

# FEUILLE DE ROUTE : PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE EN MEUSE

# Sommaire

<b>1. HISTORIQUE DU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE.....</b>	<b>2</b>
<b>2. PISTES DE TRAVAIL IDENTIFIEES LORS DU DIAGNOSTIC.....</b>	<b>3</b>
NATURE DE L'OFFRE EXISTANTE :.....	3
➤ <i>L'offre de prise en charge psychiatrique.....</i>	3
➤ <i>L'offre à destination des adultes.....</i>	4
➤ <i>L'offre à destination des personnes âgées.....</i>	4
➤ <i>L'offre à destination des mineurs.....</i>	4
➤ <i>L'offre d'équipes mobiles sur le territoire.....</i>	4
➤ <i>L'offre de prévention.....</i>	4
LA COORDINATION, COOPERATION ET INTERCONNAISSANCE DES ACTEURS.....	5
FORMATION DES PROFESSIONNELS DU TERRITOIRE ET HARMONISATION DES PRATIQUES.....	6
L'ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS.....	7
<b>3. FEUILLE DE ROUTE.....</b>	<b>8</b>
METHODOLOGIE DE L'ELABORATION DE LA FEUILLE DE ROUTE.....	8
LE PLAN D' ACTIONS.....	11
CATEGORISATION DES ACTIONS.....	11
FINANCEMENTS ALLOUES ET PREVISIONNELS.....	13

# 1. Historique du projet territorial de santé mentale

---

La genèse des projets territoriaux de santé mentale est liée à la loi de modernisation du système de santé de 2016 et plus particulièrement à l'article 69. Cette loi reconnaît le caractère transversal de la santé mentale. Elle propose que soit mise en œuvre sur chaque territoire une organisation graduée globale répondant à l'ensemble des besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques tout au long de leur parcours de vie. Elle prévoit que cette organisation soit décrite dans des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) élaborés par l'ensemble des acteurs concourant à cette politique<sup>1</sup>.

Le décret du 27 juin 2017 précise que les PTSM poursuivent les objectifs suivant :

- Favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en développant des modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;
- Permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social,
- Déterminer le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur relative aux projets territoriaux de santé mentale.

L'instruction du 5 juin 2018 relative aux PTSM précise les modalités d'élaboration des projets de santé mentale :

- Définition du territoire
- Acteurs à mobiliser et missions respectives
- Étapes à suivre
- ...

Une formation de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a été proposée aux agents référents de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et aux ambassadeurs afin de leur présenter la méthodologie nécessaire à la mise en place d'un PTSM.

---

<sup>1</sup> INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale

## 2. Pistes de travail identifiées lors du diagnostic

---

### **Nature de l'offre existante :**

#### ➤ L'offre de prise en charge psychiatrique

#### Nouvelles modalités de consultations :

Mettre en œuvre la téléconsultation [3 occurrences] :

- Après des médecins traitants pour une pré-consultation d'aide au diagnostic,
- Pour éviter le déplacement des patients dans les établissements sociaux et médico sociaux,
- Pour une aide à un rendez-vous,
- Pour des transmissions d'informations entre structures facilitant ainsi la communication (gestion du temps, de l'activité et éloignement géographique)

Mettre en place des consultations avancées au sein des MSP :

- En santé mentale au sein des maisons de santé pluri professionnelles par des psychologues [1 occurrence]
- De psychologues dans les maisons de santé pluri professionnelle (sur prescription et remboursement par la sécurité sociale) [1 occurrence]

Mettre en place l'orientation vers un infirmier de pratiques avancées en psychiatrie avec une valorisation des soins psychiatriques dans les actes des infirmiers libéraux [1 occurrence]

#### Harmonisation territoriale : [2 occurrences]

- Harmoniser l'offre de soin sur l'ensemble du territoire (équipes mobiles et consultations d'urgences adolescents/ enfance)
- Harmoniser les tranches d'âges entre les différents partenaires, (enfance/adolescence/jeunes adultes/personnes âgées)

#### Capacités d'accueil de certaines structures et certains lieux de vie:

- Augmenter les places en CATTP avec l'ouverture d'un CATTP dans le nord Meusien [1 occurrence]
- Renforcer la présence sur le territoire d'habitat partagé et accompagné [1 occurrence]
- Compléter et renforcer l'offre de soins autonomie logement par des dispositifs types service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), le pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE) et la plateforme locale accueil de jour (PLAJ) [1 occurrence]
- Anticiper les sorties d'hospitalisation [1 occurrence]
- Renforcer les équipes qui accueillent des personnes présentant des troubles du comportement [1 occurrence]

### ➤ **L'offre à destination des adultes**

Adapter l'accompagnement aux populations émergentes (troubles spectre autistique, personnes étrangères) [2 occurrences]

### ➤ **L'offre à destination des personnes âgées**

Créer une structure de soin de suite et de réadaptation gériatrique [1 occurrence]

### ➤ **L'offre à destination des mineurs**

- Mettre en place des consultations d'urgence en pédopsychiatrie [1 occurrence]
- Créer une unité d'hospitalisation de pédopsychiatrie pour les 0/12 ans sur le GHT [1 occurrence]
- Développer l'accompagnement des 16/20 ans (en termes de places et moyens humains) [1 occurrence]
- Organiser une intervention du SPPUC aux urgences du centre hospitalier de Verdun Saint Mihiel ou dans les structures, afin prévenir les crises en intervenant auprès des enfants en souffrance psychologique et en travaillant avec les professionnels concernés [1 occurrence]
- Organiser le groupe de travail d'orientation des enfants et adolescents selon les recommandations de l'IGAS [1 occurrence]

### ➤ **L'offre d'équipes mobiles sur le territoire**

- Adapter l'offre en équipes mobiles de manière équitable sur le territoire (présence des mêmes équipes mobiles à la fois dans le nord et dans le sud du département). [3 occurrences]
- Conforter ou créer des équipes mobiles d'intervention [1 occurrence]
- Développer des équipes mobiles de soins somatiques intervenant en milieu psychiatrique [1 occurrence]
- Créer une équipe mobile d'ethnopsychiatrie pour le département avec une intervention auprès des différents partenaires [1 occurrence]
- Créer une équipe mobile handicap en psychiatrie générale à Verdun [1 occurrence]
- Mettre en place une équipe mobile précarité/handicap sur le nord Meusien à Verdun [1 occurrence]
- Augmenter des ETP infirmiers sur le DAF pour les équipes mobiles de Verdun [1 occurrence]
- Assurer la transition entre les structures par le biais des équipes mobiles [1 occurrence]
- Renforcer les équipes mobiles sur la prévention et la formation [1 occurrence]
- Informer les établissements et services sociaux et médicosociaux sur le principe d'intervention de l'équipe mobile adolescent [1 occurrence]
- Mieux communiquer sur les missions et modalités d'intervention de l'équipe mobile adolescent [1 occurrence]

### ➤ **L'offre de prévention**

- Apporter une réponse rapide d'accueil, écoute, évaluation et orientation des enfants présentant des signes/manifestations d'une difficulté psychique ou en prise avec un contexte susceptible d'affecter leur santé mentale [1 occurrence]
- Prioriser les actions à destination des personnes âgées [1 occurrence]
- Mettre en place des ateliers autour des thématiques de prévention (tabac, diabète, alimentation...) de façon plus systématique [1 occurrence]
- Proposer des ateliers de prévention en fin de grossesse car il y a une meilleure disponibilité des futurs parents [1 occurrence]

- Protocoliser des actions de prévention pour chaque patient pris en charge par les services de psychiatrie [1 occurrence]
- Mettre en place des conventions de prévention entre les différents acteurs de la prévention (médecine préventive, médecins traitants, psychiatres etc) [1 occurrence]

## **La coordination, coopération et interconnaissance des acteurs**

### Coordination territoriale :

- Améliorer le partenariat santé, éducation et justice [1 occurrence]
- Poursuivre les travaux de partenariat avec les services de la justice (juges pour enfants, juges des familles, procureur...) [1 occurrence]
- Renforcer les liens entre secteurs sanitaire et médicosocial [1 occurrence]
- Renforcer les liens entre psychiatrie adulte et pédopsychiatrie (pour la transition en fonction de l'âge et l'accompagnement éducatif de la prise en charge). [1 occurrence]
- Permettre une optimisation des places pour une réponse graduée et adaptée en fonction de la situation [1 occurrence]
- Organiser un lien de suivi avec l'hospitalisation à domicile [1 occurrence]
- Renforcer les partenariats avec la ville (associations sportives, culturelles ...) [1 occurrence]
- Renforcer les collaborations pour des prises en charge adaptées (médecine de ville, services d'urgence, psychiatrie et structures [accueil et hébergement] [1 occurrence]
- Participation de la santé mentale aux CLS [1 occurrence]

### Visibilité de l'offre territoriale

- Créer un guichet unique d'information et d'orientation des offres de services pour les usagers et familles [2 occurrences]
- Créer et tenir à jour le répertoire des structures et associations dédiées aux différentes populations [2 occurrences]
- Faire connaître Fil Pro Ados et les plateformes territoriales d'appui [1 occurrence]
- Construire un répertoire opérationnel des ressources (ROR) en psychiatrie [1 occurrence]
- Améliorer la connaissance entre les différentes structures ressources [1 occurrence]

### Conventions :

- Mise en place de conventions de prévention entre les organismes concernés (médecine préventive, médecins traitants, médecins psychiatres). [1 occurrence]
- Co construire des conventions plus souples pour les structures d'hébergement [1 occurrence]

### Dossier médical partagé : [2 occurrences]

- Développer le dossier médical partagé avec une mise en place de liens informatiques pour les consultations des dossiers et une sensibilisation des différents acteurs à ce sujet
- Créer un volet somatique pour les patients en psychiatriques dans le dossier médical partagé

### Courrier médical :

- Transmettre systématiquement un double du courrier médical à l'utilisateur lui permettant ainsi de transmettre s'il le souhaite les éléments d'information nécessaires dans les démarches accompagnées [1 occurrence]

### Référent parcours :

- Identifier, pour chaque patient un référent parcours lui permettant ainsi d'avoir un interlocuteur privilégié [2 occurrences]

### Répertoire d'interprètes :

- Créer un outil pour pallier à la difficulté de la barrière de la langue [1 occurrence]

## **Formation des professionnels du territoire et harmonisation des pratiques**

### Protocolisation de certaines pratiques :

- Créer des protocoles spécifiques pour la prise en charge somatique des patients psychiatriques (bilans sanguins nécessaires, examens cliniques adaptés, ECG) [1 occurrence]
- Créer des protocoles spécifiques pour un diagnostic somatique systématique des personnes âgées avant hospitalisation en psychiatrie [1 occurrence]
- Etendre la mise en place d'une fiche de liaison d'urgence dans les structures sociales [1 occurrence]
- Créer un protocole de prise de rendez-vous de consultations avec des renseignements plus spécifiques permettant aux somaticiens de mieux évaluer l'urgence de la consultation. [1 occurrence]
- Mettre en œuvre une procédure départementale sur le transfert des détenus en partenariat avec la préfecture et la pénitencier [1 occurrence]
- Co-construire des arbres décisionnels d'orientation vers une offre de prise en charge adaptée entre : médecine de ville, services d'urgence, psychiatrie et structures (accueil et hébergement) [1 occurrence]

### Formation destination des professionnels :

#### Formation OMEGA « prévention et gestion des situations de crises » :

- Mettre en place des formations croisées sur la prévention et la gestion de la situation de crise (OMEGA), initiation à la santé mentale, avec des binômes de formateurs issus du secteur sanitaire et médicosocial ou social [3 occurrences]
- Suite à la formation OMEGA, proposer un temps de supervision aux professionnels [2 occurrences]
- Formation des personnels des EHPAD à la gestion de la crise [1 occurrence]
- Former plus de formateurs pour OMEGA pour répondre à toutes les demandes [1 occurrence]
- Solliciter le service de la formation du GHT pour proposer des formations sur la gestion de la crise [1 occurrence]
- Proposer des formations soutenues et budgétées par l'ARS et le département communes aux structures du territoire portant sur les problématiques de crise et à l'initiation à la santé mentale [1 occurrence]
- Mettre en œuvre des journées de travail pour toutes les structures sur différents thèmes concernant la prévention et la gestion de la crise [1 occurrence]

### Autres formations :

- Développer des formations communes pilotées par un acteur de territoire (ARS, CLS...) adressées aux acteurs de proximité, aidants, associations comme par exemple les formations premiers secours en santé mentale, l'éducation positive et la prévention et l'évaluation du suicide, la psychiatrie [3 occurrences]
- Mettre en place des formations transculturelles liées aux migrations [1 occurrence]
- Revoir la formation des médecins notamment généralistes sur la thématique de la santé mentale [1 occurrence]

- Proposer des formations aux équipes des urgences aux soins urgents en psychiatrie [1 occurrence]
- Renforcer la formation des équipes accueillantes des personnes ayant des troubles du comportement [1 occurrence]
- Mieux informer sur la psychiatrie et ses évolutions de PEC (prise en charge) [1 occurrence]

#### Temps d'échange à destination des professionnels :

- Faciliter l'intégration des médecins étrangers [1 occurrence]
- Mutualiser les bonnes pratiques et méthodes de travail porteuses de résultats [1 occurrence]
- Rencontres régulières entre les équipes peut-être à l'occasion d'une réflexion autour d'une EPP [1 occurrence]
- Mettre en place une réflexion autour de la conciliation médicamenteuse dans le cadre des soins urgents [1 occurrence]

### **L'accompagnement des aidants**

#### Dispositif d'accompagnement et d'écoute :

- Développer les espaces d'écoute pour les aidants en lien avec les maisons des solidarités ou maisons de santé pluri professionnelles existantes [2 occurrences]
- Développer des réseaux d'écoute en ligne, des lieux de rencontres, développer le CAMSP (réseau préventif) [2 occurrences]
- Développer des offres alternatives à l'institutionnalisation et favoriser l'aide aux aidants (Groupe de parole, éducation thérapeutique...) [1 occurrence]
- Développer des ateliers en accueil de jour (pluri professionnel) : la plage [1 occurrence]

#### Formations à destination des familles et des aidants :

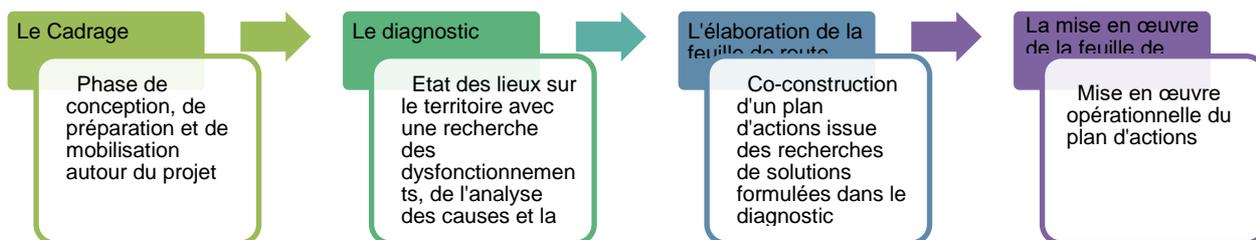
- Développer des formations communes pilotées par un acteur de territoire (ARS, CLS...) adressées aux acteurs de proximité, aidants, associations comme par exemple les formations premiers secours en santé mentale, l'éducation positive et la prévention et l'évaluation du suicide, la psychiatrie [3 occurrences]

#### Place de l'aidant dans la prise en charge

- Intégrer et associer les organismes de tutelles à l'élaboration du projet de soins pour un patient sous contrainte [1 occurrence]
- Intégrer l'aidant dans le projet de soins et de vie de la personne accompagnée [1 occurrence]

### 3. Feuille de route

A la suite de la réalisation du diagnostic, la démarche du plan territorial de santé mentale de Meuse se poursuit par l'élaboration de la feuille de route. Le schéma ci-dessous permet de visualiser les différentes étapes du projet. L'élaboration de la feuille de route constitue donc la troisième étape de ce processus.



L'élaboration de la feuille de route permet de formaliser la mise en place opérationnelle du PTSM (écriture des fiches actions, organisations et répartitions des fiches actions dans le temps, identification des porteurs des fiches actions et des partenaires, le budget prévisionnel et indicateurs de suivi et résultat).

#### Méthodologie de l'élaboration de la feuille de route

##### Constitution des groupes de travail

Afin d'élaborer les fiches actions, 4 groupes de travail se sont constitués. Ces derniers reprenaient les 4 grands axes thématiques issus du diagnostic. Ils étaient composés de professionnels de différents champs ainsi que des représentants des usagers.

Numéro du groupe de travail	Groupe de travail	Pilote du groupe de travail	Nombre de participants	Date des rencontres
1	Nature de l'offre existante en santé mentale	Docteur Hatier Mme Ouafi Mme Vignol	Une dizaine de participant	réunions (février mars 2019)
2	Connaissance, la coordination et l'interconnaissance des acteurs du territoire en matière de santé mentale	Mme Goeminne Mme Ancelot	Une dizaine de participant	1 réunion (janvier 2019)
3	Formation des professionnels et harmonisation des pratiques	Docteur Princet Mme Schneider Mme Marcon	Une quinzaine de participant	3 réunions (janvier, février et juillet 2019)

4	L'offre d'accompagnement des aidants	Mme Precheur Mme Vernier Mr Lorin	Entre 6 et 8	2 réunions (janvier et février)
---	--------------------------------------	-----------------------------------------	--------------	---------------------------------

### Priorisation : méthodologie utilisée

Lors de la phase de diagnostic, de nombreuses pistes d'actions ont été proposées. La phase d'élaboration des fiches actions a donc débutée par une étape de priorisation qui s'est déroulée lors de la première séance de chaque groupe de travail. Cette dernière a permis d'identifier les actions les plus prioritaires à mettre en place au regard des besoins du territoire.

Afin de réaliser cette priorisation, il a été proposé à chaque groupe de retenir x actions qui lui semblaient prioritaires à mettre en place parmi celles proposées (soit 30% des actions retenues lors du diagnostic). Ce chiffre a été arrêté pour permettre un nombre total d'actions réaliste sur l'étendue du PTSM. Le nombre d'actions à retenir variait entre les différents groupes de travail au vu du nombre de pistes d'actions mentionnées dans le diagnostic

- Groupe 1 : 11 actions à retenir sur les 35 actions proposées dans la phase de diagnostic
- Groupe 2 : 7 actions à retenir sur les 21 actions proposées dans la phase de diagnostic
- Groupe 3 : 7 actions à retenir sur les 23 actions proposées dans la phase de diagnostic
- Groupe 4 : 3 actions à retenir sur les 7 actions proposées dans la phase de diagnostic
- 

**Remarque :** A noter que ce travail date de 2019

Un système de priorisation par cotation a été utilisé. Chaque participant devait ainsi retenir le nombre d'actions citées ci-dessous de son groupe d'appartenance. Puis, il devait attribuer des points à chaque action. L'action avec le chiffre le plus élevé correspondait à l'action la plus prioritaire et l'action qui avait le chiffre 1 correspond à l'action la moins prioritaire parmi les x actions sélectionnées.

Ensuite l'animateur du groupe de travail effectuait les totaux des réponses de chaque participant permettant de mettre en exergue les x actions retenues. Une phase de débat sur ces pistes a ensuite été organisée au sein des groupes afin de permettre une souplesse à la logique mathématique utilisée.

L'étape suivante a consisté en la rédaction des fiches actions.

### Rédaction des fiches actions

Une fiche action a été rédigée par action. Elle est la feuille de route de réalisation de l'action. Ainsi, chaque groupe de travail a rédigé plusieurs fiches action en fonction des échanges et des priorités retenues du groupe de travail.

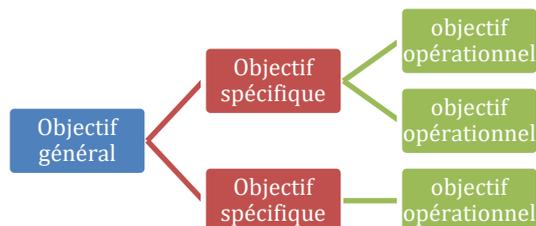
Les fiches actions sont constituées des éléments suivants :

- Nom de l'action
- Porteur de l'action
- Contexte et enjeux locaux
- Les objectifs
- Les étapes de mises en œuvre
- La durée de l'action
- Partenaire de l'action
- Le public visé

- Le territoire d'intervention
- Si la démarche associe les citoyens
- Le budget prévisionnel
- Les indicateurs d'évaluation

Le contenu et les attentes derrière chacun de ces items ont été explicités lors d'un temps d'échange animé par l'Ireps Grand Est auprès des pilotes des 4 groupes de travail.

Dans le cadre du PTSM Meuse, il a été retenu 3 niveaux d'objectifs.



L'objectif général correspond à la finalité attendue par l'ensemble des actions qui seront mises en œuvre dans le cadre du PTSM. Il a été convenu que l'objectif général commun serait donc d'améliorer la qualité de la prise en charge de la santé mentale sur le territoire Meusien d'ici 2025.

Les objectifs spécifiques correspondent à une déclinaison de l'objectif général soit quelles stratégies sont envisagées pour améliorer la prise en charge de la santé mentale en Meuse. Dans le cadre du PTSM Meuse, ces stratégies sont les 4 axes ayant émergé du diagnostic soit :

- Améliorer la nature de l'offre existante en santé mentale
- Améliorer la connaissance, la coordination et l'interconnaissance des acteurs du territoire en matière de santé mentale
- Développer la formation des professionnels et l'harmonisation des pratiques
- Améliorer l'offre d'accompagnement des aidants

Enfin l'objectif opérationnel, est la déclinaison opérationnelle des objectifs spécifiques et de l'objectif général. Cela correspond aux actions concrètes qui seront mises en place pour répondre aux objectifs spécifiques.

Les indicateurs d'évaluations se décomposent en 2 sous catégories :

- Les indicateurs de résultat qui permettent d'évaluer les objectifs spécifiques et l'objectif général. Ils ont pour objectif d'évaluer les changements de pratiques, de comportements, l'amélioration de l'offre par exemple.
- Les indicateurs de processus qui permettent d'évaluer les objectifs opérationnels. Ils vont évaluer la mise en œuvre de l'action (nombre de participants, respect du budget, satisfaction des participants, ...).

## Le plan d'actions

Au cours du Comité de pilotage du 05 octobre 2020, il est apparu que certaines fiches-actions comportaient des similitudes et nécessitaient d'être retravaillées. Aussi, certaines fiches ont été fusionnées, d'autres ont été approfondies selon les remarques des membres du comité de pilotage.

Le plan d'actions retravaillé reprend synthétiquement les éléments essentiels contenus dans les fiches actions. Plusieurs niveaux de priorisation ont été croisés :

- Priorisation selon les besoins du territoire. Collectivement le comité de pilotage s'est accordé sur les fiches les plus prioritaires à mettre en œuvre ;
- Ce niveau de priorisation a été croisé avec les fiches qui pourraient éventuellement disposer d'un financement. Ainsi, 12 FA ont été priorisées par le Comité de pilotage sur les 18 inscrites.
- Présentation de la feuille de route et du plan d'actions au comité des contrats du 15 décembre 2020. Un travail était nécessaire sur la recherche de financement.
- Suite à la crise sanitaire, les travaux ont repris à partir de septembre 2021 avec la nomination du coordonnateur PTSM afin d'actualiser les fiches actions et de les catégoriser selon la consolidation de l'action et de son financement possible;
- Présentation de cette réactualisation au comité de pilotage le 07 avril 2022.
- Présentation en bilatérale DIRSTRAT/DOS/DT le 25 mai 2022 pour validation de la feuille de route et du plan d'actions.
- Avis des membres du COPIL sur la feuille de route et plan d'actions
- Passage en saisine CTS2 pour avis
- Prise de l'arrêté PTSM
- Contractualisation entre l'ARS et les acteurs du PTSM prévue en octobre et circuit de signature à partir d'octobre.
- La mise en œuvre des fiches actions catégorisées 1 prévue à partir de novembre 2022

### Axes de travail et fiches actions finales réactualisées (17 FA)

- **Axe1** : Améliorer la nature de l'offre existante en santé mentale (8 FA)
- **Axe2** : Améliorer la connaissance, la coordination et l'interconnaissance des acteurs du territoire en matière de santé mentale (2 FA)
- **Axe 3** : Développer la formation des professionnels et l'harmonisation des pratiques (5 FA)
- **Axe 4** : Améliorer l'offre d'accompagnement des aidants (1 FA)

## Catégorisation des actions

Afin de pouvoir entamer la mise en œuvre rapide de certaines actions définies dans le cadre du PTSM, les fiches actions ont été catégorisées et réparties comme suite :

### Catégorie 1 : Les actions consolidées et financées par l'enveloppe PTSM ou ne nécessitant pas de financements particuliers (5 FA)

- **FA 1.6 b** : Expérimentation d'une Equipe Mobile pour la Santé Mentale des enfants en Meuse. (Axe 1)

- **FA 2.1** : Favoriser le décloisonnement des acteurs des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire par des actions de formation : référents parcours (Axe 2)
- **FA 3.5** : Développer les espaces d'échanges et de concertation ville/hôpital (en lien avec les CPTS) par des forums, conférences (Axe 3)
- **FA 3.4** : Mise en place d'outils numériques à destination des professionnels, favorisant la communication, l'orientation et l'information vers une offre de prise en charge graduée en santé mentale. Création d'une base documentaire. (Axe 3)
- **FA 3.9** : Développer des formations communes pilotées par un acteur de territoire (ARS-CLS...) à destination des acteurs de proximité, des aidants, des associations, comme par exemple les formations aux premiers secours en santé mentale, l'éducation positive, l'évaluation du suicide, la gestion des crises en psychiatrie, BREF, OMEGA ((Axe 3)

Toutes ces fiches débiteront dès 2022 sauf la FA 3.4. Cette dernière fera l'objet d'un travail la première année sur l'existant afin de s'assurer de la compatibilité avec les autres outils déjà développés (ROR, RETAB).

## Catégorie 2 : Les actions consolidées en attente de financements

Pour cette catégorie, aucune fiche action référencée à date.

## Catégorie 3 : Les actions à consolider (10 FA)

- **FA 1.1** : Renforcer l'équipe mobile psycho-gériatrique dans le nord meusien (Axe 1)
- **FA 1.2** : Expérimenter des consultations de psychologues ou d'infirmiers en pratique avancée dans les maisons de santé pluri professionnelle (Axe 1)
- **FA 1.3** : Déployer l'équipe mobile précarité handicap pour adultes sur l'ensemble du département (Axe 1)
- **FA 1.5** : Créer une unité d'hospitalisation de jour spécialisée en réhabilitation psychosociale pour les 16/20 ans (Axe 1)
- **FA 1.6** : Expérimentation d'une Maison Des Enfants (Axe 1)
- **FA 1.7** : Créer une unité pédopsychiatrie - équipe mobile urgence et crise (UPEMUC) (Axe 1)
- **FA 2.2** : Mettre en place des outils de communication numérique innovants (Axe 2)
- **FA 3.1** : Accès aux soins somatiques et protocolisation du suivi somatique des patients en structures sanitaires médico-sociales et sociales\* (Axe 3)
- **FA 3.2** : Organisation de l'Examen de Prévention en Santé (EPS) en amont d'une prise en charge de patients atteints de pathologies psychiatriques\* (Axe 3)
- **FA 4.2** : Développer des ateliers en accueil de jour (pluri professionnel) : la PLAJ (aide au répit des aidants) ; lien à faire avec la plateforme de répit. (Axe 4)

### Remarques :

- Les actions suivies d'un astérisque feront l'objet d'une fusion (\*).
- La FA 1.6 b catégorisée 1, est une adaptation de la FA 1.6 de la MDE (catégorisée 3) dans l'attente des résultats de l'expérimentation de l'article 51 des MDE à l'échelle nationale et du cahier des charges pour la généralisation du dispositif d'ici 2024.

### Actions terminées (mise en œuvre sur 2020/2021) (2 FA)

- **FA 1.4** : Former le personnel paramédical à l'animation d'un centre d'activité thérapeutique à temps partiel adulte dans le nord Meusien (Axe 1)
- **FA 1.10** : Création d'un dispositif relais innovant : équipe mobile d'appui à la scolarisation (Axe 1)

### Pistes d'actions émergentes à travailler

Des pistes d'actions ont émergé lors du comité de pilotage du 07 avril 2022 sur la thématique suivante:

Protection des enfants ASE (Unité pédiatrique, enfance en danger).

L'évolution des actions, notamment en termes de mise en œuvre, de classement et de financements sera notifiée par voie d'avenant au présent contrat. De plus, de nouvelles FA pourront être rajoutées au cours de la période de contractualisation.

### Financements alloués et prévisionnels

#### ➤ Financements alloués:

Crédits Non reconductibles déjà versés : 796 180€

Crédits reconductibles sur 5 ans:

- 250 000€ par an à partir de 2022
- 57 690€ par an à partir de 2021 pour le coordonnateur PTSM

#### ➤ Financements Prévisionnels des actions

L'enveloppe global du financement des actions PTSM prévu pour les 5 ans est de **2 046 180 €**.

Le budget prévisionnel des 5 FA catégorisées 1 sur les 17 FA du PTSM est de **625 616 €**. Ce montant correspond à une consommation de **30,6%** de l'enveloppe global pour la mise en œuvre des actions consolidées et disposant d'un financement.

Pour les actions de catégorie 3, des groupes de travail seront mis en place dès 2023 pour désigner les porteurs et/ou trouver les financements.

N° FA	Intitulé de la FA	Porteurs	Pilotes	Budget prévisionnel	Catégorisation des actions validées	Financements	Budget prévisionnel 1ère année des actions consolidées	Budget prévisionnel 2ème année des actions consolidées	Budget prévisionnel 3ème année des actions consolidées	Budget prévisionnel 4ème année des actions consolidées	Budget prévisionnel 5ème année des actions consolidées	
<b>Axe 1: Améliorer la nature de l'offre existante en santé mentale Adultes et Enfants</b>												
1.6 b	Expérimentation d'une Equipe Mobile pour la Santé Mentale des enfants en Meuse	RESADOM	Mme LECUIVRE M. KONTZ	124 000 € (La 1 <sup>er</sup> année) 114 000€ (la 2 <sup>ème</sup> année)	1	Enveloppe PTSM	124 000 €	114 000 €				
<b>Axe 2: Améliorer la connaissance, la coordination et l'interconnaissance des acteurs du territoire en matière de santé mentale</b>												
2.1	Favoriser le décloisonnement des acteurs des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire par des actions de formations : référents parcours	CHVSM/CHBLD-FV	M. SIKORA	150 000€ (30 000€ par an sur 5 ans)	1	Enveloppe PTSM	30 000 €	30 000 €	30 000 €	30 000 €	30 000 €	
<b>Axe 3: Développer la formation des professionnels et l'harmonisation des pratique</b>												
3.4	Mise en place d'outils numériques à destination des professionnels, favorisant la communication, l'orientation et l'information vers une offre de prise en charge graduée en santé mentale. Création d'une base documentaire	CHVSM/CHBLD-FV en lien avec le CREHPSY	M. SIKORA	11 904€	1	Enveloppe PTSM		11 904 €	11 904 €	11 904 €	11 904 €	
3.5	Développer les espaces d'échanges et de concertation ville/hôpital (en lien avec les CPTS) par des forums, conférences	SEISAAM CHVSM/CHBLD-FV	Mme LECOEUICHE M SIKORA	10 000€ (par an sur 5 ans)	1	Enveloppe PTSM	10 000 €	10 000 €	10 000 €	10 000 €	10 000 €	
3.9	Développer des formations communes pilotées par un acteur de territoire (ARS-CLS...) à destination des acteurs de proximité, des aidants, des associations, comme par exemple les formations aux premiers secours en santé mentale, l'éducation positive, l'évaluation du suicide, la gestion des crises en psychiatrie, BREF, OMEGA, PSSM,	CHVSM/CHBLD-FV	Mme VIGNOL M. SIKORA	12000 La première année, puis 32 000€ ( par an)	1	Enveloppe PTSM	12 000 €	32 000 €	32 000 €	32 000 €	32 000 €	
Total	0						176 000 €	197 904 €	83 904 €	83 904 €	83 904 €	625 616 €

# Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale

## Diagnostic territorial du département de la Meuse

N° Version	Date	Objet et Nom du dernier contributeur
5	11/12/2020	Marie Flipo-Gaudefroy- Ireps Grand Est

# Sommaire

<b>PREAMBULE</b> .....	<b>3</b>
PRESENTATION DE LA DEMARCHE SUR LE TERRITOIRE.....	4
METHODOLOGIE DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL.....	8
<b>CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE</b> .....	<b>13</b>
DONNEES GEOGRAPHIQUES.....	13
DONNEES POPULATIONNELLES.....	13
DONNEES RELATIVES A LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE (DONT PROFESSIONNELS LIBERAUX) .....	16
DONNEES DE CONSOMMATION DE SOINS (ETABLISSEMENTS, MEDECINE DE VILLE) POUR LES BENEFICIAIRES DU REGIME GENERAL.....	18
DONNEES D'EQUIPEMENT.....	22
DONNEES D'ACTIVITE.....	35
<b>PROBLEMATIQUES DU TERRITOIRE</b> .....	<b>38</b>
1. ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES.....	38
2. SITUATIONS INADEQUATES.....	40
3. ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX.....	42
4. ACCES AUX SOINS SOMATIQUES.....	43
5. PREVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE.....	45
<b>RECAPITULATIF DES CONSTATS</b> .....	<b>48</b>
<b>PISTES DE TRAVAIL IDENTIFIEES</b> .....	<b>61</b>
NATURE DE L'OFFRE EXISTANTE : .....	61
➤ <i>L'offre de prise en charge psychiatrique</i> .....	61
➤ <i>L'offre à destination des adultes</i> .....	62
➤ <i>L'offre à destination des personnes âgées</i> .....	62
➤ <i>L'offre à destination des mineurs</i> .....	62
➤ <i>L'offre d'équipes mobiles sur le territoire</i> .....	62
➤ <i>L'offre de prévention</i> .....	62
LA COORDINATION, COOPERATION ET INTERCONNAISSANCE DES ACTEURS.....	63
FORMATION DES PROFESSIONNELS DU TERRITOIRE ET HARMONISATION DES PRATIQUES.....	64
L'ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS.....	65
<i>Glossaire</i> : .....	66

# Préambule

## Invitation à la journée de transfert de compétences animée par l'ANAP- Projet territorial de santé mentale

« De la part de Mme Muller, Directrice de l'offre sanitaire

Mesdames, Messieurs, Docteurs,

Dans le cadre de l'application du décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif aux projets territoriaux de santé mentale et de l'accompagnement de l'ARS à l'élaboration de ceux-ci, j'ai l'honneur d'inviter, par votre intermédiaire, 4 ambassadeurs à la journée de transfert de compétences, animée par l'ANAP, qui aura lieu le :

**Lundi 25 juin 2018**, de 10h à 16h,  
Grande salle du rez de chaussée  
à la Délégation Départementale de la Meuse  
Site Notre Dame  
11, rue Jeanne d'Arc  
55000 Bar-le-Duc

Ces ambassadeurs, à déterminer avec les acteurs territoriaux, associent par département :

- 1 référent administratif sanitaire
- 1 référent médical sanitaire
- 1 référent médico-social
- 1 représentant des usagers

Ils seront garants de l'application de la méthode délivrée par l'ANAP dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale de votre territoire.

Je vous remercie de bien vouloir m'indiquer les personnes retenues pour le 11 juin prochain.

Vous remerciant par avance de votre implication dans cette démarche, veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, Docteurs, l'expression de mes salutations distinguées.

P/O Mme Muller »

## Présentation de la démarche sur le territoire

### A) Historique du projet territorial de santé mentale

La genèse des projets territoriaux de santé mentale est liée à la loi de modernisation du système de santé de 2016 et plus particulièrement à l'article 69. Cette loi reconnaît le caractère transversal de la santé mentale. Elle propose que soit mise en œuvre sur chaque territoire une organisation graduée globale répondant à l'ensemble des besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques tout au long de leur parcours de vie. Elle prévoit que cette organisation soit décrite dans des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) élaborés par l'ensemble des acteurs concourant à cette politique<sup>1</sup>.

Le décret du 27 juin 2017 précise que les PTSM poursuivent les objectifs suivant :

- Favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en développant des modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;
- Permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social,
- Déterminer le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur relative aux projets territoriaux de santé mentale.

L'instruction du 5 juin 2018 relative aux PTSM précise les modalités d'élaboration des projets de santé mentale :

- Définition du territoire
- Acteurs à mobiliser et missions respectives
- Étapes à suivre
- ...

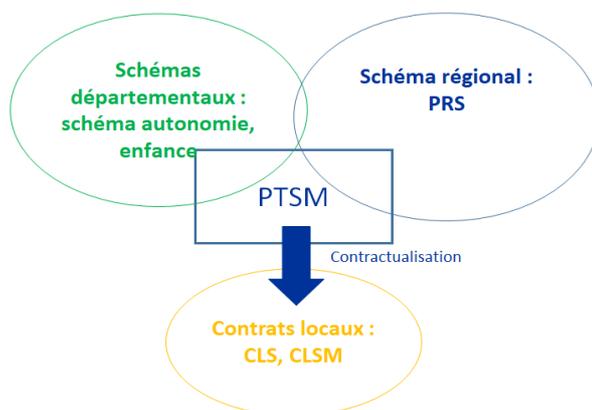
Une formation de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a été proposée aux agents référents de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et aux ambassadeurs afin de leur présenter la méthodologie nécessaire à la mise en place d'un PTSM.

---

<sup>1</sup> INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale

## B) Articulation du projet territorial de santé mentale avec les autres schémas et plan du territoire

Le PTSM doit s'articuler autour des autres dispositifs du territoire. Le schéma ci-dessous permet de montrer cette articulation.



2

### - Focus sur le Projet régional de santé 2018-2028

Le projet régional de santé Grand Est 2018-2028 se structure autour de 10 programmes "Parcours de santé" dont un "Santé mentale" et un second "Santé des enfants et des adolescents".

Celui-ci aborde la question de la santé mentale de façon transversale en ciblant un public cible.

Les principaux points communs de ruptures mis en avant pour ces deux parcours sont :

- Une prise en charge plutôt « hospitalo-centrée » avec un recours inadapté aux structures hospitalières (urgences, surspécialités) ;
- Un manque de structures médico-sociales, de projets d'insertion et de réhabilitation psycho-sociale adaptés ;
- Un manque de coordination des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social ;
- Une situation démographique médicale défavorable en particulier en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et une répartition inégale ;
- Un taux de mortalité par suicide plus élevé qu'au niveau national.

Par ailleurs, les objectifs du plan régional de santé pour le parcours santé mentale à l'horizon 2023 sont les suivants :

1. Mettre en place les PTSM couvrant la région Grand Est ;
2. Développer une offre de réhabilitation psycho-sociale en adéquation avec le projet de vie des usagers ;
3. Améliorer l'accès, la fluidité aux soins et l'accompagnement ambulatoire ;
4. Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique ;
5. Réduire la mortalité liée aux suicides dans les départements les plus touchés ;
6. Améliorer l'offre et le parcours coordonné pour les enfants et adolescents présentant une souffrance psychique et/ou des troubles du comportement ;
7. Promouvoir l'éthique, la recherche et les dispositifs innovants en santé mentale à l'aide d'un centre régional de ressources spécialisé dans le champ du handicap psychique ;
8. Améliorer la qualité de vie au travail et la prévention des risques psychosociaux.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Schéma issu du PowerPoint de présentation générale de la démarche- Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Assemblée plénière du 08/11/2018

<sup>3</sup> <https://www.grand-est.ars.sante.fr/parcours-sante-mentale>

La mise en place du PTSM sur le territoire meusien répond au 1<sup>er</sup> objectif du parcours santé mentale Grand Est et permettra en fonction des problématiques spécifiques du territoire de contribuer aux autres objectifs indiqués.

La version révisée du PRS fait référence à la feuille de route santé mentale nationale.

Le PTSM de Meuse devra être en articulation avec les projets médicaux partagés des GHT 5 et 7 ; ainsi qu'avec les PTSM de la Haute-Marne (en cours de réflexion) et la Marne.

- **Focus sur le plan régional de santé au travail 2016-2020**

Le plan régional de santé au travail Grand Est fait le constat suivant « *Les agents d'exposition évoqués dans les signalements pour souffrance psychique sont essentiellement liés à la qualité des relations au travail (35,0 % des signalements) et à l'organisation fonctionnelle de l'activité en particulier liée au management (35,0 % des cas)* »<sup>4</sup>.

Le plan a mis en œuvre une fiche action, la 15, sur la thématique des risques psycho-sociaux. Cette dernière poursuit 2 objectifs :

1. Améliorer l'efficacité des démarches de prévention des RPS
2. Améliorer le partenariat interinstitutionnel en prévention des RPS dans le cadre notamment de la constitution et l'animation d'un groupe régional d'acteurs spécialisés.

- **Focus sur les schémas départementaux de l'autonomie et de l'enfance de la Meuse**

Le schéma de l'autonomie contient un axe 3 intitulé « *Améliorer la réponse aux besoins spécifiques de certains publics* » et plus particulièrement la fiche 9 « *Améliorer la prise en charge des personnes avec des troubles cognitifs, des troubles du comportement, des troubles psychiques ou des troubles neuro développementaux* ». Cette fiche est classée en niveau de priorité 1 sur 4 (1 étant le plus haut niveau de priorité). Les objectifs sont les suivants :

- Favoriser un meilleur accompagnement en établissement des personnes atteintes de ce type de troubles ;
- Améliorer la connaissance et la sensibilisation des professionnels du secteur médico-social concernant ces troubles ;
- Développer les mutualisations et les liens de complémentarité entre les structures d'hébergement pour améliorer l'accompagnement proposé aux usagers.

Le schéma départemental de l'enfance 2016-2020 pour la Meuse souligne une carence de l'accompagnement en pédopsychiatrie avec notamment un constat d'une psychiatrie et d'une pédopsychiatrie peu développées.<sup>5</sup>

- **Focus sur les contrats locaux de santé sur le territoire Meusien**

Le département de la Meuse compte actuellement divers contrats locaux de santé (CLS). De façon plus ou moins indirecte, les actions œuvrent en direction de la santé mentale. Par exemple :

- Le CLS Argonne Meuse avec la fiche action B intitulée « *Garantir à tous l'accès à la santé dans un contexte de forte ruralité* ».
- Le CLS Cœur de Lorraine avec l'axe 4 « *Améliorer la prise en charge des problématiques individuelles liées au vieillissement et handicap* »

<sup>4</sup> [http://grand-est.direccte.gouv.fr/sites/grand-est.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/prst3\\_complet.pdf](http://grand-est.direccte.gouv.fr/sites/grand-est.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/prst3_complet.pdf) page 36

<sup>5</sup> <http://www.meuse.fr/index.php/ged/detail?group=70&doc=2460>

- Le CLS Porte de Meuse avec la fiche action 1 « Garantir à tous l'accès à la santé dans un contexte de forte ruralité ».

Ainsi, si elle ne constitue pas un axe stratégique à part entière dans les CLS, la santé mentale est présente de manière transversale au travers des axes cités ci-dessus et est une préoccupation récurrente des élus. La mise en œuvre du PTSM devra s'articuler avec les préoccupations et initiatives locales.

### **C) Déploiement des PTSM en Grand Est**

Le déploiement des PTSM se fait de la manière suivante :

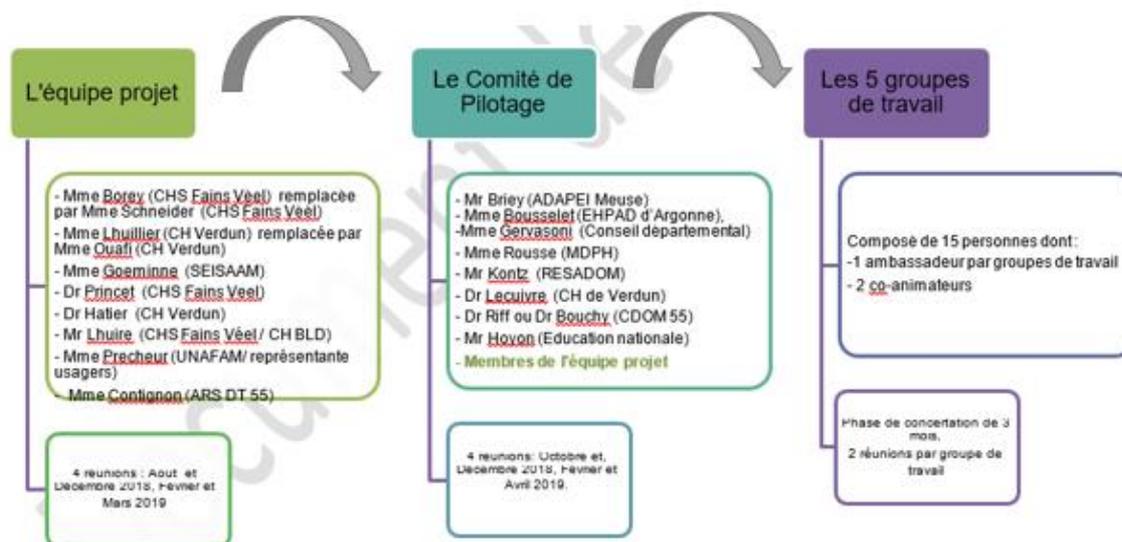
- Vague 1 : départements 51, 54 et 68
- Vague 2 : départements 08, 52, 67, 55
- Vague 3 : départements 10, 57, 88.

## Méthodologie du diagnostic territorial

### A) La gouvernance du PTSM de Meuse

L'élaboration du PTSM Meuse a été initiée lors de la plénière du 8 Novembre 2018. Cette réunion a permis de présenter la démarche de mise en œuvre d'un PTSM à l'échelle d'un territoire : partenaires impliqués, portes d'entrées et étapes à suivre. Cette plénière a rassemblé des personnes de différents champs permettant ainsi une représentation des différents acteurs de la santé mentale et usagers au niveau territorial.

La gouvernance du PTSM Meuse s'est articulée de la façon suivante :



- **L'équipe projet** est le chef d'orchestre du projet. Il incombe à ce groupe la responsabilité opérationnelle et la mise en œuvre du PTSM Meuse. Elle a pour mission d'assurer la coordination des actions et partager l'état d'avancement du projet, identifier les freins et leviers au bon déroulé du projet, selon les 5 axes de la rosace. Chaque axe est représenté par un **ambassadeur** dont la mission est d'organiser, de piloter, d'animer et de réaliser un compte rendu des réunions de son groupe de travail.
- **Le comité de pilotage** regroupe les différents institutionnels du territoire Meusien. Il définit la stratégie à mettre en place pour le bon déroulé du PTSM Meuse. Son rôle est de valider les productions à l'issue de chaque phase.
- Les **5 groupes de travail** ont pour objectif d'apporter une analyse sur chacune des 5 portes d'entrée de la rosace via des éléments quantitatifs et qualitatifs. Le guide ANAP préconisait de réunir 4 types d'acteurs différents au sein-même de ces groupes : « institutionnels », « opérateurs », « associatifs et usagers » et « études et recherches » (cf. schéma ci-dessous)<sup>6</sup>. Chaque groupe de travail était piloté par un ambassadeur, membre de l'équipe projet.

<sup>6</sup> Guide ANAP "Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Méthodes et outils pour les territoires" - Fiche 5 "La liste des acteurs incontournables et son annuaire"

**Institutionnels**

- ARS : référent santé mentale, référent MS, statisticien, délégué territorial...
- Conseil départemental
- CPAM, MSA, RSI...
- Conseil régional
- Communes et Intercommunalités
- Préfecture
- CAF...

- UNAFAM régional / local
- FNAPSY
- AGAPSY/Croix Marine/Santé mentale
- Membres de GEM
- Membres d'un Conseil de vie sociale des établissements médico-sociaux
- Membre d'un Conseil de surveillance ou CRUQPC d'ES

**Associatifs et usagers**

- CREAI
- CREHPSY
- Organisme / centre de recherche sur la santé mentale

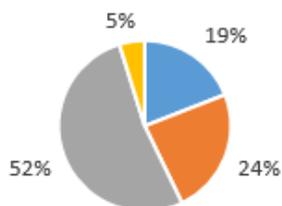
**Etudes et recherche**

**Opérateurs**

- Etablissements sanitaires : EPSM, ES non spécialisés (services psy, Centre 15...), ESPIC-Cliniques, Equipe mobile de psychiatrie, Centre/Unité de réhabilitation psycho-sociale, Centre médico-psychologique (CMP)...
- HAD
- SSIAD, SPASAD, SAD
- Etablissements et services du champ médico-social : FAM, MAS, FH, FO, Samsah, SAVS...
- Etablissements et services du champ social : CHRS, bailleurs sociaux, services de tutelle, CCAS, Service social de secteur...

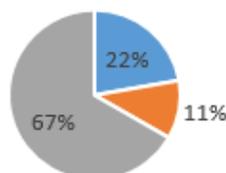
Figure ci-dessous, la représentation en fonction des champs professionnels des acteurs des 5 groupes pour le territoire meusien :

Groupe 1: accès au diagnostic et soins précoces- répartition en % des membres du groupe de travail



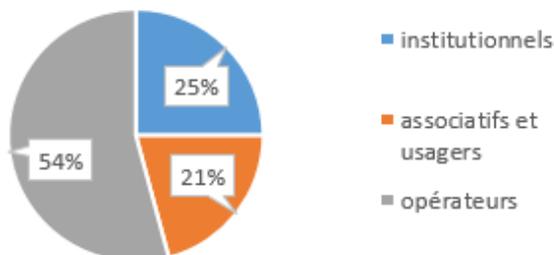
■ institutionnels ■ associatifs et usagers  
■ opérateurs ■ études et recherche

Groupe 2 : situation inadéquates - répartition en % des membres du groupe de travail



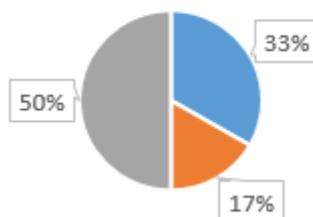
■ institutionnels ■ associatifs et usagers ■ opérateurs

Groupe 3 : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux - répartition en % des membres du groupe de travail



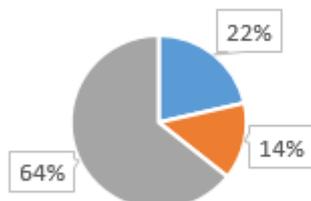
■ institutionnels  
■ associatifs et usagers  
■ opérateurs

Groupe 4 : Accès aux soins somatiques - répartition en % des membres du groupe de travail



■ institutionnels ■ associatifs et usagers ■ opérateurs

Groupe 5 : Prévention et gestion des situations de crise - répartition en % des membres du groupe de travail

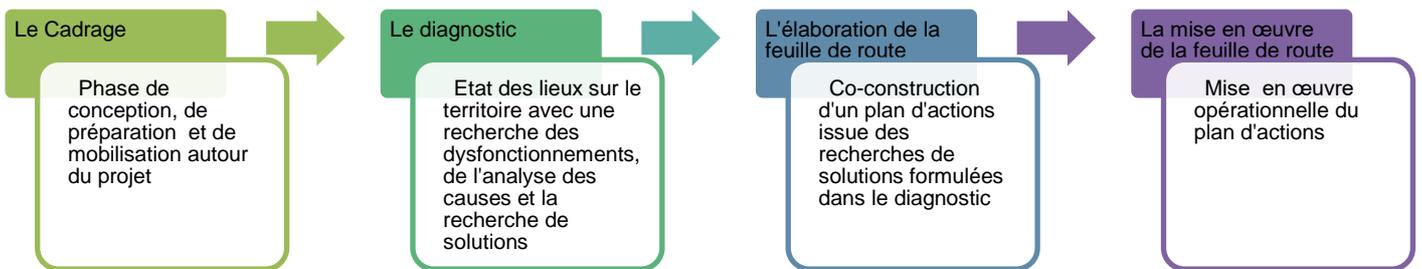


■ institutionnels ■ associatifs et usagers ■ opérateurs

- **Ambassadeur groupe 1** : Mme Borey remplacée par Mme Schneider
- **Ambassadeur groupe 2** : Dr Hatier
- **Ambassadeur groupe 3** : Mme Goeminne
- **Ambassadeur groupe 4** : Dr Princet
- **Ambassadeur groupe 5** : Mme Lhuillier remplacée par Mme Ouafi

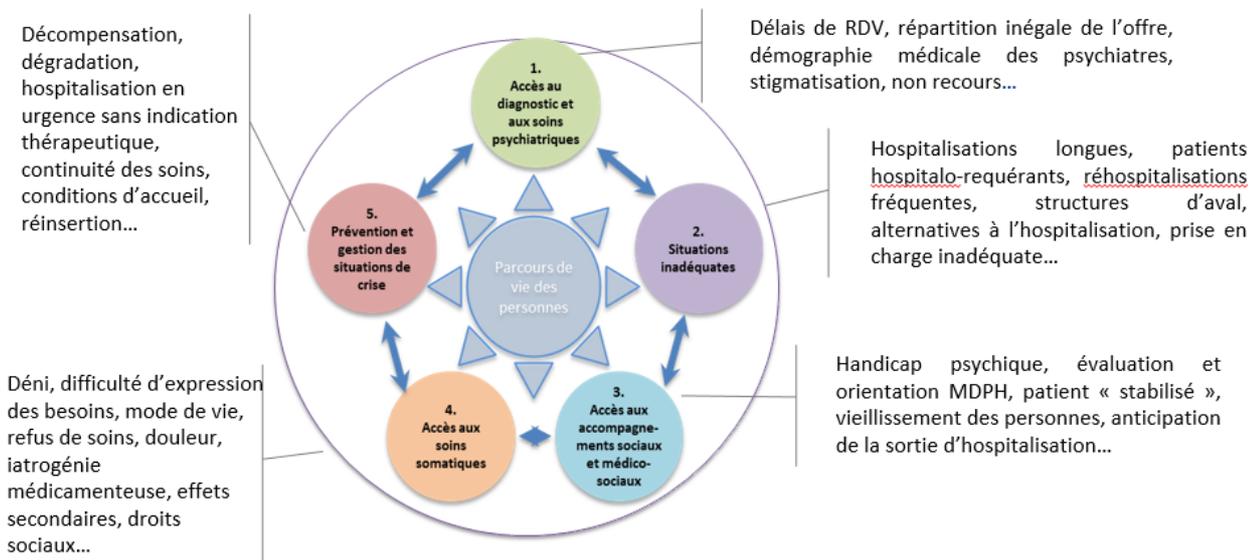
## B) La méthodologie retenue

La méthodologie proposée par le guide ANAP pour mettre en place un PTSM se scinde en 4 phases :



La phase du diagnostic est une démarche qui se veut participative, de coordination et qui couvre l'ensemble du champ de la santé mentale. Le guide ANAP propose d'utiliser le modèle de la rosace qui est un outil avec 5 portes d'entrées permettant de retracer le parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale où sont recensés les plus grands risques de ruptures.

### Les caractéristiques du parcours



Un groupe de travail par porte d'entrée a été mis en place, soit un total de 5 groupes. Chacun était composé de 15 personnes volontaires représentant d'une part les différents partenaires impliqués (institutionnels, opérateurs, associatifs et usagers, études et recherche) et d'autre part l'ensemble du territoire meusien (nord et sud du département). Chaque groupe avait un ambassadeur qui était l'un des membres de l'équipe projet (cité ci-dessus).

Ainsi, au sein de chaque groupe, les problèmes clés ont été identifiés puis une recherche des causes de dysfonctionnement effectuées et des facteurs de réussites. Ce travail a permis de faire émerger au sein de chaque groupe ce qui marche, ce qui fait défaut et les points d'améliorations

à intégrer dans le PTSM. Ces éléments ont été complétés par des indicateurs quantitatifs (préconisés par le guide de l'ANAP).

L'ensemble de ce travail est présenté en 3 parties dans la suite du document :

- Dans la partie "**Caractéristiques du territoire**" figure les éléments quantitatifs recueillis et agglomérés
- Dans la partie "**Problématiques du territoire**" sont présentés les points forts et difficultés identifiés par chacun des groupes. Afin de faciliter la lecture il a été proposé, pour chaque groupe, de réorganiser les points forts et point faibles en catégories (points forts et faibles concernant la coordination des acteurs, concernant la formation des acteurs, la nature et la répartition de l'offre sur le territoire...).
- La partie "**Pistes de travail identifiées**" agglomère les propositions des différents groupes de travail

### C) Sources des données

Les données utilisées pour réaliser le diagnostic proviennent :

- Des données fournies par les ambassadeurs
- Des données issues du PRS
- Des données issues des DIM des Centres Hospitaliers
- Des données fournies par l'ARS Grand Est
- Des sites suivants :
  - De l'INSEE : <https://insee.fr/fr/accueil>
  - De SAE : <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>
  - De l'atlas santé mentale : <http://santementale.atlasante.fr/#c=report&chapter=p01&report=r05&selgeo1=dep.55&selgeo2=fra.99>
  - De l'ANAP : <https://www.anap.fr/accueil/>
  - Du conseil départemental de la Meuse: <http://www.meuse.fr/>
  - De Carto santé : [https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=infi\\_datcom.dens\\_actbenais&s=2017&selcodgeo=55&view=map5](https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=infi_datcom.dens_actbenais&s=2017&selcodgeo=55&view=map5)
  - De la DRESS : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableView/tableView.aspx>
  - Statiss 2017 : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/statistiques-et-indicateurs-de-la-sante-et-du-social-statiss-du-grand-est-pour-lannee-2017-est>

# Caractéristiques du territoire

---

## Données géographiques

La Meuse est l'un des 10 départements de la nouvelle région Grand Est. Ce dernier s'étend sur une surface de 6 211 km<sup>2</sup>.<sup>7</sup> C'est un département rural dont 88% du territoire est occupé par des forêts et des exploitations agricoles<sup>8</sup>. 87% des communes du département comptent moins de 500 habitants.

La ville préfecture du département est Bar le Duc et les deux sous-préfectures sont Verdun au nord et Commercy au sud.

## Données populationnelles

- **Composition de la population**

En 2016, la population de la Meuse était de 189 055 habitants avec une densité faible de 30.4 habitants/km<sup>2</sup> (région Grand Est : 96.7 habitants/km<sup>2</sup>).

Les perspectives pour les années à venir prévoient une diminution de la population. En effet, les projections à horizon 2030 anticipent une évolution de -6.8% de la population meusienne contre +2.1% au niveau régional et +6.5% au niveau national (*source : INSEE, modèle Omphale, 2013-2030, scénario central*).

La part des habitants de moins de 20 ans pour le département de la Meuse en 2016 est de 23.3% et celle des plus de 65 ans est de 21.1%. Cette dernière est supérieure de 2 points de pourcentage aux valeurs observées en Grand Est (19.0%) et en France métropolitaine (19.2%). Cette surreprésentation des personnes âgées en Meuse se traduit par un indice de vieillissement<sup>9</sup> élevé (90.7 contre 80.8 au niveau régional et 79.3 au niveau France métropolitaine). Dans le Grand Est, la Meuse est le troisième département avec l'indice de vieillissement le plus élevé après la Haute-Marne (107.2) et les Vosges (100.5).

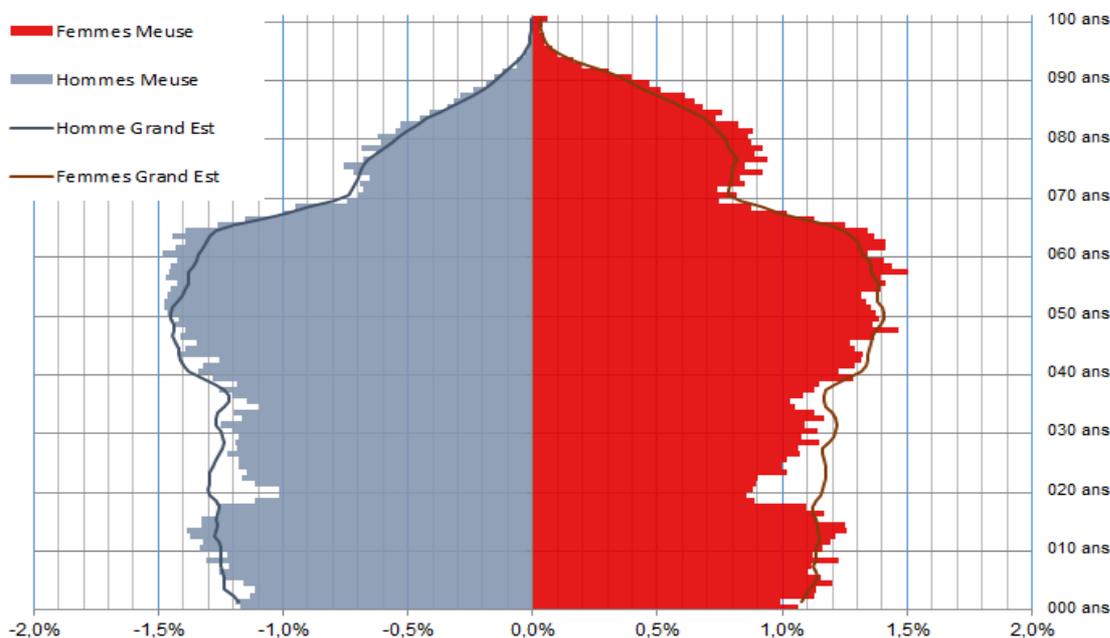
Ci-dessous une pyramide des âges du département Meusien en 2013 :

---

<sup>7</sup> <https://statistiques-locales.insee.fr/#c=report&chapter=compar&report=r01&selgeo1=dep.55&selgeo2=fe.1>

<sup>8</sup> <http://www.meuse.fr/page.php?url=decouvrez-la-meuse/meuse-aujourd'hui>

<sup>9</sup> Rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans, multiplié par 100.



Source : INSEE, Recensement de Population 2013, exploitation complémentaire IREPS GE.

### • Espérance de vie et mortalité prématurée

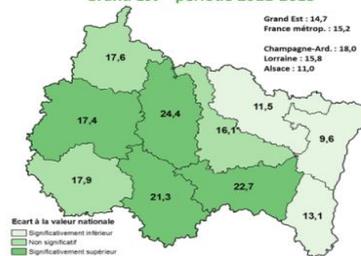
L'espérance de vie à la naissance pour les femmes est de 84.3 ans et de 77.9 ans pour les hommes en Meuse. Ces chiffres sont proches des données régionales (f : 84.3 ans et h : 78.8 ans). Mais le Grand Est est l'une des régions où l'espérance de vie à la naissance est la plus faible sur le territoire national. Un écart important est donc constaté entre la Meuse et la France (f : 85.4 ans et h : 79.5 ans)<sup>10</sup>.

Le taux standardisé de mortalité prématurée pour les 0-64 ans<sup>11</sup> est plus élevé dans la Meuse : 2.1 contre 1.9 au niveau régional et 1,8 au niveau national.

Il en va de même pour le taux de mortalité par suicide pour 100 000 personnes : 24.4 dans la Meuse contre 14.7 en Grand Est et 15.2 en France<sup>12</sup>. En Meuse, le suicide affecte plus particulièrement les hommes avec une mortalité par suicide de 42.4 pour 100 000 habitants, soit deux fois les taux observés en Grand Est et en France.

Mortalité par suicide (taux comparatif pour 100 000 habitants)			
	Tous sexes	Hommes	Femmes
Meuse	24.4	42.4	7.7
Grand Est	14.7	23.7	7
France	15.2	24.7	7.1 <sup>13</sup>

Mortalité par suicide dans les départements du Grand Est – période 2011-2013



Source : Inserm CépiDC, Insee, exploitation ORS

<sup>10</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749>

<sup>11</sup> Le taux de mortalité prématurée est le rapport entre le nombre de décès au cours de l'année d'individus âgés de moins de 65 ans sur la population totale moyenne de l'année des moins de 65 ans, hommes ou femmes.

<sup>12</sup> [https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2\\_Etat\\_des\\_lieux\\_03\\_SANTE\\_ENV%26COMP\\_IND%26SANTE\\_SEX\\_MENTALE\\_20170519.pdf](https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_03_SANTE_ENV%26COMP_IND%26SANTE_SEX_MENTALE_20170519.pdf)

<sup>13</sup> Source : Inserm CépiDC, Insee, exploitation ORS - 2011-2013

- **Quelques données socio-économiques**

D'après les données disponibles en 2016 :

- Le taux de chômage observé au recensement de la population dans le département est de 14.0% (valeur régionale : 14.1% et nationale : 14.0%).
- Le revenu disponible médian des ménages dans la Meuse (19 453 euros) est inférieur à la région (20 751 euros) soit une différence de 1 298 euros ; et également inférieur au niveau national (20 809 euros).
- Le taux de pauvreté au seuil de 60% du revenu médian dans la Meuse est de 15.6%, il est plus élevé qu'aux niveaux régional (14.2%) et national (14.0%).
- Le département compte moins de familles monoparentales (8.4%) qu'au niveau régional (9.1%) et national (9.6%).

Le taux standardisé de l'affection de longue durée 23 (*troubles dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte*) dans le régime général en 2017 pour le département de la Meuse est de 1 563 pour 100 000 habitants. C'est le 8<sup>ème</sup> département de France métropolitaine avec le plus faible taux d'affection<sup>14</sup>. Mais, ce constat masque une réalité. En effet, le territoire meusien est fortement agricole : de nombreuses personnes dépendent de la MSA, pour lesquels nous ne disposons pas des données. 10,7 % des emplois du département sont représentés par l'agriculture meusienne.<sup>15</sup>

En Meuse, 3 123 personnes sont bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés pour "handicap psy".

En outre, le plan départemental d'insertion 2017-2021<sup>16</sup> donnant à voir les éléments suivants :

Des publics toujours plus éloignés de l'emploi :

- Les demandeurs d'emploi de+ de 50 ans représentent 25 % de la demande d'emploi (ABC)
- La part de demandeurs d'emploi de longue et de très longue durée va jusqu'à tripler en cinq ans sur certaines communautés de communes
- Le nombre de demandeurs d'emploi travailleurs handicapés (TH) en catégorie ABC a augmenté de 52 %. Leur poids dans la demande d'emploi est ainsi passé de 8,6 % en 2010 à 10,5 % en 2015

Une accentuation de la précarité de la population meusienne

- 4 993 foyers allocataires du RSA, soit 6 % de l'ensemble des ménages meusiens
- 614 soit 12,3 % bénéficient d'une majoration pour cause d'isolement et/ou d'enfants en bas âge à charge ou bien pour cause de grossesse
- Les allocataires du RSA en Meuse sont majoritairement des femmes seules (40 % de la population RSA), âgées de 25 à 39 ans (45 %) présentes dans le dispositif depuis maintenant plus de 2 ans (72 %) et résidant à proximité d'une zone urbaine (Bar-le-Duc, Verdun ou Commercy)
- En cinq ans, la population RSA a augmenté de plus de 18 % sur le département. Là encore, les plus de 60 ans accusent la plus forte augmentation (+ 22 %)
- Le nombre d'allocataires RSA présents dans le dispositif depuis plus de 5 ans a augmenté de 88 % sur les cinq dernières années. Ils représentent 43 % de la population RSA en mars 2016.

<sup>14</sup> <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>

<sup>15</sup> Programme départemental d'insertion de la Meuse 2017-2021 page 10

<sup>16</sup> <http://www.meuse.fr/index.php/ged/detail?group=71&doc=2621>

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

Le choix retenu dans cette partie est de présenter la démographie des professionnels de santé en termes de densité de professionnels permettant ainsi une comparaison à une échelle régionale et nationale. La densité correspond aux nombres de professionnels de santé présents sur le territoire pour 100 000 habitants. La description des indicateurs provient à la fois d'une extraction du guide *Statistique annuelle des établissements de santé SAE 2018 Aide au remplissage Définitions - Consignes*<sup>17</sup> et du guide des indicateurs de l'atlas de la santé mentale France<sup>18</sup>.

- **Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants**

Mode de calcul de l'indicateur

Densité de professionnels X = (Nombre de professionnels X/Population totale) \*100 000

	Médecine générale
<b>France</b>	153
<b>Grand Est</b>	150.5
<b>Meuse</b>	135.3

Source : Data-Dress -2018

On constate donc une densité de médecins généralistes faible pour le département de la Meuse par rapport à la région Grand Est et à la France.

- **Densité de psychiatres pour 100 000 habitants**

	Psychiatrie
<b>France</b>	23
<b>Grand Est</b>	17.5
<b>Meuse</b>	8

Source : Data-dress -2018

Comme pour les médecins généralistes, la densité de psychiatres sur le territoire meusien est inférieure à la région Grand Est et à la France. De plus, la moyenne d'âges des psychiatres est de 54.8 ans, laissant présager des prochains départs en retraites et risquant de continuer à accroître cet écart.

Au cours des échanges avec le GHT, il est apparu que :

- Au CHS de Fains-Véel, il y aurait 3 postes de psychiatres adultes et 2 postes de pédopsychiatres vacants.
- Au CH de Verdun, les besoins sont identiques, 3 postes de psychiatres vacants et 2 de pédopsychiatres.

Ces données représentent un besoin qui permettrait aux structures de fonctionner dans de meilleurs conditions et mieux répondre aux besoins de santé. Il est souligné que la pédopsychiatrie est un secteur extrêmement fragilisé en Meuse.

<sup>17</sup> [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ar\\_2018.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ar_2018.pdf)

<sup>18</sup> [http://santementale.atlasante.fr/accueil/Guide\\_indicateurs\\_sante\\_mentale\\_fevrier\\_2018.pdf](http://santementale.atlasante.fr/accueil/Guide_indicateurs_sante_mentale_fevrier_2018.pdf)

- **Densité d'ETP moyens en psychiatrie générale pour 100 000 habitants**

Mode de calcul de l'indicateur

$$OFF20 = \frac{ETP \text{ moyens annuels de psychiatres}}{\text{Population âgée de 16 ans ou plus}} \times 100\,000$$

	Densité d'ETP* moyens en psychiatrie générale
<b>France</b>	10.8
<b>Grand Est</b>	9.1
<b>Meuse</b>	5.8

Source : SAE, INSEE-2015

ETP : Equivalents temps plein moyens annuels

- **Densité de psychologues libéraux pour 100 000 habitants**

	Psychologues libéraux
<b>France</b>	27.1
<b>Grand Est</b>	15.3
<b>Meuse</b>	11

Source : RPPS, INSEE -2016

La densité de psychologues est également faible sur le territoire Meusien à comparaison régionale et nationale.

- **Densité d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants**

	Infirmiers libéraux
<b>France</b>	1047
<b>Grand Est</b>	1095
<b>Meuse</b>	1065

Source : Data-Dress 2018

De même que pour les autres professions, la densité d'infirmiers libéraux dans la Meuse est inférieure à la densité régionale mais supérieure à la densité nationale.

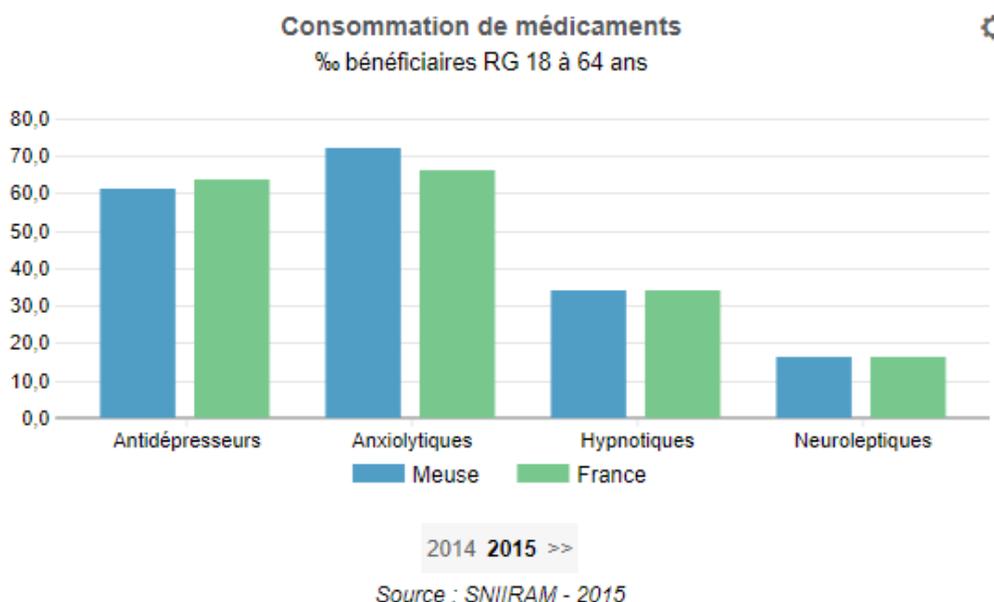
## Données de consommation de soins (établissements, médecine de ville) pour les bénéficiaires du régime général

Dans cette partie, la valeur identifiée comme « sélection » dans les graphiques correspond au département de la Meuse.

- **Consommation de médicaments chez les bénéficiaires du régime général âgés de 18 à 64 ans**

Mode de calcul de l'indicateur

Consommation du médicament Y = (Nombre de personnes ayant reçu au moins 3 délivrances du médicament Y au cours de l'année N / Population âgée de moins de 65 ans) \* 1 000



On constate une consommation d'anxiolytiques légèrement plus élevée en Meuse qu'au niveau national. La consommation d'antidépresseurs en revanche est plutôt moins importante en Meuse (6.1% contre 6.7% en France). Cependant, de manière générale, hormis pour les anxiolytiques, la consommation de médicaments pour trouble psychiatrique en Meuse ne semble pas présenter de différence notable avec la consommation moyenne observée sur le territoire national.

- **Personnes prises en charge en ambulatoire en 2014 dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)**

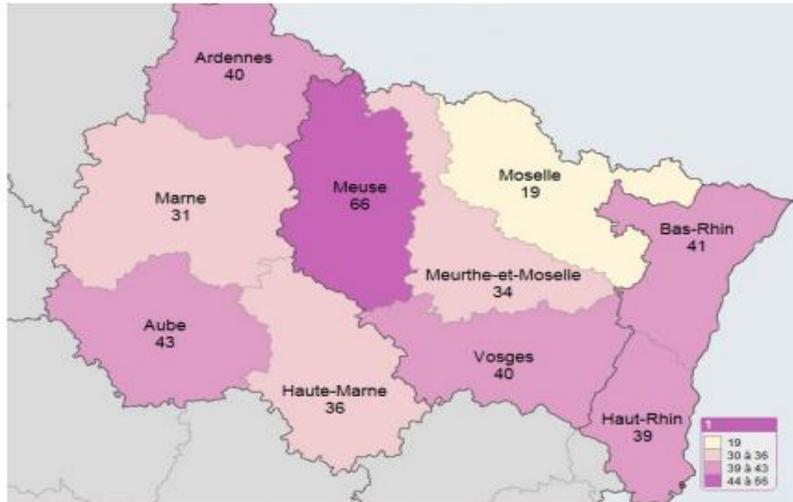
Ci-dessous, 3 cartes représentant le nombre de prises en charge en CSAPA pour une consommation d'alcool, de cannabis, de cocaïne ou d'opiacé. Elles sont extraites du rapport "Addictions en Grand-Est Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale"<sup>19</sup>.

<sup>19</sup> <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcp5.pdf>

Ces chiffres permettent d'appréhender les niveaux de consommations par les structures qui prennent en charge ce type d'addictions.

Ces cartes mettent en évidence que quel que soit le type de produits consommés, la Meuse est le département présentant un nombre de consommateurs pris en charge dans les CSAPA pour 10 000 habitants le plus élevé sauf pour le cannabis.

Carte 10 - Nombre de consommateurs d'alcool pris en charge dans les CSAPA pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans



Source : Rapports d'activité des CSAPA en 2014, DGS/OFDJ

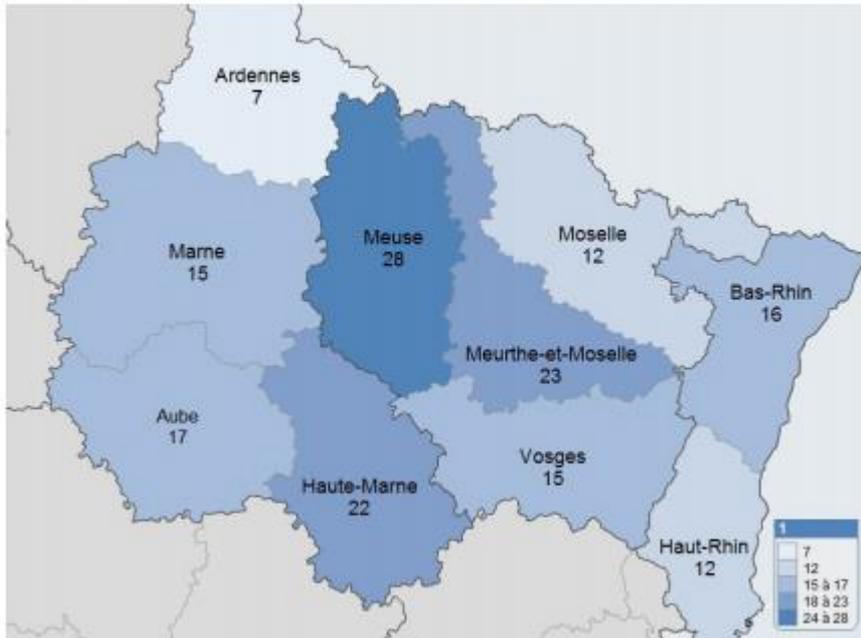
L'alcool est le premier motif de prise en charge dans les CSAPA en Meuse.

Carte 11 - Nombre de consommateurs de cannabis pris en charge dans les CSAPA pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans



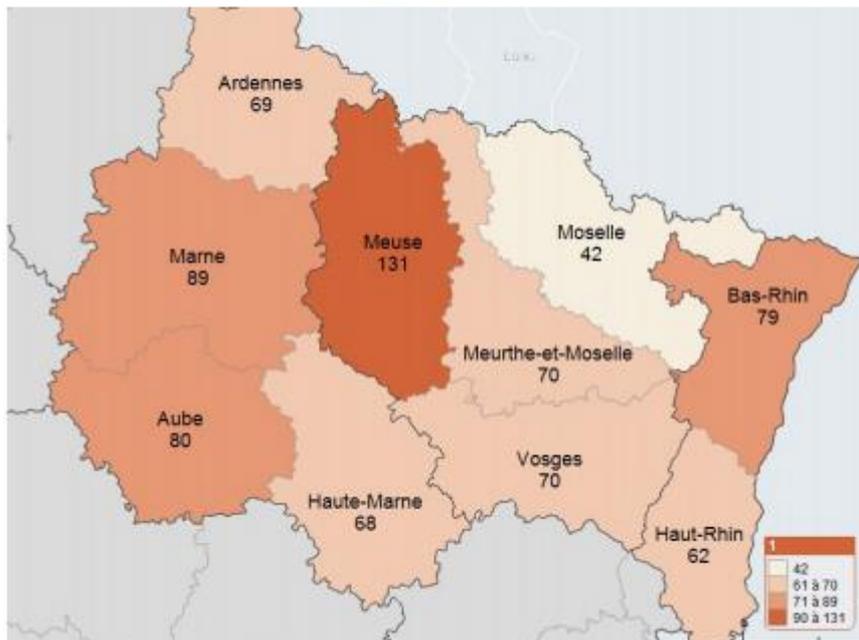
Source : Rapports d'activité des CSAPA en 2014, DGS/OFDJ

Carte 12 - Nombre de consommateurs d'opiacés, cocaïne et autres substances (hors addictions sans substances, et tabac) pris en charge pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans en 2014



Source : Rapports d'activité des CSAPA en 2014, DGS/OFDJ

Carte 9 - Nombre de personnes prises en charge dans les CSAPA ambulatoire pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans par département en 2014



Source : Rapports d'activité des CSAPA 2014, DGS/OFDJ

- **Taux standardisé de recours**

A noter : les indicateurs de prise en charge en établissement de santé sont calculés par rapport au lieu de résidence de l'individu, et non au lieu de prise en charge.

### Taux standardisé de recours en hospitalisation temps plein

#### Mode de calcul de l'indicateur

Taux standardisé de recours en hospitalisation à temps plein pour le motif Y = (Nombre de personnes hospitalisées à temps plein pour le motif Y / Population âgées de 18 à 64 ans) / 1 000

Taux standardisé de recours en hospitalisation temps plein (en ‰ bénéficiaires RG 18-64 ans)	Meuse	Grand Est	France
pour troubles de l'humeur	3.4	2.2	2.3
pour addiction	1.5	0.9	0.9
pour troubles psychotiques	2.2	2.5	2.9
pour autres TMS (TED et déficiences)	0.4	0.4	0.3

Source : RIM-P, Insee-2015

Le taux standardisé de recours en hospitalisation pour les troubles de l'humeur et pour addictions est plus important en Meuse par rapport aux taux observés en Grand Est et en France.

### Taux standardisé de recours ambulatoire

#### Mode de calcul de l'indicateur

Taux standardisé de recours en ambulatoire pour le motif Y = (Nombre de personnes suivies en ambulatoire pour le motif Y / Population des 18-64 ans) \* 1 000

Taux standardisé de recours ambulatoire (en ‰ bénéficiaires RG 18-64 ans)	Meuse	Grand Est	France
pour troubles de l'humeur	23.9	13.6	10.4
pour addiction	4.1	3.6	2.8
pour troubles psychotiques	5.6	7.4	7.6
pour autres TMS (TED et déficiences)	2.1	1.3	1

Source: RIM-P, Insee-2015

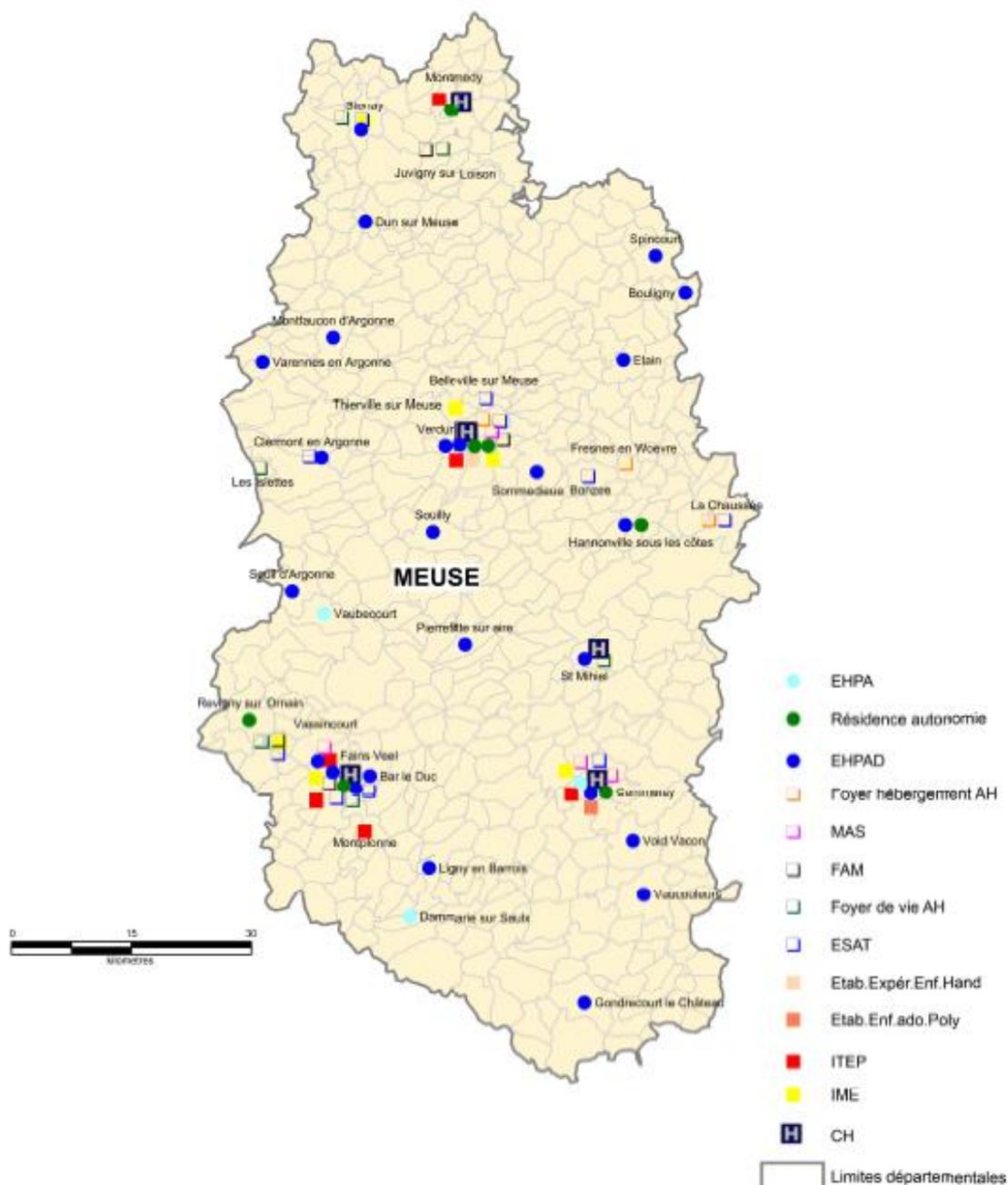
‰ bénéficiaires RG 18-64 ans

De même que pour le taux de recours en hospitalisation, le taux standardisé de recours en ambulatoire est plus important pour les troubles de l'humeur et pour les addictions qu'en Grand Est et en France. Il en va de même pour les autres troubles mentaux sévères.

## Données d'équipement

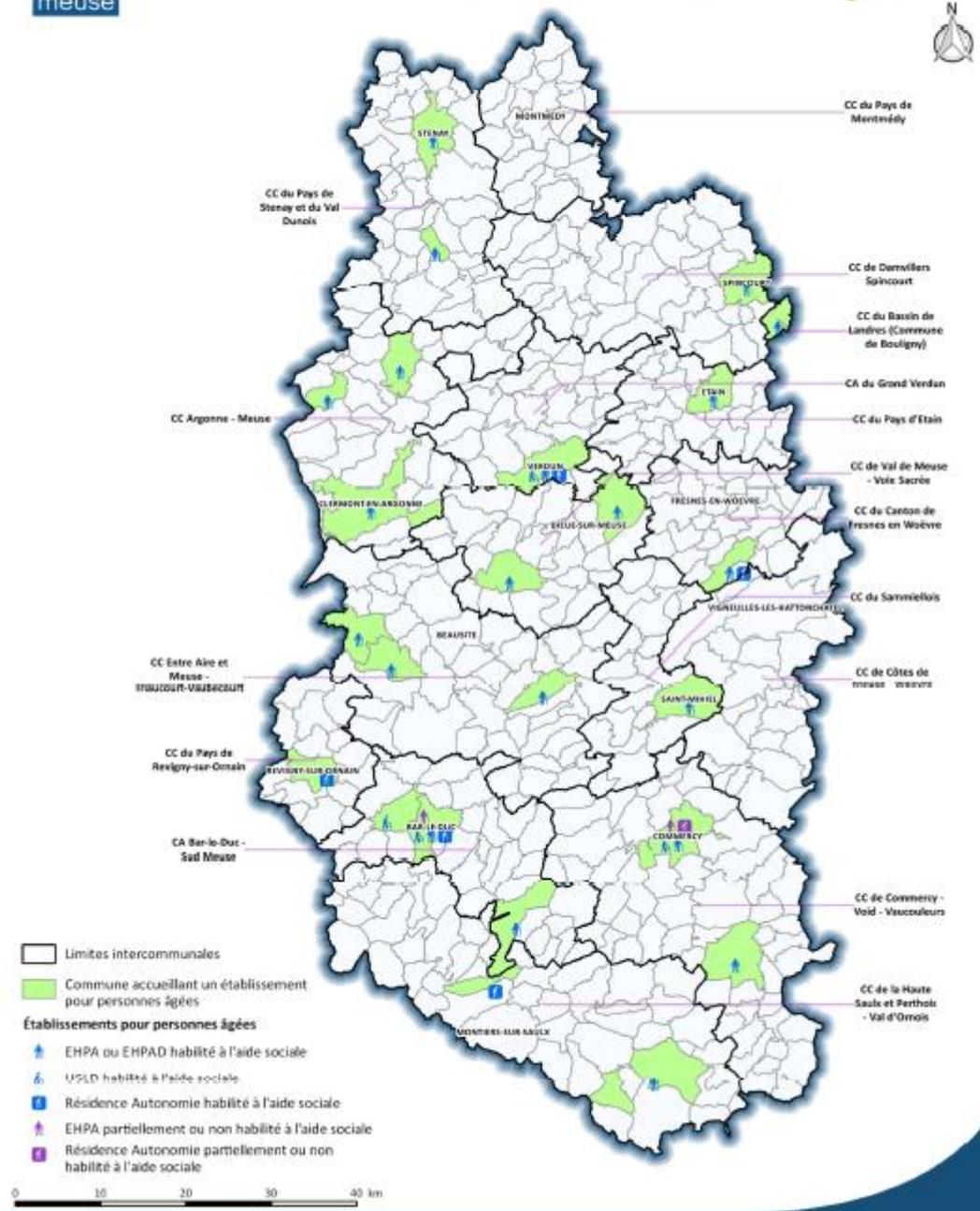
### A. Représentations cartographiques du territoire

#### Les ES et ESMS du département de la Meuse



Source : ARS GE/ DQPI/ AES/ Finess Juillet 2019

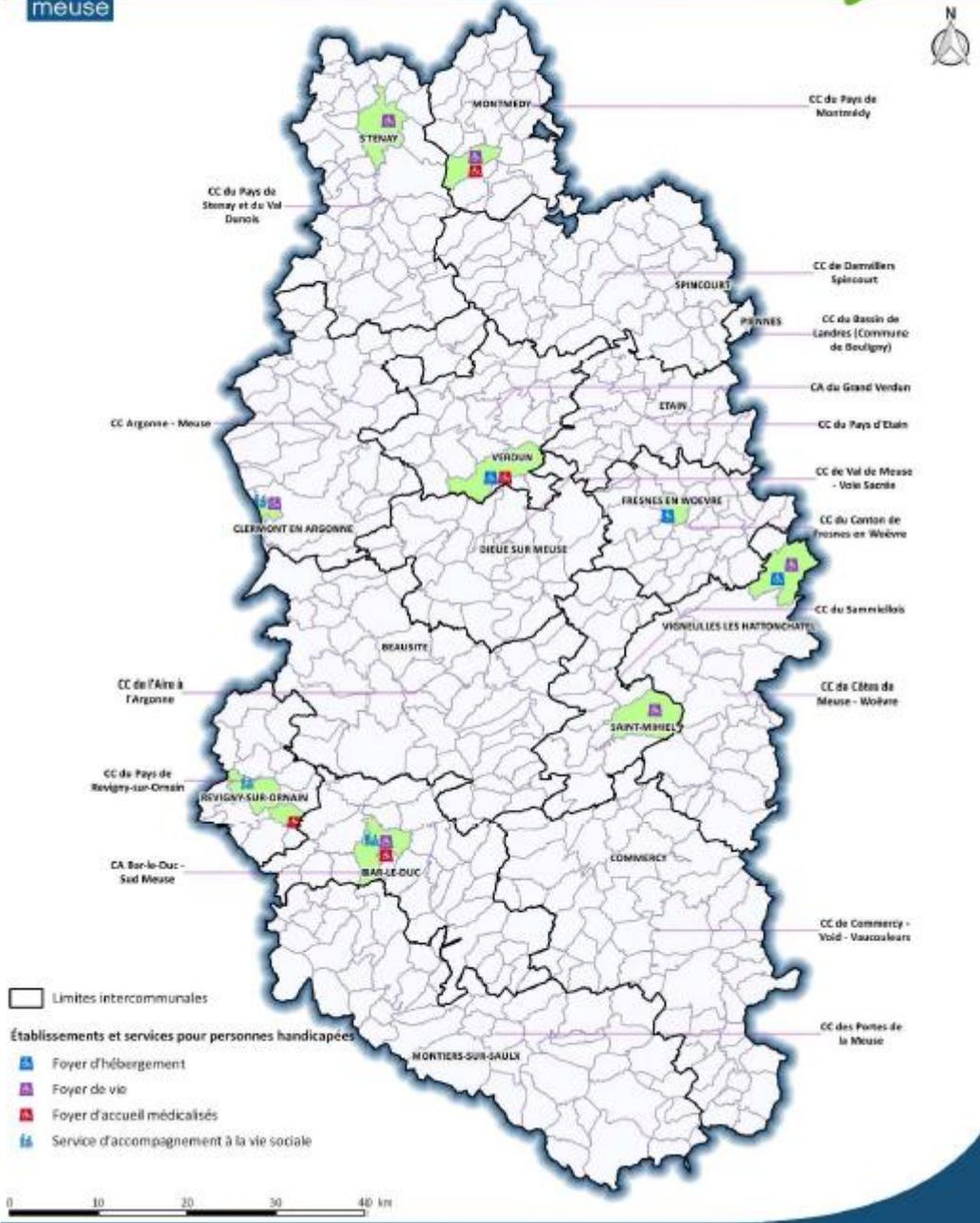
**Les établissements pour personnes âgées  
dans le département de la Meuse**



Réalisation : Observatoire Départemental des Territoires –juin 2017  
Sources : IGN- BDarto/ Direction des solidarités-CD55 /fil action



## Les établissements et services pour personnes handicapées dans le département de la Meuse



Réalisation : Observatoire Départemental des Territoires – juin 2018

Sources : IGN- BDarto/ Direction des solidarités-CD55 /fil action



## B. L'équipement sanitaire

La Meuse dispose de 5 établissements de santé :

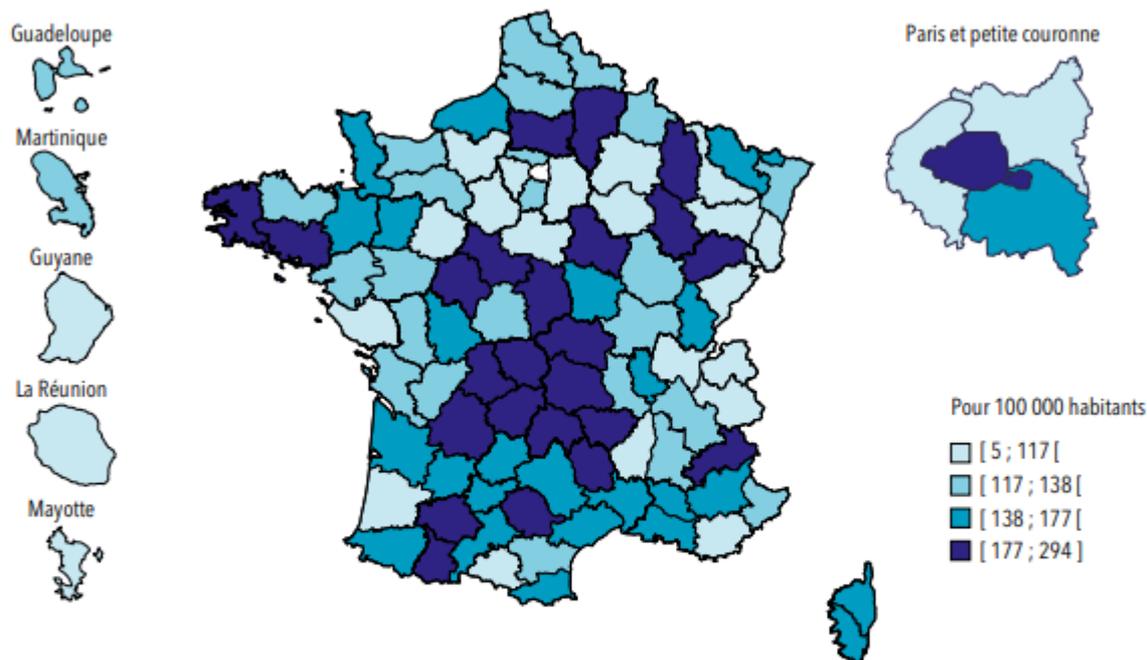
- Le centre hospitalier spécialisé de Fains-Véel
- Le centre hospitalier de Verdun-Saint-Mihiel
- La polyclinique du Parc à Bar-le Duc
- Le centre hospitalier de proximité de Commercy
- Le centre hospitalier de Bar-le-Duc

L'activité de psychiatrie se répartie comme telle :

- Au sud : un établissement de santé mentale, le CHS de Fains-Véel
- Au nord : le pôle psychiatrie du CH de Verdun-Saint Mihiel

### • Densité de lits et places en psychiatrie en hospitalisation

**Carte 1** Densité de lits et de places d'hospitalisation en psychiatrie en 2015



**Note** > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

**Champ** > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

**Sources** > DREES, SAE 2015, traitements DREES ; INSEE, estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

La Meuse est dans le 1<sup>er</sup> quartile au niveau de la densité de lits et de places d'hospitalisation en psychiatrie en 2015. Il y a donc une densité importante sur le territoire Meusien.

Ce constat est confirmé dans le plan régional de santé de la région Grand Est, "nos priorités 2018-2023". Dans l'axe stratégique 4, au point 2, il est évoqué le constat suivant : "La région Grand Est présente un taux d'équipement en lits et places de psychiatrie inférieur à la moyenne nationale avec des disparités territoriales. Ainsi, les départements de la Meuse et de la Haute Marne présentent un taux d'équipement global nettement supérieur, alors que ceux de Meurthe et Moselle disposent de moins d'un lit ou place pour 100 000 habitants. L'offre sanitaire privée est peu présente dans la région "

- **Nombre de lits pour une prise en charge psychiatrique à temps complet :**

Mode de calcul de l'indicateur

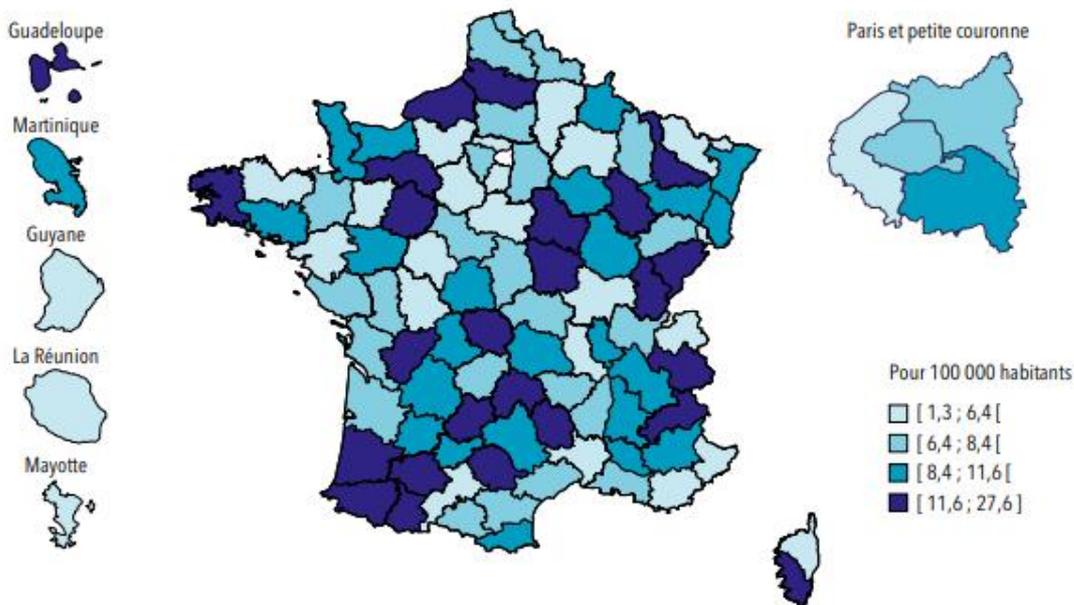
Nombre de lits au 31/12 = somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement

Nombre de lits installés au 31/12	Hospitalisation à temps plein	Placement familial thérapeutique	Accueil en appartement thérapeutique
Psychiatrie générale	182	10	4
Psychiatrie infanto-juvénile	8	4	0
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0		
<b>Total psychiatrie (calculé)</b>	<b>190</b>	<b>14</b>	<b>4</b>

Source : SAE, 2018

- **Densité de lieux de prise en charge ambulatoire en psychiatrie**

**Carte 2** Densité de lieux de prise en charge ambulatoire en psychiatrie en 2015<sup>1</sup>



1. Centres médico-psychologiques, unités de consultation, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel.

**Note** > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

**Champ** > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

**Sources** > DREES, SAE 2015, traitements DREES ; INSEE, estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

La densité de lieux de prise en charge ambulatoire est inférieure à la moyenne nationale pour la Meuse.

- **Nombre de places pour une prise en charge à temps partiel :**

Mode de calcul de l'indicateur

Nombre de places pour une prise en charge à temps partiel = Nombre de patients pouvant être accueillis en même temps en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit

Nombre de places	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit
Psychiatrie générale	82	9
Psychiatrie infanto-juvénile	58	0
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0	
<b>Total psychiatrie (calculé)</b>	<b>140</b>	<b>9</b>

Source : SAE, 2018

Le territoire meusien ne dispose pas d'ateliers thérapeutiques.

- **Nombre et densité en CMP**

Il y a 6 CMP adultes sur le territoire meusien :

- Bar le Duc,
- Commercy,
- Ligny en Barrois,
- Montmédy,
- Saint Mihiel et
- Verdun

Il y a 5 CMP enfants sur le territoire meusien :

- Bar le Duc,
- Commercy,
- Ligny en Barrois,
- Stenay,
- Verdun

Les données de densité ci-dessous concernent l'année 2015, elles proviennent d'une extraction de l'outil "Atlas santé mentale". La densité de CMP pour 100 000 habitants est :

- 2.6 pour la Meuse
- 4.8 pour la région Grand Est
- 4.2 au niveau national

La densité de CMP est donc deux fois plus faible sur le territoire Meusien qu'au niveau régional et national.

- **Equipes mobiles de psychiatries**

Les équipes mobiles sur le territoire Meusien se composent des façons suivantes:

CHS de Fains Véal :

- Une équipe mobile de psychiatrie précarité qui intervient sur le sud meusien
- Une équipe mobile handicap qui intervient sur le sud meusien autant au CHS qu'à domicile et en établissements sociaux ou médico-sociaux avec ou sans hébergement
- Une équipe mobile pédopsychiatrique pour adolescents sur le sud meusien
- Une équipe mobile de psycho-gériatrie qui intervient sur le sud meusien (EHPAD meusiens non privées) et au domicile

CH Verdun Saint Mihiel :

- Une équipe mobile de psycho-gériatrie qui intervient dans le nord meusien (EHPAD meusiens non privés) et au domicile
- Une équipe mobile pédopsychiatrique pour adolescents qui se déplace vers les structures d'accueil, les établissements scolaires et les familles dans le nord meusien

- **Prise en charge en addictologie**

Le Centre Hospitalier Spécialisé de Fains-Véel dispose depuis le 4 août 2017 d'une autorisation d'activité de médecine, sous forme d'une unité d'addictologie de niveau II. La filière addictologie sevrage complexe du GHT Cœur Grand Est est composée de :

- De l'unité de sevrage complexe à dominante psychiatrique au CHS de Fains-Véel (15 lits)
- De 3 unités à dominante somatiques pour les sevrages complexes, positionnées sur les principaux sites du GHT : 3 lits dédiés à Bar-le-Duc (+1 lit mère-enfant), 6 lits dédiés à St Dizier
- A Verdun, les sevrages complexes s'effectuent au sein du service de médecine (pas de lits identifiés à ce jour).

- **Les maisons de santé pluri professionnelles (MSP)**

La Meuse dispose de 28 MSP ou pôles de santé en fonctionnement (dont 7 antennes). Une MSP est actuellement en construction à Belleville-sur Meuse et 3 sont en projet à Ligny en Barrois/Tronville, Verdun et une à Bar-le-Duc. Ces structures ont pour objet d'impulser un partenariat volontariste au plus près du terrain avec notamment l'organisation de consultations avancées en addictologie.

- **Part de population située à plus de 30 et 45 minutes en voiture d'une unité d'hospitalisation temps plein en psychiatrie générale**

Mode de calcul de l'indicateur

Part de la population située à plus de Y minutes d'une unité d'hospitalisation temps plein en psychiatrie générale =  
(Population de 16 ans ou plus à + de Y minutes / Population âgée de 16 ans ou plus) \*100

Temps d'accès	Meuse	Grand Est	France
% population à 30 minutes ou plus d'une unité temps plein	39.8	22	16.4
% population à 45 minutes ou plus d'une unité temps plein	12.2	6.1	4.6

Source : INSEE ; METRIC ; SAE - 2015

Les proportions de personnes situées à plus de 30 ou 45 minutes confirment bien les difficultés liées à la ruralité du département. 40% de la population meusienne se situe à plus de 30 minutes d'une unité d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie.

- **Délais d'attentes pour obtention d'un rendez-vous**

Les tableaux ci-dessous présentent les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous auprès d'une structure en territoire Meusien.

A noter : Les données recueillies ci-dessous ont été obtenues auprès des structures à partir des listes d'attentes en cours en octobre/novembre 2018.

### Adultes :

	<b>Médecin</b>	<b>Psychologue</b>	<b>Infirmier/éducateur</b>
<b>CMP VERDUN</b>	Plus de 15 jours	Plus de 3 mois	Entre 1 et 5 jours
<b>CMP Montmédy adultes</b>	Entre 3 et 4 mois	Moins de 15 jours	Entre 1 et 15 jours
<b>CMP Commercy</b>	Entre 1 et 2 mois	Entre 1.5 mois et 2 mois	Mois d'une semaine
<b>CMP Saint-Mihiel</b>	Entre 1 et 2.5 mois	Moins d'1 mois	Entre 1 et 3 jours
<b>CMP Bar le duc</b>	Mois de 2 mois	Entre 1 et 2 mois	Entre 1 et 7 jours avec priorité pour les adolescents
<b>CMP Ligny</b>	Moins de 2 mois	Entre 1 et 2 mois	Entre 1 et 7 jours avec priorité pour les adolescents

### Enfants

	<b>Médecin</b>	<b>Psychologue</b>	<b>Infirmier / éducateur</b>
<b>CMP Bar le Duc</b>	Environ 1 mois	Moins de 2,5 mois	Environ 8 jours
<b>HJ Bar le Duc</b>	Environ 23 jours	Moins de 15 jours	Moins de 15 jours
<b>CMP Commercy</b>	Environ 1,5 mois		
<b>CMP Ligny</b>	Environ 1,5 mois		
<b>CMP Verdun</b>	Entre 2 et 3 mois	Bilan ≥ 8 mois Suivi ≥ 9 mois	Plus de 8 mois
<b>Centre de ressources autisme de Lorraine</b>	6 à 8 mois pour validation Nancy + 70j consultation médicale après validation		

### Petite enfance

	<b>Médecin</b>	<b>Psychologue</b>	<b>Infirmier / éducateur</b>
<b>CAMSP Behonne</b>	Moins de 2 semaines		
<b>CAMSP Verdun</b>	Environ 2 mois	Bilan à environ 5 mois	Bilan à environ 5 mois
<b>CMP Verdun</b>	Entre 2 à 3 mois	Bilan/suivi ≥ 6 mois	Plus de 6/7 mois

### C. L'équipement médico-social

Les données présentées ci-dessous sont extraites de l'outil "Atlas santé mentale" sur l'année 2017 et de STATISS 2017 ARS Grand Est.

#### Liste des CMP-P

La Meuse dispose d'un CMPP dont le siège est à Bar le Duc et qui dispose des antennes suivantes sur le territoire :

- Commercy,
- Vaucouleurs,
- Stenay,
- Verdun,
- Etain,
- Clermont en Argonne.

#### Etablissements et services pour enfants et adolescents en situation de handicap :

- **Taux d'équipement au 31.12.2016 par catégorie d'établissement (en nombre de places pour 1000 habitants de moins de 20 ans)**

Etablissements	Meuse	Grand-Est	France métropolitaine
Taux d'équipement en places dans les établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD, jardin d'enfants spécialisés et places d'accueil temporaire) pour 1 000 habitants de moins de 20 ans	7.8	8	6.5
Taux d'équipement en places dans les SESSAD pour 1000 habitants de moins de 20 ans	4.5	3.3	3.2

Sources : DRESS, FINESS, INSEE, estimation de population, 2016

Le taux d'équipement en SESSAD pour la Meuse est très supérieur au niveau régional et national.

#### Etablissements et services pour adultes en situation de handicap :

- **Densité de places en établissements et services médico sociaux par habitant pour 100 000 habitants de plus de 20 ans.**

Mode de calcul de l'indicateur

Densités de places installées dans la structure X = (Nombre de places dans la structure X / population de 20 ans ou plus) x 100 000

Densité de places pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	Meuse	Grand Est	France
En SAMSAH	0	21	20.3
En SAVS	25.2	73	79.2
En ESAT	298.3	271.3	240.4
En foyers de vie et d'hébergement	103.5	104.4	103.3
En FAM	59.3	53.5	60.9
En MAS	89.2	71.2	58.6

Source : FINESS -2017

En 2018, des places de SAVS ont été créées nuanciant les chiffres ci-dessus. De même un SAMSAH de 10 places a été créé au 1.10.2019

### Etablissements et services pour personnes en situation de précarité:

Pour cette partie, nous n'avons pas obtenu les densités de places par habitant. Aussi, sont présentés dans cette partie le nombre de places par type d'établissements.

Au sein du SEISAAM sur la Meuse, il y a :

- 210 places de CADA (centre d'accueil des demandeurs d'asile), 20 places à venir de CPH (centre provisoire d'hébergement)
- 80 places de CHR (en hébergement collectif et diffus) et 15 places d'accueil de jour.

Au sein du dispositif AMIE (au 04/11/2019), capacités théoriques :

- 12 places d'hébergement en centre d'hébergement et de réinsertion social regroupé (avec un accompagnement in situ)
- 73 places d'hébergement en centre d'hébergement et de réinsertion social diffus (répartition des logements sur plusieurs quartiers)
- 21 places en centre d'hébergement d'urgence pour les demandeurs déboutés
- 50 places hébergement urgent avec accompagnement social
- 103 places au dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile
- 11 places intermédiation locative de transition
- 12 places intermédiation locative bail glissant (état)
- 11 places intermédiation locative bail glissant (CD)
- 32 places logement en allocation logement temporaire
- 10 places hébergement spécialité en atelier thérapeutique de coordination
- 4 places hébergement spécialité en lit halte soins santé

Etablissements et services pour personnes âgées :

- **Taux d'équipement au 31.12.2016 en nombre de places pour 1000 habitants de 75 ans et plus**

Equipement	Meuse	Grand-Est	France métropolitaine
Taux d'équipement en places dans les structures non EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 et plus ( <i>places en maison de retraite, logements de résidences-autonomie, places USLD</i> )	23.1	26.6	24.9
Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	104.0	99.5	100.4
Taux d'équipement en places dans les services de soins infirmiers à domicile pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (SSIAD + SPASAD).	27.4	19.1	20.5

Sources : DRESS, FINESS, INSEE, estimation de population, 2016

## Données d'activité

- **File active**

### A noter :

#### Mode de calcul des indicateurs

File active = Total des patients vus au moins une fois dans l'année soit en hospitalisation, soit en consultation, soit en visite à domicile.

Total File active = un patient pris en charge dans la même année en psychiatrie générale et en psychiatrie en milieu pénitentiaire n'est compté que pour un patient dans ce total.

Nombre de personnes présentes en hospitalisation à temps plein depuis plus d'un an = Nombre de patients présents en 2017 et ayant eu en 2018 plus de 292 jours d'hospitalisation à temps plein (4/5<sup>ème</sup> de l'année)

Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année	File active totale	File active exclusivement ambulatoire	File active hospitalisée à temps plein dans l'année	Personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an
Psychiatrie générale	7163	5676	957	46
Psychiatrie infanto-juvénile	1488	1455	42	0
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	1109	1109	0	0
<b>Total file active (sans double compte)</b>	<b>9105</b>	<b>7465</b>	<b>603</b>	<b>32</b>

Source : SAE-2018

- **Activité : prise en charge à temps complet**

Mode de calcul des indicateurs

Nombre de séjours en hospitalisation à temps plein = Le séjour débute le premier jour de la prise en charge par une équipe soignante dans le champ d'activité de la psychiatrie et se termine le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante de psychiatrie.

Nombre de journées = Somme des jours de présence durant lesquels le patient a été pris en charge, cumulés sur l'année, par forme d'activité.

	Nombre de séjours	Nombre de journées		
		Hospitalisation à temps plein (*)	Hospitalisation à temps plein	Placement familial thérapeutique
Psychiatrie générale	1649	53461	2800	1309
Psychiatrie infanto-juvénile	199	2033	0	
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0	0		
<b>Total psychiatrie (calculé)</b>	<b>1848</b>	<b>55494</b>	<b>2800</b>	<b>1309</b>

Source : SAE-2018

(\*) Doivent être uniquement comptabilisés les séjours à temps plein et non l'ensemble des séjours à temps complet

La durée moyenne d'hospitalisation est de 56.28 jours en Meuse contre 57 journées en moyenne par patient à temps complet en France.<sup>20</sup>

- **Activité : prise en charge à temps partiel**

Mode de calcul de l'indicateur

Nombre de venues en équivalent journée =  
Somme des nombres de jours de présence dans le cas de venue d'une journée entière  
ou  
Somme de la moitié des nombres de demi-journées de présence (cas de venue d'une demi-journée).

<sup>20</sup> [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih\\_chiffres\\_cles\\_psychiatrie\\_2018.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psychiatrie_2018.pdf)

	Nombre de venues (en équivalent journées)	
	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit
<b>Psychiatrie générale</b>	17317	1302
<b>Psychiatrie infanto-juvénile</b>	7799	0
<b>Psychiatrie en milieu pénitentiaire</b>	0	
<b>Total psychiatrie (calculé)</b>	<b>25116</b>	<b>1302</b>

Source : SAE-2018

- **Activité prise en charge ambulatoire**

Mode de calcul de l'indicateur

L'activité de prise en charge ambulatoire = Nombre d'actes, de type entretien, démarche, groupe (un acte de groupe sera compté autant de fois qu'il y a de patients dans le groupe) et accompagnement.

	Nombre d'actes, soins et interventions					
	CMP	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	Dans le cadre d'une USMP d'un hôpital général
<b>Psychiatrie générale</b>	30882	44173	3551	2224	7	
<b>Psychiatrie infanto-juvénile</b>	13646	165	93	235	185	
<b>Psychiatrie en milieu pénitentiaire</b>		0				7014
<b>Total psychiatrie (calculé)</b>	<b>44528</b>	<b>4338</b>	<b>3644</b>	<b>2459</b>	<b>192</b>	<b>7014</b>

Source : SAE-2018

# Problématiques du territoire

---

Les problématiques du territoire, recensées par les acteurs, sont présentées par axes de la rosace faisant état des réflexions des 5 groupes de travail constitués sur le territoire. Afin de faciliter la lecture, pour chaque groupe de travail, les points forts et points faibles identifiés ont été regroupés par catégories. Certains éléments sont donc redondants et cités par plusieurs groupes. Ainsi, une synthèse générale de l'ensemble des propos est présentée dans la partie "Synthèse des constats".

NB : certains éléments relatifs à l'offre existante sont cités par les groupes (exemple : équipe mobile, offre en addictologie...). **Les éléments cités ne sont pas nécessairement exhaustifs et conformes aux données quantitatives. Néanmoins, ils reflètent la perception des acteurs quant à l'offre meusienne en matière de santé mentale.** Ces différences (perception des acteurs/ offre objectivée) sont identifiées dans le tableau "Synthèse des constats".

Les pistes de travail proposées par chacun des groupes ont été rassemblées dans la partie « Pistes de travail identifiées ».

## 1. Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

### Nature de l'offre disponible sur le territoire et accès à l'offre

#### L'offre de prise en charge psychiatrique

L'implantation des CMP sur l'ensemble du département, avec la présence d'une équipe pluridisciplinaire, même sur les zones les plus dépourvues du territoire est un point fort du territoire souligné par le groupe ; tout comme la présence de plusieurs équipes mobiles.

Sont également soulignés comme points forts :

- Les différents dispositifs du territoire à destinations des adolescents, de leurs familles ou des professionnels qui les accompagnent :
  - Fil Pro Ado (FPA) est un dispositif visant à renforcer la coordination des professionnels autour des jeunes de 11 à 21 ans et de leur famille confrontés à des situations difficiles (harcèlement, addiction, radicalisation, mal-être, décrochage scolaire)
  - « Ecout'Emoi » qui est un dispositif à destination des jeunes de 11 à 21 ans en détresse psychologique. Le médecin traitant ou scolaire ou le pédiatre peut orienter les parents vers un psychologue libéral pour 12 consultations prises en charge par la sécurité sociale.
  - La maison des adolescents (MDA) est une structure qui a pour mission l'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation, l'évaluation des situations et qui offre une prise en charge médicale avec un accompagnement éducatif, social et juridique. Elle est située sur deux sites : Verdun et Bar-Le-Duc.
- La présence de pratiques avancées en addictologie réalisée par des infirmiers spécialisés qui font des consultations en amont.
- L'intervention de psychiatres dans les établissements sociaux et médico-sociaux
- La présence en Meuse d'un psychiatre sensibilisé à l'ethnopsychiatrie. Le groupe souligne cependant que cela est insuffisant à l'échelle du département. Plus généralement, le groupe a fait émerger le besoin d'adaptation de l'accompagnement actuel aux besoins de

populations émergentes ou croissantes (ethnopsychiatrie, accompagnement des troubles du spectre autistique, personnes étrangères...).

Plus généralement, le groupe évoque l'importance d'identifier et d'informer sur l'offre globale en santé mentale.

#### L'accès aux services administratifs

La présence de 11 maisons des solidarités (MDS) au niveau départemental permet un accès facilité aux services administratifs du département en proximité pour l'ensemble des habitants meusiens.

#### L'offre de prévention en population générale

En matière d'offre de prévention, le groupe souligne la plus-value des conventions (entre des CMP et certains collèges et lycées du département notamment entre le CMP de Commercy et l'éducation nationale, entre élus et établissements sociaux) permettant de favoriser l'accès à la prévention pour la population sur le territoire. Le groupe évoque néanmoins l'importance de renforcer la prévention en santé mentale, notamment en s'appuyant sur une approche positive de la parentalité.

#### L'accès à l'offre existante

Deux points sont évoqués quant à l'accès à l'offre :

- La prise en charge des transports pour les enfants par la sécurité sociale à 100% permet d'éviter les risques de rupture de parcours liés à l'éloignement au regard de la configuration du territoire.
- Comme le montre les indicateurs présentés dans la partie ci-dessus (équipement médico-social), le groupe regrette les forts délais administratifs et d'attentes pour obtenir une consultation.

De façon plus globale, le groupe évoque un déséquilibre de l'offre sur le territoire Meusien entre le nord et le sud.

#### La continuité de l'offre

Un élément qui fait défaut sur le territoire semble être l'organisation des transitions (âge intermédiaire, relai inter structure, retour au domicile, en famille). Sont plus particulièrement soulignés : la transition entre 0-3 ans, primaire/ collège et le passage dans des structures pour adultes.

### **Formation des professionnels du territoire et harmonisation des pratiques**

La formation OMEGA « Prévention de la violence et gestion de la crise » dans le cadre de la prévention de la santé au travail est un élément de satisfaction au niveau du territoire cité par les membres de ce groupe. Une formation autour de la thématique de l'autisme est également proposée dans le sud Meusien. Il est souligné un manque de temps d'acculturation pour les professionnels du département. Comme évoqué dans la partie « Pistes de travail identifiées », ces temps pourraient prendre diverses formes : formations partagées, temps d'échanges, visites de structures.

### **Coordination, coopération et interconnaissance des acteurs**

Plusieurs points positifs sont évoqués par le groupe :

- La réactivité de la MDPH est soulignée comme un véritable atout du département notamment dans l'analyse des dossiers.

- Le groupe souligne également comme élément positif la présence de commissions admission pour certains EHPAD, USLD, résidences accueil, ESAT. Le groupe regrette que cela n'existe pas pour toutes les structures.

Parallèlement, le groupe a listé plusieurs pistes d'évolution :

- Les professionnels évoquent la nécessité également de mieux faire connaître les bonnes pratiques en matière d'information et de partage d'informations ainsi que de transmission ; ce qui fait défaut à l'heure actuelle.
- Le groupe souligne l'importance de renforcer l'interconnaissance des différentes personnes autour de l'usager (partenaires institutionnels, familles...) notamment entre professionnels pour éviter les doublons. Il est également suggéré la mise en place d'un coordinateur de parcours pour les patients ou la nomination d'un référent parcours pour chaque usager. Enfin, le groupe évoque la nécessité de recueillir et d'organiser une identification et un signalement de la non-demande, c'est à dire identifier les personnes qui passent en dehors des parcours de soins et ainsi pouvoir leur apporter une aide.
- Il semblerait également pertinent d'identifier des réponses spécifiques et graduées en fonction des problématiques (psychiques et psychiatrique). La prise en charge hospitalière arrive souvent trop vite, il pourrait avoir une prise en charge en amont afin de traiter des difficultés de la personne afin d'éviter le recours à l'hospitalisation. Il faudrait donc identifier les structures présentes sur le territoire.

De manière très opérationnelle, afin de renforcer la coordination avec le personnel paramédical, le groupe propose l'élaboration d'un outil d'informations permettant de partager les observations paramédicales.

### **Accompagnement des aidants**

Le groupe évoque le manque d'organisation dans l'accompagnement des aidants familiaux sur le territoire. Il identifie la nécessité de favoriser la participation des familles dans le projet de vie du patient.

## **2. Situations inadéquates**

### **Représentation de la santé mentale**

Une des difficultés relevées par le groupe porte sur l'image négative renvoyée par la psychiatrie avec une certaine stigmatisation du patient « psy ». La psychiatrie est souvent associée à une dangerosité présumée de la personne rattachée à une image ancestrale de la folie. En outre, la porte d'entrée en psychiatrie que cela soit pour une consultation ou une hospitalisation renvoie à une porte d'entrée stigmatisante : seulement 20 à 30% des consultations sont des pathologies psychiatriques constituées tandis que l'autre part représente des pathologies réactionnelles au contexte et aux difficultés de vie.

### **Nature de l'offre disponible sur le territoire**

#### **L'offre de prise en charge psychiatrique**

L'existence des équipes mobiles, précarité handicap, psychogériatrie et adolescent sont un des points forts de l'accompagnement des personnes sur le territoire. Mais il est regretté :

- L'absence d'équipe précarité dans le nord du département.
- L'absence d'un CATTP est également soulignée pour le nord du département.

Au vue des retours du groupe de travail, l'unité hospitalière en addictologie n'est pas bien identifiée sur le territoire.

Globalement, le maillage territorial pour l'hospitalisation est jugé conséquent.

La qualité des prises en charges pour les enfants et adolescents est notée comme un point positif. Sont notamment cités :

- La présence des CMP enfants et adolescents au nord et au sud du département,
- Les hôpitaux de jours enfants mais nuancés par la présence d'une seule unité hospitalisation à temps plein sur le département, jugée insuffisante.
- La MDA, le RESADOM, les SESSAD, les ITEP.
- Les SAVS

Il est ressenti le besoin de places en IME et en IMPRO.

Les moyens limités en psychiatres sont une difficulté sur le territoire noté par le groupe.

#### L'accès à l'offre

Un autre constat établi sur le territoire meusien porte sur des incohérences dans le parcours de soins des patients dues des ruptures géographiques (Nord/Sud).

#### La continuité de l'offre

Un autre élément très souvent évoqué est la rupture de parcours lors du passage de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte notamment à cause d'un manque de souplesse en accueil des structures.

### **Formation des professionnels du territoire et harmonisation des pratiques**

Il est constaté un cloisonnement entre la médecine dite « somatique » et la psychiatrie et plus spécifiquement un manque de disponibilité et de formation des médecins généralistes pour prendre en compte les problèmes de mal être.

### **Coordination, coopération et interconnaissance des acteurs**

A l'échelle du département, le groupe a souligné les bonnes relations interprofessionnelles entre médecins, soignants, équipes médico-sociale, organismes de tutelles et les autres acteurs. Néanmoins, il ressort un manque de coordination et de communication entre les différents acteurs avec une méconnaissance mutuelle de l'ensemble des acteurs. Afin de pallier à un manque, le groupe propose la construction d'un répertoire opérationnel des ressources (ROR) en psychiatrie

La synthèse régulière des situations, en sortie d'hospitalisation, en cas d'échec du retour à domicile, avant orientation en hospitalisation chronique, avant entrée en HDJ, avant entrée en ATH, en cas de situations complexes lors des suivis ambulatoires en CMP est un élément qui fonctionne bien entre les dispositifs hospitaliers et l'ambulatoire que cela soit entre le nord et le sud.

Le groupe souligne, néanmoins, l'importance d'améliorer le lien entre ville et hôpital.

### **Accompagnement des aidants**

Un élément important qui fait défaut sur le territoire d'après le groupe de travail est l'absence de prise en charge des parents, familles et aidants de l'enfance à la vieillesse ce qui a pour

conséquence un épuisement et un isolement des aidants. Cela peut conduire ces aidants à une désocialisation progressive, à des problèmes de santé prématurés, à un manque de connaissances de l'aidant sur la maladie et son évolution et à une découverte d'aidants (PH) non identifiés au cours d'évaluations à domicile. Mais quelques dispositifs existent tels que Interm'aides et Triple P ou programme parentalité positive (qui a pour objectif de réduire la prévalence des problèmes comportementaux et émotionnels des enfants en améliorant la compétence et la confiance des parents), le café des aidants...

### 3. Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

#### **Nature de l'offre disponible sur le territoire et accès à l'offre**

##### L'offre d'équipes mobiles du territoire

La présence des équipes mobiles handicap, psychogériatrie et adolescents sur le territoire est un point fort dans la démarche d'accompagnement des patients. Néanmoins, le groupe évoque une méconnaissance des modalités d'intervention des équipes mobiles et souligne la nécessité de travailler à la visibilité de cette offre proposée. Par ailleurs, le groupe exprime une inégalité d'intervention et de répartition des équipes mobiles entre le nord et le sud meusien. Ces disparités entre secteurs sont citées également de manière générale pour l'offre de psychiatrie.

##### L'offre à destination des enfants

Concernant la psychiatrie enfants, le groupe souligne le manque de places en ITEP et SESSAD notamment pour les patients souffrants de troubles des comportements et/ou de troubles du spectre autisme. Une seule unité d'hospitalisation complète existe pour l'ensemble du département et ne permet pas de faire face aux besoins.

##### L'offre à destination des adultes

Pour les patients adultes, notamment atteints de la maladie d'Alzheimer et de démences apparentées, il n'y a pas de structures sur le territoire telle que des unités d'hébergement renforcée ou d'unités cognitivo-comportementales. De façon plus globale, il y a un manque de structure spécialisée en gériatrie sur le territoire et un manque de structure de prise en charge pour l'addictologie. Une carence de places en hospitalisation complète en psychiatrie adulte dans le nord du département est perçue par le groupe.

##### L'accès à l'offre

Les délais pour obtenir un rendez-vous dans un CMP, CMPP ou CASMP sont importants. Le groupe souligne les difficultés d'obtenir un avis médical en cas de besoin d'évaluation ou de réévaluation psychiatrique d'un patient. Cette difficulté est sans doute liée au faible ratio de psychiatres au regard de la population du territoire comparativement à la moyenne nationale. Des conventionnements avec les établissements pourraient être envisagés, ceci est donc pour le moment qu'un projet.

##### La continuité de l'offre

La sectorisation Nord/Sud de la Meuse peut représenter une difficulté en cas de déménagement du patient.

Le groupe évoque que le peu d'acteurs présents sur le territoire, s'il peut représenter une difficulté en matière d'effectifs peut également faciliter la fluidité du parcours.

## **Formation des professionnels du territoire et harmonisation des pratiques**

La formation OMEGA « prévention des situations potentiellement violentes » est un élément de satisfaction au niveau du territoire.

Il serait également pertinent de renforcer l'harmonisation des pratiques à l'échelle de la Meuse afin de favoriser la coordination et coopération entre les acteurs.

## **Coordination, coopération et interconnaissance des acteurs**

Le groupe souligne de manière générale que la coresponsabilité du parcours psychiatrique entre le médical et le social est une clé de réussite dans la prise en charge d'un patient. En effet, quand chaque secteur se sent responsable cela se passe de manière plus fluide.

La collaboration entre les pédopsychiatres et le médico-social sur le territoire a été soulevée. Le groupe pense que cela pourrait être amélioré par un décloisonnement, une meilleure connaissance réciproque ainsi qu'une formation commune psychiatrie/médico-social. Il est par exemple évoqué la nécessité de définir collectivement la notion de « patient psy » qui peut être différente en fonction des secteurs d'activité et peut engendrer des difficultés dans la prise en charge.

Le groupe souligne également comme élément positif la présence de commissions admission pour certains EHPAD, USLD, résidences accueil, ESAT. Le groupe regrette que cela n'existe pas pour toutes les structures.

## **4. Accès aux soins somatiques**

### **Nature de l'offre disponible sur le territoire et accès à l'offre**

#### **L'offre de prévention**

Les bilans somatiques lors d'une entrée en hospitalisation psychiatrique complète, tant sur le pôle de Verdun que celui de Fains-Véel sont réalisés par des médecins somaticiens qui sont présents dans les services de psychiatrie ce qui est facilitant.

Des protocoles de bilans systématiques pour les patients chroniques à Fains-Véel (bilans sanguins, ECG) sont également mis en place mais il est regretté que plus généralement ne soit pas mis en place dans tous les établissements des protocoles de prévention (bilan sanguin, ECG, consultation préventive, gynécologie, dentiste...).

Des actions de prévention sont proposées comme la sensibilisation aux dangers du tabac, des animations réalisées dans les deux hôpitaux psychiatriques, ainsi que la mise en place d'ateliers autour de l'alimentation au CHS de Fains-Véel.

Malgré ces actions proposées, il y est souligné l'absence de lien avec les centres de médecine préventive.

De plus, un certain nombre de structures proposent des actions de prévention mais ces dernières ne sont pas en réseau notamment sur les outils et actions mobilisés. Le groupe regrette également qu'aucune réflexion ne soit initiée sur des domaines de préventions telles que la prévention des cancers du sein et du côlon. Il y a également une absence de mise en réseau des différentes ressources autour de la question de la prévention.

### L'accès aux soins urgents

Un élément positif est la présence d'équipes de liaison psychiatrique dans les 2 services d'urgences (Bar-le-Duc et Verdun) avec une présence infirmière et médicale ainsi que la possibilité de faire un recours à un médecin psychiatre dans le cadre de la permanence des soins. Est également soulignée la présence d'un médecin H24 sur le site du CHS Fains-Véel assurant la prise en charge somatique urgente en relais avec le CHG.

### L'accès à l'offre de consultation spécialisée

La prise de rendez-vous par un service spécifique (bureau medicotechnique) lorsque les patients sont hospitalisés en milieu psychiatrique au CHS Fains-Véel est un point de bon fonctionnement. Pour Verdun, les services de psychiatrie dépendant de l'hôpital général, la prise de rendez-vous se fait directement.

Les difficultés exprimées sont les délais importants liés au fait que les patients hospitalisés en psychiatrie ne sont pas forcément prioritaires pour une consultation somatique. A cela s'ajoute la problématique de déplacement des patients. En effet, les structures notamment médico-sociales sont souvent éloignées des ressources de soins somatiques. De plus, il est difficile de déplacer une personne ayant des troubles psychiatriques et il y a également un manque de moyen. Cela conduit à négliger parfois les soins somatiques. La solution proposée serait donc de développer la télémédecine.

Enfin, il est déploré l'absence d'équipe mobile spécialisée en soins somatiques intervenant dans les services de psychiatrie (ex : diabétologie, douleurs, soins palliatifs...).

### **Formation des professionnels du territoire et harmonisation des pratiques**

La formation régulière aux soins d'urgences du personnel de la psychiatrie est un élément positif sur le territoire. Mais certaines difficultés sont exprimées comme l'absence de protocolisation des bilans sanguins adaptés à une problématique psychiatrique, la difficulté d'un repérage précis et clair des différents traitements (somatiques et psychiatrique) pris par le patient et la difficulté dans la prise en charge des troubles du comportement par les équipes d'urgences.

### **Coordination, coopération et interconnaissance des acteurs**

Les principaux éléments favorables qui émergent du groupe de travail sont le lien entre les professionnels qui sont favorisés par :

- La présence des équipes mobiles de psychogériatrie (sur Verdun et Fains-Véel) et de précarité/handicap sur Fains-Véel qui sont fortement appréciées.
- La lettre de sortie d'hospitalisation psychiatrique qui est systématiquement adressée aux médecins généralistes et si nécessaire un lien est fait avec les intervenants libéraux via le CMP (protocole de soins partagés).
- Un lien avec la pédiatrie, la PMI et le CAMSP est fait via des réunions de travail ou synthèse autour de certains dossiers de patients.

Il est néanmoins soulevé un manque de communication et de lien entre les différents médecins qui interviennent auprès du patient. Il est par ailleurs cité une difficulté en lien avec la lettre d'admission des patients en milieu psychiatrique qui ne fait pas toujours état de la prise en charge somatique (ex : absence de notification du traitement, absence d'identification des antécédents somatiques sur les lettres d'entrée).

La réflexion autour de la conciliation médicamenteuse dans le cadre des soins urgents devraient être harmonisées afin d'avoir une clarification sur le traitement médical actuel du patient.

## 5. Prévention et gestion des situations de crise

Le groupe évoque, de manière générale un manque de prise de conscience et d'adaptation des modalités de prise en charge aux actuels problèmes de santé mentale rencontrés comme l'augmentation des troubles du comportement et des situations dites de crises. Ces dernières sont difficiles à prévenir et/ou à identifier puis à gérer. La situation d'urgence rend difficile le fait de pouvoir prendre un temps pour réunir l'ensemble des intervenants et échanger sur la situation. Il est compliqué d'obtenir, dans ce contexte, le consentement de la personne. Il est nécessaire d'obtenir le consentement d'un tiers pour une hospitalisation sous contrainte en situation de crise.

### **Nature de l'offre disponible sur le territoire et accès à l'offre**

#### L'offre de prévention

De nombreux dispositifs de prévention et d'accompagnement fonctionnent bien au niveau du département comme l'expérimentation Triple P, les ateliers de discipline positive de la MDA, les ateliers des parents de l'ALYS ou encore un mode de prévention via de des spectacles à thèmes ouverts aux familles sous forme conviviale à la MJC Belleville.

#### L'offre d'interventions spécialisées en santé mentale des mineurs

La présence des équipes mobiles de pédopsychiatrie et adolescents est une plus-value pour le territoire. Des problématiques de déficit en pédopsychiatrie, d'augmentation de l'activité avec des moyens constants engendrant une majoration des délais pour un suivi et ou une hospitalisation sont évoqués. De plus, l'absence d'unité d'hospitalisation spécialisée pour les 0/12 ans dans le département ou de structure intermédiaire ainsi que la fermeture du service de pédiatrie de Bar-le-Duc qui accueillait les mineurs en crise a augmenté les difficultés. Le service de pédopsychiatrie d'urgence et de crise (SPUCC) accueille des mineurs en détresse psychologique liée à des carences, de la maltraitance, du harcèlement. Ce service réalise une évaluation de la crise et des soins, et peut réaliser une prise en charge dans un délai court (CHVSM). Mais le SPUCC est un redéploiement des moyens existants, sa création impacte les moyens de l'HDJ et du CMP ce qui augmente le délai d'attente pour des suivis plus longs.

#### L'offre d'Interventions spécialisées en santé mentale pour les adultes :

La présence d'équipe mobile handicap avec un numéro appel pour intervenir dans les structures et celle d'une équipe mobile précarité qui intervient à domicile et dans des structures est un élément positif sur le territoire. Mais il est constaté que les professionnels se trouvent souvent avec des personnes en crises : ils se sentent démunis car ils ne peuvent pas les hospitaliser et il y a un manque de places pour les prendre en charge dans des structures adaptées. Les professionnels expriment un sentiment d'isolement dans les situations complexes. Ils se sentent parfois démunis (absences de places dans une structure, pas de structure adaptée à la problématique).

L'intervention rapide des équipes de psychiatrie en cas de crise à domicile (RDV au CMP ou intervention à domicile) est une offre qui répond à un réel besoin.

#### L'offre d'interventions spécialisées en santé mentale pour les personnes âgées :

Il est reconnu l'intérêt des équipes mobiles de psychogériatrie (CHS FV et CHVSM) qui interviennent à la fois dans les structures (EHPAD) et à domicile afin de limiter les hospitalisations et de soutenir les aidants. Mais il est constaté qu'à Verdun, il y a une augmentation d'interventions et des moyens qui restent constants, ce qui génère des délais importants d'attente.

### La prise en charge des détenus

La création de l'UHSA a permis une diminution des hospitalisations de détenus dans les services de psychiatrie générale. Une des principales difficultés est qu'en l'absence d'escorte pour le transfert à l'UHSA, les détenus en crise sont accueillis en service de psychiatrie générale et sont transportés par le personnel hospitalier sans escorte.

Plus globalement, l'inadéquation des réponses concernant le projet de la personne entraîne un épuisement et des risques psychosociaux pour les professionnels

### **Formation des professionnels du territoire**

La formation OMEGA sur la prévention et la gestion de la crise est un élément qui fonctionne sur le territoire. De plus, le développement de « l'approche positive » qui permet une mise en valeur des compétences de la personne impulse une dynamique nouvelle. Mais il faut tout de même souligner un manque de formation sur la gestion de la crise dans les structures, cela peut s'expliquer par un budget consacré exclusivement aux formations continues dans les structures.

### **Coordination, coopération et interconnaissance des acteurs**

#### Difficulté de parcours pour les personnes présentant des troubles du comportement (TC)

Des réunions pour les situations complexes animées par la chargée de mission de « Réponses Accompagnées pour Tous » avec la MDPH, l'ARS, des CPE, le conseil départemental et les partenaires impliqués dans la situation sont mises en places permettant ainsi un échange pluri-professionnels entre les acteurs autour d'un dossier. Mais les parcours d'accompagnement et de soins des personnes atteintes de TC sont parfois laborieux avec notamment des ruptures de parcours. Celle-ci peuvent engendrer des situations de crise (déscolarisation, perte d'emploi, toxicomanie, délinquance, arrêt des soins, tentative de suicide...). A cela s'ajoute parfois des inadéquations dans l'accueil et l'intégration d'une personne présentant des TC engendrant des inquiétudes pour la sécurité et la stabilité des autres personnes accueillies au sein de l'établissement.

#### De nombreuses dynamiques et dispositifs existants

La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou en risque de l'être (CRIP 55) agit également pour faciliter le parcours de l'enfance maltraitée.

En outre, l'éducation nationale via son « pôle ressource » ou des psychologues et des enseignants se réunissent autour d'une situation d'un jeune en difficulté, pour prévenir et gérer la crise. Par ailleurs, de nombreuses associations et dispositifs sont actifs sur le territoire comme Fil Pro Ados, la MDA, la MAIA. Mais ces structures souffrent d'un manque de moyen et d'un manque de communication qui génère une méconnaissance.

Il est ressorti du groupe l'importance de favoriser la place de la personne dans l'élaboration de son projet ce qui diminue les risques de crise.

## **Accompagnement des aidants**

Il est souligné l'insuffisance de groupe de soutien aux aidants dans le département malgré la prévention des crises chez les seniors via des groupes de soutien pour les aidants comme les cafés des aidants ou des formations.

Il y a également une difficulté de la gestion d'une crise par les proches et l'attente d'une intervention qui conduit à une demande de soins sous contrainte ce qui est douloureux pour les requérants.

Enfin un dernier point a été évoqué celui de la vigilance à porter vis-à-vis de la parole et des propos des parents qui sont souvent plus pris en compte par les professionnels que celle des enfants.

# Récapitulatif des constats

Les éléments cités ci-dessous sont des éléments de perceptions ressentis par les différents groupes de travail. Cela reflète donc une perception exprimée des acteurs.

## Nature de l'offre disponible sur le territoire et accès à l'offre

	Perceptions issues des entretiens		Extraits de données objectivées en lien
	Ce qui marche	Ce qui fait défaut	
<b>Maillage de l'offre de psychiatrie sur le territoire meusien</b>	Le maillage territorial pour l'hospitalisation jugé conséquent (G2)	<p>Disparités Nord/ Sud (G3)</p> <p>Carence perçue de places en hospitalisation complète en psychiatrie adulte dans le nord du département (G3)</p>	<p>Densité de lits et places d'hospitalisation supérieure au Grand Est sur le territoire Meusien.</p> <p>Densité de lieux de prise en charge ambulatoire inférieure à la moyenne nationale pour la Meuse</p> <p>40% de la population meusienne se situe à plus de 30 minutes d'une unité d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie.</p>
<b>Disponibilité de l'offre de</b>		Moyens limités en effectifs et en temps médical des psychiatres (G2)	Densité de psychiatres sur le territoire meusien inférieure à la région Grand Est et à la France.

<p><b>psychiatrie (quantité d'offre et délais)</b></p>		<p>Majoration des délais pour un suivi ou une hospitalisation (G5)</p> <p>Délais importants pour obtenir une consultation, notamment en CMP (G1 et G3).</p> <p>Difficultés pour obtenir un avis médical en cas de besoin d'évaluation ou de réévaluation psychiatrique d'un patient (G3)</p>	<p>Moyenne d'âges des psychiatres est de 54.8 ans, laissant présager des prochains départs en retraites et risquant de continuer à accroître cet écart.</p> <p>Postes vacants : 6 postes de psychiatres et 4 de pédopsychiatres</p> <p>Densité de CMP pour 100 000 habitants meusienne (2.6) inférieure à la densité régionale (4.8) et nationale (4.2)</p>
<p><b>Autres données relatives à l'offre</b></p>	<p>Intervention de psychiatres dans les établissements sociaux et médico-sociaux (G1)</p>		<p>Aucune donnée en lien</p>
	<p>Présence d'un psychiatre formé à l'ethnopsychiatrie (G1)</p>	<p>Effectif insuffisant à l'échelle du département (G1)</p>	<p>Aucune donnée en lien</p>
<p><b>Prise en charge en addictologie</b></p>	<p>Pratique de la prise en charge avancée en addictologie (G1)</p>	<p>Manque de structure de prise en charge pour l'addictologie (G4)</p> <p>Absence d'unité hospitalière pour les mineurs en addictologie (G2)</p>	<p>La Meuse : département présentant un nombre de consommateurs pris en charge dans les CSAPA pour 10 000 habitants le plus élevé du Grand Est quel que soit le type de produits (excepté cannabis)</p> <p>Le Centre Hospitalier Spécialisé de Fains-Véel dispose depuis le 4 août 2017 d'une autorisation d'activité de médecine, sous forme d'une unité d'addictologie de niveau II. La filière addictologie sevrage complexe du GHT Cœur Grand Est est composée de :</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ De l'unité de sevrage complexe à dominante psychiatrique au CHS de Fains-Véel (15 lits)</li> <li>➤ De 3 unités à dominante somatiques pour les sevrages complexes, positionnés sur les principaux sites du GHT : 3 lits dédiés à Bar-le-Duc (+1 lit mère-enfant), 6 lits dédiés à St Dizier</li> <li>➤ A Verdun, les sevrages complexes s'effectuent au sein du service de médecine (pas de lits identifiés à ce jour).</li> </ul>
<b>Offre à destination des mineurs</b>	Implantation des CMP sur l'ensemble du département (G1 et G2)	Délais importants pour obtenir une consultation notamment en CMP, en CMPP, ou CASMP (G1 et G3)	Densité de CMP pour 100 000 habitants meusienne (2.6) inférieure à la densité régionale (4.8) et nationale (4.2)
	<p>Présence des équipes mobiles de pédopsychiatrie et adolescents (G5)</p> <p>Présence du service de pédopsychiatrie d'urgence et de crise (SPUCC) (G5).</p>	<p>Absence d'unité d'hospitalisation spécialisée pour les 0/12 ans dans le département (G5)</p> <p>Présence d'une seule unité d'hospitalisation complète pour l'ensemble du département et ne permet pas de faire face aux besoins (G3 et G2)</p> <p>Fermeture du service de pédiatrie de Bar-le-Duc qui accueillait les mineurs en crise (G5)</p>	<p>Le schéma départemental de l'enfance 2016-2020 pour la Meuse souligne une carence de l'accompagnement en pédopsychiatrie avec notamment un constat d'une psychiatrie et d'une pédopsychiatrie peu développées</p> <p>Postes vacants : 6 postes de psychiatres et 4 de pédopsychiatres</p>

	<p>Absence de structure intermédiaire (G5)</p> <p>Déficit de médecins pédopsychiatres (G5)</p> <p>Le SPUCC est un redéploiement des moyens existants, sa création impacte les moyens de l'HDJ et du CMP ce qui augmente le délai d'attente pour des suivis plus long (G5)</p> <p>Absence d'offre de repérage à destination des enfants de moins de 12 ans (COFIL)</p>	
<p>Lien avec la pédiatrie, la PMI et le CAMSP via des réunions de travail ou synthèse autour de certains dossiers de patients</p>	<p>Collaboration à améliorer entre les pédopsychiatres et le médico-social (G3)</p>	<p>Aucune donnée en lien</p>
<p>Dispositifs du territoire à destinations des adolescents, de leurs familles, des professionnels qui les accompagnent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fil pro ado (G1)</li> <li>• « Ecout'Emoi » (G1)</li> <li>• Maison des adolescents (G1 et G2)</li> <li>• La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations</li> </ul>	<p>Ces structures souffrent d'un manque de communication qui génère une méconnaissance et un manque de moyen (G5).</p>	<p>Aucune donnée en lien</p>

	<p>préoccupantes relatives aux mineurs étrangers ou en risque de l'être (CRIP 55) (G5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'éducation nationale via son « pôle ressource » (G5)</li> </ul>		
	<p>Qualité de la prise en charge par SESSAD, ITEP et le SAVS (G2)</p>	<p>Manque de places ressenti en ITEP et SESSAD notamment pour les patients souffrants de troubles des comportements et des conduites et de troubles du spectre autisme. (G3)</p> <p>Il est ressenti le besoin de places en IME et en IMPRO (G2)</p>	<p>Taux d'équipement en places de SESSAD pour 1 000 habitants meusienne (4.5) supérieure au taux d'équipement régional (3.3) et national (3.2)</p>
<p><b>Prise en charge des détenus</b></p>	<p>Création de l'UHSA : diminution des hospitalisations de détenus dans les services de psychiatrie générale (G5)</p>	<p>Absence d'escorte pour le transfert à l'UHSA : les détenus en crise sont accueillis en service de psychiatrie générale et sont transportés par le personnel hospitalier sans escorte (G5)</p>	<p>Aucune donnée en lien</p>
<p><b>Prise en charge des personnes âgées</b></p>	<p>Présence de commissions admission pour certains EHPAD, USLD, résidences accueil, ESAT. (G1 et G3)</p>	<p>Le groupe regrette que cela n'existe pas pour toutes les structures (G1 et G3)</p>	<p>Aucune donnée en lien</p>
	<p>Existence de la MAIA (G5)</p>	<p>Méconnaissance de ce dispositif par certains acteurs (G5)</p> <p>Absence de structure sur le territoire pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de démences</p>	<p>Dans le Grand Est, la Meuse est le troisième département avec l'indice de vieillissement le plus élevé.</p>

		<p>apparentées, telle que des unités d'hébergement renforcée ou d'unités cognitivo-comportementales (G4)</p> <p>Manque de structure spécialisée en gériatrie sur le territoire (G4)</p>	
<p><b>Offre d'équipes mobiles sur le territoire</b></p>	<p>La présence et le rôle des équipes mobiles sur le territoire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Méconnaissance et inégalités des modalités d'interventions des équipes mobiles entre le Nord et le Sud meusien (G1, G2, G3, G4 et G5)</li> <li>● Absence d'équipe mobile spécialisée en soins somatiques intervenant dans les services de psychiatrie (ex : diabétologie, douleurs, soins palliatifs...) (G4)</li> <li>● A Verdun, il y a une augmentation de la demande d'intervention, ce qui génère des délais important d'attente, et des moyens qui restent constants (G5)</li> </ul>	<p><u>CHS FAINS VEEL :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ une équipe mobile de psychiatrie précarité qui intervient sur le sud meusien</li> <li>➤ une équipe mobile handicap qui intervient sur le sud meusien autant au CHS qu'à domicile et en établissements sociaux ou médico-sociaux avec ou sans hébergement</li> <li>➤ une équipe mobile pédopsychiatrique pour adolescents sur le sud meusien</li> <li>➤ Une équipe mobile de psychogériatrie qui intervient sur le sud meusien (EHPAD meusiens non privés) et au domicile</li> </ul> <p><u>CH Verdun Saint Mihiel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ une équipe mobile de psychogériatrie qui intervient dans le nord meusien (EHPAD meusiens non privés) et au domicile</li> </ul>

			<p>➤ une équipe mobile pédopsychiatrique pour adolescents qui se déplace vers les structures d'accueil, les établissements scolaires et les familles dans le nord meusien</p>
<b>Offre de prévention</b>	<p>Mise en place de convention entre des CMP et l'éducation nationale (G1)</p> <p>Dispositifs de prévention et d'accompagnement : expérimentation Triple P, ateliers de discipline positive de la MDA, ateliers des parents de l'ALYS, spectacles à thèmes ouverts aux familles sous forme conviviale à la MJC Belleville. (G5)</p> <p>Actions de prévention proposées : sensibilisation aux dangers du tabac, animations réalisées dans les deux hôpitaux psychiatriques, mise en place d'ateliers réflexions autour de l'alimentation au CHS de Fains-Véel et Verdun (G4+ Copil)</p>	<p>Des structures proposent des actions de prévention mais ces dernières ne sont pas en réseau notamment sur les outils et actions mobilisés (G4)</p> <p>Absence de lien avec les centres de médecine préventive (G4)</p> <p>Aucune réflexion initiée sur des domaines de préventions telles que la prévention des cancers du sein et du côlon (G4)</p>	Aucune donnée en lien
<b>Continuité de l'offre</b>	<p>Le peu d'acteurs présents sur le territoire, s'il peut représenter une difficulté en matière d'effectifs peut</p>	<p>Rupture de parcours constatés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liées aux transitions d'âges (G2 et G1)</li> </ul>	<p>L'un des objectifs du schéma de l'autonomie : Développer les mutualisations et les liens de complémentarité entre les structures</p>

	également faciliter la fluidité du parcours (G3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Géographiques (sectorisation Nord Sud, déménagement) (G1, G2 et G3)</li> </ul>	d'hébergement pour améliorer l'accompagnement proposé aux usagers
<b>Accès aux soins d'urgences</b>	Présence d'équipes de liaison psychiatrique dans les 2 deux services d'urgences (Bar-le-Duc et Verdun) avec une présence infirmière et médicale ainsi que la possibilité de faire un recours à un médecin psychiatre dans le cadre de la permanence des soins. (G4)	Difficulté dans la prise en charge des troubles du comportement par les équipes d'urgences (G4)	Aucune donnée en lien
	Présence d'un médecin H24 sur le site du CHS Fains-Véel assurant la prise en charge somatique urgente en relais avec le CHG (G4)  Formation régulière aux soins d'urgences du personnel de la psychiatrie est un élément positif sur le territoire (G4)		Aucune donnée en lien
<b>Prise en charge somatique et accès à l'offre de consultation spécialisée</b>	Bilans somatiques lors d'une entrée en hospitalisation psychiatrique complète (Verdun et Fains-Véel) réalisés par des médecins somaticiens présents dans les services de psychiatrie (G4)	Absence dans tous les établissements de protocoles de prévention (bilan sanguin, ECG, consultation préventive, gynécologie, dentiste...) (G4)	Aucune donnée en lien
	Protocoles de bilans systématiques pour les patients chroniques à Fains-Véel (bilans sanguins, ECG) mis en place (G4)	Absence de protocolisation des bilans sanguins adaptés à une problématique psychiatrique (G4)	

		<p>Difficulté d'un repérage précis et clair des différents traitements (somatiques et psychiatrique) pris par le patient (G4)</p> <p>Lettre d'admission des patients en milieu psychiatrique ne faisant pas toujours état de la prise en charge somatique (G4)</p>	
	<p>Prise de rendez-vous par un service spécifique (bureau médico-technique) lorsque les patients sont hospitalisés en milieu psychiatrique au CHS Fains-Véel (G4)</p> <p>Pour Verdun, les services de psychiatrie dépendant de l'hôpital général, la prise de rendez-vous se fait directement. (G4)</p>	<p>Délais importants liés au fait que les patients hospitalisés en psychiatrie ne sont pas forcément prioritaires pour une consultation somatique. A cela s'ajoute la problématique de déplacement des patients et le manque de moyen pour les déplacer (G4)</p>	<p>Aucune donnée en lien</p>

### Formation des professionnels du territoire et harmonisation des pratiques

	Éléments issus des entretiens		Extraits de données quantitatives en lien
	Ce qui marche	Ce qui fait défaut	
<b>Formation OMEGA</b>	Existence de la formation OMEGA, "prévention de la violence et gestion de la crise" dans le cadre de la prévention de la santé au travail (G1 et G3 et G5)	Manque de formation sur la gestion de la crise dans les structures (G5)	Aucune donnée en lien
<b>Formation autisme</b>	Existence d'une formation autour de la thématique de l'autisme dans le sud du département (G1)	Absence dans le nord du département (G1)	Aucune donnée en lien

### Coordination, coopération et interconnaissance des acteurs

	Eléments issus des entretiens		Extraits de données quantitatives en lien
	Ce qui marche	Ce qui fait défaut	
<b>Interconnaissance des professionnels entre eux et culture commune</b>	Bonnes relations interprofessionnelles entre médecins, soignants, équipes médico-sociales, organismes de tutelles et les autres acteurs et partenaires (G2)	<p>Définition collectivement la notion de « patient psy » qui peut être différente en fonction des secteurs d'activité et peut engendrer des difficultés dans la prise en charge (G3)</p> <p>Interconnaissance des différentes personnes intervenantes auprès de l'utilisateur (G1)</p> <p>Manque de coordination et de communication entre les différents acteurs avec une méconnaissance mutuelle de l'ensemble des acteurs. (G2 et G4)</p>	Aucune donnée en lien
<b>Outils de partage de l'information</b>		<p>Absence d'outil d'information permettant de partager les observations paramédicales (G1)</p> <p>Connaissance des pratiques en matière de partage de l'information et de transmission des données (G1)</p>	Aucune donnée en lien

<b>Coordination</b>	<p>La synthèse régulière des situations, en sortie d'hospitalisation, en cas d'échec du retour à domicile, avant orientation en hospitalisation chronique, avant entrée en HDJ, avant entrée en ATH, en cas de situations complexes lors des suivis ambulatoires en CMP est un élément qui fonctionne bien entre les dispositifs hospitaliers et l'ambulatoire que cela soit entre le nord et le sud (G2)</p> <p>La lettre de sortie d'hospitalisation psychiatrique qui est systématiquement adressée aux médecins généralistes et si nécessaire un lien et fait avec les intervenants libéraux via le CMP (protocole de soins partagés). (G4)</p>	<p>Le groupe souligne, néanmoins, l'importance d'améliorer le lien entre ville et hôpital (G2)</p>	<p>Aucune donnée en lien</p>
		<p>Réflexion autour de la conciliation médicamenteuse dans le cadre des soins urgents</p>	<p>Aucune donnée en lien</p>

Accompagnement des aidants

	Eléments issus des entretiens		Extraits de données quantitatives en lien
	Ce qui marche	Ce qui fait défaut	
<b>Gestion des crises et accompagnement des aidants</b>	<p>Présence de groupes de soutien pour les aidants comme les cafés des aidants ou des formations, Interm'aides et Triple P, le café des aidants (G3 et G5)</p> <p>Présence de l'UNAFAM sur le territoire aux côtés des aidants pour de l'accueil, de la formation et de la représentation des usagers (COFIL)</p>	<p>Manque d'organisation dans l'accompagnement des aidants et insuffisance de groupe de soutien aux aidants (G1 et G3 et G5)</p> <p>Difficulté de la gestion d'une crise par les proches et l'attente d'une intervention qui conduit à une demande de soins sous contrainte ce qui est douloureux pour les requérants. (G5)</p> <p>Vigilance à porter vis-à-vis de la parole et des propos des parents qui sont souvent plus pris en compte par les professionnels que celle des enfants (G5)</p> <p>Manque de participation des familles dans le projet de vie du patient (G1)</p>	Aucune donnée en lien

# Pistes de travail identifiées

---

## **Nature de l'offre existante :**

### ➤ L'offre de prise en charge psychiatrique

#### Nouvelles modalités de consultations :

Mettre en œuvre la téléconsultation [3 occurrences] :

- Auprès des médecins traitants pour une pré-consultation d'aide au diagnostic,
- Pour éviter le déplacement des patients dans les établissements sociaux et médico sociaux,
- Pour une aide à un rendez-vous,
- Pour des transmissions d'informations entre structures facilitant ainsi la communication (gestion du temps, de l'activité et éloignement géographique)

Mettre en place des consultations avancées au sein des MSP :

- En santé mentale au sein des maisons de santé pluri professionnelles par des psychologues [1 occurrence]
- De psychologues dans les maisons de santé pluri professionnelle (sur prescription et remboursement par la sécurité sociale) [1 occurrence]

Mettre en place l'orientation vers un infirmier de pratiques avancées en psychiatrie avec une valorisation des soins psychiatriques dans les actes des infirmiers libéraux [1 occurrence]

#### Harmonisation territoriale : [2 occurrences]

- Harmoniser l'offre de soin sur l'ensemble du territoire (équipes mobiles et consultations d'urgences adolescents/ enfance)
- Harmoniser les tranches d'âges entre les différents partenaires, (enfance/adolescence/jeunes adultes/personnes âgées)

#### Capacités d'accueil de certaines structures et certains lieux de vie:

- Augmenter les places en CATTP avec l'ouverture d'un CATTP dans le nord Meusien [1 occurrence]
- Renforcer la présence sur le territoire d'habitat partagé et accompagné [1 occurrence]
- Compléter et renforcer l'offre de soins autonomie logement par des dispositifs types service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), le pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE) et la plateforme locale accueil de jour (PLAJ) [1 occurrence]
- Anticiper les sorties d'hospitalisation [1 occurrence]
- Renforcer les équipes qui accueillent des personnes présentant des troubles du comportement [1 occurrence]

➤ **L'offre à destination des adultes**

Adapter l'accompagnement aux populations émergentes (troubles spectre autistique, personnes étrangères) [2 occurrences]

➤ **L'offre à destination des personnes âgées**

Créer une structure de soin de suite et de réadaptation gériatrique [1 occurrence]

➤ **L'offre à destination des mineurs**

- Mettre en place des consultations d'urgence pédopsychiatrique [1 occurrence]
- Créer une unité d'hospitalisation de pédopsychiatrie pour les 0/12 ans sur le GHT [1 occurrence]
- Développer l'accompagnement des 16/20 ans (en termes de places et moyens humains) [1 occurrence]
- Organiser une intervention du SPPUC aux urgences du centre hospitalier de Verdun Saint Mihiel ou dans les structures, afin prévenir les crises en intervenant auprès des enfants en souffrance psychologique et en travaillant avec les professionnels concernés [1 occurrence]
- Organiser le groupe de travail d'orientation des enfants et adolescents selon les recommandations de l'IGAS [1 occurrence]

➤ **L'offre d'équipes mobiles sur le territoire**

- Adapter l'offre en équipes mobiles de manière équitable sur le territoire (présence des mêmes équipes mobiles à la fois dans le nord et dans le sud du département). [3 occurrences]
- Conforter ou créer des équipes mobiles d'intervention [1 occurrence]
- Développer des équipes mobiles de soins somatiques intervenant en milieu psychiatrique [1 occurrence]
- Créer une équipe mobile d'ethnopsychiatrie pour le département avec une intervention auprès des différents partenaires [1 occurrence]
- Créer une équipe mobile handicap en psychiatrie générale à Verdun [1 occurrence]
- Mettre en place une équipe mobile précarité/handicap sur le nord Meusien à Verdun [1 occurrence]
- Augmenter des ETP infirmiers sur le DAF pour les équipes mobiles de Verdun [1 occurrence]
- Assurer la transition entre les structures par le biais des équipes mobiles [1 occurrence]
- Renforcer les équipes mobiles sur la prévention et la formation [1 occurrence]
- Informer les établissements et services sociaux et médicosociaux sur le principe d'intervention de l'équipe mobile adolescent [1 occurrence]
- Mieux communiquer sur les missions et modalités d'intervention de l'équipe mobile adolescent [1 occurrence]

➤ **L'offre de prévention**

- Apporter une réponse rapide d'accueil, écoute, évaluation et orientation des enfants présentant des signes/manifestations d'une difficulté psychique ou en prise avec un contexte susceptible d'affecter leur santé mentale [1 occurrence]
- Prioriser les actions à destination des personnes âgées [1 occurrence]
- Mettre en place des ateliers autour des thématiques de prévention (tabac, diabète, alimentation...) de façon plus systématique [1 occurrence]

- Proposer des ateliers de prévention en fin de grossesse car il y a une meilleure disponibilité des futurs parents [1 occurrence]
- Protocoler des actions de prévention pour chaque patient pris en charge par les services de psychiatrie [1 occurrence]
- Mettre en place des conventions de prévention entre les différents acteurs de la prévention (médecine préventive, médecins traitants, psychiatres etc) [1 occurrence]

## **La coordination, coopération et interconnaissance des acteurs**

### Coordination territoriale :

- Améliorer le partenariat santé, éducation et justice [1 occurrence]
- Poursuivre les travaux de partenariat avec les services de la justice (juges pour enfants, juges des familles, procureur...) [1 occurrence]
- Renforcer les liens entre secteurs sanitaire et médicosocial [1 occurrence]
- Renforcer les liens entre psychiatrie adulte et pédopsychiatrie (pour la transition en fonction de l'âge et l'accompagnement éducatif de la prise en charge). [1 occurrence]
- Permettre une optimisation des places pour une réponse graduée et adaptée en fonction de la situation [1 occurrence]
- Organiser un lien de suivi avec l'hospitalisation à domicile [1 occurrence]
- Renforcer les partenariats avec la ville (associations sportives, culturelles ...) [1 occurrence]
- Renforcer les collaborations pour des prises en charge adaptées (médecine de ville, services d'urgence, psychiatrie et structures [accueil et hébergement] [1 occurrence]
- Participation de la santé mentale au CLS [1 occurrence]

### Visibilité de l'offre territoriale

- Créer un guichet unique d'information et d'orientation des offres de services pour les usagers et familles [2 occurrences]
- Créer et tenir à jour le répertoire des structures et associations dédiées aux différentes populations [2 occurrences]
- Faire connaître Fil Pro Ados et les plateformes territoriales d'appui [1 occurrence]
- Construire un répertoire opérationnel des ressources (ROR) en psychiatrie [1 occurrence]
- Améliorer la connaissance entre les différentes structures ressources [1 occurrence]

### Conventions :

- Mise en place de conventions de prévention entre les organismes concernés (médecine préventive, médecins traitants, médecins psychiatres). [1 occurrence]
- Co construire des conventions plus souples pour les structures d'hébergement [1 occurrence]

### Dossier médical partagé : [2 occurrences]

- Développer le dossier médical partagé avec une mise en place de liens informatiques pour les consultations des dossiers et une sensibilisation des différents acteurs à ce sujet
- Créer un volet somatique pour les patients en psychiatriques dans le dossier médical partagé

### Courrier médical :

- Transmettre systématiquement un double du courrier médical à l'utilisateur lui permettant ainsi de transmettre s'il le souhaite les éléments d'information nécessaires dans les démarches accompagnées [1 occurrence]

### Référent parcours :

- Identifier, pour chaque patient un référent parcours lui permettant ainsi d'avoir un interlocuteur privilégié [2 occurrences]

### Répertoire d'interprètes :

- Créer un outil pour pallier à la difficulté de la barrière de la langue [1 occurrence]

## **Formation des professionnels du territoire et harmonisation des pratiques**

### Protocolisation de certaines pratiques :

- Créer des protocoles spécifiques pour la prise en charge somatique des patients psychiatriques (bilans sanguins nécessaires, examens cliniques adaptés, ECG) [1 occurrence]
- Créer des protocoles spécifiques pour un diagnostic somatique systématique des personnes âgées avant hospitalisation en psychiatrie [1 occurrence]
- Etendre la mise en place d'une fiche de liaison d'urgence dans les structures sociales [1 occurrence]
- Créer un protocole de prise de rendez-vous de consultations avec des renseignements plus spécifiques permettant aux somaticiens de mieux évaluer l'urgence de la consultation. [1 occurrence]
- Mettre en œuvre une procédure départementale sur le transfert des détenus en partenariat avec la préfecture et la pénitencier [1 occurrence]
- Co-construire des arbres décisionnels d'orientation vers une offre de prise en charge adaptée entre : médecine de ville, services d'urgence, psychiatrie et structures (accueil et hébergement) [1 occurrence]

### Formation destination des professionnels :

#### Formation OMEGA « prévention et gestion des situations de crises » :

- Mettre en place des formations croisées sur la prévention et la gestion de la situation de crise (OMEGA), initiation à la santé mentale, avec des binômes de formateurs issus du secteur sanitaire et médicosocial ou social [3 occurrences]
- Suite à la formation OMEGA, proposer un temps de supervision aux professionnels [2 occurrences]
- Formation des personnels des EHPAD à la gestion de la crise [1 occurrence]
- Former plus de formateurs pour OMEGA pour répondre à toutes les demandes [1 occurrence]
- Solliciter le service de la formation du GHT pour proposer des formations sur la gestion de la crise [1 occurrence]
- Proposer des formations soutenues et budgétées par l'ARS et le département communes aux structures du territoire portant sur les problématiques de crise et à l'initiation à la santé mentale [1 occurrence]
- Mettre en œuvre des journées de travail pour toutes les structures sur différents thèmes concernant la prévention et la gestion de la crise [1 occurrence]

### Autres formations :

- Développer des formations communes pilotées par un acteur de territoire (ARS, CLS...) adressées aux acteurs de proximité, aidants, associations comme par exemple les formations premiers secours en santé mentale, l'éducation positive et la prévention et l'évaluation du suicide, la psychiatrie [3 occurrences]

- Mettre en place des formations transculturelles liées aux migrations [1 occurrence]
- Revoir la formation des médecins notamment généralistes sur la thématique de la santé mentale [1 occurrence]
- Proposer des formations aux équipes des urgences aux soins urgents en psychiatrie [1 occurrence]
- Renforcer la formation des équipes accueillantes des personnes ayant des troubles du comportement [1 occurrence]
- Mieux informer sur la psychiatrie et ses évolutions de PEC (prise en charge) [1 occurrence]

#### Temps d'échange à destination des professionnels :

- Faciliter l'intégration des médecins étrangers [1 occurrence]
- Mutualiser les bonnes pratiques et méthodes de travail porteuses de résultats [1 occurrence]
- Rencontres régulières entre les équipes peut-être à l'occasion d'une réflexion autour d'une EPP [1 occurrence]
- Mettre en place une réflexion autour de la conciliation médicamenteuse dans le cadre des soins urgents [1 occurrence]

### **L'accompagnement des aidants**

#### Dispositif d'accompagnement et d'écoute :

- Développer les espaces d'écoute pour les aidants en lien avec les maisons des solidarités ou maisons de santé pluri professionnelles existantes [2 occurrences]
- Développer des réseaux d'écoute en ligne, des lieux de rencontres, développer le CAMPS (réseau préventif) [2 occurrences]
- Développer des offres alternatives à l'institutionnalisation et favoriser l'aide aux aidants (Groupe de parole, éducation thérapeutique...) [1 occurrence]
- Développer des ateliers en accueil de jour (pluri professionnel) : la plage [1 occurrence]

#### Formations à destination des familles et des aidants :

- Développer des formations communes pilotées par un acteur de territoire (ARS, CLS...) adressées aux acteurs de proximité, aidants, associations comme par exemple les formations premiers secours en santé mentale, l'éducation positive et la prévention et l'évaluation du suicide, la psychiatrie [3 occurrences]

#### Place de l'aidant dans la prise en charge

- Intégrer et associer les organismes de tutelles à l'élaboration du projet de soins pour un patient sous contrainte [1 occurrence]
- Intégrer l'aidant dans le projet de soins et de vie de la personne accompagnée [1 occurrence]

## **Glossaire :**

### **Taux de chômage (définition INSEE):**

Le taux de chômage est le pourcentage de chômeurs dans la population active (actifs occupés + chômeurs). Le taux de chômage diffère de la part du chômage qui, elle, mesure la proportion de chômeurs dans l'ensemble de la population.

### **Taux de pauvreté (définition INSEE):**

Le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros). Le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. On privilégie en Europe le seuil de 60 % du niveau de vie médian.

### **Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants**

La densité de médecins généralistes correspond au nombre de médecins généralistes par mode d'exercice divisé par la population totale (département Meuse) \* 100 000.

### **Densité de psychiatres pour 100 000 habitants**

La densité de psychiatre correspond au nombre de psychiatres par mode d'exercice divisé par la population totale (département Meuse) \* 100 000.

### **Densité d'équivalent temps plein (ETP) moyens en psychiatrie générale**

Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité de psychiatrie, sur une mesure en moyenne annuelle. Dans les établissements privés, les personnels médicaux peuvent exercer à titre libéral, de ce fait, le décompte en équivalents temps plein peut-être sous-estimé dans ces établissements.

### **Densité de psychologues libéraux pour 100 000 habitants**

La densité de psychologue correspond au nombre de psychologues par mode d'exercice divisé par la population totale (département Meuse) \* 100 000.

### **Densité d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants**

La densité d'infirmiers libéraux correspond au nombre d'infirmiers par mode d'exercice divisé par la population totale (département Meuse) \* 100 000.

### **Consommation d'antidépresseurs chez les bénéficiaires du régime général âgés de 18 à 64 ans**

(Nombre de personnes ayant reçu au moins 3 délivrances d'antidépresseurs de la classe ATC (classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique) N06A (à l'exception de la lévotonine), de lithium, Depakote® ou Depamide® au cours de l'année n (à différentes dates), avec ou sans pathologie psychiatrique retrouvée) / Population âgée de moins de 65 ans)\*1 000

Les effectifs sont arrondis à la centaine.

### **Consommation d'anxiolytiques chez les bénéficiaires du régime général âgés de 18 à 64 ans**

((Nombre de personnes ayant reçu au moins 3 délivrances d'anxiolytiques au cours de l'année n (à différentes dates) c'est-à-dire d'un médicament dont le code ATC (classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique) est dans la liste suivante : N05BA01, N05BA02, N05BA03, N05BA04, N05BA05, N05BA06, N05BA07, N05BA08, N05BA09, N05BA10, N05BA11, N05BA12, N05BA13, N05BA14, N05BA15, N05BA16, N05BA17, N05BA18, N05BA19, N05BA20, N05BA21, N05BA22, N05BA23, N05BB01, N05BB02, N05BC01, N05BE01, N05BX03, avec ou sans pathologie psychiatrique retrouvée) / Population âgée de moins de 65 ans))\*1 000.

Les effectifs sont arrondis à la centaine

### **Consommation d'hypnotiques chez les bénéficiaires du régime général âgés de 18 à 64 ans**

((Nombre de personnes ayant reçu au moins 3 délivrances d'hypnotiques au cours de l'année n (à différentes dates) c'est-à-dire d'un médicament dont le code 84 ATC (classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique) est dans la liste suivante : N05CD02, N05CD03, N05CD04, N05CD05, N05CD06, N05CD07, N05CD08, N05CD09, N05CD10, N05CD11, N05CF01, N05CF02, N05BC51, N05CM11, N05CM16 ou qui commence par N05CX, avec ou sans pathologie psychiatrique retrouvée) / Population âgée de moins de 65 ans))\*1 000

Les effectifs sont arrondis à la centaine

### **Consommation de neuroleptiques chez les bénéficiaires du régime général âgés de 18 à 64 ans**

((Nombre de personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de neuroleptiques au cours de l'année n (à différentes dates) c'est-à-dire d'un médicament dont le code ATC (classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique) débute par N05A, à l'exception des spécialités à base de lithium (utilisé comme thymorégulateur) et de Neuriplège® (myorelaxant), avec ou sans pathologie psychiatrique retrouvée) / Population âgée de moins de 65 ans))\*1 000

Les effectifs sont arrondis à la centaine.

### **Personnes présent en charge dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)**

Les données mobilisées proviennent de l'exploitation des rapports d'activité de l'ensemble des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en ambulatoire pour l'année 2014. Pour chaque CSAPA décompté correspond un rapport d'activité.

**Taux de recours standardisé de recours en hospitalisation temps plein pour troubles de l'humeur :**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Nombre de personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie, pour troubles de l'humeur	ATIH, RIM-P	diagnostic principal en : 92 psychiatrie, pour troubles de l'humeur F32x (hors F323), F33x (hors F333) ou F34x Age : 18-64 ans Forme d'activité 01 (hospitalisation à temps plein), 06 (centre de postcure psychiatrique), 07 (centre de crise)
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 18 à 64 ans	Insee, recensement de population	Âge : entre 18 et 64 ans

Année disponible : 2015

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions

Détails Le taux est standardisé sur l'âge (découpé en classes quinquennales).

**Taux de recours standardisé de recours en hospitalisation temps plein pour addiction :**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Nombre de personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie, pour addiction	ATIH, RIM-P	principal en F1x ou F50x Age 18-64 ans Forme d'activité 01 (hospitalisation à temps plein), 06 (centre de 93 postcure psychiatrique), 07 (centre de crise)
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 18 à 64 ans	Insee, recensement de population	Âge : entre 18 et 64 ans

Année disponible : 2015

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions

Détails Le taux est standardisé sur l'âge (découpé en classes quinquennales).

**Taux de recours standardisé de recours en hospitalisation temps plein pour troubles mentaux :**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Nombre de personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie, pour troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères	ATIH, RIM-P	Diagnostic principal en : F2x, F30x, F31x, F323, F333 ou F603 Age : 18-64 ans Forme d'activité 01 (hospitalisation à temps plein), 06 (centre de postcure psychiatrique), 07 (centre de crise)
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 18 à 64 ans	Insee, recensement de population	Âge : entre 18 et 64 ans

Année disponible : 2015

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions

Détails Le taux est standardisé sur l'âge (découpé en classes quinquennales).

**Taux de recours standardisé de recours en hospitalisation temps plein pour autre trouble sévère (troubles mentaux organiques, déficiences, TED)**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Nombre de personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie, pour troubles mentaux organiques, déficiences ou TED	ATIH, RIM-P	Diagnostic principal en F0x, F7x ou F84x Age 18-64 ans Forme d'activité 01 (hospitalisation à temps plein), 06 (centre de postcure psychiatrique), 146 07 (centre de crise)
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 18 à 64 ans	Insee, recensement de population	Âge : entre 18 et 64 ans

Année disponible : 2015

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions

Détails : Le taux est standardisé sur l'âge (découpé en classes quinquennales).

**Taux de recours ambulatoire standardisé en psychiatrie en établissement de santé pour trouble de l'humeur**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Nombre de personnes suivies en ambulatoire en établissement de santé, pour troubles de l'humeur	ATIH, RIM-P	Diagnostic principal en : F32x (hors F323), F33x (hors F333) ou F34x Age : 18-64 ans Prise en charge ambulatoire
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 18 à 64 ans	Insee, recensement de population	Âge : entre 18 et 64 ans

Année disponible : 2015

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions

Détails : Le taux est standardisé sur l'âge (découpé en classes quinquennales). Du fait de l'absence de génération d'un identifiant national anonyme pour les prises en charge ambulatoire dans le Rim-P, une personne suivie dans deux établissements sera comptée deux fois.

Les indicateurs de prise en charge en établissement de santé sont calculés par rapport au lieu de résidence de l'individu, et non au lieu de prise en charge. Le taux est standardisé sur l'âge (découpé en classes quinquennales)

**Taux de recours ambulatoire standardisé en psychiatrie en établissement de santé pour trouble de l'humeur :**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Nombre de personnes suivies en ambulatoire en établissement de santé, pour troubles de l'humeur	ATIH, RIM-P	diagnostic principal en : F32x (hors F323), F33x (hors F333) ou F34x Age : 18-64 ans Prise en charge ambulatoire
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 18 à 64 ans	Insee, recensement de population	Âge : entre 18 et 64 ans

Année disponible : 2015

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions Détails

Le taux est standardisé sur l'âge (découpé en classes quinquennales).

Du fait de l'absence de génération d'un identifiant national anonyme pour les prises en charge ambulatoire dans le Rim-P, une personne suivie dans deux établissements sera comptée deux fois.

**Taux de recours ambulatoire standardisé en psychiatrie en établissement de santé pour addiction**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Nombre de personnes suivies en ambulatoire en établissement de santé, pour addiction	ATIH, RIM-P	Diagnostic principal en F1x ou F50x Age : 18-64 ans Prise en charge ambulatoire
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 18 à 64 ans	Insee, recensement de population	Âge : entre 18 et 64 ans

Année disponible : 2015

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions

Détails : Le taux est standardisé sur l'âge (découpé en classes quinquennales).

Du fait de l'absence de génération d'un identifiant national anonyme pour les prises en charge ambulatoire dans le Rim-P, une personne suivie dans deux établissements sera comptée deux fois.

**Taux de recours ambulatoire standardisé en psychiatrie en établissement de santé, pour trouble sévère (psychotique, bipolaire ou dépressif sévère)**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Nombre de personnes suivies en ambulatoire en établissement de santé, pour troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs	ATIH, RIM-P	Diagnostic principal en : F2x, F30x, F31x, F323, F333 ou F603 Age : 18-64 ans Prise en charge ambulatoire
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 18 à 64 ans	Insee, recensement de population	Âge : entre 18 et 64 ans

Année disponible : 2015

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions

Détails : Le taux est standardisé sur l'âge (découpé en classes quinquennales).

Du fait de l'absence de génération d'un identifiant national anonyme pour les prises en charge ambulatoires dans le Rim-P, une personne suivie dans deux établissements sera comptée deux fois.

**Taux de recours ambulatoire standardisé, en établissement de santé, pour autre trouble sévère (troubles mentaux organiques, déficiences, TED)**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Nombre de personnes suivies en ambulatoire en établissement de santé, pour troubles mentaux organiques, déficiences ou TED	ATIH, RIM-P	Diagnostic principal en F0x, F7x ou F84x Age : 18-64 ans Prise en charge ambulatoire
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 18 à 64 ans	Insee, recensement de population	Âge : entre 18 et 64 ans

Années disponibles : 2014, 2015

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions

Détails : Le taux est standardisé sur l'âge (découpé en classes quinquennales).

Du fait de l'absence de génération d'un identifiant national anonyme pour les prises en charge ambulatoire dans le Rim-P, une personne suivie dans deux établissements sera comptée deux fois.

**Capacité d'accueil : nombre de lits :**

Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux ou désinfection. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

NB : Les chambres d'isolement dédiées spécifiquement à cet effet ne doivent pas être comptabilisées dans le nombre de lits.

**Capacité d'accueil : nombre de places**

Le nombre de places installées au 31 décembre de l'année en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps

**Prise en charge ambulatoire : capacité**

Le nombre de structures au 31 décembre de l'année correspond au nombre de centres médico-psychologiques (CMP) (lieu L01 dans le RIM-P), d'unités de consultations des secteurs ou services de psychiatrie (lieu L02 dans le RIM-P) et de centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) (lieu L11 dans le RIM-P) ouvert au 31 décembre pour lesquels un nombre de lits ou places n'est pas défini. Rappelons les éléments de définition suivants :

Les CMP sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, et sont rattachés à un établissement de santé. Ils organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Une équipe pluridisciplinaire assure la coordination des soins psychiatriques.

**Part de population située à plus de 30 minutes en voiture d'une unité d'hospitalisation temps plein en psychiatrie générale**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Effectif de population de 16 ans ou plus résidant dans des communes situées à 30 minutes ou plus de l'unité d'hospitalisation temps plein la plus proche	Drees, SAE, Insee, METRIC, recensement de population	Psychiatrie générale
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 16 ans ou plus	Insee, recensement de population	Age>=16

Année disponible : 2015

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions

**Part de population située à plus de 45 minutes en voiture d'une unité d'hospitalisation temps plein en psychiatrie générale**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Effectif de population de 16 ans ou plus résidant dans des communes situées à 45 minutes ou plus de l'unité d'hospitalisation temps plein la plus proche	Drees, SAE, Insee, METRIC, recensement de population	Psychiatrie générale
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 16 ans ou plus	Insee, recensement de population	Age>=16

Années disponibles : 2015

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions

**Offre médicosociale :**

Le répertoire FINESS ne permet pas d'identifier précisément les places proposées aux personnes en situation de handicap psychique. Nous avons donc choisi de n'inclure dans l'offre médicosociale que les places pouvant potentiellement accueillir des personnes en situation de handicap psychique, soit les places avec les agréments de clientèle suivants : tous types de déficiences, déficiences intellectuelles et troubles du comportement. Sont donc exclues du calcul des indicateurs relatifs à l'offre médicosociale les places ayant un agrément de clientèle pour les déficiences motrices, visuelles, auditives, surdi-cécité et polyhandicap.

- **Densité de places installées en SAMSAH (service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés)**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Nombre de places installées en SAMSAH	FINESS	Places avec agrément de clientèle : tous types de déficiences, déficiences intellectuelles, troubles du comportement
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 20 ans ou plus	Insee, recensement de population	>= 20 ans

Année disponible : 2017

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions

- **Densité de places installées en SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale)**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Nombre de places installées en SAVS	FINESS 2017	Places avec agrément de clientèle : tous types de déficiences, déficiences intellectuelles, troubles du comportement
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 20 ans ou plus	Insee, recensement de population	>= 20 ans

Année disponible : 2017

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions

- **Densité de places installées en ESAT (établissement et service d'aide par le travail)**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Nombre de places installées en ESAT	FINESS 2017	Places avec agrément de clientèle : tous types de déficiences, déficiences intellectuelles, troubles du comportement
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 20 ans ou plus	Insee, recensement de population	>= 20 ans

Année disponible : 2017

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions

- **Densité de places installées en foyer de vie et d'hébergement**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Nombre de places installées en foyers de vie et d'hébergement	FINESS 2017	Places avec agrément de clientèle : tous types de déficiences, déficiences intellectuelles, troubles du comportement
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 20 ans ou plus	Insee, recensement de population	>= 20 ans

Année disponible : 2017

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions

- **Densité de places installées en foyer d'accueil médicalisé (FAM)**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Nombre de places installées en FAM	FINESS 2017	Places avec agrément de clientèle : tous types de déficiences, déficiences intellectuelles, troubles du comportement
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 20 ans ou plus	Insee, recensement de population	>= 20 ans

Année disponible : 2017

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions

- **Densité de places installées en maison d'accueil spécialisé (MAS)**

	Libellé	Source(s)	Filtre(s)
<b>Numérateur</b>	Nombre de places installées en MAS	FINESS 2017	Places avec agrément de clientèle : tous types de déficiences, déficiences intellectuelles, troubles du comportement
<b>Dénominateur</b>	Population âgée de 20 ans ou plus	Insee, recensement de population	>= 20 ans

Année disponible : 2017

Niveaux géographiques disponibles : départements, régions

**Donnée d'activité :**

La notion de file active se définit comme le total des patients vus au moins une fois dans l'année soit en hospitalisation, soit en consultation, soit en visite à domicile. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1er janvier auquel on ajoute chacun des autres patients pris en charge au moins une fois dans l'année.

La File active totale correspond à la file active de l'année sans différenciation de nature de prise en charge et sans double compte entre celles-ci. Ces données doivent donc être consolidées au niveau de l'établissement en éliminant les doublons, c'est-à-dire qu'un patient ayant été vu par les équipes de plusieurs secteurs ou services ou structures de l'établissement ne doit être compté que pour un patient

dans la file active totale. Dans le « Total file active », il convient d'enlever également les doublons entre psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie en milieu pénitentiaire. Un patient pris en charge dans la même année en psychiatrie générale et en psychiatrie en milieu pénitentiaire ne doit être compté que pour un patient dans ce total.

La file active exclusivement ambulatoire correspond au nombre de patients exclusivement pris en charge en ambulatoire est égal au nombre de patients ayant fait l'objet au moins d'une des prises en charge ambulatoires dans l'année, non compris ceux qui ont par ailleurs une prise en charge en temps complet ou en temps partiel dans l'année. Le total de la file active ambulatoire doit être consolidé en éliminant les doublons (un patient pris par exemple en charge en ambulatoire en psychiatrie générale et infanto-juvénile dans l'année ne doit être compté que comme un patient dans ce total).

La file active hospitalisée à temps plein dans l'année correspond au nombre de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année à temps plein (que le patient ait été suivi ou non par ailleurs en ambulatoire ou à temps partiel, ou dans une autre prise en charge à temps complet). Comme pour la file active totale, le total de la file active hospitalisée à temps plein doit être consolidé en éliminant les doublons (les patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie générale et infanto-juvénile dans l'année par exemple ne sont comptés qu'une seule fois dans ce total).

Le nombre de personnes présentes en hospitalisation à temps plein depuis plus d'un an est égal au nombre de patients présents en 2017 et ayant eu en 2018 plus de 292 jours d'hospitalisation à temps plein (4/5èmes de l'année).

### **Activité de prise en charge à temps complet**

Nombre de séjours en hospitalisation à temps plein : Le séjour débute le premier jour de la prise en charge par une équipe soignante dans le champ d'activité de la psychiatrie et se termine le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante de psychiatrie. Dans le cas de permissions, sorties temporaires ou équivalents, le séjour n'est pas clôturé, mais seulement suspendu.

Le nombre de journées correspond à la somme des jours de présence durant lesquels le patient a été pris en charge, cumulés sur l'année, par forme d'activité. Le jour de sortie est comptabilisé en cas de décès, comme dans le RIM-P. De même que dans le RIM-P, les journées correspondant aux permissions, concernant les personnes en hospitalisation libre (article R.1112-56 du Code de la santé publique), ne sont pas comptées dans les journées d'hospitalisation. Des journées d'hospitalisation sont comptées dans le cas suivant :

- Absences de très courte durée en psychiatrie (inférieures à 12 h) pour les personnes hospitalisées sans consentement, accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie (article L.3211-11-1 du Code de la santé publique, inséré par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002).

Les journées d'hospitalisation ne sont pas comptées dans les cas suivants :

- Permissions, concernant les personnes en hospitalisation libre (article R.1112-56 du Code de la santé publique). Ces journées ne sont pas non plus comptées dans le RIM-P.
- Sorties temporaires (patients sortis d'hospitalisation pour une durée supérieure au délai légal de permission avec l'accord du médecin et pour lesquels un retour est prévu). Cette règle est compatible avec les règles de codage du RIM-P où, lorsque la sortie excède 48h, le séjour est fermé (assimilé à des sorties au domicile) et un autre séjour ouvert au retour du patient.
- Interruptions de séjour en hospitalisation complète concernant des enfants ou des adolescents rentrant dans leur famille ou substitut de domicile pendant les vacances scolaires : sont à traiter comme les sorties temporaires.
- Prises en charge dans un autre groupe de discipline (médecine, chirurgie, etc.).

### **Activité de prise en charge à temps partiel :**

Au sein des séquences de prises en charge à temps partiel, par forme d'activité, le nombre de venues en équivalent journée correspond à la somme :

- des nombres de jours de présence dans le cas de venue d'une journée entière ;

- De la moitié des nombres de demi-journées de présence (cas de venue d'une demi-journée).

Les définitions des notions de journée et de demi-journée sont celles du RIM-P. Pour le privé à but lucratif, la notion de venues correspond aux séances.

### **Activité de prise en charge ambulatoire :**

Dans la logique de la grille EDGAR, sont à comptabiliser ici le nombre d'actes de type entretien, démarche, groupe (un acte de groupe sera compté autant de fois qu'il y a de patients dans le groupe) et accompagnement. Par contre, les réunions cliniques pour un patient sont exclues et comptabilisées uniquement dans le RIM-P.

- En CMP (lieu L01 dans le RIM-P).
- En CATTP (lieu L11 dans le RIM-P).
- Lieu d'acte L07 dans le RIM-P, incluant les appartements protégés et les placements familiaux non sanitaires.
- En établissement social ou médico-social avec ou sans hébergement (lieux L03 et L08 dans le RIM-P), incluant les maisons de retraite.
- En unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence) (lieux L09 et L10 dans le RIMP).
- En établissement médico-éducatif / PMI / milieu scolaire (crèches, centres de formation) (lieux L04 et L05 dans le RIM-P).
- Dans le cadre d'une USMP (unité sanitaire en milieu pénitentiaire) d'un hôpital général, il s'agit de comptabiliser l'activité de soins réalisée par le personnel d'un hôpital général au sein d'une USMP (ex-UCSA).