

DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ FEUILLE DE ROUTE

MISE EN ŒUVRE DU PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE (PTSM)

FAVORISER LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE SANS RUPTURE

► Territoire des Vosges



SOMMAIRE

I - INTRODUCTION	11
1 - Cadre réglementaire	11
2 - Contexte régional	12
a - Articulation du PTSM avec les autres projets stratégiques territoriaux	12
b – Processus de validation	14
c – Déploiement des PTSM en Grand Est	14
II – DEMARCHES D'ÉLABORATION DU PTSM	15
1 – Territoire concerné	15
2 – Méthodologie	15
3 – Gouvernance	16
4 – Acteurs de la démarche	16
a – Le Groupe projet	16
b – Le Copil	16
c – Les acteurs partenaires	17
d – Assemblée Générale	17
5 – Les clés de la réussite	17
III – DONNÉES STATISTIQUES	19
IV – ÉLABORATION DU DIAGNOSTIC PARTAGÉ	41
1- Enquête	42
2- Groupes de travail	46
V – SYNTHÈSES ET PISTES	52
1 – Synthèse générale des constats	52
2 – Analyse stratégique des dispositifs de santé mentale	57
3 – Pistes de travail identifiées	59
VI – ÉLABORATION DE LA FEUILLE DE ROUTE	62
Feuille de route : Axes et fiches actions	64
AXE I : Favoriser l'accès aux soins en luttant contre la stigmatisation, la discrimination et le renoncement aux soins	66
AXE II : Renforcer la coordination interprofessionnelle pour une approche globale de la prise en charge et la construction du parcours des patients souffrant de troubles psychiques	72
AXE III : Assurer l'accès pour tous à l'ensemble des dispositifs en mettant en réseau les ressources et en développant «l'aller vers»	79
AXE IV : Repérer précocement les situations à risque à tous les âges	85
AXE V : Se connaître, se former pour mieux travailler ensemble et éviter les ruptures dans les parcours de vie	100
AXE VI : Engager une politique de rétablissement et de réhabilitation psychosociale	110
AXE VII : Compléter et densifier le maillage des étapes de la démarche d'insertion pour concrétiser le concept de rétablissement	114
AXE VIII : Développer une démarche de démocratie sanitaire intégrant les usagers et leur entourage dans une approche citoyenne du champ de la santé mentale tout en veillant au respect de leurs droits	125
VII – ANNEXES	139

ACRONYMES

AAH : Allocation Adulte Handicapé
AAP : Appel A Projet
ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique
ADAPEI : Association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales
ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
AFT : Accueil Familial Thérapeutique
AG : Assemblée Générale
AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
AME : Aide Médicale d'État
AMV 88 : Association des Maires des Vosges
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS : Agence Régionale de Santé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
AVSEA : Association Vosgienne pour la Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CAE : Communauté d'Agglomération d'Epinal
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CAMPS : Centres d'Action Médico-Sociale Précoce
CMP/EA : Centre Médico-Psychologique / Enfants & Adolescents
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CCRPA : Conseil Régional des personnes accueillies et accompagnées
CD : Conseil Départemental
CDCA : Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie
CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques
CDU : Commission Des Usagers
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
CH : Centre Hospitalier
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CH(R)U : Centre Hospitalier (Régional) Universitaire
CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale
CIH : Comité Interministériel du Handicap
CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination
CLIP : Centre de Liaison et d'Intervention Précoce
CLS : Contrat Local de Santé
CLSM : Conseil Local en Santé Mentale
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
CME : Commission Médicale d'Établissement
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPPA : Centre Médico-Psychologique pour Personnes Âgées
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

ACRONYMES

CMS : Centre Médico-Social
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COPIL : Comité de Pilotage
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPN : Centre Psychothérapique de Nancy
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPT : Communauté Psychiatrique de Territoire
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CREHPSY : Centre de Ressources sur le Handicap Psychique
CREX : Comité de Retour d'Expérience
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSE : Comité Social et Économique
CTS : Conseils Territoriaux de Santé
CTSM : Contrat Territorial de Santé Mentale
CUMP : Cellules d'Urgence Médico-Psychologique
CURe : Centre Universitaire support de Remédiation cognitive et Rétablissement
CVS : Conseil de Vie Sociale
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DDCSPP : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DDETSPP : Direction Départementale de l'Emploi, du Travail, des Solidarités et de la Protection des Populations
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGFIP : Direction Générale des Finances Publiques
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DIRECCTE : Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DITEP : Dispositif Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique
DJRCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DMP : Dossier Médical Partagé
DPC : Développement Professionnel Continu
DSDEN : Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale
DT : Délégation Territoriale
EHPA(D) : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (Dépendantes)
EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
EPIC : Établissement Public de Coopération Intercommunale
EPSAT : Ensemble pour la Prévention et la Santé Au Travail
EPSM : Établissement Public de Santé Mentale
ESAD : Équipe Spécialisée à Domicile (Maladie d'Alzheimer)
ESAT : Établissements et Services d'Aide par le Travail
ES : Établissement de Santé
ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP : Équivalent Temps Plein ou Éducation Thérapeutique du Patient
ETTI : Entreprise de Travail Temporaire d'Insertion
ESSMS : Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

ACRONYMES

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FAS : Foyer d'Accueil Spécialisé
FEMAGE : Fédération de l'Exercice coordonné et MAisons de santé du Grand Est
FHF : Fédération Hospitalière de France
FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FIOP : Fonds de l'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie
FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
FIR : Fonds d'Intervention Régional
FMS : Fédération Médico-Sociale
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GEPS : Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GCS GSM88 : Groupement de Coopération Sanitaire - Groupement de Santé Mentale des Vosges
GOS : Groupe Opérationnel de Synthèse
HAD : Hospitalisation à Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HJ : Hôpital de Jour
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IME : Institut Médico-Éducatif
IMT : Institut Médico-Technique
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPA : Infirmier en Pratique Avancée
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
ITEP : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique
JLD : Juge des Libertés et de la Détention
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MAS (nouveau dispositif PFIDASS de la CPAM) : Mission Accompagnement Santé
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
MDA : Maison de l'Autonomie
MDAJA : Maison Des Adolescents et des Jeunes Adultes
MDPH : Maison Départementale Pour le Handicap
MECS : Maisons d'Enfants à Caractère Social
MET : Maison Éducative Thérapeutique
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire ou Médiateur Santé-Pair
MSVS : Maison de la Solidarité et de la Vie Sociale
NAP : Neuroleptique à Action Prolongée
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OPP : Ordonnance de Placement Provisoire
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PAG : Plan d'Accompagnement Global
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

ACRONYMES

PCPE : Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées
PEC : Prise En Charge
PETR : Pôle d'Équilibre Territorial et Rural
PFIDASS : Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PLU : Psychiatrie de Liaison et d'Urgence
PMI : Protection Maternelle Infantile
PMP : Projet Médical Partagé
PMS : Projet Médico-Soignant
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRAPS : Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS : Projet Régional de Santé
PSSM : Premiers Secours en Santé Mentale
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale
RAPS : Réseau d'Alerte Psycho-Sociale
RG : Régime Général
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RPS : Réhabilitation Psycho-Sociale
RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous
RIM-P : Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie
SAAD : Service d'Accompagnement et d'Aide à Domicile
SAE : Statistique Annuelle des Établissements de santé
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAPJ : Service d'Accompagnement et de Protection Juridique
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SDT : Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers
SDRE : Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État
SESSAD : Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
S.In.A.Ps. : Structure Intersectorielle d'Accompagnement Psycho-Social
SISM : Semaines d'Information sur la Santé Mentale
SNIIRAM : Système National Interrégime de l'Assurance Maladie
SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SPE : Service Public de l'Emploi
SPI : Soins psychiatriques en cas de Péril Imminent
SPIP : Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SRS : Schéma Régional de Santé
SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile
SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion à la Santé
TDAH : Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
TED : Troubles Envahissants du Développement

ACRONYMES

TMS : Troubles Mentaux Sévères

TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocation

TS : Tentative de Suicide

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

UDAF : Union Départementale des Affaires Familiales

UDCCAS : Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale

UDR : Urgence Dangerosité Risque

UGEAM : Union pour la Gestion des Établissements de Caisses d'Assurance Maladie

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UIAO : Unité Intersectorielle d'Accueil et d'Orientation

UMD : Unités pour Malades Difficiles

UNAFAM : Union Nationale de Familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

USLD : Unités de Soins de Longue Durée

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

VAD : Visite à Domicile

VigilanS : dispositif de veille post-hospitalière de recontact systématique des patients suicidants ayant été pris en charge pour tentative de suicide par les services d'urgences

LE CADRE RÉGLEMENTAIRE

- Article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite « de modernisation de notre système de santé », portant modification de l'article L. 3221-2 du Code de la Santé Publique (CSP)
- Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) et codifié comme suit :
 - Article R. 3224-3 du CSP, définissant les 10 éléments du Diagnostic Territorial Partagé (DTP) du PTSM
 - Articles R. 3224-5 à R. 3224-10 du CSP, définissant les 6 priorités du PTSM
- Décret n° 2020-1063 du 17 août 2020 modifiant le délai prévu pour l'élaboration du premier projet territorial de santé mentale
- Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 et son annexe
- Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire
- Instruction N°DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires
- Circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en oeuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016
- Instruction N°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville
- Circulaire N° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville

LES AUTRES SOURCES

- PRS Grand Est 2018-2028 : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/prs>
- BSP Grand Est, Bulletin de Santé Publique, Février 2019 , Conduites suicidaires : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/suicide-et-tentative-de-suicides-donnees-nationales-et-regionales>
- Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, Rapport de la visite du 09 au 13 avril 2018 du Centre Hospitalier RAVENEL : <https://www.cglpl.fr/2019/rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-ravenel-a-mirecourt-vosges/>
- Rapport de Thomas MESNIER, député de Charente « Assurer le premier accès aux soins », rapport remis à Mme la Ministre des Solidarités et de la Santé en mai 2018 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
- ATLAS Santé Mentale : <http://santementale.atlasante.fr>
- ORS (Observatoire Régional de la Santé) Grand EST : <https://ors-ge.org/>
- UNAFAM : <https://www.unafam.org/vosges>
- Rapport d'information en conclusion de la mission relative à l'organisation de la santé mentale du 18 septembre 2019 présidé par M. le Député Brahim HAMMOUCHE : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-info/i2249.pdf>

I – INTRODUCTION

1 - Cadre réglementaire

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et son décret d'application du 27/07/2017 posent les bases d'une politique de santé mentale territorialisée et centrée sur l'accès de tous à des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture.

Comme le précise le décret, il doit :

- favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de 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 décliner dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

La démarche accorde une importance particulière à l'implication de l'ensemble des acteurs de santé mentale, notamment les représentants des usagers et leur entourage.

L'article L. 1434-2 du CSP : les objectifs du PRS « peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé définis à l'article L. 1434-12, par les contrats territoriaux de santé mentale définis à l'article L. 3221-2 ou par les contrats locaux de santé définis à l'article L. 1434-10 ».

Les 8 objectifs du parcours santé mentale du PRS Grand Est sont :

- Mettre en place les projets territoriaux de santé mentale (PTSM),
- Développer une offre de réhabilitation psycho-sociale au sein d'un parcours de soins en santé mentale en adéquation avec le projet de vie des usagers,
- Améliorer l'accès et la fluidité aux soins et l'accompagnement ambulatoire,
- 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,
- Réduire le taux de mortalité par suicide par la mise en place d'une stratégie régionale de prévention du suicide,
- Améliorer l'offre et le parcours coordonné pour les enfants et adolescents présentant une souffrance psychique et/ou des troubles du comportement, et assurer le relais à l'âge adulte – Objectif commun avec le parcours enfants et adolescents,
- Promouvoir l'éthique, la recherche et les dispositifs innovants en santé mentale à l'aide d'un CreHpsy Grand Est,
- Améliorer la qualité de vie au travail et la prévention des risques psycho-sociaux.

2 - Contexte régional

La mise en œuvre du PTSM se traduit par la signature d'un contrat territorial de santé mentale (CTSM) précisant pour chacune des actions :

- les acteurs responsables,
- le calendrier prévisionnel de mise en œuvre,
- les moyens consacrés par les acteurs,
- les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

Le contrat, signé entre l'ARS et les acteurs concernés, se déroulera sur une période de cinq ans, à compter de sa signature.

Le PTSM se décline également au sein des projets d'établissement ou de service et des projets médicaux partagés des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et, autant que de besoin, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements concernés.

Les communautés psychiatriques de territoire (CPT) dont l'un des membres est partie à un GHT s'assurent de la prise en compte des orientations du projet territorial de santé mentale au sein du projet médical partagé du GHT.

D'autres outils permettent de décliner localement le PTSM : contrats de ville et contrats locaux de santé, mais aussi projets des conseils locaux de santé ou de santé mentale, projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé.

a - Articulation du PTSM avec les autres projets stratégiques territoriaux

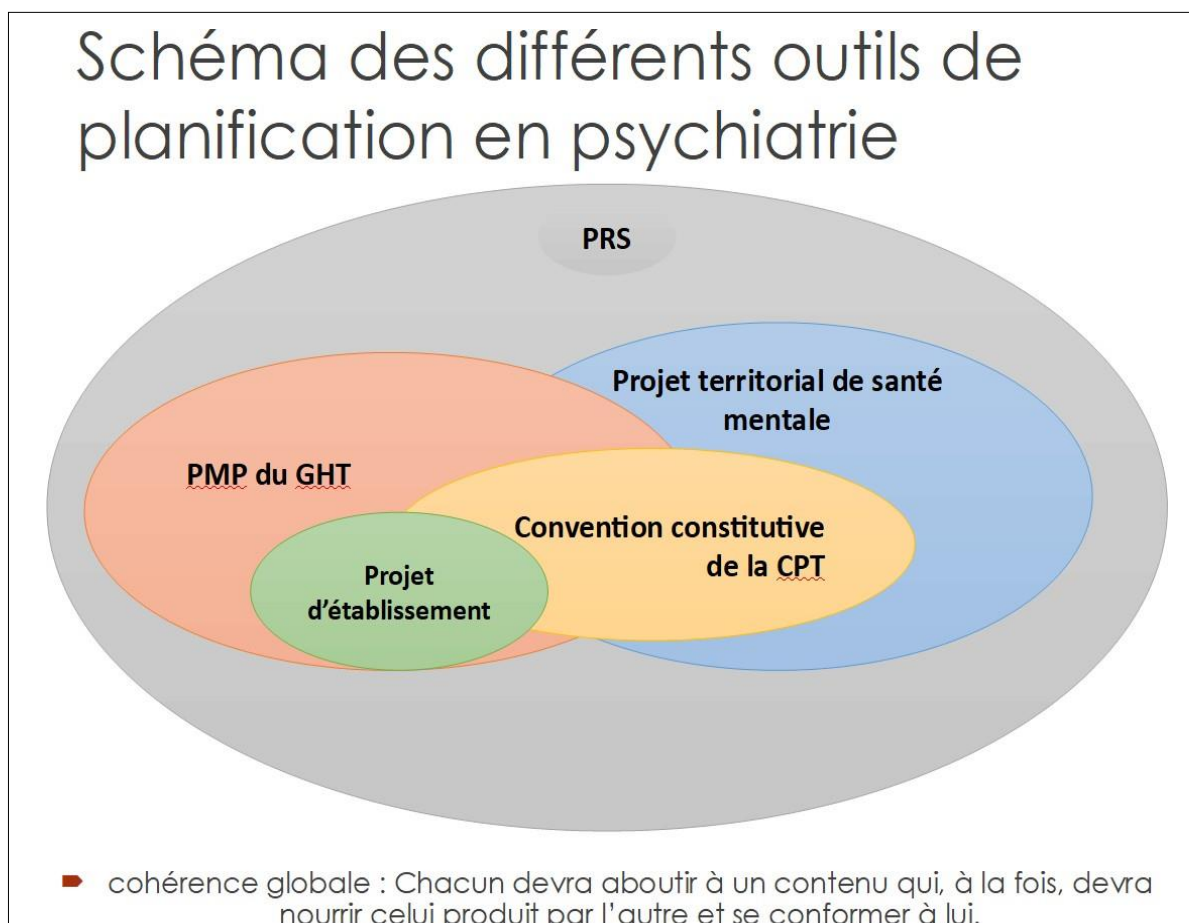
Il existe 5 outils d'organisation déployés à des échelles différentes :

- le projet d'établissement de l'hôpital, sur la base duquel est défini un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS,
- le projet médical partagé (PMP) du groupement hospitalier de territoire (GHT), arrêté par l'instance de gouvernance du GHT, faisant partie d'une convention constitutive soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS. Il concerne les établissements publics de santé et peut associer d'autres membres,
- le projet régional de santé (PRS) arrêté par l'ARS, qui englobe le public et le privé, l'hospitalier et l'ambulatoire, le soin, le médico-social et la prévention,
- la convention constitutive de la CPT, qui fixe des objectifs et des mesures à prendre en conséquence, associe la psychiatrie de service public et ses partenaires (privés et/ou médico-sociaux, sociaux) - (Pas obligatoire),
- le projet territorial de santé mentale (PTSM) porte sur l'organisation des soins, mais plus largement sur les dispositions opérationnelles dans le domaine de la santé mentale.

► **Articulation PRS-PTSM**

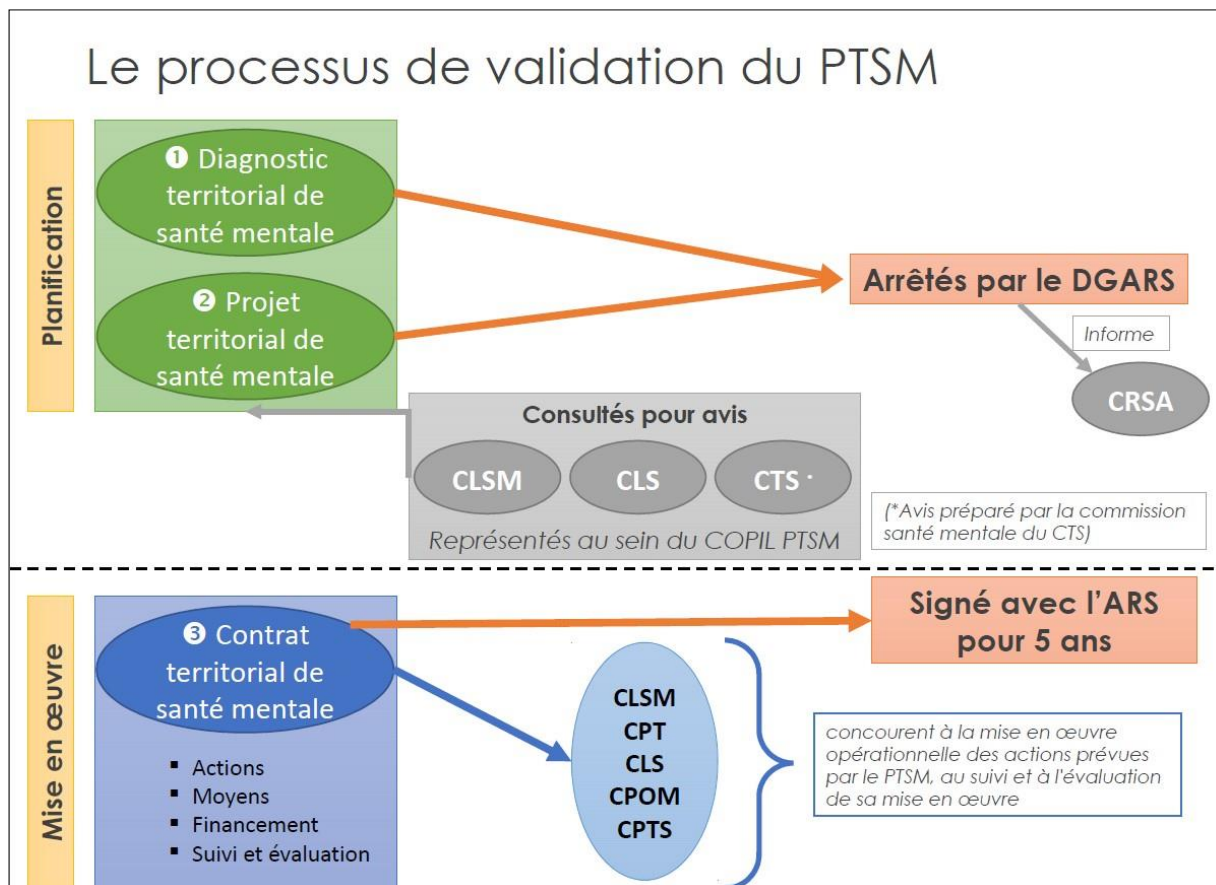
- les orientations prises par le PRS devront être respectées par les dispositions du PTSM, outil de mise en œuvre du parcours en santé mentale,
- les travaux sur les besoins réalisés pour préparer le PTSM pourront venir alimenter le diagnostic établi en vue de l'élaboration du prochain SRS/PRS.

- **Articulation des projets des GHT, CPT et des établissements** qui en font partie :
 - le projet d'établissement est la déclinaison du projet médical partagé du GHT,
 - la convention constitutive de la CPT peut constituer la filière psy du PMP du GHT (la CPT est à minima associée au volet psychiatrique du PMP),
 - la cohérence entre le PMP des GHT sur le territoire et le PTSM est recherchée.
- **Les CPT / CLSM / CLS** contribuent à la définition du PTSM et assurent la déclinaison des actions prévues par le PTSM.
- **Le PTSM** tient compte des projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé et des plates-formes territoriales d'appui.
- **La commission santé mentale du CTS** est associée à la démarche via une représentation dans le COPIL PTSM. Elle prépare l'avis du CTS sur le PTSM et peut élaborer des contributions au diagnostic et au projet.
- Des liens à promouvoir entre les acteurs et les dispositifs de coordination



b – Processus de validation

A l'issue des réunions des groupes de travail, le comité de pilotage territorial est sollicité pour valider le diagnostic territorial partagé. Il sera ensuite transmis au Directeur Général de l'ARS qui en validera le contenu par arrêté après avis des CTS, CLSM et CLS.



c – Déploiement des PTSM en Grand Est

Le déploiement sur le Grand Est est défini en 3 phases :

- Phase 1 : Haut-Rhin (68) – Meurthe et Moselle (54) – Marne (51)
- Phase 2 : Ardennes (08) – Haute-Marne (52) – Meuse (55) – Bas-Rhin (67)
- Phase 3 : Aube (10) – Moselle (57) – Vosges (88)

II – DEMARCHES D'ELABORATION DU PTSM

1 – Territoire concerné

Le territoire de santé mentale, tel que défini à l'article L.3221-2, correspond à la notion de territoire suffisant pour permettre :

- l'association de l'ensemble des acteurs de la santé mentale (représentants des personnes concernées et des familles, établissements de santé autorisés en psychiatrie, établissements et services sociaux et médico-sociaux, médecins de ville et professionnels d'exercice libéral, psychologues, conseils locaux de santé mentale, groupes d'entraide mutuelle, acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, acteurs du logement et de l'hébergement, de l'emploi, de l'inclusion sociale et citoyenne),
- l'accès à des modalités et techniques de prises en charge diversifiées.

Le département peut constituer un niveau territorial pertinent, à la fois pour les acteurs sanitaires (présence de la délégation territoriale de l'ARS et de un à plusieurs groupements hospitaliers de territoire), et pour les acteurs sociaux et médico-sociaux, en tant que lieu de définition de plusieurs politiques contribuant à la santé mentale (politiques départementales relatives à la cohésion sociale : enfance et jeunesse, aide sociale, emploi, handicap, grand âge, précarité et exclusion...).

Le PTSM tient compte des spécificités du territoire, de l'offre de soins et de services.

2 – Méthodologie

1ère étape : le diagnostic territorial partagé

Il permet d'élaborer une vision partagée de ce qui fonctionne sur le territoire en réponse aux besoins des personnes, de ce qui fait défaut ou fonctionne moins bien, et d'identifier les leviers d'amélioration et de changement à mobiliser au sein du projet territorial de santé mentale.

Le diagnostic est arrêté par le Directeur Général de l'ARS après avis des CTS, CLSM, CLS.

2e étape : la feuille de route

Elle est élaborée sur la base des leviers d'action identifiés dans le diagnostic, en tenant compte des priorités énoncées dans le décret.

3ème étape : le contrat territorial de santé mentale (CTSM)

Il est conclu entre l'ARS et les acteurs participant à la mise en œuvre du PTSM.

Il précise pour chacune des actions :

- Les acteurs responsables,
- Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre,
- Les moyens consacrés par les acteurs,
- Les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

3 – Gouvernance

Le rôle de l'ARS :

- Veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires, ainsi qu'au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant,
- S'assurer que l'ensemble des acteurs concernés sont parties prenantes de la démarche et solliciter, si nécessaire, les acteurs manquants,
- S'assurer d'une gouvernance équilibrée du diagnostic et du projet territorial de santé mentale,
- Contribuer à mettre à disposition les données nécessaires à la réalisation du diagnostic territorial,
- S'assurer de la prise en compte des priorités et de la conformité du projet avec le PRS.

L'ARS conforte la démarche par une lettre de cadrage adressée à l'ensemble du territoire le 02 avril 2019 (Annexe 3).

4 – Acteurs de la démarche

L'ARS a confié l'animation du PTSM des Vosges à des « ambassadeurs » issus du Groupement de Coopération Sanitaire – Groupement en Santé Mentale des Vosges (GCS – GSM88) associant le Centre Hospitalier Ravenel, l'AVSEA, la FMS et l'UNAFAM (Annexe 2).

Le GCS est une entité juridique qui est un outil de coopération privilégié entre le secteur public et privé, mais également entre la ville et l'hôpital.

En application de l'article L.6133-1 du Code de la Santé Publique (CSP), les GCS ont « pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres ».

L'article L.6133-2 du CSP stipule que le GCS doit comporter au moins un établissement de santé. Il permet les coopérations entre les secteurs sanitaire et médico-social, ainsi que la ville. En outre, peuvent participer au GCS tout autre organisme sous réserve de l'accord du Directeur Général de l'ARS.

a – le Groupe projet

Le groupe projet est la déclinaison de l'instance opérationnelle. Il est chargé du suivi de la méthodologie et de la cohérence du PTSM. Sa composition est validée par l'ARS.

b – le Copil

Les missions du COPIL sont :

- Impulser la démarche territoriale,
- Fournir les outils méthodologiques,
- Rédiger les lettres de mission de chaque groupe de travail,
- Suivre l'avancement des travaux
- Élaborer une feuille de route,
- Suivre la mise en œuvre,
- Valider les travaux selon le calendrier fixé.

Le COPIL s'est réuni le 30 avril 2019 puis le 27 janvier 2020 et enfin le 13 octobre 2020. La dernière version de sa composition est présentée en Annexe 4.

c – les acteurs partenaires

Le PTSM est un levier fort pour mobiliser toutes les forces et les synergies afin de construire un parcours de soins et de vie coordonné. L'ensemble des acteurs, des partenaires, des usagers et représentants des usagers du territoire constituent les groupes de travail dont les objectifs sont :

- formaliser une appréciation partagée de la situation à partir de la description et de l'analyse des 5 portes d'entrée,
- donner un contenu objectif au dysfonctionnement, en analyser les causes et les replacer dans un contexte réaliste,
- favoriser l'interconnaissance,
- fédérer les approches et établir une cohésion de groupe qui trouve sa traduction dans la formulation de constats partagés.

d – Assemblée Générale

C'est une instance d'information et de concertation

Une présentation de la démarche à l'ensemble des acteurs a eu lieu le 12 septembre 2019, puis le 14 février 2020.

5 – Les clés de la réussite

- ➔ Une construction du parcours en psychiatrie et en santé mentale réalisée avec tous les partenaires impliqués de manière horizontale et transversale.
- ➔ Une démarche sans prédominance ni cloisonnement sanitaire, avec la volonté de favoriser une continuité socio-sanitaire et les soins ambulatoires dans l'espace de vie des usagers, de limiter les hospitalisations inadéquates en optimisant les partenariats entre acteurs.

III – DONNÉES STATISTIQUES

Préambule

Contraintes spécifiques

La géographie et la démographie du département des Vosges créent des contraintes bien particulières et ne sont pas, en cela, assimilables à la majorité des départements français. Le territoire est étendu et géré par un seul CH de psychiatrie, l'hospitalisation à temps plein y est rassemblée. Le Centre Hospitalier Ravenel ne se situe pas historiquement au centre du département ni sur une voie d'accès facile, il est de plus excentré par rapport à la ville de Mirecourt.

La densité de la population est faible. Les 5 plus grandes agglomérations sont distantes les unes des autres, sans axes les reliant toutes facilement, sans transport public fluide et régulier. Les axes routiers sont plutôt orientés du nord au sud, ceux de l'ouest à l'est ne traversent pas le département et ne relient pas toutes les villes. Les flux se font éventuellement d'Epinal ou de Neufchâteau vers Nancy, la population de St Dié reste plus sur place, celle de Remiremont se dirige vers Epinal.

Une population vieillissante

Avec des zones à renouvellement démographique plus intense, l'INSEE (INSEE Analyses LORRAINE septembre 2015) prévoit qu'un habitant des Vosges sur 4 aura plus de 65 ans en 2030 et que le nombre d'octogénaires s'élèverait à 33 000 personnes en 2030 et 45 000 en 2040. La population vosgienne présente des besoins et des troubles liés à cette particularité.

Certaines villes ont une agglomération plus jeune, avec un taux plus grand de troubles. Le niveau de vie n'est pas élevé et le revenu fiscal est plus faible que la moyenne nationale, les indicateurs socio-économiques montrent une précarisation plus importante que le niveau régional, interrégional et national. Les perspectives d'évolution sont aussi négatives (indicateurs des âges, ressources, activités, diplômes).

Les professions de santé

Sur le plan de la démographie médicale du département, le taux est plus faible que la moyenne nationale et l'âge moyen est tout aussi élevé par rapport à la population générale avec un taux de remplacement qui sera plus compliqué du fait du nombre réduit de grandes villes.

La densité des professionnels de santé de premier recours est également très faible par rapport à la moyenne régionale et nationale (-30%).

Le nombre de psychiatres libéraux est de 12 et salariés de 42 (qui a baissé à 40 en 2017), soit 54 pour 375 222 habitants donc un taux de 14,5 pour 100 000 habitants (le taux moyen en France est de 22,9 en 2016). L'âge moyen des psychiatres en France est de 53 ans. Au CH de Ravenel, 16 psychiatres ont 50 ans et moins, 24 ont plus de 50 ans, dont 15 plus de 60 ans, soit plus du tiers des psychiatres de l'établissement. La présence de psychiatres de moins de 40 ans est due au dynamisme scientifique et institutionnel de cette profession dans les Vosges et à son rassemblement possible sur un site qui constitue un pôle de ce fait attractif.

Le nombre de postes de psychiatres par pôle est faible et on constate la baisse du nombre de professionnels paramédicaux.

Géographie

Indicateurs	Vosges		France
Superficie (km ²)	5 874		632 734
Effectif de population (habitant(s))	375 226		65 781 800
Densité de population (hab/km ²)	64	▼	104
Évolution de la population 2008-2013 (%)	- 1,3	▼	2,8

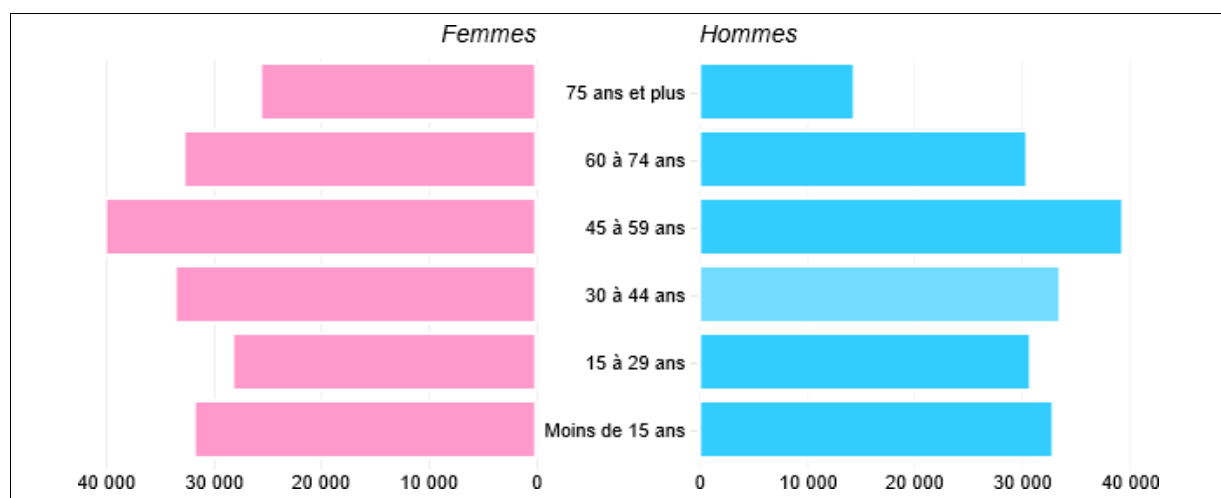
Source : Insee RP - 2013

Projections démographiques

Indicateurs	Vosges		France
Projection de l'évolution de la population en 2030 (%)	- 6,5	▼	6,5
Effectif en 2030 (habitant(s))	351 000		70 056 000

Source : Insee - Omphale 2015 – 2013

Répartition par tranches d'âge



La population du département se distingue par un vieillissement plus marqué qu'à l'échelle régionale et nationale (plus de 27% des habitants du département ont plus de 60 ans contre 24 % au niveau national). Elle se concentre principalement dans le sillon de la Moselle et la partie Est du département, correspondant au massif des Vosges. Environ la moitié des communes vosgiennes ont une population de moins de 200 habitants, alors qu'une quarantaine de communes en comptent plus de 2 000 (Epinal, Préfecture, est aussi la plus peuplée avec plus de 30 000 habitants).

Ménages vivant sous le seuil de pauvreté (à 60%)

Catégories	Part de ménages vivant sous le seuil de pauvreté (% des ménages)	
	Vosges	France
-30 ans	27,0	22,8
30 - 39 ans	19,8	16,7
40 - 49 ans	18,8	16,9
50 - 59 ans	15,2	14,0
60 - 74 ans	8,5	9,3
+75 ans	7,3	8,9
Total	15,4	14

Source : INSEE, DGFIP, Filosofi - 2013

Hébergement social

Indicateurs	Vosges		France
Densité de places d'hébergement social (pour 100 000 hab.)	45,2	▼	93,3
Densité de places d'hébergement social à destination des demandeurs d'asiles et réfugiés (pour 100 000 hab.)	18,7	▼	37,8

Source : Finess, DJRCS, DGCS, Scoresanté – 2014

Le taux d'hébergement social du département ne semble pas répondre au niveau de pauvreté.

Les établissements de santé**Prise en charge ambulatoire**

Indicateurs	Vosges		France
Nombre de CMP	25		2 169
Densité de CMP (pour 100 000 hab.)	8,3	▲	4,2
Nombre de CATTP	4		1 234
Densité de CATTP (pour 100 000 hab.)	1,3	▼	2,4
Equipes mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) (établissements équipés)	0		152

Source : SAE - 2015

Temps d'accès

Indicateurs	Vosges		France
Part de la population à 30min ou plus d'une unité temps plein (% hab. (16+))	83,4	▲	16,4
Part de la population à 45min ou plus d'une unité temps plein (% hab. (16+))	39,6	▲	4,6

Source : INSEE ; METRIC ; SAE – 2015

Ce temps d'accès est fonction du facteur géographique qui ne facilite pas la mobilité et l'accès aux soins.

Prise en charge à temps complet (hospitalisation temps plein - tout établissement)

Indicateurs	Vosges		France
% lits en établissements monodisciplinaires	96,9	▲	66,4
% lits en secteur privé lucratif	0,0	▼	23,2
Densité de lits/places en psychiatrie générale (pour 100 000 hab. (16+))	72,4	▼	105,8

Source : SAE - 2015

Depuis 2015, l'adaptation de l'offre de soins en établissements monodisciplinaires impacte la densité de lits dans le département.

Le personnel des établissements

Densité d'ETP moyens en psychiatrie générale

Catégories	Densité d'ETP moyens en psychiatrie générale (pour 100 000 hab. (16+))	
	Vosges	France
Psychiatres	7,1	10,8
Personnels soignants et socio-éducatifs	188,5	156,4
Personnels médicaux (hors psychiatres)	N/A	1,7

Source : SAE, INSEE - 2015

Les médecins généralistes

Densité de médecins généralistes

Catégories	Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hab.)	
	Vosges	France
Tous modes d'exercice	145,1	155,2
Libéraux ou mixtes	96,4	103,9
Salariés hospitaliers	29,4	27,7
Autres salariés	19,3	23,6

Source : RPPS, INSEE - 2016

Les psychologues et psychiatres

Densité de psychologues

Indicateurs	Vosges		France
Psychologues libéraux (pour 100 000 hab.)	10,4	▼	29,9

Source : RPPS, Insee - 2017

Densité de psychiatres

Catégories	Densité de psychiatres (pour 100 000 hab.)	
	Vosges	France
Tous modes d'exercice	12,0	23,0
Libéraux ou mixtes	4,3	9,9
Salariés hospitaliers	7,8	11,4
Autres salariés	N/A	1,7

Source : RPPS, Insee - 2016

A noter que tous les psychiatres libéraux s'inscrivent en secteur 1.

Psychiatres libéraux âgés de 55 ans et plus

Indicateurs	Vosges		France
Part des psychiatres libéraux âgés de 55 ans et plus (%)	45,5	▼	50,3

Source : RPPS - 2017

Le département des Vosges dispose d'une offre libérale plus faible comparée à la moyenne nationale, que ce soit au niveau des médecins généralistes, des psychologues ou des psychiatres.

SANTÉ MENTALE - POPULATION GÉNÉRALE - L'OFFRE COMMUNAUTAIRE

Groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Indicateurs	Vosges		France
Nombre de GEM	6		390
Densité de GEM	1,1	▲	0,6

Source : CNSA - 2015

Malgré une densité apparemment satisfaisante, l'ouest vosgien n'est pas couvert.

A noter qu'un des GEM est dédié aux traumatisés crâniens à Epinal et un second aux troubles du spectre de l'autisme.

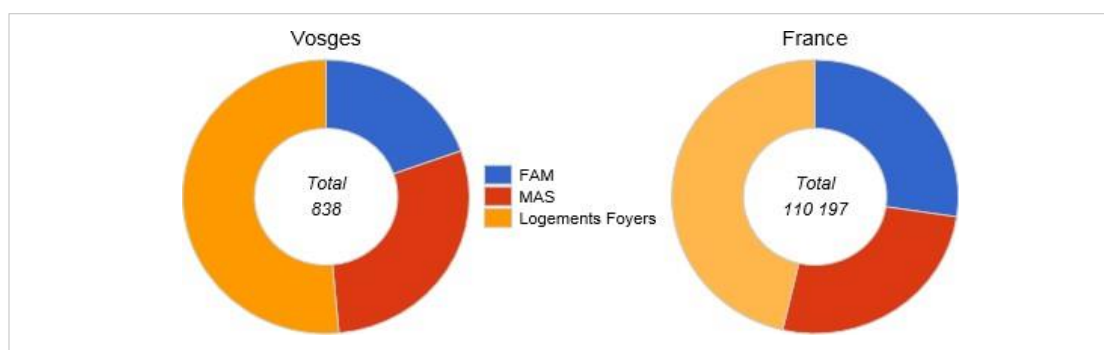
Les Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM)

Les SISM s'adressent au grand public. Chaque année, associations, citoyens et professionnels organisent des manifestations d'information et de réflexion dans toute la France. Depuis l'année 2005, le Centre Hospitalier Ravenel et de nombreux partenaires se sont associés pour développer sur le département des Vosges la campagne reconnue d'intérêt général en faveur de la Santé Mentale : "Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques".

SANTÉ MENTALE - POPULATION GÉNÉRALE - L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

Le répertoire FINESS ne permet pas d'identifier correctement les places proposées aux personnes en situation de handicap psychique. Ne sont recensées ici 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 exclues du décompte les places pour déficiences motrices, visuelles, auditives, surdi-cécité et polyhandicap.

Répartition des places d'hébergement



Catégorie	Vosges	France
FAM	164	30 141
MAS	243	28 980
Logements Foyers	431	51 076
Total	838	110 197

Source : FINESS - 2017

Nombre de places installées en établissements et services médico-sociaux pour 100 000 habitants de 20 ans et +

Catégories	Densité (pour 100 000 hab. (20+))	
	Vosges	France
en SAMSAH	4,5	20,3
en SAVS	65,5	79,2
en ESAT	296,7	240,4
en FAM	56,8	60,9
en MAS	84,2	58,6
en Foyers de vie et d'hébergement	149,4	103,3

Source : FINESS - 2017

Le territoire des Vosges semble participer à l'intégration par le travail au regard du nombre de places en ESAT. Par contre, la faiblesse du nombre de places en SAMSAH ne favorise pas la continuité de la prise en charge.

Logements accompagnés (pour 100 000 habitants de 20 ans et +)

Indicateurs	Vosges		France
Densité de logements accompagnés (pour 100 000 hab.)	35,4	▲	22,0

Source : FINESS - 2014

Si le ratio est supérieur à la moyenne nationale, il reste largement insuffisant par rapport aux besoins.

SANTÉ MENTALE - POPULATION GÉNÉRALE - LE RECOURS AUX SOINS

Taux de personnes prises en charge (Cartographie Assurance-Maladie) % bénéficiaires RG 18 à 64 ans

Indicateurs	Vosges	France
Troubles de l'humeur	12,1	16,8
Addiction	5,3	5,2
Troubles psychotiques	6,8	7,1
Déficiences mentales	2,3	2,2

Source : SNIIRAM - 2015

Consommation de médicaments (% bénéficiaires RG 18 à 64 ans)

Indicateurs	Vosges	France
Antidépresseurs	62,9	63,9
Anxiolytiques	69,9	66,3
Hypnotiques	32,6	33,9
Neuroleptiques	14,8	16,4

Source : SNIIRAM - 2015

SANTÉ MENTALE - POPULATION GÉNÉRALE - LE RECOURS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Taux de recours

Taux de recours global en établissement (complet, partiel, ambulatoire)

Indicateurs	Vosges		France
pour addiction (patients pour 1000 hab. (18-64 ans))	4,4	▲	3,2
pour troubles de l'humeur (patients pour 1000 hab. (18-64 ans))	24,5	▲	11,7
pour TED, déficiences et autres TMS (patients pour 1000 hab.)	2,2	▲	1,2
pour troubles psychotiques (patients pour 1000 hab.)	9,0	▲	8,7

Source : RIM-P, Insee - 2015

Taux standardisé

Taux standardisé de recours en hospitalisation temps plein (% bénéficiaires RG 18-64 ans)

Catégories	Taux de recours (patients pour 100 hab.)	
	Vosges	France
Pour troubles de l'humeur	1,8	2,3
Pour addiction	0,8	0,9
Pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	2,4	2,9
Pour autres TMS (TED et déficiences)	0,8	0,3
Source : RIM-P, Insee - 2015		

Taux standardisé de recours ambulatoire (% bénéficiaires RG 18-64 ans)

Catégories	Taux de recours (patients pour 100 hab.)	
	Vosges	France
Pour troubles de l'humeur	23,9	10,4
Pour addiction	4,2	2,8
Pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	8,2	7,6
Pour autres TMS (TED et déficiences)	1,9	1,0
Source : RIM-P, Insee - 2015		

Le niveau de recours à l'ambulatoire semble satisfaisant mais ne préjuge pas de la qualité, qui devrait être évaluée dans les groupes de travail.

SANTÉ MENTALE – POPULATION GÉNÉRALE – LA PRISE EN CHARGE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Part de la file active exclusivement ambulatoire

Indicateurs	Vosges	France
Addiction	82,2	68,7
Troubles de l'humeur	91,2	77,3
Troubles sévères*	5,8	9,9
Autres TMS**	11,9	10,6

Source : RIM-P – 2015

* Troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère

** Autres troubles sévères (TED, déficience...)

Admission par les urgences

Indicateurs	Vosges		France
Addiction (%)	1,0	▼	12,1
Troubles de l'humeur (%)	3,7	▼	11,7
Troubles mentaux sévères (%)	3,2	▼	12,7
Autres TMS (%)	11,9	▲	10,6
Source : RIM-P - 2015			

Durée moyenne annuelle d'hospitalisation (DMAH)

Catégories	DMAH (jours)	
	Vosges	France
Pour troubles de l'humeur	24,4	33,2
Pour addiction	37,7	37,4
Pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	74,7	70,5
Pour autres TMS (TED et déficiences)	170,3	127,3
Source : RIM-P, Insee - 2015		

Taux de réhospitalisation à 15 jours

Catégories	Taux de réhospitalisation à 15 jours (%)	
	Vosges	France
Pour troubles de l'humeur	3,0	6,6
Pour addiction	3,8	7,9
Pour troubles mentaux sévères* (%)	15,0	17,3
Source : RIM-P, Insee - 2015		

Taux de réhospitalisation à 30 jours

Catégories	Taux de réhospitalisation à 30 jours (%)	
	Vosges	France
Pour troubles de l'humeur	8	11
Pour addiction	6	13
Pour troubles mentaux sévères* (%)	9,4	11,1

Part de patients hospitalisés au long cours (depuis plus d'1 an)

Catégories	Taux de recours standardisé en hospitalisation temps plein (patients pour 1000 hab.)	
	Vosges	France
pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	2,4	2,9
pour autres TMS (TED et déficiences)	0,8	0,3
Source : RIM-P, Insee - 2015		

La durée moyenne d'hospitalisation et le taux de réhospitalisation concernant les autres TMS feront l'objet d'une analyse lors des travaux du PTSM.

SANTÉ MENTALE - POPULATION GÉNÉRALE - L'ARTICULATION VILLE-HÔPITAL**Pour troubles de l'humeur**

Indicateurs	Vosges		France
Part de patients hospitalisés sans suivi en amont* (%)	14,9	▲	14,1
Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	32,8	▼	41,8
Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	58,5	▲	49,4
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	3,3	▼	4,0
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie	45,4	▼	50,5

Pour addictions

Indicateurs	Vosges		France
Part de patients sans suivi en amont* (%)	15,4	▼	16,3
Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	53,1	▲	51,6
Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	51,2	▲	43,8
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	6,8	▲	6,5
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie	54,9	▼	58,0

Pour TMS (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère)

Indicateurs	Vosges		France
Part de patients hospitalisés sans suivi en amont* (%)	16,4	▼	20,0
Part de patients hospitalisés sans suivi spécialisé en aval** (%)	24,8	▼	40,0
Part de séjours suivis d'une consultation ambulatoire dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	56,3	▲	43,4
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	13,3	▼	14,5
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie (%)	60,5	▼	66,8

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

Pour autres TMS (TED et déficiences)

Indicateurs	Vosges		France
Part de patients sans suivi en amont* (%)	16,4	▼	20,0
Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	24,8	▼	40,0
Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	56,3	▲	43,4
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	13,3	▼	14,5
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie (%)	60,5	▼	66,8
Source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013			

Note :

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

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

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

SANTÉ MENTALE – POPULATION GÉNÉRALE – LES SOINS SANS CONSENTEMENT

Taux recours aux soins sans consentement (hors UMD) pour 100 000 habitants

Catégories	Taux de recours aux soins sans consentement (pour 100 000 hab. (18+, hors UMD))	
	Vosges	France
soins sans consentement (tous modes légaux confondus)	146,7	132,9
soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE)	22,2	23,1
soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)	74,9	87,2
soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI)	56,6	28,5

Le nombre élevé de soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers doit conduire à une réflexion avec l'ensemble des partenaires (cf. Rapport de visite du Centre Hospitalier RAVENEL du 9 au 13 avril 2018 du contrôleur général des lieux de privation de liberté).

Hospitalisation à l'isolement (hors UMD)

Indicateurs	Vosges		France
Part de patients hospitalisés à temps plein mis à l'isolement (%)	6,7	▼	7,5
Part de journées d'hospitalisation temps plein avec mise à l'isolement (%)	6,0	▲	5,3

Part de patients en programmes de soins

Part de patients en programmes de soins** (% (hors UMD, USMP, D398))	24,6	▼	40,5
** parmi les patients en soins sans consentement			
Part des mainlevées des JLD (%)	6,4	▼	8,7

Source : RIM-P + RIm-P – 2015

SANTÉ MENTALE – POPULATION GÉNÉRALE – LE SUICIDE ET LA MORTALITÉ

Les suicides et tentatives de suicide demeurent un problème de santé publique majeur. Dans la région Grand Est, les conduites suicidaires, c'est en moyenne, un décès par suicide toutes les 12 heures, un passage aux urgences et une hospitalisation complète toutes les 80 minutes.

En région Grand Est, les taux standardisés de mortalité par suicide et d'hospitalisation pour tentatives de suicide (TS) varient selon les départements. Le Bas-Rhin présente le plus faible taux de suicide (11,7 pour 100 000) ainsi que le plus faible taux d'hospitalisation pour TS (66,1 pour 100 000).

En revanche, **le département des Vosges présente le taux de mortalité par suicide les plus élevé (23,7 pour 100 000)**, ainsi que les plus forts taux d'hospitalisation pour TS : 250,6 pour 100 000 (cf. Bulletin de santé publique. Février 2019).

Tentative de suicide

Indicateurs	Vosges	Grand Est	France
Taux de recours en ES pour tentative de suicide chez les 18-64 ans (patients pour 1000 hab. (18-64 ans))	2,5	1,2	1,5

Source : PMSI-MCO - 2015

Âge moyen au décès des personnes

	Indicateurs	Vosges	France
	PEC pour troubles de l'humeur	68	70
	PEC pour des traitements psychotropes	76	77

	Indicateurs	Vosges	France
	PEC pour troubles de l'humeur	68	70
PEC pour troubles mentaux sévères	66,5	65,1	
population générale	80,7	81,5	

Source : Insee, Etat Civil, Score-Santé

SANTÉ MENTALE - POPULATION SPÉCIFIQUE - ENFANTS ET ADOLESCENTS

Enfants et adolescents - Contexte

Population

Indicateurs	Vosges		France
Effectif des 0-17 ans	78 884		14 499 970
Part des 0-17 ans (%)	21,0	▼	22,1
- dont 0-11 ans (%)	13,6	▼	14,8
- dont 0-5 ans (%)	6,4	▼	7,3
- dont 6-11 ans (%)	8,3	▼	8,7
- dont 12-17 ans (%)	7,4		7,3

Source : INSEE RP – 2013

Enfants et adolescents - Offre de soins et d'accompagnement

Prise en charge ambulatoire

Indicateurs	Vosges		France
Nombre de CMP ou unités de consultation (dont 4 hôpitaux de jour)	14		1 502
Densité de CMP ou unités de consultation des services (pour 100 000 hab. de 0 à 16 ans)	18,8	▲	11,0
Part des CMP ouverts 5 jours ou plus par semaine (%)	50,0	▼	80,4

Source : SAE, INSEE RP - 2015

Temps d'accès

Indicateurs	Vosges		France
pt. pop. à 30 min. ou + de l'unité d'hospitalisation temps plein la plus proche (%)	85,4	▲	37,7
pt. pop. à 45 min. ou + de l'unité d'hospitalisation temps plein la plus proche (%)	58,8	▲	15,7
pt. pop. à 60 min. ou + de l'unité d'hospitalisation temps plein la plus proche (%)	23,5	▲	6,0

Source : SAE, Insee METRIC - 2015

Ce temps d'accès est fonction du facteur géographique qui ne facilite pas la mobilité et l'accès aux soins.

Unités spécialisées dans la prise en charge des adolescents

Indicateurs	Vosges	France
Nombre d'unités	1	202
Source : SAE - 2015		

Depuis septembre 2019, l'offre de soins pour adolescent s'est étoffée par l'ouverture d'un Hôpital de Jour du Groupe INICEA à Epinal, qui propose des programmes de soins dédiés aux adolescents souffrant de pathologies psychiatriques stabilisées.

Enfants et adolescents - Offre médico-sociale

Accompagnement

Indicateurs	Vosges	France
Nombre de maisons départementales des adolescents (MDAJA)	1	152

La Maison des Adolescents et des Jeunes Adultes (MDAJA) des Vosges a été créée à la demande de la délégation territoriale de l'ARS des Vosges. Une attache a été prise auprès du Groupement de Coopération Sanitaire – Groupement de Santé Mentale (GCS-GSM 88) pour porter l'initiative. Un projet de service faisant office de convention fondatrice a été signé entre les deux parties pour fixer les modalités d'organisation et de fonctionnement de la MDAJA. Le GCS-GSM 88 regroupe l'Association Vosgienne pour la Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes (AVSEA), la Fédération Médico-Sociale (FMS), l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques (UNAFAM 88) et le Centre Hospitalier Ravenel. L'AVSEA, association gérant une vingtaine d'établissements et services œuvrant auprès des personnes en situation de handicap et en difficultés sociales, a été choisie pour porter le projet de MDAJA.

La MDAJA est établie depuis 2017.

La 1^{ère} antenne a été ouverte à Remiremont en avril 2017, la deuxième à Epinal en septembre 2017 et la 3^{ème} à Saint Dié des Vosges le 07 octobre 2019.

Par ce maillage, la MDAJA couvre le centre et l'est du département tandis que l'ouest demeure encore peu couvert.

L'expérimentation Ecoute'émoi est menée au sein de la MDAJA des Vosges du 27 décembre 2018 au 31 décembre 2021. Elle vise à tester de nouveaux modes de prise en charge de la souffrance psychique chez les jeunes de 11 à 21 ans. Le dispositif est piloté par la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Fédération française de psychiatrie. Dans le Grand Est, ce dispositif est aussi en cours dans les Ardennes, le Haut-Rhin et la Meuse. Il est mis en œuvre par l'ARS et le rectorat. Sa coordination est assurée par les MDA, avec les ARS, les rectorats et les établissements d'enseignement supérieur.

L'initiative vise à renforcer l'information sur la santé mentale des jeunes, améliorer le repérage et l'évaluation de la souffrance psychologique, et garantir l'accès aux soins de santé mentale. Elle comprend deux axes : l'information et la communication auprès des jeunes sur la santé mentale et le recours aux soins, ainsi que la mise en place d'un parcours coordonné de prise en charge et d'accompagnement des jeunes en difficulté. Elle doit permettre à 500 adolescents de bénéficier d'au maximum douze consultations auprès d'un psychologue libéral à un tarif plafonné à 32€.

Offre médico-sociale

Indicateurs	Vosges		France
Densité de structures CAMSP (pour 100 000 hab. de 0 à 6 ans)	14,1	▲	5,9
Densité de places en ITEP (pour 100 000 hab. de 6 à 18 ans)	108,7	▼	148,2
Densité de places en IME (pour 100 000 hab. de 6 à 20 ans)	785,2	▲	577,8
Densité de structures CMPP (pour 100 000 hab. de 0 à 20 ans)	1,1	▼	2,9
Densité de places en SESSAD (pour 100 000 hab. de 0 à 20 ans)	298,3	▼	307,3
Source : FINESS, INSEE - 2015			

Enfants et adolescents - Recours aux soins

Taux de recours en psychiatrie des 0-11 ans (pour 10 000 habitants)

Indicateurs	Vosges	France
Établissement de santé	549,7	315,9
Psychiatre	59,8	88,0

Source : RIM-P - 2015

Taux de recours en psychiatrie des 12-17 ans (pour 10 000 habitants)

Indicateurs	Vosges	France
Établissement de santé	660,5	423,9
psychiatre	119,1	151,8

Source : RIM-P - 2015

Part de mineurs consommant des psychotropes

Catégories	% mineurs consommant des psychotropes (pour 10 000 consommateurs mineurs)	
	Vosges	France
Antidépresseurs	12,4	12,7
Neuroleptiques	33,6	22,5
Anxiolytiques	17,6	17,8
Psychotropes (ensemble)	55,4	43,9
Source : CNAMTS - 2014		

Enfants et adolescents - Recours ambulatoire et à temps partiel

Taux de recours aux soins ambulatoires en établissement pour 10 000 habitants de 0-11 ans et 12-17 ans

Indicateurs	Vosges	France
0 - 11 ans	548,1	310,9
12 - 17 ans	659,1	409,4

Source : RIM-P - 2015

Actes ambulatoires

Indicateurs	Vosges		France
Part des actes ambulatoires à domicile (%)	0,5	▼	1,0
Part des actes ambulatoires hors CMP (%)	2,2	▼	6,2

Source : RIM-P - 2015

Taux d'hospitalisation en temps partiel en psychiatrie pour 10 000 habitants de 0-11 ans et 12-17 ans

Indicateurs	Vosges	France
0 - 11 ans	27,4	23,2
12 - 17 ans	3,9	22,0

Source : RIM-P - 2015

Enfants et adolescents - Recours temps complet

Taux de recours à temps plein en psychiatrie des 0-17 ans pour 10 000 habitants - 0 - 17 ans

Indicateurs	Vosges		France
Taux d'hospitalisation temps complet (pour 10 000 hab.)	8,0	▼	14,5
Taux d'hospitalisation en alternatives à temps complet (pour 10 000 hab.)	0,1	▼	2,3
Taux d'hospitalisation en MCO pour motif psy. (pour 10 000 hab.)	56,9	▲	20,9

Source : RIM-P - 2015

Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans pour 10 000 habitants de 12-18 ans

Indicateurs	Vosges	France
2015	28,7	16,1

Source : PMSI

Personnes âgées – Contexte**Population**

Indicateurs	Vosges		France
Part des 65 ans et plus (%)	20,3	▲	17,7
Part des 80 ans et plus (%)	6,6	▲	5,7

Source : Insee - 2013

Projections de population en 2050

Indicateurs	Vosges		France
Projection de la part de la population âgée de 65 ans et plus en 2050 (%)	34,9	▲	27,2
Évolution de la population âgée de 65 ans et plus entre 2013 et 2050 (%)	48,6		72,8

Source : Insee, Omphale - 2017

Contexte socio-économique

Indicateurs	Vosges		France
Taux de personnes âgées isolées (%)	34,4	▲	33,5

Source : Insee - 2013

Personnes âgées - Offre de soins et d'accompagnement**Offre sanitaire****Gériatres**

Indicateurs	Vosges		France
Densité de gériatres (série longue) (pour 100 000 hab. (65+ ans))	8,9	▼	15,6

Source : RPPS - 2017

Unités d'hospitalisation psychiatriques

Indicateurs	Vosges		France
Unités spécialisées dans la psychiatrie du sujet âgé (unité(s))	1		145
Densité de places d'UHR (places pour 100 000 hab. (65+))	19,7	▲	19,0
Densité de places d'UCC (places pour 100 000 hab. (65+))	19,7	▲	9,7

Source : SAE + Finess - 2015

UHR : Unités d'Hébergement Renforcé

UCC : Unités Cognitivo-Comportementales

SSIAD, SPASAD, SAAD, PASA

Indicateurs	Vosges		France
Densité de places dans les services de soins à domicile (SSIAD et SPASAD) (pour 1000 hab. (65+))	12	▲	11
Densité de SAAD (services pour 100 000 hab. (65+))	N/A		22,2
Densité de PASA (pôles d'activité et de soins adaptés) (pour 100 000 hab. (65+))	15,7	▲	13,0
Source : FINESS - 2015			

Dispositifs d'accompagnement

CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination en gérontologie)

Le CLIC est une structure de proximité, d'accueil, d'information, de coordination et d'orientation. Les Vosges possèdent 4 CLIC de label 3 qui couvrent la totalité du département.

Plateformes de répit

C'est un dispositif qui propose des solutions d'accompagnement aux personnes en perte d'autonomie et/ou atteintes de troubles de la mémoire et cognitifs (maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées) vivants à domicile et à leurs aidants. Le département en compte actuellement deux, portées par le Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien et le regroupement de coopération sociale et médico-sociale REGHEVO.

MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)

Le département des Vosges dispose de trois dispositifs MAIA qui couvrent l'ensemble du territoire. Issu du Plan National Alzheimer, le dispositif MAIA a pour objectif de :

- Simplifier et faciliter le parcours d'aide et de soins de la personne âgée en perte d'autonomie,
- Améliorer la réponse à l'utilisateur et à son entourage,
- Être ressource pour les professionnels.

Il est composé du financeur (Agence Régionale de Santé), du porteur (Conseil départemental des Vosges), du service MAIA proprement dit et des nombreux partenaires du territoire (CLIC, EHPAD, ESSMS, établissements de soins, CH RAVENEL, SAAD, SSIAD, médecins, paramédicaux, caisses de retraite, tutelles, justice, associations d'utilisateurs...) désireux de s'impliquer dans le dispositif.

MSVS (Maison de la Solidarité et de la Vie Sociale)

Une MSVS est un Centre Médico-Social (CMS) du Conseil Départemental, c'est à la fois un lieu et un service qui regroupe des professionnels de plusieurs métiers sociaux et médicaux. Les Vosges comptent actuellement 10 MSVS.

C'est un lieu d'accueil, d'information, d'orientation, d'évaluation et d'accompagnement des personnes en difficultés, du nourrisson à la personne âgée, sur tout le département.

Densité de places

Indicateurs	Vosges	France
USLD (% 75 ans+)	1,2	2,7
EHPAD/EHPA (% 65 ans+)	79,5	63,1

Source : FINESS, Statiss – 2015

Personnes âgées - Recours aux soins

Taux de recours : psychiatres et ES

Indicateurs	Vosges		France
Taux de recours vers les psychiatres libéraux des 65 ans et plus (pour 10 000 hab. (65+))	77,8	▲	51,8
Taux de recours en ES pour motif psy. des 65 ans et plus (pour 10 000 hab.)	339,6	▲	244,5
Source : SNIIRAM, RIM-P - 2015			

Personnes âgées - Prise en charge en établissement

Modalités de prise en charge en établissement de santé – hospitalisation

Indicateurs	Vosges		France
Taux d'hospitalisation en psychiatrie des 65 ans et plus (pour 10 000 hab. (65+))	31,0	▼	55,0
Taux de personnes âgées hospitalisées en MCO pour motif psy. (pour 10 000 hab. (65+ ans))	85,5	▼	96,2
Part d'admission par les urgences, en psychiatrie, des 65 ans et plus (% nb. séjour psy.)	3,8	▼	13,9
Part d'admission par les urgences, en MCO pour motif psy., des 65 ans et plus (%)	69,4	▲	44,4
Source : RIM-P - 2015			

Modalités de prise en charge en établissement de santé – ambulatoire

Indicateurs	Vosges		France
Taux de recours en ambulatoire pour motif psy. des 65 ans et plus (pour 10 000 hab. (65+ ans))	333,3	▲	219,7
Part des actes à domicile parmi les actes ambulatoires des 65 ans et plus (%)	11,6	▼	17,1
Part des actes de liaison vers le médico-social (%)	13,0	▲	10,6
Source : RIM-P - 2015			

Le développement de l'activité ambulatoire en établissements spécialisés permet de diminuer les hospitalisations temps plein.

Hospitalisation pour tentative de suicide

Indicateurs	Vosges		France
Taux de recours en hospitalisation pour TS. des 65 ans et plus (pour 10 000 hab.)	5,8	▲	5,4
Source : PMSI MCO - 2015			

Mortalité par suicide

Indicateurs	Vosges		France
Taux de mortalité par suicide des 75 ans et plus (pour 10 000 hab. (75+ ans))	7,9	▼	8,2
Source : CépiDc, IRDES - 2011			

Populations vulnérables - Populations migrantes**Population migrante**

Indicateurs	Vosges		France
Part de la population née à l'étranger (%)	4,2	▼	8,9
Source : Insee RP - 2013			

AME et hébergement social

Indicateurs	Vosges		France
Part des bénéficiaires de l'AME parmi les consommateurs RG (pour 1000 consommateurs)	1,8	▼	6,8
Densité de places d'hébergement social à destination des demandeurs d'asiles et réfugiés (pour 100 000 hab.)	18,7	▼	37,8
Source : SNIIRAM, FINESS, DRJCS, DGCS, Scoresanté - 2014			

Populations vulnérables - Populations détenues

	Vosges	Par Type d'établissement	Tout établissement confondu
Type d'établissement	1 Maison d'Arrêt	85	180
Nombre de places opérationnelles	294	17988	57955

Soins en milieu pénitentiaire

Indicateurs	Vosges		France
Part de détenus placés à l'isolement (%)	60,0		60,1
Proportion de journées d'isolement thérapeutique des détenus hospitalisés (%)	52,5	▲	37,2
Taux de recours en hospitalisation (Article D398 Code Procédure Pénale) (pour 10 000 détenus)	139,5	▼	166,3
Source : RIM-P - 2016			

Le dispositif de prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire a fait l'objet de renforcements successifs de moyens depuis la mise en œuvre de la loi N° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

Le législateur confie les soins des détenus au ministère de la santé et non plus à celui de la justice ; l'objectif de la réforme est de garantir aux personnes incarcérées une qualité des soins identique à celle existant pour la population générale. Depuis l'application de cette loi, l'infirmerie s'appelle UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires) puis nommée actuellement USMP (Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire).

Le modèle de fonctionnement de l'USMP psychiatrique de la Maison d'Arrêt d'Epinal, est celui d'un centre médico-psychologique.

Il repose sur un certain nombre d'éléments :

- une équipe pluridisciplinaire au service de patients demandeurs, en lien avec des partenaires,
- un espace temps-liberté pour amorcer une prise en charge qui pourra se poursuivre après la sortie,
- un dispositif s'appuyant sur les possibilités de prise en charge hospitalière pour les problématiques de crise ou de pathologies sévères au long cours (SMPR – Service Médico-Psychologique Régional ou CH RAVENEL ou UHSA).

Depuis mi-2013 ce modèle a été complété par une prise en charge sur un mode d'ateliers thérapeutiques (soins esthétiques, écriture, relaxation et expression scénique).

IV – ÉLABORATION DU DIAGNOSTIC PARTAGÉ

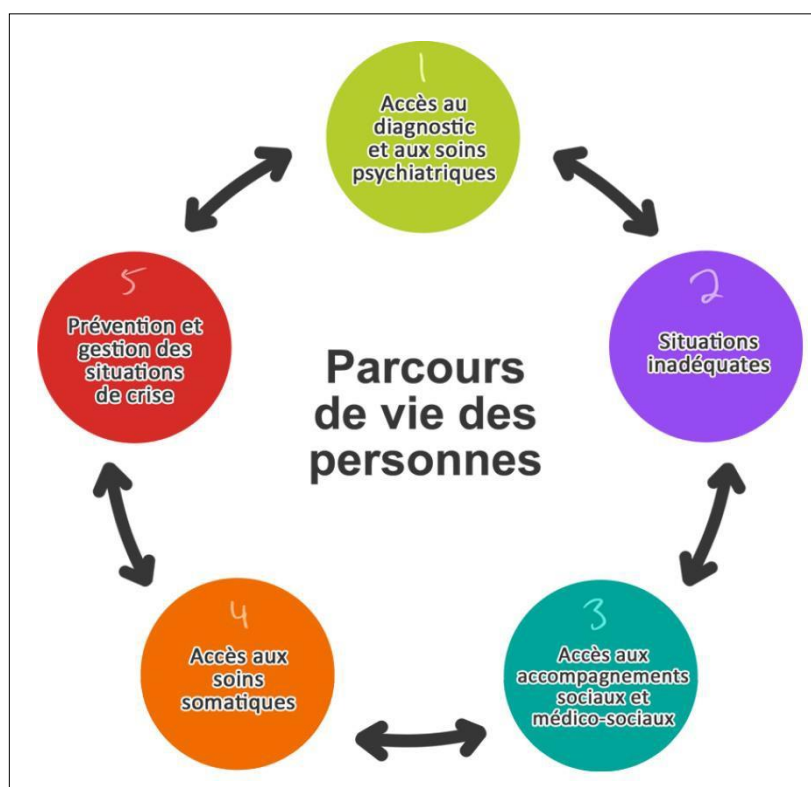
Le diagnostic territorial partagé est établi par l'ensemble des acteurs de la santé mentale du territoire. Il identifie les ressources disponibles, les insuffisances dans l'offre de prévention et de soins ou d'accompagnement des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services. Il préconise des actions pour y remédier en s'appuyant sur des leviers existants ou innovants.

L'élaboration du diagnostic repose en partie sur l'analyse d'une enquête sur les freins et ruptures du parcours de vie de personnes vivant avec des troubles psychiques (Annexe 5). Tous les acteurs ont été sollicités pour compléter ce questionnaire en tant que professionnels, mais aussi pour orienter celui-ci vers les usagers, en capacité de le remplir seul ou de manière accompagnée.

Cette enquête a été complétée par la tenue de groupes de travail, selon des thèmes identifiés comme étant des points de ruptures dans le parcours de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques. Les groupes de travail ont été animés par deux membres du groupe-projet.

Trois séances de travail de 2 heures ont eu lieu pour chaque groupe :

- La première a été un brainstorming afin de faire émerger les problématiques
- La deuxième a permis une analyse partagée des éléments recueillis
- La troisième a permis la formalisation du diagnostic partagé



1- Enquête

En août 2019, une enquête à destination de l'ensemble des acteurs, des usagers et représentants des usagers a été diffusée ce qui correspond à environ 300 envois.

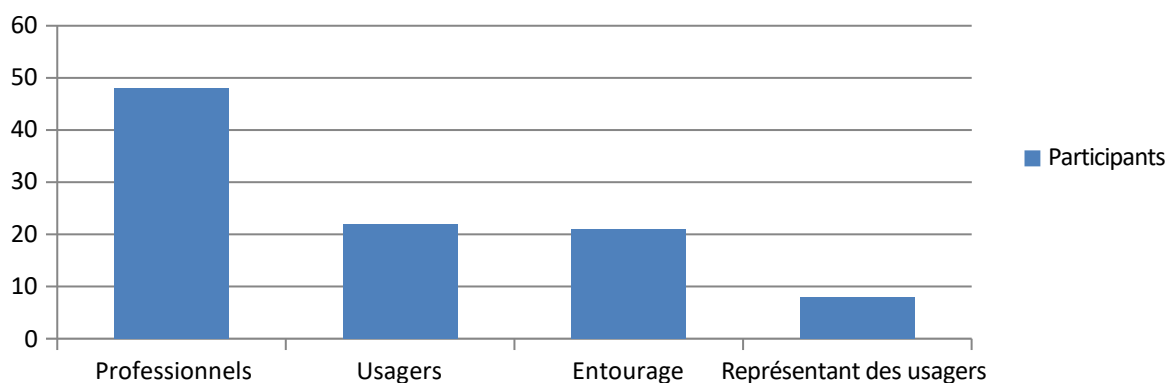
Son élaboration, par le groupe projet, a été validée par le COPIL du PTSM 88.

Le questionnaire se présente en deux parties :

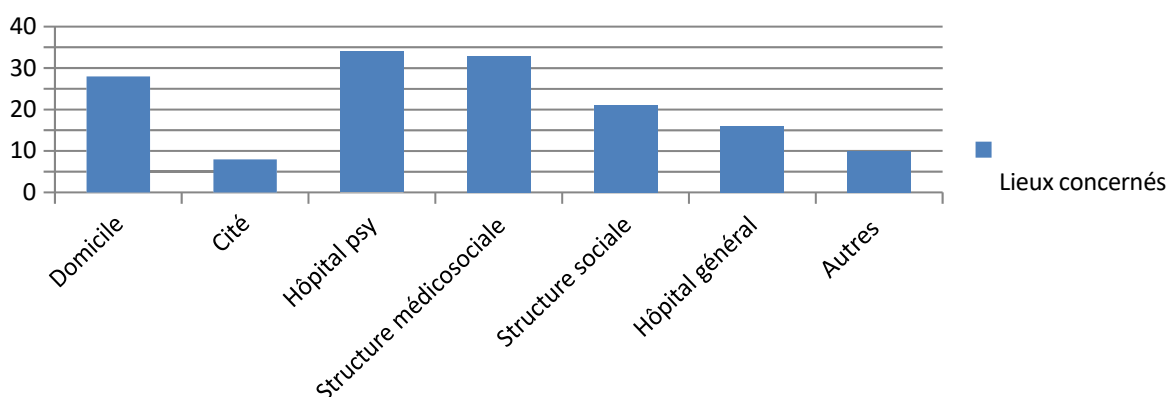
- d'une part, la description d'une situation, d'une problématique rencontrée (prise en charge, soins, citoyenneté, dignité, bien-être, sécurité, hébergement ou logement, insertion sociale ou professionnelle ...) avec proposition d'une analyse et de pistes d'amélioration,
- d'autre part, un questionnaire reprenant les problématiques générales par les 5 portes d'entrées de la rosace ainsi qu'un thème transversal concernant directement des usagers, les aidants et leur entourage.

Un retour de 99 réponses sur la période d'août à octobre 2019 complète l'élaboration du diagnostic territorial dont 51 concernent directement la seconde partie de l'enquête (questions fermées).

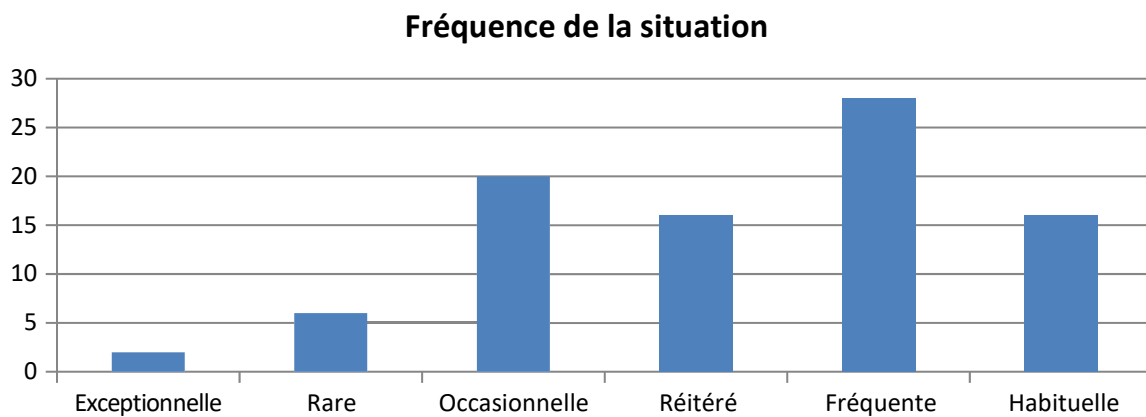
Participants



Lieux concernés



Autres lieux : Collectivités locales- MDPH - Médecine libérale – Entreprises - Administration / Police - Éducation nationale



Synthèse générale de l'enquête – Problématiques

► **Thème 1 : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques**

- Délais de rendez-vous auprès des CMP / mobilité des équipes,
- Choix du lieu de soin / du praticien,
- Prévention des troubles précoces,
- Réponses aux soins, accès à l'information,
- Accès aux transports.

► **Thème 2 : Situations inadéquates**

- Durée d'hospitalisation / de prise en charge,
- Réponse aux situations vécues par l'entourage,
- Articulation entre les différents dispositifs,
- Partage de l'information,
- Solutions d'hébergements.

► **Thème 3 : Accompagnements sociaux et médico-sociaux**

- Préparation à la sortie,
- Accès au logement / à l'emploi,

- Coordination entre les professionnels,
- Connaissances des pratiques et missions de chacun,
- Participation et avis des usagers.

► **Thème 4 : Accès aux soins somatiques**

- Prise en charge des soins somatiques en centre hospitalier spécialisé,
- Prise en compte du handicap psychique dans les soins somatiques,
- Coordination entre les médecins,
- Partage de l'information,
- Place de la télémédecine (accessibilité des dispositifs).

► **Thème 5 : Prévention et gestion des situations de crises**

- Délais d'intervention / de prise en charge,
- Conditions de prise en charge aux urgences,
- Prise en compte de la parole des aidants / solutions de répit,
- Coordination entre les professionnels.

► **Thème 6 : Transversal**

- Moyen d'action contre la stigmatisation,
- Soutien aux aidants / place des usagers,
- Lisibilité de l'offre / cohérence dans le parcours,
- Rétablissement et réhabilitation psychosociale à conforter,
- Prévention du suicide / des addictions,
- Place des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM),
- Formation aux premiers secours en santé mentale,
- Méconnaissance de la formation.

Pistes d'amélioration proposées

- Identifier l'ensemble des dispositifs, du réseau au regard des situations,
- Conforter la place des CLSM, du GCS-GSM88, des GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle),
- Intégrer l'ensemble des acteurs, des dispositifs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et libéraux dans le parcours de vie de la personne,
- Fluidifier le parcours, apporter de la cohérence dans les pratiques,
- Conforter la collaboration pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle,
- Partager l'information, portail numérique,
- Développer les équipes mobiles pluridisciplinaires,
- Favoriser l'accès aux CMP, éviter le passage aux urgences, organiser la réponse non programmée,
- Renforcer le SSIAD psy, l'accompagnement par le SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale),
- Développer la formation aux premiers secours en santé mentale,
- Développer les hébergements adaptés,
- Favoriser le rétablissement, la réhabilitation psychosociale,
- Développer des plateformes de secours, d'aide aux proches,
- Renforcer l'accès aux soins somatiques,
- Conforter la place des usagers, familles, professionnels en formant un COPIL représentatif.

2- Groupes de travail



Nombre de participants : 10
08 octobre 2019 – 16 octobre 2019 – 07 novembre 2019

Pilotes : M. Daniel CROCHETET (UNAFAM) – M. Jérôme CHANTY (Centre Hospitalier Ravenel)

Relever les freins et risques de rupture qui peuvent impacter l'accès aux soins psychiatriques : délais de rendez-vous, stigmatisation, non recours...

Identifier les causes : démographie médicale des psychiatres, répartition de l'offre et accès inégalitaire aux soins (environnement)...

Dégager des pistes de réponse au regard des besoins des personnes et du territoire : dépistage et intervention précoce, adaptation géographique et qualitative de l'offre...

Composition du groupe:

Conseil départemental 88 – Pôle des Solidarités – Direction de l'Autonomie / AVSEA – Maison des Adolescents et Jeunes Adultes / AVSEA – Dispositif Cèdre / CPAM des Vosges / FMS – Foyers d'hébergement Ariane et Saphir / AVSEA – Service d'Accompagnement et de Protection Juridique / DT PJJ 54-55-88 / DT ARS 88 / ADAPEI – IME ST AME et IME ST DIE « Désiré/Magloire Bourneville » / UNAFAM



Nombre de participants : 24
14 octobre 2019 – 28 octobre 2019 – 25 novembre 2019

Pilotes : M. Hervé BOYER (GCS-GSM 88) – M. le Docteur François CONRAUX (AVSEA)

Une situation inadéquate peut être définie comme l'ensemble des relations qui unissent une personne, un groupe à son milieu et qui ne conviennent pas, au regard des besoins de cette même personne dans son parcours de vie.

Nous nous situons sur au moins 3 niveaux différents mais qui doivent être complémentaires et mis en lien :

L'AMONT - L'HOSPITALISATION TEMPS PLEIN EN PSYCHIATRIE – L'AVAL

Composition du groupe:

Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien / DT PJJ 54-55-88 / CHRS l'Abri / Centre Hospitalier Ravenel / ADAPEI – FAS FAM Le Patio et Foyer d'hébergement Delille à St Dié / Hôpital Val du Madon / FMS – Foyer Les Essis / CPAM des Vosges / HJ Ados INICEA / CHRS Le Renouveau / FMS – EHPAD JM MOYE – MAS Aquarelle – MAS L'Effeuilley / UNAFAM / AVSEA – Dispositif Cèdre / CDCA / AVSEA – IME Fontenoy le Château / DT ARS 88 / SIAO 88



Nombre de participants : 41
10 octobre 2019 – 24 octobre 2019 – 15 novembre 2019

Pilotes : M. Guillaume BERTOLOTTI (AVSEA) – Mme le Docteur Sylvie NATAF (FMS)

Établir l'état des ressources disponibles. Évaluer les insuffisances, la continuité dans l'offre de service social et médico-social, la coordination avec le secteur sanitaire, les délais d'attente, les problèmes d'accessibilité géographique ou financière.
Proposer des solutions adaptées et des actions pour remédier aux limites observées ainsi que des actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique.

Composition du groupe:

CHRS Le Beillard / UNAFAM / UGECAM - DITEP Epinal / DT PJJ 54-55-88 / FMS – Pôle Insertion / AVSEA - CAP EMPLOI 88- / AVSEA – ESAT / IMT RAPADI Neufchâteau / AVSEA - SAPJ St Dié / FMS – ESAT FLOREBOIS / CAMSP / Centre Hospitalier Ravenel / Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien / FMS – SAVS ST NABORD / CPAM des Vosges / CMPP Epinal et Neufchâteau / ADALI Habitat Hôpital Val du Madon / UGECAM - DITEP LA COMBE Senones / CDU CH Ravenel / VOSGELIS / IME Châtel sur Moselle / Conseil départemental 88 – Pôle des Solidarités – Direction de l'Autonomie / CCAS St Dié des Vosges / Centre Hospitalier Émile Durkheim / PETR Pays de Remiremont et de ses vallées / FMS – ESAT / CREA GRAND EST (Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations) / AGACI (Association de Gestion, d'Animation et de Coordination pour l'Insertion) / CPAM des Vosges / ADAVIE / CMPP Epinal/Neufchâteau / ADAPEI – ESAT Les Alisiers ST DIE / FMS - ESAT FLOREBOIS Darney / DDCSPP 88



Nombre de participants : 5
17 octobre 2019 – 07 novembre 2019 – 20 novembre 2019

Pilotes : M. Daniel MOINE (AVSEA) – Mme Marilyna VANTINI (Centre Hospitalier Ravenel)

- *Comment tendre vers l'augmentation de l'espérance de vie des patients souffrant de pathologies psychiatriques?*
 - *Entendre la parole des patients, de leur famille et de leurs aidants.*
- *Repérer et « réparer » les freins qui empêchent l'accès aux soins somatiques : du domicile au médecin généraliste, à l'hôpital et au plateau technique*

Composition du groupe:

UNAFAM / FMS – EHPAD JM Moye – MAS Aquarelle – MAS L'Effeuilly – Foyer Les Essis
Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien / Association « Urgence 88 »



Nombre de participants : 32
18 octobre 2019 – 05 novembre 2019 – 29 novembre 2019

Pilotes : M. Jean-Louis MOUREY (UNAFAM) – Mme Laure VUKASSE (Centre Hospitalier Ravenel)

Décompensation, dégradation
Hospitalisation en urgence sans indication thérapeutique
La continuité des soins, les conditions d'accueil, la réinsertion...

Composition du groupe:

Conseil départemental 88 – Pôle des Solidarités – Direction de l'Autonomie / FMS -ESAT FLOREBOIS Darney / Communauté d'Agglomération d'Epinal / FMS - Foyer de vie "Les Essis" / Groupement de gendarmerie d'Epinal / ADALI Habitat / DSDEN / ADAPEI - MAS Le Tholy / ADAPEI - ESAT St Amé et Contrexéville / UNAFAM / CLSM Ouest Vosgien / Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien / Centre Hospitalier Ravenel / Hôpital Val du Madon / CCAS La Bresse / DT PJJ 54-55-88 / AVSEA – DAPJ / CPAM des Vosges / SPIP 88 / ADALI Habitat / CCAS Epinal

V – SYNTHÈSES ET PISTES

1 – Synthèse générale des constats

Le diagnostic territorial partagé des Vosges a permis à différents acteurs, professionnels, usagers, de se rencontrer pour échanger sur les problématiques rencontrées, les problèmes psychiques des populations du territoire et les réponses à apporter.

Stigmatisation (psychiatrie, troubles, patients & usagers), agir pour changer les comportements

- Mettre en œuvre une stratégie de communication pérenne en s'appuyant sur les Semaines d'Information en Santé Mentale (en mars) et la journée mondiale de la santé mentale (10 octobre). Ces actions, qui attirent surtout les professionnels, devront être le support de communication majeure à destination du grand public.
- Sensibiliser et former les professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, dentistes, kinés, ambulanciers...) par des actions particulières. La CPAM dispose de bulletins d'information destinés à ces professionnels, elle est ouverte à un partenariat.
- Construire avec l'Éducation Nationale un dispositif d'information déstigmatisant pour tous les âges.

Le GCS – GSM88 pourrait avoir un rôle moteur dans cette démarche.

Faire reculer le non recours et le renoncement aux soins (psychiatriques et somatiques)

⅓ des français a renoncé à des soins dans les 12 derniers mois et 49% des personnes éligibles à des aides en ignorent l'existence.

Les problématiques identifiées sont :

- Droits et dispositifs méconnus, notamment en cas de précarité,
- Mobilité réduite : transports en milieu rural, incapacité à se déplacer (problème physique, phobie...),
- Reste à charge,
- Délais d'attente inadaptés.

*Le dispositif MAS (**Mission Accompagnement Santé**) de la CPAM devrait être un des piliers de cette action. La problématique **mobilité**, évoquée dans tous les groupes de travail, remet en avant la notion de « **aller vers**» (VAD, HAD...) mais amène aussi à penser à d'autres solutions.*

Repérer précocement les situations à risques à tous les âges / Améliorer le dépistage précoce

- Objectiver les notions de prévention et de repérage précoce et définir une stratégie adaptée aux territoires,
- Premiers secours en santé mentale (PSSM),
- Renforcer les dispositifs de 1^{ère} ligne et éviter l'évolution chronique de la maladie,
- Prévention et accès rapide aux soins pour détecter un problème de développement psychoaffectif,
 - Repérage des signes d'alerte et facteurs de risques pour les ados – jeunes adultes : Repérage et prise en charge précoces des psychoses émergentes et Projet « PIVO » de lapédopsychiatrie,
 - La MDAJA devrait être à l'articulation du sanitaire, de l'Éducation Nationale, des dispositifs sociaux et des collectivités territoriales,

- Dispositif « **Ecoute'émoi** » sur les Vosges, cette expérimentation en cours doit être pérennisée,
- Personnes âgées : développement de l'accès aux soins, afin de diagnostiquer et différencier une maladie psychique des troubles de la sénescence,
- Informer, former, partager les pratiques,
- Développement d'outils d'aide au repérage précoce à l'attention des médecins généralistes,
- Développement de plateformes d'échanges entre médecins généralistes et psychiatres afin de permettre la télé-expertise et mise en relation rapide.

Faciliter l'accès aux dispositifs et améliorer la qualité des services

- Professionnels, usagers, entourage : se connaître, se former et travailler ensemble
 - Niveau local : **CLSM** – Conseil local de santé mentale
 - Niveau département : **GCS-GSM 88**, Groupement de santé mentale des Vosges
 - Niveau région : **CREHPSY** – Centre de ressource handicap psychique

Quatre CLSM existent, mais un seul fonctionne véritablement, il serait nécessaire de les réactiver, de les développer et de formaliser leur rôle.

Un GCS-GSM88 élargi, redynamisé, avec des missions réactualisées pourrait devenir le pivot d'un large dispositif territorial d'information, de formation et de coordination. Il pourrait centraliser les besoins en formation identifiés sur le territoire et participer à la répartition de la diffusion entre les 3 niveaux.
- Décloisonnement dans les structures hospitalières et entre les structures sanitaires, sociales et médico-sociales
 - Organiser l'échange de pratiques, réunions de synthèses,...
 - Organiser une véritable transition entre les âges : ados – adultes – personnes âgées
 - Repenser la place et le fonctionnement des CMP
 - Harmonisation des outils informatiques → partage d'information

La transition « entre âges » est un impératif urgent qui peut se mettre rapidement en œuvre. Le CMP tient une place centrale, mais il devrait s'ouvrir pour accueillir en intra ou en partenariat de nouveaux intervenants pour assurer du lien et traiter du mal-être (psychologues, éducateurs, travailleurs sociaux...).

Définir la place des Infirmiers en Pratique Avancée au sein des dispositifs.

- Équipes mixtes (sanitaires, sociales, médico-sociales) d'urgence, de soins et d'accompagnement
- Télémédecine

L'amélioration de l'accès aux dispositifs en amont de l'hôpital associée à un accompagnement plus dense réduirait les hospitalisations.
- Repenser l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé

Engager une politique active de réhabilitation psychosociale

- S'appuyer sur les expériences et ressources régionales existantes
- Former et recruter les nouvelles compétences nécessaires pour développer :
 - L'éducation thérapeutique
 - La remédiation cognitive
 - Les approches psycho-corporelles
 - Les habiletés sociales

La réhabilitation est au cœur du rétablissement qu'elle permet d'atteindre.

Une mise en œuvre ambitieuse repose essentiellement sur une offre de soins elle aussi ambitieuse.

Elle ne peut être basée que sur le respect de l'utilisateur et de ses droits.

Compléter et densifier le maillage des étapes de la démarche d'insertion

- Mettre en place des coordonnateurs de parcours : individu ou équipe légitimée pour avoir une capacité réelle d'action sur tout ou partie du parcours de vie de l'utilisateur
- Préparer la sortie de l'hôpital dès l'entrée : attente de l'utilisateur, partenariats extérieurs...
- Densifier le maillage du territoire en terme d'accompagnement, en tenant compte de la spécificité du bassin de vie

Des dispositifs existants sont peu utilisés, peut-être faudrait-il les évaluer afin de les adapter au besoin réel pour pouvoir les promouvoir (ex : PTA - plate-forme territoriale d'appui, RAPS - réseau d'alerte, Groupe opérationnel de synthèse de la MDPH) et/ou les associer à d'autres. La chaîne structurelle, CH → SAMSAH → SAVS → GEM → insertion, est imparfaite.

Le SSIAD est un plus très intéressant mais ne compense pas l'absence de SAMSAH.

- Construire une offre de logement accompagné diversifiée, adaptée aux situations et aux besoins des usagers afin d'éviter les orientations inadéquates (logement accompagné – intermédiation locative – appartements thérapeutiques – dispositif « Un chez soi d'abord » – Habitat communautaire – logement associatif – maison gouvernante...)
- Créer un dispositif d'accueil spécifique mixte psycho-éducatif pour jeunes en voie de déstructuration psychique

Situation signalée par la PJJ : les jeunes concernés sont souvent hospitalisés sous contrainte faute de solutions, sans vraiment relever de la psychiatrie.

- Agir pour l'insertion par l'activité
 - Élaborer un dispositif, hors hôpital, permettant le réentraînement, par exemple par le bénévolat
 - Déployer sur l'ensemble du territoire le dispositif « DECLIC » : co-construction via le partenariat entre les acteurs du champ de la psychiatrie et du champ médico-social (CH Ravenel – AVSEA) d'un outil innovant pour renforcer l'intégration et le maintien dans l'emploi de personnes en situation de handicap psychique,
 - Aider le milieu protégé à évoluer et préparer la sortie d'ESAT → ESAT hors les murs
 - Inciter à la création d'étapes d'insertion complémentaires : entreprise adaptée, intérim d'insertion...
- Évaluer les conventions de partenariat existantes pour en améliorer l'efficacité

Conforter la place des usagers et de leur entourage au sein des dispositifs et veiller au respect de leurs droits

- Créer un pôle des usagers au sein des services de la psychiatrie publique
 - Fédérer et coordonner toutes les actions en faveur des usagers
 - Promouvoir la démocratie sanitaire au service de l'alliance thérapeutique : prise en compte de la parole des usagers et de l'entourage (souhaits, expériences...)
 - Renforcer la place et le rôle des usagers et de l'entourage au sein de l'hôpital : participation aux projets (actions, organisation et fonctionnement...)
 - Formaliser une charte commune des droits des usagers (structures sanitaires, médico-sociales et sociales)
Le pôle des usagers est un pôle administratif faisant le trait d'union entre tous les acteurs en santé mentale.
Son rôle est plus large que celui du service relation usagers du CH et de son projet des usagers.
Il peut notamment traiter des plaintes avec d'autres destinataires : CD, ARS...
- Soutenir les aidants :
 - Ouvrir des possibilités de répit : augmentation des places d'accueil temporaire, expérience québécoise « Une heure pour soi »
 - Développer les consultations famille sans le patient : conseils, besoins spécifiques (programme BREF)
 - Promouvoir l'alliance thérapeutique, associer l'entourage aux projets des usagers
 - Orienter vers les offres de soutien aux aidants : instances internes (pôle des usagers), associations...
 - Développer la formation des aidants avec les associations : Profamille, atelier Prospect de l'Unafam...
Programme de psychoéducation BREF à destination des aidants, afin de proposer rapidement une aide aux aidants de personnes atteintes de troubles psychiques. BREF est un programme psychoéducatif unifamilial en 3 séances (1h) animées par 2 professionnels (Infirmiers/Psychologue/Interne) et d'un suivi post-programme à 3 mois. L'ensemble du programme et ses outils ont été construits par des aidants adhérents à l'UNAFAM.
Les objectifs de ce programme sont de motiver les aidants à se faire aider, d'informer sur la maladie, les traitements et les dispositifs existants, de développer l'alliance thérapeutique et d'individualiser l'accueil des familles (déploiement début 2020 sur l'Ouest-Vosgien)
- Créer une maison des usagers : lieu d'accueil et d'information mis à la disposition des associations d'usagers pour les patients et pour leurs proches

Comprendre le suicide et mettre en œuvre une prévention efficace

- Élaborer une stratégie et un plan de prévention territorial tenant comptes des spécificités des bassins de vie
 - Comprendre pour prévenir → Formation premier secours en santé mentale et UDR
 - Formation de référents en prévention du suicide : collectivités, établissements scolaires, entreprises...
 - Maillage d'un réseau sentinelle et développement des partenariats : SOS Amitié Nancy, Suicide Ecoute...
 - Organiser la communication autour des Journées Nationales pour la Prévention du Suicide (JNPS : 5 février) et mondiale (JMPS : 10 octobre)
 - Formation des médecins généralistes, des professionnels de santé et des acteurs du médico-social au repérage de la crise suicidaire

- Soutien psychologique aux jeunes les plus fragiles par un suivi psychologique chez les jeunes en partenariat avec la CPAM (Exemple : association PHARE-Enfants-Parents à PARIS → paiement de 26 séances /an, honoraires des psychologues)
- Instaurer un partenariat entre le sanitaire et les familles après, voire avant la 1ère TS

Près de 9 000 décès par suicide par an sont identifiés en France (estimation réelle supérieure à 10 000 par an) et plus de 200 000 tentatives de suicide (TS) annuellement : soit un coût social de 350 k€ par suicide et de 5 à 15 k€ par TS.

Le dispositif Vigilans est un maillon pertinent pour la prévention de la récurrence dans les mois qui suivent une TS.

Des formateurs prévention du suicide (URD) ont été formés sur action du GCS-GSM88. Info Suicide peut également être une ressource.

Formation des médecins à la prise en charge de la dépression (mauvaise prescription d'anxiolytiques et d'antidépresseurs par les médecins généralistes)

Agir pour traiter et prévenir les addictions

- Renforcer les liens acteurs du sanitaire, social et médico-social avec les CAARUD / CSAPA
- Recruter un médecin addictologue au Centre Hospitalier Ravenel
- Former les personnels qui sous-estiment souvent les risques liés aux addictions
- Créer un groupe de travail au sein du CH pour étudier la possibilité de profiter de l'hospitalisation pour initier une démarche... mais aussi pour limiter la circulation de produits

2 – Analyse stratégique des dispositifs de santé mentale

Le groupe projet propose également une analyse stratégique des dispositifs de santé mentale du territoire des Vosges.

Cette cartographie se présente sous la forme d'un "AFOM" (Atouts / Faiblesses / Opportunités / Menaces).

Atouts et faiblesses résultent de ce qu'on appelle un diagnostic interne, c'est-à-dire un diagnostic des forces et faiblesses des dispositifs.

Opportunités et menaces correspondent à un diagnostic externe, c'est à dire un diagnostic de l'environnement micro et macro dans lequel les dispositifs évoluent.

Les atouts du territoire sont :

- Un contexte politique et institutionnel favorable (soutien des élus et de l'ARS)
 - ✓ GCS-GSM 88
 - ✓ CLS - CLSM
 - ✓ GEM
 - ✓ UNAFAM
 - ✓ MADJA
 - ✓ SSIAD Psy
- De nombreux projets portés par le Centre Hospitalier Ravenel, ses partenaires et les acteurs
 - ✓ Projet PIVO (repérage précoce des psychoses émergentes)
 - ✓ Projet Equipe mobile pour adolescent avec troubles du comportement complexes
 - ✓ Projet FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)
 - ✓ Projet AFT (Accueil Familial Thérapeutique)
 - ✓ MAS Psy (Maison d'Accueil Spécialisée)
 - ✓ Projet SSIAD Psy intersectoriel
- Des valeurs partagées par l'ensemble des établissements, participation aux travaux du PTSM 88
- Un maillage territorial satisfaisant avec une complétude de l'offre de soins et d'accompagnement médico-sociaux et sociaux
- Des conventions de partenariats dans différents champs
- Une politique pour le droit des patients et une représentation des usagers existante et développée - un projet des usagers en cours d'élaboration
- Une politique de formation professionnelle développée au sein de chaque institution
- L'intégration des représentants des usagers dans le comité de retour d'expérience (CREx) du CH Ravenel concernant la prise en charge des patients, avec l'objectif d'analyser, d'améliorer les pratiques professionnelles et lutter contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Le déploiement du dispositif Vigilans et de la formation au repérage et à la gestion de la crise suicidaire.

Les faiblesses du territoire sont :

- Un facteur géographique qui ne facilite pas la mobilité et l'accès aux soins (réseau routier, transport, conditions climatiques en hiver...)
- Une précarité sociale marquée qui contribue au renoncement aux soins de la population des Vosges
- Une démographie de la population peu favorable (augmentation du nombre de personnes âgées et déclin populationnel)

- Des contraintes économiques pour les établissements de santé :
 - Réorganisation de l'offre de soins
 - Développement de l'ambulatoire insuffisant
- 4 CLSM mais un seul fonctionne pleinement
- 2 CLS existent : un seul comporte un volet en santé mentale (deux sont en préparation)
- Le rattachement du CH Ravenel au GHT 7 (seul établissement de santé non intégré au GHT 8)
- Le peu de représentation de certains acteurs aux travaux du PTSM (Conseil départemental, MDPH, Médecin généraliste, Psychiatre Public/privé...)
- Le partage de l'information entre les acteurs
- La pertinence du recours à l'hospitalisation notamment en SPI (2 fois plus élevé que la moyenne nationale)
- Prévention à renforcer
- Repérage précoce à développer
- Nécessité de formaliser un plan de formation territorial au bénéfice des personnes concernées.

Les opportunités du territoire sont :

- De nombreuses coopérations existantes : réorganisation hospitalière et liens conventionnels (GCS-GSM 88, CLSM, SISM)
- une offre de soins pour adolescent : Hôpital de Jour à Epinal
- Le recours au dispositif MAS pour lutter contre le renoncement aux soins
- Le recours aux maisons de santé
- La contractualisation de la feuille de route du Projet Territorial de Santé Mentale des Vosges

Les menaces du territoire sont :

- Une baisse de la démographie médicale et paramédicale notamment en médecine générale qui ne favorise pas les relais
- Une offre de soins ambulatoire en baisse d'activité, majorée par le manque d'effectif, plus marquée sur certains territoires et impactée par les non venus représentant 25% des rendez-vous planifiés
- La disparité de certains dispositifs et des réponses données sur l'ensemble du territoire
- Une absence de solution de répit pour les aidants
- Le rattachement du CH Ravenel au GHT 7 (seul établissement de santé non intégré au GHT 8)

3 – Pistes de travail identifiées

Axe I- Objectiver et réduire le retard au diagnostic psychiatrique et somatique

I-1 : Lutter contre la stigmatisation et la discrimination (psychiatrie, troubles, patients & usagers), agir pour changer les comportements

- Élaborer et mettre en œuvre un plan de communication précisant des cibles identifiées et prioritaires
- Définir une stratégie de territoire qui intègre les dispositifs existants (SISM,...)
- Élaborer un plan d'action : information, sensibilisation, formation
- Formaliser et mettre en œuvre des actions de formation

I-2 : Faire reculer le non recours et le renoncement aux soins (psychiatriques et somatiques)

- Réduire le non recours et le renoncement aux soins
- Mobiliser les acteurs dans un réseau d'aide à l'accès aux droits et aux soins autour du dispositif MAS de la CPAM
- Mobiliser les acteurs, mettre en avant la notion « d'aller vers » notamment en développant les équipes mobiles mixtes

I-3 : Repérer précocement les situations à risques à tous les âges et améliorer le dépistage précoce

- Objectiver les notions de prévention et de repérage précoce et définir une stratégie adaptée aux territoires et aux âges
- Mettre en œuvre le dispositif PIVO : repérage et prise en charge précoces des psychoses émergentes
- Mettre en œuvre le projet d'équipe mobile mixte pédopsychiatrique et médico-sociale pour adolescents avec troubles du comportement complexes

Axe II - Construire et structurer un dispositif global favorisant le rétablissement

II-1 : Faciliter l'accès aux dispositifs et améliorer la qualité des services

- Se connaître, se former et travailler ensemble en s'appuyant sur l'existant, le rôle de certains devant être redéfini et/ou précisé.
- CLSM – Niveau local
 - ✓ Définir une stratégie de développement géographique et politique (intervention auprès des élus)
 - ✓ Établir un cahier des charges commun pour assurer une cohérence territoriale et une réflexion sur les périmètres (pôle, bassins de vie, communauté de communes...)
- GCS-GSM88 – Niveau départemental
 - ✓ Définir sa place dans le futur CTSM : espace projets, coordination...
 - ✓ Adapter sa composition à son évolution : ouverture à d'autres membres...
- CREHPSY – Niveau régional
- Préciser les missions et repositionner les CMP dans un rôle pivot du parcours en l'ouvrant aux structures médico-sociales et sociales et en réaffirmant l'utilité et la nécessité de l'action « hors les murs » des infirmiers et psychologues
- Harmoniser des outils d'échanges d'information entre les professionnels
- Répondre aux contraintes liées à l'accès aux transports : télémedecine, VAD, HAD, « Blablacar santé », ...
- Repenser l'attractivité du territoire pour les professionnels

II-2 : Engager une politique active de réhabilitation psychosociale

- Mettre en place une politique de réhabilitation psychosociale sur l'ensemble du département en lien avec le centre support de coordination du Grand Est (formation, outils, recherche)

II-3 : Compléter et densifier le maillage des étapes de la démarche d'insertion

- Mettre en place des coordonnateurs de parcours
- Coordonner le parcours de soins et le parcours de vie notamment en renforçant la préparation à la sortie d'hospitalisation
- Construire une offre de logement accompagné diversifiée et adaptée à la situation des usagers complétant les dispositifs d'hébergement – logement existants
- Renforcer et compléter le dispositif d'accès au travail (bénévolat, travail protégé et ordinaire)
 - ✓ Mettre en œuvre le dispositif DECLIC sur l'ensemble du territoire et élargir le panel d'activité pour en faire un véritable outil de réhabilitation
 - ✓ Définir et mettre en œuvre une stratégie d'accès au travail : emploi accompagné, sortie d'ESAT (flux), ESAT hors les murs...
- Créer un dispositif mixte psychoéducatif pour les adolescents et jeunes adultes en situations complexes

Axe III – Intégrer les usagers et leur entourage dans une politique de santé mentale efficiente, respecter leurs droits

III-1 : Faire avec les usagers et leur entourage et respecter leurs droits

- Créer un pôle des usagers intégrant une maison des usagers
- Développer des dispositifs de répit pour les aidants
- Conforter les programmes de psychoéducation à destination des usagers, des aidants, des familles ...

III-2 : Comprendre le suicide et mettre en œuvre une prévention efficace

- Élaborer une stratégie et un plan de prévention territorial notamment par le biais de la formation et l'information

III-3 : Agir pour traiter et prévenir les addictions

Renforcer les partenariats et les dispositifs de prévention sur l'ensemble du territoire

VI – ÉLABORATION DE LA FEUILLE DE ROUTE

Préambule **du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) au Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM)**

La feuille de route du Projet Territorial de Santé Mentale des Vosges se décline en huit axes qui déterminent vingt-cinq actions issues du diagnostic territorial partagé. Elles précisent les pistes d'amélioration à mettre en œuvre.

Une généralité : Dans un PTSM, tous les acteurs du département sont concernés par le projet. Mais la santé mentale n'est pas uniquement une affaire d'experts, elle concerne l'ensemble de la population avec le soutien de spécialistes.

Un rappel : selon l'OMS, « La santé mentale est un état de bien-être émotionnel et psychologique, au moyen duquel l'individu est capable de faire usage de ses compétences émotionnelles et cognitives, des fonctions sociales et de répondre aux sollicitations classiques de la vie quotidienne ».

Une évidence : dans ce projet, une attention particulière est portée aux personnes les plus en difficultés, les plus fragiles et les plus vulnérables.

Avec elles, en s'appuyant sur leur expérience et leurs capacités, il s'agira d'accompagner le développement de leur autonomie et leurs choix de parcours de vie.

Une attente : la réussite du PTSM, repose sur l'engagement fort, sans a priori, de l'ensemble des acteurs du département sur la base d'une collaboration pluridisciplinaire et professionnelle visant à la réalisation d'objectifs communs entre institutions, collectivités et associations d'accompagnement, d'insertion, d'usagers et de familles...

Un espoir : pour la première fois se construit, sur le département, un projet unique élaboré par tous les acteurs du terrain à partir d'un diagnostic partagé. C'est une opportunité dont ils doivent se saisir : le CTSM sera ce qu'ils en feront.

Une volonté : le Projet Territorial de Santé Mentale des Vosges, doit permettre de prendre réellement en compte les personnes, sujets et acteurs de leur projet de vie, de la prévention au rétablissement.

Une attractivité : la désertification médicale et paramédicale est-elle une fatalité ? Le sujet a été abordé dans tous les groupes de travail. Des pistes ont été évoquées : renforcement des liens avec les facultés et les IFSI, sous l'égide de l'ARS Grand Est et en collaboration étroite avec les GHT 7 et 8 du territoire, la mise en valeur de l'environnement, le soutien à l'installation, le projet d'établissement offrant des perspectives à long terme. L'hôpital au centre de la démarche doit pouvoir s'appuyer sur toutes les ressources locales et territoriales....

Une vigilance : *veiller à préserver et renforcer une offre qui soit en adéquation avec les besoins de la population*

Feuille de route : Axes et fiches actions

AXE I <i>Favoriser l'accès aux soins en luttant contre la stigmatisation, la discrimination et le renoncement aux soins</i>
Fiche Action I-1 : Lutter contre les violences faites aux personnes vivant avec un problème de santé mentale : stigmatisation – discrimination
Fiche Action I-2 : Faire reculer le non recours et le renoncement aux soins
AXE II <i>Renforcer la coordination interprofessionnelle pour une approche globale de la prise en charge et la construction du parcours des patients souffrant de troubles psychiques</i>
Fiche II-1 : Renforcer le rôle pivot des Centres Médico-Psychologiques
Fiche II-2 : Améliorer la prise en charge somatique des personnes souffrant de troubles psychiques
AXE III <i>Assurer l'accès pour tous à l'ensemble des dispositifs en mettant en réseau les ressources et en développant « l'aller vers »</i>
Fiche Action III-1 : Perspective de développer le Service de Soins Infirmiers A Domicile Psychiatriques (SSIAD Psy) sur l'ensemble du territoire
Fiche Action III-2 : Mettre en œuvre le projet d'équipe mobile mixte pédopsychiatrique et médico-sociale pour adolescents avec troubles du comportement complexes
AXE IV <i>Repérer précocement les situations à risques à tous les âges</i>
Fiche Action IV-1 : Mettre en œuvre un dispositif de repérage et de prise en charge précoces des psychoses émergentes
Fiche Action IV-2 : Prévenir et traiter les addictions
Fiche Action IV-3 : Prévenir et traiter le risque suicidaire
Fiche Action IV-4 : Prévenir et traiter les situations de crise et d'urgence
Fiche Action IV-5 : Prévenir les ruptures dans le parcours de vie des personnes âgées ou handicapées psychiques vieillissantes

AXE V <i>Se connaître, se former pour mieux travailler ensemble et éviter les ruptures dans les parcours de vie</i>
Fiche action V-1 : Favoriser la lisibilité des ressources régionales en santé mentale en s'appuyant sur le CREHPSY Grand Est
Fiche Action V-2 : Renforcer la coordination départementale de la politique de santé mentale – GCS-GSM 88
Fiche Action V- 3 : Définir une stratégie de sensibilisation à la mise en œuvre des CLSM sur le département
Fiche Action V-4 : Mettre en œuvre un plan de formation départemental pour tous coordonné par le GCS-GSM 88
AXE VI <i>Engager une politique active de rétablissement et de réhabilitation psychosociale</i>
Fiche Action VI-1 : Création d'un centre de proximité de réhabilitation psychosociale labellisé pour le territoire des Vosges
AXE VII <i>Compléter et densifier le maillage des étapes de la démarche d'insertion pour concrétiser le concept de rétablissement</i>
Fiche Action VII- 1 : Mettre en place une coordination de parcours
Fiche Action VII- 2 : Mieux orienter et accompagner les personnes en souffrance psychique nécessitant un hébergement
Fiche Action VII– 3 : Renforcer et compléter les dispositifs d'accès et de maintien au travail
Fiche Action VII– 4 : Créer un dispositif mixte psycho éducatif pour les adolescents et jeunes adultes en situations complexes
AXE VIII <i>Développer une démarche de démocratie sanitaire intégrant les usagers et leur entourage dans une approche citoyenne du champ de la santé mentale tout en veillant au respect de leurs droits</i>
Fiche Action VIII-1 : Renforcer la démocratie sanitaire en santé mentale
Fiche Action VIII-2 : Développer le soutien et les solutions de répit pour préserver la santé des aidants familiaux non professionnels
Fiche Action VIII-3 : Promouvoir les programmes de psychoéducation et l'accompagnement à destination des aidants
Fiche Action VIII-4 : Reconnaître, valider et mettre à profit les compétences expérientielles des usagers : Pairs-aidants et usagers ressources en santé mentale

FICHES ACTIONS

AXE I :

Favoriser l'accès aux soins
en luttant contre la
stigmatisation, la
discrimination et
le renoncement aux soins

Fiche action I-1

Action n° I-1 Validée par le COPIL le 13/10/20	Lutter contre les violences faites aux personnes vivant avec un problème de santé mentale : stigmatisation - discrimination
Contexte	La stigmatisation est une réaction de gêne, de dévalorisation, de crainte et/ou de rejet consciente ou non envers des personnes tenues pour différentes. Elle se caractérise par l'attribution de déterminants (préjugés) perçus comme négatifs (déviants) qui conduisent à la discrimination et sont facteurs d'auto stigmatisation. • Les préjugés incitent ⅓ des personnes et/ou leur entourage à ne pas rechercher d'aide au détriment d'un repérage précoce • Plus de 70 % des personnes avec troubles sévères n'ont pas accès à l'emploi • Elles sont 12 fois plus souvent victimes de violences physiques • 30 % des sans-abris souffrent de troubles psychiques • Le retard de diagnostic de maladies somatiques est fréquent De nombreuses actions sont développées depuis plusieurs décennies (Semaine d'Information sur la Santé Mentale-SISM 31^{ème} édition en 2020), mais les résultats ne sont pas à la hauteur des efforts déployés.
Typologie de l'action	☐ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☒ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	GCS-GSM88
Objectif stratégique	Faire reculer de manière significative la stigmatisation par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action départemental centré sur la communication (information, sensibilisation, événements...) et la formation pour changer le regard sur la santé mentale
Plan d'action	• Constituer un comité de pilotage pour le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation • Créer un réseau partenarial des acteurs du territoire • Mettre en place une stratégie de communication adaptée et pérenne
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	• Définir la composition, les missions et l'organisation du COPIL • Impliquer les usagers tout au long de la démarche (GEM, pairs aidants...) • Définir les actions en lien avec la destigmatisation et la discrimination, les prioriser et les temporaliser à partir du diagnostic territorial partagé ◦ Mutualiser les efforts événementiels (SISM, conférences) et en assurer une couverture médiatique ◦ Améliorer l'image des établissements de santé mentale, des dispositifs et des associations,... • Créer un réseau partenarial des acteurs du territoire (validé par le COPIL) • Mettre en place une stratégie de communication adaptée et pérenne
Coopérateurs potentiels de l'action	AMV88 - CCAS – CLSM – Conseil Départemental – CPAM – Éducation Nationale -- forces de l'ordre – Justice / avocats – Médias – organisations professionnelles et syndicales – Pompiers et tout autre acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers, associations et représentants des usagers, UDCCAS

Public visé	☒ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☒ Enfants (7 à 11 ans) ☒ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☒ Adultes (26 à 65 ans) ☒ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Représentants des usagers	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☒ De la culture/Loisirs ☒ Autre (Précisez) : Médias
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM 88	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	40 000 € sur la durée du CTSM (colloques, actions de sensibilisation et d'information, frais d'imprimerie)
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Redéploiement des moyens de chaque partenaire : CPAM / ARS / Conseil Départemental / Établissements sanitaires et médico-sociaux
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	- Plan de communication du GCS-GSM88 - Financement des actions de sensibilisation et de communication : 40 000 € (financement PTSM) - Réponse aux appels à projet lancés par la CRSA
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☒ Participation à la gestion de l'action ☒ Participation à la mobilisation des ressources	
Principaux indicateurs d'évaluation	- Nombre d'actions de sensibilisation réalisées / Nombre d'actions prévues - Taux de satisfaction des personnes ayant bénéficié des actions de sensibilisation - Nombre de personnes ayant bénéficié d'actions de sensibilisation et qui ont intégré celles-ci dans leurs approche et pratique en santé mentale (à 6 mois)	

Fiche action I-2

Action n° I-2 Validée par le COFIL le 13/10/20	Faire reculer le non recours et le renoncement aux soins
---	---

Contexte	Le non recours et le renoncement aux soins dépassent le périmètre de la santé mentale et recoupe largement celui de la précarité et de l'isolement. <u>Principales causes de non recours et de renoncement aux soins :</u> 48 % coût trop élevé 45 % délais de rendez-vous 26 % difficulté d'orientation 26 % distance géographique 25 % spécialiste non pertinent 19 % doutes sur le système de santé <i>(Enquête OpinionWay pour Deloitte réalisée auprès de 2013 personnes entre le 10 et le 16 février 2017)</i> 1/3 des français a renoncé à des soins dans les 12 derniers mois et 49 % des personnes éligibles à des aides en ignorent l'existence. Ce phénomène participe à la réduction de plus de 15 ans de l'espérance de vie des personnes qui vivent avec des pathologies psychiques. Tolérer le non recours et le renoncement aux soins est stigmatisant et discriminant, c'est pourquoi il est nécessaire de garantir le droit fondamental d'accès à la santé pour tous.
Typologie de l'action	☐ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☒ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	CPAM - GCS-GSM88
Objectifs stratégiques	Améliorer l'accès aux soins des personnes vivant avec un trouble psychique Assurer un accompagnement de la personne tout au long de son projet de vie (inclusion sociale, rétablissement, accès au travail et au logement,...)
Plan d'action	- Faire connaître et promouvoir les dispositifs existants d'accompagnement à la santé auprès de l'ensemble des partenaires et des usagers (ex : Mission Accompagnement Santé (MAS) portée par la CPAM,...) - Créer une PASS psychiatriques pour le département (circulaire DGOS du 18/06/2013) - Mener une réflexion sur la création d'une équipe mobile précarité psychiatrie permettant l'accès aux dispositifs de soins (cf. <i>appel à projet Création ou renforcement des Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)</i>) - Améliorer les partenariats entre les acteurs (établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux)

Méthode de mise en œuvre du plan d'action	• Identifier les causes du non recours et du renoncement aux soins (GCS – GSM88) en lien avec le diagnostic territorial partagé • Conforter le partenariat avec les acteurs en santé mentale en collaboration avec le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) • Conforter la psychiatrie de liaison	
Coopérateurs potentiels de l'action	CPAM – CMPP – Conseil Départemental (Direction de l'Autonomie, CDCA...) – CPTS – DAC – MDPH – MSA – Mutuelles – RAPT (Réponse Accompagnée Pour Tous) - tout autre acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers, associations et représentants des usagers	
Public visé (Bénéficiaires et intervenants)	☐ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☐ Enfants (7 à 11 ans) ☐ Adolescents (12 à 15 ans) ☐ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☐ Adultes (26 à 65 ans) ☐ Personnes âgées (>65 ans) ☐ Professionnels* ☐ Autre (Précisez) : Représentants des usagers	* Préciser si professionnels : ☐ Médical ☐ Paramédical ☐ Social ☐ Médico-social ☐ Du logement et de l'hébergement ☐ De la prévention et de la promotion de la santé ☐ De l'éducation/la formation ☐ De la justice/de la police ☐ De l'emploi (accès, emploi, maintien) ☐ De la culture/Loisirs ☐ Autres : Médias (support), collectivités
Territoire d'intervention	☐ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM 88	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	A déterminer durant les travaux du CTSM
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	• CPAM (Mission d'Accompagnement en Santé) • Dispositif expérimental « Ecoute'émoi » • Financement par les établissements de santé (PASS)
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	• Recherche de financement AAP EMPP <i>exemple appel à projet 2021</i>Création ou renforcement des Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) : 150 000 €

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ <i>OUI</i> ☐ <i>NON</i> Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☒ Participation à la direction des activités prévues ☒ Participation à la gestion de l'action ☒ Participation à la mobilisation des ressources
Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • Nombre d'actions de communication sur les dispositifs d'accompagnement à la santé (MAS, EMPP, PASS....) • Nombre de conventions de partenariat (nouvelles et réévaluées) / le nombre de partenaires <u>Indicateurs de résultat :</u> • Création de la PASS • Création d'une EMPP

AXE II :

**Renforcer la coordination
interprofessionnelle
pour une approche
globale de la prise en
charge
et la construction du
parcours des patients
souffrant
de troubles psychiques**

Fiche action II-1

Action n°II-1 Validée par le COPIL le 13/10/20	Renforcer le rôle pivot des Centres Médico-Psychologiques (CMP)
--	--

Contexte	La circulaire du 15 mars 1960 a créé le secteur psychiatrique et la circulaire du 25 juillet 1985 a consacré au niveau légal la sectorisation psychiatrique. Elle correspond à l'organisation administrative relative à la santé mentale et à la répartition des structures de soins. Cette organisation procède d'un découpage territorial et consiste en ce que la prise en charge d'un usager soit, sous réserve de son libre choix (comme le prévoit la loi du 4 mars 2002), assurée par une équipe pluridisciplinaire associant différentes structures de soins intra et extra hospitalières dont le Centre Médico-Psychologique. Selon l'arrêté du 14 mars 1986, les CMP sont des unités de coordination, d'accueil et d'orientation en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à disposition d'une population. En ce sens, le CMP est la structure de soins psychiatriques pivot du secteur psychiatrique extra-hospitalier. Il maintient des liens et assure une coordination non seulement avec d'autres structures de soins psychiatriques extra-hospitalières, mais aussi avec l'intra-hospitalier et les partenaires sociaux, médico-sociaux et autres, au plus près des lieux de vie des usagers. Cette démarche est confortée par une réflexion au niveau national qui prévoit une redéfinition de l'offre de soins au sein des CMP.
Typologie de l'action	☐ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☒ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	CH Ravenel – GCS-GSM 88
Objectifs stratégiques	• Optimiser la prise en charge dans les CMP et adapter les organisations sur l'ensemble du territoire • Renforcer la collaboration avec les acteurs médico-sociaux, sociaux, libéraux et les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) via la Fédération des Maisons et Pôles de Santé du GRAND-EST (FEMAGE) • Favoriser « l'aller vers » (améliorer l'accès aux soins, éviter les ruptures de prise en charge et diminuer le recours à l'hospitalisation)
Plan d'action	• S'appuyer sur l'étude en cours relative à la redéfinition des missions des CMP • Améliorer le fonctionnement des prises et des suivis de rendez-vous (mise en place d'un logiciel de prise de rendez-vous type Doctolib) • Améliorer l'organisation de l'accueil des usagers (gestion des secrétariats, généralisation de la fonction d'infirmier d'accueil) • Promouvoir les missions des CMP auprès des partenaires • Développer les visites à domicile (VAD)
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	• S'adosser au COPIL du CH Ravenel sur l'étude de l'optimisation de la prise en charge au sein des CMP • Promouvoir des missions des CMP : intensifier les rencontres avec les partenaires et développer la communication • Prendre part aux décisions en terme de coopération territoriale (maisons de santé, centres de santé, CPTS, DAC, professionnels de santé) • Structurer les visites à domicile conjointes (sanitaires, médico-sociales et sociales)

Coopérateurs potentiels de l'action	Tous les acteurs du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers, associations et représentants des usagers , et les structures de coordination (DAC , CLS , CLSM , CPTS ...)	
Public visé	☒ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☒ Enfants (7 à 11 ans) ☒ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☒ Adultes (26 à 65 ans) ☒ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Représentants des usagers	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☒ De la culture/Loisirs ☒ Autre (Précisez) : Structures de coordination
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM 88	
Financements souhaités par les groupes de travail	<i>Budget global prévisionnel</i>	A déterminer durant les travaux du CTSM
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Redéploiement possible en fonction du Projet Médico-Soignant du CH Ravenel
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☐ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☐ Participation à la gestion de l'action ☐ Participation à la mobilisation des ressources	

Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • Délai de réponse aux premières demandes de RDV : ✓ médicales ✓ paramédicales • File active au CMP / an • Nombre de VAD par an et par bassin de vie • Nombre de rencontres annuelles avec les partenaires <u>Indicateurs de résultat :</u> • Taux de satisfaction annuelle à destination des usagers, portant principalement sur la qualité de la prise en charge, délai d'attente,... • Nombre d'actions d'optimisation de la réorganisation des CMP
---	--

Fiche action II-2

Action n° II-2 Validée par le COPIL le 13/10/20	Améliorer la prise en charge somatique des personnes souffrant de troubles psychiques
Contexte	Le retentissement de la maladie mentale sur des parcours de soins difficilement planifiables doit être pris en compte (« non demande », problèmes de compliance, intrication des souffrances psychiques et des problèmes somatiques, errance médicale, précarité, négligence des soins...). Une réalité dérangeante : la surmortalité des personnes atteintes de troubles psychiques sévères - leur espérance de vie est réduite de 15 ans en moyenne - le risque de mourir avant 65 ans est multiplié par 4 Les causes sont multiples : - les diagnostics somatiques sont encore trop souvent sous évalués et tardifs entraînant une surmortalité de 26 % pour les cancers et 20 % pour les maladies cardiovasculaires - les patients « psys » présentent davantage de facteurs de risque mais leurs troubles peuvent les conduire à en minimiser l'impact voire ne pas les reconnaître - la problématique suicidaire (cf. FA IV-3) reste préoccupante, à l'origine d'une mortalité dramatique (plus de 10 000 décès par an au plan national, pour plus de 200 000 passages à l'acte) - une réticence à l'échange et au partage d'informations entre patients et professionnels - la construction d'une relation de confiance avec d'autres professionnels, au-delà de la dualité patient-soignant, reste difficile - un contexte démographique des professionnels de santé contraint
Typologie de l'action	☒ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☐ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	GCS-GSM88
Objectif stratégique	Renforcer la coordination entre la médecine générale, les établissements sanitaires et les différents acteurs de soins pour améliorer la prise en charge somatique des patients présentant des troubles psychiques
Plan d'action	- Formaliser les parcours d'accès aux soins somatiques pour les patients présentant des troubles psychiques - Renforcer la coordination entre la médecine générale libérale, les centres hospitaliers et la psychiatrie (publique et privée)

Méthode de mise en œuvre du plan d'action	• Mettre en œuvre un comité de pilotage pour identifier les besoins du territoire et assurer le suivi du plan d'action en s'appuyant sur les établissements de santé , la médecine de ville, les CLS , les CPTS ... • Renforcer les liens entre le CH Ravenel, les établissements de santé et la médecine de ville • Déployer les outils nécessaires à la coordination des soins (logiciel,...) • Développer la télémédecine • Proposer des formations en santé mentale à l'ensemble des acteurs	
Coopérateurs potentiels de l'action	Centres hospitaliers - Médecine de ville – CPAM – ARS - FEMAGE — MSA – Mutuelles – Pulsy – URPS, ... et tout autre acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers, associations et représentants des usagers	
Public visé	☐ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☐ Enfants (7 à 11 ans) ☐ Adolescents (12 à 15 ans) ☐ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☐ Adultes (26 à 65 ans) ☐ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Représentants des usagers	*Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☐ Du logement et de l'hébergement ☐ De la prévention et de la promotion de la santé ☐ De l'éducation/la formation ☐ De la justice/de la police ☐ De l'emploi (accès, maintien) ☐ De la culture/Loisirs ☐ Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM88	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	A définir lors des travaux du CTSM
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Redéploiement des moyens existants
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	• Financement des outils de coordination et de la télémédecine (Pulsy, GHT), appels à projets,... • Renforcement des activités de médecine asein du CH Ravenel
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☐ Participation à la gestion de l'action ☐ Participation à la mobilisation des ressources	

Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • Nombre d'actes de télémedecine/ téléconsultation par dispositif / an • Nombre de rencontres interprofessionnelles (hôpitaux MCO, médecins de ville et le CH Ravenel) • Nombre de professionnels formés à la prise en charge en santé mentale / an ☐ Etablissements de santé ☐ Médecine de ville • Nombre de conventions de partenariat (nouvelles et réévaluées) / le nombre de partenaires <u>Indicateurs de résultat :</u> • Taux de satisfaction auprès des professionnels et des usagers (CLS/CLSM...) • Nombre d'hospitalisation en psychiatrie ayant fait l'objet d'une évaluation somatique / Nombre total d'hospitalisations sur le CH Ravenel
---	--

AXE III :

Assurer l'accès pour
tous à l'ensemble des
dispositifs
en mettant en réseau les
ressources et en développant
«l'aller vers»

Fiche action III-1

Action n° III-1 Validée par le COPIL le 13/10/20	Perspective de développer le Service de Soins Infirmiers A Domicile Psychiatriques (SSIAD Psy) sur l'ensemble du territoire	
Contexte	Depuis 2016, un SSIAD psychiatrique expérimental, en accord avec l'ARS et dans le cadre d'un financement spécifique, a été mis en œuvre sur le Pôle des Vosges Centrales du CH Ravenel afin de favoriser le maintien des personnes atteintes de troubles psychiques dans leur milieu de vie ordinaire, soutenir leur autonomie, aider à leur inclusion sociale et professionnelle et faire échec à l'isolement. Ce dispositif a fait ses preuves tant au niveau de la coordination entre les différents partenaires et sa répercussion positive en termes de prise en soins et d'intégration sociale des patients, que dans la réduction notable des hospitalisations et des ré-hospitalisations au CH Ravenel. Son extension se présente comme une nécessité et correspond entièrement aux recommandations de la feuille de route en santé mentale et du PRS Grand Est dans son volet « améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes en psychiatrie et en santé mentale ».	
Typologie de l'action	☐ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☒ Action existante (adaptation, extension)	
Pilotage	CH Ravenel	
Objectif stratégique	Maintenir l'accès aux soins et l'autonomie des personnes en situation de handicap psychique et/ou en situation de fragilité psycho-sociale dans une logique socio-thérapeutique	
Plan d'action	- Déployer sur l'ensemble des pôles du CH Ravenel le service de soins infirmiers psychiatriques à domicile déjà existant sur le pôle des Vosges Centrales - Renforcer les réponses coordonnées sur un territoire, au plus près des lieux de vie, associant les acteurs du parcours	
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	- S'appuyer sur le Projet Médico-Soignant (PMS) du CH Ravenel - Faire une étude de besoins et faire le lien avec le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) - Evaluer le SSIAD existant - Élaborer un rétroplanning de déploiement en s'appuyant sur les résultats de l'évaluation du SSIAD existant - Mettre en œuvre le projet - Communiquer sur le dispositif déployé sur le territoire auprès des professionnels et des usagers - Évaluer le dispositif	
Coopérateurs potentiels de l'action	- Services du Conseil Départemental / MDPH / Collectivités territoriales - Services de l'Éducation Nationale - Professionnels de santé libéraux - Tout autre acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers, associations et représentants des usagers	
Public visé	☐ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☐ Enfants (7 à 11 ans)	* Préciser si professionnels : ☒ Médical

	☐ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☒ Adultes (26 à 65 ans) ☐ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☐ Autre (Précisez) :	☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☐ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☐ De la culture/Loisirs ☐ Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM88	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	Création de places supplémentaires de SSIAD sur l'ensemble des pôles adultes du CH Ravenel
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Ressources du CH Ravenel en fonction des besoins identifiés par les pôles adultes
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	A définir selon les résultats de l'étude de faisabilité
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☐ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☐ Participation à la gestion de l'action ☐ Participation à la mobilisation des ressources	
Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • File active du SSIAD Psy • Ratio par rapport au nombre de journées de réhospitalisation • Durée moyenne de prise en charge par le SSIAD • Nombre de synthèses pluriprofessionnelles / an <u>Indicateurs de résultat :</u> • Taux de satisfaction auprès des usagers • Adéquation entre le nombre de places de SSIAD existantes et le besoin sur le territoire • Bilan d'activité du SSIAD	

Fiche action III-2

Action n° III-2 Validée par le COPIL le 13/10/20	Mettre en œuvre le projet d'équipe mobile mixte pédopsychiatrique et médico-sociale pour adolescents avec troubles du comportement complexes
---	---

Contexte	Le département des Vosges ne dispose pas d'équipe mobile pour adolescents contrairement à de nombreux départements. L'évolution de la population suivie, la complexification des situations sociales et l'expression comportementale d'un nombre croissant d'adolescents nous conduit à constater que le système actuel ne répond plus suffisamment aux besoins rencontrés. Le Pôle enfants et adolescents du CH Ravenel, et ses partenaires (dont les ITEP, UGECAM, l'ITEP Beau Joly, le Conseil Départemental et l'AVSEA) ont une expérience de travail en collaboration autour d'adolescents avec troubles du comportement complexes mettant à mal les familles et les professionnels des institutions sociales, médico-sociales, scolaires,... L'hospitalisation à temps plein dans l'unité de pédopsychiatrie de 7 lits du CH Ravenel est trop souvent le seul recours en urgence, avec des séjours de plusieurs mois voire au-delà d'un an, faute de solutions d'aval. Cet allongement de la durée d'hospitalisation est délétère pour ces adolescents dont le projet de vie est au point mort. La volonté de co-construire un nouvel outil réellement mixte, associant les compétences du champ médico-social et social et de la psychiatrie infanto-juvénile sous-tend ce projet pour apporter une réponse collaborative et spécialisée en amont de la crise, venant en appui aux équipes et familles. Ce projet soutenu par la DT ARS 88 et l'UNAFAM a bénéficié d'une étude diagnostique en 2018 confirmant le bien-fondé de cette création au regard de besoins identifiés. Il a été présenté à plusieurs reprises au titre d'appels à projet et a bénéficié d'un financement ponctuel pour sa création en 2020. Début 2022, la création de l'équipe n'a pu être menée faute de ressources humaines.
Typologie de l'action	☒ Nouvelle action ☒ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☐ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	CH RAVENEL – GCS-GSM88
Objectifs stratégiques	• Permettre aux adolescents, identifiés comme relevant d'une situation complexe et en particulier « à forts troubles du comportement », de bénéficier d'une coordination pluriprofessionnelle dans un dispositif spécifique • Développer « l'aller vers »
Plan d'action	• Évaluer, faciliter, étayer, renforcer l'accès aux soins et orienter • Développer le lien entre les différents partenaires pour une évaluation spécialisée plus rapide et une orientation vers les structures plus adéquates • Mieux préparer les hospitalisations lorsqu'elles sont nécessaires • Soutenir et accompagner les parents et les équipes • Diminuer le recours à l'hospitalisation • Prévenir, par une évaluation spécialisée plus précoce, en amont de la crise, ou d'éventuelles décompensations psychiatriques aiguës • Se positionner en interface entre tous les partenaires, les parents, les assistants familiaux, les professionnels du médico-social, l'Éducation Nationale,...

	• Coordonner la sortie d'hospitalisation pour éviter les ruptures de parcours, maintenir l'adolescent dans sa structure (foyer, ITEP, établissement scolaire...) par un soutien des équipes et des parents et un travail de prévention de la crise • Éviter les ruptures de prise en charge médico-sociale	
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	• Mettre en œuvre un comité de pilotage • Élaborer un rétroplanning • Définir le mode organisationnel du dispositif • Définir le parcours : Repérage Évaluation Orientation • Constituer l'équipe pluridisciplinaire • Mettre en œuvre le projet • Évaluer le dispositif	
Coopérateurs potentiels de l'action	Structures médico-sociales (ITEP, IME, MECS et autres dispositifs d'accueil et de prise en charge des adolescents) - Conseil Départemental - MDAJA - Les acteurs de la santé (centres hospitaliers et médecine de ville) - Professionnels de l'Éducation Nationale et de Promotion de la Santé - INICEA CSPA (Centre Spinalien de Psychiatrie Ambulatoire)	
Public visé	☐ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☐ Enfants (7 à 11 ans) ☒ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☐ Adultes (26 à 65 ans) ☐ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☐ Autre (Précisez) :	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☒ De la culture/Loisirs ☐ Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM 88	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	407 430 €
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Conseil Départemental : 25 000 € (Ressources Humaines)
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	AAP FIOP : 386 000 € Ressources Humaines : 322 430 € Charges générales / Amortissement : 60 000 € Total : 382 430 €

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☐ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☐ Participation à la gestion de l'action ☒ Participation à la mobilisation des ressources
Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • Nombre de demandes ayant nécessité l'activation de l'équipe mobile/ nombre total de demande • Nombre d'adolescents pris en charge/ nombre de demandes ayant nécessité l'activation de l'équipe mobile • Durée moyenne de la prise en charge • Nombre moyen de visites / adolescent • Nombre d'hospitalisations itératives annuelles par adolescent • Orientations à la sortie du dispositif • Nombre de visites à domicile ou autres lieux • Nombre de synthèses pluriprofessionnelles et de réunions avec les différents acteurs du champ sanitaire, social et médico-social, etc... • Nombre de réunions d'information à destination des partenaires <u>Indicateurs de résultat :</u> • Création de l'équipe mobile

AXE IV :
Repérer précocement
les situations à
risques à tous les
âges

Fiche action IV-1

Action n° IV-1 Validée par le COPIL le 13/10/20	Mettre en œuvre un dispositif de repérage et de prise en charge précoces des psychoses émergentes
Contexte	Depuis 2015, le Pôle Enfants Adolescents et le Pôle des Vosges Centrales du CH Ravenel ont développé une politique de coopération organisant et structurant le passage des adolescents de la psychiatrie infanto-juvénile vers la psychiatrie adulte lorsque c'est nécessaire. Un dispositif de repérage et de soins précoces dans la psychose s'impose tout naturellement pour compléter cette collaboration dans le cadre de l'engagement de ces deux pôles puis d'une extension sur tous les pôles de l'établissement. Un projet de création d'une structure ambulatoire d'intervention précoce PIVO (Psychose Intervention précoce Vosges) pour le dépistage, l'évaluation diagnostique et la prise en soin des psychoses émergentes pour les Vosgiens de 11 à 25 ans a été co-construit. L'expérience du CLIP de Nancy et les rencontres avec les équipes d'autres centres du même type ont renforcé la motivation des deux pôles pour concrétiser cette nouvelle offre de soins qui fait défaut sur notre territoire. Ce projet répond à une attente forte des associations de familles dont l'UNAFAM et des partenaires.
Typologie de l'action	☒ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☒ Action Innovante ☐ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	CH RAVENEL - GCS-GSM88
Objectifs stratégiques	• Repérer précocement les situations à risques à tous les âges • Prévenir les psychoses émergentes • Éviter les ruptures dans le parcours de soin et fluidifier le passage pédopsychiatrie/psychiatrie adulte
Plan d'action	• Prévenir la survenue ou l'aggravation de la schizophrénie • Faciliter la transition pédopsychiatrie à psychiatrie adulte • Créer un nouveau dispositif d'offre de soins (PIVO) pour le département des Vosges • Diminuer le nombre d'hospitalisations • Éviter les épisodes de crise ou les atténuer • Prévenir les suicides
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	• Développer dans le cadre du PMS du CH Ravenel les modalités et les étapes de mise en œuvre du projet PIVO • Mettre en place le dispositif PIVO • Former l'équipe au case management et à l'utilisation des échelles et tests d'évaluation recommandés • Communiquer et sensibiliser les partenaires concernés et le grand public • Évaluer le dispositif
Coopérateurs potentiels de l'action	CH RAVENEL (Pôle Enfants Adolescents et Pôle des Vosges Centrales puis les différents pôles adultes) - CLIP (Centre de Liaison et d'Intervention Précoce) des psychoses CPN - Maison des adolescents et jeunes adultes 88 (MDAJA) - Réseau GRAND EST des Centres de Liaison et d'Intervention Précoce - tout autre acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers, associations et représentants des usagers

Public visé	☐ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☒ Enfants (7 à 11 ans) ☒ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☐ Adultes (26 à 65 ans) ☐ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Représentants des usagers	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☒ De la culture/Loisirs ☐ Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM 88	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	365 320 €
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	Ressources Humaines : 308 371 € Charges (techniques et opérationnelles) : 56 949 € Financement dans le cadre du FIOP (projet à déposer)
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☐ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☐ Participation à la gestion de l'action ☐ Participation à la mobilisation des ressources	
Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • File active du dispositif PIVO / an • Nombre de formations de case manager dispensées / Nombre de formations de case manager prévues (ou souhaités) • Nombre de patient bénéficiant d'un relais • Âge moyen d'accès au diagnostic <u>Indicateurs de résultat :</u> • Taux de couverture par le dispositif PIVO sur l'ensemble du département • Evolution du nombre d'hospitalisation • Taux de de satisfaction des usagers et des partenaires du dispositif	

Fiche action IV-2

Action n°IV-2 Validée par le COPIL le 13/10/20	Prévenir et traiter les addictions	
Contexte	Les addictions posent un problème majeur de santé publique dont les impacts sont multiples : sanitaires, sociaux, médico-sociaux... En France, la consommation de substances psychoactives est responsable de 100 000 décès par accidents et par maladies. 20% de la mortalité est liée aux addictions. 50% des faits de délinquances sont liés aux addictions. Plus particulièrement dans ce domaine, le travail sur les trois types de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) est primordial. La psychiatrie n'est qu'un acteur parmi d'autres dans la prévention et le traitement des addictions et elle ne peut prétendre, à elle seule, prendre en compte la globalité de cette question. C'est pourquoi il est plus que nécessaire d'envisager la question des addictions dans une vision pluriprofessionnelle, pluridisciplinaire et pluristructurelle, dans des liens de coordination et de coopération avec l'ensemble des acteurs vosgiens concernés.	
Typologie de l'action	☐ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☒ Action existante (adaptation, extension)	
Pilotage	GCS-GSM88 en lien avec l'ensemble des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CARRUD) du département.	
Objectif stratégique	Prévenir les ruptures des parcours de vie de la personne dans l'ensemble des champs de la prévention et du traitement des addictions (social, médico-social, sanitaire)	
Plan d'action	- Améliorer la prise en charge des personnes addictes - Créer une filière addictologie sur le département en lien avec le GHT 8 pour favoriser le décloisonnement des structures, des dispositifs et des pratiques et la structurer - Développer des actions de sensibilisation, d'information et de formation (famille, Éducation Nationale, grand public,...)	
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	- Créer un COPIL afin de formaliser les actions à mettre en œuvre, les suivre et les évaluer - Renforcer le partenariat entre les différents structures et dispositifs existants (formalisation de conventions) - Mener les actions de sensibilisation, d'information et de formation (famille, Éducation Nationale, grand public,...)	
Coopérateurs potentiels de l'action	Tout acteur concerné par le champ des addictions (établissements de santé, ESMS, Education Nationale, associations et représentants des usagers,...)	
Public visé	☒ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☒ Enfants (7 à 11 ans) ☒ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☒ Adultes (26 à 65 ans)	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement

	☒ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☐ Autre (Précisez) :	☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☒ De la culture/Loisirs ☐ Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM 88	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	A définir lors des travaux du CTSM
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Organisation des dispositifs
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	Actions de sensibilisation et de formation : 5 000 € / an
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☐ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☐ Participation à la gestion de l'action ☐ Participation à la mobilisation des ressources	
Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> - Nombre de réunion du COPIL / an ✓ Représentations des différentes structures au COPIL - Nombre d'actions de formation réalisées / Nombre d'actions de formation prévues - Nombre d'actions de sensibilisation réalisées / Nombre d'actions de sensibilisation prévues - Nombre de conventions de partenariat nouvelles et réévaluées / Nombre de partenaires <u>Indicateurs de résultat :</u> - Création de la filière - Taux de satisfaction du partenariat à partir d'une enquête élaborée par le GCS GSM88 - Taux de satisfaction des usagers sur les actions menées	

Fiche action IV-3

Action n° IV-3 Validée par le COPIL le 13/10/20	Prévenir et traiter le risque suicidaire
Contexte	Monde (OMS) : une tentative de suicide toutes les 3 secondes, un décès toutes les 40 secondes, soit 804 000 décès par suicide par an. France : un décès par suicide toutes les 50 minutes soit environ 10 000 par an. Grand Est & Vosges (Bulletin de Santé Publique, 02/2019) : • 2015 : 811 décès par suicide, 16,5 ‰ hab., mais 23,7 dans les Vosges • 2017 : hospitalisations 136 ‰ hab. mais 250,6 dans les Vosges ◦ 4,9 % des 18-75 ans ont eu des idées suicidaires dans les 12 mois ◦ 8,2 % des 18-75 ans déclare avoir fait une tentative dans leur vie Tous les cas n'étant pas identifiés, la sous-évaluation est estimée à 10 % au moins. Le département des Vosges est le plus touché de la région avec chaque année plus de 80 décès et plus de 800 hospitalisations consécutives à un passage à l'acte. Ces mauvais chiffres trouvent des explications dans un contexte géographique, démographique et économique particulier : ruralité, isolement, vieillissement de la population, chômage. Le suicide est la première cause de mortalité précoce évitable. Toutes les tranches d'âges sont touchées, les hommes plus que les femmes. De plus la circulaire interministérielle N°CABINET/2022/24 relative aux modalités de pilotage de la feuille de route pour la prévention du mal-être et pour l'accompagnement des agriculteurs et des salariés agricoles renforce les actions menées par la MSA (cellule mal-être, réseau sentinelles...) en associant d'autres acteurs et en déployant un plan d'actions spécifiques à ce public. Le suicide et sa prise en charge constituent un enjeu majeur de santé publique et la prévention un volet à part entière de la feuille de route Santé Mentale et Psychiatrie du Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie en juin 2018, c'est pourquoi il paraît nécessaire de poursuivre et développer les actions de formation UDR, du niveau I à III, sur l'ensemble du département.
Typologie de l'action	☐ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☒ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	Centre Hospitalier Ravenel - GCS-GSM88
Objectifs stratégiques	• Repérer précocement les situations à risque suicidaire à tous les âges et lutter contre les récidives • Renforcer le dispositif Vigilans sur le département vosgien • Développer les formations UDR (Urgence – Dangersité – Risque)
Plan d'action	• Déployer le dispositif Vigilans dans les ES vosgiens en lien avec le centre de coordination du Grand Est (CPN) • Développer la communication en rapport avec la mise en place du numéro unique d'appel (3114) pour prévenir le risque suicidaire (en lien avec le centre régional : Nancy) • Mettre à disposition du plus grand nombre (professionnels, grand public, usagers, entourage) les actions de formation • Sensibiliser sur les dispositifs existants afin d'orienter et de favoriser une prise en charge efficiente et ainsi réduire le nombre de passages à l'acte • Participation du coordonnateur du PTSM aux comités techniques sur la prévention du mal être agricole

Méthode de mise en œuvre du plan d'action	• Développer et généraliser les formations UDR en lien avec le Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide (GEPS) et les formations premiers secours en santé mentale • Organiser des actions de sensibilisation : conférences, débats, colloques et actions nationales destinées au grand public comme aux professionnels (SISM, Psychodon, Journée mondiale de la prévention du suicide,...) • Développer les échanges avec le centre régional du numéro unique pour favoriser l'efficacité du dispositif sur le département vosgien • Conforter la communication sur l'ensemble du territoire notamment rural en lien avec la MSA (ligne téléphonique Agri'écoute) • Renforcer le suivi des personnes suicidantes par une inclusion dans des dispositifs de soins ambulatoires et le dispositif Vigilans	
Coopérateurs potentiels de l'action	CH Ravenel – Dispositif Vigilans – Préfecture des Vosges (Comité technique sur la prévention du mal être agricole) - Centre de coordination du numéro unique pour la prévention du suicide – GEPS (Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide) – MDAJA – MSA – Services de formation des partenaires - tout autre acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers, associations et représentants des usagers	
Public visé	☐ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☒ Enfants (7 à 11 ans) ☒ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☒ Adultes (26 à 65 ans) ☒ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Représentants des usagers	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☒ De la culture/Loisirs ☒ Autre (Précisez) : de l'agriculture
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM 88	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	A définir durant les travaux du CTSM
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	• Actions de formation niveau 2 : 15000 € / an : 48 personnes tout public confondu : personnels hospitaliers, médico-sociaux et sociaux, usagers,... (4 sessions par an) • Redéploiement des financements dans le cadre du dispositif Vigilans à généraliser sur le territoire vosgien
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	Financement des actions de sensibilisation par le GCS-GSM88 (colloques spécifiques sur la prévention du suicide) et des formations des sentinelles et de premiers secours en santé mentale (Au moins une session de formations sentinelles par CLS par an)

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☒ Participation à la gestion de l'action ☒ Participation à la mobilisation des ressources
Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • Nombre de personnes formées au repérage du risque suicidaire • Nombre de personnes formées à la gestion de la crise suicidaire ✓ Profils des personnes formées à la gestion de la crise suicidaire • Nombre de colloques, de conférences, de sensibilisations et de communications organisés / Nombre de colloques, de conférences, de sensibilisations et de communications prévus • Nombre de personnes inclus dans le dispositif / Nombre de personnes ayant fait une tentative de suicide. <u>Indicateurs de résultat :</u> • Diminution du nombre de suicide sur le département des Vosges • Evolution du taux de récurrence de passage à l'acte en lien avec le déploiement du dispositif Vigilans sur le département des Vosges • Taux de couverture du dispositif Vigilans sur le département des Vosges • Taux de satisfaction des participants suite aux colloques, conférences, et actions de sensibilisations

Fiche action IV-4

Action n°IV-4 Validée par le COPIL le 13/10/20	Prévenir et traiter les situations de crise et d'urgence
Contexte	En santé mentale le concept de crise se confond souvent avec l'urgence psychiatrique. L'urgence demande une action immédiate et un service adéquat comme les urgences ou le SMUR. La crise se caractérise par un déclencheur récent qui est à l'origine de sa survenue et l'utilisateur est débordé et ne parvient pas à faire face ; la réponse peut être différée et nécessite des professionnels qualifiés en santé mentale. Actuellement sur le département vosgien, la réponse globale pour la gestion des situations de crise reste insuffisante notamment pour certains publics cibles (jeunes adolescents, personnes âgées, en situation de précarité)
Typologie de l'action	☒ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☒ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	Centres Hospitaliers GCS-GSM88
Objectif stratégique	Mettre en œuvre des organisations qui permettent des réponses coordonnées et des interventions adaptées à chaque situation de crise et d'urgence
Plan d'action	- Faire un état des lieux sur les parcours de prise en charge des usagers en situation de crise psychiatrique et/ou d'urgence sur le territoire vosgien en lien avec l'ensemble des acteurs (Centres Hospitaliers, centre 15, police, gendarmerie, pompiers...) - Définir un plan d'action pour améliorer ces parcours - Créer une équipe mobile de liaison pour répondre aux situations de crise - Former et informer l'ensemble des professionnels et partenaires des organisations mises en œuvre
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	- Créer un COPIL pour prévenir et traiter les situations de crise et d'urgence - Créer une équipe mobile de gestion de crise - Renforcer les coopérations entre le CH Ravenel et les autres établissements de santé pour préciser l'organisation de la psychiatrie de liaison et d'urgence - Former des IPA pour renforcer l'équipe mobile de gestion de crise et les équipes de la psychiatrie de liaison et d'urgence - Proposer des formations issues du plan de formation territorial sur la connaissance des pathologies psychiatriques (UDR, PSSM,...) à destination des partenaires
Coopérateurs potentiels de l'action	AMV88 – Assistants sociaux de secteur – CCAS – Conseil Départemental – CPTS – DAC – Éducation Nationale – Forces de l'ordre/Justice – Infirmiers libéraux – PJJ – SDIS – URPS – tout autre acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers, associations et représentants des usagers

Public visé	☒ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☒ Enfants (7 à 11 ans) ☒ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☒ Adultes (26 à 65 ans) ☒ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Représentants des usagers	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☒ De la culture/Loisirs ☐ Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	A définir durant les travaux du CTSM et/ou suivant les appels à projet
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Organisations internes
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	• Equipe mobile de gestion de crise : à définir en fonction de la composition de l'équipe (estimation 235 000 €/an) • Formation des IPA psy : 4500 € / an / personne de frais de formation • Actions de formation (cf. FA IV-4) et de sensibilisation (2000 €/an)
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ <i>OUI</i> <i>NON</i> Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☐ Participation à la gestion de l'action ☐ Participation à la mobilisation des ressources	

Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • File active de l'équipe mobile de gestion de crise • Nombre de passages aux urgences des centres hospitaliers pour troubles psychiques • Nombre d'actions de formation et de sensibilisation • Nombre de conventions de partenariat nouvelles et réévaluées / Nombre de partenaires • Nombre de réunions du COPIL réalisées / Nombre de réunions prévues • Nombre d'IPA formés / Nombre de demande de la formation IPA <u>Indicateurs de résultat :</u> • Création de l'équipe mobile gestion de crise • Taux de satisfaction du partenariat à partir d'une enquête élaborée par le GCS GSM88 (professionnels, représentants des usagers...)
---	--

Fiche action IV-5

Action n°IV-5 Validée par le COPIL le 13/10/20	Prévenir les ruptures dans le parcours de vie des personnes âgées et handicapées psychiques vieillissantes
Contexte	<u>Les perspectives démographiques à l'horizon 2030 :</u> La population vosgienne devrait continuer à connaître un vieillissement certain avec une augmentation de 46% des personnes âgées dont un doublement du nombre des personnes de 85 ans et plus. Nous avons vu qu'en 2006, le profil démographique des Vosges était déjà celui d'un département marqué par une surreprésentation des personnes âgées et cela devrait donc s'accroître. Dans la population des personnes âgées, on assiste à l'apparition de troubles neurodégénératifs qui peuvent ressembler à des troubles psychiques. Or les troubles neurodégénératifs ne relèvent pas de la psychiatrie. Cependant, nous assistons à une comorbidité importante entre troubles neurodégénératifs et troubles psychiques. C'est pourquoi il convient de développer les capacités d'évaluation et de diagnostics différentiels. Les personnes âgées sont très souvent confrontées à d'importantes difficultés d'autonomie et de déplacement, qui plus est dans un département majoritairement rural. C'est la raison pour laquelle, encore plus qu'avec d'autres populations, il est nécessaire de développer "l'aller vers". La spécificité de cette population nécessite une approche particulièrement adaptée à leur rythme de vie et à leur environnement. Le projet Courcier a été initié par l'expérience acquise de l'équipe de l'unité Coquelicot de l'hôpital du Val du Madon, qui depuis des décennies, prend en charge des résidents âgés atteints de diverses pathologies psychiatriques stabilisées. Cependant cette structure ne répond pas aux besoins et à la spécificité du public accueilli, ainsi le projet vise à proposer une unité spécialisée d'EHPAD à l'hôpital du Val du Madon pour accueillir 24 résidents handicapés psychiques vieillissants.
Typologie de l'action	☒ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☒ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	CH RAVENEL GCS-GSM 88
Objectif stratégique	Apporter une réponse graduée aux besoins des personnes âgées et handicapées psychiques vieillissantes pour améliorer leur prise en charge
Plan d'action	• Créer une unité de vie au CH Val du Madon (Mirecourt), spécialement dédiée aux personnes âgées souffrant de pathologies psychiques (projet Courcier en partenariat avec le CH Ravenel) • Créer une filière géronto-psychiatrique intersectorielle au CH Ravenel pour promouvoir le maintien à domicile et/ou adapter l'offre de soins en fonction des besoins • Développer la télémedecine pour la prise en charge des personnes âgées

Méthode de mise en œuvre du plan d'action	• Mettre en œuvre un COPIL • Accompagner la mise en œuvre du projet Courcier • Accompagner la mise en œuvre de la filière géranto-psychiatrique intersectorielle au CH Ravenel (cf. fiche 6-2 du Projet Médico-Soignant 2021-2025 du CH Ravenel) • Développer la télémédecine entre le CH Ravenel et les EHPAD et autres structures d'accueil • Développer « l'aller vers » • Formaliser et évaluer les conventions de partenariat entre le CH Ravenel et les autres structures accueillant des personnes âgées (CH, EHPAD,...) • Sensibiliser et former les acteurs concernés, selon les spécificités de certaines prises en charge (ex : syndrome de Diogène,...) • Répondre aux besoins des aidants (renforcer les plateformes de répit,...)	
Coopérateurs potentiels de l'action	Assistants sociaux – CCAS – Centres hospitaliers (filiales urgence et gériatrique) – CLSM – CMPPA – CREHPSY – Délégués mandataires – Dispositifs d'aides à domicile – équipes mobiles de gériatrie – ESAD – DAC – SSIAD – URPS – MONALISA ou tout autre acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers, associations et représentants des usagers	
Public visé	☐ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☐ Enfants (7 à 11 ans) ☐ Adolescents (12 à 15 ans) ☐ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☐ Adultes (26 à 65 ans) ☒ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Aidants Représentants des usagers	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☐ De la prévention et de la promotion de la santé ☐ De l'éducation/la formation ☐ De la justice/de la police ☐ De l'emploi (accès, maintien) ☐ De la culture/Loisirs ☐ Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM 88	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	Projet Courcier : besoins CH Ravenel 34 205 € Développement de la télémédecine : réponse aux AAP
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Mise en œuvre de la filière géranto-psychiatrique à partir des dispositifs existants En lien avec la fiche 6-2 du PMS du CH Ravenel
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	Actions de formation (cf. fiche action IV-4) et de sensibilisation (2 000 €/an)

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ <i>OUI</i> ☐ <i>NON</i> Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☒ Participation à la gestion de l'action ☒ Participation à la mobilisation des ressources
--	--

Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • File active de personnes âgées hospitalisées en psychiatrie • File active de personnes âgées orientées aux urgences pour une souffrance psychique • Nombre de situations complexes identifiées • Nombre de réunions de concertation pluridisciplinaire réalisées entre le CH Ravenel, les CH et les EHPAD • Nombre de conventions de partenariat et d'évaluations réalisées • Nombre de VAD programmées/réalisées • Nombre de consultation de télémedecine réalisées <u>Indicateurs de résultat :</u> • Création de l'unité Courcier • Création de la filière géronto psychiatrique intersectorielle au CH Ravenel • Taux de satisfaction des partenaires, des usagers et de leurs aidants sur les actions menées
---	---

AXE V :

**Se connaître, se
former pour mieux
travailler ensemble
et éviter les ruptures
dans les parcours de
vie**

Fiche action V-1

Action n° V-1 Validée par le COPIL le 13/10/20	Favoriser la lisibilité des ressources régionales en santé mentale en s'appuyant sur le CREHPSY Grand Est
---	--

Contexte	Le CREHPSY est une structure régionale d'appui et d'expertise qui a pour objectif l'amélioration des parcours et de la qualité de vie des personnes en situation de handicap d'origine psychique et de leurs proches. Le CREHPSY Grand-Est est un établissement médico-social qui dispose à ce jour de 4 antennes (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Lorraine et Champagne Ardennes). Le CREHPSY a pour objectif l'amélioration des parcours et de la qualité de vie des personnes en situation de handicap psychique et de leurs proches. L'idée est donc d'organiser au niveau régional une fonction de ressource et d'appui aux personnes, à leur famille et aux professionnels, constitué en réseau de proximité, pour faciliter la continuité des parcours.	
Typologie de l'action	☐ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☒ Action existante (adaptation, extension)	
Pilotage	CREHPSY Grand Est, Espoir 54 (coordinateur CREHPSY Lorraine) et GCS-GSM 88	
Objectifs stratégiques	• Apporter de la lisibilité sur les ressources disponibles en santé mentale • Apporter une connaissance au grand public et aux professionnels sur le handicap psychique • Être "une porte d'entrée" vers les dispositifs d'accompagnement et de soins • Faciliter la vie des personnes rencontrant des difficultés psychiques • Améliorer la coordination département - région, entre acteurs	
Plan d'action	• Participer à la construction de l'antenne Lorraine du CREHPSY en lien avec Espoir 54 • Accueillir, informer, conseiller et orienter les personnes concernées par les troubles psychiques • Informer, conseiller et orienter les professionnels en recherche de solutions individualisées • Mener des actions de diffusion de connaissances sur les ressources existantes et les pratiques repérées dans le champ de la santé mentale • Accompagner des programmes d'étude et de recherche • Proposer des actions de sensibilisation et de formation aux différents acteurs et institutions du territoire	
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	• Réaliser un diagnostic co-construit avec l'ensemble des acteurs des départements • Proposer et mettre en œuvre un plan d'action et d'amélioration • Communiquer et sensibiliser sur l'existence du dispositif (partenaires et usagers)	
Coopérateurs potentiels de l'action	Tous les acteurs, professionnels, associatifs, usagers, représentants des usagers, élus, concernés par la promotion de la santé mentale	
Public visé	☒ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☒ Enfants (7 à 11 ans) ☒ Adolescents (12 à 15 ans)	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical

	☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☒ Adultes (26 à 65 ans) ☒ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Représentants des usagers	☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☒ De la culture/Loisirs ☐ Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88 ☒ Régional, Grand Est	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du PTSM 88 Déploiement progressif sur la région Grand Est	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	L'ARS Grand Est accorde au CREHPSY une dotation de 160 000 € pour l'ensemble des antennes.
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	40 000 € / an accordés par l'ARS GE à Espoir 54 pour financer un poste de chargé de mission en vue du déploiement de l'antenne Lorraine du CREHPSY Grand Est
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	• Temps de coordination CREHPSY • Frais de fonctionnement • Déploiement d'outils
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☒ Participation à la gestion de l'action ☒ Participation à la mobilisation des ressources	
Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • Nombre de réunions du COPIL du CREHPSY Lorraine en lien avec Espoir 54 • Nombre d'actions de sensibilisation et de réunions d'information auprès des différents acteurs et institutions du territoire • Nombre de consultations de la plateforme d'information et d'orientation par les professionnels et usagers • Nombre d'appels téléphoniques <u>Indicateurs de résultat :</u> • Déploiement d'un outil commun (plateforme d'information et d'orientation) • Taux de satisfaction des usagers et partenaires concernant la lisibilité de l'offre	

Fiche action V-2

Action n° V-2 Validée par le COPIL le 13/10/20	Renforcer la coordination départementale de la politique de santé mentale - GCS-GSM 88
Contexte	En juillet 2012, la convention constitutive pour la création de l'entité juridique "Groupement de Coopération Sanitaire - Groupement en Santé Mentale des Vosges" a été signée. C'est un outil de coopération privilégié dans le cadre des coopérations entre le secteur public et privé, mais également entre la ville et l'hôpital. En application de l'article L.6133-1 du Code de la Santé Publique, les GCS ont "pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres." L'article L.6133-2 du CSP stipule qu'il y a obligation de compter au moins un établissement de santé. Le GCS permet les coopérations entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, ainsi que la ville. En outre, peuvent participer au GCS tout autre organisme sous réserve de l'accord du Directeur Général de l'ARS. Le GCS-GSM88 a été constitué par la volonté du CH RAVENEL, de l'AVSEA, de la FMS et de l'UNAFAM qui en sont les membres fondateurs. Un arrêté de l'ARS a approuvé et confirmé officiellement cette constitution en octobre 2012. Dès la constitution, les objectifs étaient : • Développer des actions cohérentes et complètes sur le territoire des Vosges afin d'offrir des réponses adaptées en matière d'accès à la santé et aux soins des personnes en situation de précarité et présentant une souffrance/un handicap psychique • Renforcer et pérenniser les partenariats entre les membres fondateurs du sanitaire, du social, du médico-social, ainsi qu'avec la seule association vosgienne de représentants des usagers • Permettre un dispositif de coopération et de collaboration souple, préservant l'autonomie de chaque membre • Mettre en commun des financements pour des actions profitant aux quatre structures membres et donc à l'ensemble des usagers • Mutualiser des moyens pour une meilleure qualité de l'accompagnement global des personnes en souffrance psychique et ainsi une amélioration de leur rétablissement
Typologie de l'action	☐ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☐ Action innovante ☒ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	GCS-GSM 88
Objectifs stratégiques	• Conforter et positionner le GCS GSM88 comme porteur du CTSM 88 • Ouvrir le GCS GSM88 à d'autres membres impliqués dans le champ de la santé mentale
Plan d'action	• Promouvoir le GCS GSM88 auprès de l'ensemble des acteurs du territoire dans le champ de la santé mentale • Renforcer le rôle du GCS GSM 88 sur le département des Vosges en y intégrant de nouveaux membres • Optimiser le fonctionnement du GCS-GSM88 • Accompagner la mise en œuvre du CTSM 88

Méthode de mise en œuvre du plan d'action	• Créer des outils de suivi (tableaux de bord,...) • Définir un plan de communication • Organiser des réunions spécifiques pour la mise en œuvre du CTSM 88 • Evaluer périodiquement l'état d'avancement des actions du CTSM 88 • Réajuster les actions en fonction des résultats	
Coopérateurs potentiels de l'action	Tous les acteurs du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers, associations et représentants des usagers	
Public visé	☐ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☐ Enfants (7 à 11 ans) ☐ Adolescents (12 à 15 ans) ☐ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☐ Adultes (26 à 65 ans) ☐ Personnes âgées (>65 ans) ☐ Professionnels* ☐ Autre (Précisez) : Représentant des usagers	* Préciser si professionnels : ☐ Médical ☐ Paramédical ☐ Social ☐ Médico-social ☐ Du logement et de l'hébergement ☐ De la prévention et de la promotion de la santé ☐ De l'éducation/la formation ☐ De la justice/de la police ☐ De l'emploi (accès, maintien) ☐ De la culture/Loisirs ☐ Autre (Précisez) : Collectivités
Territoire d'intervention	☐ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Dès la signature du Contrat Territorial de Santé Mentale, action prioritaire	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Missions menées en appui par le coordonnateur du PTSM
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI au travers de l'UNAFAM ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☒ Participation à la direction des activités prévues ☒ Participation à la gestion de l'action ☒ Participation à la mobilisation des ressources
Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • Nombre de réunions annuelles du GCS-GSM88 • Nombre de réunions spécifiques au PTSM 88 • Nombre de participations du GCS-GSM88 aux diverses réunions partenariales (CLSM, CLS, AG, divers COPILs,...) • Nombre d'action de communication <u>Indicateurs de résultat :</u> • Bilan d'activité du GCS-GSM 88 • Taux de satisfaction des partenaires sur les actions menées par le GCS-GSM 88 • Nombre d'actions du CTSM mises en œuvre par an / Nombre d'actions prévues • Nombre de nouveaux partenaires intégrant le GCS-GSM88

Fiche action V-3

Action n° V-3 Validée par le COPIL le 13/10/20	Définir une stratégie de sensibilisation à la mise en œuvre des CLSM sur le département
---	--

Contexte	<i>Le Contrat Local de Santé (CLS) est un outil partenarial de lutte contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.</i> Démarche volontaire ciblée sur un territoire et adaptée aux besoins de santé de la population, le CLS est porté par l'Agence Régionale de Santé et une collectivité territoriale ou une structure intercommunale, auxquelles peuvent s'associer les services de l'Etat, le Conseil Départemental, le Conseil Régional, la CAF, la MSA, les acteurs de santé et les associations locales. L'objectif du CLS est d'améliorer l'état de santé de la population du territoire concerné. Le CLS est défini dans le Code de Santé Publique par l'article L.1434-10 et s'emploie à décliner la politique régionale de santé. Il mobilise les acteurs d'un territoire autour d'un diagnostic partagé et s'appuie sur un plan d'actions pluriannuel co-construit à partir de la situation socio-économique, des besoins locaux et de l'état de santé de la population. Le contrat est conclu pour 3 à 5 ans et peut contenir un axe spécifique à la santé mentale. Il fait l'objet d'un accompagnement dans la durée et donne lieu à une évaluation. <i>Un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est un espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire.</i> Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. Le CLSM s'inscrit, comme une nécessité, dans une démarche de santé publique souple et horizontale, dont l'objectif est de favoriser le bien-être mental où que nous soyons, en portant une attention particulière, notamment à l'accès aux soins, à l'inclusion sociale ou encore aux déterminants essentiels de santé. Le CLSM est co-animé par un élu et un représentant de la psychiatrie.	
Typologie de l'action	☐ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☒ Action Innovante ☒ Action existante (adaptation, extension)	
Pilotage	GCS-GSM 88 Association des Maires des Vosges (AMV88) – CLSM existants	
Objectif stratégique	Accompagner le déploiement des CLSM sur le département des Vosges	
Plan d'action	Renforcer les liens et coordonner les actions du PTSM avec les CLSM ou les CLS	
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	- Participer aux COPILs et aux travaux des CLSM du territoire - Participer aux COPILs des CLS pour promouvoir la santé mentale et/ou accompagner l'axe santé mentale	
Coopérateurs potentiels de l'action	CLS et CLSM – Conseil Départemental – DAC et tout autre acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers, associations et représentants des usagers	
Public visé	☒ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☒ Enfants (7 à 11 ans)	* Préciser si professionnels : ☒ Médical

	☒ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☒ Adultes (26 à 65 ans) ☒ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Représentants des usagers	☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☐ De la culture/Loisirs ☒ Autre (Précisez) : Collectivités, médias (support)
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM 88	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Coordonnateur du PTSM 88
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☒ Participation à la direction des activités prévues ☒ Participation à la gestion de l'action ☒ Participation à la mobilisation des ressources	
Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> - Nombre de participations aux COPILs et groupes de travail des CLS - Nombre de participations aux COPILs et groupes de travail des CLSM <u>Indicateurs de résultat :</u> - Couverture du département des Vosges par des actions menées soit par un CLSM soit dans le cadre d'un CLS - Nombre d'actions convergentes menées entre les CLS/CLSM et le PTSM88	

Fiche action V-4

Action n° V-4 Validée par le COPIL le 13/10/20	Mettre en œuvre un plan de formation départemental pour tous coordonné par le GCS-GSM 88
---	---

Contexte	Développer ses compétences et ses connaissances pour répondre à une prise en charge globale, cohérente et sans rupture semble une évidence. Le souhait de chaque acteur, des aidants, des familles est de non seulement appréhender au mieux les problématiques du champ de la santé mentale mais également de renforcer une collaboration entre les acteurs, un partage des pratiques pour mettre en œuvre un accompagnement dans le parcours de vie des personnes présentant un trouble psychique. Que ce soit par l'élaboration de plan de formation institutionnel, d'actions d'information ou de sensibilisation, il est nécessaire de coordonner et de rendre lisible les offres de formation sur l'ensemble du département ce qui participera non seulement au développement des compétences pour tous mais aussi au décloisonnement des institutions.	
Typologie de l'action	☐ Nouvelle action ☒ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☒ Action existante (adaptation, extension)	
Pilotage	GCS-GSM 88 Structure porteuse du plan de formation	
Objectif stratégique	Formaliser un plan de formation territorial dans le champ de la santé mentale	
Plan d'action	- Identifier et recenser les besoins en formation sur le département - Définir et prioriser les actions de formation - Mettre en œuvre les actions du plan de formation	
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	- Mettre en place un COPIL qui définit le plan de formation territorial - Elaborer une charte de fonctionnement du plan de formation territorial - Définir la structure porteuse du plan de formation - Recenser les structures potentiellement fournisseuses de formateurs internes - Analyser le recueil des besoins en formation - Proposer 2 à 3 axes prioritaires de formation à mettre en œuvre sur la durée du CTSM - Proposer et diffuser un calendrier de formation à l'ensemble des acteurs du territoire - Adapter un outil de gestion de formation	
Coopérateurs potentiels de l'action	Responsables de formation des partenaires	
Public visé	☒ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☒ Enfants (7 à 11 ans) ☒ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☒ Adultes (26 à 65 ans) ☒ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) :	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation

	Représentant des usagers	☒ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☒ De la culture/Loisirs ☒ Autre (Précisez) : Médias – collectivités
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM 88	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	52 000€ la 1 ^{ère} année (un agent administratif + achat et maintenance du logiciel) puis 46 000€ (un agent administratif + maintenance du logiciel)
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Autofinancement de l'agent administratif au-delà de 2 ans et du cout de maintenance du logiciel par les formations (3250€ /an)
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	1 ETP d'agent administratif en charge du plan de formation : 40 000 € / an Au total : 80 000 € sur 2 ans Acquisition d'un logiciel de gestion des formations : 6 000€
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☒ Participation à la direction des activités prévues ☒ Participation à la gestion de l'action ☒ Participation à la mobilisation des ressources	
Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • Nombre de réunions du comité de pilotage • Nombre de sessions de formation réalisées par an • Nombre de personnes formées par an et par structure <u>Indicateurs de résultat :</u> • Rapport d'activité du plan de formation territorial • Taux de satisfaction des personnes formées	

AXE VI :
Engager une
politique de
rétablissement et
de réhabilitation psychosociale

Fiche action VI-1

Action n° VI-1 Validée par le COPIL le 13/10/20	Création d'un centre de proximité de réhabilitation psychosociale labellisé pour le territoire des Vosges
--	--

Contexte	Les personnes atteintes de troubles psychiques espèrent, au-delà d'une stabilisation ou d'une rémission clinique, pouvoir se réinsérer, accéder à un logement, à la formation et à l'emploi. Cette démarche s'inscrit dans le processus de rétablissement. Les soins de réhabilitation psychosociale (RPS) sont un des moyens d'accompagner le rétablissement, notamment le rétablissement fonctionnel avec restauration de la capacité à affronter les situations, à se saisir de ses capacités et limites individuelles en tenant compte de son environnement. Un centre de proximité sur le territoire des Vosges permettrait de proposer et promouvoir les soins orientés rétablissement, en coordination avec le dispositif support régional CURE Grand Est et s'intégrant dans un réseau national.
Typologie de l'action	☒ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☐ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	Centre de Coordination Grand Est (centre support Nancy : CURE) – PCME CH RAVENEL – GCS-GSM 88
Objectif stratégique	Développer le centre de proximité de la réhabilitation psychosociale et de la remédiation cognitive sur le CH Ravenel
Plan d'action	• Établir une cartographie précise des outils existants sur le territoire • Déployer le centre de proximité de la RPS au CH Ravenel en lien avec le centre support de Nancy • Promouvoir la culture du rétablissement • Favoriser la construction d'un projet personnalisé de soins en RPS • Promouvoir les programmes d'éducation thérapeutique, de psychoéducation, bilan fonctionnel et neurocognitif...
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	• Promouvoir la RPS au niveau local (CH Ravenel) : présentation du dispositif régional dans les instances du CH (CME,...) • Mettre en œuvre le protocole de déploiement • Coordonner les actions du centre de proximité avec les acteurs du parcours de vie et de soins des usagers (famille, structures sociales et médico-sociales,...) • Mise en œuvre des actions de formation et de sensibilisation réalisées par le centre support CURE : ◦ former les professionnels à l'accompagnement des usagers selon le concept de rétablissement ◦ former aux outils de réhabilitation psychosociale ◦ proposer des formations inter-établissement en y associant les associations concernées ◦ sensibiliser et accompagner les aidants, les familles, l'entourage • Evaluer le dispositif en lien avec le centre support

Coopérateurs potentiels de l'action	Tout acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers, associations et représentants des usagers	
Public visé	☐ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☐ Enfants (7 à 11 ans) ☐ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☒ Adultes (26 à 65 ans) ☐ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Représentants des usagers	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☐ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☒ De la culture/Loisirs ☐ Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier prévisionnel du CTSM 88 Calendrier de déploiement en cours d'élaboration en lien avec CURE Grand Est	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	Le budget sera défini en fonction des ETP nécessaires (au minimum du temps psychiatre, neuropsychologue, infirmier, secrétaire) pour la mise en place du centre de proximité au CH Ravenel en lien avec le projet médico-soignant de celui-ci.
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Crédits fléchés RPS Grand Est – Centre support Nancy Dispositifs existants à CH Ravenel
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	Déploiement d'outils RH : temps neuropsychologue, infirmier Frais de fonctionnement Formation
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☒ Participation à la gestion de l'action ☒ Participation à la mobilisation des ressources	

Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus</u> • Nombre de personnes bénéficiant du dispositif de RPS • Nombre d'actions de formation et de sensibilisation réalisées / Nombre d'actions de formation et de sensibilisation prévues <u>Indicateurs de résultat :</u> • Mise en œuvre du centre de proximité sur les Vosges (CH Ravenel) • Taux de satisfaction des professionnels et des usagers du dispositif évaluée par questionnaires annuels
---	--

AXE VII :
Compléter et
densifier le
maillage des étapes
de la démarche
d'insertion pour
concrétiser le concept
de rétablissement

Fiche action VII-1

Action n° VII-1 Validée par le COPIL le 13/10/20	Mettre en place une coordination de parcours
---	---

Contexte	Le parcours de vie est un ensemble de trajectoires entrelacées et interdépendantes qui renvoie à plusieurs sphères : santé, soins, médico-social, social, logement, professionnel. Pour les personnes vivant avec des troubles psychiques, la garantie d'une continuité équilibrée entre ces constituants de la vie quotidienne est la condition incontournable pour aller vers un rétablissement durable et de qualité. Aujourd'hui, il manque une approche globale de coordination pour assurer la continuité de l'accompagnement pluridisciplinaire du parcours de vie de la personne souffrant de troubles psychiques. Une réponse adaptée à cette problématique éviterait de laisser « errer » l'utilisateur entre les dispositifs.
Typologie de l'action	☒ Nouvelle action ☒ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☐ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	GCS-GSM 88
Objectif stratégique	Eviter les ruptures dans les parcours de vie en mettant en place des coordinateurs de parcours
Plan d'action	- Identifier les ruptures de parcours pour les 15 – 25 ans, à titre expérimental sur le territoire de la Déodaté - Recruter un coordinateur de parcours (15 – 25 ans) sur le territoire de la Déodaté - Construire un réseau avec les partenaires (sociaux, médico-sociaux et sanitaires) - A terme intégrer le DAC - Evaluer la plus-value du dispositif
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	- Créer un groupe de travail pour diagnostiquer les ruptures de parcours des 15 – 25 ans - Définir les modalités organisationnelles du dispositif - Identifier un profil de poste du coordinateur de parcours - Recruter le coordinateur de parcours sur le territoire de la Déodaté - Associer tous les partenaires et les aidants du territoire à la démarche - Elaborer un support de communication à destination des professionnels et des usagers - Evaluer la démarche
Coopérateurs potentiels de l'action	Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) - MDA – INICEA CSPA (Centre Spinalien de Psychiatrie Ambulatoire) - tout autre acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers, associations et représentants des usagers
Public visé	☐ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☐ Enfants (7 à 11 ans) ☒ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) * Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social

	☐ Adultes (26 à 65 ans) ☐ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Représentant des usagers	☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'accès à l'emploi (accès, emploi, maintien) ☐ De la culture/Loisirs ☐ Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM 88	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	Budget total → financement d' 1 ETP de coordination sur le territoire de la Déodatie à titre expérimental sur 3 ans (57000 €/an)
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	Financement du Poste de coordinateur : 57 000 € /an sur 3 ans
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☒ Participation à la gestion de l'action ☐ Participation à la mobilisation des ressources	
Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • Nombre de réunions du groupe de travail pour diagnostiquer les ruptures de parcours. réalisées / Nombre de réunions prévues • Nombre de personnes intégrant le dispositif / Nombre de personnes suivies sur le territoire de la Déodatie <u>Indicateurs de résultat :</u> • Recrutement du coordinateur de parcours • Taux de satisfaction du dispositif auprès des professionnels et usagers • Déploiement d'un outil de coordination (exemple : outil « PARCEO »)	

Fiche action VII-2

Action n° VII-2 Validée par le COPIL le 13/10/20	Mieux orienter et accompagner les personnes en souffrance psychique nécessitant un hébergement
---	---

Contexte	Le diagnostic a mis en évidence les difficultés d'hébergement et d'accompagnement pour les personnes souffrant de troubles psychiques. En effet, l'offre en hébergement peut être inadaptée aux besoins de la personne soit en raison de son inadéquation en termes d'accompagnement soit en raison de son éloignement géographique. Ainsi pour obtenir une place d'hébergement l'utilisateur doit souvent se résigner à intégrer la structure proposée. Ces situations, génératrices de ruptures de parcours, peuvent engendrer des incompréhensions voire des mécontentements de la part de l'utilisateur, de la famille et/ou des professionnels. Actuellement, il existe différents dispositifs d'hébergement et d'accompagnement (logements, résidences d'accueil et d'autonomie, places d'Accueil Familial Thérapeutique (AFT), maisons gouvernantes, maisons relais, Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), habitats inclusifs... pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Néanmoins ces dispositifs restent insuffisants sur le territoire. De plus cette insuffisance est aggravée par la quasi absence de Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) et des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale psy (SAVS).
Typologie de l'action	☐ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☒ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	GCS-GSM 88
Objectifs stratégiques	• Améliorer l'accompagnement des usagers vers l'hébergement adapté, • Développer l'offre si besoin et en assurer la pérennité • Respecter le droit des usagers à choisir leur logement
Plan d'action	• Faire un état des lieux de l'offre d'hébergement et des dispositifs d'accompagnement existants (sanitaire, sociale et médico-social) • Développer l'offre en fonction des besoins • Adapter les orientations des personnes souffrant de troubles psychiques sur les différentes structures en fonction de leurs besoins • Renforcer le partenariat avec les bailleurs • Sensibiliser les bailleurs aux problématiques de santé mentale • Favoriser « l'aller vers » avec les équipes mobiles pluridisciplinaires existantes (SAMSAH,SAVS, SSIAD,...) en lien avec les services d'aides à domicile (Adavie, ADMR,...)
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	• Mettre en œuvre un comité de pilotage qui définira la mise en œuvre des actions • Appliquer les modalités prévues par les directives nationales relatives à l'adaptation de la société et à l'habitat inclusif • Renforcer les projets existants (projet FAM et MAS psy, AFT,...) • Rendre lisible les dispositifs par une campagne d'information sur l'offre d'habitat et d'hébergement pour les personnes en situation de handicap psychique et selon leur âge ou situation

Coopérateurs potentiels de l'action	AMV88 – Conseil Départemental - DDETSPP88 - Bailleurs sociaux (Vogelis, Epinal Habitat ...) – Structures d'aides à domicile (Adavie, ADMR,...) – SIAO – tout autre acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers, associations et représentants des usagers	
Public visé	☒ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☒ Enfants (7 à 11 ans) ☒ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☒ Adultes (26 à 65 ans) ☒ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Représentants des usagers	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☒ De la culture/Loisirs ☐ Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM 88	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	Budget communication/sensibilisation : 3000 €/ an
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	A partir des dispositifs existants
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	A titre indicatif (PMS du CH Ravenel 2021-2025) : - Projet d'extension de l'AFT CH Ravenel : 402 400 € - Projet de création de 8 places supplémentaires au FAM CH Ravenel : 24 179 € par place = 193 432 € Au total : 595 832 € AAP (ARS, Conseil Départemental, DDETSPP,...) Aides (DDETSPP et CAF)
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☒ Participation à la gestion de l'action ☒ Participation à la mobilisation des ressources	
Principaux indicateurs d'évaluation	Indicateurs de processus : • Nombre de réunions du comité pilotage réalisées / Nombre de réunions prévues • File active des personnes orientées vers un dispositif d'hébergement et d'accompagnement adapté (par dispositif) • Nombre d'actions de sensibilisation auprès des bailleurs privés	

	<u>Indicateurs de résultat :</u> • Réalisation d'une cartographie de places d'hébergements et dispositifs d'accompagnement existants • Nombre de places d'hébergement et d'accompagnement créées répondant aux besoins du territoire. • Evolution du nombre de personnes sur liste d'attente de chaque dispositif • Taux de satisfaction auprès des usagers et familles
--	--

Fiche action VII-3

Action n° VII-3 Validée par le COPIL le 13/10/20	Renforcer et compléter les dispositifs d'accès et de maintien au travail
Contexte	Par travail, il faut entendre toute activité humaine visant à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose. Il peut être manuel ou intellectuel, rémunéré (salaire, dédommagement, échange...) ou non (bénévolat). La loi du 11/02/2005 reconnaît que l'altération substantielle, durable ou définitive des fonctions psychiques constitue un handicap qui doit être compensé pour permettre l'intégration de la personne concernée, dans son environnement social et professionnel. Il existe des mesures pour les entreprises et les salariés, destinées à favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi. Elles ne suffisent pas pour dépasser les a priori et la stigmatisation. - Les personnes handicapées restent deux fois plus longtemps au chômage - Le taux de chômage des personnes handicapées psychiques est 3 à 5 fois plus élevé que celui des personnes sans problème (Stuart 2011) - Moins de 20 % des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique accèdent à un emploi, pour beaucoup en milieu de travail protégé Le travail est un facteur de rétablissement mais la stabilisation constitue un préalable indispensable à l'insertion. A défaut, les expériences peuvent être insatisfaisantes et vécues comme des échecs dont la répétition, entraînant une perte de confiance, freine l'expression de projets professionnels et de vie.
Typologie de l'action	☐ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☒ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	GCS-GSM 88
Objectifs stratégiques	Organiser de manière cohérente les dispositifs pour permettre une évolution progressive entre inactivité et emploi en milieu ordinaire Améliorer l'accès et le maintien dans l'emploi par un accompagnement global renforcé Intensifier la promotion de l'emploi des personnes vivant avec des troubles psychiques : lutte contre la stigmatisation et la discrimination chez les employeurs, dans l'environnement de travail interne et externe
Plan d'action	- Soutenir, accompagner et sécuriser le parcours de vie professionnelle - Structurer de manière complémentaire différents acteurs au service d'un parcours d'inclusion professionnel réussi. Au départ de la future plateforme Emploi Accompagné 88 et dans le cadre des évolutions attendues (Pilotage collégial d'Emploi Accompagné, orientation unique, prescriptions SPE, possibilité d'inscription des travailleurs d'ESAT à Pôle Emploi...) - Soutenir les employeurs du « milieu ordinaire » de travail dans le « parcours d'intégration » des personnes handicapées psychiques

Méthode de mise en œuvre du plan d'action	Transformation du Dispositif Emploi Accompagné en Plateforme départementale Emplois Accompagné pour : • Mettre en œuvre un comité de pilotage et de suivi des actions • Réaliser un état des lieux pour définir les priorités d'action spécifique Emploi et Formation • Mettre en place un guichet unique pour l'accueil, l'évaluation et l'orientation de personnes en situation de handicap, reconnu ou non, dans leur parcours d'intégration professionnelle • Mettre en œuvre un réseau global coordonné en lien avec les coordonnateurs de parcours, la communauté 360° et le PCPE • Mettre en œuvre une équipe mobile de soutien par mutualisation de compétences sanitaires et médico-sociales (sur le modèle du projet DECLIC) • Mettre en œuvre un plan de formation en lien avec le plan de formation départemental (cf. Fiche Action IV-4) • Développer un plan de communication de la plateforme • Déployer le dispositif sur l'ensemble du territoire • Évaluer le dispositif de la plateforme	
Coopérateurs potentiels de l'action	Plateforme Emploi Accompagné – Service Public de l'Emploi (SPE) = Cap Emploi – Missions Locales – Pôle Emploi – MDPH – Communauté 360° - Plateforme de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE). ESAT – Médecine du travail (EPSAT Vosges...) – Organisations professionnelles patronales et salariées (Syndicats, CSE, ex CHSCT) – Représentants des usagers (CVS,...) – Usagers et entourage –tout autre acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion	
Public visé	☐ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☐ Enfants (7 à 11 ans) ☐ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☒ Adultes (26 à 65 ans) ☒ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Représentants des usagers	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☒ De la culture/Loisirs ☒ Autres : Collectivités, entreprises, associations...
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM 88	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	Co-financement ARS/FIPHFP/AGEFIPH pour la plateforme Emploi Accompagné : 101 000 € / an
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Dispositif DECLIC du partenariat entre le CH Ravenel et l'AVSEA
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	Renforcement du dispositif DECLIC sur l'ensemble du territoire (estimation 289 360€ / an)

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☐ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☐ Participation à la gestion de l'action ☐ Participation à la mobilisation des ressources
Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • Nombre d'usagers bénéficiant du dispositif d'accès et de maintien au travail • Nombre d'usagers ayant bénéficié d'un retour en milieu ordinaire • Nombre de projets aboutis pour une intégration en ESAT • Nombre d'usagers âgés de 16 à 21 ans ayant bénéficié du dispositif • Nombre d'usagers en rupture du dispositif • Nombre d'usagers hospitalisés bénéficiant du dispositif <u>Indicateurs de résultat :</u> • Nombre de personnes vivant avec un trouble du psychisme bénéficiant d'un emploi (en milieu protégé et en milieu ordinaire) / Nombre total de personnes vivant avec un trouble du psychisme en âge de travailler • Taux de satisfaction à destination des professionnels et des usagers

Fiche action VII-4

Action n°VII-4 Validée par le COPIL le 13/10/20	Créer un dispositif mixte psycho éducatif pour les adolescents et jeunes adultes en situations complexes	
Contexte	Selon l'OMS, une mauvaise santé mentale peut avoir des effets importants sur la santé générale et le développement des adolescents et elle est associée à de graves conséquences sur le plan sanitaire et social, parmi lesquelles la consommation accrue d'alcool, de tabac ou de substances illicites, la grossesse adolescente, l'abandon de la scolarité et des comportements délinquants. C'est aussi à l'adolescence que vont émerger les grandes pathologies psychiatriques que l'on rencontre chez l'adulte telles que les troubles schizophréniques, les troubles de l'humeur,... Il est nécessaire non seulement d'accompagner l'apprentissage de la sociabilité, les capacités de résoudre les problèmes, de développer la confiance en soi mais aussi d'assurer la prévention des troubles psychiques et leurs co-morbidités. La création d'un dispositif mixte, sanitaire et éducatif permettrait d'anticiper les situations complexes, de faire des pré-diagnostic, des propositions d'orientation et d'avancer dans la prise en charge de jeunes qui présentent des troubles du comportement sans forcément de pathologie psychiatrique.	
Typologie de l'action	☒ Nouvelle action ☒ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☐ Action existante (adaptation, extension)	
Pilotage	GCS GSM88 – DDETSPP88 –PJJ	
Objectif stratégique	Créer un dispositif mixte psycho éducatif pour les adolescents et jeunes adultes en situation complexe confrontés à plusieurs difficultés dans les champs du social, de la psychiatrie, de l'environnement scolaire et familial, des problématiques de comportement et d'addiction.	
Plan d'action	- Créer et coordonner le dispositif d'accompagnement mixte psycho éducatif (sur l'exemple du dispositif de la Maison Éducative Thérapeutique (MET) en Moselle) - Travailler en lien avec l'équipe mobile mixte pédopsychiatrique (cf. Fiche Action III-2)	
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	- Créer un comité de pilotage pour la mise en œuvre d'une structure expérimentale type MET - Etablir un état des lieux des problématiques que rencontrent les adolescents et jeunes adultes en situation complexe et les réponses existantes. - Identifier et construire les partenariats sur le territoire (exemple : cellule pluri-institutionnelle visant à anticiper la sortie des jeunes majeurs confiés à l'ASE en rupture de parcours (DDETSPP des Vosges)) - Définir le cahier des charges en vue de la mise en œuvre du projet - Mettre en œuvre et décliner le projet selon le calendrier défini	
Coopérateurs potentiels de l'action	DITEP –Education Nationale - IME – MDAJA – MDPH – MECS – SESSAD et tout autre acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers, associations et représentants des usagers	
Public visé	☐ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☐ Enfants (7 à 11 ans) ☒ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☐ Adultes (26 à 65 ans)	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social

	☐ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Représentant des usagers	☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☒ De la culture/Loisirs ☐ Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	A définir durant les travaux du CTSM
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Cellule pluri-institutionnelle
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	• Équipe mobile mixte pédopsychiatrique • Dispositif type MET
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☐ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☐ Participation à la gestion de l'action ☐ Participation à la mobilisation des ressources	
Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • Nombre de réunions du COPIL réalisées / Nombre de réunions prévues • Nombre d'actions réalisées / Nombre d'actions prévues par le COPIL • Nombre de partenaires impliqués dans la démarche / Nombre de partenaires du territoire concernés <u>Indicateurs de résultat :</u> • Création du dispositif d'accompagnement mixte psycho éducatif pour adolescents et jeunes adultes • Taux de satisfaction des usagers et des partenaires	

AXE VIII :

**Développer une démarche
de démocratie sanitaire
intégrant les usagers et
leur entourage dans une
approche citoyenne du
champ de la santé mentale
tout en veillant au
respect de leurs
droits**

Fiche action VIII-1

Action n° VIII-1 Validée par le COPIL le 13/10/20	Renforcer la démocratie sanitaire en santé mentale
---	---

Contexte	La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Loi Kouchner) consacre la doctrine de démocratie sanitaire qui s'appuie sur deux principes étroitement liés : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, et son corollaire, le droit du patient d'être informé sur son état de santé (article L. 1110-2 du Code de la Santé Publique). Elle réaffirme les droits du citoyen usager et garantit sa participation active. Au sein du CH Ravenel, un projet des usagers a vu le jour, celui-ci est intégré au Projet d'Établissement 2021-2025. La loi HPST prévoit des pôles cliniques et médico-techniques, mais n'interdit pas les initiatives expérimentales. Dans cette perspective, le Centre Hospitalier Ravenel étudiera la faisabilité de mise en place d'une maison des usagers. Il engagera par ailleurs une réflexion sérieuse et à plus long terme sur la possibilité de créer un pôle des usagers à l'image du CH Esquirol de Limoges qui, depuis 2014, a opté pour un élargissement de la démocratie sanitaire dans sa gouvernance interne. Structuré à l'identique d'un pôle médical, ce pôle administratif lui est complémentaire. Il gère les instances et dispositifs en lien avec les usagers et a vocation à s'emparer de tout sujet d'importance pour eux.
Typologie de l'action	☒ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☒ Action Innovante ☐ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	UNAFAM - CH Ravenel
Objectifs stratégiques	• Promouvoir une démocratie sanitaire au service de l'alliance thérapeutique et de la coordination des parcours de vie et de soins • Associer les usagers, leur entourage et leurs représentants à la définition et à la mise en œuvre de la politique de santé du CH Ravenel : projets, organisation et fonctionnement, respect des droits, démarche participative,...
Plan d'action	• Créer une maison des usagers au sein de l'établissement ◦ Faire le trait d'union entre les acteurs : usagers, entourage, professionnels, associations,... • S'appuyer sur le service relation usagers existant et le projet des usagers pour : ◦ Renforcer la place et le rôle des usagers et de l'entourage au sein de l'hôpital ◦ Fédérer et coordonner toutes les actions en faveur des usagers, accompagner les évolutions du système de santé dans le respect des droits des usagers (e-santé, télémedecine,...) ◦ Agir comme force de proposition et de médiation ◦ Renforcer le droit des usagers et le faire converger entre le sanitaire, le médico-social, le social,... ◦ Faire reconnaître la place, le rôle et les compétences des aidants familiaux

	• Renforcer les dispositifs existants et les compléter notamment par la maison des usagers ◦ Faire connaître et partager les projets mis en place par l'UNAFAM, pour les familles et pour les usagers ◦ Poursuivre la sensibilisation des professionnels de santé aux droits des usagers ◦ Développer des dispositifs de répit pour les aidants (Cf Fiche Action VIII-2) ◦ Offrir un espace d'écoute supplémentaire aux usagers, à l'entourage ◦ Conforter les programmes de psychoéducation à destination des usagers, des aidants, des familles (Cf Fiche Action VIII-3) ◦ Soutenir et développer les initiatives d'entraide (dont les GEM...), la pair-aidance et les patients experts sur le territoire (Cf Fiche Action VIII-4) • Réfléchir à la mise en place d'un pôle des usagers	
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	• Créer un comité de pilotage par la CDU en 2022 et définir un plan d'actions • Prioriser et temporaliser les actions • Déterminer le calendrier de déploiement des actions notamment de la création de la maison des usagers • Mettre en place des groupes de travail • Construire et mettre en œuvre un plan de communication territorial et national • Mener une réflexion sous forme de projet de création de pôle des usagers	
Coopérateurs potentiels de l'action	L'ensemble des dispositifs, des acteurs, impliqués dans le champ de la santé mentale, les usagers, associations et représentants des usagers, entourage (aidants, familles), membres de la CDU (Commission des Usagers) – Service des relations avec les usagers du CH Ravenel – CDSP	
Public visé	☒ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☒ Enfants (7 à 11 ans) ☒ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☒ Adultes (26 à 65 ans) ☒ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Représentant des usagers	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☒ De la culture/Loisirs ☒ Autre (Précisez) : Collectivités, médias (support)
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier défini par le COPIL	
	<i>Budget global prévisionnel</i>	Maison des usagers : 10 000 € / an

Financements potentiels	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Constitution des ressources humaines : identification d'un coordinateur de la maison des usagers Mise à disposition gratuite des locaux par le CH Ravenel pour la future maison des usagers
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	Charges de fonctionnement et de logistique de la maison des usagers : 10 000 € / an
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☒ Participation à la direction des activités prévues ☒ Participation à la gestion de l'action ☒ Participation à la mobilisation des ressources	
Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • Nombre de réunions du comité de pilotage réalisées / Nombre de réunions prévues • Nombre d'actions réalisées / Nombre d'actions prévues • File active de la maison des usagers (patients, usagers,...) <u>Indicateurs de résultat :</u> • Mise en œuvre de la maison des usagers • Déploiement du plan d'actions • Taux de satisfaction des usagers et des acteurs	

Fiche action VIII-2

Action n°VIII-2 Validée par le COPIL le 13/10/20	Développer le soutien et les solutions de répit pour préserver la santé des aidants familiaux¹ non professionnels
--	--

Contexte	Répît : « repos, interruption dans une occupation absorbante et/ou contraignante » Être aidant est le plus souvent la réponse subie à une situation d'urgence et qui ne relève pas d'un choix libre et assumé. Cette situation impacte négativement la vie de l'aidant : • 20 % présentent des symptômes de fatigue morale ou physique • 40 % des aidants dont la charge est la plus lourde se sentent dépressifs • 29 % déclarent consommer des psychotropes • Beaucoup renoncent à des soins, pour privilégier la santé de l'aidé • Les mères mettent souvent entre parenthèses leur carrière professionnelle <i>(source Baromètre Unafam issu d'un questionnaire adressé à l'ensemble des adhérents de l'Unafam, mai-juin 2020, 50 questions posées, plus de 5 000 réponses)</i> La loi reconnaît et renforce le rôle des aidants et affirme un droit au répit, notamment pour les aidants des personnes âgées (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Même si la CNSA élargit le champ d'intervention, en santé mentale ce droit reste encore largement un vœu pieux. Le répit ne doit pas seulement être une « pause » ponctuelle, il s'agit aussi d'apporter d'autres formes d'aide que sont la formation, le soutien et l'accompagnement. La recherche de ces moments de répit implique donc les acteurs des champs sanitaire, médico-social et social et doit trouver naturellement sa place dans une approche globale de la santé. Compte tenu des liens qui les unissent, le répit des aidants passe par le répit des aidés.
Typologie de l'action	☒ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☒ Action Innovante ☐ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	GCS-GSM88 – Porteur de la plateforme de répit
Objectif stratégique	Créer une plateforme de répit pour les aidants en vue de leur proposer un ensemble de solutions leur permettant d'améliorer leur vie au quotidien.
Plan d'action	• Prévenir, repérer et gérer les risques d'épuisement des aidants • Faciliter l'accessibilité aux dispositifs existants • Mettre en œuvre la plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants des personnes en situation de handicap • Développer les lieux de répit et les solutions d'hébergement temporaire pour les personnes aidées afin de « laisser respirer » les aidants
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	• Constituer un comité de pilotage réunissant les acteurs concernés • Recenser les dispositifs d'aide aux accompagnants existants sur le territoire • Répondre à l'appel à projet pour la création d'une plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants des personnes en situation de handicap • Identifier les besoins en formation des aidants et des professionnels, les prioriser et les mettre en lien avec le plan de formation territorial

	- Élaborer et mettre en œuvre un plan de communication intégrant la réalisation de plaquettes et livrets destinés aux aidants et aux professionnels - Développer les approches type groupe de parole et favoriser l'échange de pratiques (sanitaire, médico-social, UNAFAM,...)						
Coopérateurs potentiels de l'action	Association française des aidants – Communauté 360 – CREHPSY – DAC – MDPH/MDA – Structures d'accompagnement – Structures d'accueil et d'hébergement – UDCCAS 88 – UDAF – UNAFAM et tout autre acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers (GEM, résidences, ESAT,...), associations et représentants des usagers						
Public visé	☒ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☒ Enfants (7 à 11 ans) ☒ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☒ Adultes (26 à 65 ans) ☒ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Aidants familiaux ; représentants des usagers * Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'accès à l'emploi ☒ De la culture/Loisirs ☐ Autre (Précisez) :						
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88						
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM88						
Financements potentiels	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;"><i>Budget global prévisionnel</i></td><td>103 000 €</td></tr> <tr> <td><i>Part par redéploiement et par acteur</i></td><td>Actions du plan de formation territorial</td></tr> <tr> <td><i>Part de moyens complémentaires</i></td><td> - AAP création d'une plateforme d'accompagnement et de répit : 100 000 € / an - Plan de communication : 3000 € la 1ère année puis 1000 € / an </td></tr> </table>	<i>Budget global prévisionnel</i>	103 000 €	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Actions du plan de formation territorial	<i>Part de moyens complémentaires</i>	- AAP création d'une plateforme d'accompagnement et de répit : 100 000 € / an - Plan de communication : 3000 € la 1ère année puis 1000 € / an
<i>Budget global prévisionnel</i>	103 000 €						
<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	Actions du plan de formation territorial						
<i>Part de moyens complémentaires</i>	- AAP création d'une plateforme d'accompagnement et de répit : 100 000 € / an - Plan de communication : 3000 € la 1ère année puis 1000 € / an						
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☒ Participation à la direction des activités prévues ☒ Participation à la gestion de l'action ☒ Participation à la mobilisation des ressources						

Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus</u> • Nombre d'aidants et de professionnels formés • Nombre d'actions de communication et de sensibilisation • Nombre d'aidants et d'aidés ayant bénéficié d'un accompagnement • Nombre de demandes de solution de répit sur le territoire / sur l'offre existante <u>Indicateurs de résultat</u> • Création d'une plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants • Cartographie des lieux de répit et les solutions d'hébergement temporaire pour les personnes aidées • Taux de satisfaction des aidants et des aidés sur les actions réalisées
--	--

¹L'article R. 245-7 du Code de l'action sociale et des familles précise la notion d'aidant familial de personne handicapée : Est considéré comme un aidant familial, pour l'application de l'article L. 245-12, le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle le bénéficiaire a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré du bénéficiaire, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine définie en application des dispositions de l'article L. 245-3 du présent code et qui n'est pas salarié pour cette aide.

Certains textes renvoient à la définition du proche aidant d'une personne âgée qui peut être « son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne » (article L. 113-1-3 du Code de l'action sociale et des familles, introduit par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement – ASV – du 28 décembre 2015).

Fiche Action VIII-3

Action n° VIII-3 Validée par le COFIL le 13/10/20	Promouvoir les programmes de psychoéducation et l'accompagnement à destination des aidants
Contexte	Lors de la consultation pour établir le diagnostic préalable au Projet des Usagers, un certain nombre de patients et de familles déplorent des difficultés de communication avec les soignants. Un «manque de communication et d'explication vis-à-vis des familles», un «manque d'informations sur les soins» et «la place des aidants n'est pas assez importante». Être aidant familial n'est pas naturel, c'est souvent subi et pour que cela devienne un choix assumé, il est nécessaire d'être aidé, formé et soutenu. L'irruption de la maladie psychique dans une famille a un impact traumatique individuel et familial majeur. La connaissance du contexte familial est une donnée importante dans le cadre de la prise en soin du patient. La prise en compte du rôle joué par les familles et les accompagnants a toute sa place dans l'accompagnement du patient. L'enjeu est complexe : comment permettre à la famille de mieux appréhender la maladie de son proche et l'aider à devenir un partenaire de soins, lorsque cela est possible, tout en respectant les droits des patients en matière de confidentialité et la relation privilégiée entre le psychiatre et son patient. Un certain nombre de familles sont affectées de ne pas comprendre la dynamique des pathologies psychiatriques dont souffrent leurs proches et cela se traduit trop souvent par des attitudes et des comportements inadéquats. C'est la raison pour laquelle, ici, la notion de psychoéducation doit prendre toute sa place. Discipline officialisée en 1971, la psychoéducation est née au Québec dans les années 1950. Plusieurs études randomisées et contrôlées ont démontré son efficacité. Pour l'OMS, la psychoéducation est « <i>l'ensemble des activités assurant aux patients les conditions physiques, mentales et sociales optimales pour occuper par leurs moyens propres une place aussi normale que possible dans la société.</i> ». La psychoéducation « <i>peut être définie comme une intervention didactique et psychothérapeutique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychique et à promouvoir les capacités pour y faire face... C'est aussi une méthode pédagogique adaptée aux troubles qui a pour but une clarification de l'identité, une appropriation du pouvoir et une modification des attitudes et comportements.</i> ». « <i>Outil de pouvoir médical</i> » à l'origine, « <i>dès les années 1980, les patients et leurs proches l'ont accaparé comme source de pouvoir.</i> ». (Bonsack, Rexhaj, Favrot – 2015) Elle « <i>consiste en l'éducation et la formation dans les domaines qui servent des objectifs de traitement et de réadaptation (acceptation de la maladie, collaboration active au traitement et à la réadaptation, acquisition d'habiletés compensant les déficiences liées aux troubles).</i> Elle s'applique tant au patient qu'à la famille. » (Goldman – 1988). C'est donc une démarche essentielle pour réussir un rétablissement durable.
Typologie de l'action	☐ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☒ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	UNAFAM GCS-GSM88
Objectif stratégique	Accompagner les aidants dans le soutien de leurs proches en souffrance psychique en leur proposant l'accès aux programmes de psychoéducation

Plan d'action	• Mettre en place une écoute attentive de la souffrance des aidants • Faire connaître les programmes de psychoéducation et de formation à destination des aidants (PSSM, Bref, Profamille, Prospect (Unafam), Ensemble) • Acquérir des connaissances de base concernant les troubles en santé mentale • Mieux appréhender les différents types de crise en santé mentale	
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	• Constituer un comité de pilotage • Établir une cartographie des dispositifs d'accompagnement existants des aidants au niveau national et territorial (exemple des 4 groupes de parole-familles existants sur • Mettre en place des temps d'écoute et d'échanges entre les équipes soignantes et les aidants (cf fiche action n°1 du Projet des Usagers, intégrée au Projet-Médico-Soignant 2021-2025 du Ch-Ravenel) • Construire un réseau de psychoéducation pouvant proposer une offre diversifiée et adaptée aux situations des patients et de l'entourage • Etablir un plan de communication à destination des aidants	
Coopérateurs potentiels de l'action	Associations des usagers et de représentants des usagers du territoire – CREHPSY – CLS/CLSM et tout autre acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers	
Public visé	☒ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☒ Enfants (7 à 11 ans) ☒ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☒ Adultes (26 à 65 ans) ☒ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* ☒ Autre (Précisez) : Aidants Représentants des usagers	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☒ De la culture/Loisirs ☐ Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM 88	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	Budget communication : 2000 € / an (notamment SISM et autres événements)
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	A partir des dispositifs existants
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	Actions de formation et de communication (cf. Fiche action IV-4)
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☒ Participation à la gestion de l'action ☒ Participation à la mobilisation des ressources	

Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • Nombre de réunions du COPIL réalisées / Nombre de réunions prévues • Nombre d'actions de communication réalisées / Nombre d'actions prévues • Nombre de personnes bénéficiant d'un programme de psychoéducation / Nombre de personnes nécessitant d'un programme de psychoéducation <u>Indicateurs de résultat :</u> • Nombre de programmes de psychoéducation mis en œuvre par an sur le territoire • Taux de satisfaction des personnes participantes aux programmes
--	---

¹ Programme individualisé pour les proches. Projet et thèse de Shyhrete Rexhaj Pr associée, Laboratoire d'Enseignement et de Recherche Santé mentale & Psychiatrie, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source - HES-SO – Lausanne

Fiche action VIII-4

Action n° VIII-4 Validée par le COPIL le 13/10/20	Reconnaître, valider et mettre à profit les compétences expérientielles des usagers : Pairs-aidants et usagers ressources en santé mentale
Contexte	A partir de 1950, des associations d'usagers en santé mentale contribuent à prouver la pertinence de la pair-aidance et depuis 2005 les GEM, groupes d'entraide mutuelle, favorisent une pair-aidance informelle à l'efficacité admise si ce n'est reconnue. Le GEM est une association de personnes partageant la même problématique de santé, dont l'objectif exclusif est de renforcer des temps d'échanges, d'activités et de rencontres susceptibles de créer du lien et de l'entraide entre les adhérents, de rompre l'isolement et favoriser le lien social, dans un objectif de réhabilitation sociale, soit de reprise de confiance de la personne dans ses potentialités et capacités. L'accompagnateur pair ou le travailleur pair apporte sa connaissance personnelle de la maladie et intervient en particulier comme médiateur entre la personne souffrant de troubles psychiques, les professionnels et les accompagnants, entre la personne et la société. Ce retour nécessaire aux fondamentaux implique d'agir dans la société pour faire reconnaître et utiliser ce savoir expérientiel des usagers. Cette démarche doit participer à l'insertion sociale et professionnelle, compromis équilibré entre intégration et inclusion.
Typologie de l'action	☒ Nouvelle action ☐ Action expérimentale ☐ Action Innovante ☐ Action existante (adaptation, extension)
Pilotage	GCS-GSM88 – GEM
Objectif stratégique	Renforcer la pair-aidance et promouvoir les GEM pour valoriser les savoirs expérientiels
Plan d'action	• Enrichir l'activité des GEM, notamment avec des activités pouvant favoriser la pair-aidance dans une démarche de rétablissement ◦ Réfléchir à une meilleure accessibilité aux GEM sur l'ensemble du territoire • Favoriser l'alliance thérapeutique en développant la fonction de médiateur santé-pair (MSP) ◦ Identifier les besoins en termes de compétences MSP au sein des structures sanitaires et médico-sociales et faciliter leur recrutement ◦ Soutenir et accompagner l'insertion des MSP au sein des équipes ◦ Evaluer l'apport expérientiel des MSP aux bénéficiaires et aux accompagnants • Favoriser l'accès aux actions de sensibilisation et de formation en santé mentale pour tous (formation « personne ressource en santé mentale »,...)
Méthode de mise en œuvre du plan d'action	• Constituer un comité de pilotage • Le COPIL se charge : ◦ d'établir un état des lieux de l'accessibilité et du fonctionnement des GEM ◦ d'établir un état des lieux des besoins de MSP au sein des structures sanitaires et médico-sociales

	◦ de décliner le plan d'action et d'en assurer l'évaluation • Intégrer les actions de sensibilisation et les besoins en formation au plan de formation territorial du PTSM 88 • Établir et mettre en œuvre un plan de communication (médias, acteurs, supports,...)	
Coopérateurs potentiels de l'action	Tout acteur du médico-social, du social, du sanitaire, de l'inclusion, usagers, associations et représentants des usagers	
Public visé	☐ Jeunes enfants (0 à 6 ans) ☐ Enfants (7 à 11 ans) ☐ Adolescents (12 à 15 ans) ☒ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) ☒ Adultes (26 à 65 ans) ☒ Personnes âgées (>65 ans) ☒ Professionnels* Autre (Précisez) : Représentant des usagers	* Préciser si professionnels : ☒ Médical ☒ Paramédical ☒ Social ☒ Médico-social ☒ Du logement et de l'hébergement ☒ De la prévention et de la promotion de la santé ☒ De l'éducation/la formation ☒ De la justice/de la police ☒ De l'emploi (accès, maintien) ☒ De la culture/Loisirs ☐ Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	☒ Territoire du PTSM 88	
Calendrier prévisionnel	Calendrier du CTSM 88	
Financements potentiels	<i>Budget global prévisionnel</i>	Financement par MSP : 1ère année 42 000 € (RH + formation) puis 38 000 €/an Budget communication : 3000 € la 1ère année puis 1000 € par an
	<i>Part par redéploiement et par acteur</i>	A partir des dispositifs existants
	<i>Part de moyens complémentaires</i>	Financement par MSP : 1ère année 42 000 € (RH + formation) puis 38 000 €/an soit 84 000€ pour 2 MSP (la 1ère année, la 2ème année étant à la charge des établissements) Budget communication : 3000 € la 1ère année puis 1000 € par an
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens	☒ OUI ☐ NON Si oui, de quelle nature ? ☒ Participation à l'analyse des besoins, au choix de l'action ☒ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues ☒ Participation à la gestion de l'action ☒ Participation à la mobilisation des ressources	

Principaux indicateurs d'évaluation	<u>Indicateurs de processus :</u> • Nombre de réunions du comité de pilotage réalisées / nombre de réunions prévues • Nombre de bénéficiaires et d'actions de sensibilisation et de formation par an <u>Indicateurs de résultat :</u> • Nombre de postes de MSP créés sur le territoire des Vosges • Taux de satisfaction des usagers et des structures employant des pair-aidants • Taux de satisfaction des usagers sur l'accessibilité et le fonctionnement des GEM
--	---

