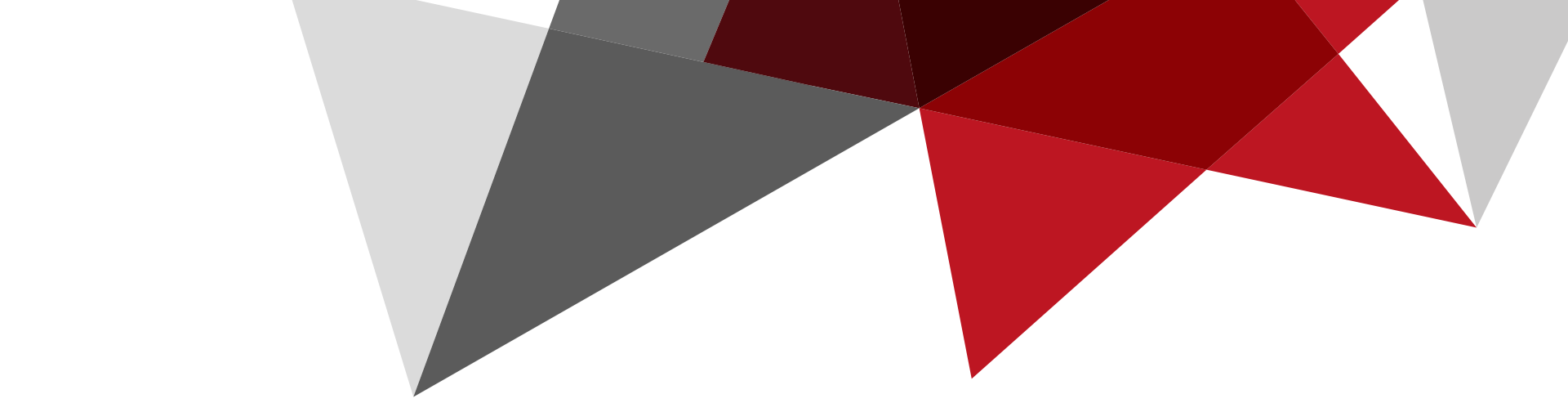
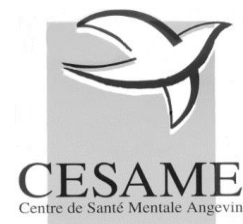




DÉPARTEMENT DU MAINE-ET-LOIRE – FÉVRIER
2019

**DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTE
MENTALE**

Document de travail	
Document final – 14/03/2019	x





SOMMAIRE

INTRODUCTION	<i>p. 3</i>
CONTEXTE TERRITORIAL	<i>p.10</i>
PRÉSENTATION DE L'OFFRE DE SOINS	<i>p.27</i>
AXE 1 – LE REPÉRAGE PRÉCOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ÉLABORATION D'UN DIAGNOSTIC ET L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS	<i>p.49</i>
AXE 2 - LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DE QUALITÉ ET SANS RUPTURE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE	<i>p.89</i>
AXE 3 - L'ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES ET LE SUIVI DES PERSONNES PRÉSENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES	<i>p.108</i>
AXE 4 – LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE	<i>p.116</i>
AXE 5 – LE RESPECT ET LA PROMOTION DES DROITS DES PERSONNES, LE RENFORCEMENT DE LEUR POUVOIR DE DÉCIDER ET LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DE CES TROUBLES	<i>p.127</i>
AXE 6 – L'ACTION SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX DU MAL-ÊTRE	<i>p.134</i>

INTRODUCTION

- ❖ Rappel du contexte
- ❖ Outils méthodologiques

INTRODUCTION

RAPPEL DU CONTEXTE LÉGISLATIF D'ÉLABORATION DU DIAGNOSTIC



LES APPORTS DE LA LOI SANTÉ

La loi de modernisation du système de santé du 25 janvier 2016 (art. 69) établit une **définition législative de la politique de santé mentale** qui est mise en œuvre par des « *actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale* », intégrant dès lors l'ensemble des acteurs concourant à la prévention, au repérage, au diagnostic puis à l'accompagnement des personnes atteintes de pathologies psychiatriques ou troubles psychiques.

La loi **réaffirme le rôle de la psychiatrie de secteur**, comme d'un premier niveau d'organisation.

Elle consacre également un second niveau d'organisation territorial, autour des **projets territoriaux de Santé Mentale (PTSM)**.

Le décret du 27 juillet 2017 identifie 6 priorités devant être traitées dans les PTSM :

1. Le **repérage précoce et l'accès aux soins et aux accompagnements**
2. Les **parcours de santé et de vie de qualité** et sans rupture en vue du rétablissement des usagers et 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 la lutte contre la stigmatisation de ces troubles
6. **L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux du mal-être.**

« *Un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs [...] et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.* »

Qu'est ce que la politique de santé mentale ?

Elle comprend :

- La prévention
- Le diagnostic
- Les soins
- La réadaptation
- La réinsertion sociale



Quelle échelle territoriale pertinente?

Le département du Maine-et-Loire



INTRODUCTION

UN DIAGNOSTIC STRUCTURÉ AUTOUR DES 6 PRIORITÉS THÉMATIQUES DÉFINIES PAR LE DÉCRET DU 27 JUILLET 2017 RELATIF AU PTSM

AXE 1: « Accès aux soins en santé mentale »

« L'organisation des conditions du **repérage précoce des troubles psychiques**, de l'élaboration d'un **diagnostic** et de l'**accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux** »

Cette thématique traite de l'offre de soins à destination des personnes présentant des troubles psychiques, à savoir le repérage des troubles, l'élaboration d'un diagnostic, l'accès à des soins et à un accompagnement social et médico-social. Elle recouvre également les enjeux de **continuité et de coordination** entre les différentes formes de prises en charge et d'accompagnements d'une personne atteinte de troubles psychiques. La thématique recouvre aussi les enjeux de **délais d'attente, d'accessibilité géographique et d'accessibilité financière** des soins psychiatriques.

AXE 2: « Parcours de santé »

« L'organisation du **parcours de santé et de vie de qualité** et sans rupture [...] en vue [du] rétablissement [des personnes souffrant de troubles en santé mentale] et de leur inclusion sociale »

Cette seconde thématique vise à considérer le parcours d'une personne sur les différents aspects de sa vie, qu'il s'agisse des questions de **logement, d'emploi, de scolarisation, d'études ou d'inclusion dans la vie sociale**. Il s'agit également d'identifier les services existants sur le territoire favorisant l'accès aux soins de réhabilitation ou aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.

INTRODUCTION

UN DIAGNOSTIC STRUCTURÉ AUTOUR DES 6 PRIORITÉS THÉMATIQUES DÉFINIES PAR LE DÉCRET DU 27 JUILLET 2017 RELATIF AU PTSM

AXE 3: « Accès aux soins somatiques »

« L'organisation des conditions de **l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques** adaptés à leurs besoins »

Cette thématique questionne **l'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques** : outre l'accompagnement des pathologies psychiatriques, il s'agit d'assurer l'accès à des **accompagnements par les médecins généralistes ou spécialistes en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie**. Ce sujet recouvre la question de l'organisation des établissements en cas d'hospitalisation :

- pour des établissements ayant une activité en psychiatrie, devant assurer à leurs patients un **accès aux soins somatiques**
- Pour les autres établissements, devant assurer un **accueil spécifique** des personnes présentant des troubles psychiques.

AXE 4: « Prévention et prise en charge des situations d'urgence »

« L'organisation des conditions de **la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence** »

Cette thématique aborde notamment l'organisation de **l'intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes** (y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales) **en prévention de l'urgence psychiatrique et en cas d'urgence psychiatrique**.

Il s'agit également de traiter de **l'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques** et de **l'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation** pour éviter les ruptures dans les parcours de soins de la personne.

INTRODUCTION

UN DIAGNOSTIC STRUCTURÉ AUTOUR DES 6 PRIORITÉS THÉMATIQUES DÉFINIES PAR LE DÉCRET DU 27 JUILLET 2017 RELATIF AU PTSM

AXE 5: « Promotion des droits et réhabilitation »

« L'organisation des conditions du **respect et de la promotion des droits des personnes** présentant des troubles psychiques, du **renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir** et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles »

Cette thématique traite notamment de la promotion de **l'implication des personnes** présentant des troubles psychiques, de leurs proches et leurs familles dans les soins et l'accompagnement proposés, notamment dans le cadre du **projet de soins et d'accompagnement** social ou médico-social.

Le respect et la promotion des droits de la personne et sa réhabilitation peuvent également passer par **l'éducation thérapeutique**, le **soutien aux aidants** ou encore les diverses modalités **d'entraide par les pairs**, comme par exemple les **groupes d'entraide mutuelle**.

AXE 6: « Déterminants sociaux et environnementaux du mal-être »

« L'organisation des conditions d'action sur les **déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux** du mal-être »

Cette thématique concerne le renforcement des **compétences des personnes en matière psycho-sociale**, notamment dans les champs de **l'éducation**, de la **parentalité** et du **travail**, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental. Il s'agit également de **prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques** du fait de déterminants sociaux, environnements et territoriaux.

INTRODUCTION

OUTILS MÉTHODOLOGIQUES MOBILISÉS

Entretiens réalisés



ENTRETIENS RÉALISÉS

ARS - Médecin inspecteur de santé publique

ADAPEI 49 - Directeur général

CESAME - Directrice, directeur des ressources humaines et des affaires médicales et président du CME

Conseil de l'Ordre des médecins - Membre du Conseil de l'Ordre

UNAFAM - Représentante des familles, déléguée départementale 49, bénévole

Maison des Adolescents - Coordinatrice administrative

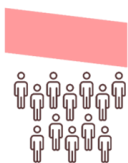
CHU d'Angers - Chef de service Psychiatrie et addictologie, et directeur délégué de l'hôpital Saint-Nicolas et directeur délégué du Pôle Femme Mère Enfant et du pôle Neurosciences – vieillissement – Médecine et société

Education Nationale - Médecin Conseiller technique et médecin de secteur

CREHPSY – Cadre de santé

MSP / CPTS Bécon-les-Granit -Médecin généraliste – coordonnateur

Une réunion plénière de lancement avec un temps de diagnostic collectif



6 THÉMATIQUES ABORDÉES

Forces

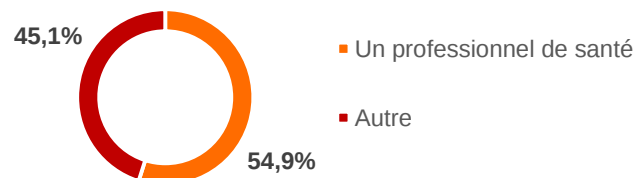
Faiblesses

Autres commentaires

Une enquête auprès des professionnels



55 RETOURS DE QUESTIONNAIRE



INTRODUCTION

OUTILS MÉTHODOLOGIQUES MOBILISÉS

Groupes de travail réalisés en 2018

Mardi 19 juin

Accès aux soins en santé mentale et aux soins somatiques – enfants / adolescents

12 participants

Mercredi 20 juin

Parcours de vie et inclusion dans la vie de la Cité

15 participants

Jeudi 21 juin

Prévention et prise en charge des situations de crise et urgences

11 participants

Accès aux soins en santé mentale et aux soins somatiques – adultes

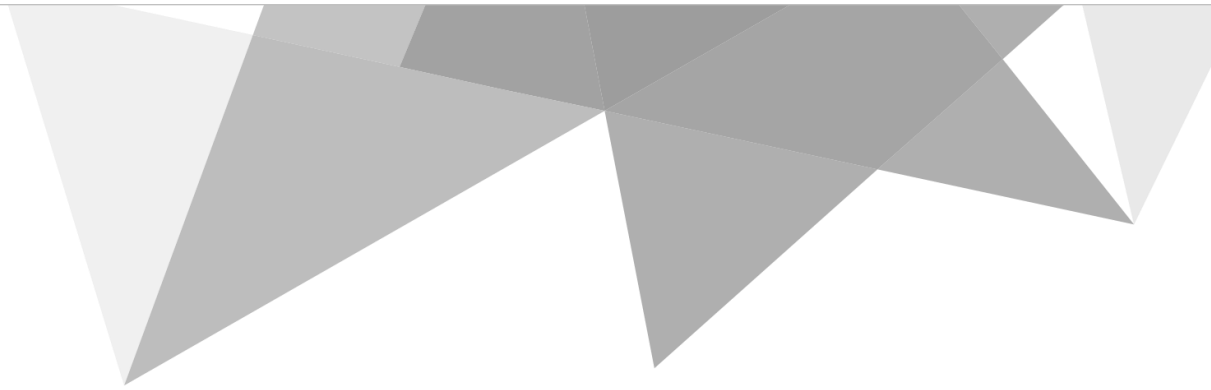
14 participants

Coordination des acteurs autour du parcours

32 participants

Promotion des droits, lutte contre la stigmatisation, prévention du mal-être

14 participants



CONTEXTE TERRITORIAL

- ❖ Contexte géographique
- ❖ Contexte démographique
- ❖ Contexte socio-économique
- ❖ Contexte sanitaire

CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

UNE CONCENTRATION DE LA POPULATION À ANGERS

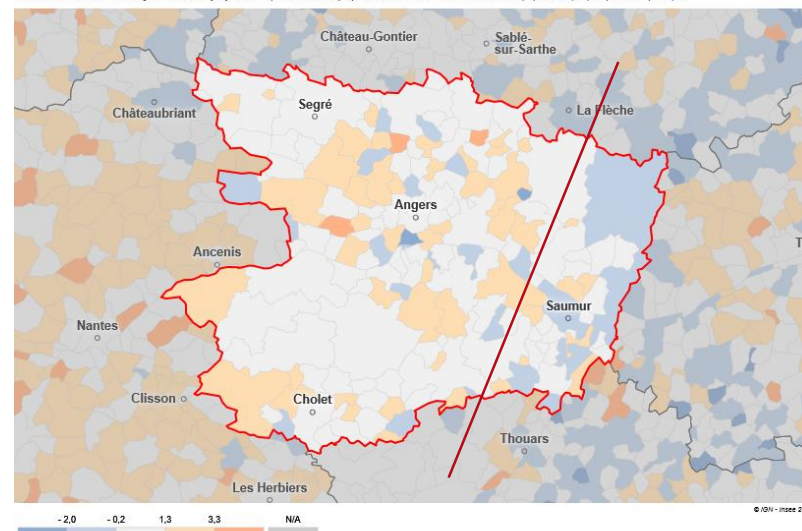
UNE POPULATION DYNAMIQUE

- Au 1^{er} janvier 2017, le Département de Maine-et-Loire compte **186 communes réparties* dans 9 EPCI**. Il constitue le 16^{ème} département de France par sa superficie.
- La densité de population est élevée et atteint 112,4 habitants au km² contre 104,2 à l'échelle nationale. **Le Maine-et-Loire est le 2ème département le plus peuplé** de la région après la Loire-Atlantique.
- **Sa population connaît une légère hausse** (+0,6% en moyenne chaque année entre 2009 et 2014). Cette croissance démographique s'explique à la fois par un **solde migratoire positif** (davantage d'installations que de départs) **ainsi que par l'excédent des naissances sur les décès**. Néanmoins, la croissance démographique est contrastée sur le territoire : l'est du département, et notamment Saumur et sa périphérie, voit sa population diminuer entre 2009 et 2014 (-0,6% en moyenne chaque année pour Saumur).

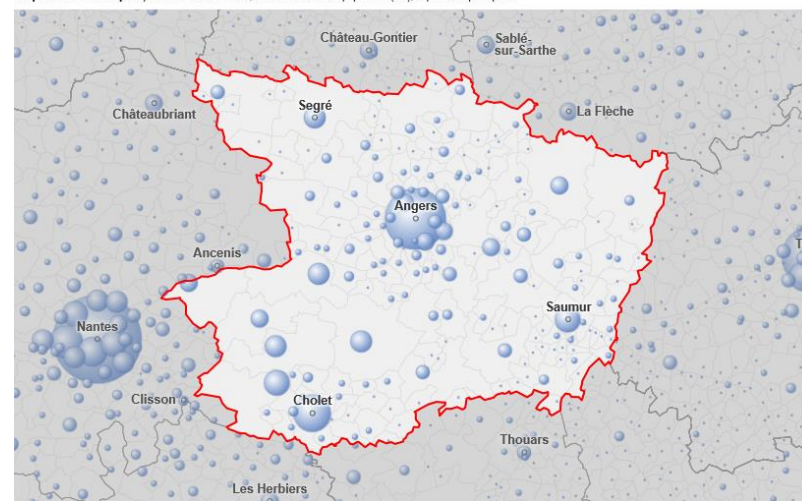
1 PERSONNE SUR 5 VIT À ANGERS

- **1 personne sur 5 vit à Angers (18,74% de la population en 2014)**, 16ème ville de France par sa population.
- La **population se concentre principalement dans les communes périurbaines de la grande couronne d'Angers**: plus d'un tiers de la population du Département vit dans la Communauté urbaine d'Angers Loire Métropole (36% de la population départementale en 2014).

Évolution annuelle moyenne de la population, 2009-2014 (%) - Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale



Population municipale, 2014 - Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale



*(à l'exception d'une commune, Loire-Authion)

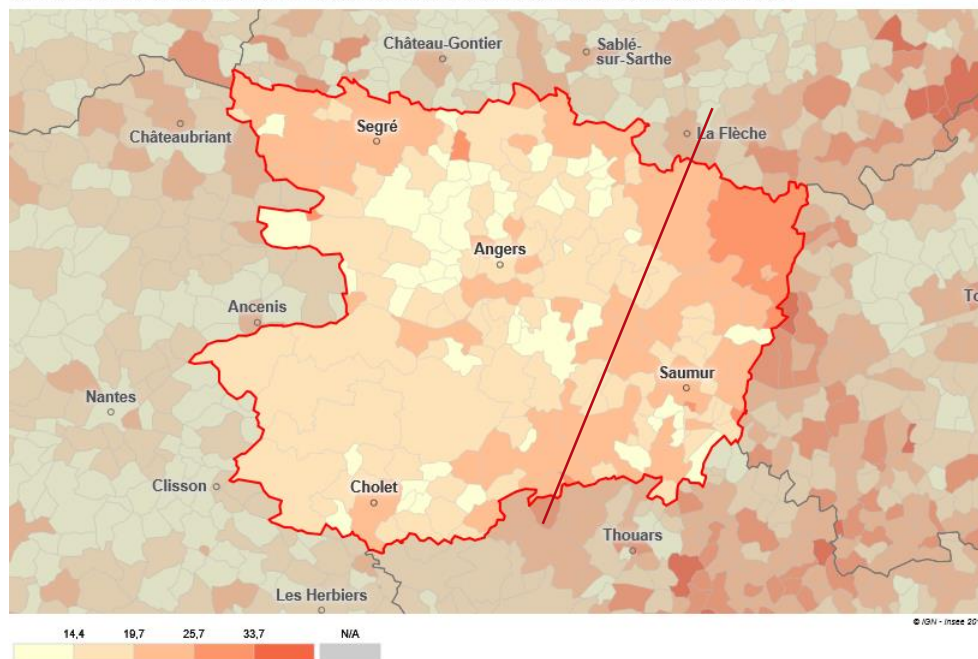
CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

UNE POPULATION VIEILLISSANTE

UN PHÉNOMÈNE LÉGÈREMENT MOINS MARQUÉ QU'EN FRANCE

- **La population de plus de 65 ans représente près d'une personne sur cinq** (17% de la population en 2014), dans une proportion proche de la moyenne nationale (18,2%). Entre 2009 et 2014, le nombre de personnes de plus de 65 ans augmente de 12,4% tandis que la population globale est en croissance de 3,3%.
- La part des personnes âgées de plus de 65 ans est plus élevée à l'Est du territoire (26,5% de la population à Noyant-Villages).
- **La population de Maine-et-Loire est relativement jeune : plus de 25% de la population a moins de 25 ans** (26,4% contre 24,5% pour la France Métropolitaine)
- **Aussi, le phénomène de vieillissement est légèrement moins marqué sur le territoire qu'à l'échelle régionale et nationale** : l'indice de vieillissement* du Maine-et-Loire s'élève à 63,4 contre 68,2 pour les Pays de Loire et 74,1 pour la France Métropolitaine.

Part des personnes âgées de 65 ans ou plus, 2014 (%) - Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale



*Indice de vieillissement : part de la population de moins de 65 ans et plus sur la part de la population de moins de 20 ans. Plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé, plus il est favorable aux personnes âgées.

CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

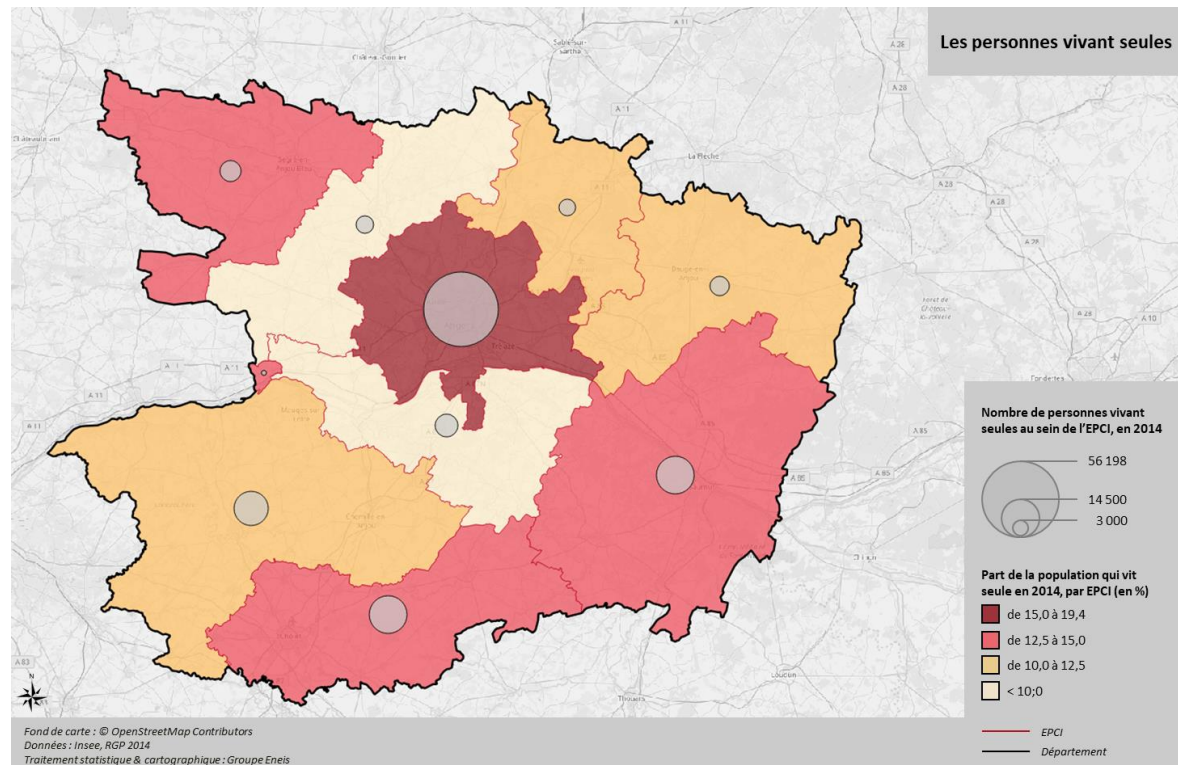
UN RISQUE D'ISOLEMENT AU SEIN DE LA POPULATION

PRÈS DE 15% DE LA POPULATION VIT SEULE

- Les personnes vivant seules représentent environ 15% de la population (14,6%), dans des proportions similaires aux Pays de la Loire (15,4%) et au niveau national (15,3%).

UN PHÉNOMÈNE PLUS MARQUÉ DANS L'AGGLOMÉRATION D'ANGERS

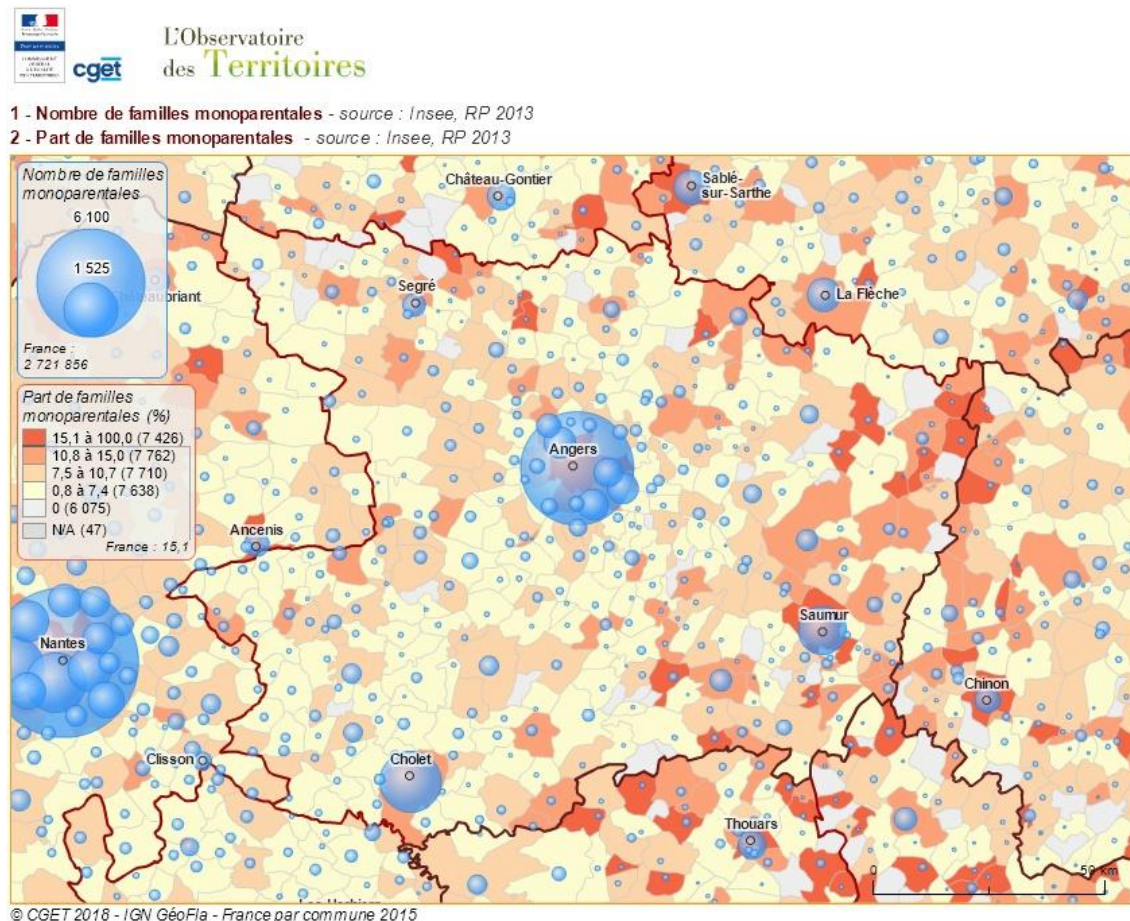
- La part de personnes vivant seules en 2014 est plus élevée dans l'agglomération d'Angers (CU Angers Loire Métropole) où elle atteint 19,4% de la population.
- Si le fait de vivre seul ne signifie pas nécessairement être isolé ou ne pas entretenir de relations sociales, cette donnée est un indicateur pouvant néanmoins contribuer à mesurer le risque d'isolement social de la population.



CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE DES STRUCTURES FAMILIALES DIVERSES

UNE PART DE FAMILLES MONOPARENTALES MOINS ÉLEVÉE QU'EN FRANCE

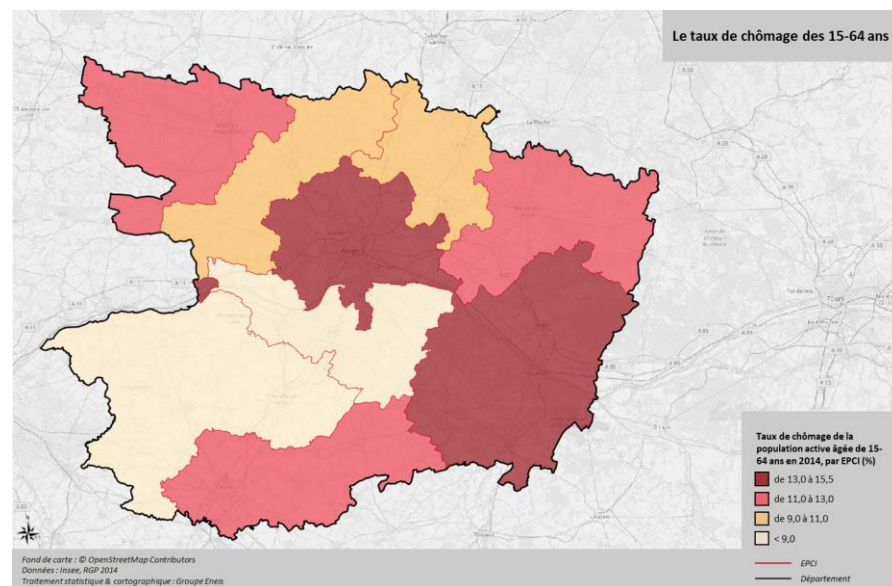
- **Moins d'un enfant sur 10 vit au sein d'une famille monoparentale dans le Département** (9,7% en 2014) : cette proportion est plus faible qu'à l'échelle régionale et nationale (respectivement 12,7% et 13,7%).
- **Les familles monoparentales sont plus nombreuses dans les agglomérations**, et en particulier à Angers (6 715 familles) où elles représentent une part élevée des familles (19,8% des familles contre 15,1% en France métropolitaine)
- **Le Maine-et-Loire compte un nombre légèrement plus élevé de familles nombreuses (avec 3 enfants et plus)** : 3,8% des enfants vivent dans une famille avec 3 enfants ou plus (contre 3,3% au niveau de la région et 2,6% pour la France métropolitaine).



CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE UN TAUX DE CHÔMAGE MOINS DÉFAVORABLE

LES JEUNES LÉGÈREMENT MOINS TOUCHÉS PAR LE CHÔMAGE

- Le département connaît un niveau de chômage moins élevé qu'à l'échelle régionale et nationale : il s'élève à 12,6% tandis qu'il atteint dans les Pays de la Loire 13,4% et sur l'ensemble du territoire métropolitain 14,0% en 2014.
- Le **taux de chômage varie d'un territoire à l'autre dans le département** : il est particulièrement élevé dans la CA Saumur Val de Loire (14%) et dans la CU Angers Loire Métropole (16%), tandis que la CA Mauges Communauté et CC Loire Layon Aubance présentent des taux relativement plus faibles (8%).
- Pour toutes les tranches d'âge considérées, le niveau de chômage de la population du Maine-et-Loire est inférieur aux territoires de comparaison : la situation semble moins défavorable en particulier pour les plus jeunes, **avec un quart de sa population active de 15 à 24 ans au chômage, contre près de 30% pour la région (28,9%) et la France métropolitaine (29,8%)**.
- En revanche, **le taux de chômage des plus de 55 ans dans le Département est très proche des moyennes régionales et nationales**, mettant en évidence la problématique de l'emploi pour cette tranche d'âge.



Part de la population au chômage en 2014

Par tranche d'âge	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France métropolitaine
15-24 ans	25,8%	28,9%	29,8%
25-54 ans	10,8%	11,7%	12,3%
55-64 ans	10,4%	10,5%	10,7%
Global	12,6%	13,4%	14,0%

CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

UN NIVEAU DE DIPLÔME MOINS ÉLEVÉ QU'EN FRANCE

MOINS DE DIPLÔMÉS DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

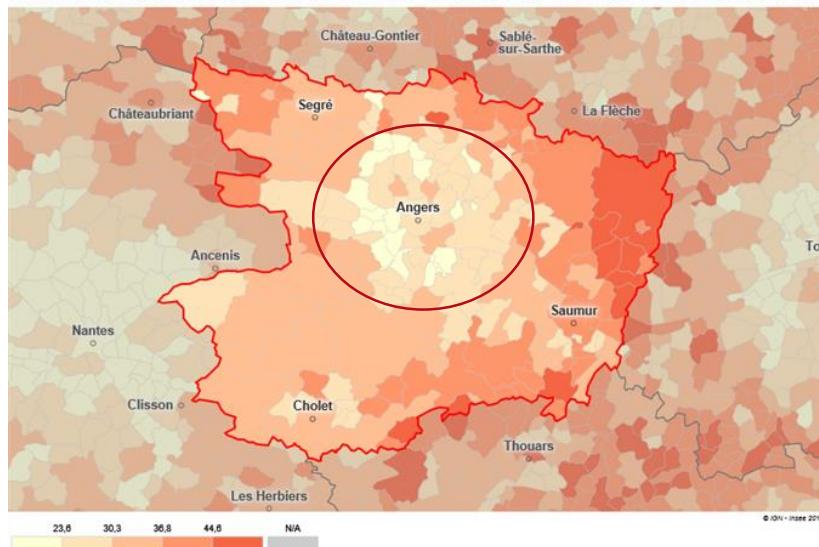
- En comparaison avec l'échelle régionale et nationale, **un niveau de diplôme globalement moins élevé** s'observe dans le Département : le territoire compte proportionnellement **plus de personnes sans diplôme, avec BEPC, brevet des collèges ou DNB**. À l'inverse, on dénombre **moins de diplômés de l'enseignement supérieur** (données ci-contre). Une distinction nette apparaît entre l'agglomération d'Angers, présentant les taux les plus élevés de diplômés de l'enseignement supérieur et le reste du territoire.

Part de la population diplômée de plus de 15 ans non scolarisée en 2014

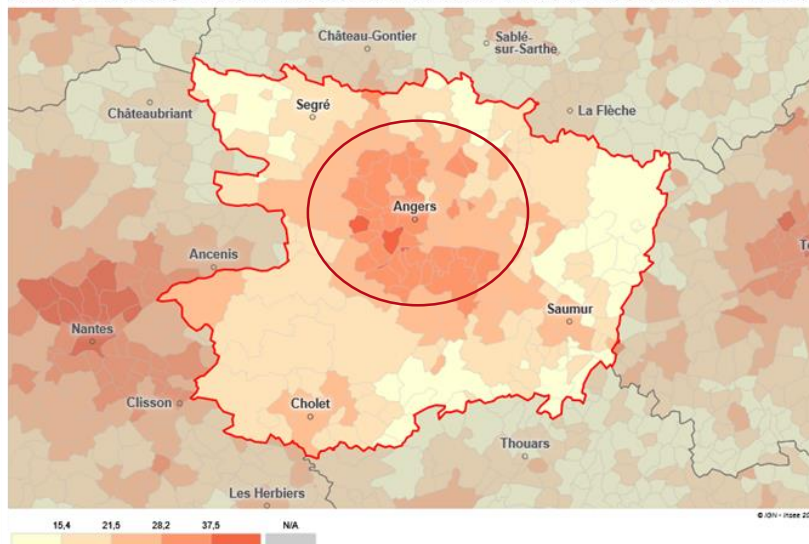
Niveau de diplôme	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France métropolitaine
<i>Sans diplôme ou BEPC, brevet des collèges, DNB</i>	32,7%	30,8%	31,6%
<i>CAP-BEP</i>	26,8%	24,8%	24,2%
<i>BAC</i>	16,4%	16,5%	16,7%
<i>Enseignement sup</i>	24,2%	27,9%	27,5%

Source : INSEE

Part des non ou peu diplômés dans la population non scolarisée de 15 ans ou plus, 2014 (%) - Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale



Part des diplômés de l'enseignement supérieur dans la population non scolarisée de 15 ans ou plus, 2014 (%) - Source : Insee, Recensement de la population



CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

DES INDICATEURS DE PRÉCARITÉ MOINS FAVORABLES QUE DANS LES PAYS DE LA LOIRE

6,5% DE LA POPULATION BÉNÉFICIAIRE DU RSA

- On dénombre en 2015 plus de 23 000 bénéficiaires du RSA dans le département de Maine-et-Loire.
- La part de la **population bénéficiant du RSA en Maine-et-Loire (6,5%)** est **inférieure à la moyenne nationale (7,7%)** mais **supérieure à la moyenne régionale (5,8%)**.

4,7% DE LA POPULATION COUVERTE PAR LA CMU-C

- 4,7% de la population du territoire est couverte par la CMU-c**, soit une part légèrement supérieure à la moyenne régionale (4,4%) mais inférieure à la moyenne nationale (6,8%).

Taux de population couverte par le RSA au 31.12.2015

Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France métropolitaine
6,5%	5,8%	7,7%

Taux de population couverte par la CMU-c au 31.12.2015

Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France métropolitaine
4,7%	4,4%	6,8%

Source : INSEE

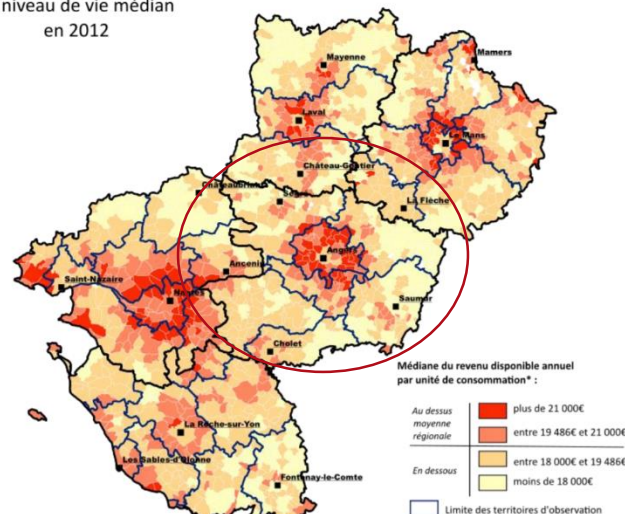
CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

UNE FRAGILITÉ ÉCONOMIQUE DANS LES CENTRES URBAINS

UN NIVEAU DE RESSOURCES RELATIVEMENT FAIBLE

- Le revenu médian en Maine-et-Loire est inférieur au niveau régional et national (20 149,5€ et 20 369,3€) en 2014.
- Le niveau de revenu varie selon le territoire considéré : pour l'année 2012, on observe en effet une **médiane de revenus plus élevée en périphérie des grandes agglomérations** du Maine-et-Loire.
- La part des ménages fiscaux imposés permet également de mettre en évidence **un niveau de ressources moins élevé dans le département**, en comparaison avec les territoires limitrophes.

Le niveau de vie médian en 2012

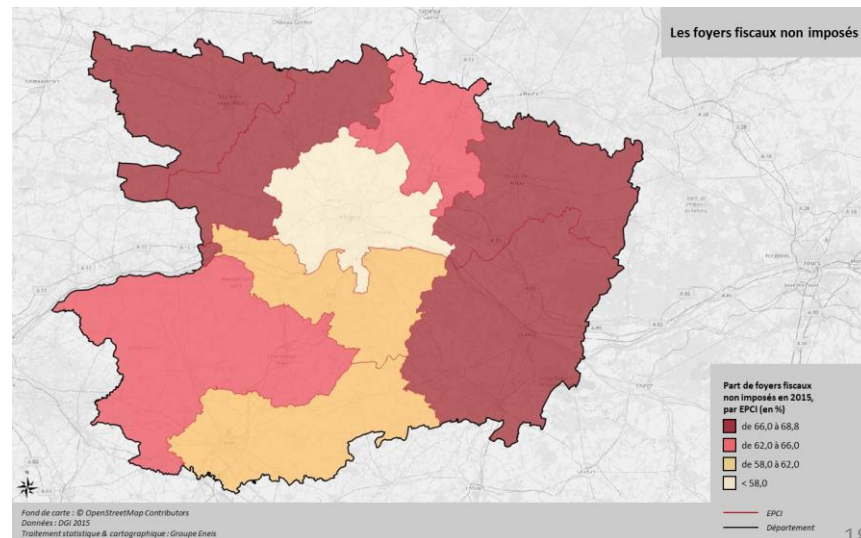


Source : Insee, Filosofi 2012 - données issues de la typologie

* 50% des ménages déclarent des revenus supérieurs et 50% des revenus inférieurs

UN TAUX DE PAUVRETÉ VARIABLE SELON LE TERRITOIRE CONSIDÉRÉ

- Sur l'ensemble du territoire départemental, le taux de pauvreté est relativement faible, s'élevant à 11,7 contre 14,7 à l'échelle nationale en 2014.
- Le taux de pauvreté est variable selon la commune considérée : il est plus élevé dans le centre des agglomérations. Angers connaît un taux de pauvreté de 19,4 et Saumur de 17,5 en 2014.

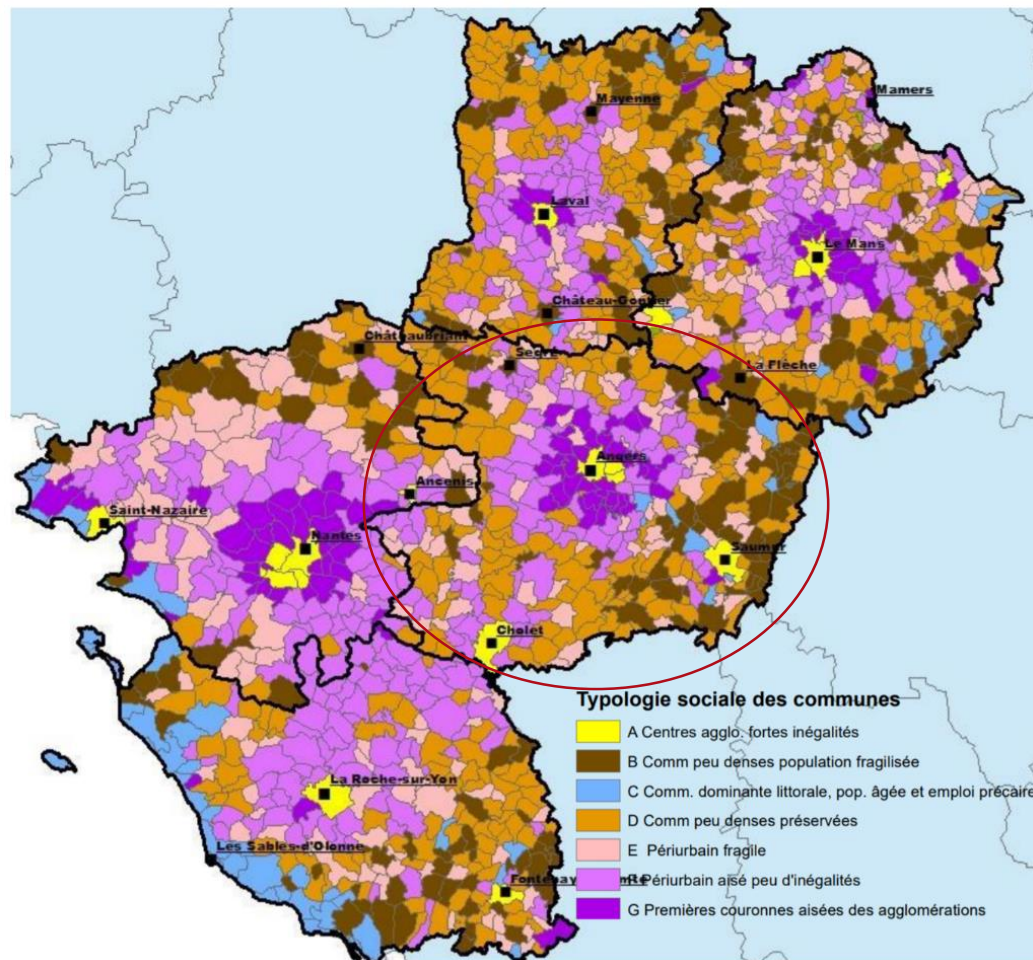


CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

UNE DISTINCTION ENTRE CENTRES URBAINS ET PÉRIPHÉRIES

DES COMMUNES AUX PROFILS DISTINCTS, ENTRE AGGLOMÉRATIONS, PÉRIPHÉRIES ET COMMUNES PEU DENSES

- Au centre du département, **l'agglomération d'Angers concentre des communes aux fortes inégalités**. Les espaces péri-urbains, en périphérie de l'agglomération angevine, se caractérisent par **une population aisée, avec un niveau moindre d'inégalités**.
- Les villes de **Cholet et Saumur** présentent également de **fortes inégalités**, mais leurs périphéries sont moins aisées qu'autour d'Angers.
- Les communes les plus fragilisées économiquement sont les plus éloignées des agglomérations et de leurs périphéries directes et sont **peu densément peuplées**.



Source : PRS Pays de la Loire

CONTEXTE SANITAIRE

UN TAUX DE MORTALITÉ MOINS ÉLEVÉ QUE SUR LE RESTE DU TERRITOIRE

UNE ESPÉRANCE DE VIE ÉLEVÉE

- **L'espérance de vie à la naissance** en Maine-et-Loire s'élève à **79,7 ans pour les hommes** et à **85,7 ans pour les femmes**, soit un **niveau plus favorable que pour la France métropolitaine** (respectivement 78,5 et 84,9). Les habitants du Maine-et-Loire vivent également plus longtemps que les habitants des Pays de la Loire (79,1 pour les hommes et 85,1 pour les femmes).

Espérance de vie à la naissance en 2014

	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France métropolitaine
Hommes	79,8 ans	79,1 ans	79,0 ans
Femmes	85,8 ans	85,1 ans	85,6 ans

Source : Diagnostic de santé Maine-et-Loire, ORS, 2017

UN TAUX DE MORTALITÉ LÉGÈREMENT INFÉRIEUR AUX NIVEAUX RÉGIONAL ET NATIONAL

- A l'instar de l'espérance de vie, le **taux de mortalité met en évidence une situation plus favorable pour le département de Maine-et-Loire** : il est **moins élevé qu'en France métropolitaine et que dans la région** (8,0 décès pour 1000 habitants dans le Maine-et-Loire en 2014 contre 8,6 à l'échelle régionale et nationale).

Les décès domiciliés

Territoires de santé	Nombre de décès 2014	Poids dans la région	Evolution du nombre de décès 2004-2014	Taux de mortalité*
Loire-Atlantique (44)	10 365	33,3	+ 11,6	7,9
Maine-et-Loire (49)	6 346	20,4	+ 4,6	8,0
Mayenne (53)	2 759	8,9	+ 8,6	9,0
Sarthe (72)	5 277	17,0	+ 8,5	9,3
Vendée (85)	6 373	20,5	+ 18,9	9,8
Région des Pays de la Loire	31 120	100,0	+ 10,7	8,6
France métropolitaine	545 023	/	+ 7,4	8,6

* nb de décès 2014 pour 1 000 habitants (RP 2012)

Source : Insee, Etat Civil

Source : Diagnostic de santé, PRS Pays de la Loire

CONTEXTE SANITAIRE

UNE MORTALITÉ PRÉMATURÉE MOINS IMPORTANTE

UN TAUX DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE PLUS FAIBLE...

- **Le taux de mortalité prématurée** met également en évidence un contexte sanitaire plus favorable pour les habitants du Maine-et-Loire : ce taux est en effet nettement inférieur à la situation nationale comme régionale.
- A l'échelle de la région, la **mortalité par troubles mentaux et du comportement augmente depuis le milieu des années 2000** : elle a progressé de 0,7% en moyenne par an, soit un rythme plus soutenu que pour la France (+0,4%). Elle reste cependant inférieure de 7% à la moyenne nationale.

...MAIS CERTAINES CAUSES DE DÉCÈS PLUS PRÉGNANTES

- **En revanche, certaines causes de mortalité prématurée sont plus marquées dans le département** : l'indice comparatif de mortalité par suicide s'élève à 121 dans le Maine-et-Loire (un niveau néanmoins moins élevé que dans la Région où l'indice atteint 132).
- L'indice comparatif de **mortalité par pathologie liée à l'alcool** traduit une situation similaire à la tendance nationale (tandis que la région présente une mortalité de ce type plus élevée).

Indices comparatifs de mortalité (2013)			
	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France
<i>Indice comparatif de mortalité prématurée (décès de personnes de moins de 65 ans)</i>	90	97	100
<i>Indice comparatif de mortalité par suicide</i>	121	132	100
<i>Indice comparatif de mortalité par pathologie liée à l'alcool</i>	102	117	100

Source : diagnostic santé Maine-et-Loire 2017, ARS Pays de la Loire

CONTEXTE SANITAIRE

UNE MORTALITÉ PAR SUICIDE ÉLEVÉE

UN TAUX DE SUICIDE ÉLEVÉ, MALGRÉ UNE LÉGÈRE TENDANCE À LA BAISSÉ

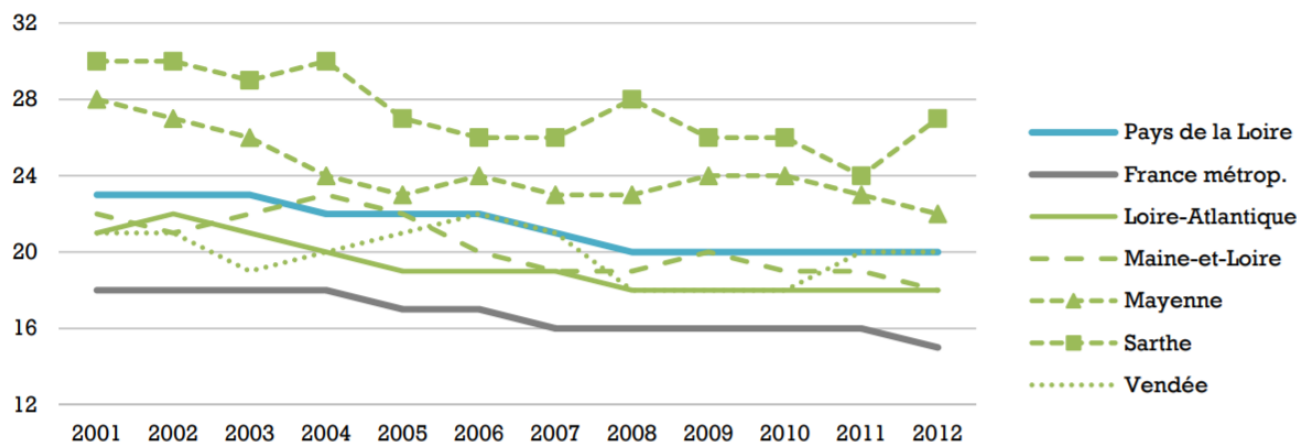
- La **fréquence du suicide est nettement supérieure dans la région** au reste du territoire métropolitain, avec une différence en 2012 de près de 5 points.
- Le taux standardisé de mortalité par suicide est particulièrement élevé dans la Sarthe, atteignant près de 28 décès pour 100 000 habitants en 2012. Il est en comparaison un peu moins défavorable pour le Maine-et-Loire (18) mais il reste supérieur à la moyenne nationale (14).
- Comme à l'échelle nationale et régionale, une **légère tendance à la baisse du taux de mortalité par suicide** s'observe dans le temps.
- Cette prévalence du suicide est également visible dans le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans, plus élevée pour le Maine-et-Loire en 2015 (17,6 hospitalisations pour tentative de suicide pour 10 000 jeunes de 12-18 ans) que pour le reste du territoire français (16,1).

Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans (pour 10 000 habitants de 12 à 18 ans) en 2015

Maine-et-Loire	France
17,6	16,1

Source : Atlas de santé mentale

Evolution du taux standardisé de mortalité par suicide



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

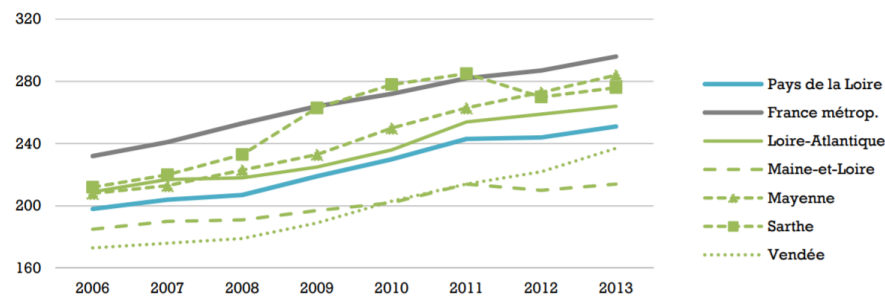
CONTEXTE SANITAIRE

UNE POPULATION MOINS TOUCHÉE PAR LES ALD POUR TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT

MOINS D'ALD QU'À L'ÉCHELLE RÉGIONALE ET NATIONALE

- A l'échelle de la région, **environ 60 000 personnes sont en ALD 23** (pathologies psychiatriques) et **environ 20 000 en ALD 15** (démences) (d'après Rim-P 2011). Ces prévalences sont inférieures de 5% à la moyenne nationale pour les démences (ALD 15) et de 9% pour les autres pathologies psychiatriques (ALD 23).
- Le **nombre d'ALD pour troubles mentaux et du comportement est moins important dans le département de Maine-et-Loire** en comparaison avec l'échelle régionale et nationale. Le Maine-et-Loire dispose du taux standardisé d'admission en ALD pour troubles mentaux et du comportements le plus faible de la région en 2013.

Evolution du taux standardisé d'admission en ALD pour troubles mentaux et du comportement



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

minimum Pays de la Loire France (base 100) Maine-et-Loire maximum			Maine-et-Loire				Indicateur				Comparaison à la moyenne nationale	
			Effectif	Indicateur	Évolution annuelle		Départements minimum	Départements maximum	Pays de la Loire	France	France	
Troubles mentaux et du comportement			C3	C4	C5		C6	C7	C8	C9		
188	Personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement		16 812	80	nc		80	110	90	100		
189	Admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement		1 878	74	+2,1%		74	95	85	100		

Source : diagnostic santé Maine-et-Loire 2017, ARS Pays de la Loire

CONTEXTE SANITAIRE DES HOSPITALISATIONS MOINS FRÉQUENTES

MOINS DE PERSONNES HOSPITALISÉES EN PSYCHIATRIE, À L'EXCEPTION DES COURTS SÉJOURS

- Pour l'année 2011, plus de 80 000 personnes âgées de 16 ans et plus habitant les Pays de la Loire ont été prises en charge par un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie. Parmi elles, 19 000 environ ont été hospitalisées à temps complet.
- Le Maine-et-Loire compte **moins de personnes prises en charge dans un établissement psychiatrique** en comparaison avec la moyenne nationale et régionale. De même, le nombre de personnes prises en charge dans un établissement psychiatrique à temps complet est moins important en comparaison avec les autres départements français et la situation nationale.
- En revanche, le territoire présente un **taux de personnes hospitalisées en court séjour pour troubles mentaux nettement supérieur** à la moyenne nationale et régionale.

			Maine-et-Loire			Indicateur				Comparaison à la moyenne nationale	
Effectif	Indicateur	Évolution annuelle	Départements minimum	maximum	Pays de la Loire	France					
C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9					
France											
Troubles mentaux et du comportement											
190	Personnes prises en charge par un établissement de psychiatrie		21 949	82	nc	82	107	89	100		
191	Personnes prises en charge par un étab. de psychiatrie à temps complet		4 104	85	nc	85	97	88	100		
192	Pers. hospitalisées en court séjour pour troubles mentaux et du comportement		4 249	121	+1,3%	80	156	109	100		

Source : diagnostic santé Maine-et-Loire 2017, ARS Pays de la Loire

CONTEXTE SANITAIRE

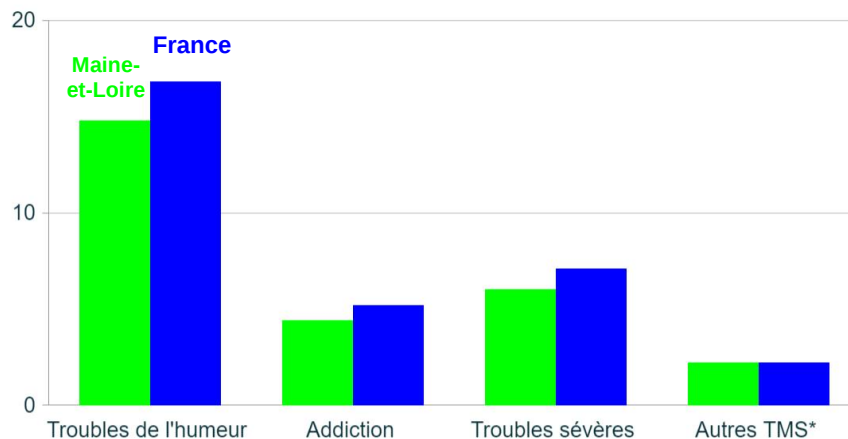
MOINS DE PERSONNES PRISES EN CHARGE POUR TROUBLES PSYCHIQUES

UN TAUX DE PERSONNES PRISES EN CHARGE ET UN NIVEAU DE CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS INFÉRIEURS AU NIVEAU NATIONAL

- D'après les données de l'Assurance Maladie, **le taux de personnes prises en charge pour troubles psychiques est moins élevé dans le département qu'en France**, quels que soient les troubles considérés (troubles de l'humeur, addiction, troubles sévères, autres TMS...). Par exemple, le taux de personnes prises en charge pour troubles de l'humeur atteint en France 17% des bénéficiaires du régime général, contre environ 15% pour le Maine-et-Loire.
- De même, la **consommation de médicaments** de types antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques ou neuroleptiques est **globalement moins élevée dans le Maine-et-Loire** en 2015. Ainsi, à titre d'illustration, la consommation d'antidépresseurs concerne près de 55% des bénéficiaires du régime général de 18 à 64 ans, contre près de 65% en France.

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

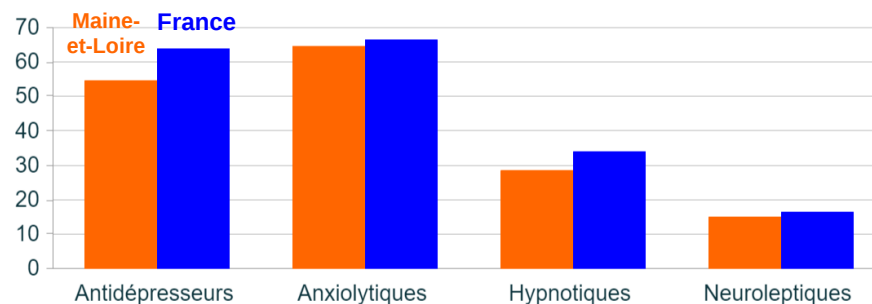
(% bénéficiaires RG 18 à 64 ans)



source : SNIIRAM - 2015

Consommation de médicaments

(% bénéficiaires RG 18 à 64 ans)



source : SNIIRAM - 2015

CONTEXTE TERRITORIAL SYNTHÈSE

CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

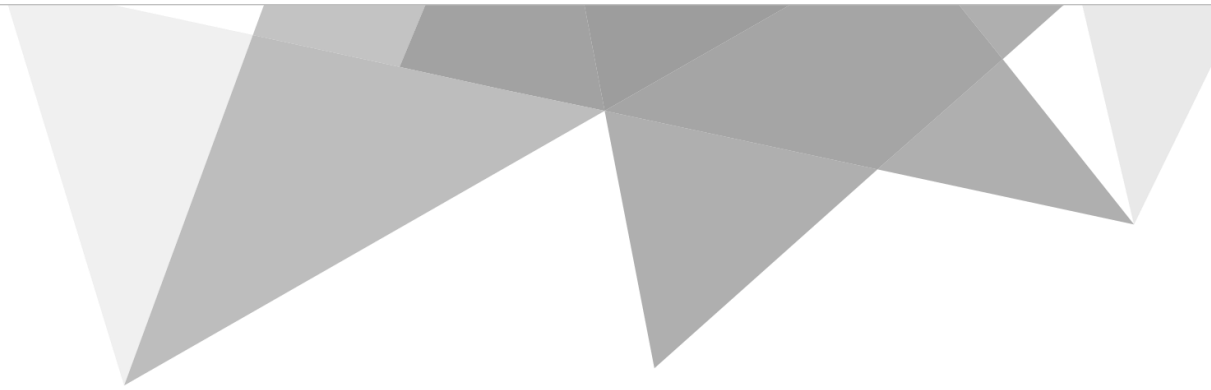
- Une **population en légère augmentation**, au sein de laquelle 1 habitant sur 5 vit à Angers
- Une **population vieillissante**, même si le phénomène est moins marqué dans le département qu'à l'échelle régionale ou nationale
- Un **risque d'isolement social**, avec 15% de la population vivant seule
- Une **proportion importante de familles monoparentales**, notamment dans les agglomérations

CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

- Un **taux de chômage globalement moins défavorable** sur le territoire qu'en France métropolitaine, mais des variations infra-départementales importantes
- Une **population moins diplômée que la moyenne nationale**, avec une nette distinction entre l'agglomération d'Angers et le reste du territoire
- Des **centres urbains caractérisés par de fortes inégalités économiques**, des **périphéries plus aisées** et des **communes peu densément peuplées avec un niveau médian de revenus faibles**

CONTEXTE SANITAIRE

- Un **taux de mortalité globalement plus faible** qu'à l'échelle nationale mais **certaines causes de décès plus fréquentes**, notamment le suicide
- **Moins d'ALD et d'hospitalisations dans le département que dans les Pays de Loire et qu'en France métropolitaine**, mais davantage de personnes hospitalisées en **courts séjours pour troubles mentaux et du comportement**
- Une **moindre consommation de médicaments psychotropes et un taux de personnes prise en charge pour troubles psychiques moins élevé dans le Maine-et-Loire** en comparaison avec la situation nationale



PRÉSENTATION DE L'OFFRE DE SOINS DU DÉPARTEMENT

OFFRE DE SOINS L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE PSYCHIATRIE

UNE OFFRE DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE HISTORIQUEMENT ORGANISÉE EN 10 SECTEURS

Le département de Maine et Loire est historiquement organisé pour la psychiatrie générale en 10 secteurs géo-démographiques identiques en population d'environ 70 000 habitants. Ces secteurs sont rattachés à 3 établissements hospitaliers.

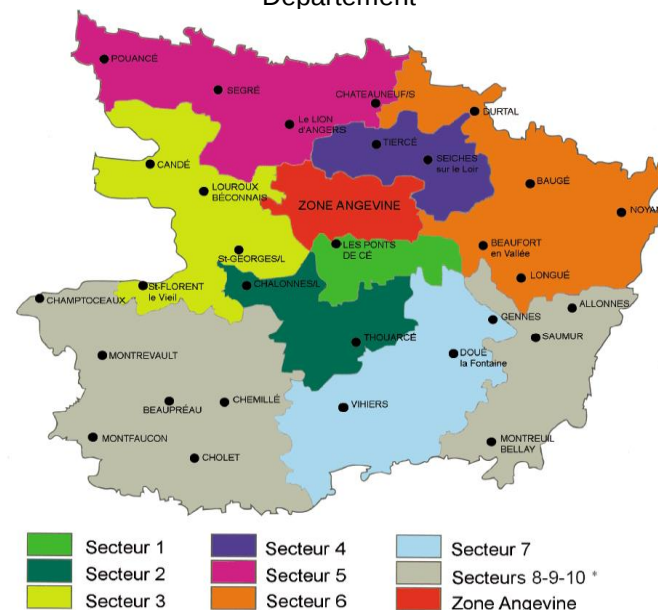
- 7 secteurs de psychiatrie adulte (dont Angers et son agglomération rattachées aux 7 secteurs) et 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont ainsi rattachés au **CESAME** (Centre de Santé Mentale Angevin),
- 1 secteur de psychiatrie adulte et 1 secteur de psychiatrie infanto-juvénile sont rattachés au **centre hospitalier de Saumur**,
- 2 secteurs de psychiatrie adulte et 1 secteur de psychiatrie infanto-juvénile sont rattachés au **centre hospitalier de Cholet** (dont un secteur comprenant 8 communes de Vendée).

Les 3 établissements sont autorisés à recevoir des patients en soins sans consentement.

Hors sectorisation, **deux cliniques psychiatriques** sont également présentes: la Clinique Saint-Didier à Avrillé (plus particulièrement spécialisée dans les troubles bipolaires et les syndromes dépressifs) et l'Institut Psychothérapique La Menantière au Pin-en-Mauges (pour les jeunes de 16 à 30 ans). Par ailleurs, **le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers dispose d'une activité de psychiatrie.**

Le Centre soins études Pierre Daguet à Sablé-sur-Sarthe répond également aux besoins des jeunes du département en accompagnant des **jeunes de 15 à 25 ans bénéficiant de soins tout en poursuivant leurs études.**

SECTORISATION ADULTES
Département



SECTORISATION ADULTES
Angers



OFFRE DE SOINS

L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE PSYCHIATRIE

UNE OFFRE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE HISTORIQUEMENT ORGANISÉE EN 4 SECTEURS

Le département est organisé en **4 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile** : Est et Ouest (CESAME), Saumur et Cholet. Angers est subdivisée en deux secteurs (Est et Ouest).

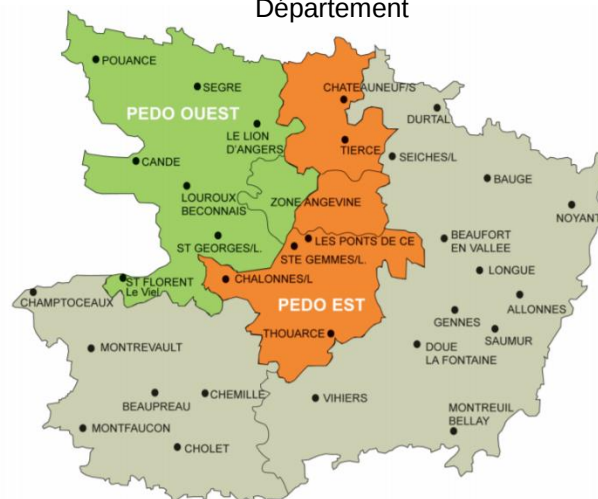
Il est à noter que **seul le CESAME comporte des lits d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie** (Centre Roger Misès). Sur le secteur de Saumur, les lits d'hospitalisation sont, par conventionnement, rattachés au CESAME et situés sur le plateau des capucins à Angers.

Une **convention de coordination Psychiatrie infanto-juvénile CESAME-CHOLET-SAUMUR**, signée en 2011 par les 3 établissements hospitaliers et la Délégation Territoriale de Maine et Loire, organise la continuité des soins (maintien du lien entre l'enfant, l'adolescent et l'équipe référente). Il s'agit d'organiser la collaboration en matière d'hospitalisation entre l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile ouest du CESAME et l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile du CH de Cholet d'une part, et entre l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile Est du CESAME et l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile du CH de Saumur d'autre part.

SECTORISATION ENFANTS
Angers



SECTORISATION ENFANTS
Département



OFFRE DE SOINS L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE PSYCHIATRIE

UNE RÉORGANISATION RÉCENTE DES SECTEURS

Une **rénovation récente des secteurs adultes dépendants du CESAME** en pôle a conduit à une simplification des découpages sectoriels, avec la définition des pôles suivants :

- Le pôle MAINE intégrant les secteurs 3, 5 et 7
- Le pôle LOIRE, intégrant les secteurs 1, 2, 4 et 6
- Le pôle de Roger MISES, intégrant les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile Est et Ouest.

Au sein de ces nouveaux pôles, les secteurs ont été maintenus dans leurs contours géographiques, à l'exception du secteur 5 qui se répartit entre les secteurs 3 et 7, au sein d'un même pôle.

La **non-superposition des secteurs enfants et adultes** sur le territoire génèrent des difficultés dans la prise en charge des adolescents. Aussi, afin d'éviter toute rupture de parcours pour ce public, la prise en charge des adolescents s'était appuyée sur deux fédérations de pôles :

- le Centre d'Accueil et de Soins Intersectoriel pour Adolescents (CASIA) qui regroupe les pôles 1, 4, 6, 7 et la Pédops Est
- la Fédération Adolescents (Fédé ados) qui regroupe les pôles 2, 3, 5 et la Pédops Ouest

Ces fédérations n'existent plus depuis juin 2017 et des **problématiques de non-concordances de secteurs de prise en charge** demeurent sur le territoire : un jeune dépendant d'un secteur enfants peut dépendre de différents secteurs adultes, gérés par des établissements différents.





OFFRE DE SOINS

L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE PSYCHIATRIE

FOCUS : LES ACTIVITÉS EN MATIÈRE DE PSYCHIATRIE DU CHU D'ANGERS

Sans porter d'activité de secteur, le CHU participe à la prise en charge des patients inscrits dans un parcours de soins psychiatriques. Le service de Psychiatrie et d'Addictologie propose différentes prises en charge pour les patients majeurs souffrant de troubles psychiques et/ou addictifs avec ou sans produit, incluant les troubles du comportement alimentaire : des soins non programmés avec évaluation dans les différents services du CHU dont les urgences adultes et la réanimation, et des soins programmés avec consultations d'évaluation rapide à la demande des médecins généralistes ou des médecins spécialistes pour des pathologies résistantes.

Au décours de ces évaluations initiales, des soins peuvent être proposés dans les différentes unités de soins du service : hospitalisation complète d'addictologie et de psychiatrie, hospitalisation de semaine, hospitalisation de jour. Dans ces différentes unités, la prise en charge est pluridisciplinaire avec intervention de l'équipe médicale de psychiatrie et d'addictologie mais aussi la possibilité d'intervention d'assistante sociale, de psychologue clinicienne, de neuropsychologue, de nutritionniste, d'art-thérapeute, de psychomotricienne...

Des collaborations existent avec le CESAME et consistent en :

- L'activité réalisée par l'Unité Paramédicale d'Accueil Psychiatrique (UPAP) mise à disposition par le CESAME, intégrée au service d'accueil des urgences du CHU, qui intervient en collaboration avec le service de psychiatrie d'adultes du CHU **sur l'activité d'urgences et de liaison**. Cette équipe infirmière participe également à un **groupe de parole à destination des familles de patients suicidants** (groupe MAGRITTE). Cette équipe est sous la responsabilité fonctionnelle du SAU.
- **L'activité réalisée par des médecins psychiatres du CESAME dans le service de gériatrie clinique** (3 demi-journées par semaine).
- **L'activité de psychiatrie infanto-juvénile réalisée dans le champ de la périnatalité**, en lien avec le service de gynécologie et l'Unité de Psychiatrie de l'enfant et l'adolescent du CHU.
- L'activité réalisée par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, en coopération avec l'unité Maine (« Clinique de l'Adolescent ») du Département de pédiatrie et l'Unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, pour la **prise en charge des enfants et des adolescents admis au CHU** **été relevant d'une prise en charge de la psychiatrie infanto-juvénile** de secteur. Cependant, le CHU vient de procéder à une restructuration globale de ses services de pédiatrie. La clinique Maine a été fermée et l'accueil en pédiatrie (médecine, chirurgie, psychiatrie) se fait maintenant dans deux grandes unités de 18 lits : unités des petits moyens et unités des moyens grands. Il est à noter que l'unité des moyens grands de 18 lits semble de nouveau occupée en grande partie par des adolescents présentant des troubles psychiques.



OFFRE DE SOINS

L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE PSYCHIATRIE

FOCUS : LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DU 49

Depuis le 1^{er} juillet 2016, le GHT 49 a succédé à la CHT 49 conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Elle regroupe les établissements publics suivants : le CHU d'ANGERS, l'hôpital Saint NICOLAS, le centre hospitalier de CHOLET, le centre hospitalier de Saumur, le centre hospitalier de Longué-Jumelles, le centre de santé mentale Angevin CESAME, l'hôpital intercommunal du Baugeois et de la Vallée, l'hôpital de la corniche angevine, le centre hospitalier de Doué la Fontaine, le centre hospitalier Layon-Aubance et le centre intercommunal Lys Hyrôme.

Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de créer les conditions d'élaboration et de mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge partagée et graduée des patients dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité dans une logique de continuité du parcours de santé.

Parmi les 6 orientations stratégiques, l'organisation du parcours de soins en santé mentale est concernée par l'orientation numéro 4 : « porter une attention particulière aux patients en situation de handicap, de précarité ou en difficulté psychique ». La spécificité de la filière santé mentale est mise en exergue. La stratégie du groupement en matière de santé mentale est définie en cohérence avec la politique de santé mentale mentionnée dans l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 et notamment avec le projet territorial de santé mentale créé par ce même article de loi. Il s'agit d'organiser la complémentarité des projets et orientations stratégiques de cette filière, au service de la continuité des parcours de soins et de l'accès aux soins pour tous les patients du territoire.

OFFRE DE SOINS

UNE OFFRE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE MOINS DENSE QU'EN FRANCE

UNE OFFRE D'HOSPITALISATION RELATIVEMENT MOINS IMPORTANTE – 1/2

- La **densité de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile** (tous établissements) s'élève à 10,1 pour 100 00 habitants de 0 à 16 ans, soit **un niveau inférieur à celui de la France** (16,6). Le Maine-et-Loire présente un taux intermédiaire au sein de la région, avec des équipements particulièrement faibles en Loire-Atlantique (7,2) et dans la Sarthe (7,3) et au contraire très élevés en Vendée (27,7).
- **Seul le CESAME comporte des lits d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie.** Ces 18 lits sont localisés au Centre de psychiatrie et de l'enfant Roger Misès au nord d'Angers.
- En matière d'hospitalisation partielle, **la densité de lits en psychiatrie infanto-juvénile est également plus faible qu'en France.** On dénombre 58,7 lits pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans contre 70,7 en France. Au regard des autres départements des Pays de la Loire, le Maine-et-Loire présente une situation plus favorable que la Mayenne et la Sarthe. En revanche, la Vendée présente, comme pour l'hospitalisation complète, un taux nettement supérieur à celui du département et de la France.
- Si le CH de Cholet et de Saumur n'offrent pas de lits d'hospitalisation complète, ils disposent en revanche de **places d'hospitalisation de jour**. Le CH Cholet compte 23 places représentant 5 994 journées. Avec la fin du dispositif « classes thérapeutiques », le CH dispose de 20 places d'hospitalisation de jour supplémentaires, soit 43 places au total.
- Le CH Saumur compte 10 places, représentant 1 269 journées.
- A noter que pour la psychiatrie privée, ni la clinique Saint-Didier ni l'institut psychothérapique de la Menantière n'accueillent d'enfants en hospitalisation. L'institut psychothérapique de la Menantière est en effet spécialisé dans l'accueil des jeunes entre 16 et 30 ans, recensés dans la population adulte.

Densité de lits d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile (tous établissements) pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans (2015)		
	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle
Maine-et-Loire	10,1	58,7
Loire-Atlantique	7,2	67,1
Mayenne	11,5	33,2
Sarthe	7,3	19,5
Vendée	27,7	82,5
France	16,6	70,7

Source : Atlas de santé mentale

OFFRE DE SOINS

UNE OFFRE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE MOINS DENSE QU'EN FRANCE

UNE OFFRE D'HOSPITALISATION RELATIVEMENT MOINS IMPORTANTE – 2/2

- Seul le **CESAME** comporte des lits d'hospitalisation de nuit (représentant 59 journées d'après les données SAE).
- Le CESAME dispose également d'une **offre de placement familial thérapeutique** (48 journées).

HOSPITALISATION – SAE 2016		Psychiatrie infanto-juvénile		
		Capacité d'accueil - nombre de lits ou places installées		
Nom de la structure	Hospitalisation à temps plein	Placement familial thérapeutique	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit
CESAME STE GEMMES SUR LOIRE	18	1	50	2
CENTRE HOSPITALIER DE CHOLET	-	-	23	-
CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR	-	-	10	-
DEPARTEMENT	18	1	83	2
REGION	94	31	439	2

HOSPITALISATION – SAE 2016		Psychiatrie infanto-juvénile			
		Prise en charge (nombre de séjours ou journées)			
Nom de la structure	Hospitalisation à temps plein (nombre de séjours)	Hospitalisation à temps plein	Placement familial thérapeutique	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit
CESAME STE GEMMES SUR LOIRE	247	4 647	48	1 447	59
CENTRE HOSPITALIER DE CHOLET	-	-	-	5 994	-
CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR	-	-	-	1 269	-
DEPARTEMENT	247	4 647	48	8 710	59
REGION	1 721	21 380	4 431	41 265	100

OFFRE DE SOINS

UNE OFFRE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE MOINS DENSE QU'EN FRANCE

DES DENSITÉS PLUS FAIBLES POUR LES STRUCTURES AMBULATOIRES – 1/2

- La densité de CMP comme de CATTP pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans est plus faible dans le Maine-et-Loire que dans le reste du territoire français. Le département compte ainsi 2,7 CMP pour 100 000 enfants de 0 à 16 ans contre 5,9 en France et 0,9 CATTP contre 2,9 en France.
- De plus, il est à noter que **68,8% des CMP sont ouverts 5 jours ou plus** par semaine en psychiatrie infanto-juvénile contre **80,4% en France**.
- Le CESAME exerce une **activité ambulatoire** sur deux intersecteurs Est et Ouest du département : ces intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile réalisent une **activité de liaison** avec une cinquantaine de partenaires (IME, ITEP, SESSAD, etc.).
- Le CH de Saumur dispose d'un **service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent organisé autour de 3 CMP** (Saumur, Doué la Fontaine, Baugé) qui réalise les consultations médico-psychologiques.

	Densité de CMP et CATTP pour 100 00 habitants de 0 à 16 ans	
	Maine-et-Loire	France
CMP ou densités de consultation des services	2,7	5,9
CATTP	0,9	2,9

Source : Atlas de santé mentale

OFFRE DE SOINS

UNE OFFRE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE MOINS DENSE QU'EN FRANCE

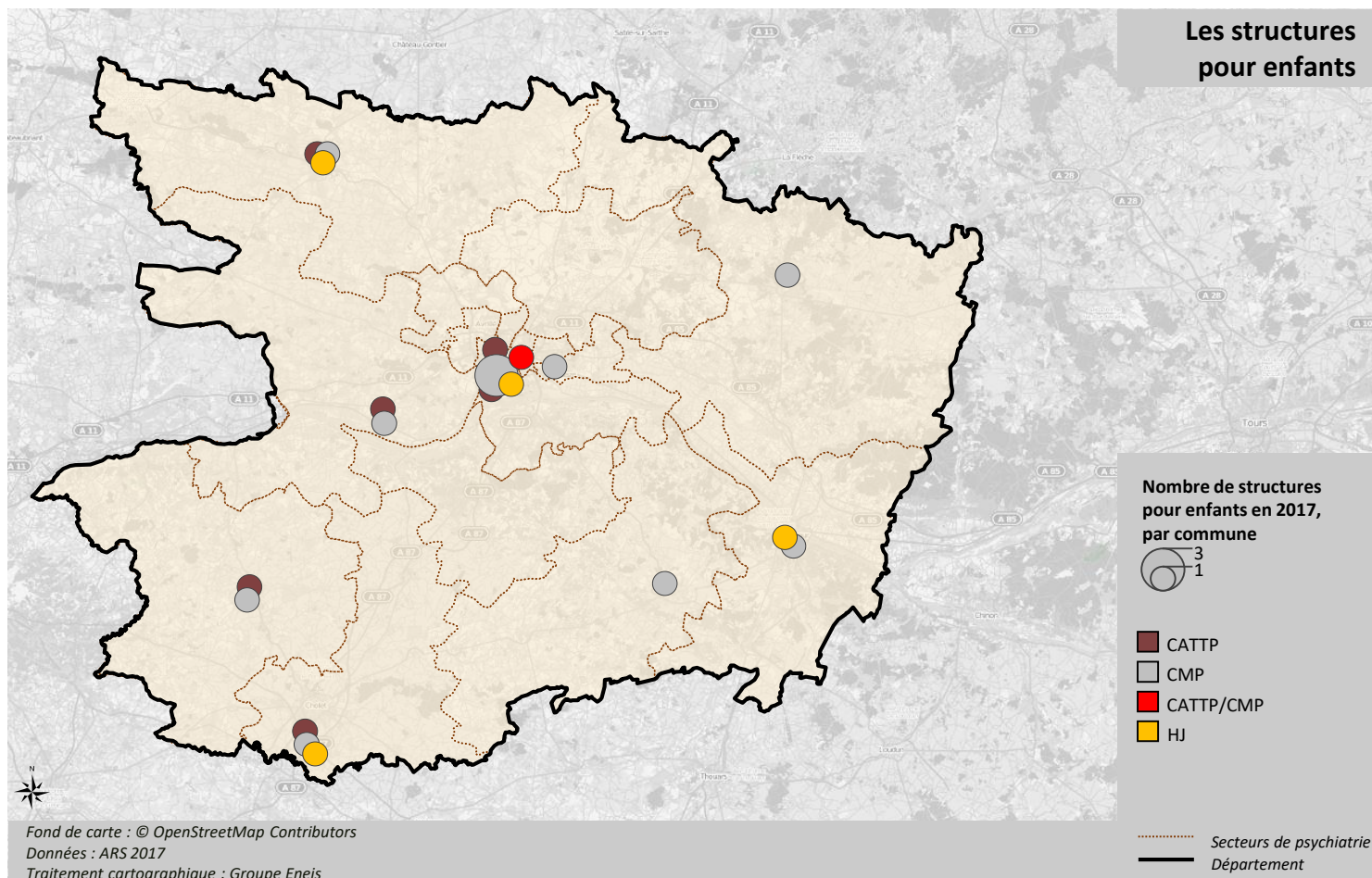
DES DENSITÉS PLUS FAIBLES POUR LES STRUCTURES AMBULATOIRES – 2/2

AMBULATOIRE – SAE 2016		Psychiatrie infanto-juvénile	
		Capacité d'accueil	
Nom de la structure	CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie - ouverts moins de 5 jours par semaine	CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie - ouverts 5 jours par semaine ou plus	CATTP
CESAME STE GEMMES SUR LOIRE	3	6	9
CENTRE HOSPITALIER DU CHOLET	-	4	2
CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR	2	1	1
DEPARTEMENT	5	11	12
REGION	24	56	39

AMBULATOIRE – SAE 2016		Psychiatrie infanto-juvénile				
		Activité - nombre d'actes, soins, interventions				
Nom de la structure	CMP ou unité de consultation des services en psychiatrie	CATTP	à domicile ou en institution substitutive au domicile	en établissement social ou médico-social	en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence)	en établissement médico-éducatif/PMI/en milieu scolaire
CESAME STE GEMMES SUR LOIRE	20 813	9 533	104	89	51	48
CENTRE HOSPITALIER DU CHOLET	14 086	1 146	428	35	375	11 724
CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR	8 327	2 071	23	89	130	101
DEPARTEMENT	43 226	12 750	555	213	556	11 873
REGION	218 394	30 260	5 699	511	8 821	13 714

OFFRE DE SOINS

UNE OFFRE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE MOINS DENSE QU'EN FRANCE



OFFRE DE SOINS

UNE OFFRE DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE DÉVELOPPÉE

UNE OFFRE NÉANMOINS MOINS IMPORTANTE EN HOSPITALISATION COMPLÈTE – 1/3

- La **densité de lits d'hospitalisation partielle en psychiatrie** (48,8 pour 100 000 habitants de plus de 16 ans) **est plus élevée qu'en France** (37,3). **La densité de lits pour l'hospitalisation complète est de 87,1 lits** (plus élevée que les autres départements des Pays de Loire à l'exception de la Mayenne) mais **s'avère inférieure à la moyenne nationale** (105,8).
- Le **CESAME propose une hospitalisation à temps plein, à temps partiel, de jour ou de nuit**. Il compte une unité d'accueil familial thérapeutique (14 places) et des appartements thérapeutique (10 places). De plus, le foyer de post-cure de Rocheloire offre un hébergement en alternative à l'hospitalisation qui s'inscrit dans une politique d'insertion et soins (19 places).
- Le **CH de Cholet compte au total 67 lits de psychiatrie adulte** en hospitalisation complète à temps plein en 2018 (données CH Cholet).
- Le **CH de Cholet compte de plus 31 places de psychiatrie adulte en hospitalisation à temps partiel de jour et 4 en hospitalisation de nuit** sur trois sites (au CH de Cholet, à l'hôpital de jour à Cholet, Boulevard des Cordeliers et à l'Hôpital de Beaupréau et de nuit sur le site de l'Hôpital de jour boulevard des Cordeliers à Cholet).

Densité de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale (tous établissements) pour 100 000 habitants de plus de 16 ans (2015)

	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle
Maine-et-Loire	87,1	48,8
Loire-Atlantique	75,2	40,7
Mayenne	122,2	36,9
Sarthe	75,1	34,3
Vendée	71,4	40,3
France	105,8	37,3

Source : Atlas de santé mentale

OFFRE DE SOINS

UNE OFFRE DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE DÉVELOPPÉE

UNE OFFRE NÉANMOINS MOINS IMPORTANTE EN HOSPITALISATION COMPLÈTE – 2/3

- Le CH de Saumur dispose de **24 lits de psychiatrie adulte en hospitalisation à temps plein**. L'unité Loire offre des soins au regard de l'état clinique des patients tandis que l'unité Thouet dispense des soins tournés vers la rééducation, la réhabilitation avec un abord de la réinsertion socioprofessionnelle. Le CH de Saumur compte 22 places d'hospitalisation adulte à temps partiel (2 de nuit et 20 de jour) et de 2 places d'accueil thérapeutique familial.
- L'offre de soins en hospitalisation pour la psychiatrie adulte est également portée par le **secteur privé**.
 - La clinique Saint Didier à Avrillé, établissement privé à but lucratif, compte **33 lits d'hospitalisation complète adulte** (plus de 18 ans) sur un site unique.
 - L'institut psychothérapique du Pin en Mauges, établissement privé à but non lucratif, compte **62 places d'hospitalisation complète à destination des 16 - 30 ans**. C'est le seul établissement psychiatrique du grand ouest à posséder une autorisation exclusive soins pour les jeunes de 16 à 30 ans. D'après le rapport Lhuillier, 25% de la file active de la structure est néanmoins constituée de mineurs. Par ailleurs, seulement 35% des patients proviennent du département du Maine-et-Loire, 40% de Loire-Atlantique, le reste des patients provenant des autres départements de la région.
- Malgré une offre moins importante en unité temps plein, **l'accès à cette offre est plus facile dans le Maine-et-Loire que sur le territoire national**. En effet, 1,3% de la population se situe à 45 min ou plus d'une unité à temps plein contre 4,6% pour le territoire français et 3,1% pour la région.

OFFRE DE SOINS

UNE OFFRE DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE DÉVELOPPÉE

UNE OFFRE NÉANMOINS MOINS IMPORTANTE EN HOSPITALISATION COMPLÈTE – 3/3

HOSPITALISATION – Source : SAE 2016		Psychiatrie générale				
Capacité d'accueil - nombre de lits ou places installées		Prise en charge à temps complet			Prise en charge à temps partiel	
Nom de la structure	Hospitalisation à temps plein	Placement familial thérapeutique	Accueil en appartement thérapeutique	Accueil en centre de post cure	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit
CESAME STE GEMMES SUR LOIRE	314	14	10	12	233	10
CENTRE HOSPITALIER DU CHOLET	75	-	-	-	31	4
CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR	24	2	-	-	20	2
CLINIQUE SAINT DIDIER	33	-	-	-	-	-
INST. PSYCHOTHERAPIQUE LA MENANTIERE	62	-	-	-	-	-
DEPARTEMENT	508	16	10	12	284	16
REGION	2 275	152	38	214	1 150	57

HOSPITALISATION – Source : SAE 2016		Psychiatrie générale						
Prise en charge (nombre de séjours ou journées)		Prise en charge à temps complet					Prise en charge à temps partiel	
Nom de la structure	Hospitalisation à temps plein (nombre de séjours)	Hospitalisation à temps plein	Placement familial thérapeutique	Accueil en appartement thérapeutique	Accueil en centre de post cure	Séjours thérapeutiques	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit
CESAME STE GEMMES SUR LOIRE	4 208	95 003	3 964	2 397	2 829	293	18 420	115
CENTRE HOSPITALIER DU CHOLET	954	26 234	-	-	-	-	6 287	969
CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR	410	6 665	92	-	-	44	1 857	702
CLINIQUE SAINT DIDIER	291	10 952	-	-	-	-	-	-
INST. PSYCHOTHERAPIQUE LA MENANTIERE	240	21 553	-	-	-	-	-	-
DEPARTEMENT	6 103	160 407	4 056	2 397	2 829	337	26 564	1 786
REGION	30 622	737 083	45 223	9 365	54 936	1 699	155 581	9 916

OFFRE DE SOINS

UNE OFFRE DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE DÉVELOPPÉE

UNE OFFRE DE CMP ET CATTP IMPORTANTE

- **L'offre ambulatoire de psychiatrie à destination des adultes est plus dense dans le département du Maine-et-Loire** qu'à l'échelle régionale comme nationale. On dénombre ainsi 5 CMP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus dans le département contre 3,8 dans les Pays de la Loire d'une part et 4,2 en France.
- De même pour la densité des CATTP, alors que le Maine-et-Loire compte 3,5 structures pour 100 000 habitants, les Pays de la Loire comme la France comptent 2,4 CATTP pour 100 000 habitants.
- D'après les données SAE 2016, 88% des CMP sont ouverts 5 jours par semaine ou plus dans le Maine-et-Loire.

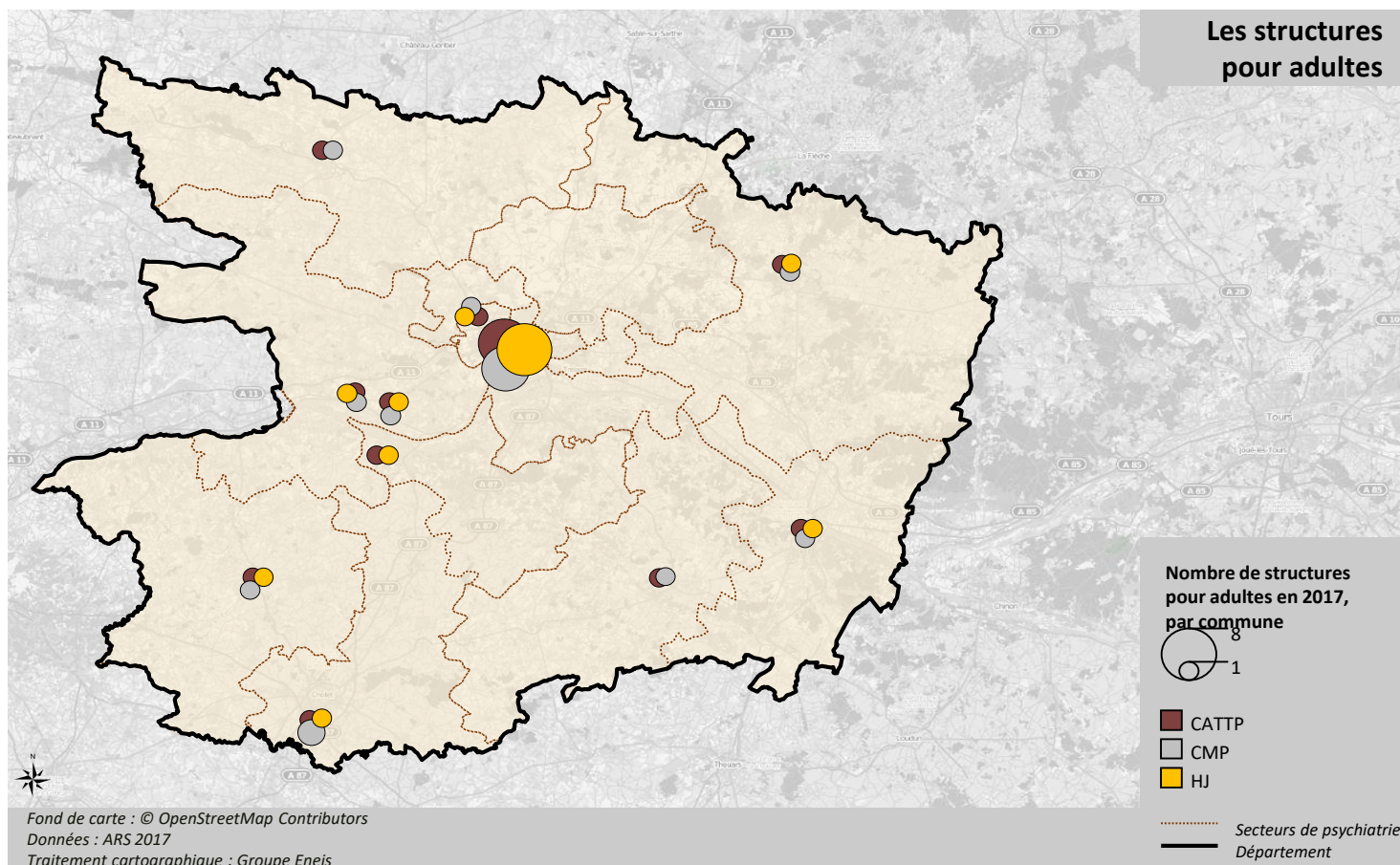
Densité de CMP et CATTP pour 100 00 habitants			
	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France
CMP	5	3,8	4,2
CATTP	3,5	2,4	2,4

Source : Atlas de santé mentale

AMBULATOIRE – SAE 2016		Psychiatrie générale							
		Capacité d'accueil		Activité - nombre d'actes, soins, interventions					
Nom de la structure	CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie - ouverts moins de 5 jours par semaine	CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie - ouverts 5 jours par semaine ou plus	CATTP	CMP ou unité de consultation des services en psychiatrie	CATTP	à domicile ou en institution substitutive au domicile	en établissement social ou médico-social	en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence)	en établissement médico-éducatif/PMI/en milieu scolaire
CESAME STE GEMMES SUR LOIRE	4	23	19	80 998	25 174	6 538	7 110	831	3
CENTRE HOSPITALIER DU CHOLET	-	5	2	21 053	9 764	2 434	3 337	4 615	-
CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR	-	1	1	6 899	5 079	1 651	1	796	2
DEPARTEMENT	4	29	22	108 950	40 017	10 623	10 448	6 242	5
REGION	15	95	71	473 693	134 609	46 876	19 042	45 920	31

OFFRE DE SOINS

UNE OFFRE DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE DÉVELOPPÉE



OFFRE DE SOINS

UNE OFFRE DE PSYCHIATRIE LIBÉRALE EN RECUL

UNE DENSITÉ DE PSYCHIATRES LIBÉRAUX INFÉRIEURE À LA MOYENNE NATIONALE

- Concernant l'offre de psychiatrie libérale, depuis 2004, les **effectifs de psychiatres libéraux ont diminué de 3% dans le département** (d'après ORES, Pays de Loire). A ce recul de l'offre s'ajoute un **enjeu majeur de démographie médicale** : la part des psychiatres de plus de 55 ans dépasse 67% pour le Maine-et-Loire (contre 66,3% pour la France)
- Si la baisse de la densité de l'offre de soins concerne l'ensemble du territoire national, il est à noter qu'en Maine-et-Loire pour l'année 2016, **la densité de psychiatres libéraux (8,8) est d'ores et déjà plus faible que la moyenne nationale (9,9) mais se maintient au dessus de la moyenne régionale (6,8)**. En 2018, le territoire compte **70 psychiatres libéraux pour 104 233 prescriptions**. **Près de 40% des prescriptions concernent les moins de 20 ans.**
- En matière **d'accessibilité**, une **nette distinction apparaît entre le centre du territoire et la périphérie** (à l'exception de l'agglomération de Saumur bénéficiant d'une meilleure accessibilité potentielle localisée aux psychiatres libéraux).

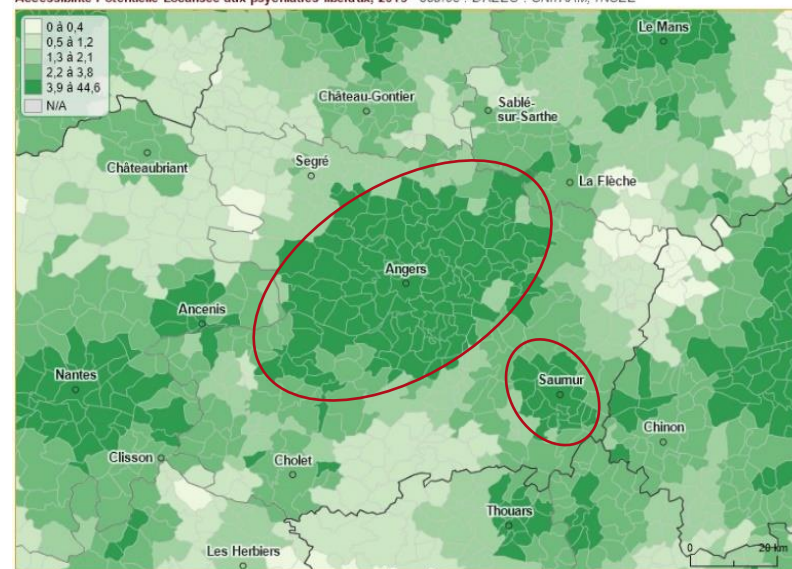
Part des psychiatres libéraux de 55 ans ou plus (en 2016)

Maine-et-Loire	Pays de La Loire	France
67,6	66,8	66,3

Source : Atlas de santé mentale, RPPS, INSEE 2016

	Densité de psychiatres (pour 100 000 habitants) en 2016		
	Maine-et-Loire	Pays de La Loire	France
Tous modes d'exercice	20,1	17	23
Libéraux ou mixtes	8,8	6,8	9,9

Accessibilité Potentielle Localisée aux psychiatres libéraux, 2013 - source : DREES : SNIIRAM, INSEE



© Atlasanté - IGN GEOFLA® - France par Communes et Arrondissements municipaux

OFFRE DE SOINS

UNE OFFRE DE PSYCHIATRIE LIBÉRALE EN RECUL

Spécialité	Classe âge	Montants remboursés	Nbre de prescriptions
33	Moins de 1 an	44,77	4
33	1 à 4 ans	18 618,40	1 567
33	5 à 9 ans	168 572,43	16 217
33	10 à 14 ans	130 435,37	11 761
33	15 à 19 ans	124 342,95	10 599
33	20 à 24 ans	92 537,49	4 306
33	25 à 29 ans	191 717,93	5 370
33	30 à 34 ans	251 269,21	5 405
33	35 à 39 ans	344 353,48	6 647
33	40 à 44 ans	409 919,66	10 771
33	45 à 49 ans	510 560,33	7 707
33	50 à 54 ans	486 467,92	9 038
33	55 à 59 ans	453 242,39	4 479
33	60 à 64 ans	322 229,32	2 741
33	65 à 69 ans	223 365,78	3 317
33	70 à 74 ans	133 094,62	1 817
33	75 à 79 ans	70 349,84	1 575
33	80 à 84 ans	38 093,91	333
33	85 à 89 ans	22 445,17	504
33	90 à 94 ans	6 873,51	36
33	Plus de 95 ans	1 046,23	39
TOTAL		3 999 580,71	104 233

- En 2018, le territoire compte **70 psychiatres libéraux pour 104 233 prescriptions.**
- **Près de 40% des prescriptions concernent les moins de 20 ans.**

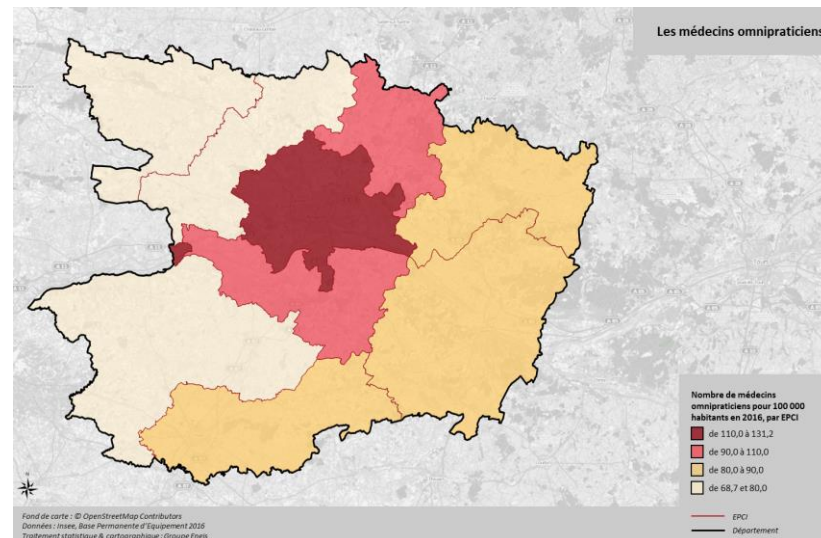
OFFRE DE SOINS UN ENJEU D'ACCESSIBILITÉ À LA MÉDECINE GÉNÉRALE

UNE INÉGALE ACCESSIBILITÉ À LA MÉDECINE GÉNÉRALE

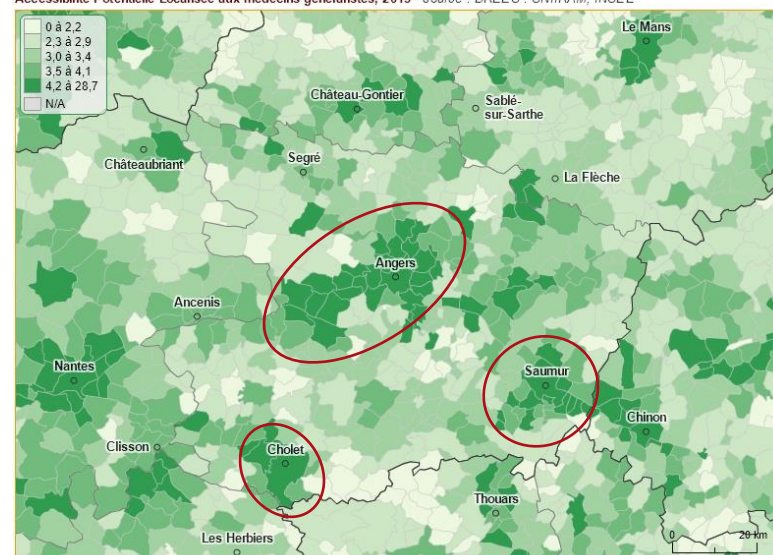
- En 2016, le Maine-et-Loire compte 155,0 généralistes (tous modes d'exercice) pour 100 000 habitants, soit une **densité de médecins un peu plus faible que la moyenne métropolitaine (155,2)**. **La densité de médecins dans le Maine-et-Loire est moins défavorable que dans les autres départements des Pays de la Loire**, notamment la Vendée (126,0) la Sarthe (121,1) et la Mayenne (112,9).
- La densité de médecins généralistes est variable sur le territoire de Maine-et-Loire. **Angers et sa périphérie présente ainsi une densité plus élevée. Les territoires ruraux ont en revanche des densités plus faibles.**
- Ces disparités génèrent des **enjeux d'accessibilité à la médecine générale**, avec une accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes fortement différenciée entre les agglomérations et le reste du territoire, comme l'illustre la carte ci-contre.

Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2016

Maine-et-Loire	France
152,0	155,2



Accessibilité Potentielle Localisée aux médecins généralistes, 2015 - source : DREES : SNIIRAM, INSEE



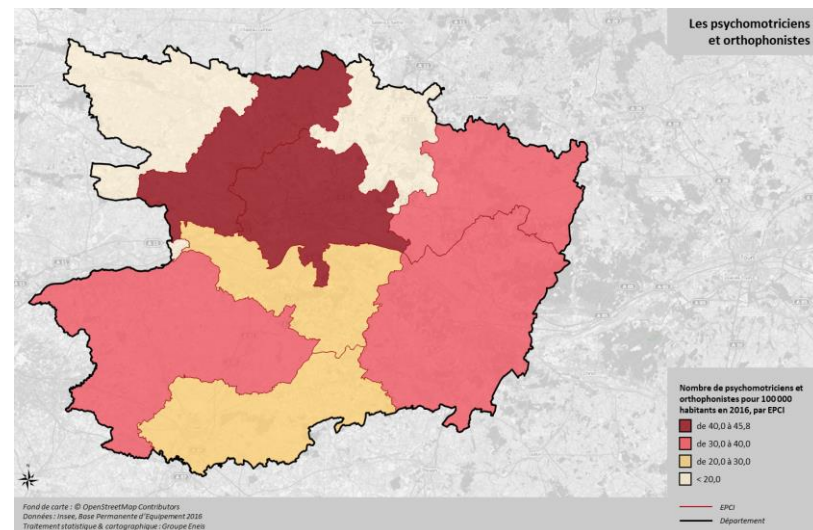
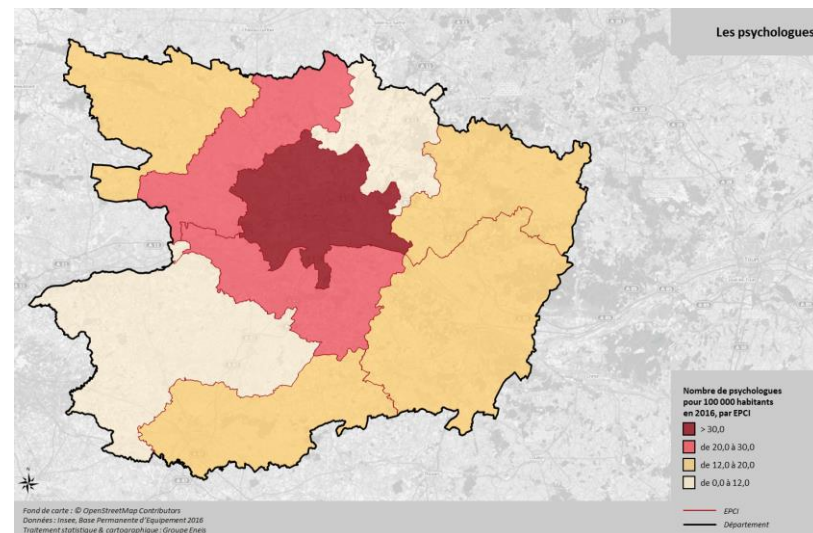
OFFRE DE SOINS UNE INÉGALE RÉPARTITION TERRITORIALE DES PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX

UNE CONCENTRATION DANS LES AGGLOMÉRATIONS

- La densité moyenne de psychologues sur le territoire du **Maine-et-Loire** est **plus faible** qu'à l'échelle régionale comme nationale. En effet, on dénombre 25,1 psychologues pour 100 000 habitants dans le département contre 26,6 et 27,1 respectivement dans les Pays de la Loire et en France.
- La concentration de psychologues est plus importante dans les agglomérations et **en particulier à Angers**.
- Par ailleurs, l'accès à des consultations de psychologues se heurte à des freins financiers pour une partie de la population.
- La **répartition des orthophonistes et des psychomotriciens libéraux est également inégale** sur le territoire. Aussi la CC des Vallées du Haut-Anjou et la CU Angers Loire Métropole présentent des densités plus élevées. *Ce recensement ne tient pas compte des professionnels salariés intervenant en établissement de santé ou ESSMS.*

Densité de psychologues (pour 100 000 habitants)		
Maine-et-Loire	Pays de La Loire	France métropolitaine
25,1	26,6	27,1

Source : Atlas de santé mentale, RPPS, INSEE 2016



OFFRE DE SOINS SYNTHÈSE

- Un **équipement moins important en psychiatrie infanto-juvénile** en comparaison avec la moyenne nationale, tant en matière d'hospitalisation qu'en offre ambulatoire
- Une **offre de soins psychiatriques pour les adultes développée mais néanmoins inférieure à la moyenne nationale** en ce qui concerne les lits **d'hospitalisation à temps complet**. Des **offres à temps partiel et en structures ambulatoires** (CMP et CATTP) en revanche **plus importantes que sur le reste du territoire national**
- Des **équipes mobiles spécialisées**, auprès des personnes âgées, des personnes en grande précarité ainsi que des bébés et de leurs parents
- Une **densité de médecins généralistes similaire à la situation nationale mais des enjeux d'accessibilité**, avec une inégale répartition des praticiens sur le territoire
- Comme sur l'ensemble du territoire national, une **offre de psychiatrie libérale en recul**, avec un enjeu particulièrement marqué de démographie (part élevée de psychiatres de plus de 55 ans). Une **accessibilité variable d'un territoire à l'autre**, avec une plus grande facilité d'accès à la psychiatrie libérale au centre du territoire et dans les grandes agglomérations
- Des **professionnels paramédicaux plus présents dans les grandes agglomérations** et une **densité de psychologues inférieure à la moyenne nationale** sur le territoire du Maine-et-Loire

OFFRE DE SOINS SYNTHÈSE

Psychiatrie infanto-juvénile

Densité de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie infanto-juvénile (tous établissements) pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans (2015)	
Maine-et-Loire	France
10,1	16,6

Densité de CMP et CATTP pour 100 00 habitants de 0 à 16 ans (2015)		
	Maine-et-Loire	France
CMP ou unités de consultation des services	2,7	5,9
CATTP	0,9	2,9

Psychiatrie générale

Densité de lits d'hospitalisation en psychiatrie générale (tous établissements) pour 100 000 habitants de plus de 16 ans (2015)	
Maine-et-Loire	France
87,1	105,8

Densité de CMP et CATTP pour 100 00 habitants de plus de 16 ans (2015)			
	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France
CMP	5	3,8	4,2
CATTP	3,5	2,4	2,4

Densités médicales

Densité de médecins généralistes (pour 100 000 habitants) en 2016	
Maine-et-Loire	France
152,0	155,2

Densité de psychiatres libéraux ou mixtes (pour 100 000 habitants) en 2016		
Maine-et-Loire	Pays de La Loire	France
8,8	6,8	9,9



AXE 1 - LE REPÉRAGE PRÉCOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ÉLABORATION D'UN DIAGNOSTIC ET L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS

❖ 1A - ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.1. L'accès au repérage et au diagnostic précoces

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements

❖ 1B – ADULTES

1B.1. L'accès aux soins et aux accompagnements

1B.2. L'accès aux soins et aux accompagnements pour les publics spécifiques ou vulnérables :
Personnes âgées, personnes éloignées du soin,
Addictions, personnes sous main de justice

AXE 1 - LE REPÉRAGE PRÉCOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ÉLABORATION D'UN DIAGNOSTIC ET L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS

« L'organisation des conditions du **repérage précoce des troubles psychiques**, de l'élaboration d'un **diagnostic** et de l'**accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux** »

Cette thématique traite de l'offre de soins à destination des personnes présentant des troubles psychiques, à savoir le repérage des troubles, l'élaboration d'un diagnostic, l'accès à des soins et à un accompagnement social et médico-social. Elle recouvre également les enjeux de **continuité et de coordination** entre les différentes formes de prises en charge et d'accompagnements d'une personne atteinte de troubles psychiques. La thématique recouvre aussi les enjeux de **délais d'attente, d'accessibilité géographique et d'accessibilité financière** des soins psychiatriques.



AXE 1 - LE REPÉRAGE PRÉCOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ÉLABORATION D'UN DIAGNOSTIC ET L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS

❖ 1A - ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.1. L'accès au repérage et au diagnostic précoces

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements

❖ 1B – ADULTES

1B.1. L'accès aux soins et aux accompagnements

1B.2. L'accès aux soins et aux accompagnements pour les publics spécifiques ou vulnérables :
Personnes âgées, personnes éloignées du soin,
Addictions, personnes sous main de justice

1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.1. L'accès au repérage et au diagnostic précoces (1/2)



Leviers et ressources du territoire

Difficultés repérées et po d'attention



- **Une offre spécifique existante sur le territoire dans le champ de la périnatalité :**
 - À Angers : une unité de soins CATTP « **pour et autour du bébé** » (les bébés et leurs parents) est également implantée au sein du Centre Roger Misès et s'adresse aux enfants nés (jusqu'à 24 mois) ou à naître. Le CATTP « pour et autour du bébé » dispose d'une activité mobile
 - À Saumur : une **équipe mobile de périnatalité AUBE** (Autour du Bébé – 0-3 ans) qui se déplace sur les trois sites de psychiatrie infanto-juvénile, à la maternité, dans les PMI ou les Maisons des solidarités. Elle fonctionne avec un praticien référent, 2 psychologues, 2 psychomotriciens et 2 infirmiers. Cette équipe réalise une évaluation initiale et relaie vers le dispositif adapté si un suivi est nécessaire.
 - À Cholet : le **Service d'Intervention Précoce A l'Hôpital et à Domicile (SIPHAD)** permettant la prise en compte précoce de la souffrance psychique des enfants, de la conception à la scolarisation (< 3 ans), et de leurs parents. En fonction des situations, les soins sont proposés à l'hôpital ou à domicile.
- Des interventions à articuler avec le **dispositif PANJO**, aujourd'hui expérimenté sur le secteur de Saumur, mais qui a vocation à s'étendre à tout le département (axe du PRS 2).
- **Un maillage territorial des acteurs du repérage et du diagnostic précoce :**
 - Une implantation de **proximité de la PMI** et une bonne connaissance par les professionnels de la PMI et des MDS du dispositif de soins, d'après le rapport Lhuillier
 - Un **CAMSP polyvalent** situé à Angers (Centre Robert Debré – MFAM) assurant une mission de diagnostic (0-6 ans).
 - Un **CAMSP – CMPP** (Centre Françoise Dolto – ASEA 49) (0-18 ans) situé à Angers avec des antennes à **Cholet** et **Saumur**
 - Un pôle régional du **CRA à Angers** et des antennes à **Cholet** et à **Saumur**.
- La création à venir d'un **SESSAD de 10 places dédié aux enfants présentant des troubles du spectre autistique (TSA) précoces** (projet porté par le Pôle Enfance Famille de la Mutualité Française Anjou-Mayenne en partenariat avec le CAMSP, qui assure des diagnostics précoces de difficultés de développement de l'enfant, et les services de pédopsychiatrie du CESAME).

- Des soins périnataux qui restent à développer, notamment avec des équipes mobiles favorisant l'accès aux soins et aux accompagnements
- Un manque de formation des acteurs au **repérage des troubles du développement et des apprentissages**
- **Des difficultés d'accès à un diagnostic de l'autisme**, un besoin de formation des professionnels – une approche psychanalytique encore très présente dans le département
- Des **délais d'attente importants pour le CAMSP-CMPP** (d'après le rapport Lhuillier) en raison d'une demande de soins à la hausse, pouvant conduire à des refus de nouvelles prises en charge

1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.1. L'accès au repérage et au diagnostic précoces (2/2)



Leviers et ressources du territoire

- Une **amélioration dans le repérage et le diagnostic précoce des enfants** du point de vue des acteurs du territoire, grâce à une meilleure coordination des différents acteurs du repérage précoce (par exemple, liens établis avec le milieu scolaire)
- Un **lien de qualité entre les CMP et CMPP et la médecine scolaire** d'après le rapport Lhuillier, grâce à la mise en œuvre de la Charte départementale sur la filière enfants-adolescents

Difficultés repérées et points d'attention



- Malgré une amélioration, un **repérage et un diagnostic précoce jugés encore insuffisants** par les acteurs du territoire
- Des moyens dédiés à la santé scolaire – acteur du repérage – jugés insuffisants



1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.1. L'accès au repérage et au diagnostic précoces

ZOOM – DISPOSITIF PANJO

PANJO : Promotion de la santé et de l'attachement des nouveaux-nés et de leurs jeunes parents : un outil de renforcement des services de PMI.

Deux objectifs

- Proposer la mise en place d'un service gradué en PMI allant du service universel (*accueil dans les centres de PMI*) au suivi à domicile orienté sur les familles primipares se déclarant isolées.
- Renforcer les capacités préventives de la PMI notamment sur les relations précoces parents-enfants en instituant la visite à domicile comme outil privilégié.

Expérimentation d'un dispositif de visites à domicile comprenant :

- Une formation destinée
 - À l'ensemble des professionnels des centres de PMI
 - Aux puéricultrices de PMI réalisant des visites à domicile (approfondissement)
- Des visites à domicile auprès des parents se déclarant isolés et volontaires ou ayant donné leur accord (VAD prénatales et VAD postnatales, soutenues par un guide d'intervention et supervisées par un professionnel de santé mentale).

Participation du secteur Saumur à partir de 2016

- Financement formation : 50% Conseil départemental – 50% ARS Pays-de-la-Loire
- Financement de la supervision par l'équipe de pédopsychiatrie du CH Saumur: prise en charge par l'ARS Pays-de-la-Loire

1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements



Leviers et ressources du territoire

- Existence d'une **charte départementale sur la filière enfants-adolescents**, décrivant l'organisation des coopérations entre acteurs et partenaires pour les enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques (clarification des rôles et formalisation des obligations réciproques)

Difficultés repérées et points d'attention



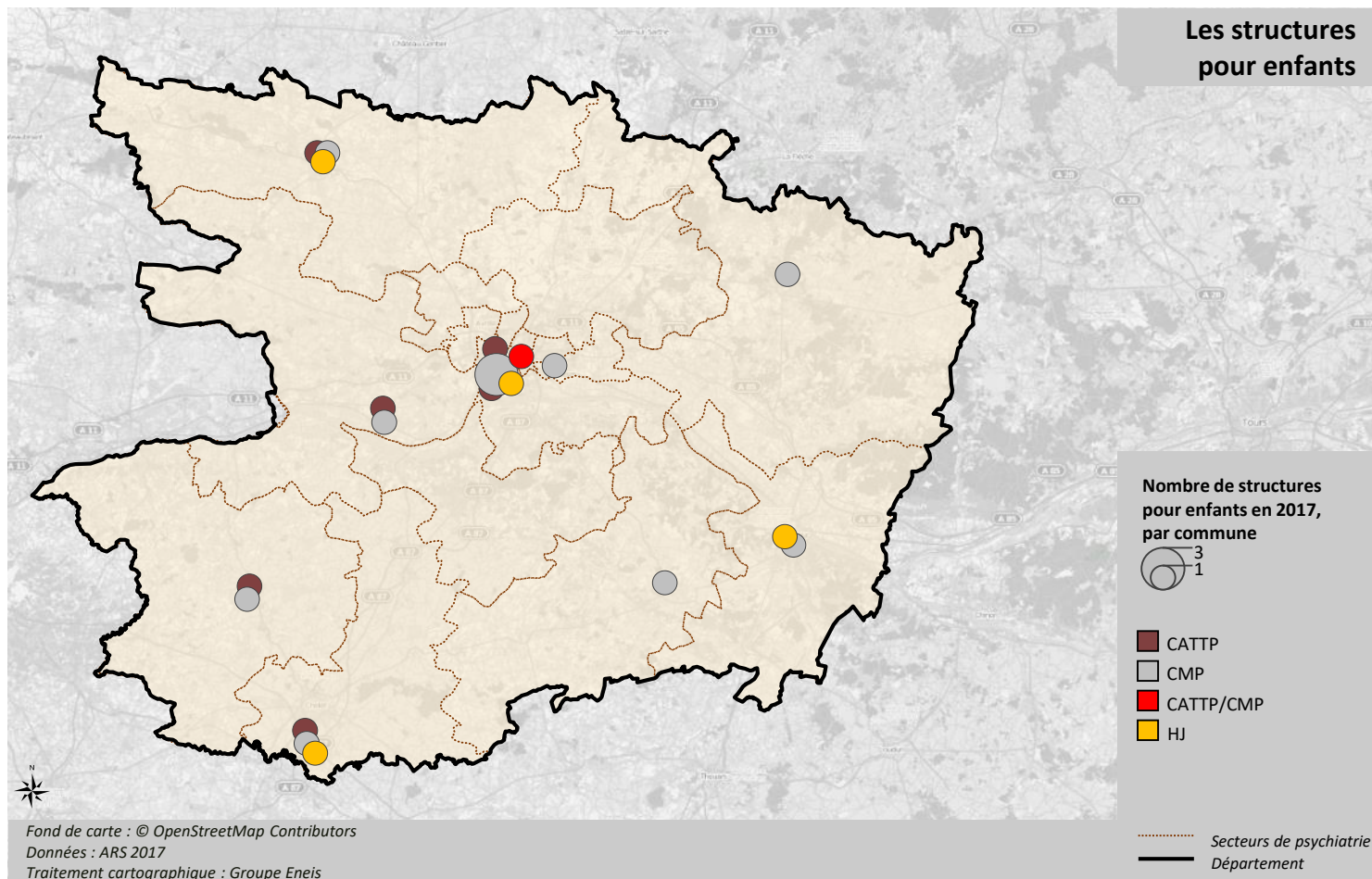
- Une **augmentation de la demande** : des évaluations de handicap et des demandes de bilans psychiatriques de plus en plus fréquents
- Un **nombre de lits en psychiatrie infanto-juvénile pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans inférieur à la densité nationale** – ce qui peut conduire à recourir régulièrement aux lits d'unités de pédiatrie pour garantir la continuité de certains parcours (d'après le rapport Lhuillier)
- Un **manque de lisibilité du dispositif en pédopsychiatrie** pour les parents, un manque d'informations des parents et un non-recours important (d'après le rapport Lhuillier)
- Des **organisations de CMP différentes** créant un manque de visibilité
- Des **difficultés d'accès** liées à la répartition territoriale de l'offre
- Des **délais d'accès à l'offre** en CMP notamment **pour les consultations de pédopsychiatrie très élevés**. D'après les réponses à l'enquête par questionnaire, en moyenne 10 semaines d'attente pour un premier rendez-vous avec un pédopsychiatre (variant de 5 à 24 semaines).



1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements

ZOOM – RÉPARTITION TERRITORIALE DES CATTP, CMP ET HJ POUR ENFANTS





1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements

ZOOM – ORGANISATION DES CMP ENFANTS ET DÉLAIS D'ACCÈS

Parmi les 6 CMP infanto-juvéniles répondants :

- 4 CMP ont mis en place une **organisation visant à réduire les délais**
- 2 ont des plages horaires de **consultations non programmées**
- 2 réalisent des consultations avancées : maternité du CHU et clinique, urgences pédiatriques, PMI (salle d'attente et consultation conjointe)...

Délais d'attente	Moyenne et variations
1 ^{er} rdv infirmier	6,4 semaines en moyenne (variant de 0 à 24 semaines)
1 ^{er} rdv psychologue	13 semaines en moyenne (variant de 4 à 24 semaines)
1 ^{er} rdv psychiatre	11 semaines en moyenne (variant de 5 à 24 semaines)

Source : questionnaire aux acteurs de la santé mentale dans le Maine-et-Loire

1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements: *focus sur l'offre médico-sociale*



Leviers et ressources du territoire

- Sur le champ médico-social : des **admissions concertées entre ESMS** (IME, ITEP, SESSAD) sur le secteur de l'enfance (articulation avec le calendrier scolaire); la mise en place de la Réponse accompagnée pour tous qui devrait permettre de travailler également sur la question des orientations
- **La mise en place d'un pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE)** porté par l'ADAPEI 49 (SESSAD de Cholet) et qui a vocation à accompagner prioritairement les enfants et jeunes adultes (0-25 ans), disposant d'une orientation de la CDAPH mais sans solution d'accompagnement dans le médico-social, quelle que soit leur déficience, vivant à domicile, au domicile de tiers, au sein d'une famille d'accueil ou d'une structure collective relevant de la protection de l'enfance. Une priorité est néanmoins donnée aux **jeunes présentant des troubles du spectre autistique qui représentent plus de la moitié des situations critiques identifiées au niveau régional.**



Difficultés repérées et points d'attention

- Un taux d'équipement global en établissements et services légèrement inférieur à la moyenne nationale (léger déficit pour les déficiences moteurs, les DI et polyhandicap mais densités plus élevées pour TSA, troubles du comportement et handicap psychique)
- Une offre médico-sociale à destination des enfants relativement bien développée et variée mais embolisée par les jeunes adultes en situation **d'amendement CRETON.**



1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements

ZOOM – OFFRE MÉDICO-SOCIALE À DESTINATION DES ENFANTS

	Densité de places PH enfants en 2015		
	Maine-et-Loire	Pays-de-la-Loire	France
CMPP (pour 100 000 hab. de 0 à 20 ans)	0,9	0,8	2,9
ITEP (pour 100 000 hab. de 0 à 20 ans)	185,1	129,5	148,2
IME (pour 100 000 hab. de 0 à 20 ans)	568,4		577,8
SESSAD (pour 100 000 hab. de 0 à 20 ans)	420,6	399,2	397,3

Atlas de santé mentale

	Taux d'équipements (données ARS)	
	Maine-et-Loire	France
Taux d'équipement global en établissements et services	6,4	6,6
<i>Dont taux établissements TSA</i>	0,92	0,45
<i>Dont taux services TSA</i>	0,27	0,21
<i>Dont taux établissements TC et handicap psychique</i>	1,29	1,04
<i>Dont taux services TC et handicap psychique</i>	0,54	0,99



1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements

ZOOM – OFFRE MÉDICO-SOCIALE À DESTINATION DES ENFANTS

ITEP DU TERRITOIRE ET CAPACITÉS AUTORISÉES

Nom	Places autorisées	Précisions	Spécialités
ITEP La Tremblaie	48		Troubles du comportement
ITEP Le Colombier	30	dont 22 places en accueil de jour et 8 internat	Troubles du comportement
ITEP le Thouet	15		Troubles du comportement
ITEP Les Chesnaies	85	dont 8 places handicap psychique	Troubles du comportement + Handicap psychique + Autisme/TSA
ITEP Les Oliviers	30		Troubles du comportement
ITEP La Turmelière	40	dont 20 sont réservées pour le Maine-et-Loire	Troubles du comportement



1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements

ZOOM – OFFRE MÉDICO-SOCIALE À DESTINATION DES ENFANTS

SESSAD DU TERRITOIRE ET CAPACITÉS AUTORISÉES (1/2)

Association	Nom	Territoire	Type de déficience	âge	Places autorisés
ADAPEI	Champfleury	BAUGE	déficience intellectuelle, troubles du comportement	0-20 ans	17
ADAPEI	Sessad de Bagneux	SAUMUR	déficience intellectuelle, TED, troubles du comportement	0-20 ans	18
ADAPEI	Clairval	SEGRE Cedex	déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés, troubles du comportement	0-14 ans	25
ADAPEI	Sessad de Cholet	CHOLET	déficience intellectuelle	0-20 ans	62
ADAPEI	APIC'S	ANGERS	déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés	plus de 20ans / Creton	30
ALAHMI	Vallée de l'Anjou	VERNANTES	déficiences intellectuelles, autisme, avec troubles associés	0-20 ans	29
APF	x	ST BARTHELEMY D'ANJOU	déficients moteurs avec ou sans troubles associés	0-20 ans	35
APSCD	La Tremblaië	ST LEGER SOUS CHOLET	troubles du caractère et du comportement	3-14 ans	20
ARPEP	La Turmelière	VALLET	Polyvalent DI-TC	3-20 ans	21
ARPEP	La Turmelière	BEAUPREAU	Polyvalent DI-TC	3-20 ans	21
ARPEP	La Turmelière	ST GEORGES SUR LOIRE	Polyvalent DI-TC	3-20 ans	21
ARPEP	La Turmelière	LIRE	Polyvalent DI-TC	3-20 ans	21
ARPEP	Les Océanides	ANGERS	Retard mental léger avec troubles associés et/ou troubles du caractère et du comportement, TED	5-20 ans	30
ASEA	Le Colombier	ST BARTHELEMY D'ANJOU	troubles du caractère et/ou déficience intellectuelle	12-25 ans	20
ASEA	Le Colombier	SAUMUR	troubles du caractère et/ou déficience intellectuelle	12-25 ans	10



1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements

ZOOM – OFFRE MÉDICO-SOCIALE À DESTINATION DES ENFANTS

SESSAD DU TERRITOIRE ET CAPACITÉS AUTORISÉES (2/2)

Association	Nom	Territoire	Type de déficience	âge	Capacité
Croix Rouge Française	Doué la Fontaine	DOUE LA FONTAINE	déficience intellectuelle et troubles associés	12-20 ans	22
Franklin Esvière	Les Oliviers	ANGERS	troubles du caractère et du comportement sans déficience mentale	5-12 ans	8
GCSMS ESPACES Anjou	Les Sables	TRELAZE	retard mental léger avec troubles associés Autistes	12-20 (voire 25) ans	52
Handicap'Anjou	DI/TC "Arboretum"	ANGERS	déficience intellectuelle et/ou troubles du comportement	0-20 ans	60
Handicap'Anjou	Marguerite Yourcenar	ANGERS	infirmités motrices cérébrales et infirmités motrices d'origine cérébrale / polyhandicapés	0-16 ans	70
Handicap'Anjou	La Passerelle	ANGERS Cedex 02	déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés	18-25 ans	14
Handicap'Anjou	La Chalouère	ANGERS Cedex 02	enfants autistes	0-20 ans	10
La Résidence Sociale	de Briançon	BAUNE	déficiences intellectuelles, troubles du comportement	0-20 ans	40
Les Chesnaies	Les Chesnaies	BOUCHEMAINE	trouble du comportement et de la personnalité ou déficients intellectuels, avec ou sans troubles associés	3-18 ans	45
Les Chesnaies	Les Chesnaies	ANGERS	trouble du comportement et de la personnalité ou déficients intellectuels, avec ou sans troubles associés	3-18 ans	29
Les Chesnaies	Les Chesnaies	SAUMUR	trouble du comportement et de la personnalité ou déficients intellectuels, avec ou sans troubles associés	3-18 ans	31
Mutualité Anjou Mayenne	du Figuier	ANGERS	Autisme Très précoce	18 mois-4 ans	10
Mutualité Anjou Mayenne	Montclair	ANGERS	déficients visuels	3-20 ans	55
Mutualité Anjou Mayenne	Charlotte Blouin	ANGERS Cedex 02	déficients auditifs	0-20 ans	115

1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements : *focus sur les adolescents (1/2)*



Leviers et ressources du territoire

Une offre spécialisée et dédiée à la prise en charge des adolescents avec :

- Un **service de Médecins de l'adolescent au sein de l'unité Femmes-Parents-Enfants** au CH de Cholet : un hôpital de jour adolescent 12-18 ans de 10 places, une unité de médecine pour adolescents (5 lits d'hospitalisation complète et 5 lits d'hospitalisation de semaine) et une transition de la psychiatrie enfants à la psychiatrie adultes simplifiée par la superposition des secteurs
- Une **prise en charge spécifique des adolescents au CHU d'Angers** au sein de l'unité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (réalisation de diagnostics et de suivis en articulation avec le centre Roger-Misès) - par ailleurs une **astreinte senior commune de pédopsychiatre CHU-CESAME** a été mise en place depuis janvier 2018 et permet une meilleure articulation entre les deux établissements
- L'**institut psychothérapique de la Menantière** spécialisé dans l'accueil des jeunes entre 16 et 30 ans
- Un hôpital de jour 13-20 ans fonctionnant le mercredi sur Saumur pour les ados du territoire de l'est
- Un **département de soins pour adolescents en cours de développement** au niveau du CESAME pour structurer les prises en charge ambulatoires (un axe du projet médical d'établissement)

Difficultés repérées et points d'attention



- Des **articulations à améliorer entre pédopsychiatrie et pédiatrie**:
 - Des prises en charge difficiles dans l'unité adolescents du secteur de pédiatrie au CH de Cholet
 - **Pas de prise en charge structurée dédiée aux adolescents en pédopsychiatrie au CH de Saumur** : des liens avec le centre Roger Misès, ou à défaut avec la pédiatrie du CHU ou du CH de Saumur
 - Un **enjeu d'accompagnement des adolescents souffrant de problème d'addictologie, d'anorexie mentale ou de syndrome dépressif**, pour lesquels il n'existe pas de parcours de soins structuré (adolescents accueillis dans des unités de pédiatrie de courts séjours au CHU, au CH de Cholet et de Saumur alors que leur durée de prise en charge est longue)
 - **Fermeture de la « Clinique de l'Adolescent »** qui était constituée de 10 lits dont 5 dévolus à l'accueil de jeunes adolescents de 12 à 16 ans pour des difficultés psychologiques : tentatives de suicide, troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale, obésité), situations de crise familiale, maltraitance... Une refonte de ces lits au sein de deux grandes unités de 18 lits, non fléchés pour les difficultés psychologiques. Des liens partenariaux à reconstruire.
 - Pas d'acteur spécialisé identifié pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire
- Un **recours non négligeable aux urgences (pédiatriques et générales)** du CHU, du CH de Cholet et de Saumur pour des jeunes comme porte d'entrée à une hospitalisation ou un suivi
- Des **bornes d'âge qui questionnent** :
 - débat sur la pertinence de l'hospitalisation des adolescents de la tranche 16-18 ans en service de psychiatrie adulte, alors que les dispositifs ambulatoires couvrent la tranche d'âge 16-18 ans
 - Continuité du parcours de prise en charge des enfants sortant de pédiatrie à 16 ans? Quelle prise en charge entre 16 et 18 ans?
- Des **risques de rupture d'accompagnement au passage à l'âge adulte** du fait de la non-superposition des découpages entre psychiatrie adulte et intersecteurs de pédopsychiatrie.

1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements : *focus sur les adolescents (2/2)*

Levers et ressources du territoire

Difficultés repérées et points d'attention

- L'expérimentation du dispositif « **Ecoute'moi** » dans le département; dispositif visant à faciliter la prise en charge des jeunes de 11 à 21 ans en situation de souffrance psychique, *via* un accès facilité à des consultations psychologiques. Sur orientation de médecins évaluateurs (médecins scolaires, généralistes ou pédiatres), accès à des consultations de psychologues en libéral remboursées par la CPAM (dans la limite de 10 consultations).
- Une **Maison des Adolescents du Maine-et-Loire**, s'adressant aux jeunes de 11 à 21 ans, avec une équipe composée de professionnels mis à disposition par le CESAME, le CHU et l'association ALiA, offrant un accueil confidentiel, anonyme et gratuit sur diverses questions d'adolescence (accès aux droits, conduites à risque, mal-être, santé, scolarité, sexualité, famille...). D'après le rapport Lhuillier, une Maison des Adolescents parfaitement repérée sur l'espace angevin, reconnue comme un acteur incontournable du parcours. **Des antennes ouvertes récemment à Saumur et à Cholet.**
- Un développement des **consultations avancées de CJC**, favorisant un repérage précoce dans le cadre de l'addictologie et par la suite un accompagnement pluridisciplinaire des adolescents
- Le **service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé** (SUMPPS) de l'université d'Angers comme relais pour les étudiants et qui propose aux étudiants des consultations de psychologue et de psychiatre.

- Les **adolescents identifiés comme public prioritaire** dans le cadre du questionnaire (61,8% des répondants)

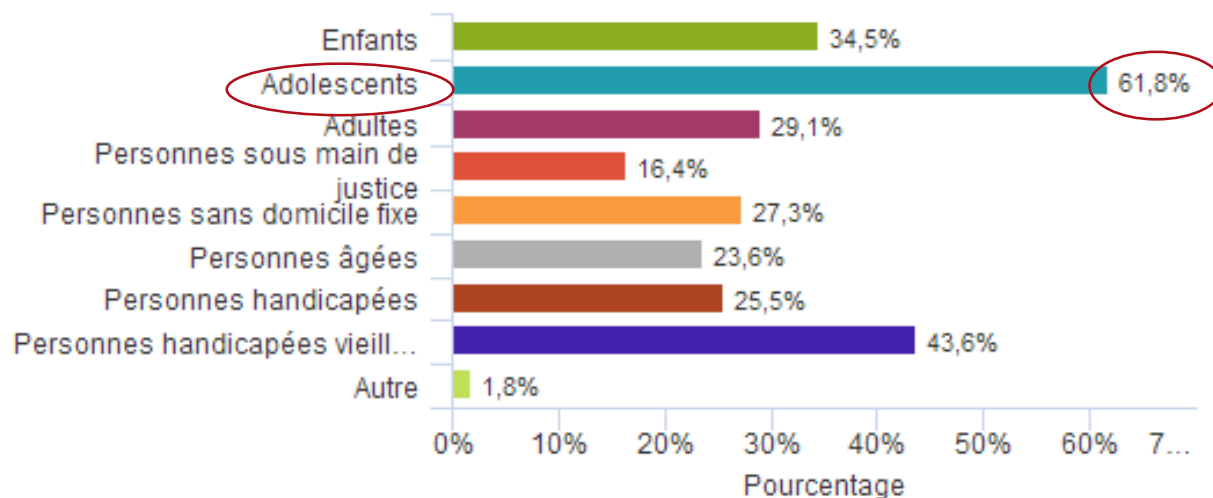


1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements : *focus sur les adolescents*

ZOOM – RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

Quel(s) public(s) devrai(en)t faire l'objet d'une attention plus particulière dans le cadre de l'élaboration du Projet Territorial de Santé mentale du Maine-et-Loire ? 3 choix maximum



55 réponses



1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements : *focus sur les adolescents*

ZOOM – EQUIPES SPÉCIALISÉES DANS LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS

Etablissements autorisés en psychiatrie	Nombre d'ETP (annuel), tout personnel confondu dédiés à la prise en charge des adolescents
CESAME STE GEMMES SUR LOIRE	16,72
CENTRE HOSPITALIER DU CHOLET	3
CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR	3,77
CLINIQUE SAINT DIDIER	/
INST. PSYCHOTHERAPIQUE LA MENANTIERE	/

Source : Données SAE, enquête 2016

1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements : *focus l'accès aux soins des enfants et adolescents suivis par un dispositif de protection de l'enfance (1/2)*



Leviers et ressources du territoire

- Dans le cadre de la **charte départementale sur la filière enfants-adolescents**, des clauses spécifiques définies pour les enfants suivis par l'ASE et non pris en charge par un établissement ou pour les situations complexes
- Un projet de dispositif spécialisé pour des situations complexes, « **Accueil singulier** », initié par le Département, dont l'objectif est de renforcer l'accueil de situations plus complexes en facilitant les passerelles entre les établissements d'accueil de l'ASE et l'hospitalisation en psychiatrie
- Au sein du pôle femme-mère-enfant, l'unité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU d'Angers assure également le suivi psychologique des enfants accueillis pour maltraitance à la Permanence de l'Accueil départemental Pédiatrique de l'Enfant en Danger (PAPED), suite à un signalement ou une procédure judiciaire.
- Existence d'une cellule de veille des enfants placés hospitalisés – à développer

Difficultés repérées et points d'attention



- Un **manque de formation des établissements ASE** aux troubles psychiques
- Un **manque de liens entre les acteurs de l'ASE et de la psychiatrie infanto-juvénile**, alors que les enfants bénéficiant d'un suivi social sont plus touchés par des troubles psychiques, et un manque de liens entre les services et établissements relevant de l'ASE et les acteurs médico-sociaux: des **articulations entre psychiatrie et ASE** définies dans le cadre des travaux de la charte mais à compléter par le travail de conventions
- Un glissement des accompagnements face à ce constat : des demandes d'hospitalisation et des durées d'hospitalisations parfois jugées inadéquates par les professionnels de pédopsychiatrie
- Des **difficultés constatées concernant la prise en charge des transports des jeunes confiés à l'ASE, hébergés dans des lieux éloignés de leurs familles**. En effet, le secteur de pédopsychiatrie de référence est celui du domicile des parents - ceci pouvant entraîner des déplacements longs, plusieurs fois par semaine et un surcoût pour les établissements. La charte départementale de la filière précise « *que les situations de ce type seront étudiées à compter [à compter de janvier 2016] au cas par cas [pour] une adaptation du dispositif à mettre en place, qui tiendra compte de la qualité de prise en charge de l'usager* ». La refonte de l'offre d'accueil a pour objectif de territorialiser davantage et de rapprocher les enfants des familles. La proximité est toujours privilégiée mais pas toujours possible à mettre en œuvre. Le lieu de scolarité est également une variable prise en compte.



Rapport Lhuillier : ASE et pédopsychiatrie « Les enfants bénéficiant d'un suivi social représentent une proportion importante des files actives globales des secteurs de pédopsychiatrie (environ 40 % pour la pédopsychiatrie Ouest du CESAME et Saumur, 30 % pour la pédopsychiatrie Est du CESAME, 20 % pour Cholet). On constate que les enfants confiés à l'ASE font l'objet de soins intensifs (CATTP et hospitalisations) avec une fréquence deux fois supérieure à la file active globale. Ils représentent par exemple 40 % des enfants bénéficiant d'une hospitalisation à temps plein au Centre Roger MISES. Si un enfant sur 15 suivi en pédopsychiatrie Ouest connaîtra une hospitalisation au cours de son parcours de soins, ce chiffre passe à 1 sur 6 pour les enfants accompagnés par l'ASE. »

1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements : *focus l'accès aux soins des enfants et adolescents suivis par un dispositif de protection de l'enfance (2/2)*

Leviers et ressources du territoire

Difficultés repérées et points d'attention

- Une organisation mise en place pour l'**orientation des jeunes migrants** : les jeunes migrants pour lesquels l'âge n'est pas encore évalué sont adressés directement à la PASS qui fait le relai avec l'UPAO en cas de besoin d'hospitalisation
- Une **augmentation du nombre de jeunes étrangers isolés** ; des difficultés pour les professionnels de la psychiatrie à assurer le suivi et l'accompagnement de ces jeunes et l'orientation à proposer tant que la minorité n'est pas encore évaluée et qu'il n'y a pas de couverture sociale : détermination de l'âge, passage à la majorité en cours de suivi, ...
- Un besoin de renforcer les partenariats entre psychiatrie infanto-juvénile et acteurs de la justice

1-A/ ENFANTS ET ADOLESCENTS

EN SYNTHÈSE



Des **dispositifs de repérage précoces spécialisés** présents sur le territoire (unités dédiées au CHU, à Cholet et à Saumur; CAMSP, CRA, PMI...) – une amélioration de la coordination avec les équipes de santé scolaire

- Existence d'une **charte départementale sur la filière enfants-adolescents**, déclinée en conventions décrivant l'organisation des coopérations entre acteurs et partenaires pour les enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques
- Une **offre médico-sociale diversifiée**, des coordinations entre acteurs et des réponses qui se renforcent et structurent via la Réponse Accompagnée pour Tous (PAG; PCPE...)
- Une **offre spécialisée et dédiée à la prise en charge des adolescents**



- Malgré une amélioration, un **repérage et un diagnostic précoces jugés encore insuffisants** par les acteurs du territoire
- Une **offre de psychiatrie infanto-juvénile quantitativement moins importante qu'au niveau régional et national en terme de places par habitant** :
 - Une densité de CMP et CMPP très en-deçà du niveau national
 - Un nombre de lits en psychiatrie infanto-juvénile pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans inférieur à la densité nationale
- Des **difficultés d'accès** liées à la répartition territoriale de l'offre
- Des **délais d'accès à l'offre** en CMP notamment **pour les consultations de pédopsychiatrie très élevés**.
- Un **manque de lisibilité du dispositif en pédopsychiatrie**
- Une **structuration du parcours de prise en charge de l'adolescent à renforcer et à clarifier**



- **Renforcer et structurer le réseau des acteurs pouvant participer au repérage des troubles précoces et des apprentissages** (professionnels de santé de premier recours, professionnels de la petite enfance, articulations PMI / maternités / pédopsychiatrie...)
- Développer les **équipes mobiles de périnatalité** sur l'ensemble du territoire
- Formaliser un parcours de prise en charge pour les adolescents à l'échelle départementale (clarifier la question des bornes d'âge, le rôle de la MDA (accentuer l'aller-vers pour le public adolescents?), les articulations entre pédopsychiatrie et pédiatrie, la réponse aux problématiques **d'addictologie, d'anorexie mentale ou de syndrome dépressif...**)



AXE 1 - LE REPÉRAGE PRÉCOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ÉLABORATION D'UN DIAGNOSTIC ET L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS

❖ 1A - ENFANTS ET ADOLESCENTS

1A.1. L'accès au repérage et au diagnostic précoces

1A.2. L'accès aux soins et aux accompagnements

❖ 1B – ADULTES

1B.1. L'accès aux soins et aux accompagnements

1B.2. L'accès aux soins et aux accompagnements pour les publics spécifiques ou vulnérables :
Personnes âgées, personnes éloignées du soin,
Addictions, personnes sous main de justice

1-B/ ADULTES

1B.1. L'accès aux soins et aux accompagnements (1/2)



Leviers et ressources du territoire

- Une offre de prise en charge et d'accompagnement ambulatoire et à temps partiel développée, y compris avec des interventions à domicile :
 - Une **bonne répartition géographique de l'offre de soins avec des CMP sur tout le territoire et des CMP tous ouverts plus de 5 jours par semaine**: une densité de CMP et de CATTP plus importante qu'au niveau régional et national
 - Une densité de places en **hospitalisation à temps partiel** plus élevée que dans la région ou au niveau national
 - Une **équipe de soins intensifs à domicile (SIPAD)** portée par le CESAME qui vise à maintenir à domicile des personnes bénéficiant de soins psychiatriques intensifs. *Son action s'inscrit en articulation avec l'ensemble des équipes des secteurs du CESAME, notamment pour organiser le relais en ambulatoire. A l'origine un dispositif expérimental lancé en 2014 le SIPAD est composé d'un médecin psychiatre à mi-temps et d'infirmiers, et prend en charge des patients à leur domicile, quel que soit leur secteur d'origine, sur une zone géographique correspondant à l'agglomération angevine et sa première couronne. Les patients sont adressés par des psychiatres du CESAME, qu'ils soient déjà suivis, primo-consultants, avec ou sans antécédents d'hospitalisation, et pris en charge pour une période d'un mois, renouvelable une fois. Cet accompagnement peut être prescrit afin d'éviter une hospitalisation à temps complet, ou en sortie d'hospitalisation afin d'en réduire la durée.*
 - Une **équipe de soins intensifs à domicile (unité SPID)** portée par Cholet (créée en 2018)
 - La mise en place par le CH de Saumur, sur son secteur, d'un soin aigu à domicile pour les moins de 75 ans, dispositif prévu pour compléter l'actuel dispositif de soins de geronto-psychiatrie (voir ci-dessous)
 - **9 psychiatres libéraux sur 10 exercent en secteur 1**, contre 8 au niveau régional et 7 au niveau national (données Atlas Santé mentale, SNIIRAM 2014).

Difficultés repérées et points d'attention



- Une démarche de **prévention** et un **repérage précoce encore difficile**, une reconnaissance tardive des troubles par les personnes (générant souvent des situations de crise) voire une non-demande, nécessitant une démarche d'aller-vers et des partenariats renforcés
- **Des freins potentiels à l'accès aux soins, liés à un manque de moyens humains** du point de vue certains professionnels (questionnaire) pesant sur la capacité à répondre aux besoins croissants en matière de psychiatrie: des **délais d'attente importants** pour l'accès aux soins (CMP, spécialistes). Des difficultés de recrutement de médecins psychiatres au niveau du CESAME et du CH de Cholet.
- Des **freins financiers** à l'accès à une consultation de psychologue mis en avant par les acteurs du territoire.

1-B/ ADULTES

1B.1. L'accès aux soins et aux accompagnements (2/2)



Leviers et ressources du territoire

- Des consultations avancées **de psychologues du CESAME au sein de 3 Maisons de Santé Pluridisciplinaires**
- **Un dispositif innovant mis en place par le CH de Saumur constitué d'un CATTP établi en évaluation immédiate hors rendez-vous** avec un vrai raccourcissement des délais d'attente (inférieurs à 48h pour une première fois)
- Un projet de repérage et de prise en charge de la dépression par deux MSP (Bécon-les-Granit et Sud-Ouest Mayennais) et le CHU d'Angers (proposition d'expérimentation au titre de l'article 51).
- **Des dispositifs qui facilitent l'entrée dans un parcours de soin à l'issue d'une situation de crise** (unité psychiatrique d'accueil et d'orientation (UPAO) au CESAME et unité paramédicale d'accueil psychiatrique (UPAP- psychiatrie de liaison) au CHU) (voir également partie 4)
- **La mise en place à venir d'un centre d'expertise pour la dépression résistante** (projet porté par le CHU)

Difficultés repérées et points d'attention



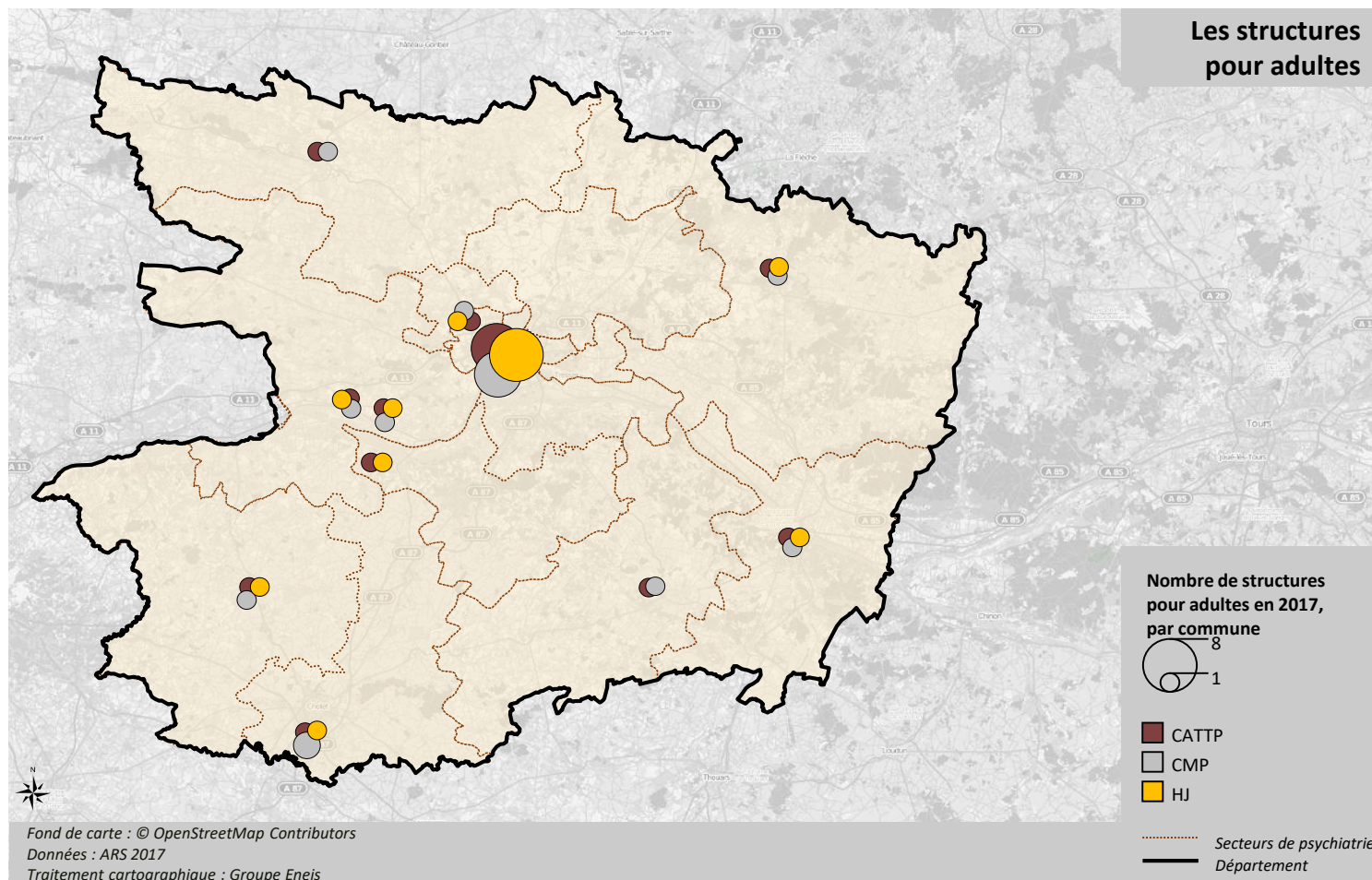
- **Un travail de coordination et de collaboration** à renforcer, avec une nécessité de poursuivre le décroisement des secteurs (formations croisées et partages d'expérience entre psychiatrie et médico-social, consultations spécialisées pluriprofessionnelles...)



1-B/ ADULTES

1B.1. L'accès aux soins et aux accompagnements

ZOOM – RÉPARTITION TERRITORIALE DES CATTP, CMP ET HJ POUR ADULTES





1-B/ ADULTES

1B.1. L'accès aux soins et aux accompagnements

ZOOM – ORGANISATION DES CMP ADULTES ET DÉLAIS D'ACCÈS

Parmi les 5 CMP de psychiatrie générale répondants,

- 3 CMP ont mis en place une organisation pour réduire les délais,
- 2 CMP ont des plages horaires de consultations non programmées,
- 3 CMP réalisent des consultations avancées (structures médico-sociales, CH de Pouancé, centre social de Candé...).

Le temps d'attente moyen pour un premier rendez-vous avec un psychologue s'élève à **8 semaines** et peut atteindre jusqu'à 28 semaines.

Délais d'attente	Moyenne et variations
1 ^{er} rdv infirmier :	2 semaines en moyenne (variant de 0 à 7 semaines)
1 ^{er} rdv psychologue	8 semaines en moyenne (variant de 2 à 24 semaines)
1 ^{er} rdv psychiatre	7,8 semaines en moyenne (variant de 3 à 12 semaines)

Source : questionnaire aux acteurs de la santé mentale dans le Maine-et-Loire



1-B/ ADULTES

1B.1. L'accès aux soins et aux accompagnements

ZOOM – TAUX D'ÉQUIPEMENT EN PSYCHIATRIE ADULTE

Prise en charge ambulatoire	Maine-et-Loire 2015	Pays de la Loire (Région) 2015	France 2015
Nb. de CMP	31	108	2169
Densité de CMP (pour 100 000 hab.)	5	3,8	4,2
Part des CMP ouverts plus de 5 jours par semaine (%)	100	91	81
Nb. de CATTP	22	69	1234
Densité de CATTP (pour 100 000 hab.)	3,5	2,4	2,4
Nb. équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP)	1	7	152

Source : SAE - 2015

Temps d'accès	Maine-et-Loire 2015	Pays de la Loire (Région) 2015	France 2015
% pop. à 30min ou plus d'une unité temps plein	12,7	23,5	16,4
% pop. à 45min ou plus d'une unité temps plein	1,3	3,1	4,6

Source : INSEE ; METRIC ; SAE - 2015

Prise en charge à temps partiel	Maine-et-Loire 2015	Pays de la Loire (Région) 2015	France 2015
Densité de places hospitalisation partielle (J/N)*	48,8	41,6	37,3

Source : SAE – 2015
* Pour 100 000 habitants

Prise en charge à temps complet	Maine-et-Loire 2015	Pays de la Loire (Région) 2015	France 2015
Densité de lits à temps complet*	87,1	81	105,8
% lits en établissements monodisciplinaires	73,2	65,4	66,4
% lits en secteur privé lucratif	5,9	10,7	23,2
Densité places alternatives temps complet*	6,1	14,3	13,3

Source : SAE – 2015
* Pour 100 000 habitants

1-B/ ADULTES

1B.1. L'accès aux soins et aux accompagnements : *focus sur les établissements et services médico-sociaux*



Leviers et ressources du territoire

- Une offre d'accompagnement (ESAT, SAVS, SAMSAH) développée :
 - Des **densités de places d'accompagnement pour les adultes handicapés plus élevées** dans le département que sur le territoire national
 - Une **bonne accessibilité géographique à l'offre médico-sociale avec des SAMSAH intervenant sur tout le territoire**
- La **FAPA (Fédération Accueil Polyhandicapés Adultes), une équipe ressource polyhandicap au sein du CESAME** au service des partenaires : prise en charge des personnes adultes en situation de polyhandicap et d'handicap développemental associé à une déficience mentale, accueil des résidents des structures médico-sociales extérieures qui nécessitent un temps d'hospitalisation pour séjour de rupture
- Une **Maison d'Accueil Spécialisée gérée par le CESAME** à Port Thibault, lieu d'accueil et de vie pour des personnes adultes polyhandicapées et déficiences graves du psychisme



Faiblesses et points à améliorer

- Des **délais** de traitement des dossiers MDA puis d'accès à un ESMS trop importants du point de vue des acteurs
- Un **manque de places d'hébergement pour adultes en situation de handicap**, en FAM particulièrement, et une **diversification de l'offre insuffisante** et moins riche que sur le secteur enfants (un manque de places notamment pour les adultes autistes)
- **Nécessité** mise en avant dans le cadre de la Réponse Accompagnée pour tous **de réaliser un état des lieux des ressources existantes** (état des lieux des prestations offertes par les ESMS) car la capacité à innover au-delà des dispositifs reste encore difficile pour les acteurs.
- Une **raréfaction des psychiatres et des difficultés de recrutement en ESMS**



1-B/ ADULTES

1B.1. L'accès aux soins et aux accompagnements : *focus sur les établissements et services médico-sociaux*

ZOOM – OFFRE MÉDICO-SOCIALE À DESTINATION DES ADULTES

Densité des places d'accompagnement

	Maine-et-Loire	France
ESAT	245,2	240,4
SAVS	91,8	79,2
SAMSAH	25,3	20,3

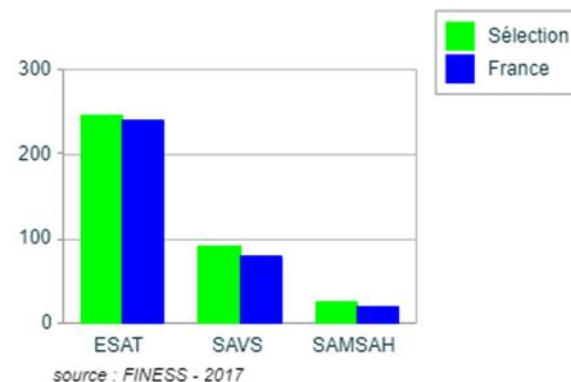
SAMSAH Organisme gestionnaire	Siège	Capacité installée
AFM	ANGERS	12
ALPHA	TRELAZE	30
Ass Vie à domicile	ANGERS	37
Mutualité Anjou Mayenne	ANGERS	40
ADAPEI	ANGERS	30
		149

Source : FINESS – 2017

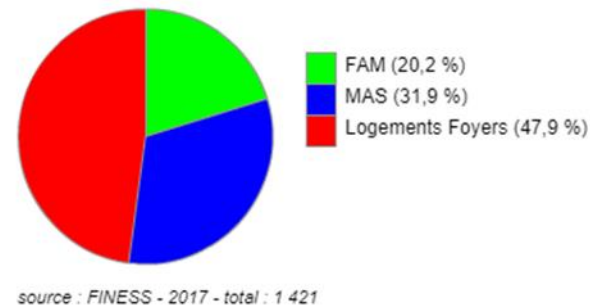
	Densité places PH adultes pour 100 000 habitants de 20 ans et +		
	Maine-et-Loire	Pays de La Loire	France
Hébergement	241,1	269,3	222,8
Accompagnement	117,1	104	99,5
Insertion	245,2	242,8	240,4

Source : Atlas de la santé mentale, FINESS 2017

Densités de places d'accompagnement en 2017 dans le Maine-et-Loire (vert) et en France (bleu)



Répartition des places d'hébergement médico-social dans le département



Source : Atlas de la santé mentale

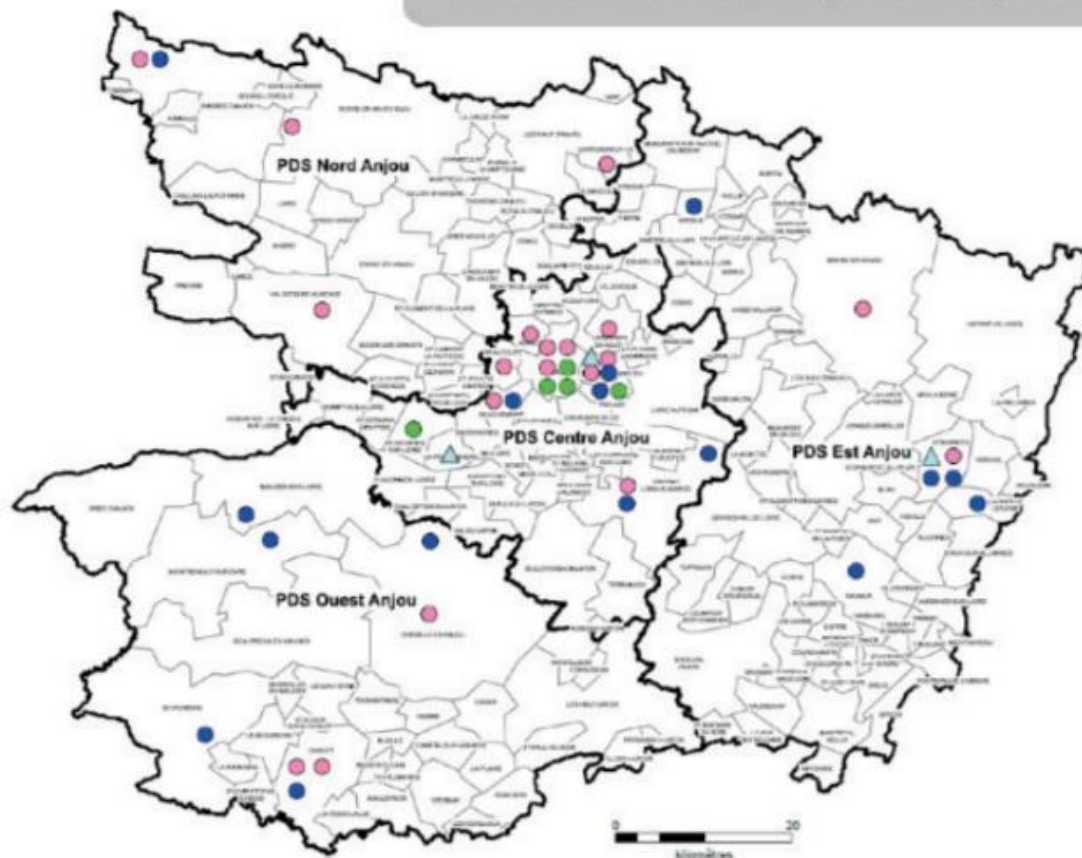


1-B/ ADULTES

1B.1. L'accès aux soins et aux accompagnements : *focus sur les établissements et services médico-sociaux*

SERVICES POUR ADULTES HANDICAPES

Services autorisés et financés par le Département ou conjointement par le Département et l'ARS



Services autorisés et financés par le Département :

SAESAT (Section Annexe d'ESAT)

3 sites
29 places en temps partiel

SAVS (Service d'Accomp. à la Vie Sociale)

19 sites
393 places

CAJ (Centre d'Accueil de Jour) et pl. d'externat

16 sites
133 places
1 place d'Hébergement Temporaire

Services autorisés et financés conjointement par le Département et l'ARS :

SAMSAH (Service d'Accomp. Médico-Social pour Adultes Handicapés)

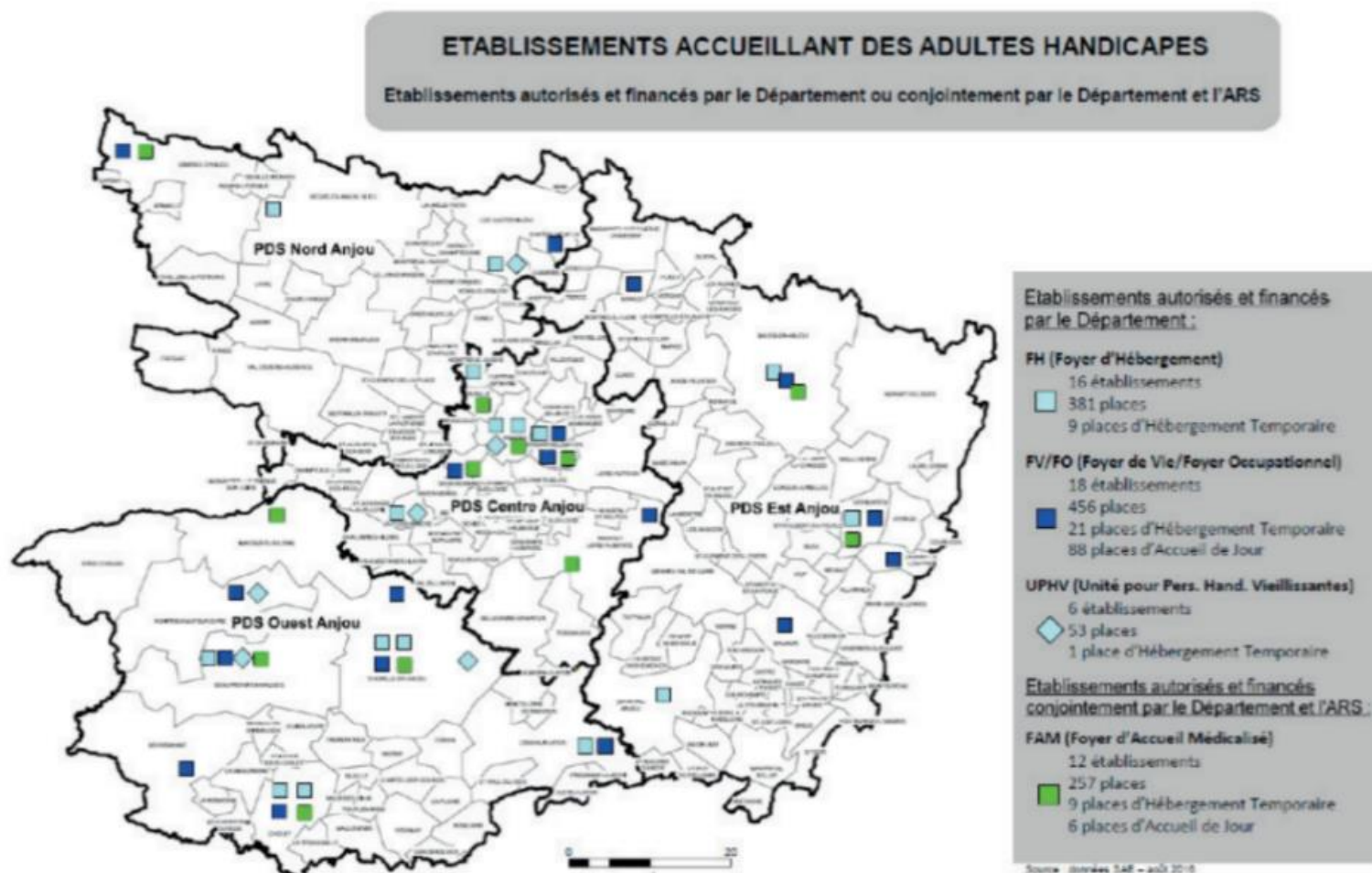
5 sites
149 places

Source : données SAE et 2SAG - août et novembre 2016



1-B/ ADULTES

1B.1. L'accès aux soins et aux accompagnements : *focus sur les établissements et services médico-sociaux*



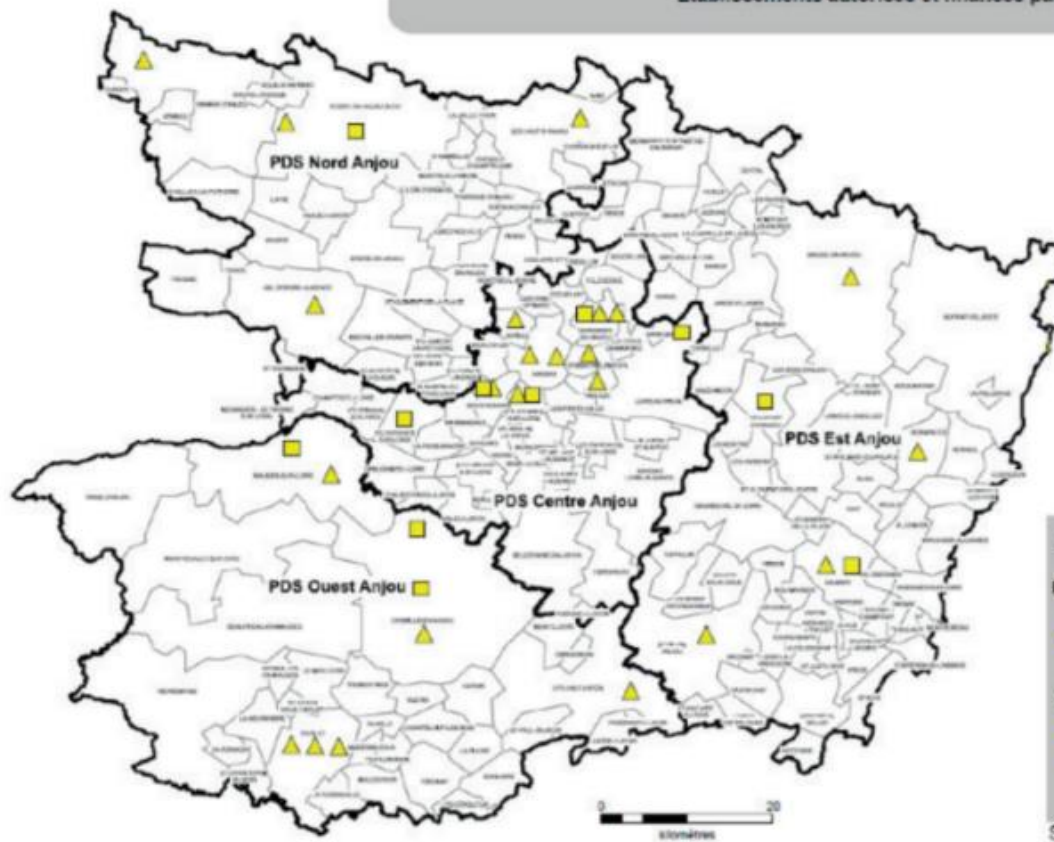


1-B/ ADULTES

1B.1. L'accès aux soins et aux accompagnements : *focus sur les établissements et services médico-sociaux*

ETABLISSEMENTS ACCUEILLANT DES ADULTES HANDICAPES

Etablissements autorisés et financés par l'ARS



Etablissements autorisés et financés par l'ARS

ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail)

▲ 23 établissements
1 429 places

MAS (Maison d'Accueil Spécialisé)

■ 11 établissements
404 places
27 places d'Hébergement Temporaire

Source : données ARS - janvier 2016

1-B/ ADULTES

1B.2. L'accès aux soins et aux accompagnements pour les publics spécifiques ou vulnérables



Leviers et ressources du territoire

- Une **équipe mobile intervenant dans le cadre du Dispositif d'Appui en Santé Mentale (DIASM)**, co-porté par le CESAME et l'Association Ligérienne Personnes Handicapées Adultes-Action pour l'insertion (ALPHA-API). Cette équipe intervient dans la rue ou auprès des acteurs de la veille sociale, contribuant à la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion qui présentent une souffrance psychique. Le DIASM couvre la ville d'Angers et sa première couronne.
- L'intervention du Service « Souffrance Psychique, Précarité, Autonomie », de la Ville d'Angers visant à accompagner vers le soin les personnes en souffrance psy.



Faiblesses et points à améliorer

- Absence de dispositif comparable au DIASM sur le reste du territoire
- Un enjeu de plus en plus prégnant : celui de la **prise en charge des enfants et adultes migrants**, orientés vers les établissements de santé par une diversité d'acteurs (travailleurs sociaux, les forces de l'ordre...) : le parcours des migrants en santé mentale fait l'objet de travaux et d'initiatives à développer, partager, structurer entre acteurs:
 - Développement d'une **consultation transculturelle** (en projet au CESAME)
 - Un besoin de structurer **une offre de prise en charge des victimes de psychotraumatismes** à l'échelle du département (un projet actuellement pour le GHT)
 - Structurer le recours à de **l'interprétariat professionnel en santé**



1-B/ ADULTES

1B.2. L'accès aux soins et aux accompagnements pour les publics spécifiques ou vulnérables : *focus sur les prises en charge en addictologie*



Levers et ressources du territoire

Faiblesses et points à améliorer



Etablissements et structures médico-sociaux :

- Un **seul CSAPA** (Centre de Soins d'Accompagnement et Prévention en Addictologie) autorisé dans le département pour des prises en charge généralistes (tous produits), porté par l'**Association Ligérienne d'Addictologie - ALiA** née du rapprochement de plusieurs associations en 2009. 3 lieux : Angers, Cholet, Saumur, avec des consultations de proximité :
 - Angers : Baugé (1/2 journée par semaine).
 - Cholet : Beaupréau (2h30/15 jours), Chemillé (2h/15 jours)
 - Un accueil est également réalisé au sein de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Segré par le CSAPA 53 (localisé à Château Gontier).
- Un développement des **consultations avancées de CJC**, favorisant un repérage précoce dans le cadre de l'addictologie et par la suite un accompagnement pluridisciplinaire des adolescents
- Un **CAARUD** (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) également porté par ALiA avec des locaux à Angers, Cholet, et Saumur.

Filière sanitaire de prise en charge :

- **5 ELSA** au sein du CHU, la clinique de l'Anjou à Angers et des centres hospitaliers de Saumur, Cholet, et Segré
- **1 SSRA** (Le Loroux Beconnais), amené à rejoindre le site des Capucins (Angers)
- **3 sites SSR** (temps partiel) Les Euménides (Angers, Saumur, Cholet)
- Des prises en charge en addictologie (niveau 1 ou 2) au sein du **CHU d'Angers** (Service de Psychiatrie et d'Addictologie – Hôpital de jour en addictologie et unité d'hospitalisation complète), du **CH de Cholet** (service d'addictologie), **CH de Saumur** (dont possibilité de consultations externes), **et de Segré**.
- Et des prises en charge de niveau 1 et 2 (hospitalisation complète, de semaine et de jour) et des travaux de recherches assurés au niveau du CHU (niveau 3)
- Des **staffs cliniques trimestriels entre le service de psychiatrie addictologie du CHU et les médecins du CSAPA** afin d'améliorer l'articulation et l'optimisation des prises en charge
- Un **comité des acteurs en addictologie du Maine et Loire (CAAD 49)** - dispositif de maillage territorial qui met en lien les acteurs sanitaires, médico-sociaux et de la prévention concernés par la thématique des addictions.
- Une **structure régionale d'appui et d'expertise en addictologie (SRAE)** dont les missions visent à animer le réseau d'acteurs; assurer la qualité des pratiques professionnelles; développer l'expertise et le recours; informer et communiquer

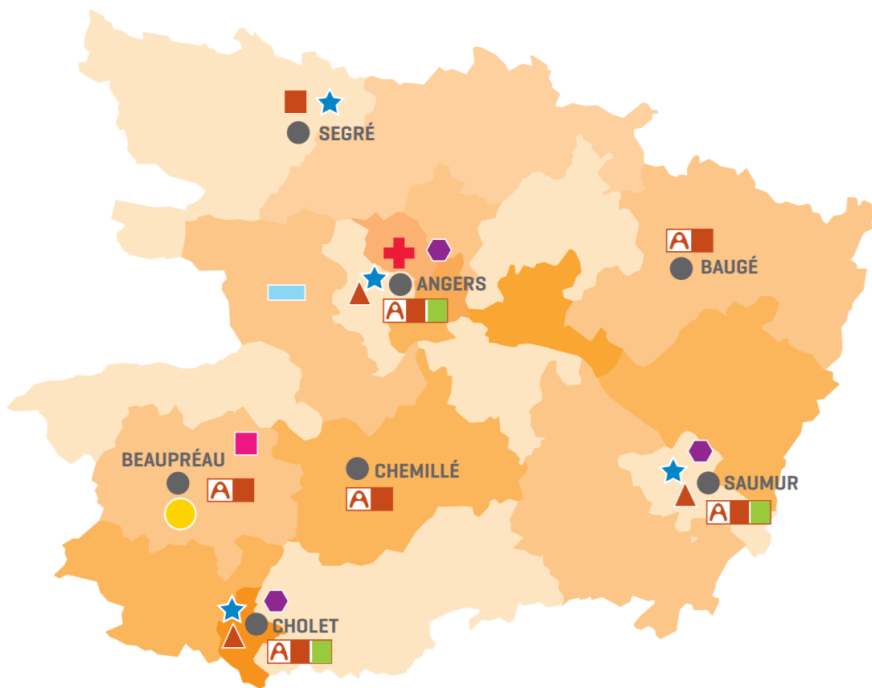
- Un **maillage territorial** de l'offre médico-sociale peu resserré
- Des parcours de soin non linéaires et des **articulations entre ville-hôpital à améliorer** (voir focus ci-dessous « axe 2 »): 60% des patients hospitalisés à temps plein pour addictions n'ont pas vu de médecin généraliste dans les deux mois suivant leur sortie; la même proportion de patients n'a eu aucun contact avec un psychiatre ou un CMP dans l'année suivant la sortie de l'hospitalisation
- Des articulations à travailler entre les acteurs de l'addictologie (ambulatoire et hospitaliers) et de la santé mentale (liens MDA – CJC / CSAPA – CMP / unités d'addictologie / lits de psychiatrie...)



1-B/ ADULTES

1B.2. L'accès aux soins et aux accompagnements pour les publics spécifiques ou vulnérables : *focus sur les prises en charge en addictologie*

ZOOM – STRUCTURES EN ADDICTOLOGIE DU MAINE-ET-LOIRE



Localisation des structures en addictologie du Maine-et-Loire

CSAPA :

- Ambulatoire : Angers, Cholet, Saumur
- Hébergement : Beaupréau
- Egalement un accueil à Segré, assuré par le CSAPA 53

CAARUD : à Angers, Cholet et Saumur

CSAPA, antennes et permanences (ALIA)

CAARUD

Centre hospitalier service adictologie

Centre hospitalier (hôpital de jour)

ELSA Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie

SSRA Le Chillon «Les Euménides» - Hospitalisation complète

Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie
Hospitalisation à temps partiel

Centre Thérapeutique Résidentiel (ALIA)

Institut Psychothérapique

CSAPA53

D'après livret d'accueil ALIA

1-B/ ADULTES

1B.2. L'accès aux soins et aux accompagnements pour les publics spécifiques ou vulnérables : *focus sur les soins aux personnes sous main de justice*



Levers et ressources du territoire

En milieu fermé

- **Une organisation des soins en milieu fermé qui assure une prise en charge pluridisciplinaire des détenus avec l'intervention de** professionnels du CESAME mis à disposition de l'Unité sanitaire (USMP) du CHU.

...Et en articulation avec les CMP à la sortie :

- Devant le constat de ruptures de soins fréquentes à la sortie d'incarcération, le CESAME a mis en place un lieu de consultation dédié depuis 2015, dans le centre ville d'Angers. Des psychiatres de l'USMP y interviennent afin de proposer des consultations de suivi après une sortie d'incarcération (en moyenne 4 à 5 rendez-vous), en préparation d'un relais vers le CMP de référence du patient.
- **Un lieu de consultation dédié (L'Escale)** depuis 2015, proposant des consultations de suivi après une sortie d'incarcération en préparation d'un relais vers le CMP de référence du patient.
- Une expérimentation de **centre d'expertise psychiatrique**, reposant sur une convention signée en janvier 2017 entre le CESAME, le Procureur de la République et le TGI d'Angers, visant à faciliter le recours à l'expertise psychiatrique et à renforcer la coopération médico-judiciaire dans un but commun de prévention. Ce dispositif repose sur une **plateforme d'appui** (centralisation des demandes d'expertise et organisation de la réponse médicale), et un espace de **coordination et d'animation institutionnelle** (fonction ressource et dynamique de tutorat).
- Le **Centre Jean-Baptiste PUSSIN** offre des consultations spécifiques aux auteurs d'infractions à caractère sexuel ainsi que des groupes de paroles.

Faiblesses et points à améliorer



- Un besoin de **renforcer les partenariats entre professionnels du milieu de la psychiatrie et du milieu judiciaire**, notamment pour une meilleure interconnaissance des rôles et des limites d'intervention de chacun:
 - Former les acteurs de soins au fonctionnement pénal et aux rôles des différents acteurs judiciaires
 - En parallèle, sensibiliser les forces de l'ordre et les services judiciaires aux troubles psychiques
- Un **travail à envisager avec la maison d'arrêt : une reconstruction en cours**, avec un doublement des capacités : quelles évolutions capacitaires de l'unité sanitaire?

1-B/ ADULTES

1B.2. L'accès aux soins et aux accompagnements pour les publics spécifiques ou vulnérables : *focus sur les personnes âgées (1/2)*



Leviers et ressources du territoire

- Une **charte départementale de la filière de soin en santé mentale**, avec un volet dédié aux personnes âgées de plus de 60 ans et se déclinant en conventions entre psychiatrie et ESMS (95% des EHPAD du territoire engagés dans une convention)
- *Au CH de Cholet* : une **unité Mobile Intersectorielle de Gériopsychiatrie (UMIGP)** intervenant sur prescription médicale pour la prise en charge de la personne âgée de plus de 60 ans souffrant de troubles psychiques ou psycho comportementaux, au domicile des patients ou au sein des structures médico-sociales ou organismes (EHPAD, Maison de retraite, UPAD, foyer logement....) pour les personnes résidant sur les secteurs 8 et 9 de psychiatrie (dépendant du CH de Cholet) et du Nord-Vendée. Des formations réalisées par l'UMIGP auprès des équipes d'EHPAD
- *Au CESAME* : une équipe (1 ETP d'IDE et 1 ETP de psychologue) animant des temps de formation intersectorielle en gériopsychiatrie au sein des structures du territoire couvert par le CESAME (interne au CESAME et auprès des partenaires)
- *Au CH de Saumur* : une **équipe de soins geronto-psy intervenant à domicile** et en EHPAD. Cette équipe intervient aussi sur l'UHR locale.
- *Au CHU* : un **nombre important de patients hospitalisés au CHU en psychiatrie sont des patients âgés** (environ 1/3 des patients): deux vacations hebdomadaires de psychiatre du CESAME et d'un psychiatre libéral, mais de fortes difficultés pour les hospitalisations des personnes âgées qui nécessitent souvent des soins lourds, mixtes, psychiatriques et somatiques
- Des **travaux du Conseil Territorial de Santé sur le parcours de la personne démente** (groupes de travail consacrés à une équipe mobile et à la relation inter-établissement UCC-UHR-EHPAD)

Faiblesses et points à améliorer



- Des dispositifs d'appui en gériopsychiatrie (équipe mobile) qui **ne couvrent pas le territoire départemental de façon homogène : pas d'unité de gériopsychiatrie spécifiquement dédiée sur le département.**
- Des **effets de l'hospitalisation qui peuvent s'avérer délétères sur les personnes âgées** dont les besoins psychiques et somatiques sont spécifiques, appelant à éviter autant que possible l'hospitalisation. Or **des difficultés autour du retour et/ou du maintien à domicile ou en institution** des personnes âgées qui, faute de solution d'aval, demeurent parfois de manière inadéquate en milieu hospitalier
- Or, une **filière d'aval qui souffre d'un manque de fluidité**, avec des patients âgés ayant moins de chance d'être admis en institution s'ils viennent du CESAME que s'ils viennent du domicile.
- Des **personnels d'ESMS insuffisamment formés aux troubles psychiatriques et aux troubles du comportement**

1-B/ ADULTES

1B.2. L'accès aux soins et aux accompagnements pour les publics spécifiques ou vulnérables : *focus sur les personnes âgées (2/2)*

Leviers et ressources du territoire

Faiblesses et points à améliorer

- Un projet de développement de **téléconsultations en gériopsychiatrie**
 - du CHU en EHPAD: projet porté par le CHU et la Mutualité : 6 EHPAD sont concernés (sur les 4 secteurs du CESAME)
 - Du CH de Cholet et du CESAME au sein de 15 EHPAD
- **Deux unités cognitivo-comportementales (UCC)** sur le territoire (Clinique Saint-Claude à Trélazé, Centre hospitalier Châteaubriant-Nozay-Pouancé à Pouancé)
- **L'action de l'association PASS-AGE** ayant pour mission de répondre aux besoins et demandes des personnes âgées et de leurs proches, grâce à la création d'un véritable guichet unique et d'un numéro vert (sur la ville d'Angers tout d'abord puis sur l'agglomération d'Angers)



1-B/ ADULTES

1B.2. L'accès aux soins et aux accompagnements pour les publics spécifiques ou vulnérables : *focus sur les personnes âgées*

ZOOM – EQUIPES SPÉCIALISÉES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES

Etablissements autorisés en psychiatrie	Nombre d'ETP (annuel), tout personnel confondu dédiés à la psychiatrie du sujet vieillissant
CESAME STE GEMMES SUR LOIRE	0,4
CENTRE HOSPITALIER DU CHOLET	9,91
CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR	Non précisé
CLINIQUE SAINT DIDIER	/
INST. PSYCHOTHERAPIQUE LA MENANTIERE	/

Source : Données SAE, enquête 2016

AXE 1 – ACCÈS AUX SOINS

ADULTES

EN SYNTHÈSE



Des **prises en charge en ambulatoire / à domicile relativement bien développées** (densité de CMP et de CATTP et densité de places d'accompagnement médico-social plus importantes qu'au niveau régional et national)

- Des **dispositifs visant à faciliter l'accès à des prises en charge** (expérimentation « Ecoutez-moi » financée par l'ARS, DIASM, UPAO et UPAP).
- Une **charte départementale de la filière de soin en santé mentale, déclinée en conventions** qui structurent l'organisation de la filière, avec un volet dédié aux personnes âgées – une offre de prise en charge en gériopsychiatrie qui se développe



- Un manque d'offre complexifiant l'accès aux soins et aux accompagnements :
 - Des **délais d'accès à une prise en charge en CMP**;
 - Des difficultés d'accès à une **place en établissement médico-social** (MAS, FAM)
 - Des difficultés d'accès à une place en établissement pour les patients âgés suivis en psychiatrie
- Des inégalités territoriales d'accès et de déploiement des dispositifs (ex: équipe mobile en gériopsychiatrie) ; des **enjeux d'accessibilité des soins** (nombreux freins à la mobilité des patients)
- Des articulations à renforcer entre acteurs de la santé mentale / addictologie / justice
- Des difficultés de recrutement de médecins psychiatres au sein des établissements autorisés

- Développer l'**usage de la télémédecine en psychiatrie** – notamment pour les personnes âgées
- Poursuivre le développement d'une **filière départementale de gériopsychiatrie** mobilisant les expertises et les ressources des 4 établissements (CESAME, Cholet, Saumur; CHU)
- Développer des expérimentations / dispositifs afin de **lever les freins géographiques à l'accès aux soins**:
 - Développement des téléconsultations en lien avec des MSP
 - Encourager le recours à l'ALD pour une prise en charge des transports (avec effet pervers de l'explosion des demandes et donc de règles plus strictes pour l'obtention de l'ALD)
 - Mobiliser les offres de transports solidaires des EPCI
- Développer des dispositifs coordonnés / mutualisés facilitant l'**accès aux soins en santé mentale pour les migrants primo-arrivants**: interprétariat, consultation transculturelle, prise en charge des victimes de psychotraumatismes...)
- Engager une réflexion sur l'**attractivité des postes proposés en psychiatrie** par les établissements
- Des **articulations à travailler entre les acteurs de l'addictologie** (ambulatoire et hospitaliers) **et de la santé mentale** (liens MDA – CJC / CSAPA – CMP / unités d'addictologie / lits de psychiatrie...)
- Un besoin de **renforcer les partenariats entre professionnels du milieu de la psychiatrie et du milieu judiciaire**, notamment pour une meilleure interconnaissance des rôles et des limites d'intervention de chacun: former les acteurs de soins au fonctionnement pénal et aux rôles des différents acteurs judiciaires; en parallèle, sensibiliser les forces de l'ordre et les services judiciaires aux troubles psychiques



AXE 2 – LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DE QUALITÉ ET SANS RUPTURE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

- ❖ 2.1. La pertinence des réponses apportées et la fluidité des parcours
- ❖ 2.2. L'inclusion en milieu scolaire
- ❖ 2.3. L'accès à un « chez soi »
- ❖ 2.4. L'insertion sociale et professionnelle
- ❖ 2.5. L'offre de rétablissement



AXE 2 - LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DE QUALITÉ ET SANS RUPTURE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

« L'organisation du **parcours de santé et de vie de qualité** et sans rupture [...] en vue [du] rétablissement [des personnes souffrant de troubles en santé mentale] et de leur inclusion sociale »

Cette seconde thématique vise à considérer le parcours d'une personne sur les différents aspects de sa vie, qu'il s'agisse des questions de **logement**, d'**emploi**, de **scolarisation**, d'**études** ou d'**inclusion dans la vie sociale**. Il s'agit également d'identifier les services existants sur le territoire favorisant l'accès aux soins de réhabilitation ou aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.

2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

2.1. Les réponses apportées pour assurer la fluidité des parcours (1/2)



Leviers et ressources du territoire

- Des dispositifs existants pour trouver des solutions d'accompagnement des **cas complexes**, pour différents publics cibles et sur différents périmètres territoriaux:
 - Mise en place sur l'Agglomération du choletais d'une **cellule d'analyse croisée des situations psychosociales complexes** qui vise la coordination des acteurs autour de la prise en charge de situations adultes complexes (dans le cadre du CLSM).
 - Les MAIA/CLIC/PAERPA/Réseau géronto,
 - Des **commissions situations complexes organisées par l'ASE**
 - Les **Groupes Opérationnels de Synthèse dans le cadre de la Réponse accompagnée**: des articulations entre la MDA et les acteurs de la psychiatrie en cours de développement (une première présentation de la démarche aux membres du comité de suivi de suivi charte santé mentale adultes et enfants a été réalisée) – des articulations et synergies qui fonctionnent sur le secteur enfants...
 - « Croisons nos regards » soutenue par le DiASM autour d'une réflexion croisée avec différents professionnels sur des situations dans le champ de la précarité
- Une certaine **continuité et coordination des prises en charge est possible sur le territoire**, notamment grâce à la coordination MAIA entre psychiatrie et acteurs du domicile
- Une **conception élargie de la santé et du parcours de santé**, de plus en plus partagée par les acteurs de terrain et une volonté des acteurs de travailler en partenariat
- Divers **partenariats, conventions et travaux** sur ces thématiques (notamment la convention handicap psychique et habitat, convention entre CH Cholet et l'agglomération du Choletais, le CLSM de l'agglomération de Cholet ou encore les travaux du comité départemental en santé mentale (CDSM))
- Existence d'une **charte départementale sur la filière enfants-adolescents**, déclinée en conventions décrivant l'organisation des coopérations entre acteurs et partenaires pour les enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques (clarification des rôles et formalisation des obligations réciproques) et charte départementale **filière adultes** : 100% des ESMS enfants de cette charte d'âge ont une convention et 66% des ESMS adultes
- Le **CReHPsy Pays de la Loire** dont l'objectif est d'améliorer parcours de vie des PH psychique en favorisant les liens entre acteurs du soin, du médico-social, du social et de l'insertion, les familles, via l'animation de sessions d'information, d'échange de pratiques, la construction d'outils communs...

Faiblesses et points à améliorer



- La **multiplicité d'acteurs rendant complexe la coordination et la lisibilité de l'existant**. Des parcours complexes, nécessitant le développement d'un **rôle de référent ou de coordonnateur de parcours**.
- **Un besoin de se donner une définition commune de la « complexité »**
- Des **articulations entre psychiatrie et ASE** définies dans le cadre des travaux de la charte mais à compléter par le travail de conventions entre pédopsychiatrie et opérateurs dans le champ de la protection de l'enfance
- Des ruptures de parcours entre 16 et 18 ans et au moment du **passage à l'âge adulte** qui ne sont pas suffisamment travaillées

2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

2.1. Les réponses apportées pour assurer la fluidité des parcours (2/2)



Leviers et ressources du territoire

- Une réflexion engagée depuis 2016 au niveau du département et de l'ARS visant à trouver des solutions aux jeunes en situation d'amendement Creton (environ 140 jeunes en situation d'amendement Creton recensés par l'ARS et le Conseil départemental / MDA en 2017-2018): des autorisations d'extensions en 2016-2017, qui n'ont pas permis de réduire le nombre de jeunes en situation d'amendement Creton; une réflexion à poursuivre avec les gestionnaires d'ESSMS (évolution, transformation de l'offre – via le CPOM), et en vue de développer des modes d'accompagnement alternatifs (ex: habitat inclusif)



Faiblesses et points à améliorer

- Des **articulations ville –hôpital insuffisantes** : des ruptures de parcours observées suite à hospitalisation (voir focus ci-dessous) : une absence de suivi spécialisé en aval pour une majorité de patients hospitalisés pour troubles de l'humeur ou addictions.
- Un **manque de structuration des solutions d'aval** pouvant donner lieu à des hospitalisations inadéquates :
 - au CH de Cholet : sur 67 lits d'hospitalisation, 29 sont occupés par des personnes qui pourraient relever d'un accompagnement en ESSMS (situation au 5/12/2018) dont 4 en Maison d'accueil spécialisée, 7 en Foyer d'accueil médicalisé et 7 en foyer de vie/foyer occupationnel et 4 en recherche de logement ou d'hébergement
 - Des liens à renforcer avec les SSR en sortie d'hospitalisation en psychiatrie
 - Environ une centaine de patients hospitalisés plus de 292 jours - d'après une étude du CESAME réalisée en 2015, 20 à 40% de ces hospitalisations pourraient être considérées comme inadéquates; 10 à 15% des patients ne trouveraient pas de place dans les dispositifs actuels, faute de solutions existantes.
- **Absence d'un réseau de santé spécialisé en santé mentale** en appui aux professionnels de terrain pour la coordination des parcours de santé – **mais un développement envisagé d'une fonction d'appui (plateforme territoriale d'appui) qui devrait permettre de clarifier les missions et positionnements des espaces de coordination existants**
- Une **articulation entre les espaces « décisionnels » de coordination et le terrain** à améliorer du point de vue des acteurs



2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

2.1. Les réponses apportées pour assurer la fluidité des parcours

ZOOM – LES DISPOSITIFS D'APPUI À LA COORDINATION EXISTANTS EN RÉGION

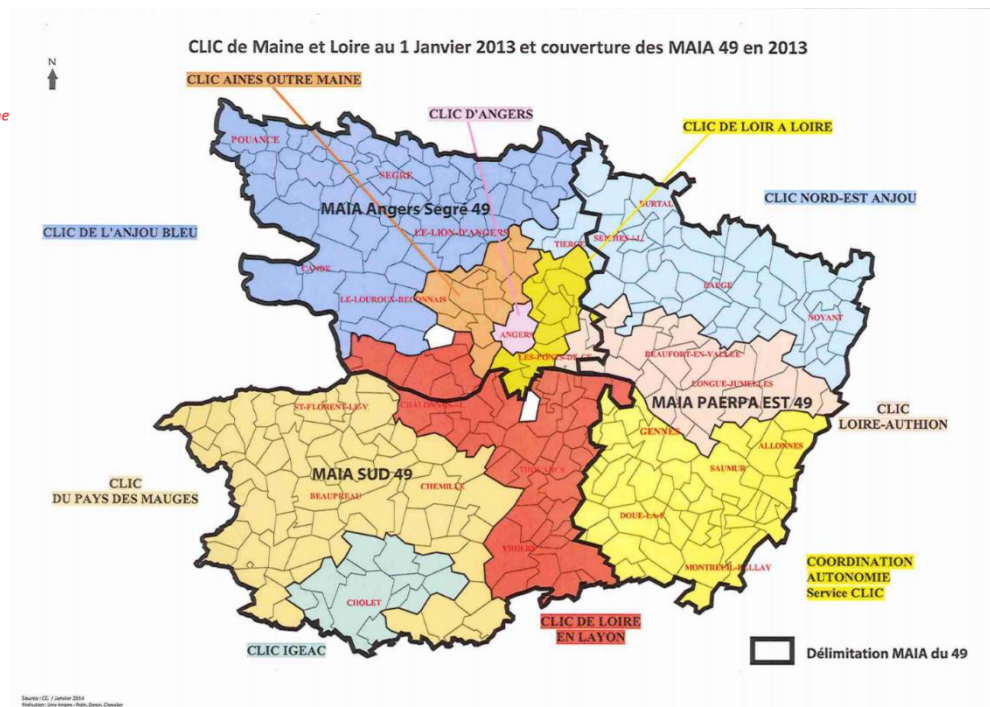
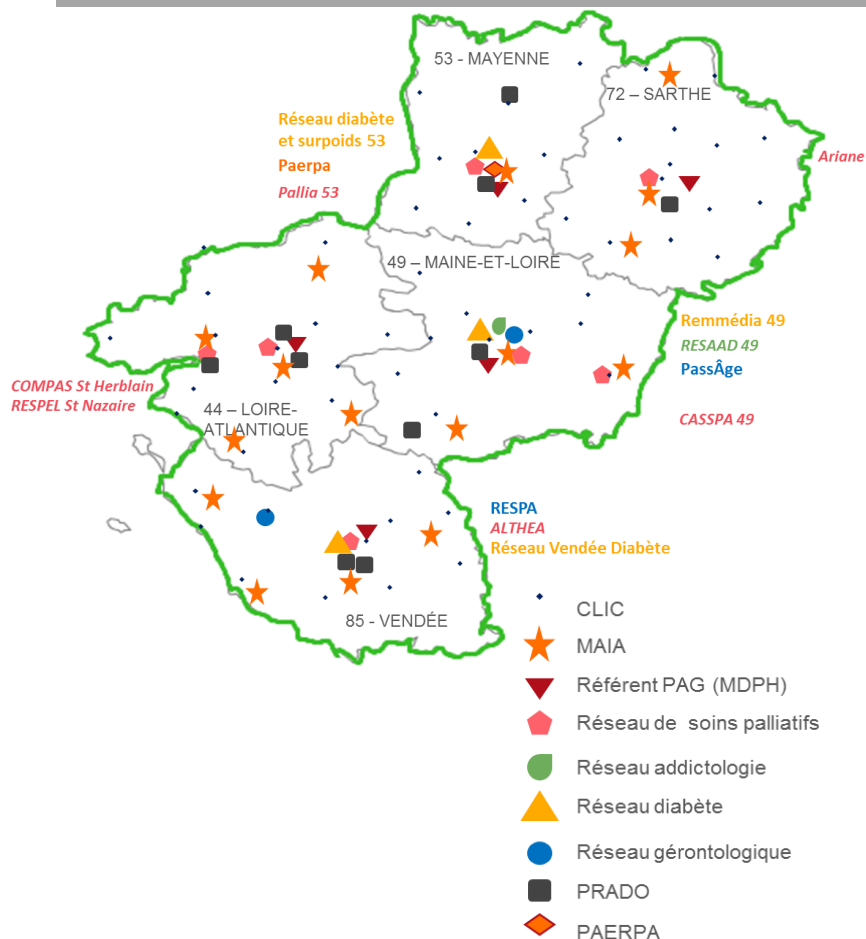
Dispositif d'appui	Rôle/missions	Périmètre géographique	Structures sur le territoire	1/Information des professionnels	2/ Coordination de situations individuelles	3/ Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles	Expertise
Réseau de soins palliatifs	Promouvoir et développer la démarche palliative Décloisonner le système de santé Améliorer la qualité des soins et la cohérence de la continuité des soins Faire évoluer les pratiques professionnelles et bénévoles	Départemental (sauf 49-infra-départemental)	Ariane 72 Réseau Saumurois de soins palliatifs CASSPA 49 Pallia 53 ALTHEA RESPEL Saint Nazaire COMPAS	♦	♦ Par une équipe médicale et paramédicale (information, droit du patient, mise en place d'aides humaines et matérielles, soutien psychologique)	♦ Formation des professionnels aux soins palliatifs (compagnonnage formations, réflexion éthique)	♦ Sur la prise en charge des soins palliatifs
Réseau diabète	Aider les personnes diabétiques à mieux comprendre et vivre le diabète Faciliter leur accès à l'ETP Apporter une aide à la coordination de leur suivi, Former les professionnels	Départemental	Réseau Diabète et surpoids 53 Remédia 49 Réseau Vendée Diabète	♦	♦ Par des professionnels	♦ Formation continue, protocoles communs de prise en charge, ...	♦ Ateliers collectifs, Groupes de paroles, Education thérapeutique du patient individuelle et collective
Réseau addictologie	Développer l'expertise en addictions Concourir à la qualité des pratiques professionnelles Informers les acteurs et le grand public	Régional	SRAE	♦	♦ Pour des cas complexes	♦ Information et formation des professionnels	♦ Projets thématiques (addictions au travail, morphine, ...)
Réseau périnatalité	Coordonner les acteurs Participer à des actions de prévention	Régional	Réseau sécurité Naissance	♦	♦ Diagnostic ante-natal et enfants vulnérables	♦ Formations aux professionnels, protocoles RBPP, annuaire professionnel	♦ Information des professionnels sur la périnatalité, documents de communication usagers
Réseau gériatrique	Améliorer la prise en charge globale des personnes âgées à domicile	Départemental	RESPA Pass'Age 49	♦	♦ Equipe médicale à domicile ou en consultation	♦ Formations	♦ Groupes de prévention
MAIA	Intégrer et coordonner les services à domicile des personnes âgées	Infra-départemental	Voir carte	/	♦ Gestionnaires de cas	♦ Tables de concertation tactique	/
CLIC	Informers et orienter les personnes âgées de plus de 60 ans et leurs professionnels à domicile	Infra-départemental	Voir carte	♦	♦ Coordination des situations	/	/
PRADO	Accompagner le retour à domicile en sortie d'hospitalisation (surveillance post-natale, orthophonie, ...)	Infra-départemental	Au sein des centres hospitaliers	/	♦ Coordination et interventions à domicile	/	/
RAPT	0 sans solution de personnes handicapées avec une orientation MDPH. Mettre en œuvre d'une orientation alternative à l'orientation cible (PAG)	Départemental	Au sein des Maisons Départementales des Personnes Handicapées, référent(s) PAG (et coordonnateurs du parcours)	/	♦ Coordonnateur du parcours/ de la mise en œuvre du PAG	/	/



2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

2.1. Les réponses apportées pour assurer la fluidité des parcours

ZOOM – LES DISPOSITIFS D'APPUI À LA COORDINATION EXISTANTS EN RÉGION





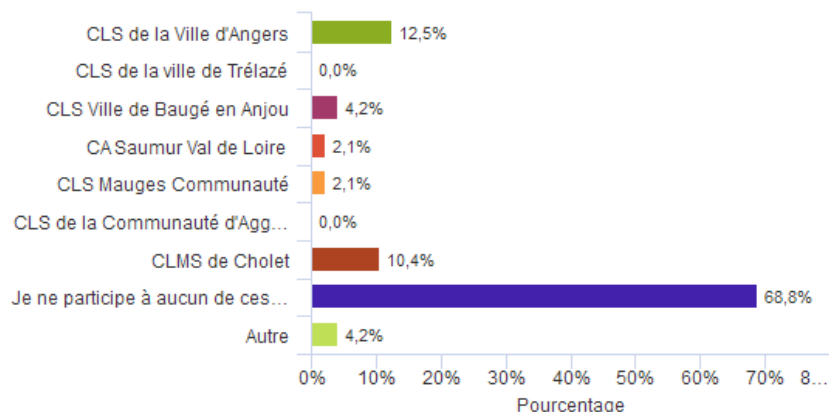
2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

2.1. Les réponses apportées pour assurer la fluidité des parcours

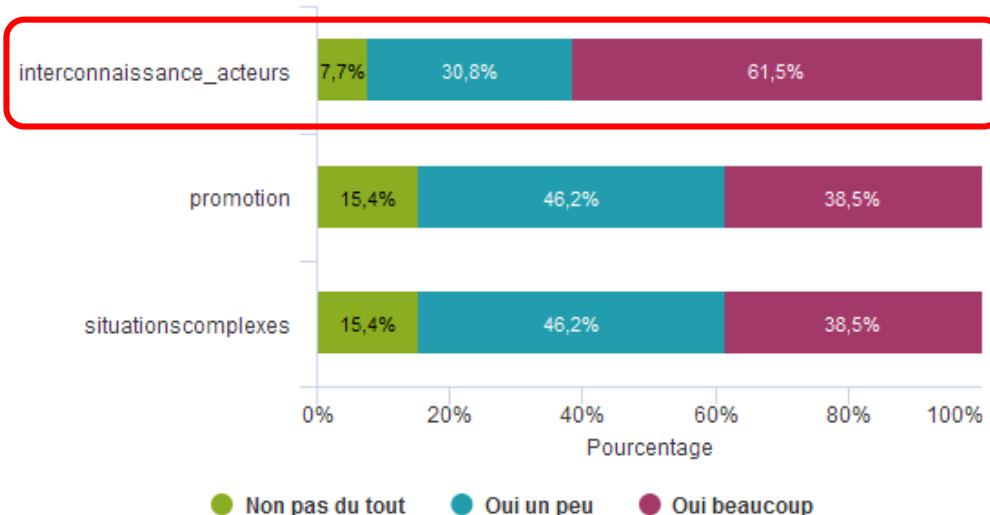
ZOOM – LES CLS ET CLSM COMME OUTIL D'INTERCONNAISSANCE DES ACTEURS

Résultats du questionnaire

Participez-vous à un ou plusieurs contrats locaux de santé (CLS) ou conseils locaux de santé mentale (CLSM) ? Cochez les CLS/CLSM auquel/auxquels vous prenez part :



De votre point de vue, est-ce que ce CLS/CLSM a permis de...



Un tiers des répondants au questionnaire participe à un CLS. Pour ces répondants, plus de 90% considèrent que les **CLS permettent d'améliorer l'interconnaissance des acteurs** (62% « oui beaucoup », 30% « oui un peu »). Dans une moindre mesure, les CLS permettent aussi de **développer des actions de promotion** de la santé mentale et de **travailler autour des situations complexes** (39% « oui beaucoup », 46% « oui un peu »)



2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

2.1. Les réponses apportées pour assurer la fluidité des parcours

ZOOM – L'ARTICULATION VILLE-HÔPITAL

Patients hospitalisés pour troubles de l'humeur (2012-2013)	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France	Patients hospitalisés pour TMS (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère) (2012-2013)	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France
Part de patients sans suivi en amont* (%)	17,6	15,7	14,1	Part de patients sans suivi en amont* (%)	19,6	19,6	20
Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	51	46,1	41,8	Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	47,1	44,8	40
Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	49	47,9	49,4	Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	42,6	41,5	43,4
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	2,6	3,3	4	Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	12,6	12	14,5
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie	48,7	50	50,5	Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie (%)	63,4	65,5	66,8
Patients hospitalisés pour addictions (2012-2013)	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France	Patients hospitalisés pour autres TMS (TED et déficiences) (2012-2013)	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France
Part de patients sans suivi en amont* (%)	19,1	14,4	16,3	Part de patients sans suivi en amont* (%)	33,1	40,8	39
Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	58,8	50,3	51,6	Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	57,3	65	63,7
Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	42	44,6	43,8	Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	35	26,2	27,7
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	3,1	4,7	6,5	Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	31,2	35	34,6
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie	60,3	57,6	58	Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie (%)	75,8	76	75,1

Source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013 - Atlas Santé mentale

* Sans suivi-amont : aucun contact avec médecin généraliste, psychiatre ou CMP l'année précédant l'hospitalisation

** Sans suivi spécialisé aval : aucun contact avec psychiatre ou CMP l'année suivant la sortie de l'hospitalisation

*** Consultation auprès d'un médecin généraliste, psychiatre ou CMP (quelque soit l'acte ou le professionnel)

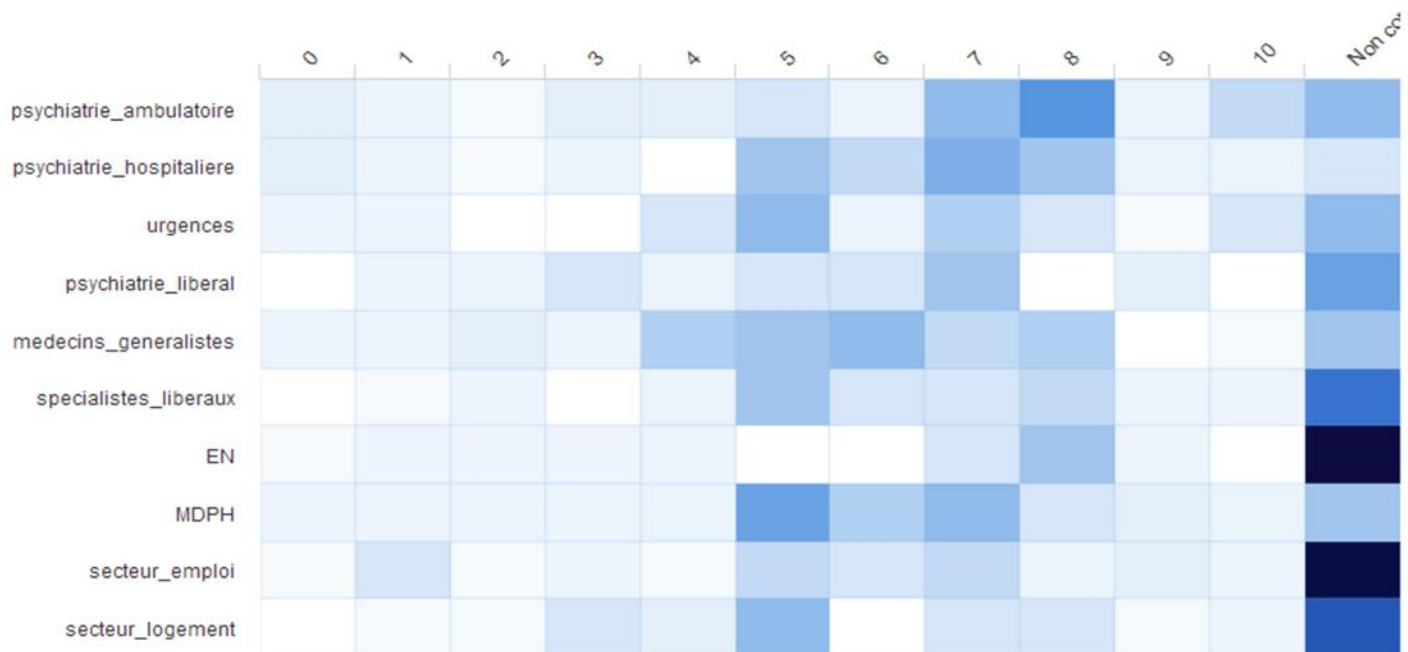


2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

2.1. Les réponses apportées pour assurer la fluidité des parcours

ZOOM – LA QUALITÉ DES PARTENARIATS INTERSECTORIELS – RÉPONSE À L'ENQUÊTE

Sur une échelle de 0 à 10, comment évalueriez-vous la qualité du partenariat avec...



Note de lecture : Plus le bleu est foncé, plus le nombre de réponses est élevé.

La qualité du partenariat avec la psychiatrie ambulatoire est le plus souvent noté 7 et 8 sur une échelle de 10.

La majorité des réponses donnée sont supérieures à 5/10.

2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

2.2. L'inclusion en milieu scolaire



Leviers et ressources du territoire

- Divers dispositifs favorisant l'inclusion en milieu scolaire:
 - **trois enseignants spécialisés** intervenant auprès des enfants de 3 à 16 ans (maintien du statut d'écopier des enfants en soins.)
 - au Centre Roger Misès, le Centre Soins Etudes Pierre Daguet (situé hors du Maine-et-Loire, à Sablé-sur-Sarthe) accompagne des **jeunes de 15 à 25 ans bénéficiant de soins tout en poursuivant leurs études** (établissement de post-cure psychiatrique intégrant un lycée)

Faiblesses et points à améliorer



- Des articulations à renforcer avec **l'Education nationale**, des manques en terme de soins études au niveau du collège et des études supérieures
- Au-delà de 16 ans et à la fin de l'obligation de scolarité, **un défaut d'offre d'accompagnement éducatif des adolescents hospitalisés** dans les services adultes

2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

2.3. L'accès à un « chez soi »



Leviers et ressources du territoire

- Dans le cadre du CLMS de Cholet, des réflexions en cours sur les liens entre santé mentale et logement :
 - **un groupe de travail Santé mentale et logement mis en place**, réunissant notamment les acteurs du logement et de l'hébergement. Egalement dans le cadre du CLSM,
 - une **journée de formation santé mentale et logement à destination des professionnels** (acteurs du soin, du social, de l'hébergement) organisée fin 2018 à Cholet (entre 2016 et 2017 à Angers) sous forme de conférence et ateliers thématiques, favorisant l'interconnaissance et la mise en réseau des acteurs.
- Un groupe de travail dédié à la construction de réponses aux problématiques du logement/hébergement pour les personnes en souffrance psychique mis en place à l'échelle du département : un diagnostic partagé sur les manques en matière de dispositifs (voir ci-après) et de premières pistes de réflexion envisagées
- **Existence d'une convention pluri partenariale sur les situations vécues au domicile et l'accès au logement** (*convention souffrance psychique - logement*) (Département / ARS / DDCS) : une coordination autour de l'hospitalisation pour éviter les ruptures de prise en charge et de parcours grâce à des outils partagés (fiche des personnes ressources et fiche de coopération entre les acteurs)
- Une **résidence accueil à Angers spécialisée dans les troubles psychiques** (mais liste d'attente) ainsi qu'une résidence accueil récemment ouverte sur Saumur également spécialisée dans les troubles psychiques
- Un **développement de l'offre de logements adaptés** : une densité de logements accompagnés légèrement plus élevée qu'en France métropolitaine



Faiblesses et points à améliorer

- Des dispositifs qui existent mais sont insuffisamment diversifiés et insuffisants pour couvrir l'ensemble du département : **un manque de solutions de logement intermédiaire**, pour les personnes qui ne peuvent pas occuper un logement autonome ; un développement des **formes d'habitat adapté** qui reste à poursuivre (voir ci-dessous).
- Une perception mitigée par les professionnels interrogés dans le cadre du questionnaire des liens avec le secteur de l'emploi et du logement dans le cadre du questionnaire : sur une échelle de 1 à 10, la qualité du partenariat avec le secteur du logement en moyenne de 6,1.
- **Une difficulté souvent soulignée pour mobiliser les bailleurs sociaux** pour favoriser l'accès au logement social des personnes souffrant de troubles psychiques.
- **Une convention souffrance psychique – logement encore peu saisie par les acteurs sur le terrain**
- Des **liens à renforcer** entre professionnels médicaux et médico-sociaux avec acteurs du logement (bailleurs sociaux, SIAO) par exemple via la définition / le partage d'outils d'évaluation communs **dans la perspective de construire une culture commune**

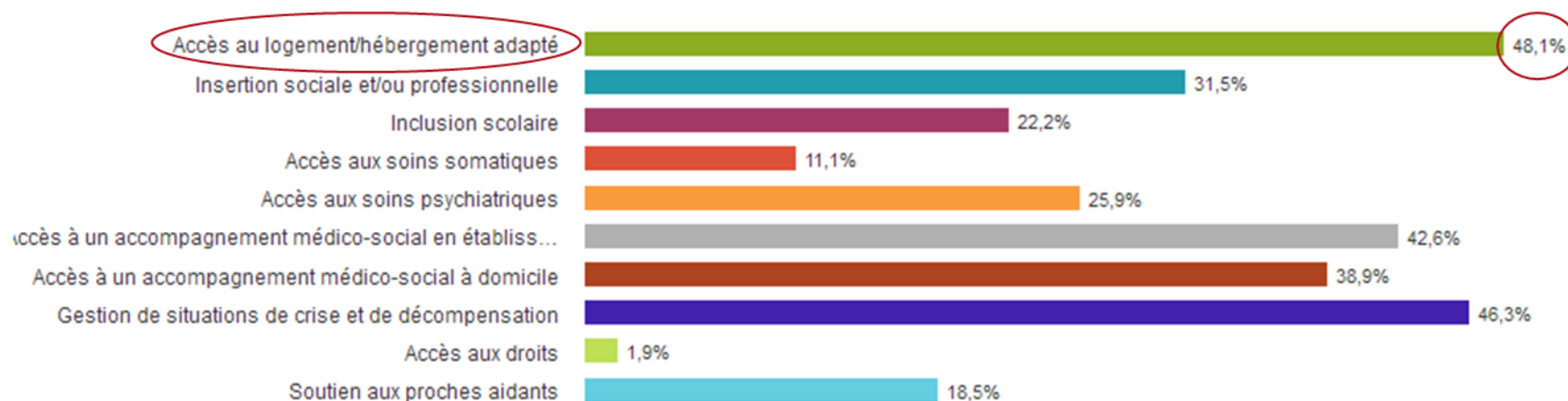


2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

2.3. L'accès à un « chez soi »

ZOOM – L'ACCÈS AU LOGEMENT / À UN HÉBERGEMENT ADAPTÉ

De votre point de vue, quelles sont les trois principales difficultés rencontrées par les personnes que vous accompagnez / touchez ? 3 réponses maximum



Densité de logements accompagnés pour 100 000 habitants de 20 ans et plus (2014)

Maine-et-Loire	Pays de La Loire	France
22,7	22,1	22

Source : Atlas de santé mentale, FINESS 2014

Des résultats qui confirment ceux du sondage réalisé durant l'été 2014, auprès des acteurs du soin, du social et du médicosocial œuvrant dans le cadre de la santé mentale, de l'accompagnement, du logement et de l'hébergement des personnes en souffrance psychique. Les résultats du sondage de 2014 faisaient apparaître la nécessité d'approfondir le lien entre souffrance psychique et logement, à l'échelle départementale, considérant notamment que le logement est un des déterminants de l'insertion dans la cité.



2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

2.3. L'accès à un « chez soi »

ZOOM – LE DIAGNOSTIC POSÉ PAR LE GROUPE DE TRAVAIL DÉPARTEMENTAL DÉDIÉ AUX RÉPONSES AUX PROBLÉMATIQUES DU LOGEMENT/HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Le dispositif logement, adapté aux personnes en souffrance psychique, se conçoit comme une offre de soins graduée inscrite dans une logique de parcours. Il se situe entre le temps de l'hospitalisation et les dispositifs d'hébergement existant dans la cité. Ce dispositif est un projet innovant sur les plans structurels et dynamiques. Il s'institue en termes de grands principes et propose **3 niveaux d'accompagnement dans lesquels le secteur sanitaire (N1) s'efface au profit du secteur social (N3).**

Proposition de classification de l'offre en 3 niveaux

Des structures de niveau 1, principalement de soin, avec éventuellement un soutien social (notamment service social des centres hospitaliers spécialisés)

Le niveau 1 se décline en 4 sous paliers qui permettent d'adapter la prise en charge à la singularité du projet de vie :

- Accueil séquentiel, entre l'hôpital et le dispositif post cure
- Accueil temps plein
- Accueil séquentiel, entre le dispositif Post cure (inclusion dans la cité)
- Accompagnement au sein de l'habitat de la personne

Existant – dispositifs dédiés

Le niveau 1 est d'ores et déjà mis en œuvre sur le secteur d'Angers (CESAME) et les autres territoires (Saumur et Cholet). Il monte progressivement en charge sur le secteur angevin depuis janvier 2017.

- Le CESAME et les centres hospitaliers spécialisés de Cholet et de Saumur disposent de **lits d'hospitalisation complète**
- Le CESAME peut proposer de la **prise en charge en post-cure** : ROCHELOIRE et Prosper BIGEARD avec un soutien social (10 %) et un suivi médical (90 %), dans le cadre d'appartements diffus et extérieurs à l'espace collectif mais permettant un retour sur Rocheloire en hospitalisation collective si le besoin se fait sentir (place conservée en structure). Ces deux dispositifs proposent 2 * 10 places.
- le CH de SAUMUR possède au sein de son offre de soins en psychiatrie, une **unité de réhabilitation** (unité THOUET) ainsi que des **lits psychosociaux**
- le CH de CHOLET propose 22 **lits d'hospitalisation et de réhabilitation psycho-sociale**
- La **Maison d'accueil spécialisée** - MAS DE PORT THIBAUD qui propose 44 places avec l'orientation handicap psychique



2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

2.3. L'accès à un « chez soi »

ZOOM – LE DIAGNOSTIC POSÉ PAR LE GROUPE DE TRAVAIL DÉPARTEMENTAL DÉDIÉ AUX RÉPONSES AUX PROBLÉMATIQUES DU LOGEMENT/HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Proposition de classification de l'offre en 3 niveaux	Existant – dispositifs dédiés
Des structures de <u>niveau 2</u> , qui correspondent à une prise en charge médicale et sociale à poids quasi équivalent avec un partenariat organisé au moment de la création de la structure d'accueil	• Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) portés sur Angers par l'association Montjoie, mais qui ne s'adressent pas à des patients atteints uniquement de handicap psychique : 8 places • Les appartements Tremplin à Saumur (actuellement plus qu'un seul appartement utilisé suite à la création de la résidence accueil) • Les résidences accueil, en début de prise en charge
Des structures de <u>niveau 3</u> qui proposent une prise en charge très majoritairement sur le plan social alliant un soutien médical et offrent une alternative aux personnes en souffrance psychique isolées et/ou aux patients du CESAME ou autres CHS en risque de rechute car non stabilisés	• Les maisons d'hôtes de l'association AAPAI • Les appartements associatifs de la Croix Marine situés sur Angers et sa périphérie (10 appartements : 30 places environ). Les locataires paient un loyer majoré (sous-location) qui couvre le personnel d'aide à domicile. Le personnel de l'association, celui de Rocheloire ou celui du CMP viennent en relais et soutien auprès des résidents (service social, infirmier...) • Les familles d'accueil thérapeutique (CESAME) : 7 familles d'accueil adulte pour 13 personnes accueillies (et une famille en pédopsychiatrie pour 1 enfant) • Les résidences accueils, qui offrent une stabilisation de vie aux personnes en situation de handicap psychique - Angers : 22 places - Saumur : 15 places - Cholet : 17 places • Les SAMSAH : - Le SAMSAH BORD DE LOIRE : 30 places pour les personnes en handicap psychique - Le SAMSAH ADAPEI : 30 places tous handicaps dont psychique

Autres dispositifs ou structures qui participent à la prise en charge des personnes en souffrance psychique : SAVS; la structure SIMON DE SYRENE à Angers qui offre des places mixtes, (24 places dont 12 réservées à des personnes en situation de handicap); CHRS, foyers, pensions de famille (111 places)

2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

2.4. L'insertion sociale et professionnelle



Leviers et ressources du territoire

- Un **atelier vie quotidienne - accompagnement vers l'emploi** porté par l'ADAPEI (Cholet) pour favoriser l'autonomie de la personne, l'inscrire dans une dynamique et des projets et recréer du lien par le collectif.
- Un **SAMSAH** (30 places) disposant d'un chargé d'insertion
- Un développement du « **job coaching** » qui doit être poursuivi (mais un nombre limité de bénéficiaires). L'action de l'association ALPHA API pour évaluer l'employabilité de la personne souffrant de troubles psychiques, accompagner sur les postes de travail dans l'environnement professionnel et sensibiliser les employeurs
- Un **taux d'équipement en ESAT plus important** qu'au niveau national



Faiblesses et points à améliorer

- Une **articulation entre milieu protégé/adapté et milieu ordinaire** à renforcer (CapEmploi, Pôle Emploi, ...); une sensibilisation nécessaire des employeurs et plus généralement des acteurs du monde professionnels: existence de freins à l'insertion professionnelle liés à la stigmatisation de la santé mentale
- Des **articulations entre ESAT et hébergement** à renforcer (une articulation entre travail / vie sociale / soin qui doit être renforcée)
- En dépit d'un taux d'équipement en ESAT plus élevé qu'au national, des **délais d'accès à une place en ESAT** (délais de traitement des dossiers par la MDA puis attente avant l'entrée en ESAT) : un besoin de développer le temps partiel en ESAT
- Une diversification des dispositifs d'insertion professionnelle pour mieux s'adapter aux besoins des personnes

2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

2.5. L'offre de rétablissement



Leviers et ressources du territoire

- Au sein du CH de Cholet, **une unité intersectorielle de réhabilitation psycho-sociale et d'Education Thérapeutique du Patient (UHR)** intervenant pour des soins de réadaptation, de réhabilitation et d'insertion professionnelle sur prescription d'un psychiatre des secteurs de psychiatrie 8 et 9.
- Le CESAME dispose **d'unités de réhabilitation psychosociale** (21 et 42 lits) ainsi que d'un département de réhabilitation composé de
 - Foyer de réhabilitation et de réadaptation sociale Prosper Bigeard (10 lits)
 - Foyer post-cure de Rocheloire (10 places)
 - Atelier Intersectoriel de Réadaptation Agricole (AIRA)
 - ORION 49, **structure de réhabilitation psychosociale ORION 49** qui a pour objectif d'accompagner des personnes souffrant de troubles psychiques dans l'élaboration d'un projet de vie sociale et/ou professionnel (atelier image de soi, thérapie comportementale, remobilisation, accompagnement individuel, projet professionnel).
 - Les programmes d'ETP
- Un projet de structuration d'un centre de soins supports porté par le département de réhabilitation psychosociale du CESAME
- Sur Saumur une **unité de réhabilitation de 12 lits** avec le développement d'un travail de rétablissement à domicile

Faiblesses et points à améliorer

- Une **implication des usagers à développer**
- Un enjeu d'évolution de la posture professionnelle des soignants



2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DE QUALITÉ ET SANS RUPTURE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

En synthèse



Des dispositifs existants pour trouver des solutions d'accompagnement des **cas complexes**, pour différents publics cibles et sur différents périmètres territoriaux

- Divers **partenariats, conventions et travaux pluripartenariaux menés à l'échelle du département** (convention handicap psychique et habitat, comité départemental en santé mentale, chartes départementales)
- Des dispositifs dédiés visant l'insertion socio-professionnelle et la réhabilitation sociale



- Une **superposition des dispositifs de coordination souvent mal connus des acteurs**; des difficultés pour les acteurs de terrain pour savoir qui solliciter
- Un besoin d'outils d'évaluation communs, d'une définition commune de la complexité et d'une meilleure interconnaissance
- Des articulations entre **psychiatrie et ASE** définies dans le cadre des travaux de la Charte Santé mentale mais à compléter par le travail des conventions dans le cadre du projet de convention santé mentale pour les « enfants/adolescents » confiés à l'ASE
- Des systèmes d'information encore peu compatibles entre établissements; absence de dossiers uniques partagés pour le moment.
- Des articulations à poursuivre :
 - entre psychiatrie et **l'Education nationale**, des manques en terme de soins études au niveau du collège et des études supérieures
 - entre psychiatrie et acteurs du logement et de l'hébergement (SIAO, bailleurs sociaux)
 - **Entre milieu protégé/adapté et milieu ordinaire**

2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DE QUALITÉ ET SANS RUPTURE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

En synthèse (1/2)



- Développer les solutions de logement intermédiaire :
 - Concevoir **une expérimentation locale d'un dispositif gradué visant à proposer des solutions d'aval** et mobilisant la psychiatrie (par exemple le département de réhabilitation du CESAME), une association gestionnaire et un bailleur.
 - Assurer **une évaluation régulière de la capacité à habiter sur la base d'outils communs**
 - Poursuivre la déclinaison opérationnelle des actions de la convention handicap psychique et habitat, via les CLS notamment
- **Se saisir de la mise en place d'une fonction d'appui à la coordination des parcours complexes (plateforme territoire d'appui, PTA) pour:**
 - La mise en place d'une porte d'entrée (numéro unique) pour les professionnels
 - Clarifier le rôle et les articulations instances de coordination sur le territoire
 - Se doter et partager des outils communs d'évaluation de la complexité (déjà existants mais pas forcément partagés par tous)
 - Développer la fonction de « **case manager** »
- **Améliorer l'interconnaissance entre pédopsychiatrie et aide sociale à l'enfance**, dans un contexte d'évolutions rapides des dispositifs / organisations institutionnelles : des rencontres mensuelles entre pédopsychiatrie (Centre Roger Mises) et le CD49 (ASE) pouvant être développées sur d'autres territoires (Cholet et Saumur?)
- Engager une réflexion sur la question de l'inclusion scolaire et de l'accompagnement :
 - des enfants handicapés psychiques ou des enfants rencontrant des troubles des apprentissages
 - Des adolescents âgés de plus de 16 ans, suivis en psychiatrie et sortis du système scolaire / rencontrant des difficultés à poursuivre leur scolarité

2/ LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DE QUALITÉ ET SANS RUPTURE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES USAGERS ET DE LEUR INCLUSION SOCIALE

En synthèse (2/2)



- **Développer les outils pratiques permettant de favoriser l'articulation des interventions des acteurs sociaux / médico-sociaux / soignants autour de la personne** : créer un « portefeuille » de personnes ressources pour établir un réseau individualisé des acteurs intervenant autour d'une personne : favoriser et étendre l'utilisation de la carte « Contacts'à Dom »
- Faire vivre les chartes départementales et les conventions de partenariat sur le terrain :
 - Poursuivre l'organisation des **actions de sensibilisation** ou des **formations croisées**
 - **Rendre lisible les dispositifs existants : pour les acteurs de terrain et les usagers**
- **Développement des CLSM** comme outil d'interconnaissance, d'information et de coordination
- **Intensifier le partenariat entre les acteurs de l'emploi et de la santé mentale** : faciliter la transmission d'informations (dossier commun?), réunions de concertation entre acteurs autour de situations complexes (mobilisant notamment: MDA, entreprises, secteur médico-social) ; développer le job coaching / **emploi accompagné**



AXE 3 – L'ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES ET LE SUIVI DES PERSONNES PRÉSENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES

- ❖ 3.1. L'accès aux soins somatiques en ambulatoire
- ❖ 3.2. L'accès aux soins somatiques pour les patients hospitalisés en psychiatrie

AXE 3 – L'ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES ET LE SUIVI DES PERSONNES PRÉSENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES

« L'organisation des conditions de **l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques** adaptés à leurs besoins »

Cette thématique questionne **l'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques** : outre l'accompagnement des pathologies psychiatriques, il s'agit d'assurer l'accès à des **accompagnements par les médecins généralistes ou spécialistes en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie**. Ce sujet recouvre la question de l'organisation des établissements en cas d'hospitalisation :

- pour des établissements ayant une activité en psychiatrie, devant assurer à leurs patients un **accès aux soins somatiques**
- Pour les autres établissements, devant assurer un **accueil spécifique** des personnes présentant des troubles psychiques.

Les personnes souffrant de troubles psychiques sont concernées par une difficulté d'accès aux soins somatiques qui a des conséquences importantes sur leur état de santé. Ainsi, au niveau national, « le taux de mortalité est 1,6 à 3 fois plus élevé dans la schizophrénie que dans la population générale et l'espérance de vie est diminuée de 20% chez les patients atteints de schizophrénie. » (in Granger, B., Naudin, J. (2015), *La schizophrénie : idées reçues sur une maladie de l'existence*, Le Cavalier Bleu éditions, p. 61.)

3/ ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES

3.1. L'accès aux soins somatiques en ambulatoire



Leviers et ressources du territoire

- Un **développement de centres de santé** ou **maisons de santé** sur le territoire favorisant le maintien et /ou l'installation de professionnels de soin de premier recours et le développement des prises en charge coordonnées (*voir focus ci-après*) – Quelques projets de santé axés sur la santé mentale ou les addictions (MSP des Hauts-de-Saint-Aubin à Angers, MSP de Vernioil le Fourier...)
- **Des dispositifs d'accès aux soins existants sur le territoire** comme Ascodent (dépistage en ESMS, sensibilisation et orientation) ou encore des soins bucco-dentaires à la Clinique Saint-Léonard
- **Des actions d'association en ce sens**, notamment de l'ADAPEI : avec le développement d'un passeport santé
- Une initiative du **CH de Saumur** conduite sur 2 ans, visant à **rencontrer l'ensemble des médecins généralistes** du secteur (présentation du secteur, attentes en termes de formation...)
- **La constitution des CPTS** comme levier pour travailler sur ces sujets et décroïsonner les secteurs

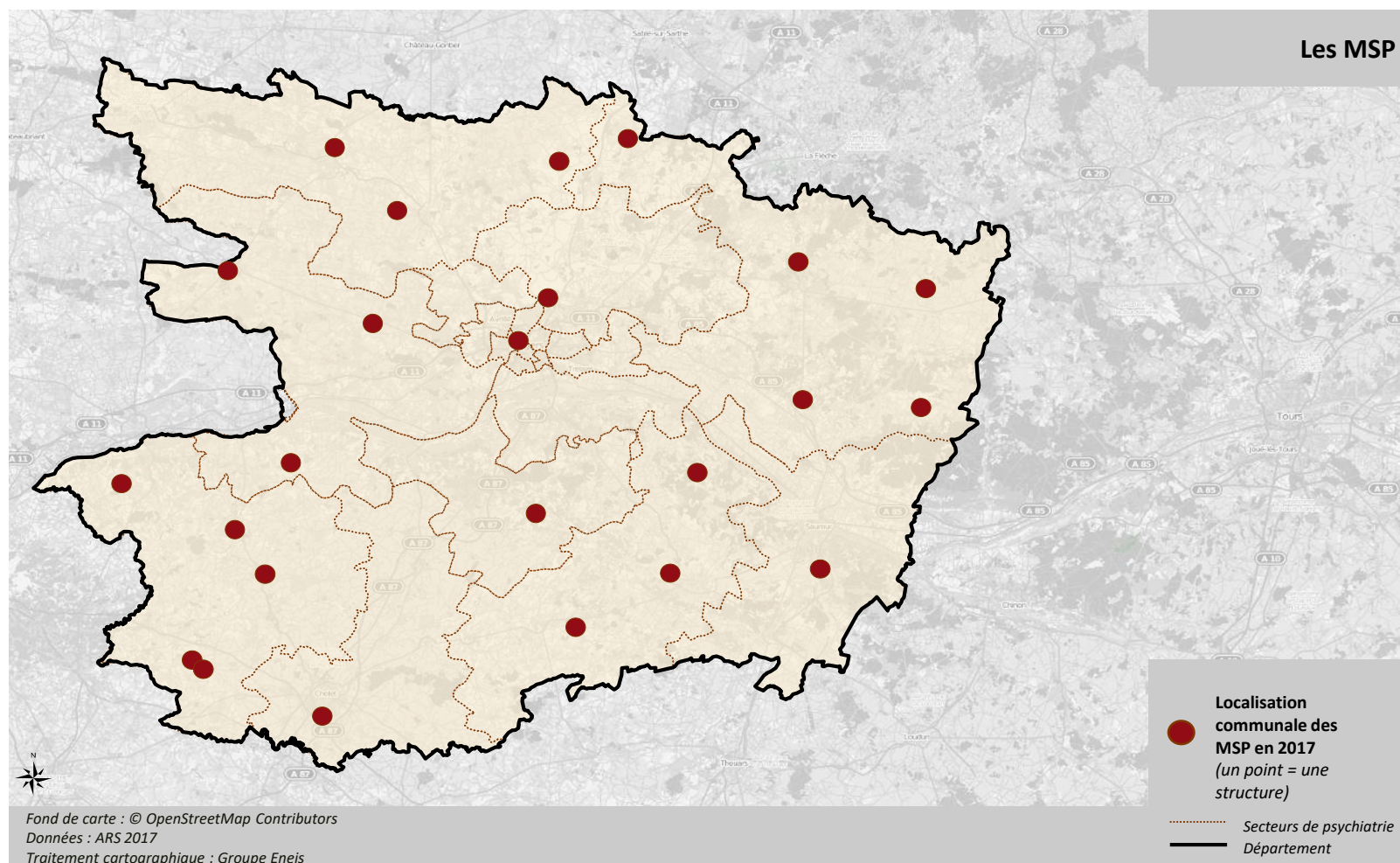
Faiblesses et points à améliorer



- Un **phénomène de désertification médicale**, autant pour les médecins généralistes que spécialistes
- Une **coordination difficile entre professionnels**, un manque de transmission d'informations médicales entre généralistes/spécialistes, ville/hôpital...
- Des **médecins généralistes trop peu présents dans le parcours de soins**, notamment pour les enfants souffrant de troubles psychiques d'après le rapport Lhuillier et insuffisamment formés en matière de santé mentale
- Un **manque de formation des soignants et des différents professionnels** à la maladie psychique
- Diverses difficultés pouvant complexifier l'accès aux soins : un **manque d'informations des patients**, des délais d'attente importants, des difficultés liées à la pathologie psychiatrique comme des refus de soins ou des non-demandes, des difficultés de prise de rendez-vous du fait d'un manque d'accompagnement
- Des **situations fréquentes de patients n'ayant pas de médecins traitants** ou de « nomadisme » d'un médecin à l'autre
- Un besoin de **renforcer l'accès à la prévention pour les personnes souffrant de troubles psychiques et d'accès à des soins spécialisés** de gynécologie, ophtalmologie ou dentaires (*voir focus*) - le dispositif Ascodent qui n'est disponible qu'à Angers (grande couronne), une nécessité de sensibiliser davantage les dentistes
- Un **absentéisme qui serait plus fréquent aux rendez-vous**, ce qui peut générer un refus des spécialistes d'accompagner la personne

3.1. L'accès aux soins somatiques en ambulatoire

Zoom – Localisation des MSP dans le Département



3/ ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES

3.1. L'accès aux soins somatiques en ambulatoire



ZOOM – L'ACCÈS À LA PRÉVENTION

Patients hospitalisés pour troubles de l'humeur (2012-2013)	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France
Part de patients ayant eu les 3 actes de prévention classique* (%)	45,8	45,1	53,9
Part de patients ayant eu des actes de prévention complémentaire** (%)	9,5	11,4	18,4
Part de patients ayant eu des actes de dépistage et vaccination*** (%)	30,7	32	33,4
Part de patients ayant eu des soins somatiques courants**** (%)	48,5	50	48,9

Patients hospitalisés pour addictions (2012-2013)	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France
Part de patients ayant eu les 3 actes de prévention classique* (%)	38,5	36,5	46,8
Part de patients ayant eu des actes de prévention complémentaire** (%)	7,8	10,5	17,2
Part de patients ayant eu des actes de dépistage et vaccination*** (%)	17,5	17,7	16,8
Part de patients ayant eu des soins somatiques courants**** (%)	37,4	41,6	40,9

Patients hospitalisés pour TMS (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère) (2012-2013)	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France
Part de patients ayant eu les 3 actes de prévention classique* (%)	36,2	35,6	43,6
Part de patients ayant eu des actes de prévention complémentaire** (%)	7,8	9,2	15,3
Part de patients ayant eu des actes de dépistage et vaccination*** (%)	22,4	22,8	22,9
Part de patients ayant eu des soins somatiques courants**** (%)	19,6	19,6	20

Patients hospitalisés pour autres TMS (TED et déficiences) (2012-2013)	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France
Part de patients ayant eu les 3 actes de prévention classique* (%)	28	24	30,1
Part de patients ayant eu des actes de prévention complémentaire** (%)	4,5	3,6	10,9
Part de patients ayant eu des actes de dépistage et vaccination*** (%)	14,6	13,5	13,4
Part de patients ayant eu des soins somatiques courants**** (%)	33,1	40,8	39

Source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013 - Atlas Santé mentale

Les 3 actes retenus sont : hémogramme, glycémie, cholestérol dans les deux ans qui suivent la sortie de l'hospitalisation.

** ECG, bilan rénal

*** Dépistage cancer du sein et du col de l'utérus, vaccination DT polyo dans les 2 années qui suivent la sortie d'hospitalisation.

**** Soins dentaires, gynécologiques (y compris contraception orale ou DIU), ophtalmologiques dans les 2 années qui suivent la sortie d'hospitalisation.



3/ ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES

3.2. L'accès aux soins somatiques pour les patients hospitalisés en psychiatrie

ZOOM – LE POINT DE VUE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR L'ORGANISATION DES SOINS EN SANTÉ MENTALE



Une thèse réalisée en 2016 (Anne-Cécile Viaud et Damien Velly) sur l'organisation des soins en santé mentale et l'insatisfaction des médecins généralistes.

Les principaux résultats de cette étude sont les suivants :

- Les médecins généralistes sont insatisfaits des possibilités d'accès aux soins des patients souffrants de troubles psychiatriques. Ils révèlent un déficit d'information sur les structures et les outils d'aide, méconnus et sous utilisés.
- Les objectifs d'amélioration proposés par le plan régional de santé n'ont pas semblé avoir un impact positif pour leur pratique. La principale amélioration perçue est une augmentation en nombre et qualité des courriers après hospitalisation.
- L'accessibilité à des soins en urgence a été décrite comme difficile quel qu'ait été le recours recherché.
- Un tiers des médecins généralistes se déclarent en difficulté pour évaluer le risque suicidaire.
- Les projets de télémédecine en santé mentale intéressent la moitié des médecins généralistes.

3/ ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES

3.2. L'accès aux soins somatiques pour les patients hospitalisés en psychiatrie



Leviers et ressources du territoire

- Des **liens entre psychiatrie et soins somatiques renforcés** : développement de la prise en charge des soins somatiques en psychiatrie (par exemple au CESAME, recrutement de médecins généralistes pour les soins somatiques des patients hospitalisés) et présence de services de psychiatrie dans les établissements généralistes, **des travaux sur ce sujet dans le cadre du GHT**
- Au CHU, l'implantation du service de psychiatrie et d'addictologie en MCO permet des évaluations globales des patients, psychiatriques, addictologiques et somatiques
- Projet en cours au CHU avec la désignation d'un référent handicap pour faciliter l'accès aux soins somatiques – une attention particulière à porter aux personnes en situation de handicap psy
- Le CESAME participe à l'élaboration d'un projet de recherche avec le Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) pour réduire le risque de morbi-mortalité cardiovasculaire chez les patients souffrant de trouble psychiques sévères.



Faiblesses et points à améliorer

3/ ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES

En synthèse



- Un développement des MSP – certaines disposant de projets intégrant une dimension « santé mentale »
- Une organisation de l'accès aux soins somatiques pour les patients hospitalisés en psychiatrie en cours d'amélioration et de structuration (axe du GHT)



- **Des difficultés potentiellement plus fortes pour les personnes** souffrant de troubles en santé mentale pour accéder à l'offre de soins somatiques et à la prévention
- Peu d'initiatives visant à favoriser l'accès aux soins et à la prévention pour les personnes souffrant de handicap psy

- Développer les liens entre offre de soins de premier recours (et notamment MSP et Centre de Santé) et services de psychiatrie
 - Développer des **moyens pour permettre aux libéraux d'assister aux synthèses**
 - Inciter les professionnels de terrain à travailler entre eux : créer des temps de rencontre
 - Sensibiliser les médecins aux facteurs de risques spécifiques pour les patients suivant un traitement médicamenteux
 - Mieux informer les médecins traitants en systématisant le compte-rendu de rendez-vous (courrier-type, indication du diagnostic et du suivi)
 - Développer des messageries sécurisées ainsi que les dossiers partagés entre professionnels de santé (médecins généralistes et psychiatres)
 - Renforcer l'interconnaissance entre les acteurs en allant à la rencontre des médecins généralistes (exemple de Saumur)
 - Développer l'information à destination des médecins généralistes, notamment via le site du CESAME (annuaire plus complet)
 - Renforcer l'accès à un médecin traitant (incitation des patients par les psychiatres à déclarer un médecin traitant)
 - Etablir une définition du rôle de chaque professionnel (psychiatre, médecin généraliste) dans l'accompagnement d'un patient (attendus des postes, répartition des missions, modalités d'échanges...)
- Développer des dispositifs type « Handiconsult »
- Améliorer la coordination soins somatiques et soins psychiatriques en / entre établissements :
 - **Organiser des rencontres (trimestrielles) entre acteurs** : gestions de cas, échanges sur les situations, courriers de liaison, échanges d'informations, échanges sur des pistes d'amélioration
 - Identification de pivots de communication interne / externe (UPAO? UPAP? Référence au sein du CH?...)



AXE 4 – LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE

- ❖ 4.1. La prise en charge des urgences psychiatriques
- ❖ 4.2. La prévention des situations de crise et d'urgence
- ❖ 4.3. Les soins sans consentement



AXE 4 – LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE

« L'organisation des conditions de **la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence** »

Cette thématique aborde notamment l'organisation de **l'intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes** (y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales) **en prévention de l'urgence psychiatrique** et **en cas d'urgence psychiatrique**.

Il s'agit également de traiter de **l'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques** et de **l'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation** pour éviter les ruptures dans les parcours de soins de la personne.

4/ PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'URGENCE

4.1. La prise en charge des urgences psychiatriques (1/2)



Leviers et ressources du territoire

Concernant l'accès aux urgences psychiatriques pour les adultes

- Une **procédure départementale d'intervention en urgence régulée par le centre 15** pour les situations d'urgence psychiatrique ou signalement (CDSM) qui a permis un travail en collaboration mobilisant des acteurs du sanitaire et du médico-social
- Un **accueil des situations de crise organisé dans les différents établissements du territoire**:
 - CH Cholet :
 - psychiatre et infirmiers psychiatriques au sein des urgences
 - Existence d'une **UACP** (accueil de crise pour les suicidants) et permanence psychiatrique aux urgences
 - CH Saumur :
 - astreintes de médecins et infirmiers du secteur adulte (tous les après-midis)
 - **les urgences psychiatriques de l'est sont assurées par l'équipe de psychiatrie du secteur 49G10** laquelle intervient aux urgences psychiatriques du CH en journée de 8h30 à 18h30 avec une équipe IDE dédiée de 11h à 18h30. Ces urgences accueillent non seulement les patients des secteurs 49G10, pour part du 49G06 et 49G07 mais aussi ceux du chinonnais, de Loudun et depuis peu ceux de Thouars qui ont fermé leurs urgences avec une répercussion sur le nombre d'entrées (X3 entre 2017 et 2018)
 - CHU d'Angers :
 - l'Unité Paramédicale d'Accueil Psychiatrique (**UPAP**) (équipe d'infirmiers mis à disposition par le CESAME pour l'évaluation des patients sur indication d'un médecin urgentiste),
 - astreintes internes et seniors (dont professionnels du CESAME),
- Au CESAME: l'**UPAO** offre un accueil psychiatrique médicalisé 24h/24 et 7j/7 à toute personne de 18 à 75 ans non inscrite dans un suivi au CESAME, se présentant spontanément ou adressée par un médecin ou par son entourage, sur le secteur du CESAME. L'UPAO peut réaliser des évaluations en urgence : *ne sont pas admis au sein de l'UPAO les patients avec une intrication somatique qui sont orientés vers les urgences du CHU (alcoolisation aiguë, intoxication médicamenteuse volontaire, urgences vitales, etc.). De même, les patients âgés de plus de 75 ans seront admis directement sur leur secteur de référence. Les patients mineurs seront accueillis au CHU (urgences pédiatriques ou urgences adultes) où un pédopsychiatre senior est en charge de l'évaluation psychiatrique et de l'indication d'hospitalisation sur le CHU ou sur le CESAME.*
- La mise en place d'une cellule d'urgence médico-psychologique : unité fonctionnelle du SAMU, ayant pour référent départemental un psychiatre du CHU assurant la coordination des volontaires de la CUMP des 4 établissements : Cholet, Saumur, CESAME et CHU

Faiblesses et points à améliorer



- Une **définition de la notion d'urgence pas toujours partagée**, une connaissance des limites et interventions des différents partenaires à améliorer mais des progrès en la matière grâce à la procédure départementale d'intervention en urgence
- Un **besoin de sensibilisation sur la psychiatrie** par exemple des forces de l'ordre ou autres partenaires amenés à intervenir en situation d'urgence (importance de ce contact qui est parfois le premier pour une personne souffrante)
- Un besoin d'améliorer l'accueil du patient polyhandicapé aux urgences.
- Une **part des admissions par les urgences pour des patients admis en psychiatrie plus élevée** en comparaison avec d'autres territoires : manque de repérage des troubles psychiques en amont ? Recours aux urgences de personnes hors département ? Meilleur repérage et recensement des troubles dans les services d'urgences?

4/ PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'URGENCE

4.1. La prise en charge des urgences psychiatriques (2/2)



Leviers et ressources du territoire

Faiblesses et points à améliorer



Concernant l'accès aux urgences psychiatriques pour les enfants

- Sur le secteur de CHOLET et de SAUMUR , l'accueil en urgence des enfants ados présentant des troubles psychiques se fait par les urgences des deux CH
- Sur le secteur d'ANGERS, l'accueil en urgence des enfants ados présentant des troubles psychiques se fait par les urgences pédiatriques du CHU d'ANGERS.
- Un projet au CHU d'Angers de mise en place de l'UPOPS (Unité Pédiatrique d'Observation Psychiatrique et Sociale) avec 3 lits SAS (72 heures) dans l'Unité « Grands » de pédiatrie pourrait permettre une amélioration des prises en charge en urgence voire éviter des hospitalisations (projet en lien avec le CESAME) – projet en suspens pour le moment

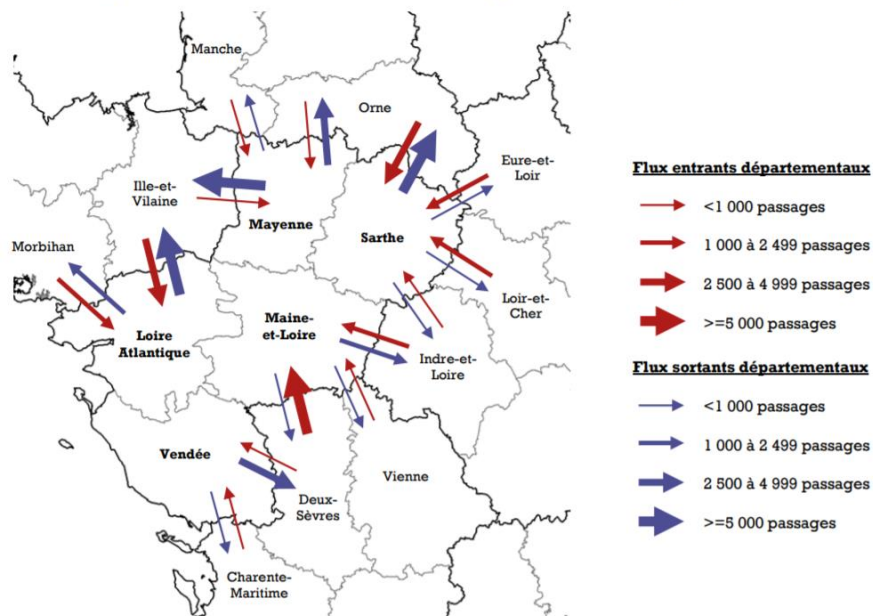
4/ PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'URGENCE

4.1. La prise en charge des urgences psychiatriques (2/2)

ZOOM – ADMISSION ET FLUX DANS LES SERVICES D'URGENCES

- Les taux de patients admis en psychiatrie pour les troubles de l'humeur, les addictions et les troubles mentaux sévères et passés par les urgences apparaissent nettement plus élevés dans le Maine-et-Loire que dans les Pays de la Loire ou en moyenne en France.
- Ce sont en particulier les admissions pour des addictions qui sont particulièrement élevées (près de 30% contre 16,8% pour la région et 12,1% pour la France).
- Des flux entrants importants s'observent des Deux-Sèvres vers le Maine-et-Loire en matière d'urgences (plus de 5 000 passages de patients vivant dans les Deux-Sèvres et se rendant dans le Maine-et-Loire). Des flux s'observent également entre la Vienne et l'Indre-et-Loire mais de façon équilibrée entre flux entrants et sortants.

Fig11 Flux entrants et sortants départementaux de patients dans les services d'urgences
Services d'urgences de Bretagne, Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine, Normandie et Pays de la Loire (2016)



Parts d'admissions par les urgences (2015) : nombre d'admissions en urgence rapporté au nombre d'admissions en psychiatrie

	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France
troubles de l'humeur (%)	24	11,1	11,7
addiction (%)	30,1	16,8	12,1
tous troubles mentaux sévères* (%)	21,3	14,4	12,7

* Tous troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère, TED, déficience...

Source : RIM-P 2015

4/ PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'URGENCE

4.2. La prévention des situations de crise



Leviers et ressources du territoire

- Une **ligne téléphonique directe qui fonctionne du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 pour les professionnels de soins primaires et psychiatres libéraux** : assurée par le service de psychiatrie adulte du CHU, permet l'obtention d'un avis / conseil auprès d'un psychiatre senior. Si nécessaire et en fonction des situations, une orientation vers les urgences, ou bien une évaluation du patient peut être proposée dans les 3 jours. Ce dispositif permet de réduire les orientations vers les urgences de la part des professionnels de premier recours.
- **Quelques CMP et CATTP proposant des consultations non programmées**, sans rendez-vous, et des CMP **et qui peuvent avoir accès à des bilans psychiatriques en urgence si besoin**
- Dans le cadre de la charte enfants/adolescents, une **journée annuelle réunissant les ESMS et les établissements de psychiatrie et pédopsychiatrie**, visant la formation des différents acteurs avec l'ambition de constituer « un espace tiers, permettant une pensée clinique partagée, une culture commune, dans la durée, et de ne plus être mis à mal par la pression de l'urgence et le sentiment d'impuissance »



Faiblesses et points à améliorer

- **Un besoin d'avoir des informations sur le patient pour ces soins précoces** (dossier de soins partagés). Des symptômes identifiés par certains médecins précédant une crise mais impossibilité légale d'agir
- **Un langage de l'urgence** qui peut être différent entre professionnels, entre familles et médecins... Une **difficulté pour les familles** parfois d'être entendu pour des situations perçues comme urgentes à domicile

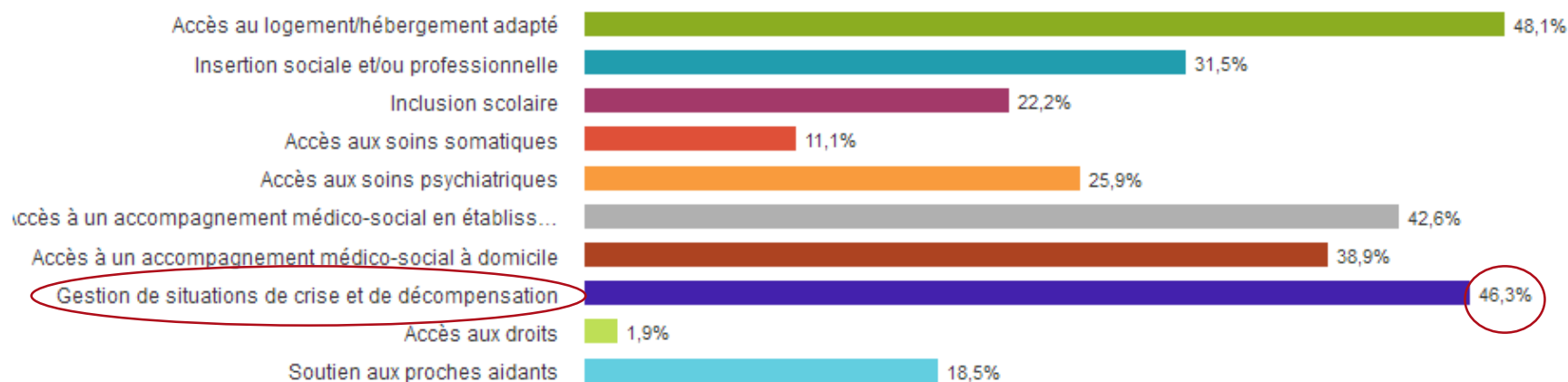


4/ PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'URGENCE

4.2. La prévention des situations de crise

ZOOM – RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

De votre point de vue, quelles sont les trois principales difficultés rencontrées par les personnes que vous accompagnez / touchez ? 3 réponses maximum



4/ PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'URGENCE

4.3. Les soins sans consentement

À la demande d'un tiers (SDT); Sur décision d'un représentant de l'État (SDRE); En cas de péril imminent (SPI)



Leviers et ressources du territoire

- Un **taux de recours aux soins sans consentement moins élevé** dans le département qu'au niveau national
- Une diminution rapide du nombre de SDRE entre 2014 et 2016.
- Un **travail conduit sur l'est du territoire sur la notion de « péril imminent »** (*mise en place d'une « feuille de tiers retrouvé » facilitant et permettant de tracer les démarches engagées pour retrouver un tiers pour formuler une demande d'hospitalisation*)



Faiblesses et points à améliorer



4/ PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'URGENCE

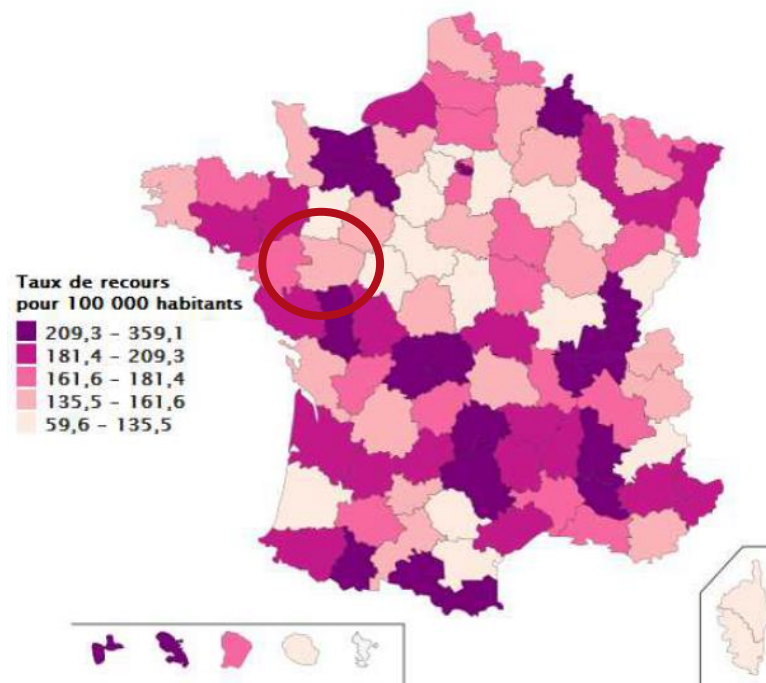
4.3. Les soins sans consentement

À la demande d'un tiers (SDT); Sur décision d'un représentant de l'État (SDRE); En cas de péril imminent (SPI)

ZOOM – TAUX DE RECOURS AU SOINS SANS CONSENTEMENT

Le taux de recours aux soins sans consentement est **relativement moins élevé dans le département en comparaison avec les autres territoires**. La part de patients du Département bénéficiant de soins sans consentement (SDT, SDRE, SPI) est légèrement inférieure à celle de la Région et de la France (4,38% contre respectivement 4,29% et 5,19%).

Taux de recours aux soins sans consentement en psychiatrie en 2015, par département de résidence, pour 100 000 habitants âgés de 16 ans et plus



Source : IRDES, Diagnostic Territorial Santé mentale – ARS - 2017



4/ PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'URGENCE

4.3. Les soins sans consentement

À la demande d'un tiers (SDT); Sur décision d'un représentant de l'État (SDRE); En cas de péril imminent (SPI)

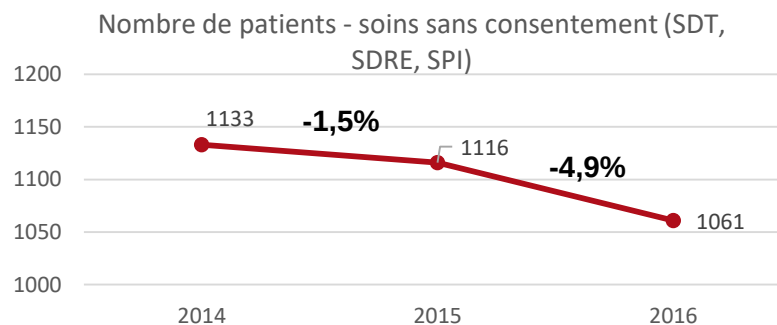
ZOOM – TAUX DE RECOURS AU SOINS SANS CONSENTEMENT

Nombre et part de patients en 2016	Département	Région	France
SDT (à la demande d'un tiers)	652	3268	61 074
SDRE (sur décision d'un représentant de l'Etat)	171	617	17 470
SPI (en cas de péril imminent)	238	1089	23 716
Nombre total de patients (soins libres ou contraints)	24 248	115 858	1 968 679
% patients soins sans consentement dans le total des patients	4,4%	4,3%	5,2%

SAE, enquête 2016

Nombre de patients dans le département	2014	2015	2016	Evolution 2014-2016
SDT (à la demande d'un tiers)	651	662	652	0,2%
SDRE (sur décision d'un représentant de l'Etat)	233	202	171	-26,6%
SPI (en cas de péril imminent)	249	252	238	-4,4%

SAE, enquêtes 2014-2015-2016



Le nombre de patients ayant bénéficié de soins sans consentement est en léger recul de 2014 à 2016, passant de 1133 à 1061 patients. Ce sont les SDRE qui ont baissé le plus rapidement entre 2014 et 2016.

4/ LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE

En synthèse



- Un **accueil des situations de crise organisé dans les différents établissements du territoire**
- Une **procédure départementale d'intervention en urgence** pour les situations d'urgence psychiatrique ou signalement
- Un **accès possible à des évaluations en urgence et à des consultations non programmées**



- Une **définition de la notion d'urgence pas toujours partagée,**
- Un **besoin de sensibilisation sur la psychiatrie** par exemple des forces de l'ordre ou autres partenaires amenés à intervenir en situation d'urgence (importance de ce contact qui est parfois le premier pour une personne souffrante)

- 
- Développer les pratiques de coordination / coopération entre les ESMS et les services psychiatriques: **poursuivre les échanges avec les ESMS**, par l'intermédiaire de rencontres régulières, à un niveau infra départemental (idée de partager les mêmes mots et définitions)
 - Développer l'appui et le soutien aux professionnels / acteurs de terrain confrontés à une situation de crise
 - S'appuyer sur les **relais à domicile** (formations au repérage et à l'urgence)
 - Faire davantage connaître le dispositif d'intervention en cas de signalement travaillé dans le cadre du CDSM. **Décliner à l'échelle territoriale/infra-secteur cette gestion des situations d'urgences et de crise**
 - Pour les **interventions sous contraintes**, travailler à la **définition et au partage du rôle de chacun**



AXE 5 – LE RESPECT ET LA PROMOTION DES DROITS DES PERSONNES, LE RENFORCEMENT DE LEUR POUVOIR DE DÉCIDER ET LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DE CES TROUBLES

- ❖ 5.1. Education thérapeutique, « empowerment » et entraide par les pairs
- ❖ 5.2. L'enjeu de la déstigmatisation des troubles en santé mentale



AXE 5 – LE RESPECT ET LA PROMOTION DES DROITS DES PERSONNES, LE RENFORCEMENT DE LEUR POUVOIR DE DÉCIDER ET LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DE CES TROUBLES

« L'organisation des conditions du **respect et de la promotion des droits des personnes** présentant des troubles psychiques, du **renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir** et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles » Cette thématique traite notamment de la promotion de **l'implication des personnes** présentant des troubles psychiques, de leurs proches et leurs familles dans les soins et l'accompagnement proposés, notamment dans le cadre du **projet de soins et d'accompagnement** social ou médico-social.

Le respect et la promotion des droits de la personne et sa réhabilitation peuvent également passer par **l'éducation thérapeutique**, le **soutien aux aidants** ou encore les diverses modalités **d'entraide par les pairs**, comme par exemple les **groupes d'entraide mutuelle**.

5/ LE RESPECT ET LA PROMOTION DES DROITS DES PERSONNES ET LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DE CES TROUBLES

5.1. Education thérapeutique, « empowerment » et entraide par les pairs – 1/2

Leviers et ressources du territoire

- **Un guide pratique en santé mentale** (une version professionnels, une version usagers) informant sur les structures et les soins existants (réactualisation prévue en 2019) et qui constitue aussi un moyen de porter le dispositif santé mentale du département pour les professionnels de terrain notamment les professionnels de santé de 1^{er} recours mais aussi du médico- social et social
- **Des programmes d'ETP développés au CH de Cholet et au CESAME**
- Lancement dans le cadre du CLSM de Cholet d'un GT sur la participation des usagers; création en cours d'un conseil d'usagers en santé mentale
- **Plusieurs dispositifs de soutien aux proches et aux aidants :**
 - **Des formations assurées par l'UNAFAM 49 :**
 - Formation pour les proches de personnes souffrant de troubles psychiques : Atelier d'entraide PROSPECT animés par des bénévoles de l'UNAFAM formés
 - « Apprendre à faire face » animé par des soignants du Césame
 - Troubles psychiques : « Apprendre à comprendre et à apprendre à accompagner » animé par des bénévoles de l'UNAFAM et un cadre se santé.
 - **Des groupes de paroles des familles à destination des aidants** familiaux proposés par l'UDAF
 - Des groupes de paroles et d'aide aux aidants des personnes âgées suivies, proposées par **l'unité mobile intersectorielle de géronto-psychiatrie** (CH Cholet)
- Des séances d'informations au CHU (patients et familles) : sur les troubles de l'humeur et les psychotropes, la sensibilisation aux addictions et la connaissance des produits, la gestion des émotions et l'affirmation de soi, des séances de méditation pleine conscience afin de permettre une meilleure gestion personnelle des troubles psychiques.
- Des interventions hebdomadaires des différentes associations néphalistes au sein du service de psychiatrie et addictologie du CHU

Faiblesses et points à améliorer

- Une **éducation thérapeutique qui peut encore être davantage développée**, en lien avec le soutien aux aidants et le droit au répit
- Des GEM qui ne sont pas toujours identifiés par l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale : seulement 63% des répondants au questionnaire déclarent connaître les GEM
- Des freins à la mobilité rencontrés par les personnes souffrant de troubles psy, qui limitent le recours aux dispositifs existants comme les GEM

5/ LE RESPECT ET LA PROMOTION DES DROITS DES PERSONNES ET LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DE CES TROUBLES

5.1. Education thérapeutique, « empowerment » et entraide par les pairs – 2/2

Leviers et ressources du territoire

Faiblesses et points à améliorer

- Des **solutions d'entraide proposées par l'UNAFAM** :
 - Des accueils personnalisés sur plusieurs sites du département
 - Des groupes de parole encadrés par des psychologues à Angers, Cholet, Saumur
 - Un atelier d'écriture animé par une professionnelle
 - Un groupe spécifique « frères et sœurs » de malade psychique
 - Des rencontres d'informations, des conférences/débat, des rencontres conviviales, des temps d'échanges entre pairs.
 - Une aide à compléter le dossier MDPH.

- **6 GEM existants sur le territoire**



5/ LE RESPECT ET LA PROMOTION DES DROITS DES PERSONNES ET LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DE CES TROUBLES

5.1. Education thérapeutique, « empowerment » et entraide par les pairs

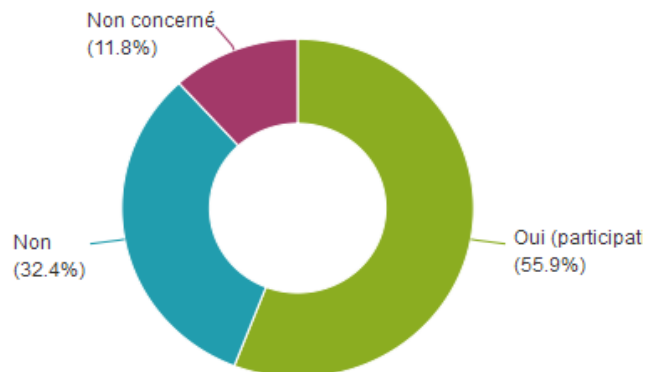
ZOOM – LES GROUPES D'ENTRAIDE MUTUELLE

Résultats du questionnaire

Connaissez-vous un ou des groupes d'entraide mutuelle (GEM) ?



Si oui, êtes-vous en lien avec un ou plusieurs GEM ?



Densité de GEM (2015) pour 100 000 habitants

Maine-et-Loire	Pays de La Loire	France
0,5	0,6	0,6

GEM	Ville	Spécificités
GEM LA VIE	Angers	Personnes cérébrolésées (Association Simon de Cyrène)
OXYGEM	Angers	Souffrances psychiques
LE CLUB DE L'ESPERANCE	Angers	Souffrances psychiques
GEM SOLEIL	Cholet	Souffrances psychiques
LE RENDEZ-VOUS DU GEM	Saumur	Souffrances psychiques
MAISON DE LA FRATERNITE	Baugé	Handicap psychique et isolement social



5/ LE RESPECT ET LA PROMOTION DES DROITS DES PERSONNES ET LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DE CES TROUBLES

5.1. Education thérapeutique, « empowerment » et entraide par les pairs

ZOOM – LES PROGRAMMES D'ETP

- Le CH de Cholet dispose de **7 programmes autorisés d'éducation thérapeutique du patient** dans le domaine de la psychiatrie : psychose chronique ; INSIGHT (patients atteints de schizophrénie en phase initiale ou sans déficit cognitif) ; troubles anxieux ; gestion des émotions ; souffrance psychique, idées noires, dépression ; PRO-famille (programme psycho-éducatif destiné aux familles et proches de patients souffrant de schizophrénie et de troubles apparentés.)
- **Le CESAME a aussi développé une expertise auprès des familles** : le programme psycho-éducatif PROFAMILLE s'adresse aux familles et proches de patients en souffrance psychique, et offre un soutien dans une stratégie d'« empowerment » (donner à la personne des capacités pour trouver ou organiser par elle-même les soutiens nécessaires). Le CESAME propose également les programmes d'ETP suivants : « mon poids, mon alimentation, mon bien-être », « mieux vivre avec la schizophrénie », « La schizophrénie en parler autrement ».
- Un projet de programme d'ETP en réflexion au CH de Saumur.

Densité de programmes ETP (2016)		
Maine-et-Loire	Pays de La Loire	France
0,25	0,16	0,07

Source : Atlas de santé mentale, Profamille/ARSIMED

5/ LE RESPECT ET LA PROMOTION DES DROITS DES PERSONNES ET LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DE CES TROUBLES

5.2. L'enjeu de la déstigmatisation des troubles en santé mentale et de la participation des usagers



Leviers et ressources du territoire

- **Des campagnes de communications nationales sur la santé mentale** (par exemple Psycyclette, SISIM, livret Handicool pour les scolaires) contribuant à la lutte contre la stigmatisation. Des outils développés pour la SISIM réutilisés au cours de l'année et partagés entre acteurs (par exemple « arbre à idées reçues »)
- Des actions menées dans le cadre du CLSM et de CLS
- Un appui du CReHPSY possible sur cet enjeu de déstigmatisation de la santé mentale
- L'enjeu de la formation des acteurs comme levier de lutte contre la stigmatisation

Faiblesses et points à améliorer



- Des **représentations persistantes de la société** sur les maladies mentales, une difficulté à toucher le grand public. Une nécessité de **poursuivre les efforts de communication**, en mobilisant l'existant à l'échelle nationale
- Des actions qui ne couvrent pas équitablement le territoire
- Une interprétation de la réglementation parfois défavorable à la participation de personnes sous tutelle à l'engagement associatif et la prise de responsabilité au sein des organes de gouvernance associative

Densité d'actions SISIM (2016)		
Maine-et-Loire	Pays de La Loire	France
1,37	2,35	1,95

Source : Atlas de santé mentale



AXE 6 – L’ACTION SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX DU MAL-ÊTRE

- ❖ La prévention du mal-être, du suicide et de l’épuisement professionnel
- ❖ Le renforcement des compétences psycho-sociales

AXE 6 – L’ACTION SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX DU MAL-ÊTRE

« L'organisation des conditions d'action sur les **déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux** du mal-être »
 Cette thématique concerne le renforcement des **compétences des personnes en matière psycho-sociale**, notamment dans les champs de l'**éducation**, de la **parentalité** et du **travail**, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental. Il s'agit également de **prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques** du fait de déterminants sociaux, environnements et territoriaux.

- *Emploi*
- *Accès à la santé*
- *Accès au logement*
- *Inclusion dans la vie*
- *Environnement sain*
- *Environnement adapté*
- *Situation sociale, conditions de vie décentes*
- *Maintien dans le lieu de vie*
- *Education*
- *Bien-être, estime de soi, reconnaissance*
- *Vie sociale épanouissante*
- *Genre*
- *Indicateurs observables des signes de mal-être*
- *Liberté*



Nuage de mots à partir des contributions des participants au groupe de travail du DTSM : « Quels sont pour vous les principaux déterminants de la santé mentale ? »

6/ DÉTERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DU MAL-ÊTRE

6.1. La prévention du mal-être, du suicide et de l'épuisement professionnel



Levers et ressources du territoire

- Des services d'écoute téléphonique permettant un échange anonyme pour les personnes en souffrance :
 - Agri'écoute : écoute téléphonique assurée par des bénévoles de SOS Amitié et SOS suicide Phénix, proposé par la MSA à destination des exploitants, salariés agricoles et leurs proches
 - SOS Amitié, à Angers : service d'écoute aux personnes qui traversent une période difficile...
- Des **formations de la MSA pour repérer la crise suicidaire** dispensées sur le territoire auprès de personnels médicaux, d'élus, de bénévoles ou de personnel d'accueil et administratif (56 personnes formées en 2017 dans le Maine-et-Loire)
- A la suite de ces formations, les acteurs sont invités à poursuivre et conduire d'autres actions : **des groupes de travail sur la prévention du suicide se réunissent sur trois territoires** (Saumurois Layon, Mauges Choletais et Loire Segréen). Ces groupes réalisent des actions de communication et de sensibilisation, proposent des temps d'échanges et de débat et recensent les ressources du territoire (répertoire des acteurs ou ressources locales).
- Existence d'un réseau de prévention suicide Saumurois-Layon (MSA) dont les objectifs sont
 - Prendre part à la prévention du suicide
 - Informer le grand public sur cette thématique du mal-être et du suicide.
 - Réaliser et actualiser un répertoire des ressources locales qui rassemble les réponses existantes lorsque l'on est confronté à une personne en souffrance psychique.
 - Étendre le réseau des personnes formées.
- Le groupe de parole Magritte, au sein du CHU, est porté par le service de psychiatrie du CHU avec l'intervention des IDE de l'UPAP : il propose un accompagnement des proches de suicidants, avec également pour objectif la prévention de la récurrence du suicidant par la mobilisation de l'entourage
- La mise en place au plan régional du dispositif « Vigilans », piloté par le CHU - dispositif de soin innovant destiné à la prévention de la récurrence suicidaire
- De nombreuses associations permettant de lutter contre l'isolement et d'offrir une écoute aux personnes en situation de mal-être : Solidarité paysans 49, Au cœur des flots, SOS Dépression, Suicide Ecoute...

Faiblesses et points à améliorer



- Un **taux de suicide élevé, supérieur au niveau régional et national** (voir ci-dessus)
- Un manque de ressources pour la prise en charge des troubles psy liés à la souffrance au travail – en dehors des dispositifs visant le monde agricole

6 / DÉTERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DU MAL-ÊTRE

6.2. Le renforcement des compétences psycho-sociales



Leviers et ressources du territoire

- Un appui du **CReHPSY** possible pour déployer des actions inter-partenariales dans le champ de la promotion de la santé mentale
- De nombreuses associations intervenants sur le territoire, en lien avec les établissements de santé
- Un travail réalisé au sein des écoles sur le développement des compétences psycho-sociales : expérimentation « Programme « en santé à l'école » » porté par l'IREPS; le développement des CPS, un axe structurant des parcours éducatif en santé.
- La quasi-totalité du territoire est couverte par un CLS, qui intègrent tous (5/6) des orientations et des actions relatives à la santé mentale (la totalité d'ici fin 2019). Des actions menées également dans le cadre du **CLSM**.
- **Un déploiement de dispositifs et d'outils sur le territoire contribuant à la promotion de la santé** notamment la Maison des Adolescents



Faiblesses et points à améliorer

- Peu d'éléments dans le questionnaire aux professionnels à ce sujet, dénotant une faible appropriation de cette thématique dont les contours restent flous

6/ DÉTERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DU MAL-ÊTRE

6.1. La prévention du mal-être, du suicide et de l'épuisement professionnel

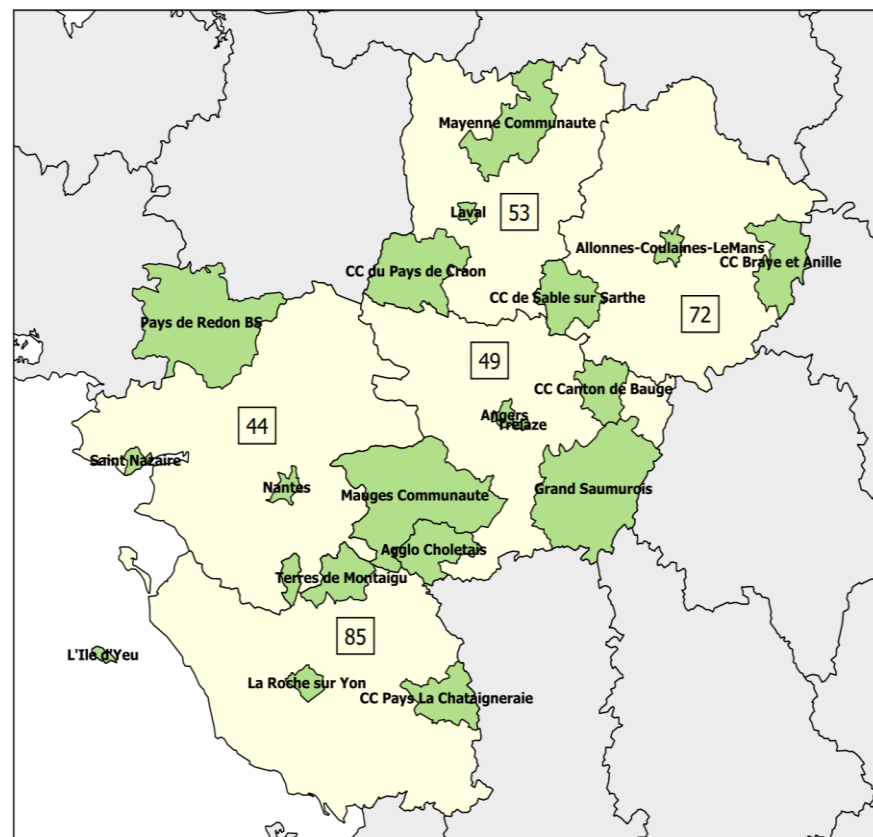
ZOOM – LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ

- Le département est **maillé de 6 Contrats Locaux de Santé (CLS)**, dont un a donné lieu à la mise en œuvre d'un Conseil Local de Santé Mentale à Cholet. Les CLS d'Angers, Cholet, Baugé et Saumur prévoient des actions dans le champ de la santé mentale. Le CLS Anjou Bleu est en cours de signature.
- Le **territoire ne compte d'un seul CLSM, celui de Cholet** : seulement 6,7% de la population est couverte par un CLSM, contre 24,3% en moyenne en France.
- 1 tiers des répondants au questionnaire participe à un CLS. Pour ces répondants, plus de 90% considèrent que les **CLS permettent d'améliorer l'interconnaissance des acteurs** (62% « oui beaucoup », 30% « oui un peu »). Dans une moindre mesure, les CLS permettent aussi de **développer des actions de promotion** de la santé mentale et de **travailler autour des situations complexes** (39% « oui beaucoup », 46% « oui un peu »)

Part de la population couverte par un CLSM

Maine-et-Loire	Pays de La Loire	France
6,7	13,1	24,3

Source : Atlas de santé mentale



5-6/ PROMOTION DES DROITS, LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION, PRÉVENTION DU MAL-ÊTRE

En synthèse



- Développement des CLS – existence d'un CLSM (Cholet)...
- Des campagnes de communication nationales déployées dans le Maine-et-Loire (ex: SISM)
- Différents programmes d'éducation thérapeutique (7 programmes au sein du CH de Cholet, 3 programmes au CESAME dont le programme PROFAMILLE)
- Un accompagnement renforcé des aidants grâce à une offre diversifiée sur le territoire (formations de l'UNAFAM, groupes de parole Magritte au CESAME...)
- Des modalités d'entraide entre pairs qui se sont développées au cours des dernières années : des actions portées par l'UNAFAM et différents GEM



- ... des dispositifs qui ne couvrent pas l'intégralité du territoire départemental
- Des représentations persistantes de la société sur la santé mentale
- Une éducation thérapeutique qui peut encore être davantage développée, en lien avec le soutien aux aidants et le droit au répit
- Des GEM qui ne sont pas toujours bien identifiés

- Soutenir les associations d'usagers (notamment les GEM)
- Poursuivre le développement des programmes d'ETP impliquant les usagers et/ou les familles
- Développer l'information / la sensibilisation du grand public et des acteurs du droit commun sur la santé mentale dans l'ensemble du territoire :
 - Renforcer l'information et la communication pour les entreprises sur les dispositifs existants et sur la spécificité de certains handicaps (informations notamment à renforcer auprès des entreprises / représentations syndicales)
 - Sensibiliser les élus aux maladies psychiques pour encourager les actions d'information et de sensibilisation
 - Développer des outils innovants d'information et de sensibilisation (psychobus?)
 - Associer davantage les usagers : témoignage, expression directe (exemple de la bibliothèque des livres vivants)
 - Créer des liens avec les médias, notamment au moment de la SISM, renouveler les expériences de rencontre entre journalistes et patients, sensibiliser les futurs journalistes en école de journalisme... (appui possible du CReHPSY)