par les acteurs des différents niveaux du rôle qui leur est confié dans le déploiement du PTSM.
- Taux de participation aux différents temps de concertation / décision.
- Respect du calendrier de mise en œuvre du PTSM.
- Bilan annuel du PTSM.
- Actualisation du PTSM, au regard de l'évolution réglementaire et des besoins locaux.

#### De résultat

- Taux de réalisation des actions du PTSM à son terme.
- Participation des CLS/CLSM à l'animation locale de la politique de santé mentale.
- Volonté des acteurs de continuer à travailler ensemble au terme du PTSM.

**Liens avec d'autres travaux territoriaux:**

- Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale (ARS) des Pays de la Loire, feuille de route (2018-2022)

Échéance : 2022

## ▼ Mise en œuvre

## ▼ Modalités de réalisation

## ▼ Échéance

Réalisation d'une action.	- Instituer un <u>pilote d'action</u> .	2018
Coordination des actions d'une fiche.	- Instituer un (ou des) <u>coordinateur(s) de fiches-actions</u> .	2018
Mise en œuvre du PTSM.	- Instituer un <u>groupe ressource</u> . - <u>Conventionner avec l'ARS</u> (contrat territorial de santé mentale, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, etc.) <u>et le Département</u> (conventions tripartites, etc.).	2018 dès 2018
Evaluation et ajustement du plan d'actions du PTSM.	- Instituer une <u>instance délibérative</u> . - Mettre en place un <u>forum</u> (type comité départemental de santé mentale). - Consulter la <u>commission spécialisée en santé mentale</u> du conseil territorial de santé.	2018 fin 2018 dès 2018 dès 2018
Pérennisation de la coopération en santé mentale.	- Créer et financer une structure (association, GCS, GCSMS ?) pour appuyer <u>l'animation du PTSM</u> sur le territoire. - Recruter un chargé de mission garant de la <u>continuité du pilotage</u> .	2018 2018
Implication des acteurs locaux.	- Créer des <u>Conseil Locaux de Santé Mentale (CLSM)</u> sur certaines parties du territoire. - Décliner le PTSM dans les « <u>quartiers prioritaires de la politique de la ville</u> ».	en continu en continu
Implication des usagers et de leurs représentants	- <u>Les associer</u> aux différentes étapes et aux différents niveaux territoriaux.	en continu

	Mise en œuvre	Coordination	Evaluation	Promotion	Pérennisation
<b>Pilote d'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituer un référent de l'action pour les acteurs concernés.</li> <li>- Réaliser l'action.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer de la participation des partenaires concernés (dont les CLS et CLSM) dans la réalisation de l'action.</li> <li>- Faire remonter les initiatives locales en lien avec leur action (ou d'autres actions du PTSM) auprès des coordinateurs de la fiche-action et du chargé de mission.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre compte aux coordinateurs de la fiche-actions des avancées et difficultés rencontrées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer une lisibilité des partenaires sur le PTSM et la mise en œuvre de l'action.</li> </ul>	
<b>Coordinateur de fiche-actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituer un référent pour les pilotes et les partenaires concernés par la fiche-actions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire un point régulier avec les pilotes d'action pour les accompagner dans la mise en œuvre.</li> <li>- Saisir les opportunités de faire le lien avec les CLS/CLSM sur la thématique de la fiche-action.</li> <li>- Faire remonter les initiatives locales en lien avec leur thématique (ou d'autres actions du PTSM) auprès du chargé de mission.</li> <li>- Promouvoir le sens global du PTSM en proposant des liens entre pilotes d'actions et en explicitant avec pédagogie les orientations reçues.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre compte au groupe ressources, en appui du chargé de mission, des avancées, des difficultés et des propositions d'actualisation de la fiche-action.</li> <li>- Alerter le chargé de mission en cas de difficultés susceptibles de devenir bloquantes dans la mise en œuvre d'une action.</li> </ul>		
<b>Chargé de mission</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituer un référent et une</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre compte de son</li> </ul>		

	Mise en œuvre	Coordination	Evaluation	Promotion	Pérennisation
		<p>ressource pour les coordinateurs de fiche-actions.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer du suivi du plan d'actions du PTSM.</li> <li>- Préparer les séances du groupe ressource en lien avec les coordinateurs de fiche-actions (points réguliers).</li> <li>- S'assurer de la bonne intégration des décisions dans la mise en œuvre du PTSM.</li> <li>- Promouvoir le sens global du PTSM en proposant des liens entre pilotes d'action et entre coordinateurs de fiche-actions.</li> <li>- Assurer une diffusion pédagogique (voire en proposant des supports d'information) des orientations retenues auprès des coordinateurs de fiche-actions.</li> <li>- Construire des modalités d'échanges sur le PTSM avec les CLS et CLSM.</li> <li>- S'assurer de la bonne prise en compte des retours des usagers et de leurs représentants (faire des propositions pour le</li> </ul>	<p>action et de son évaluation au groupe ressource.</p>		

	Mise en œuvre	Coordination	Evaluation	Promotion	Pérennisation
		recueil de leur satisfaction et des dysfonctionnements qu'ils rencontrent, aller vers eux, leur donner de la visibilité sur le PTSM, etc.).			
<b>Groupe ressource</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivre la mise en œuvre du plan d'actions du PTSM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituer un référent pour les coordinateurs de fiche-actions mais aussi pour les partenaires du territoire concernés par la santé mentale.</li> <li>- Assurer la diffusion auprès des coordinateurs de fiche-actions des orientations retenues par les différentes instances (groupe ressource, instance délibérative et CSSM).</li> <li>- Proposer des moyens d'action (formation, recrutement, réunion, etc.) pour répondre aux besoins du comité départemental de santé mentale, à la CSSM, aux CLS/CLSM, etc.</li> <li>- Faire remonter les initiatives locales en lien avec le PTSM auprès de l'instance délibérative.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer une hiérarchisation des propositions d'ajustements à l'instance délibérative, en tenant compte de l'avis des CLS/CLSM.</li> <li>- Mettre à disposition des moyens partagés pour le financement d'un poste de coordinateur du PTSM et la mise en œuvre du PTSM.</li> <li>- Proposer la composition d'un jury pour assurer le recrutement et la référence du chargé de mission du PTSM, à partir d'une fiche de poste validée par le groupe ressource.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir le PTSM sur l'ensemble du territoire de la Sarthe et auprès de la région.</li> <li>- Promouvoir les initiatives locales en lien avec le PTSM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer une structure (association, GCS, GCSMS ?) et la financer, avec la participation de l'ARS, pour l'animation du PTSM sur le territoire.</li> <li>- Recruter un chargé de mission PTSM, garant de la continuité du pilotage.</li> </ul>
<b>Instance délibérative</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbitrer sur les propositions d'ajustements du PTSM et leur hiérarchisation, en tenant</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donner un avis sur la composition (personnes morales ?) du jury de recrutement</li> </ul>

	Mise en œuvre	Coordination	Evaluation	Promotion	Pérennisation
			compte de l'avis de la CSSM, des CLS/CLSM et des usagers (et de leurs représentants).		du chargé de mission.
<b>Commission spécialisée en santé mentale (CSSM) du conseil territorial de santé</b>		- Faire remonter leurs besoins d'approfondissement et de clarifications pour porter un avis éclairé sur le PTSM.	- Donner leur avis sur les propositions d'ajustement et leur hiérarchisation.		
<b>Agence régionale de santé</b>	- Contractualiser avec les acteurs pour la mise en œuvre du PTSM.		- Vérifier la cohérence du déploiement du PTSM 72 avec les orientations nationales (notamment les aspects réglementaires)	- Appuyer les acteurs sarthois dans le pilotage de la mise en œuvre du PTSM (relais de promotion, mise à disposition de moyens, organisation de concertations supra-départementales, etc.)  - Promouvoir le mode de régulation en santé mentale assurée par les CLS/CLSMS par infra-territoire par un appui aux propositions d'initiatives, d'intervention, de sensibilisation, etc. en santé mentale.	
<b>Usagers et leurs représentants</b>	- Participer à la réalisation des actions.		- Exprimer leurs besoins et leurs difficultés	- Assurer la promotion du PTSM.	

	Mise en œuvre	Coordination	Evaluation	Promotion	Pérennisation
			- Faire des propositions prioritisées d'ajustements du PTSM.		
<b>Conseils locaux de santé/ de santé mentale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer de la déclinaison du PTSM au niveau de leur territoire de référence et notamment dans les «quartiers prioritaires de la politique de la ville».</li> <li>- Porter des initiatives cohérentes avec la mise en œuvre du PTSM.</li> <li>- Participer à la réalisation des actions.</li> <li>- Solliciter / informer les référents du PTSM (pilote, coordinateur, chargé de mission, etc.) lorsqu'ils le jugent utile (besoin d'explicitations, partage d'expérience, etc.).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donner leur avis sur les propositions d'ajustement et leur hiérarchisation.</li> <li>- Faire remonter les propositions d'initiatives locales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituer un relais du PTSM sur leur territoire de référence.</li> <li>- Promouvoir la participation / constitution de CLS et CLSM dans la régulation de la santé mentale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer de l'institution de modalités d'échanges réguliers avec le chargé de mission et le groupe ressource, au-delà des seuls acteurs présents.</li> </ul>

## AXE III

### Renforcer l'offre de proximité en santé mentale

a.

## Fiche 12. Repérer, évaluer, orienter

### Coordinateurs :

- EPSM
- ADGESTI

### Partenaires :

- ✓ UNAFAM 72
- ✓ Etablissements sanitaires (dispositifs d'accueil des personnes présentant un handicap type handi'patient)
- ✓ Professionnels de santé libéraux
- ✓ Structures et associations des secteurs social et médico-social
- ✓ CReHPsy

### ► Résultats attendus

- Renforcer les compétences des acteurs dans le repérage des troubles psychiques, pour favoriser l'entrée dans le parcours en santé mentale le plus tôt possible.
- Développer l'évaluation en matière de santé mentale.
- Favoriser l'orientation des personnes dans le parcours afin de faciliter les passages de relais et ainsi fluidifier les parcours.

### ► Objectif stratégique

- Améliorer la coordination et le maillage territorial en incluant l'ensemble des acteurs (usagers, proches, professionnels) afin de faciliter le parcours de vie des personnes en souffrance psychique.

### ► Objectifs opérationnels

- Envisager une meilleure lisibilité de l'offre de soins spécialisés.
- Favoriser les évaluations croisées entre acteurs des champs sanitaire, médico-social et social.
- Mettre en œuvre des formations croisées avec participation d'usagers et de professionnels à destination des intervenants de premier niveau (accompagnants à domicile, médecins généralistes, agents d'accueil, ...) pour faciliter le repérage et l'orientation vers les dispositifs existants sur le territoire.
- Stabiliser les acquis liés à la formation par l'organisation d'un suivi.
- Assurer l'efficacité d'action d'un groupement pluri-institutionnel et de proximité (type CoHPsy 72) à des fins d'accueil, d'information, de formation, d'évaluation et d'orientation.

### ▼ Indicateurs ▼

#### De suivi

- Nombre de rencontres pluri-institutionnelles.
- Nombre de formations croisées.

#### De résultat

- Bilans qualitatifs des actions menées.
- Niveau de satisfaction des personnes formées.

#### Liens avec d'autres travaux territoriaux :

- Référentiel sur l'évaluation du handicap psychique en cours d'élaboration par le CReHPsy des Pays de la Loire

**Échéance :** 2022

- Démarche « Réponse accompagnée pour tous » (RAPT)
- Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, feuille de route (2018-2022)
- Plan Départemental d'Actions pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD)
- Projet d'établissement et Projet médical de l'EPSM de la Sarthe (2015-2018)
- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe (2015-2019)

▼ **Mise en œuvre**

▼ **Modalités de réalisation**

▼ **Échéance**

<p><b>12.1. Information des partenaires</b> sur les dispositifs existants (cf. fiche n°7).</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre à jour et diffuser le <u>Guide pratique en santé mentale en Sarthe</u>.</li> <li>- <u>Promouvoir de nouveaux dispositifs</u>.</li> <li>- Etendre le <u>dispositif de signalement d'événements indésirables</u> aux acteurs extérieurs à l'établissement.</li> <li>- Renforcer <u>l'information sur les dispositifs et leur usage</u> (DiRR, équipes mobiles, etc.)</li> </ul>	<p>2020</p> <p>En continu</p> <p>En continu</p> <p>En continu</p>
<p><b>12.2. Evaluation croisée</b> entre les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social.</p>	<p><b>CoHPsy 72</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des <u>rencontres inter-partenariales</u> pour échanger autour des situations de personnes prises en charge ou accompagnées par plusieurs professionnels de différents établissements ou services.</li> </ul>	<p>En continu</p>
<p><b>12.3. Formation croisée sur le repérage</b> des personnes en situation de souffrance psychique et sur l'identification des dispositifs d'accueil et d'accompagnement (cf. fiche n°8).</p>	<p><b>Département et EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Susciter la mise en place des <u>formations à destination des acteurs de première ligne</u> (professionnels de terrains, aidants) avec des intervenants d'ADGESTI, de l'UNAFAM, d'un collectif d'usagers du type Plénitude 72.</li> </ul>	<p>Dès 2018</p>
<p><b>12.4. Formation de groupes de parole et d'analyse de pratiques.</b></p>	<p><b>ADGESTI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévoir des <u>rencontres dans la continuité des actions de formation</u> auprès des acteurs de première ligne sur des thématiques et/ou sur des retours d'expériences.</li> </ul>	<p>Dès 2018</p>

▼ Mise en œuvre

▼ Modalités de réalisation

▼ Échéance

<p><b>12.5. Création d'un groupement pluri-institutionnel de proximité.</b></p>	<p><b>CoHPsy 72</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Réunir le <u>groupement pluri-institutionnel de proximité</u> pour travailler sur l'accueil, la formation, l'évaluation, l'orientation des personnes en souffrance psychique (en situation de handicap ou non).</li></ul>	<p>en continu</p>
---	---	-------------------

**Axe III**  
**Renforcer l'offre de**  
**proximité en santé**  
**mentale**

**b.**

**Fiche 13. Adapter l'offre d'accompagnement de proximité**

<i>Coordinateurs :</i> - ARS - Département	<i>Contributeurs :</i>	
	✓ <i>Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)</i>	

▶ **Résultats attendus**

- Améliorer la coopération et la communication entre les secteurs sanitaire, social et médico-social dans l'accompagnement des usagers pour éviter des réponses encore trop cloisonnées, génératrices de souffrance et de ruptures de parcours pour l'usager.
- Tisser des partenariats opérants pour un accompagnement tout au long de la vie.
- Assouplir l'accès de l'usager aux dispositifs existants.
- Faire évoluer les compétences des acteurs de l'accompagnement pour permettre une meilleure utilisation de l'offre de services à destination des personnes handicapées présentant un handicap d'origine psychique.

▶ **Objectifs stratégiques**

- Optimiser l'offre d'accompagnement existante (en ESMS dédiés aux personnes en situation de handicap psychique et autres ESMS) :
  - o Favoriser la souplesse et l'adaptabilité de l'offre existante.
  - o Mobiliser les ressources partenariales existantes.
- Diversifier les modes d'accompagnement :
  - o Proposer des réponses graduées au sein de l'offre existante.
  - o Développer de nouvelles réponses, hors institution, fondées sur des expérimentations.

▼ **Indicateurs** ▼

**De suivi**

- Satisfaction des personnes formées.
- Nombre de solutions modulaires construites.
- Nombre annuel de « groupes opérationnels de synthèse » (GOS) concernant des personnes en situation de handicap d'origine psychique.
- Evolution du nombre de places d'accueil diversifié.

## ► Objectifs opérationnels

- Renforcer la souplesse et l'adaptabilité des dispositifs :
  - o Intégrer le concept d'« orientation tout au long de la vie » dans les pratiques professionnelles des ESMS.
  - o Améliorer l'évaluation des situations aux différentes étapes du parcours de vie pour anticiper une inclusion et/ou ajuster le parcours.
- Développer les partenariats et les compétences croisées :
  - o Conforter la collaboration avec la MDPH pour organiser les réponses en amont de la notification si besoin et organiser un chemin de communication spécifique pour les situations urgentes.
  - o Mettre en œuvre la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ».
  - o Favoriser la continuité du lien partenarial entre acteurs médico-sociaux et acteurs soignants.
  - o Elargir ce partenariat aux acteurs du droit commun qui interviennent dans la mise en œuvre du projet de vie de la personne.
- Favoriser le développement de solutions modulaires combinant prise en charge médico-sociale et prise en charge soignante.
- Diversifier l'offre d'accompagnement :
  - o Au sein des ESMS : développer des réponses graduées donnant de la souplesse et de la fluidité des parcours y compris dans la réversibilité, au sein des ESMS.
  - o Hors ESMS : expérimenter de nouvelles formes d'accompagnement (de l'institution à l'habitat intermédiaire) avec des passerelles entre l'institution et le droit commun, combinées à une action sur l'environnement et les réseaux (étayage et soutien).

- Nombre de contractualisations dans le domaine de l'aide à domicile

### Liens avec d'autres travaux territoriaux :

- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe - Fiche B6.1 (2015-2019)
- Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, feuille de route (2018-2022)
- Projet d'établissement de l'EPSM de la Sarthe - Axe 2. Fiche 14 (2015-2018)

Échéance : 2022

## ▼ Mise en œuvre

## ▼ Modalités de réalisation

## ▼ Échéance

13.1. Evaluation précoce et tout au long du parcours.	Cf. fiche 9	
---	-------------	--

<p><b>13.2.</b> Evolution des cultures professionnelles vers une logique d' « <b>orientation tout au long de la vie</b> ».</p>	<p><b>Département</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Susciter le développement de <u>formations croisées</u> (cf. fiche 8).</li> </ul>	<p>2018</p>
<p><b>13.3. Articulation</b> des actions sanitaires et médico-sociales.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer l'activité de <u>liaison de psychiatrie</u> (rencontres, synthèses et conventions) (cf. fiche 14).</li> </ul> <p><b>Département et ARS et EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser la construction de <u>solutions modulaires</u> combinant prises en charge médico-social et prises en charge soignante.</li> </ul>	<p>2020</p> <p>En continu</p>
<p><b>13.4.</b> Collaboration avec la <b>maison départementale des personnes handicapées</b>.</p>	<p><b>MDPH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déployer la démarche « <u>Une réponse accompagnée pour tous</u> ».</li> </ul>	<p>2018</p>
<p><b>13.5.</b> Restructuration de l'offre d'<b>hébergement temporaire</b>.</p>	<p><b>Département et ARS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un groupe de travail en charge d'établir un <u>diagnostic des dispositifs existants et des besoins</u>.</li> </ul>	<p>2019</p>
<p><b>13.6. Adaptation de la réponse</b> institutionnelle des ESMS dans les situations particulières.</p>	<p><b>Département et ARS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer la <u>diversité des modalités d'accueil</u> : accueil séquentiel, à temps partiel, à temps partagé (en lien avec la démarche RAPT) et intégrer cette nouvelle composition de l'offre de services dans la <u>contractualisation</u> avec les établissements (CPOM, etc.).</li> <li>- Redéployer, voire adapter l'offre suivant les besoins constatés.</li> </ul>	<p>2019</p> <p>En continu</p>
<p><b>13.7.</b> Développement de solutions nouvelles dans le logement de droit commun (<b>habitat intermédiaire</b>).</p>	<p><b>Département</b></p>	<p>En continu</p>
<p><b>13.8.</b> Développement de l'offre pour le <b>maintien à domicile</b>, tout en améliorant la qualité des prestations.</p>	<p><b>Département</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contractualiser avec les acteurs de <u>l'accompagnement à domicile</u>.</li> </ul>	<p>2019</p>

## AXE III

### Renforcer l'offre de proximité en santé mentale

C.

## Fiche 14. Adapter l'offre de soins de proximité

Coordinateur :

- EPSM

Partenaires :

- ✓ PSSL
- ✓ CMCM
- ✓ CHM
- ✓ MDPH

### ► Résultats attendus

- Fluidifier et clarifier l'orientation des patients.
- Structurer davantage la filière des soins urgents afin de limiter les hospitalisations complètes (et leur défaut de programmation).
- Développer les prises en charge ambulatoires d'amont, d'aval et alternatives dans le but de réduire le nombre et la durée des hospitalisations complètes.
- Renforcer la prévention et la prise en charge du suicide en Sarthe.

### ► Objectif stratégique

- Positionner le médecin généraliste libéral comme partie prenante de la prise en charge psychiatrique.
- Développer la prise en charge globale du patient dans toutes ses dimensions (approche bio-psycho-sociale).
- Adapter l'offre de soins aux besoins identifiés avec le patient
- S'appuyer sur le réseau de partenaires pour l'accompagnement des patients en situation de handicap psychique.
- Renforcer le rôle de prévention secondaire et tertiaire des structures psychiatriques de proximité (centres médico-psychologiques, équipes mobiles, etc.).

### ► Objectifs opérationnels

- Renforcer l'inscription des soins psychiatriques dans l'environnement du patient (rôle pivot du médecin traitant, place de l'entourage, appui sur le réseau, etc.).
- Développer la prise en charge sociale précoce.
- Favoriser l'orientation précoce par un psychiatre (développer l'utilisation d'outils de repérage précoce des pathologies).
- Clarifier et faire connaître l'offre de soins.
- Développer des modalités de soins variées.
- Développer l'éventail des modalités d'intervention : de l'appui aux professionnels et aux aidants jusqu'aux soins aux patients.

### ▼ Indicateurs ▼

#### De suivi

- Conventions passées entre l'EPSM et ses partenaires.
- Evénements indésirables recueillis ou plaintes en lien avec le parcours.
- Part de la file active de l'EPSM suivie en ambulatoire.
- Durée moyenne (annuelle) des hospitalisations à temps complet en psychiatrie.
- Nombre de personnes suicidantes prises en charge par les équipes mobiles généralistes et l'équipe dédiée (en particulier sur les zones géographiques particulièrement repérées).
- Nombre de formations dispensées en matière de suicide.
- Nombre d'actes de soins auprès de personnes suicidantes.

#### De résultat

- Affectation pour moitié des effectifs de psychiatrie en ambulatoire.
- Nombre de patients hospitalisés au long cours en psychiatrie.
- Délai d'attente du premier rendez-vous en psychiatrie publique ambulatoire.

- Etablissement des lettres de liaison non seulement en sortie d'hospitalisation mais aussi tout au long du parcours de soins psychiatriques ambulatoires.
- Nombre de suicides par an.

**Liens avec d'autres travaux territoriaux:**

- Projet d'établissement de l'EPSM de la Sarthe (2015-2018)
- Projet médical de l'EPSM de la Sarthe - Axes 1, 2 et 3 (2015-2018)
- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe (2015-2019)
- Projet médical de la Communauté Hospitalière de Territoire de la Sarthe (2013-2015)

Échéance : 2022

▼ **Mise en œuvre**

▼ **Modalités de réalisation**

▼ **Échéance**

<p><b>14.1. Le médecin traitant au cœur du dispositif</b> de soins psychiatriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un médecin traitant pour chaque patient,</li> <li>- un médecin traitant informé des dispositifs existants en psychiatrie et formé aux pathologies et traitements,</li> <li>- une articulation renforcée entre les médecins généralistes et les professionnels de la psychiatrie.</li> </ul>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer des notions de psychiatrie à la <u>formation médicale</u> continue à l'attention des médecins généralistes.</li> <li>- Proposer des modalités d'<u>accès direct</u> du médecin traitant à un psychiatre (<u>ex</u> : dispositifs de réponse rapide de l'EPSM de la Sarthe).</li> <li>- Transmettre systématiquement la <u>lettre de liaison</u> en sortie d'hospitalisation et après chaque réévaluation de traitement.</li> </ul>	<p>2020</p> <p>2018-2022</p> <p>2018</p>
<p><b>14.2. Renforcement de la prise en charge précoce des diagnostics et des orientations</b> par un professionnel de la psychiatrie.</p>	<p><b>EPSM (et CMCM ?)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Clarifier les circuits</u> de demandes de soins.</li> <li>- <u>Communiquer</u> aux professionnels de santé : <ul style="list-style-type: none"> <li>o des arbres décisionnels (à l'usage des personnels de régulation des Samu 72 et 61),</li> <li>o les schémas d'accès aux soins psychiatriques.</li> </ul> </li> <li>- <u>Harmoniser</u> les pratiques de prise en compte des demandes.</li> </ul>	<p>2018</p> <p>2018, puis en continu</p> <p>2022</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Généraliser les <u>plages d'accueil</u> et d'orientation dédiées aux urgences dans les CMP.</li> </ul>	2018
<b>14.3. Renforcement du rôle pivot des centres médico-psychologiques.</b>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les consultations pluridisciplinaires de <u>repérage précoce</u> spécialisées (schizophrénies, bipolarité, Asperger, TED, etc.).</li> <li>- Développer l'utilisation de la <u>télé médecine</u>.</li> <li>- Renforcer le rôle de <u>prévention</u> secondaire et tertiaire des équipes pluridisciplinaires des CMP.</li> <li>- En dehors de l'agglomération du Mans, implanter des CMP adultes et enfants regroupés, dans certaines <u>maisons de santé pluri-professionnelles</u> (MSP), en complément de l'implantation dans les centres hospitaliers.</li> <li>- <u>Diversifier les lieux de consultation</u> des équipes de CMP (<u>ex</u> : en centres sociaux, cités scolaires, etc.).</li> <li>- Etendre les <u>plages horaires</u> de consultation en CMP.</li> </ul>	2018-2022
<b>14.4. Parallèlement aux équipes mobiles spécialisées, développement des équipes mobiles généralistes et des consultations avancées.</b>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etendre la couverture du territoire par des <u>équipes mobiles</u> généralistes et thématiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>o soins intensifs (type hospitalisation à domicile),</li> <li>o crise (à domicile ou en lieu de vie collectif),</li> <li>o appui aux professionnels du social, du médico-social (enfants, adultes handicapés, personnes âgées) et du sanitaire (hors MCO),</li> <li>o réhabilitation, etc.</li> </ul> </li> <li>- Renforcer l'offre de <u>psychiatrie de liaison</u> dans les établissements publics de santé MCO (<i>cf. fiche n°15</i>).</li> </ul>	2020  2018-2022

<p><b>14.5.</b> Evolution de l'<b>offre de soins et d'évaluations</b> psychiatriques ambulatoires, <b>en appui des accompagnements</b> réalisés par le réseau de partenaires sociaux et médico-sociaux.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diversifier l'offre d'<u>évaluation</u> en appui des autres structures d'évaluation et d'orientation partenaires de la MDPH : <ul style="list-style-type: none"> <li>- cognitives et praxiques,</li> <li>- capacité à habiter un logement autonome (dispositif EHLI, etc.),</li> <li>- aptitude au travail, etc.</li> </ul> </li> <li>- Renforcer les <u>liens avec les partenaires</u> des champs social et médicosocial (conventionnement, temps de partage des pratiques et/ou d'évaluations croisées, co-construction d'offres d'accompagnement communes, parcours alterné entre dispositifs, partenariats de la cellule de coordination du <u>logement</u>, etc.).</li> <li>- Diversifier l'offre au sein des <u>hôpitaux de jour</u> (soins intensifs, réhabilitation, remédiation cognitive, éducation thérapeutique, soins de répit programmés, etc.).</li> </ul>	<p>2018-2022</p> <p>2018-2022</p> <p>2018-2022</p>
<p><b>14.6.</b> Promotion de l' « aller vers » des équipes mobiles généralistes en matière de <b>suicide</b>.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer des <u>formations dédiées aux équipes mobiles</u> des pôles sur le sujet.</li> <li>- Formaliser cette <u>politique médicale</u> dans le prochain projet médical de l'EPSM.</li> <li>- Communiquer sur ces approches auprès des pôles de psychiatrie générale et sensibiliser les professionnels de la psychiatrie au signalement des situations en lien avec le suicide (cf. projet d'observatoire départemental sur le sujet, fiche n°6).</li> </ul>	<p>Dès 2018</p> <p>2019-2020</p>
<p><b>14.7.</b> Renforcement du programme de formation à la gestion de la <b>crise suicidaire</b>.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diversifier et adapter <u>l'offre de formation sur la gestion du suicide</u> aux besoins des professionnels.</li> <li>- Développer cette offre auprès des professionnels intervenant sur des <u>publics spécifiques</u>.</li> </ul>	<p>En continu</p>

## AXE IV

### Améliorer l'offre de recours en psychiatrie

## Fiche 15. Garantir la pertinence des hospitalisations

Coordinateur :  
- EPSM

Partenaires :

- ✓ CMCM
- ✓ GHT 72
- ✓ Représentants des usagers à l'EPSM

### ► Résultats attendus

- Structurer davantage l'hospitalisation complète pour fluidifier le parcours du patient, de son entrée en hospitalisation complète à sa sortie.
- Structurer davantage la filière des soins urgents afin de limiter les hospitalisations complètes (et leur défaut de programmation).
- Renforcer l'articulation entre les soins psychiatriques et les soins relevant d'autres spécialités médicales dans les établissements de soins généraux afin d'améliorer la prise en charge globale, intégrative, des patients présentant des troubles psychiques.
- Promouvoir la prise en charge globale du patient en psychiatrie, quel que soit son statut.
- Améliorer les circuits et les complémentarités dans les prises en charge, pour renforcer la qualité du service rendu aux patients et diminuer le nombre et la durée des hospitalisations complètes pour motif psychiatrique.
- Renforcer la prévention et la prise en charge du suicide en Sarthe.

### ► Objectifs stratégiques

- Renforcer la prise en charge médicale globale du patient hospitalisé, en établissements de soins spécialisés mais aussi dans les établissements de soins généraux.
- Garantir que toute indication d'hospitalisation soit posée par un psychiatre.
- Favoriser le retour anticipé et rapide dans la cité.
- Adapter les organisations pour assurer à tout patient le respect de ses droits et devoirs et son accès aux soins.
- Réduire le nombre des hospitalisations complètes, et en particulier celles pour lesquelles il existe des alternatives.
- Impliquer le patient dans son propre rétablissement en favorisant son autonomie (notion d'*empowerment*).
- Conforter la place du patient comme citoyen et comme acteur premier de son parcours de soins, ainsi que la place faite à la représentation des usagers et des familles dans la gouvernance des organisations de soins ( cf. aussi la fiche 11 sur le pilotage du PTSM).

### ▼ Indicateurs ▼

De suivi :

- Conventions passées entre l'EPSM et ses partenaires autour de la fluidification des parcours, en particulier en matière de structuration de la filière des soins urgents.
- Evénements indésirables recueillis ou plaintes en lien avec le parcours.
- Part de la file-active de l'EPSM suivie en hospitalisation complète.
- Durée moyenne (annuelle) d'hospitalisation complète en psychiatrie.
- Part de la file-active de l'UAO de l'EPSM.
- Part de la file-active de l'EPSM suivie par les équipes de liaison et les équipes mobiles.
- Nombre de personnes suicidantes prises en charge par les équipes mobiles généralistes et l'équipe dédiée (en particulier sur les zones géographiques particulièrement repérées.)

## ► Objectifs opérationnels

- Renforcer les réseaux sanitaires (établissements et médecine de ville), sociaux et médico-sociaux.
- Développer les alternatives à l'hospitalisation complète en psychiatrie :
  - o régulation par les dispositifs de réponse rapide (DiRR) et les CMP,
  - o hospitalisation en établissement général (psychiatrie de liaison),
  - o équipes mobiles (de prévention en amont et d'accompagnement en aval de l'hospitalisation),
  - o hospitalisation hors établissement de soins (par exemple en service d'accueil familial thérapeutique),
  - o hospitalisation à temps non complet (de jour, de nuit).
- Dès l'hospitalisation en psychiatrie, mettre à disposition un large éventail d'outils de développement (notion de réhabilitation) et d'évaluation des compétences cognitives, pratiques et relationnelles des patients.
- Optimiser le fonctionnement de l'Unité d'Accueil et d'Orientation (UAO) de l'EPSM comme structure d'évaluation et d'orientation des demandes d'hospitalisation en psychiatrie (importance de l'avis du psychiatre).
- Préparer davantage avec le patient et son entourage l'entrée et la sortie d'hospitalisation.

- Nombre de formations dispensées en matière de suicide.
- Nombre d'actes de soins auprès de personnes suicidantes.

### De résultat :

- Evaluation de la satisfaction des usagers de l'hospitalisation complète (patients et entourage).
- Nombre de patients hospitalisés au long cours en psychiatrie.
- Moyenne (annuelle) en jours de saturation des lits à l'EPSM.
- Diminution (voire disparition) du nombre d'admissions en hospitalisation complète pour motif psychiatrique non préalablement validée par un psychiatre.
- Augmentation du nombre de réunions institutionnelles et/ou polaires auxquelles participent un ou plusieurs représentants des usagers.
- Diminution significative du recours aux mesures de contraintes (soins contraints, isolement, contention, ect) et motivation explicite justifiée du maintien de la contrainte.
- Nombre de suicides par an.

### Liens avec d'autres travaux territoriaux :

- Projet d'établissement de l'EPSM de la Sarthe (2015-2018)
- Projet médical de l'EPSM de la Sarthe - Axes 1, 2 et 3 (2015-2018)
- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe (2015-2019)
- Projet médical de la Communauté Hospitalière de Territoire de la Sarthe (2013-2015)
- Rapport du «Centre de preuves en psychiatrie», octobre 2015

**Échéance :** 2022

## ▼ Mise en œuvre

## ▼ Modalités de réalisation

## ▼ Échéance

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Échéance
15.1. Renforcement de la place de l'Unité d'Accueil et d'Orientation (UAO) dans les admissions à l'EPSM.	<b>EPSM</b>	
	- Suivre au quotidien le respect du projet de l'unité.	2018-2022
	- <u>Communiquer</u> en interne (EPSM) et en externe sur le fonctionnement de l'UAO.	2018-2022
	- Installer une <u>équipe permanente de psychiatres</u> à l'UAO	2018

▼ Mise en œuvre

▼ Modalités de réalisation

▼ Échéance

<p><b>15.2.</b> Hospitalisation de personnes présentant des troubles psychiatriques <b>dans les hôpitaux généraux.</b></p>	<p><b>EPSM (et CMCM ?)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer la <u>psychiatrie de liaison</u>.</li> <li>- Généraliser les <u>conventions</u> avec les établissements publics de santé MCO pour adapter les réponses de la psychiatrie aux attentes formulées par les professionnels et les usagers.</li> <li>- Développer l'usage de la <u>télé médecine</u>.</li> </ul>	<p>2020</p> <p>2020</p> <p>2018-2022</p>
<p><b>15.3. Hospitalisation programmée, y compris en situation d'urgence.</b></p>	<p><b>EPSM (et CMCM ?)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser un <u>accès direct</u> des médecins de ville et des urgentistes à un <u>psychiatre</u> (exemples pour l'EPSM : dispositifs de réponse rapide, astreintes des psychiatres).</li> <li>- Examiner un projet de création d'une <u>équipe mobile de crise</u>.</li> <li>- Développer l'usage d'<u>outils alternatifs à l'hospitalisation non programmée</u>, (cf. fiche n°14).</li> </ul>	<p>2018</p> <p>2022</p> <p>2018-2022</p>
<p><b>15.4. Hospitalisation sans contraintes.</b></p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Travailler sur les <u>représentations et le bon usage de la psychiatrie par les prescripteurs des hospitalisations sous contrainte</u> (urgentistes, médecins de ville, maires, préfet).</li> <li>- Accompagner le patient dans son rôle d'acteur de sa prise en charge en limitant les <u>pratiques liberticides</u> (groupe de travail pluriel).</li> </ul>	<p>2018-2022</p> <p>2019</p>
<p><b>15.5.</b> Développement d'une offre de <b>soins somatiques</b> complète et adaptée aux besoins de la population accueillie en psychiatrie.</p>	<p><b>EPSM et GHT de la Sarthe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre à disposition des usagers de la psychiatrie un «<u>dispositif départemental d'accès aux soins des personnes handicapées</u>» (par exemple Handi'patient au CHM), financé jusqu'en 2018 : à prolonger.</li> </ul>	<p>2018-2022</p>

## ▼ Mise en œuvre

## ▼ Modalités de réalisation

## ▼ Échéance

	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer aux patients hospitalisés à l'EPSM des <u>soins somatiques diversifiés</u> (développement de l'offre et de l'usage des soins proposés au « plateau clinique des spécialités médicales et paramédicales »).</li> <li>- Développer <u>l'accès au centre de thérapies à médiation</u> de l'EPSM (augmentation et diversification des thérapeutiques proposées).</li> </ul>	<p>2018-2022</p> <p>2018-2022</p>
<p><b>15.6.</b> Renforcement de la <b>prise en charge sociale précoce</b> durant les hospitalisations complètes.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir les rôles et complémentarités des professionnels dans le <u>recueil des données sociales</u>.</li> <li>- Intégrer des <u>éléments sociaux</u> à la réflexion sur la prise en charge dès l'hospitalisation du patient.</li> <li>- Impliquer les <u>travailleurs sociaux du territoire</u> dans le parcours de soins, de santé et de vie du patient (<i>cf. rapport du «Centre de preuves en psychiatrie», octobre 2015</i>).</li> </ul>	<p>2019</p> <p>2018-2022</p> <p>2021</p>
<p><b>15.7.</b> Extension du <b>dossier du patient</b> hospitalisé à toutes les données, y compris sociales, pouvant être utiles à la bonne gestion de son parcours.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un <u>dossier partagé commun</u> aux acteurs de la prise en charge (dossier de parcours et non plus seulement d'hospitalisation).</li> </ul>	<p>2022</p>
<p><b>15.8.</b> Promotion de « l'aller vers » des équipes mobiles généralistes en matière de <b>suicide</b>.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer <u>des formations dédiées aux équipes mobiles</u> des pôles sur le sujet.</li> <li>- Formaliser cette <u>politique médicale</u> dans le prochain projet médical de l'EPSM.</li> <li>- Communiquer sur ces approches auprès des pôles de psychiatrie générales et sensibiliser les professionnels de la psychiatrie au signalement des situations en lien avec le suicide (<i>cf. projet d'observatoire départemental sur le sujet, fiche n° 6</i>).</li> </ul>	<p>Dès 2018</p> <p>2019-2020</p>

▼ **Mise en œuvre**

▼ **Modalités de réalisation**

▼ **Échéance**

<p><b>15.9.</b> Renforcement du programme de formation à la gestion de la <b>crise suicidaire</b>.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Diversifier et adapter <u>l'offre de formation sur la gestion du suicide</u> aux besoins des professionnels.</li><li>- Développer cette offre auprès des professionnels intervenant sur des <u>publics spécifiques</u>.</li></ul>	<p>En continu</p>
--	--	-------------------

## AXE V

### Répondre à la crise en psychiatrie

## Fiche 16. Prévenir la crise et renforcer l'accès aux soins urgents

### Coordinateur :

- EPSM

### Partenaires :

- ✓ SAMU 72
- ✓ Urgences PSSL
- ✓ Urgences CHM
- ✓ SAMU 61
- ✓ Urgences des établissements de santé privés

### ► Résultats attendus

- Renforcer la coordination et la coopération des équipes médicales et soignantes dans les prises en charge urgentes de personnes souffrant de troubles psychiques.
- Harmoniser les réponses aux situations d'urgence et de crise en psychiatrie afin d'améliorer le service rendu aux usagers sur l'ensemble du territoire.
- Favoriser le repérage précoce des situations d'urgence et de crise.
- Améliorer la lisibilité des dispositifs existants en matière d'urgence et de crise en psychiatrie.
- Permettre aux équipes de proximité, aux aidants et à l'entourage d'apporter un appui significatif dans la gestion des situations urgentes et de crise.
- Renforcer la prévention et la prise en charge du suicide en Sarthe.

### ► Objectifs stratégiques

- Développer la prévention des situations de crise ou d'urgence en psychiatrie.
- Organiser une réponse et renforcer l'accès aux soins urgents.

### ► Objectifs opérationnels

- Mettre en place une procédure et des dispositifs de réponse aux situations de signalement, de crises ou d'urgence.
- Diminuer et éviter le recours à l'hospitalisation.
- Développer la disponibilité des acteurs de la santé mentale.
- Rendre lisibles et accessibles les dispositifs existants.
- Soutenir les acteurs de premiers recours dans le repérage précoce des situations de crise.
- Sensibiliser et former à l'urgence.
- Prendre en compte les publics spécifiques (enfants, adolescents, personnes âgées ou en situation de handicap psychique, etc.).

### ▼ Indicateurs ▼

#### De suivi

- Ratio à suivre entre les signalements et les hospitalisations complètes.
- File active suivie en ambulatoire.
- Accessibilité des structures ambulatoires.
- Participation aux projets de maisons de santé pluridisciplinaires.
- Evénements indésirables en lien avec la gestion d'une situation de crise ou d'urgence.
- Nombre de personnes suicidantes prises en charge par les équipes mobiles généralistes et l'équipe dédiée (en particulier sur les zones géographiques particulièrement repérées).
- Nombre de formations dispensées en matière de suicide.
- Nombre d'actes de soins auprès de personnes suicidantes.

### De résultat

- Conventions signées par l'EPSM avec les établissements de santé (publics et privés) et les établissements médico-sociaux.
- Nombre de personnes formées.
- Arbres décisionnels opérationnels.
- Nombre de suicides par an.

### Liens avec d'autres travaux territoriaux :

- Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, feuille de route (2018-2022)
- Projet d'établissement de l'EPSM de la Sarthe (2015-2018)
- Projet médical de l'EPSM de la Sarthe - Axe 1 (2015-2018)
- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe (2015-2019)

**Échéance** : 2022

### ▼ Mise en œuvre

### ▼ Modalités de réalisation

### ▼ Échéance

<b>16.1.</b> Amélioration de la <b>lisibilité des dispositifs</b> de l'EPSM existants et de l'information sur les circuits.	<b>EPSM</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Poursuivre la <u>communication externe</u>.</li><li>- Promouvoir la <u>connaissance des dispositifs et des modalités de recours</u> (astreinte psychiatrique notamment).</li><li>- <u>Clarifier le circuit de la demande et de la réponse</u> et tendre vers une harmonisation des parcours entre les secteurs de psychiatrie.</li></ul>	2020
<b>16.2.</b> Stabilisation des <b>dispositifs de réponse rapide</b> (DiRR) mis en place par l'EPSM.	<b>EPSM</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Accompagner les pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile à déterminer le <u>périmètre de leurs actions</u>.</li></ul>	2018
<b>16.3.</b> Intervention des <b>équipes de liaison</b> de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie.	<b>EPSM</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Renforcer les <u>missions de liaison</u> auprès des établissements de santé (un élargissement des horaires, voire du périmètre d'intervention).</li></ul>	2018

<p><b>16.4.</b> Facilitation de l'<b>accès aux CMP</b> adultes et enfants.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer l'utilisation de la <u>télé médecine</u>.</li> <li>- Renforcer le rôle de <u>prévention</u> secondaire et tertiaire des équipes pluridisciplinaires des CMP.</li> <li>- En dehors de l'agglomération du Mans, implanter des CMP adultes et enfants regroupés, dans certaines <u>maisons de santé pluri-professionnelles</u> (MSP), en complément de l'implantation dans les centres hospitaliers.</li> <li>- <u>Diversifier des lieux de consultation</u> des équipes de CMP (<u>ex</u> : en centres sociaux, cités scolaires, etc.).</li> <li>- Etendre les <u>plages horaires de consultation</u>.</li> <li>- Réserver des <u>plages de « consultation d'urgence »</u>.</li> </ul>	<p>2018-2022</p> <p>2018-2022</p> <p>2018-2022</p> <p>2018-2022</p> <p>2020</p> <p>2020</p>
<p><b>16.5.</b> Parallèlement aux <b>équipes mobiles</b> spécialisées, développement des équipes mobiles généralistes et des <b>consultations avancées</b>.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etendre la couverture du territoire par des <u>équipes mobiles</u> généralistes thématiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>o soins intensifs (type hospitalisation à domicile),</li> <li>o crise (à domicile ou en lieu de vie collectif),</li> <li>o appui aux professionnels du social, du médico-social (enfants, adultes handicapés, personnes âgées) et du sanitaire (hors MCO),</li> <li>o réhabilitation, etc.</li> </ul> </li> <li>- Renforcer l'offre de <u>psychiatrie de liaison</u> dans les établissements publics de santé MCO (<i>cf. axe IV</i>).</li> </ul>	<p>2020</p> <p>2018-2022</p>
<p><b>16.6.</b> Conventionnement des parcours en <b>urgence</b> avec les autres établissements de santé.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluer les <u>conventions</u> existantes entre les établissements de santé et l'EPSM sur la thématique des <u>urgences</u>.</li> <li>- <u>Etendre les conventions aux autres SAU</u> des centres hospitaliers du territoire.</li> </ul>	<p>2018</p> <p>2020</p>

## ▼ Mise en œuvre

## ▼ Modalités de réalisation

## ▼ Échéance

<p><b>16.7. Conventions</b> entre l'EPSM et les établissements sociaux et médico sociaux.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la mise en œuvre des <u>conventions avec les établissements sociaux et médico-sociaux</u> en intégrant repérage et gestion des crises.</li> </ul>	<p>2019</p>
<p><b>16.8. Présence dans les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP).</b></p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser la <u>présence de professionnels en santé mentale</u> auprès des professionnels de santé de premier recours au sein des MSP.</li> </ul>	<p>2020</p>
<p><b>16.9. Formation et information</b> des professionnels du secteur sanitaire et des partenaires.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer des <u>formations à l'urgence en psychiatrie</u> des personnels de l'EPSM et des structures d'accueil et d'urgences du territoire.</li> <li>- Proposer des <u>arbres décisionnels</u> pour faciliter les orientations.</li> <li>- Engager également ces actions auprès du <u>centre 15 de l'Orne</u>.</li> <li>- <u>Former les personnels du standard</u> à la connaissance des dispositifs et processus d'orientation.</li> </ul>	<p>En continu</p> <p>2018</p> <p>2021</p> <p>En continu</p>
<p><b>16.10. Promotion</b> de « l'aller vers » des équipes mobiles généralistes en matière de <b>suicide</b>.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer des formations dédiées aux <u>équipes mobiles</u> des pôles sur le sujet.</li> <li>- Formaliser cette <u>politique médicale</u> dans le prochain projet médical de l'EPSM.</li> <li>- Communiquer sur ces approches auprès des pôles de psychiatrie générales et <u>sensibiliser les professionnels de la psychiatrie au signalement des situations en lien avec le suicide</u> (cf. projet d'observatoire départemental sur le sujet, fiche n° 6).</li> </ul>	<p>Dès 2018</p> <p>2019-2020</p>

▼ Mise en œuvre

▼ Modalités de réalisation

▼ Échéance

<p><b>16.11.</b> Renforcement du programme de formation à la gestion de la <b>crise suicidaire</b>.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diversifier et adapter <u>l'offre de formation sur la gestion du suicide</u> aux besoins des professionnels.</li> <li>- Développer cette offre auprès des <u>professionnels intervenant sur des publics spécifiques</u>.</li> </ul>	<p>En continu</p>
---	---	-------------------

## AXE VI

### Organiser les parcours spécifiques

a.

## Fiche 17. L'enfant (de 0 à 11 ans)

### Coordinateurs :

- EPSM
- Département (PMI)
- Service de l'Etat (Education nationale - Santé scolaire)

### Partenaires :

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| ✓ Ville du Mans  | ✓ CAF                              |
| ✓ Département (ASE)  | ✓ CHM                              |
| ✓ Services de l'Etat (DDCS, PJJ, Ministère de la justice, etc.). | ✓ CAMSP 72                         |
| ✓ Assistants familiaux   | ✓ Services médico-sociaux          |
| ✓ Accueillants familiaux   | ✓ Autres collectivités locales     |
|  | ✓ Professionnels de santé libéraux |

### ► Résultats attendus

- Permettre aux familles et en particulier aux parents - coordonnateurs premiers du parcours de l'enfant - de disposer de davantage de lisibilité sur l'offre existante et le rôle de chacun afin de fluidifier le parcours.
- Renforcer la réponse apportée aux situations urgentes, notamment en matière de soins.
- Favoriser le développement d'une offre d'accueil et d'accompagnement plus adaptée aux besoins des familles.

### Le petit enfant (de 0 à 6 ans) :

- Renforcer la coopération entre les différents acteurs susceptibles d'intervenir dans le parcours de vie du petit enfant afin de favoriser les interventions précoces utiles et d'éviter les ruptures de parcours.
- Favoriser le dépistage précoce (le plus tôt possible) et développer la prévention dès le plus jeune âge pour limiter autant que possible la souffrance et les atteintes chez l'enfant, mais aussi sur l'adulte qu'il est en devenir.

### L'enfant (de 6 à 11 ans) :

#### Concernant les troubles du comportement :

- Améliorer la connaissance et les compétences sur les parcours des différents acteurs travaillant dans le champ de l'enfance sur le territoire.
- Améliorer la coordination entre professionnels de l'enfant.
- Renforcer le repérage, le diagnostic et la prise en charge précoce.

#### Concernant les troubles de l'apprentissage :

- Améliorer le diagnostic des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDHA).

### ► Objectifs stratégiques

- Renforcer l'adaptation de l'offre d'accueil et d'accompagnement aux besoins des familles.

### ▼ Indicateurs ▼

#### De suivi

- Nombre de professionnels formés.

### Le petit enfant :

- Renforcer la coordination du parcours du petit enfant par la constitution d'un réseau « petite enfance », pérenne et accessible de façon simple.
- Appuyer les parents dans la coordination du parcours de leur enfant.
- Développer le diagnostic précoce.

### L'enfant :

- Renforcer la réponse à la demande de soins et en particulier à l'urgence.

#### Concernant les troubles du comportement :

- Développer le repérage et la prise en charge des troubles du comportement.

#### Concernant les troubles de l'apprentissage :

- Développer la collaboration et le partenariat des acteurs concernés par le parcours diagnostique des TDHA, dans le but de fluidifier ce parcours.

---

## ► Objectifs opérationnels

- Mobiliser l'ensemble des ressources partenariales existantes en matière d'accompagnement et d'accueil de mineurs.
- Poursuivre la diversification des modes d'accueil pour davantage de souplesse.

### Le petit enfant :

- Améliorer la connaissance réciproque de tous les partenaires concernés par la prise en charge de la petite enfance, et donc l'articulation entre eux.
- Renforcer la formation des professionnels en charge de la petite enfance sur le repérage des signes d'alerte.

### L'enfant :

#### Concernant les troubles du comportement :

- Partager une acculturation entre les différentes institutions, sensibiliser au travail et au fonctionnement de chacun.
- Améliorer la lisibilité des parcours et des institutions ressources.
- Apporter un appui spécialisé aux équipes du secteur médico-social.
- Structurer la coordination autour des cas complexes.

#### Concernant les troubles de l'apprentissage :

- Structurer le parcours diagnostique des TDHA, de la demande à la prise en charge, et le rendre plus lisible.
- Renforcer la coordination entre professionnels.

- Nombre de partenaires utilisant l'outil créé.
- Nombre de places d'accueil d'urgence dans les établissements habilités (Enfance).
- Nombre de places en accueil diversifié pour les mineurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).
- Taux d'occupation des places en accueil diversifié.

#### De résultat

- Nombre de consultations d'enfant de moins de trois ans enregistrées en CMP.
- Diminution du délai d'attente pour l'obtention d'un diagnostic suite à une demande.
- Nombre de situations complexes débloquées suite à concertation pluridisciplinaire et / ou interinstitutionnelle.

---

### **Liens avec d'autres travaux territoriaux :**

- Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, feuille de route (2018-2022)

**Echéance :** 2021

- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe - Fiche B6 .1 (2015-2019)
- Projet d'établissement et Projet médical de l'EPSM de la Sarthe (2015-2018)
- Schéma Départemental des Services aux Familles (SDSF) de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de la Sarthe (2016-2020)

▼ **Mise en œuvre**

▼ **Modalités de réalisation**

▼ **Échéance**

<p><b>17.1.</b> Amélioration de la <b>lisibilité des parcours</b>, des institutions ressources et de leur articulation.</p>	<p><b>Département et EPSM :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un groupe de travail pluri-partenarial destiné à proposer un <u>document à destination des professionnels et du grand public</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o expliquant les <u>parcours</u>,</li> <li>o répertoriant les <u>acteurs</u> (sociaux, médico-sociaux, sanitaires) susceptibles d'intervenir tout au long de ces parcours en précisant le niveau de recours de chacun.</li> </ul> </li> <li>- Rédiger, si nécessaire, des <u>procédures</u> entre professionnels impliqués dans la prise en charge d'enfants souffrant de troubles d'origine psychique dans le but de fluidifier leur parcours.</li> </ul>	<p>2019</p>
<p><b>17.2.</b> Structuration de la <b>filière d'urgence</b>.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer <u>la prise en charge psychiatrique en pédiatrie</u>.</li> <li>- Développer le <u>repérage</u>, le <u>diagnostic</u> et la <u>prise en charge précoces</u>.</li> <li>- <u>Conventionner avec le CHM</u> sur ce sujet.</li> </ul>	<p>Dès 2018</p>
<p><b>Le petit enfant</b></p>		
<p><b>17.3.</b> Renforcement de la <b>formation des professionnels</b> de l'ensemble des secteurs de la petite enfance.</p>	<p><b>Département et Etat (service santé scolaire de l'Education nationale)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des <u>journées de formation régulières inter-partenariales</u> (tous secteurs confondus : éducatif, social, médico-social, sanitaire, voire institutionnel) sur le département.</li> <li>- Organiser <u>des stages croisés</u> dans les différentes structures en charge de la petite enfance.</li> </ul>	<p>2019</p> <p>2020</p>

<b>L'enfant</b>		
<p><u>Concernant les troubles du comportement</u></p> <p><b>17.4. Partage des cultures professionnelles</b> entre les différentes institutions. Sensibilisation au travail et au fonctionnement de chacun.</p>	<p><b>Département</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des <u>formations partagées et des stages croisés</u> afin de sensibiliser sur le travail et le fonctionnement de chacun (partage de définition des termes, connaissances croisées sur la genèse des troubles, etc.).</li> </ul>	<p>2019</p>
<p><b>17.5. Appui spécialisé aux équipes du secteur médico-social.</b></p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Créer une équipe mobile de pédopsychiatrie</u> pour l'appui aux équipes du secteur médico-social dans le repérage et la gestion des troubles du comportement chez l'enfant.</li> </ul>	<p>2019</p>
<p><b>17.6. Structuration de la coordination autour des cas complexes.</b></p>	<p><b>Département et EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un groupe ressource pluri-partenarial pour <u>l'étude des cas complexes</u> qui se réunit régulièrement, (concernant les enfants qui n'auraient pas obtenu de reconnaissance d'un handicap par la MDPH).</li> </ul>	<p>2018</p>
<p><u>Concernant les troubles de l'apprentissage :</u></p> <p><b>17.7. Structuration du parcours</b>, de la demande à la prise en charge (repérage, dépistage, évaluation, diagnostic, orientation, prise en charge).</p>	<p><b>Etat (service santé scolaire de l'Education nationale)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un <u>groupe de travail chargé de formaliser ce parcours</u>, en identifiant les acteurs à chaque étape.</li> </ul>	<p>2018</p>

## AXE VI

### Organiser les parcours spécifiques

b.

## Fiche 18. Les adolescents et jeunes adultes (12 - 21 ans)

	<i>Partenaires :</i>	
	<i>Coordinateurs :</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- EPSM</li><li>- MDA</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Services de l'Etat (DDCS, PJJ et Education nationale - Santé scolaire)</li><li>✓ Département (PMI et ASE)</li><li>✓ CAF</li><li>✓ DDEC</li><li>✓ UNAFAM 72</li><li>✓ CREAI</li><li>✓ Association Montjoie</li><li>✓ CSE Pierre DAGUET</li><li>✓ ITEP les Aubrys</li><li>✓ ADIMC 72</li><li>✓ La Sauvegarde 53-72</li><li>✓ CEAD l'Escabelle</li><li>✓ Mission locale Le Mans</li><li>✓ Fédération départementale des MFR</li></ul>

### ► Résultats attendus

- Renforcer la lisibilité et la fluidité des parcours des adolescents et jeunes adultes en santé mentale.
- Améliorer la coordination sur les situations d'urgence par une coordination plus efficiente des secteurs sociaux-éducatifs et médico-sociaux avec le secteur sanitaire.
- Favoriser un repérage efficace des signes précoces de maladies mentales.
- Favoriser le développement d'une offre d'accueil et d'accompagnement plus adaptée aux besoins des familles.

### ► Objectifs stratégiques

- Appuyer les parents dans leur rôle de coordinateurs premiers du parcours du jeune.
- Renforcer le travail de prévention et de repérage en santé mentale.
- Améliorer le traitement de la demande des partenaires.
- Construire une réelle synergie entre tous les secteurs (socio-éducatif, médico-social, social et sanitaire).
- Renforcer l'adaptation de l'offre d'accueil et d'accompagnement aux besoins des familles.

### ▼ Indicateurs ▼

#### De suivi :

- Nombre de groupes de parents/an.
- Calendrier des commissions de situations complexes.
- Calendrier d'un groupe de travail pour constituer une équipe mobile ressource.
- Nombre de places d'accueil d'urgence dans les établissements habilités (Enfance).

## ► Objectifs opérationnels

- Définir les rôles de chacun dans le parcours.
- Construire une offre d'accompagnement à la parentalité.
- Créer une instance de réflexion commune des partenaires concernés par une situation complexe.
- Créer des groupes ressources opérationnels sur un micro-territoire.
- Fluidifier l'accueil des situations urgentes.
- Structurer une offre sanitaire lisible à destination des adolescents et jeunes adultes.
- Accompagner les professionnels en charge d'adolescents et de jeunes adultes.
- Mobiliser l'ensemble des ressources partenariales existantes en matière d'accompagnement et d'accueil de mineurs.
- Poursuivre la diversification des modes d'accueil pour davantage de souplesse.

- Nombre de places en accueil diversifié pour les mineurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).
- Taux d'occupation des places en accueil diversifié.

### De résultat

- Diminution du nombre de passages de jeunes en situation de crise aiguë aux urgences hospitalières.
- Nombres de synthèses annuelles sur des situations complexes.
- Diminution de la prévalence des suicides chez les adolescents et jeunes adultes.
- Soins des jeunes en attente d'un diagnostic de TED et de schizophrénies.
- Mise en place d'une offre adaptée de diagnostic des adolescents à haut risque de développement schizophrénique.
- Retours positifs des usagers et représentants des usagers sur leur orientation dans le parcours.

### Liens avec d'autres travaux territoriaux:

- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe - Fiche B6.1, C2.1 et C2.2 (2015-2019)
- Projet d'établissement de l'EPSM de la Sarthe (2015-2018)
- Projet médical de l'EPSM de la Sarthe - Axe 2 (2015-2018)
- Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de la Maison des Adolescents (MDA) de la Sarthe (2017-2018)
- Schéma Départemental des Services aux Familles (SDSF) de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de la Sarthe (2016-2020)

Échéance : 2022

## ▼ Mise en œuvre

## ▼ Modalités de réalisation

## ▼ Échéance

<p><b>18.1.</b> Définition des rôles de chacun dans le <b>parcours</b>.</p>	<p><b>MDA et EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un <u>groupe de travail interinstitutionnel chargé de préciser l'organisation des parcours.</u></li> </ul>	<p>2018-2019</p>
<p><b>18.2.</b> Construction d'une offre d'accompagnement à la <b>parentalité</b>.</p>	<p><b>CAF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser une <u>journée départementale annuelle des différents acteurs de la parentalité.</u></li> <li>- Proposer un <u>programme de formation aux acteurs du réseau parentalité.</u></li> </ul>	<p>2018  2018</p>

## ▼ Mise en œuvre

## ▼ Modalités de réalisation

## ▼ Échéance

	<p><b>MDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place des groupes d'échanges entre parents.</li> </ul>	2018-2019
<p><b>18.3.</b> Création de <b>groupes ressources</b> opérationnels sur un micro-territoire.</p>	<p><b>MDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire le lien avec les Contrats Locaux de Santé et les Conseils Locaux de Santé Mentale. (Cf. fiches n° 1 et 11)</li> </ul>	2019
<p><b>18.4.</b> Création d'une instance de réflexion commune des partenaires concernés par des <b>situations complexes</b>.</p>	<p><b>MDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédaction entre partenaires d'un projet de constitution et de fonctionnement de cette <u>instance</u>, pour l'étude de situation complexes d'adolescents ou jeunes adultes en souffrance psychique (pour lesquels aucun handicap n'a encore été reconnu par la MDPH).</li> </ul>	2018-2019
<p><b>18.5.</b> Organisation de l'<b>accueil d'urgence</b> pour les mineurs relevant de la protection de l'enfance, en s'appuyant sur les moyens existants.</p>	<p><b>Département</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre les travaux du comité de pilotage en charge de la rédaction d'un <u>protocole actualisé de l'accueil d'urgence</u> (accueil familial, établissements, etc.).</li> </ul>	2018
<p><b>18.6.</b> Réflexion sur l'offre de service en matière d'accueil diversifié pour les <b>mineurs confiés à l'aide sociale à l'enfance avec plusieurs problématiques</b>.</p>	<p><b>Département</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre les travaux du groupe de travail chargé de proposer des <u>modalités de consolidation de l'offre</u> afin d'apporter davantage de solutions aux <u>enfants qui présentent plusieurs problématiques</u> (troubles du comportement, troubles psychiques voire psychiatriques, éducatifs, scolaires, relevant du handicap, situations de crise, etc.) : dispositif « Passerelle ».</li> </ul>	2018
<p><b>18.7.</b> Structuration d'une <b>offre sanitaire psychiatrique</b> adaptée et lisible à destination des adolescents et jeunes adultes.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un <u>Centre de Soins pour Adolescents</u>.</li> <li>- Développer une <u>consultation</u> pour les adolescents et jeunes adultes <u>à haut risque de schizophrénie</u>.</li> <li>- Conforter l'organisation des <u>prises en charge urgentes</u>.</li> </ul>	<p>2018</p> <p>2020</p> <p>2018</p>

## ▼ Mise en œuvre

## ▼ Modalités de réalisation

## ▼ Échéance

<b>18.8. Accompagnement des professionnels</b> en charge d'adolescents et de jeunes adultes par une <b>équipe mobile ressource</b> .	<b>EPSM et MDA</b>  – A partir d'un groupe de travail mixte (socio-éducatif, médico-social et sanitaire), construire une <u>équipe mobile ressource en matière d'accompagnement et de prise en charge</u> des adolescents et des jeunes adultes.	2020-2021
--	--	-----------

**AXE VI**  
**Organiser les parcours**  
**spécifiques**

**C.**

**Fiche 19. Les personnes en situation de handicap autre que d'origine psychique**

*Coordinateur :*

- APAJH 53-72

*Contributeurs :*

- ✓ CoHPsy 72
- ✓ ADMR 72

► **Résultats attendus**

- Renforcer l'accès aux soins psychiatriques et somatiques des personnes handicapées, dans le respect du cadre du droit commun.
- Réduire le nombre et la durée des hospitalisations complètes des personnes handicapées accueillies dans les structures médico-sociales notamment.
- Assurer la coordination du parcours de santé, notamment au sortir d'un épisode de soins aigus, par une meilleure communication entre les professionnels des différents secteurs et avec les personnes.
- Renforcer l'articulation entre les soins psychiatriques et les soins relevant d'autres spécialités médicales dans les établissements de soins généraux afin d'améliorer la prise en charge globale, intégrative, des personnes présentant des troubles psychiques et un handicap.

► **Objectifs stratégiques**

- Garantir un accès aux soins de santé mentale aux personnes handicapées dans le respect du cadre du droit commun.
- Favoriser un parcours de soins coordonné pour les personnes en situation de handicap, reposant sur un partenariat étroit entre les acteurs des champs social, médico-social et sanitaire.

► **Objectifs opérationnels**

- Adapter l'organisation de soins en santé mentale (soit somatique et psychiatrique) aux besoins des personnes handicapées.
- Formaliser un référentiel de bonnes pratiques répondant aux 4 objectifs suivants :
  - Partager un langage commun entre les acteurs des différents secteurs (troubles du comportement ou comportements-problèmes, pathologie psychiatrique, etc.).
  - Prioriser l'approche somatique avant d'envisager une réponse psychiatrique à la situation rencontrée par la personne handicapée.
  - Développer la liaison entre les différents acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires dans un contexte de prise en charge ambulatoire.
  - Proposer des solutions modulaires entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

▼ **Indicateurs** ▼

**De suivi**

- File-active des Personnes Handicapées (PH) prise en charge par pôle de psychiatrie générale.
- Résultats statistiques établis par les services et établissement sociaux et médico-sociaux (ESMS) du nombre de consultations psychiatriques, de prises en charge en hospitalisation de jour, en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et en hospitalisation complète.
- Nombre de consultations somatiques avec un généraliste et/ou un spécialiste.
- Evaluation annuelle des conventions.

**De résultat**

- Référentiel de bonnes pratiques partenariales.
- Glossaire partagé.
- Boite à outils commune à tous les partenaires.
- Utilisation du « passeport santé PH » (promu par l'association COSIA 72).

- Nombre de conventions entre services et établissements sociaux et médico-sociaux et pôles de psychiatrie générale.
- Engagement trimestriel ou semestriel, bipartite, en vue de la tenue de réunions de coordination.
- Nombre de personnes des secteurs social et médico-social formées au repérage des troubles psychiques ainsi qu'à leur régulation.

**Liens avec d'autres travaux territoriaux :**

- Projet d'établissement de l'EPSM de la Sarthe - Fiche 14 (2015-2018)
- Rapport Jacob, « un droit citoyen pour la personne handicapée : un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement » (juin 2013)
- Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, feuille de route (2018-2022)
- Schéma Départemental Unique (SDU) de l'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe (2015-2019)
- Démarche « Réponse accompagnée pour tous » (RAPT)

**Échéance : 2022**

▼ **Mise en œuvre**

▼ **Modalités de réalisation**

▼ **Échéance**

<p><b>19.1. Rédaction de documents d'orientation des pratiques.</b></p>	<p><b>CoHPsy 72</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituer un groupe de travail en charge de la rédaction : <ul style="list-style-type: none"> <li>o d'un <u>référentiel de bonnes pratiques partenariales</u>,</li> <li>o d'un <u>glossaire partagé</u>,</li> <li>o d'un « <u>passport santé PH</u> » <u>partagé</u>,</li> <li>o d'une <u>boîte à outils partagée avec l'ensemble des partenaires</u>.</li> </ul> </li> </ul>	<p>2020</p>
<p><b>19.2. Conventionnement</b> entre la psychiatrie et les acteurs professionnels de l'accompagnement du handicap.</p>	<p><b>APAJH 53-72 et COSIA 72</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituer un groupe de travail en charge de :</li> </ul>	<p>2020</p>

▼ Mise en œuvre

▼ Modalités de réalisation

▼ Échéance

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'élaboration d'une proposition de <u>convention-type à adapter</u> par les co-contractants,</li> <li>○ prévoyant l'organisation de <u>réunions de coordination</u> partenariales régulières (2 à 3 par an, en fonction des besoins),</li> <li>○ précisant les modalités d'évaluation et de suivi du respect des conventions.</li> </ul>	
<p><b>19.3.</b> Formation des équipes au <b>repérage des troubles</b> et à la régulation de ces derniers.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer une <u>formation adaptée aux besoins des acteurs</u> et structures sur le sujet.</li> </ul>	Dès 2019
<p><b>19.4.</b> Développement de la prise en charge globale de la personne (cf. fiche 14).</p> <p><b>Le médecin traitant au cœur du dispositif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un médecin traitant pour chaque patient,</li> <li>- un médecin traitant informé des dispositifs existants en psychiatrie (formé à l'appréhension des pathologies et à leur traitement) et des modalités d'adaptation de l'accueil des personnes handicapées en hôpital général,</li> <li>- une articulation entre le médecin généraliste et les professionnels de santé des hôpitaux, en particulier de la psychiatrie.</li> </ul>	<p><b>EPSM et GHT de la Sarthe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer des notions de psychiatrie à la <u>formation médicale continue</u> à l'attention des médecins généralistes</li> <li>- Organiser un <u>accès direct</u> du médecin traitant à un spécialiste, psychiatre ou autre (ex : dispositifs de réponse rapide mis en place à l'EPSM).</li> <li>- Transmettre systématiquement la <u>lettre de liaison</u> au patient à sa sortie d'hospitalisation complète et après chaque réévaluation de traitement.</li> <li>- Communiquer à l'égard des médecins généralistes sur l'<u>offre d'accueil et de soins spécialement accessible aux personnes handicapées</u> (ex : dispositif Handi'patient au CHM, soins bucco-dentaires dédiés à l'EPSM, etc.)</li> </ul>	<p>2020</p> <p>En continu</p> <p>2018</p> <p>En continu</p>
<p><b>19.5.</b> Développement d'une offre de <b>soins somatiques</b> variée, adaptée aux besoins de la population accueillie en psychiatrie (cf. fiche n°15).</p>	<p><b>EPSM et GHT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre à disposition des usagers de la psychiatrie un « <u>dispositif départemental d'accès aux soins des personnes handicapées</u> » (ex : Handi'patient au CHM), financé jusqu'en 2018 : à prolonger.</li> </ul>	En continu



**AXE VI**  
**Organiser les parcours**  
**spécifiques**

**d.**

## Fiche 20. Les personnes âgées (60 ans et plus)

### Coordinateurs :

- EPSM
- EHPAD Marie-Louise Bodin

### Partenaires :

- ✓ Département (Pilote MAIA)
- ✓ Direction adjointe du CHM
- ✓ MDPH
- ✓ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux, y compris ceux intervenant à domicile
- ✓ Service de l'Etat (DDCS)
- ✓ ARS

### ► Résultats attendus

- Améliorer l'accès des personnes âgées présentant des troubles ou un handicap psychique aux établissements d'hébergement médicalisé pour personnes âgées.
- Renforcer la coordination des parcours des personnes âgées afin d'éviter l'entrée et/ou le maintien des personnes en hospitalisation complète (durées de séjour trop longues).
- Adapter l'offre existante d'hébergement et d'accompagnement des personnes âgées présentant des troubles d'ordre psychique.
- Promouvoir le maintien à domicile des personnes.
- Appuyer les acteurs de l'hébergement et de l'accompagnement des personnes âgées, y compris ceux intervenant à domicile, dans l'offre de service aux personnes souffrant de troubles psychiques.

### ► Objectifs stratégiques

- Organiser le repérage des situations à risque des personnes âgées vieillissantes.
- Apporter une réponse graduée aux besoins des personnes âgées ou handicapées vieillissantes ayant un trouble psychique.
- Accompagner les structures d'hébergement à la prise en charge des résidents souffrant de troubles psychiques.

### ► Objectifs opérationnels

- Repérer les situations à risques.
- Former les professionnels au handicap psychique chez le sujet âgé, formation croisée des professionnels EPSM/EHPAD/Domicile.
- Adapter l'offre d'accueil : unité spécifique Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV) ou droit commun.
- Améliorer la coordination entre les acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et à domicile.
- Développer les consultations spécialisées de télémédecine à destination des EHPAD.
- Affiner l'évaluation du degré de dépendance des personnes handicapées vieillissantes (PHV).
- Répondre graduellement aux urgences (rapidité d'intervention en cas de crise).

### ▼ Indicateurs ▼

#### De suivi

- Enquête sur les personnes âgées hospitalisées au long cours.
- File-active des personnes âgées hospitalisées en psychiatrie.
- Nombre de consultations de télémédecine de psychiatrie pour des personnes âgées.

#### De résultat

- Nombre de professionnels formés au remplissage des grilles AGGIR.
- Nombre d'actes de l'Equipe Mobile de Géronto-Psychiatrie (EMGP).
- Nombre de dossiers de patient/résident ayant bénéficié d'une contractualisation.
- Nombre de patients de plus de 60 ans repérés comme PHV et hospitalisés au long cours (plus de 3 mois).
- Nombre d'agents formés au sein des structures médico-sociales.

**Liens avec d'autres travaux territoriaux:**

- Projet d'établissement de l'EPSM de la Sarthe (2015-2018)
- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe - Fiche B5.1 et B5.2 (2015-2019)

**Échéance 2022****▼ Mise en œuvre****▼ Modalités de réalisation****▼ Échéance**

<p><b>20.1.</b> Formation des professionnels de psychiatrie au remplissage des grilles AGGIR.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place une <u>équipe dédiée</u>, rattachée au service de psychiatrie de la personne âgée du pôle transversal interne, <u>pour effectuer le GIR-AGE</u> des personnes âgées vieillissantes au sein des pôles adultes de psychiatrie générale.</li> <li>- Développer <u>l'évaluation partagée</u> avec l'équipe du pôle dans lequel est hospitalisée la personne âgée.</li> </ul>	<p>1<sup>er</sup> semestre 2018</p>
<p><b>20.2.</b> Accompagnement des structures (EHPAD, foyer de vie, etc.) dans la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiques.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Contractualiser au cas par cas</u> avec la structure médico-sociale <u>sur les modalités d'intervention et de prise en charge</u> que peut proposer l'EPSM, en appui de l'accompagnement assuré par la structure.</li> </ul>	<p>2018 - 2019</p>
<p><b>20.3.</b> Fluidification des parcours EHPAD / EPSM / domicile et lutte contre les ruptures de parcours.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Faciliter les « aller-retours »</u> entre les structures et l'EPSM (Hôpital de Jour, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, séjour de répit, etc.) dans le cadre d'un conventionnement.</li> </ul> <p><b>Département</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déployer <u>l'outil départemental de repérage et d'analyse des ruptures de parcours</u>.</li> </ul>	<p>2018 – 2020</p> <p>2019</p>
<p><b>20.4.</b> Réponse rapide de l'EPSM aux demandes des structures d'hébergement.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer l'efficacité des <u>Dispositifs de Réponse Rapide (DiRR)</u> des pôles de psychiatrie, des interventions de l'EMGP, du recours à la télémédecine (équiper tous les EHPAD, etc.).</li> <li>- Poursuivre l'expérimentation de <u>l'outil «Liaison Secteurs psychiatriques - Domicile »</u>.</li> </ul>	<p>2018 – 2020</p> <p>2018-2020</p>

## ▼ Mise en œuvre

## ▼ Modalités de réalisation

## ▼ Échéance

<p><b>20.5.</b> Préparation, avec tous les acteurs, de la sortie d'hospitalisation complète et accompagnement dans le projet de vie de la personne âgée.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser l'évaluation en amont de la <u>balance bénéfice/risque</u> que chacun est prêt à prendre (la personne âgée, l'EHPAD, la résidence autonomie, la famille, l'EPSM, etc.) : promouvoir le droit au risque.</li> <li>- Instaurer une <u>visite systématique de la structure par le futur résident</u>, accompagné par la famille et/ou l'équipe qui le prend en charge au quotidien.</li> </ul>	<p>2018- 2019</p> <p>2018-2019</p>
<p><b>20.6.</b> Développement des alternatives à l'hospitalisation dans le cadre des hébergements temporaires.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer une <u>évaluation in situ de l'adéquation du projet de vie</u> de la personne âgée à une structure médico-sociale.</li> </ul>	<p>2018 - 2020</p>
<p><b>20.7.</b> Amélioration de la communication et de la coopération entre les acteurs du territoire.</p>	<p><b>Département</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des <u>échanges et rencontres entre les partenaires sanitaires, sociaux, médico-sociaux et à domicile</u>, en lien avec les MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) – Parcours de santé des aînés (participation aux différents parcours, visite des structures, etc.).</li> <li>- Déployer <u>la carte A'Dom</u>.</li> </ul>	<p>2018-2020</p> <p>2019</p>
<p><b>20.8.</b> Sensibilisation des professionnels de l'EPSM à la différenciation entre projet de soins et projet de vie (différence entre patient et résident).</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Former les professionnels à la spécificité du projet de vie</u> personnalisé du futur résident.</li> </ul>	<p>2019 - 2020</p>
<p><b>20.9.</b> Développement des compétences des personnels des structures médico-sociales sur l'accompagnement des personnes âgées ayant un trouble ou un handicap psychique.</p>	<p><b>EPSM / ARS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la <u>formation</u> des personnels des structures médico-sociales <u>aux troubles psychiques et à leur régulation</u> ordinaire.</li> </ul>	<p>2018 - 2020</p>

**Axe VI**  
**Organiser les**  
**parcours spécifiques**

e.

**Fiche 21. Les personnes en situation de précarité**

Coordinateurs :

- EPSM
- Service de l'Etat (DDCS)

Partenaires :

- ✓ ADGESTI
- ✓ Département
- ✓ UNAFAM 72
- ✓ Etc.

► **Résultats attendus**

- Améliorer la prise en charge en santé mentale des personnes ou familles vivant en situation de précarité et résidant hors Le Mans Métropole :  
 En effet, le département de la Sarthe est particulièrement touché par la précarité (taux de pauvreté, chômage, isolement, etc.). Les situations de précarité conduisent les personnes à ne pas consulter. Le retard à la mise en place des soins entraîne une aggravation des troubles psychiques et physiques et contribue à détériorer les situations sociales, facteur aggravant en matière de santé mentale. Il importe ainsi de renforcer l'accès de ces personnes aux soins en santé mentale.
- Prendre en charge de manière efficiente les migrants déboutés et/ou non demandeurs d'asile nécessitant des soins dans le champ de la santé mentale.
- Stabiliser le parcours résidentiel des personnes sortants d'hospitalisation complète en psychiatrie et pris en charge par l'EPSM : l'absence de logement et/ou d'hébergement stable à la sortie de l'hospitalisation complète en psychiatrie est un facteur de vulnérabilité et de précarité (supplémentaire) susceptible d'entraîner des rechutes.
- Assurer la prise en charge de personnes victimes de psycho-traumatismes et éloignées des soins.

► **Objectifs stratégiques**

- Optimiser la prise en charge sanitaire des personnes en situation de précarité résidant hors Le Mans Métropole.
- Traiter et prévenir les troubles psychiatriques liés à des traumatismes vécus et à la situation de précarité sociale des migrants dans le département.
- Favoriser l'accès dans le logement des personnes en sortie d'hospitalisation psychiatrique.

▼ **Indicateurs** ▼

De suivi :

- Nombre de personnes ou familles rencontrées.
- Nombre de synthèses cliniques pluridisciplinaires.
- File-active de patients migrants
- Suivi d'enveloppes budgétaires (interprétariat, pharmacie).
- Nombre de places disponibles.
- Nombre de places créées.
- Nombre d'entrées.





## AXE VI

### Organiser les parcours spécifiques

f.

## Fiche 22. Les personnes présentant des troubles du spectre autistique

<u>Coordinateurs</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- EPSM</li><li>- AHSS</li><li>- ARS</li></ul>	<u>Partenaires :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Département - MDPH et PMI</li><li>✓ Education nationale)</li><li>✓ CRA</li><li>✓ URPEP</li><li>✓ Services et établissements sociaux et médico-sociaux</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Associations (ex : « Eclaircie Autisme Sarthe », COSIA 72, etc.)</li><li>✓ Fédération Autisme Bretagne-Pays de la Loire</li><li>✓ CAMPS</li><li>✓ Professionnels de santé libéraux</li></ul>
--	--	--

### ► Résultats attendus

- Changer le regard que porte la société sur le handicap psychique.
- Améliorer le partenariat entre professionnels mais aussi avec les aidants familiaux autour de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes présentant des troubles du spectre autistique.
- Renforcer les compétences des professionnels en matière d'accompagnement et de prise en charge.

#### Pour les enfants :

- Réduire les délais d'accès à un bilan diagnostique pour, le cas échéant, permettre une prise en charge la plus précoce possible.
- Renforcer la coordination des parcours de vie, de santé et de soins de l'enfant diagnostiqué autiste, dans le respect du dispositif « une réponse accompagnée pour tous ».
- Améliorer la lisibilité des acteurs et des réseaux susceptibles d'être mobilisés notamment par les aidants familiaux, afin de mettre en place un accompagnement optimisé.

#### Pour les adultes :

- Renforcer la coordination des parcours de vie, de santé et de soins de l'adulte diagnostiqué autiste, dans le respect du dispositif « une réponse accompagnée pour tous ».
- Améliorer la prise en charge au plus près du lieu de vie des personnes.

### ► Objectifs stratégiques

- Réaliser un diagnostic plus précoce des enfants présentant des troubles du spectre autistique.
- Assurer une prise en charge permettant des transitions concertées tout au long de son parcours.
- Optimiser la prise en charge des adultes présentant des troubles du spectre autistique sur le territoire quel que soit leur lieu de vie (domicile ou établissement).

### ▼ Indicateurs ▼

#### De suivi

- Diffusion d'outils créés.

#### De résultat

- Nombre de diagnostics : passer de 20 à 40 par an.
- Délais d'attente pour la réalisation des bilans diagnostics.

## ► Objectifs opérationnels

- Réduire les délais d'attente pour la réalisation de bilan diagnostique.
- Préserver la place des aidants familiaux comme référent de parcours de l'enfant autiste, en les informant en continu sur les étapes du parcours d'accompagnement et des professionnels et/ou les réseaux à mobiliser pour la prise en charge de leur enfant.
- Individualiser le parcours de chaque enfant diagnostiqué, en garantissant une bonne coordination des acteurs.
- Renforcer la formation des professionnels et l'information des aidants familiaux.
- Améliorer l'articulation des acteurs contribuant à la prise en charge.
- Obtenir une adéquation entre ressources et besoins, en particulier en terme de places/structure, en fonction des âges, y compris pour les accueils transitoires et les cas complexes/sévères au travers de la formalisation d'un schéma territorial des ressources dédiées aux personnes autistes.
- Améliorer la connaissance des réseaux.

- Nombre de réunions partenariales concernant les bilans diagnostiques.
- Délais de prise en charge adaptés.
- Nombre d'actions d'information à destination des aidants familiaux.
- Nombre de services et de professionnels formés.
- Nombre de réunions de réseau pour les parcours complexes.

### Liens avec d'autres travaux territoriaux :

- Schéma Départemental Unique (SDU) d'organisation sociale et médico-sociale du Département de la Sarthe (2015-2019).
- Projet d'établissement et Projet médical de l'EPSM de la Sarthe
- Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT).
- Plan National «Autisme ».
- Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale (ARS) des Pays de la Loire, feuille de route (2018-2022)

Échéance : 2022

## ▼ Mise en œuvre

## ▼ Modalités de réalisation

## ▼ Échéance

Mise en œuvre	Modalités de réalisation	Échéance
<p><b>22.1.</b> Préservation de la <b>place des aidants</b> familiaux dans le parcours.</p>	<p><b>CRA et EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Inform</u>er et <u>sensibiliser</u> les aidants : développer des <u>formations pour les aidants familiaux</u>, par le CRA puis par les professionnels sarthois.</li> </ul>	<p>En continu 2019</p>
<p><b>22.2.</b> Renforcement des <b>compétences des acteurs</b> en matière d'accompagnement des personnes (cf. fiches 14 et 19 et fiche 8 sur la formation).</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les <u>interventions des équipes de psychiatrie dans les lieux de vie des personnes</u> (enfants et adultes).</li> <li>- Proposer des <u>formations adaptées</u> aux besoins des acteurs.</li> </ul>	<p>Dès 2018</p>

	<p><b>ARS et CRA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer la formation des professionnels de l'accompagnement et de la prise en charge : mettre en place <ul style="list-style-type: none"> <li>o <u>des formations inter-institutions</u> (type Formavision financée par l'ARS), <u>formations mutualisées.</u></li> <li>o <u>des journées d'étude thématiques et pluri-partenariales.</u></li> </ul> </li> <li>- <u>Déployer les outils</u> présentés lors de ces formations (bilans, outils de communication, prise en charge des habilités sociales...).</li> </ul>	<p>Dès 2018</p> <p>2019</p>
<p><b>22.3.</b> Travail en <b>réseau</b> sur le territoire tout au long du parcours.</p>	<p><b>EPSM et ARS</b></p> <p><i>Coordination de niveau 1 : instaurer des modalités de travail partenariales entre les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social.</i></p> <p><i>Coordination de niveau 2 : mobiliser le dispositif « Une réponse accompagnée pour tous » dans le cas des parcours complexes.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ecrire le projet de création d'une <u>maison de l'autisme.</u></li> <li>- Créer une <u>entité juridique associant les acteurs concernés</u> par la prise en charge et l'accompagnement de l'autisme (type Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale par exemple).</li> <li>- Mettre en place des <u>réunions partenariales régulières.</u></li> </ul>	<p>2020</p> <p>2020</p> <p>2018</p>
<p><b>22.4.</b> Poursuite de l'identification des risques de rupture dans les <b>parcours</b>.</p>	<p><b>CRA et EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un groupe de travail en charge de : <ul style="list-style-type: none"> <li>o <u>formaliser les parcours,</u></li> <li>o <u>créer et/ou diffuser des supports d'informations destinés à renforcer la coordination des parcours,</u></li> <li>o <u>définir les missions d'un « coordinateur de parcours » et/ou mobiliser la fonction de correspondant de parcours telle que définie par le SDU.</u></li> </ul> </li> </ul>	<p>2020</p>
<p><b>22.5.</b> Accès aux <b>soins somatiques</b> (cf. fiche 9).</p>		

<b>L'enfant</b>		
<p><b>22.6.</b> Réduction des <b>délais</b> d'attente de réalisation de <b>diagnostic</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- communication sur l'offre de services</li> <li>- concertation des partenaires</li> <li>- sensibilisation et formation des acteurs.</li> </ul>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Sensibiliser</u> les familles et les professionnels aux enjeux du <u>diagnostic précoce</u>.</li> <li>- <u>Former</u> les professionnels des structures d'accueil et d'hébergement concernées.</li> <li>- <u>Communiquer sur les structures</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o contribuant à la réalisation des <u>diagnostics simples</u> (DEDICA, Pôle de psychiatrie infanto-juvénile, CMPP F. Dolto).</li> <li>o contribuant à la réalisation des <u>diagnostics complexes</u> (Centre de Ressources Autisme).</li> </ul> </li> <li>- Organiser des <u>réunions annuelles partenariales</u> autour de la réalisation de ces diagnostics.</li> </ul>	<p>Dès 2018</p>
<b>L'adulte</b>		
<p><b>22.7.</b> Redéfinition des besoins et <b>mise en adéquation des ressources</b> et des besoins (ratio places/structures)</p>	<p><b>ARS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser un <u>diagnostic des besoins de la population et des ressources</u> mobilisées en Sarthe.</li> <li>- Formaliser, avec les acteurs concernés, un <u>schéma territorial dédié aux personnes adultes autistes</u>.</li> </ul>	<p>2020</p>
<p><b>22.8.</b> Réalisation d'<b>évaluations fonctionnelles</b> régulières permettant de personnaliser chaque prise en charge (cf. fiches 10 et 19).</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en œuvre des <u>réévaluations régulières des capacités</u> cognitives, fonctionnelles et sensorielles des personnes afin d'adapter l'accompagnement des personnes (appui sur des outils tels que le Centre de thérapies à médiation de l'EPSM, etc.).</li> <li>- <u>Actualiser les diagnostics</u> médicaux.</li> </ul>	<p>En continu</p>

**AXE VI**  
**Organiser les parcours**  
**spécifiques**

**g.**

**Fiche 23. Les personnes présentant des addictions**

Coordinateur :  
- EPSM

Partenaires :

- ✓ MDA
- ✓ Service de l'Etat (Justice –SPIP)
- ✓ CSAPA (Montjoie et AHSS)

- ✓ Professionnels de santé libéraux
- ✓ Pharmacies d'officine

**► Etat des lieux**

- Des moyens sanitaires et médico-sociaux insuffisants au regard des réalités épidémiologiques, en particulier en direction des publics jeunes.
- Des portes d'entrée dans le dispositif souvent mal connues.
- La difficulté à préciser les champs d'intervention respectifs du médico-social et du sanitaire.
- L'absence de coordination en amont et au sein du dispositif, majorant la complexité des parcours de soins.
- Le défaut d'anticipation croisée de la remise en liberté de personnes détenues ou de la sortie de personnes sous main de justice (notamment avec bracelet électronique), conduisant parfois à des ruptures de parcours (et des perdus de vue) du fait de la mauvaise articulation entre les services de la Justice et la structure de soins en charge d'assurer le relais thérapeutique de la personne.

**► Résultats attendus**

- Une meilleure coordination des parcours de soins afin de limiter les ruptures de prises en charge.
- Une fluidification des parcours par une meilleure communication entre les professionnels des différents secteurs et les administrations (articulation avec la Justice notamment).
- Un renforcement de la lisibilité des portes d'entrée dans le parcours de soins.
- Une amélioration de la prise en charge de certaines populations, et notamment les jeunes et les personnes sous main de justice ou sortant d'incarcération.

**► Objectif stratégique**

- Améliorer le repérage, l'accès aux soins et l'orientation vers les structures adaptées, par une meilleure coordination des partenaires et une meilleure utilisation des dispositifs existants.

**▼ Indicateurs ▼**

**De suivi :**

- Files actives sanitaires et médico-sociales.
- Nombre de nouvelles situations étudiées en commission d'évaluation et d'orientation.

## ► Objectifs opérationnels

- Créer un dispositif territorial d'évaluation, d'orientation et de coordination (commission).
- Développer l'ambulatoire en addictologie, notamment à destination des jeunes consommateurs.
- Optimiser les ressources disponibles en lits de sevrage.
- Développer des filières spécifiques concernant :
  - o les troubles cognitifs liés à l'alcool,
  - o la prise en charge des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA),
  - o les femmes enceintes aux prises avec des conduites addictives,
  - o l'offre de Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO).

- Suivi des diagnostics des nouvelles filières.
- Nombre de patients hospitalisés pour sevrages simples et complexes.
- Nombre de nouveaux patients sous TSO.
- Suivi judiciaire des crimes et délits liés aux conduites addictives.

### De résultat :

- Satisfaction des professionnels et des usagers évalués par questionnaires annuels.
- Evolution épidémiologique : mortalité directe, par suicides et accidents, morbidité somatique et psychiatrique.

### Liens avec d'autres travaux territoriaux :

- Projet médical de l'ancienne Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) de la Sarthe, filière addictologie (2013-2015)
- Projet d'établissement et Projet médical de l'EPSM de la Sarthe (2015-2018)
- Axe VI du PTSM 72 : « Organiser les parcours spécifiques : les adolescents et jeunes adultes »

**Échéance** : 2021

## ▼ Mise en œuvre

## ▼ Modalités de réalisation

## ▼ Échéance

<b>23.1.</b> Relance du <b>comité de pilotage départemental</b> , filière addictologie.	<b>EPSM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pilotage par le Dr Charles Boyer, médecin chef du service départemental d'addictologie de niveau 2.</li> </ul>	2018
<b>23.2.</b> <b>Dispositif territorial d'évaluation, d'orientation et de coordination</b> commun à l'ensemble des partenaires des champs sanitaire et médico-social.	<b>EPSM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place une <u>commission pluridisciplinaire</u> (sanitaire et médico-sociale) hebdomadaire pour fluidifier les parcours et prévenir la survenue de situations complexes et de blocage.</li> </ul>	2018

## ▼ Mise en œuvre

## ▼ Modalités de réalisation

## ▼ Échéance

<p><b>23.3.</b> Création d'un partenariat avec le pôle de psychiatrie infanto-juvénile de l'EPSM.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir les <u>permanences de la consultation « jeunes consommateurs »</u> en partenariat avec le secteur médico-social.</li> <li>- <u>Intervenir au sein du centre de soins pour adolescents</u> du PPIJ sous la forme de consultations médicales hebdomadaires (jeunes consommateurs, TCA).</li> </ul>	<p>2018</p> <p>2019</p>
<p><b>23.4.</b> Optimisation de l'accueil en <b>sevrage</b> sur l'ensemble du département.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérenniser l'offre de 12 <u>lits de soins complexes</u> à l'EPSM.</li> <li>- Inciter les hôpitaux généraux à identifier des <u>lits de sevrage simples</u>.</li> </ul>	<p>2018</p> <p>2020</p>
<p><b>23.5.</b> <b>Dépistage des troubles cognitifs</b> systématiques et soins résiduels prolongés (soins de suite et de réadaptation) dans tous les troubles liés à l'alcool.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les <u>consultations de neuropsychologie</u>.</li> <li>- Conventionner avec les <u>structures de soins de suite et de réadaptation (SSR) généralistes</u>.</li> </ul>	<p>En cours</p> <p>2018</p>
<p><b>23.6.</b> Intensification des partenariats pour la prise en charge des <b>troubles des conduites alimentaires</b> et recherche de moyens dédiés.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir et développer une <u>consultation dédiée</u>.</li> <li>- Créer une offre de <u>soins de jour</u> identifiée.</li> </ul>	<p>2021</p> <p>2020</p>
<p><b>23.7.</b> Coordination du suivi en addictologie des <b>personnes sous main de justice ou sortant de détention</b>.</p>	<p><b>CSAPA Montjoie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En qualité de CSAPA référent pour la maison d'arrêt, <u>organiser la concertation pluripartenariale</u> (possible constitution d'un groupe de travail ou instauration de réunions de concertation pluripartenariales) afin de fluidifier la transmission d'informations et l'organisation des relais entre la Justice, les équipes du secteur sanitaire présentes en détention et les acteurs de la cité (sanitaires et médico-sociaux). Cette organisation pourrait faire l'objet d'un <u>protocole partagé</u> entre les institutions concernées.</li> </ul>	<p>2019</p>

**AXE VI**  
**Organiser les parcours**  
**spécifiques**

**h.**

**Fiche 24. Les personnes sous main de justice**

<u>Coordinateur :</u> - EPSM	<i>Partenaires :</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ CHM</li> <li>✓ Maison d'arrêt « les Croisettes »</li> <li>✓ SPIP</li> <li>✓ CH Guillaume Régnier (SMPR, UHSA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ AHSS</li> <li>✓ CSAPA Montjoie</li> </ul>

► **Etat des lieux**

- Plusieurs sources de risques de rupture ou d'absence d'entrée dans le parcours de soins :
  - o Une absence de coordination entre professionnels de santé, en amont et en aval de la décision de placement sous main de justice ou lors de transfert vers d'autres établissements de détention.
  - o L'absence de systématisation du repérage des problématiques psychiatriques à l'entrée en détention.
  - o Les difficultés de recrutement médical en psychiatrie pour cet exercice, limitant l'accès aux soins des personnes détenues (1,4 psychiatres, postes non complètement pourvus).
  - o Un parcours de soins et un partage des données de santé des personnes en amont et en aval de l'incarcération difficiles à identifier, tout particulièrement pour les celles domiciliées dans le département de l'Orne.
  - o Lors de la sortie de détention, grandes difficultés pour les personnes concernées à rejoindre les dispositifs de droit commun (médecine générale, prise en charge en CMP, etc.) pour l'accès aux soins et la continuité de leur prise en charge : refus d'accueil, d'assurer le suivi, délais d'attente, défaut de coordination entre les institutions (ex : accès aux traitements de substitution dans le cadre d'un suivi en addictologie) etc.
- Les délais d'attente pour l'accès au Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) ou en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) imposent encore des hospitalisations complètes dans des services psychiatriques non spécialement aménagés (à l'EPSM) pour accueillir ces personnes tout en s'assurant du respect des restrictions de libertés liées à une décision de justice. Ces accueils soulèvent des questions en matière de qualité d'accueil et d'offre de soins aux personnes.
- Des ressources existent néanmoins :
  - o Un dispositif psychiatrique présent quotidiennement en prison permet de prendre en charge les situations particulièrement préoccupantes.
  - o Les personnes détenues ont accès à une offre de soins psychiatriques diversifiée : entretiens, consultations médicales, prises en charge intégrant la participation à des activités thérapeutiques individuelles ou de groupe, etc.
  - o L'équipe psychiatrique qui intervient à la maison d'arrêt contribue à la prise en charge des problématiques spécifiques : comorbidités addictives dans le cadre du protocole de prise en charge des addictions, etc.

► **Résultats attendus**

- Une meilleure coordination du parcours de santé des personnes sous main de justice, notamment dans l'articulation entre l'avant et l'après décision de placement, lors du transfert vers un autre établissement ou lors de la sortie d'incarcération.
- Un partage d'information renforcé sur les périodes d'articulation (sorties, permissions, etc.) pour éviter les ruptures de parcours, avec une vigilance spécifique en matière d'addiction.

- Une meilleure réintégration des dispositifs de droit commun pour les personnes antérieurement sous main de justice.
- Une fluidification de la filière des soins psychiatriques aux personnes détenues, en particulier dans la coordination avec les services interrégionaux spécifiques dédiés (UHSA et SMPR).

### ► Objectif stratégique

- Favoriser le repérage et la prise en charge des problématiques psychiatriques tout au long du parcours de la personne placée sous main de justice : en milieu ouvert, en amont de l'incarcération, pendant l'incarcération et en aval de l'incarcération.

### ► Objectifs opérationnels

- Améliorer la coordination entre les acteurs des domaines judiciaire et sanitaire tout au long du parcours de santé de la personne placée sous main de justice.
- Organiser un dépistage systématique des problématiques psychiatriques ou de santé mentale dès la mise en incarcération (tout particulièrement le risque suicidaire).
- Pérenniser et renforcer les offres de soins existantes au cours de la détention.
- Renforcer la collaboration avec les équipes des UHSA et développer la communication sur les modalités d'hospitalisation complète.
- Renforcer l'accompagnement vers les dispositifs sanitaires de droit commun : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), centres médico-psychologiques de la Sarthe et de l'Orne.

### ▼ Indicateurs ▼

#### De suivi

- File-active de patients détenus ou sous main de justice suivis par les différents services de l'EPSM.
- Nombre de situations évaluées en réunion de coordination.
- L'activité (cotation EDGAR) autour de cette population.
- Suivi des délais d'accès aux consultations médicales et psychologiques.
- Nombre de situations préoccupantes.
- Nombre d'orientations en hospitalisation complète : SMPR, UHSA et EPSM.

#### De résultat

- Nombre de relais réalisés vers les dispositifs de droit commun de la Sarthe et de l'Orne.
- Evolution épidémiologique du risque suicidaire, de décompensation psychiatrique.
- Diminution du nombre des suicides et tentatives dans cette population.

#### Liens avec d'autres travaux territoriaux :

- Projet d'établissement et Projet médical de l'EPSM de la Sarthe (2015-2018)
- Protocole de prise en charge des détenus, Maison d'arrêt « Les Croisettes » / CH du Mans / EPSM de la Sarthe
- Protocole de prise en charge des addictions à la Maison d'arrêt « Les Croisettes »
- Axe VI du PTSM 72 : « Organiser les parcours spécifiques : l'addictologie »

Échéance : 2020

▼ **Mise en œuvre**

▼ **Modalités de réalisation**

▼ **Échéance**

<p><b>24.1.</b> Développement du dispositif de <b>coordination</b> entre les acteurs des systèmes judiciaire, sanitaire et du médico-social.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer des <u>partenariats</u> avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), les CMP, les CSAPA et les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de la Sarthe et de l'Orne.</li> <li>- Utiliser systématiquement <u>la fiche navette du dossier judiciaire.</u></li> <li>- Développer la <u>consultation extra-carcérale</u>, interface entre l'amont et l'aval de l'incarcération.</li> <li>- Organiser et accompagner <u>les relais.</u></li> </ul>	<p>2019</p>
<p><b>24.2.</b> <b>Evaluation et orientation</b> systématiques en santé mentale à l'arrivée en détention.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un <u>entretien systématique d'évaluation par un infirmier en santé mentale.</u></li> <li>- <u>Recruter</u> un médecin psychiatre.</li> </ul>	<p>2019</p>
<p><b>24.3.</b> Pérennisation du dispositif de prise en charge des <b>situations préoccupantes</b> pendant l'incarcération.</p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer une <u>permanence d'accueil</u> organisée et répartie sur l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire psychiatrique.</li> </ul>	<p>2019</p>
<p><b>24.4.</b> Amélioration de l'offre de <b>soins</b> existante <b>au cours de la détention.</b></p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Développer les prises en charge</u> individuelles ou de groupe :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ médicale,</li> <li>○ psychologique,</li> <li>○ ergothérapeutique,</li> <li>○ infirmière.</li> </ul> </li> </ul>	<p>2018-2021</p>
<p><b>24.5.</b> Promotion de l'orientation systématique en <b>hospitalisation complète vers les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA).</b></p>	<p><b>EPSM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Elaborer et diffuser le protocole</u> aux médecins de l'EPSM.</li> </ul>	<p>2018</p>