



## PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

Diagnostic partagé en santé mentale du département de la  
Haute-Marne

2018 - 2019

*Pour l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisé et sans rupture.*



## PRESENTATION DU DOCUMENT

### ▶ [Enjeux](#)

Le diagnostic partagé est une étape très importante dans la démarche. Il va permettre de définir :

- Un constat partagé de la situation locale, des forces, des faiblesses du département
- Les pistes de travail qui permettront d'améliorer la réponse collective aux besoins de la population desservie.

Il est donc nécessaire de le formaliser dans le cadre d'un document officiel de référence à destination de l'ensemble des acteurs du territoire. Il permettra de mesurer, à la suite de la mise en œuvre de la feuille de route, les améliorations qui auront été générées par ce diagnostic et le chemin qu'il reste à parcourir.

### ▶ [Moyens](#)

- Données issues de la carte d'identité du territoire et des indicateurs d'appel par portes d'entrées (cf rosace ANAP)
- Synthèse des travaux des groupes de travail qui aboutiront à la déclinaison de pistes de travail ou de grandes orientations et qui serviront de trame pour définir la feuille de route.

### ▶ [Acteurs concernés](#)

La rédaction du document incombe au chef de projet.

### ▶ [Facteurs clés de succès](#)

Adhésion des membres des groupes de travail au document.  
Adhésion de leurs institutions ou organismes.

## SOMMAIRE

▶	<i>Enjeux</i> .....	2
▶	<i>Moyens</i> .....	2
▶	<i>Acteurs concernés</i> .....	2
▶	<i>Facteurs clés de succès</i> .....	2
	<b>PRESENTATION DE LA DEMARCHE SUR LE TERRITOIRE</b> .....	4
	<b>METHODOLOGIE DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL</b> .....	5
	<i>PORTES D'ENTREE DE LA ROSACE</i> .....	6
	<b>PRESENTATION DU TERRITOIRE PROJET</b> .....	6
	<b>I / CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE</b> .....	8
	ANALYSE DES DONNEES TERRITORIALES .....	8
	DONNEES POPULATIONNELLES (SOURCE INSEE 2018, CHIFFRES DE 2015) .....	8
	LE CONTEXTE SANITAIRE .....	8
	NIVEAU D'EQUIPEMENT EN PSYCHIATRIE DANS LA HAUTE-MARNE ET DANS LA REGION .....	8
	• <i>La pédopsychiatrie</i> .....	8
	• <i>La psychiatrie adulte ou générale</i> .....	9
	• <i>Les ressources en effectif soignant en psychiatrie</i> .....	10
	• <i>Taux d'équipement en structures médico-sociales et autres</i> .....	11
	• <i>Etablissements médico-sociaux pour personnes handicapées</i> .....	12
	<b>II / ACTIVITES EN MATIERE DE SANTE MENTALE SUR LE TERRITOIRE</b> .....	15
	<b>III / PROBLEMATIQUES DU TERRITOIRE</b> .....	17
	<b>IV / DIAGNOSTIC PARTAGE</b> .....	18
	1. ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES .....	21
	2. SITUATIONS INADEQUATES .....	21
	3. ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX.....	22
	4. ACCES AUX SOINS SOMATIQUES .....	23
	5. PREVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE .....	23
	<b>V/ DEFICITS CONSTATES ET PISTES D'AMELIORATION ENVISAGEES</b> .....	24
	<b>VI/ ACTIONS ENVISAGEES</b> .....	25
	<b>VII / FEUILLE DE ROUTE</b> .....	30
	<b>VIII / FICHES ACTIONS</b> .....	31
	<b>IX / ANNEXES</b> .....	60



## Préambule

### Présentation de la démarche sur le territoire

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et le décret n°2017-120 du 27 juillet 2017 prévoient l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale PTSM.

Ces PTSM ont pour objet de :

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

Les missions de l'ARS dans l'implication des PTSM ont été redéfinies par l'INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale.

## Méthodologie du diagnostic territorial

# Etape de la mise en œuvre d'un PTSM



**Evolution du calendrier en raison de la crise sanitaire, délai de mise en œuvre modifié par Décret n° 2020-1063 du 17 août 2020 modifiant le délai prévu pour l'élaboration du premier projet territorial de santé mentale**

L'élaboration du diagnostic territorial partagé constitue une démarche participative et qualitative. Elle permet aux acteurs :

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

Pour l'ensemble de ces étapes et en particulier pour la réalisation du diagnostic territorial partagé, les outils construits par l'ANAP « *Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale* » ont été mobilisés par les acteurs.

Un recueil des banques de données sur la santé mentale en partenariat avec l'ARS et le DIM du CHHM a également été réalisé.

La mise en place de groupes thématiques par portes d'entrée identifiées dans la ROSACE (schéma ci-dessous) a été le point d'enclage des travaux conduits et a permis de travailler sur les principales situations de ruptures de parcours.

Des entretiens individuels ont également été menés avec des médecins ou référents institutionnels.

La participation concomitante des membres du groupe projet aux réunions CLS et du Schéma Départemental en faveur des personnes en situation de handicap a permis de faire le lien avec la démarche PTSM.

#### *Portes d'entrée de la Rosace*



#### **Présentation du territoire projet**

Le département de la Haute-Marne appartient à la région Champagne-Ardenne. Il est composé de 3 arrondissements, 32 cantons et 433 communes.



Les habitants de la Haute-Marne étaient au nombre de 194 873 au recensement de 1999 et de 187 652 au recensement de 2006. La superficie du département de la Haute-Marne est de 6 210,60 km<sup>2</sup>. La densité de population du département de la Haute-Marne est de 30,21 habitants par km<sup>2</sup>.

La Haute-Marne possède trois arrondissements dont voici les chefs-lieux :

- Saint-Dizier
- Chaumont
- Langres

Créé en 1824, l'hôpital André Breton est partie prenante de l'histoire de la ville de Saint-Dizier. Au fil des siècles, des guerres et des évolutions, il a permis aux hauts-marnais ayant besoin de soins et d'une prise en charge psychiatrique de trouver un lieu d'accueil près de chez eux.

En 1916, l'écrivain André Breton demande son affectation au centre neuro-psychiatrique de Saint-Dizier en qualité de médecin auxiliaire. C'est en hommage à sa présence ici, que le site de Saint-Dizier prit le nom d'André Breton en 1997.

A partir des années 60, les changements des thérapeutiques ont permis d'améliorer cette prise en charge et de découvrir des thérapies nouvelles (arthérapie, ergothérapie, musicothérapie,...).

Dès 1978 est installé à Langres un hôpital de jour en pédopsychiatrie. Il faut attendre 1992 pour la création d'un service d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie adultes à Chaumont avec la construction du centre médical Maine de Biran.

Depuis, le centre hospitalier de la Haute-Marne a diversifié ses activités.

Actuellement, les consultations en psychiatrie ont lieu sur l'ensemble du département de la Haute-Marne.



## I / Caractéristiques du territoire

---

### Analyse des données territoriales

Les données sont comparées avec celles d'autres territoires de la région en particulier la Meuse et la Meurthe et Moselle qui participent également à l'expérimentation de la démarche ANAP.

### Données populationnelles (Source INSEE 2018, chiffres de 2015)

- La population de la Haute-Marne compte 179 154 habitants, qui représentent 3.25 % de la population du Grand Est.
- L'évolution annuelle moyenne de la population entre 2010 et 2015 est négative : - 0.5.
- Le nombre de personnes âgées de moins de 25 ans, représente 47 534 habitants soit 26.5 %, de 25 à 64 ans 91 093 habitants soit 50.84%, et âgées de plus de 65 ans 40 528 habitants soit 22.62%.
- La densité de la population est de 28.8 hab. au Km<sup>2</sup>
- Le taux de scolarisation des 18-24 ans le plus faible de la région Grand Est et des niveaux de diplôme inférieurs à la moyenne.
- Prévalence des familles monoparentales
- La proportion des personnes âgées isolées vivant seules se situe autour de 43%

### Le contexte sanitaire

- Le taux de mortalité par suicide est important dans la Haute-Marne, 21.3 (données ORS 2011-2013) supérieur à la moyenne régionale et à celles des 2 autres territoires.
- Un taux de surmortalité prématurée supérieur à la moyenne régionale et aux 2 autres territoires.
- Le recours au traitement de substitution aux opiacés (le taux régional de remboursement d'au moins un traitement est de 472 pour 100000 assurés) est de 782 pour 100000 assurés en Haute-Marne.
- Le taux de prévalence des hospitalisations liées à des troubles mentaux est supérieur à la moyenne nationale
- Le taux de consommation de psychotropes et d'antidépresseurs est plus élevé que la moyenne régionale Grand Est.

### Niveau d'équipement en psychiatrie dans la Haute-Marne et dans la région

#### La pédopsychiatrie



### L'équipement en lits d'hospitalisation complète

- Haute-Marne = 5 Places/ 36 780 jeunes de 0-17 ans = **0.136** pour 1000 habitants de moins de 18 ans
- Meuse = 5 places/ 41 572 jeunes de 0-17 ans = **0.120** pour 1000 habitants de moins de 18 ans.
- Meurthe et Moselle = 28 places/ 152 487 = **0.183** pour 1000 habitants de moins de 18 ans
- Grand Est = 126 places/ 1 182 651 = **0.106** pour 1000 habitants de moins de 18 ans.

Le département de la Haute-Marne dispose donc d'un taux d'équipement plus bas que la Meurthe et Moselle mais supérieur à la Meuse et au Grand Est.

### L'équipement en places d'hôpital de jour et CATTP

- Haute-Marne 71 places/ 36 780 = **1.93** pour 1000 habitants de moins de 18 ans.
- Meurthe et Moselle = 89 places / 152 487 = **0.58** pour 1000 habitants de moins de 18 ans.
- Meuse = 58 places / 41 572 = **1.39** pour 1000 habitants de moins de 18 ans.
- Grand Est = 847 places / 1 182 651 = **0.71** pour 1000 habitants de moins de 18 ans.

Le niveau d'équipement de la Haute-Marne est supérieur aux autres niveaux  
La densité de places d'hospitalisation partiel pour 100 000 h. de moins de 18 ans en Haute-Marne est nettement supérieur au regard des autres niveaux départementaux et régionaux.

### Le nombre de CMP

La population de la Haute-Marne âgée de moins de 18 ans est de 36 780 (Données 2013 Insee).  
Il existe 6 CMP dit psychiatrie infanto-juvénile en Haute-Marne.

### La psychiatrie adulte ou générale

### L'équipement en lits d'hospitalisation complète

La répartition de la population générale de + de 18 ans s'établit ainsi qu'il suit (Données Insee 2013):

- Haute-Marne = 181 521 (population totale)- 36 780 (population des – de 18 ans), ce qui fait la population de + de 18 ans = **144 741** Hab. de plus de 18 ans.
- Meurthe et Moselle = 731 004 -152 487 = **578 517** Hab. de plus de 18 ans.
- Meuse = 192 094 – 41 572 = **150 522** Hab. de plus de 18 ans.
- Grand Est = 5 552 390 – 1 182 651 = **4 369 739** Hab. de plus de 18 ans.

Le taux d'équipement pour 1000 habitants en vigueur pour une population locale et régionale de **+ 18 ans** s'établit ainsi qu'il suit :

- Haute-Marne 135 lits / 144 741 = **0.93** pour 1000 habitants de + 18 ans



- Meurthe et Moselle = 410 lits/ 558 517 = **0.73** pour 1000 habitants de +18 ans
- Meuse = 205 lits/ 150 522 = **1.36** pour 1000 habitants de + de 18 ans
- Grand Est = 4186 lits/ 4 369 739 = **0.95** pour 1000 habitants de + de 18 ans

Le taux de lits en hospitalisation complète pour la Haute-Marne est inférieur au département de la Meuse mais supérieur aux deux autres niveaux.

#### Le nombre de CMP

La population de la Haute-Marne âgée de plus de 18 ans est de 144 741 (Données 2013 Insee).  
Il existe 5 CMP dit psychiatrie générale ou adulte.

#### L'équipement en places d'hospitalisation de jour

En ce qui concerne l'hospitalisation de jour voici les niveaux d'équipement :

- Haute-Marne = 85 places / 144 741 h = **0.58** pour 1000 habitants de + de 18 ans
- Meurthe et Moselle = 181 places / 558 517 h = **0.32** pour 1000 habitants de + de 18 ans
- Meuse = 78 places/ 150 522 h = **0.51** pour 1000 habitants h de + de 18 ans
- Grand Est = 2120 places/ 4 369 739 = **0.48** pour 1000 habitants h de + de 18 ans

Le nombre de CATTP dit « Psychiatrie générale » est de 4.

#### Les ressources en effectif soignant en psychiatrie

Le nombre d'ETP de psychiatre hospitalier dédié psychiatrie « Adulte ou Générale », hors interne est de 10.45 en Haute-Marne et de 4.06 ETP dédié « Infanto-Juvenile ».

Comparatif ETP Psychiatrie adulte :

- Haute-Marne 10.45 ETP / 144 741 h = **0.072 psychiatres pour 1000 hab. de + 18 ans**
- Meurthe et Moselle = 54.64 ETP / 558 517 h = **0.098 psychiatres pour 1000 hab. de + 18 ans**
- Meuse = 8.29 ETP / 150 522 h = **0.055 psychiatres pour 1000 habitants de + de 18 ans**
- Grand Est = 410.58 ETP / 4 369 739 = **0.093 psychiatres pour 1000 habitants de + de 18 ans.**

Par conséquent l'effectif budgétisé en ETP dans la Haute-Marne est plus favorable à celui du département de la Meuse mais inférieur aux autres niveaux.

Comparatif ETP Infanto Juvenile :

- Haute-Marne 4.06 ETP / 36 780 h = **0.11** pédopsychiatres pour 1000 hab. de - 18 ans
- Meurthe et Moselle = 22,06 ETP / 152 487 h = **0.14** psychiatres pour 1000 hab. de - 18 ans
- Meuse = 2.32 ETP / 41 572 h = **0.055** psychiatres pour 1000 hab. de - 18 ans
- Grand Est = 410.58 ETP / 1 182 651 = **0.34** psychiatres pour 1000 hab de - de 18 ans



On constate là encore une répartition inégale du nombre d'ETP par habitant de – 18 ans sur les 3 territoires du Grand Est. Le moins favorisé étant la Meuse, taux proche pour la Haute-Marne et la Meurthe et Moselle, mais avec un taux nettement inférieur par rapport au niveau régionale.

#### Les ressources infirmiers et psychologue

Le département ne dispose pas d'informations sur la différenciation entre les interventions réalisées auprès des enfants et adolescents et ceux auprès des adultes, c'est la population totale qui est prise en compte afin de définir le nombre d'habitants pour un IDE ou un psychologue.

Pour les psychologues

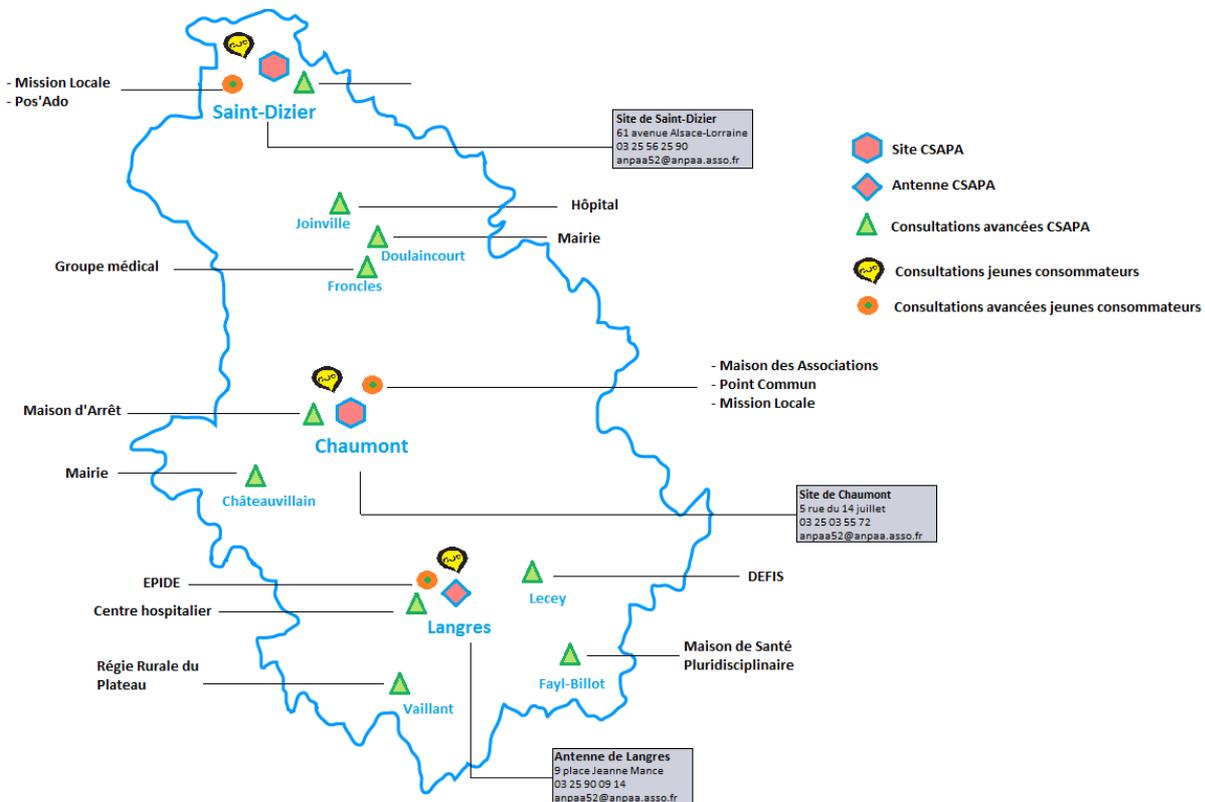
- Haute-Marne 20 ETP / 179 154 h = **0.11 psychologue pour 1000 hab.**
- Meurthe et Moselle = 132 ETP / 734 403 h = **0.18 psychologue pour 1000 hab.**
- Meuse = 22 ETP / 190 626 h = **0.15 psychologue pour 1000 hab.**
- Grand Est = 935 ETP / 5 559 051 h = **0.168 psychologue pour 1000 hab.**

Pour les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) travaillant en secteur psychiatrique

- Haute-Marne 205 ETP / 179 154 h = **1.14 IDE pour 1000 hab.**
- Meurthe et Moselle = 430 ETP / 734 403 h = **0.59 IDE pour 1000 hab.**
- Meuse = 181 ETP / 190 626 h = **0.95 IDE pour 1000 hab.**
- Grand Est = 3296 ETP / 5 554 645 h = **0.59 IDE pour 1000 hab.**

#### Taux d'équipement en structures médico-sociales et autres

Le nombre de CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement en Addictologie) est de 1 dans la Haute-Marne, le siège situé à Chaumont et deux antennes l'une à Langres et l'autre à Saint Dizier. Le CSAPA déploie également des consultations jeunes consommateurs et consultations avancés sur le département.



Un **CAARUD** (Centre d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues) avec une antenne à Saint Dizier, et un bus itinérant sur le Pays de Langres.

Les **GEM** (Groupe d'Entraide Mutuelle) sont au nombre de 2 : 1 à Chaumont, 1 à Saint Dizier et 1 antenne à Langres.

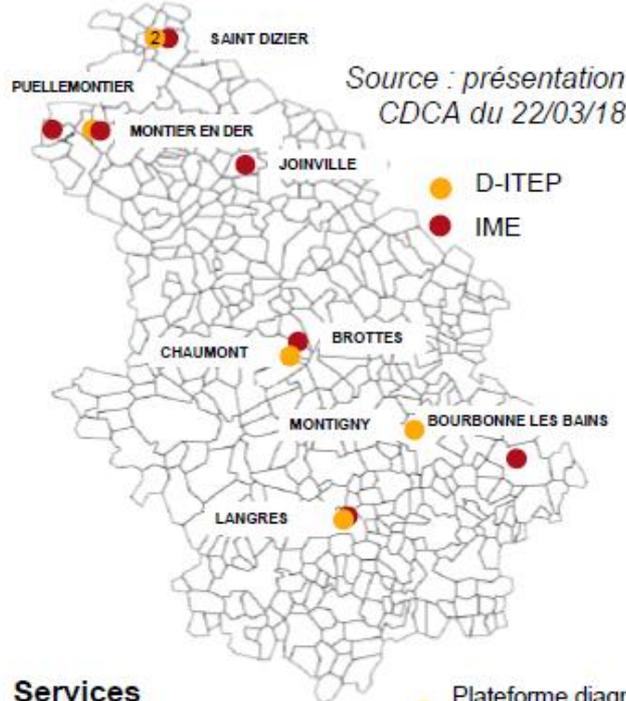
Des **appartements de coordination thérapeutique** au nombre 3 sur Saint Dizier.

Des **dispositifs d'insertion et d'accompagnement dans le logement** (Maison Relais, Résidences accueil, Pair-aidance à Chaumont...).

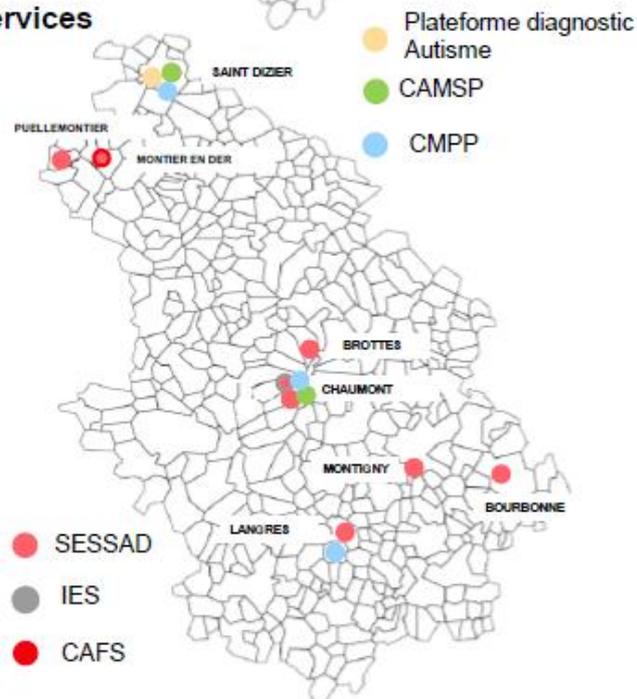
 **Etablissements médico-sociaux pour personnes handicapées**

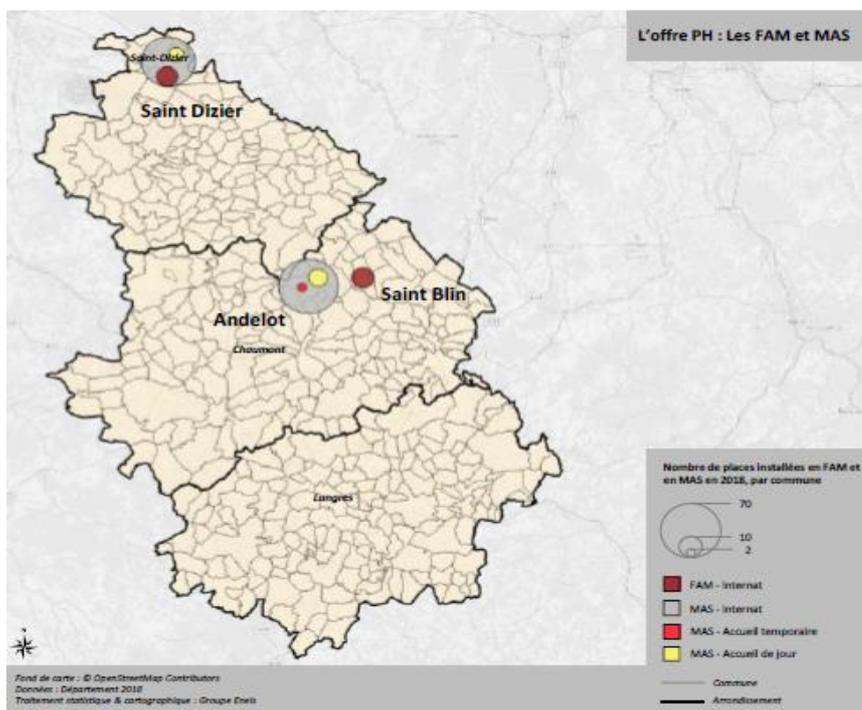
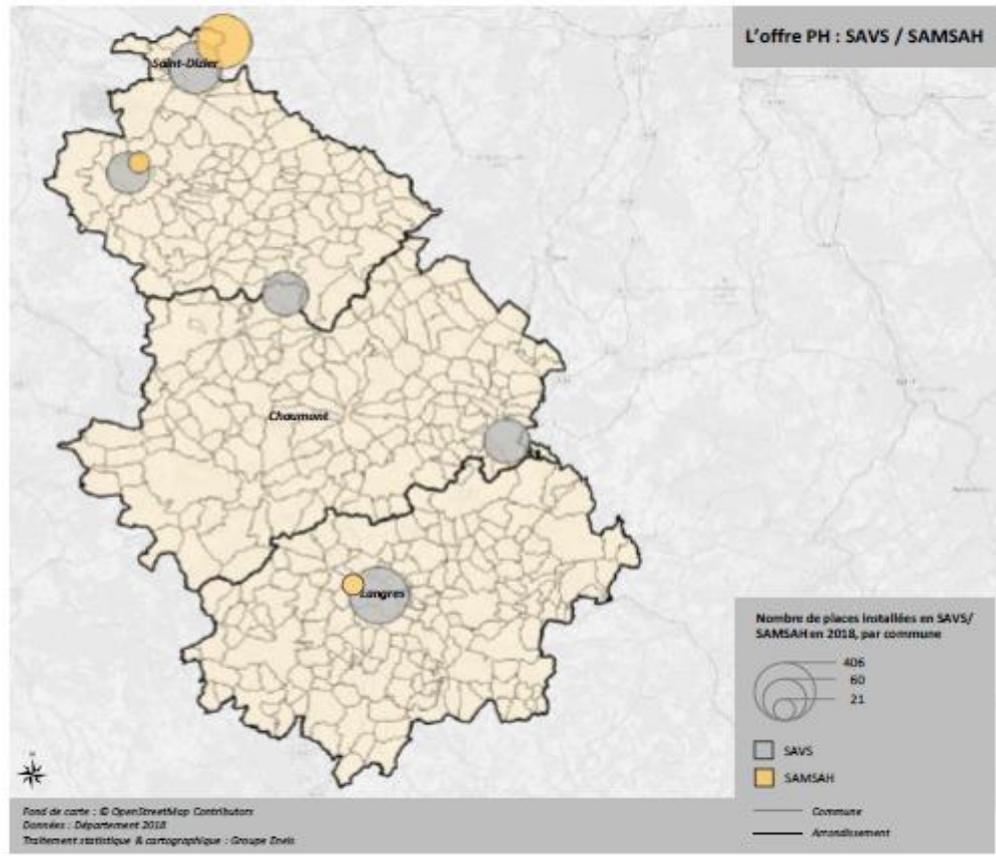
ETABLISSEMENTS	PLACES
Institut Médico-Educatif (IME)	323 places
Service d'éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD)	171 places
SESSAD pour Trouble Spéciale du Langage	9 places
Etablissements pour personnes polyhandicapées	26 places
Service d'Accompagnement à la Vie Sociale et Médico-social pour adultes Handicapés (SAVS-SAMSAH)	45 places SAMSAH 250 places SAVS

**Etablissements**



**Services**



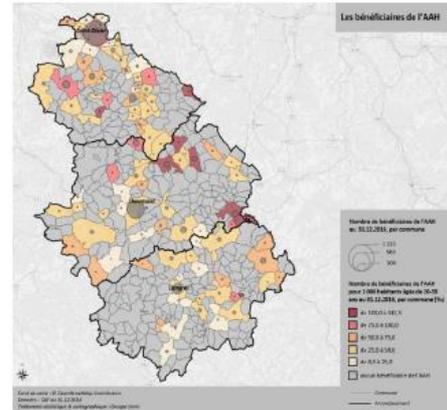


NB : 8 places de FAM sont autorisées à Brevannes mais non encore installées (transformation de places de FV)

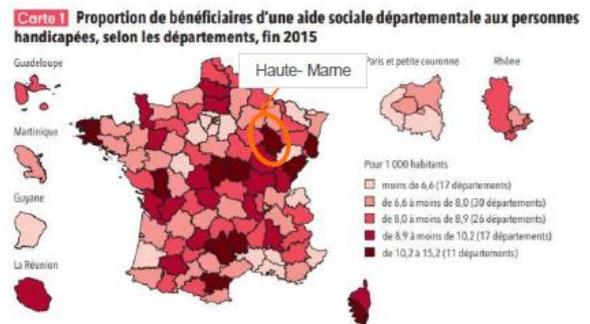


**Données du schéma départemental Personnes Handicapés**

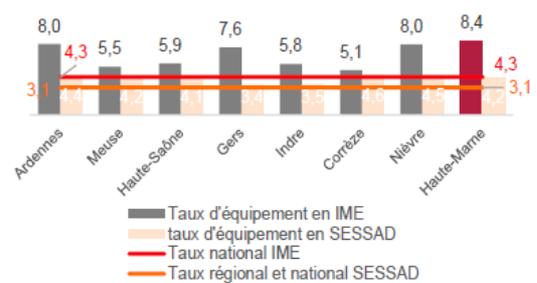
Une majorité des bénéficiaires de l'AAEH et de l'AAH concentrés sur les communes de Chaumont, Saint Dizier et Langres. Le département compte plus de 3 000 bénéficiaires de l'AAH, résidant pour plus de 50% d'entre eux sur l'une de ces trois villes, mais avec des proportions (très) élevées sur certaines communes (Breuvannes, Froncles) en raison de la présence d'ESMS



Une proportion particulièrement importante de bénéficiaires d'aide sociale départementale PH et d'allocataires de l'AAH et de l'AAEH, comparativement à d'autres régions (3,9 bénéficiaires de l'AAH pour 1000 personnes, contre 2,8 au niveau national)



Le département est bien doté en équipements enfants comparativement à d'autres territoires et aux taux nationaux, avec 8,4 places d'IME pour 1000 enfants, le double du taux national

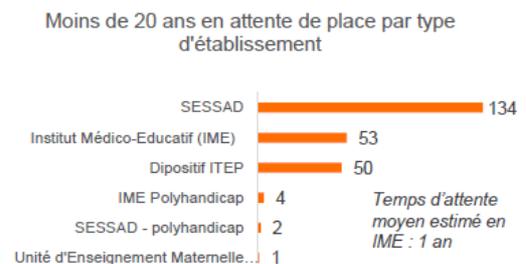


Source : STATISS 2016

L'offre en milieu scolaire ordinaire est développée et maille le territoire, avec 1 300 élèves handicapés pris en charge à l'école dont 450 suivis par une AESH et près de 300 en ULIS

La qualité du partenariat entre ESMS et avec l'éducation nationale a permis des évolutions notables, avec des accompagnements plus modulaires, des adaptations aux besoins (unité maternelle autisme, UE externalisées etc.)

Cependant, des enfants sont en attente de places (134 pour les SESSAD, 53 pour les IME, 13 pour les ULIS) ou pris en charge hors département (25 enfants), et certains ont un accompagnement qui n'est pas toujours le plus adapté à leur profil (accueils par défaut à l'école en attente de place, manque d'accompagnement SESSAD...)



Source : observatoire MDPH au 25/01/18



#### Données en addictologie

File active départementale du CSAPA : **1207** usagers + 39 personnes de l'entourage

Problématiques principales rencontrées en Haute-Marne pour les usagers du CSAPA :

Premier produit à l'origine de la demande : alcool 42.5% tabac 19.5% cannabis 16.2% opiacés 15.5%.

Second produit à l'origine de la demande : tabac 50.2% alcool 17.9% cannabis 14% opiacés 8.7%.

File active départementale du CAARUD 52 **292** usagers

Deux équipes de liaison en soins en addictologie sur le département une sur le secteur du Sud Haute-Marne et l'autre sur Saint Dizier :

- Langres ouverte depuis 2017, avec intervention au CH de Bourbonne,

En 2017, plus de 1000 consultations ont été réalisées par l'infirmier

=>: Hospitalisation de jours spécifiquement en addictologie à Langres 19 patients pour 336 venues en HDJ

File active suivie par le médecin ELSA : 67 patients pour 249 consultations médicales en 2017

- Chaumont ouverte courant le dernier trimestre 2018
- Saint Dizier

#### Données délégation départementale aux droits des femmes

Données quantitatives départementales sur les violences :

- zone police 66 personnes victimes de violences conjugales en 10 mois sur 2018, dont 60 femmes,
- zone gendarmerie 385 interventions pour violence intra familiale dont 230 de nuit. Dans 75% des cas, les victimes sont des femmes.

### III / Problématiques du territoire

---

*En amont des réunions de travail, un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des structures sanitaires, sociales, médico-sociales, professionnels de santé, afin que chacun relate une situation ayant entraîné une rupture du parcours de soins dans la prise en charge psychiatrique des personnes touchées par des troubles psychiques. Environ 40 témoignages ont été recueillis, et répartis par porte d'entrées (cf annexe1).*

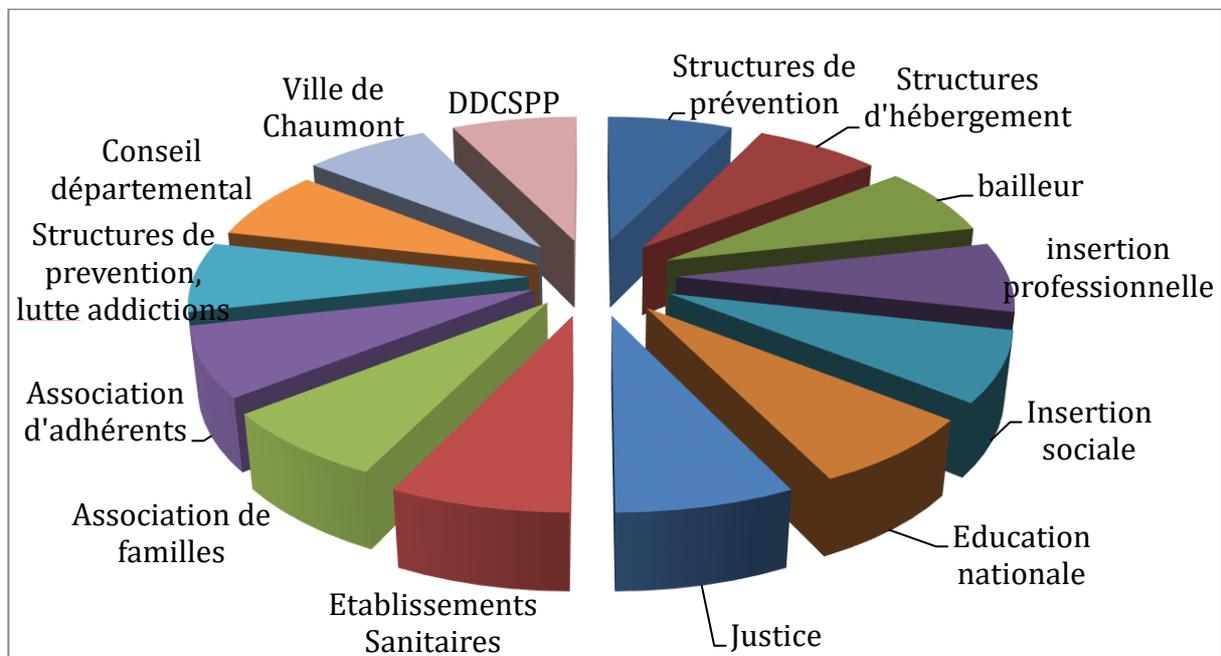
#### IV / Diagnostic partagé

L'équipe projet a réuni l'ensemble des partenaires à différents groupes de travail.

#### Composition de l'équipe projet :

- ✚ Mme ANCELOT & Mr LACOSTE, référents administratifs du secteur sanitaire,
- ✚ Dr SAIDI & Dr BELLOUZ : référents médicaux du secteur sanitaire,
- ✚ Mme COLLADO & Mr BOSSOIS : référents du secteur médico-social,
- ✚ Mme QUANTINET & LEBEUF : représentants des usagers CHHM,
- ✚ Mme VALETTE et Mr REAL : représentant de l'ARS DT52,

#### Liste des partenaires ayant participé aux différents groupes de travail :



## Structures du département engagées dans la démarche

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Centres hospitaliers             | <input checked="" type="checkbox"/> Groupes d'Entraide Mutuelle (Udaf52)              |
| <input checked="" type="checkbox"/> SSR-addictologie                 | <input checked="" type="checkbox"/> UNAFAM  |
| <input checked="" type="checkbox"/> CSAPA 52                         | <input checked="" type="checkbox"/> UDAF52 / MUPM / accompagnement scolaire           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fondation Lucy Leban             | <input checked="" type="checkbox"/> Justice   |
| <input checked="" type="checkbox"/> La Passerelle 52                 | <input checked="" type="checkbox"/> Agglomérations / Service de développements social |
| <input checked="" type="checkbox"/> ANPAA                            | <input checked="" type="checkbox"/> Pension de famille ELSA                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> AHMSITHE – CAP EMPLOI            | <input checked="" type="checkbox"/> ELSA équipe de liaison soins addictologie         |
| <input checked="" type="checkbox"/> APEI                             | <input checked="" type="checkbox"/> CHR5 Le Phill                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> DITEP Henri viet                 | <input checked="" type="checkbox"/> ADASMS  |
| <input checked="" type="checkbox"/> APAJH                            | <input checked="" type="checkbox"/> Association le Bois l'Abbesse                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> UGECAM                           | <input checked="" type="checkbox"/> IMEVal de Suize                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Chaumont Habitat                 | <input checked="" type="checkbox"/> La Maia   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dispositif pair-aidance (Udaf52) | <input checked="" type="checkbox"/> DTPJJ   |
| <input checked="" type="checkbox"/> ARS                              | <input checked="" type="checkbox"/> DDCSPP  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Education Nationale              | <input checked="" type="checkbox"/> SOS femmes accueil                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Résidences sociale jeune         | <input checked="" type="checkbox"/> PJJ-AEMO 52                                       |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> MDPH  |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> CMPP  |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> Pays de Chaumont Langres - PETR                   |

## Professionnels du CHHM mobilisés

- Praticiens hospitaliers psychiatres et pédopsychiatres
- Praticien en conduite addictive
- Représentants de la direction
- Représentants des usagers membres de la CDU
- Cadres supérieurs de santé
- Cadres de santé
- Professionnels paramédicaux
- Responsable des admissions
- Assistantes sociales
- Collectif des psychologues

## 1<sup>ère</sup> étape du diagnostic partagé

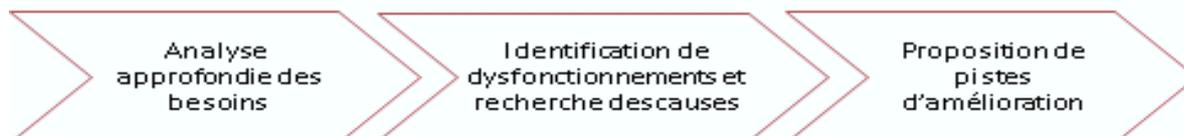
- 2 demi-journées de travail en octobre 2018
- 5 Groupes thématiques (par porte d'entrée)
- 60 participants
- 40 témoignages recueillis
- 30 structures représentées



## 2<sup>ème</sup> étape du diagnostic partagé

### 60 participants répartis en 3 groupes de travail :

- Le mardi 13 novembre 2018 de 14h30 à 17h00
- Le lundi 19 novembre 2018 de 14h30 à 17h00
- Le lundi 03 décembre 2018 de 14h30 à 17h00





## 1. Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

**(Pilote : Mme ANCELOT, affaires générales CHHM – Ambassadeur : Dr BELLOUZ) - 12 participants**

- Personnes isolées, qui ne sont pas physiquement mobilisables
- Liste d'attente importante pour un suivi psychologique (plusieurs mois)
- Pas de psychiatre à demeure sur le CMP de Langres et au CH de Langres
- Manque de temps médical dédié aux structures sociales et médico-sociales
- Pas de suivi psychiatrique à la sortie d'une garde à vue.
- Sorties de détenus ayant des problématiques psychiques non anticipées
- Dénis des personnes, absence d'adhésion aux soins
- Liste d'attente importante pour les prises en charge en pédopsychiatrie
- Manque d'anticipation concernant l'accès aux soins

## 2. Situations inadéquates

**(Pilote : Mme VALETTE, ARSDT52 – Ambassadeurs : Dr NACIMENTO & Mme LARRAZET, admission CHHM) - 10 participants**

- Faible lisibilité de l'offre de dispositifs à mobiliser en cas d'incurie
- Problématique de suivi ou d'alerte des personnes ressortissant de dispositifs d'insertion ou d'hébergement logement
- Difficulté d'accès au logement accompagné
- Difficulté lors du passage statut enfant – adulte
- Difficultés à assurer la sortie d'hospitalisation pour les patients chroniques, stabilisés mais pour lesquels l'offre de relais fait défaut
- Coordination difficile, les partenaires n'ont pas les mêmes cultures, n'ont pas le même langage : manque d'indicateurs communs,
- Manque d'anticipation des entrées et / ou sorties d'hospitalisations en services généraux, psychiatriques ou milieu carcéral.
- Partenaires non connus du sanitaire
- Prise en charge psychiatrique demandée avant le bilan somatique. Bilan somatique indispensable pour le suivi du patient.
- problème d'orientation, délai de rdv, manque de formation, acculturation difficile.
- Difficultés à assurer la sortie d'hospitalisation pour les patients chroniques, stabilisés mais pour lesquels l'offre de relais fait défaut
- Démarches administratives complexes
- Pénurie baisse des moyens des équipes pluridisciplinaires (pas de prise en charge 1 an psychomotricienne).
- Méconnaissance des missions et limites de chacun
- Manque de communication des intervenants sociaux et médico sociaux le temps de l'hospitalisation
- Sorties d'hospitalisation du patient non anticipées. Limites de confidentialité
- Manque de prise en compte de la famille dans la prise en charge
- Peu d'actions de prévention et de lutte contre la stigmatisation sur le département
- Sollicitations inadaptées des structures hospitalières en cas de crise
- Perte de temps dans la gestion de la situation



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

**(Pilote : Mme COLLADO, Chef projet Bois l'Abbesse – Ambassadeur : Mme COUSIN, Conseil Départemental) – 16 participants**

- Manque de communication entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux,
- Morcellement des interventions et multiplication des intervenants et dispositifs.
- Rupture dans les parcours de prise en charge
- Multiplication des intervenants
- Difficulté de prise en charge des familles isolées
- Situation d'errance d'adolescents perturbés avec poly addictions
- Manque de communication des intervenants sociaux et médicaux sociaux le temps de l'hospitalisation
- Sorties d'hospitalisation du patient non anticipées
- Méconnaissance des missions et limites d'intervention de chacun
- Difficulté de repérer les interlocuteurs
- Faible lisibilité de l'offre de dispositifs à mobiliser en cas d'incurie
- Difficulté d'accès au logement accompagné
- Mauvaise connaissance et manque d'harmonisation des dispositifs entre les institutions
- Manque de ressources de la personne pour bénéficier d'un logement accompagné
- Difficulté de liaison ASE- établissement de santé
- Trouver le bon interlocuteur
- Démarches administratives complexes
- Difficulté de liaison ASE- établissement de santé – étés médico-sociaux
- Structures inadaptées pour les patients vieillissants ressortissant de la psycho-gériatrie
- Morcellement des interventions et outils pour une même prise en charge Complexité des pathologies, cumul des handicaps
- Rupture dans les parcours de prise en charge
- Difficulté de circulation de l'information dans les structures
- Multiplication des intervenants / Turn over des professionnels,
- Personnes hébergées en service médico-sociaux ou sociaux sans médecin traitant déclaré,
- Temporalité différente en fonction des structures de prise en charge
- Coordination difficile car les partenaires n'ont pas les mêmes cultures : manque d'indicateurs communs
- Problématique de suivi ou d'alerte des personnes ressortissant de dispositifs d'insertion ou d'hébergement logement



#### 4. Accès aux soins somatiques

**(Pilote : Mme VALETTE, ARSDT52 – Ambassadeur : Mme LARRAZET, admission CHHM) – 11 participants**

- Prise en charge psychiatrique demandée avant le bilan somatique
- Iniquité de traitement pour les soins sur le territoire
- Difficulté d'accéder aux soins dentaires (démographie médicale) et refus de certains dentistes de prendre en charge des patients atteints d'un handicap psychique, moteur.
- Personnes hébergées en service médico-sociaux ou sociaux sans médecin traitant déclaré, difficulté d'accéder aux soins dentaires
- Personne autiste hébergée en structure médico-sociale, a attendu 5h au sein des urgences avant d'être prise en charge. Majoration des troubles du comportement aux urgences.
- Fugue de patients
- Inquiétude du SAU
- Prise en charge à adapter pour des personnes en situation de handicap lors de leur passage aux urgences.
- Difficultés d'accès aux soins somatiques, soins bucco-dentaires.
- Non utilisation des fiches de liaison

#### 5. Prévention et gestion des situations de crise

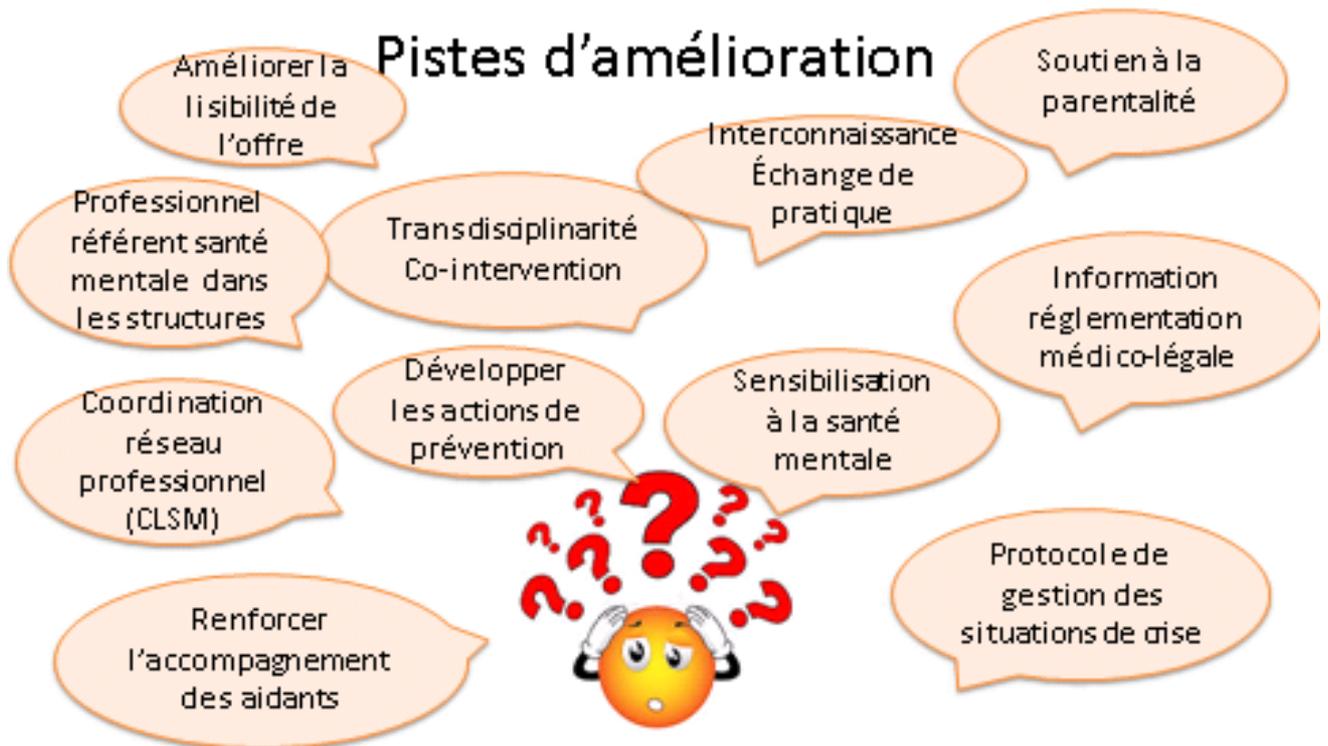
**(Pilotes : Mme ANCELOT, affaires générales CHHM & Mme COLLADO, Chef projet Bois l'Abbesse – Ambassadeur : Dr BELLOUZ) – 21 participants**

- Manque de relais de la psychiatrie en dehors de l'hôpital
- Difficulté d'anticipation de la crise lorsqu'un travailleur social constate un changement de comportement. Formation
- Sollicitations inadaptées des structures hospitalières en cas de crise
- Perte de temps dans la gestion de la situation
- Mauvaise connaissance des interlocuteurs lors de la gestion de crise
- Médecins en 1ère ligne qui ne connaissent pas les dispositifs d'accompagnement ni la réglementation en santé mentale
- Manque de connaissance de la réglementation en matière d'hospitalisation sous contraintes.
- Limites d'intervention SAMU, Force de l'ordre, Préfecture, Maire...
- Appréhension des intervenants sociaux pour la prise en charge d'usagers en situation de crise
- Professionnels en souffrance face à des situations qu'ils ne parviennent plus à gérer.

## V/ Déficiets constatés et pistes d'amélioration envisagées

DEFICITS	PROPOSITIONS DES GROUPES THEMATIQUES
<b>ACCOMPAGNEMENT</b>	<p>Développer les unités de thérapie familiale</p> <p>Développer l'activité de l'hôpital de jour pour adolescents</p> <p>Dispositif soin étude : Refus scolaire éducation nationale / Trouble du comportement- travail de réseau Education Nationale et Psychiatrie</p> <p>Travailler la préparation aux soins en amont pour enclencher la démarche de soins - Accompagnement Personnalisé aux Soins (APS)</p> <p>Mise en place d'équipes dentaires mobiles qui se déplacent dans les structures sociales, médico-sociales</p> <p>Développer les AIG dans les ESMS Réflexion sur la présence de psychologues dans les ESMS</p> <p>Impulser la mise en place d'une unité médico-judiciaire</p> <p>Prévenir l'épuisement professionnel</p> <p>Améliorer la prise en charge psychologique de personnes victimes de violences intrafamiliales</p>
<b>COORDINATION</b>	<p>Identifier des référents formés à la SM dans chaque structure sociale et médico-sociale</p> <p>Développer et harmoniser le fonctionnement des équipes mobiles</p> <p>Pérenniser la présence d'infirmiers CHHM dans l'ensemble des SAU du département</p> <p>Développer les Consultations Jeunes Consommateurs et les consultations avancées en addictologie au sein de structures d'exercice coordonné</p> <p>Créer ou mettre à jour les conventions JUSTICE -CHHM /ASE-CHHM</p> <p>Organiser la prise en charge en situation de crise : Protocole pompier, police, justice, transporteurs sanitaires</p> <p>Clarifier le parcours d'entrée en hospitalisation sous contrainte (passage aux urgences obligatoire et bilan somatique)</p> <p>Impulser la création d'un CLSM</p> <p>Favoriser la collaboration des référents identifiés au sein des services des urgences et l'ensemble des partenaires dans la prise en charge des victimes de violence intrafamiliale</p>
<b>CONNAISSANCE</b>	<p>Former les professionnels du département à la SM (ex : prospect pro Unafam) - Formation gestes 1er secours en psychiatrie (expérience Alsace) - formation à la prévention et à la gestion des situations de crise</p> <p>Organiser des journées d'immersion à destination de professionnels</p> <p>Sensibiliser les partenaires aux procédures médico-légales : Portail d'info, site internet, numéro dédié... - plateforme nationale</p> <p>Mener des actions de prévention et de sensibilisation dans les structures d'exercice coordonné</p> <p>Développer des formations médicales continues</p> <p>Rédiger une charte d'accueil du public en santé mentale</p>
<b>COMMUNICATION</b>	<p>Développer les informations collectives du dispositif de CJC au sein des établissements scolaires.</p> <p>Informers sur la procédure d'accès à une consultation en CMP que ce soit avec infirmier, psychologue ou psychiatre (information sur les délais de reprise de contact, la déclinaison des soins, réaliser des brochures/ organiser des réunions d'information)</p> <p>Informers sur les modalités de prise en charge (information sur les délais de reprise de contact après le RV de 1ère intention et la déclinaison des soins envisagés, Meilleure connaissance des outils (thérapie familiale, hypnose etc...)</p> <p>Encourager les temps d'échange CHHM/ESMS et autres</p> <p>Créer un répertoire à mettre en commun/ à partager pour faciliter la communication entre les secteurs :</p> <p>Banque de donnée des dispositifs existants</p>

## Pistes d'amélioration



*pistes d'amélioration qui devront être déclinées en fiches actions et travaillées avec les partenaires au cours de la 2<sup>ème</sup> période de janvier 2019 à juin 2019*

04/12/2018

PTS M Haute-Marne

16

## VI/ Actions envisagées

Le COPIL s'est réuni le 1<sup>er</sup> février 2019 pour validation du diagnostic partagé.

Une présentation des axes stratégiques, objectifs opérationnels et pistes d'actions par porte d'entrée a été réalisée. Ce diagnostic a été envoyé à l'ensemble des partenaires du département ; contributeurs, institutionnels, élus, professionnels de santé...

**L'équipe projet a identifié les axes, objectifs et actions envisagées par porte d'entrée en reprenant toutes les propositions faites lors des travaux de groupes (cf pages 26 à 29)**

**Ces propositions d'actions ont ensuite été déclinées en fiches actions lors de nouveaux travaux de groupes qui ont eu lieu dans le courant du 3<sup>ème</sup> trimestre 2019.**

### Diagnostic et soins psychiatriques

**Objectif stratégique : améliorer l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques**

**Objectifs opérationnels :**

#### Améliorer la lisibilité de l'offre de soins

Actions :

- Informer sur la procédure d'accès à une consultation (ex: CMP, pédopsychiatrie) et sur les modes de prise en charge (brochures/ organiser des réunions d'information)
- Clarifier le parcours d'entrée en hospitalisation sous contrainte
- Développer et harmoniser le fonctionnement des équipes mobiles

#### Mener des actions de promotion de la santé mentale

Actions :

- Mettre en place des actions de prévention et de sensibilisation à la santé mentale notamment dans les structures d'exercice coordonné
- Proposer des formations médicales continues à destination des médecins libéraux
- Mener un travail de prévention psychologique pré et post-partum des mères et accompagner à la parentalité.

#### Développer l'offre de soins en santé mentale

Actions :

- Développer l'activité de l'hôpital de jour pour adolescents (ex : unité transverse etc...)
- Développer les conventions de mise à disposition psychiatrie / ESMS – (Réflexion sur la présence de psychologues dans les ESMS - entretien de 1ère intention et/ou consultations thérapeutiques ponctuelles).
- Améliorer la prise en charge psychologique de personnes victimes de violences intrafamiliales
- Créer des relais avec le dispositif soin étude de la région : Refus scolaire de l'élève/ harcèlement scolaire/ Trouble du comportement– travail de réseau Education Nationale et Psychiatrie



### **Situations inadéquates**

**Objectif stratégique : Répondre aux besoins spécifiques des partenaires dans la gestion de situations complexes**

***Objectifs opérationnels :***

✚ Favoriser la collaboration des référents des services d'urgences et police avec l'ensemble des partenaires concernés par la prise en charge des victimes de violence intrafamiliale

✚ Encourager la transdisciplinarité

Actions :

- Développer la co-intervention autour de situations individuelles complexes
- Développer l'empowerment en proposant des actions de sensibilisation par les pairs
- Créer ou mettre à jour les conventions de partenariat

✚ Accompagner le déploiement de la thérapie familiale.

### **Prévention et gestion des situations de crise**

**Objectif stratégique : identifier les limites et missions respectives de chacun des intervenants dans la gestion de situations de crise**

***Objectifs opérationnels :***

✚ Favoriser l'articulation des acteurs dans la gestion de crise

Actions :

- Fluidifier les procédures de signalement et de prises charge en situation de crise : Protocole pompier, police, justice, transporteurs sanitaires etc ...
- Mettre en place une unité médico-judiciaire
- Organiser des sessions de sensibilisation auprès des médecins libéraux sur le volet médico-légal
- Pérenniser la présence d'infirmiers CHHM dans l'ensemble des SAU du département



### Accès aux accompagnements sociaux et médico sociaux

**Objectif stratégique : Améliorer la prise en charge et la coordination dans l'accompagnement social et médico-social**

**Objectifs opérationnels :**

#### + Harmoniser les pratiques des professionnels des structures sanitaires, sociales et médico-sociales

Actions :

- Identifier un référent santé mentale dans chaque structure sociale et médico-sociale
- Organiser un plan de formations à destination des professionnels décliné comme suit :
  1. Sensibilisation à la santé mentale
  2. Information sur la réglementation des hospitalisations sous contraintes
  3. Gestion des situations de crise et situations spécifiques (incurie dont le syndrome de Diogène etc...)
  4. Organisation de journée d'immersion

#### + Favoriser l'interconnaissance, la coopération et l'acculturation des acteurs

Actions :

- Impulser la création d'un conseil local de santé mentale
  1. Commission situations complexe
  2. Commission habitat santé mentale (accès et maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques dans le parc locatif social)
  3. Commission promotion de la santé mentale
  4. Commission observatoire en santé mentale
  5. etc...
- Créer un répertoire - banque de donnée des dispositifs existants - pour faciliter la communication entre les acteurs
- Rédiger une charte d'accueil du public en santé mentale

#### + Prévenir l'épuisement professionnel

Actions :

- Développer sur l'ensemble du territoire, les échanges de pratiques (ex : intervention d'équipes mobiles pass-précarité etc ...)



### Accès aux soins somatiques

**Objectif stratégique : améliorer l'accès aux soins somatiques**

**Objectifs opérationnels :**

✚ Travailler la préparation aux soins en amont pour enclencher la démarche de soins

Actions :

- Créer un dispositif d'Accompagnement Personnalisé aux Soins (APS)

✚ Développer « l'aller vers » par des consultations santé de proximité

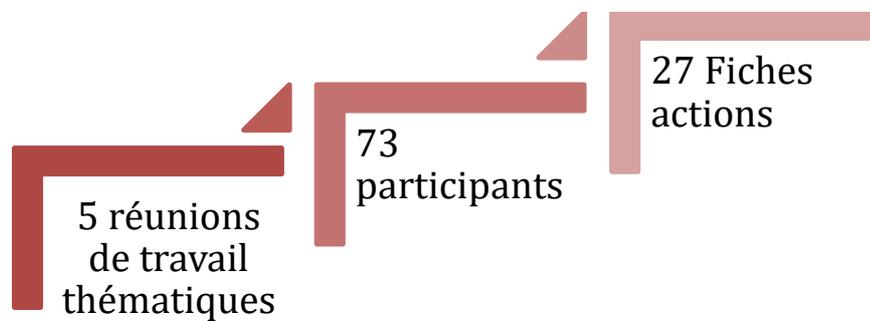
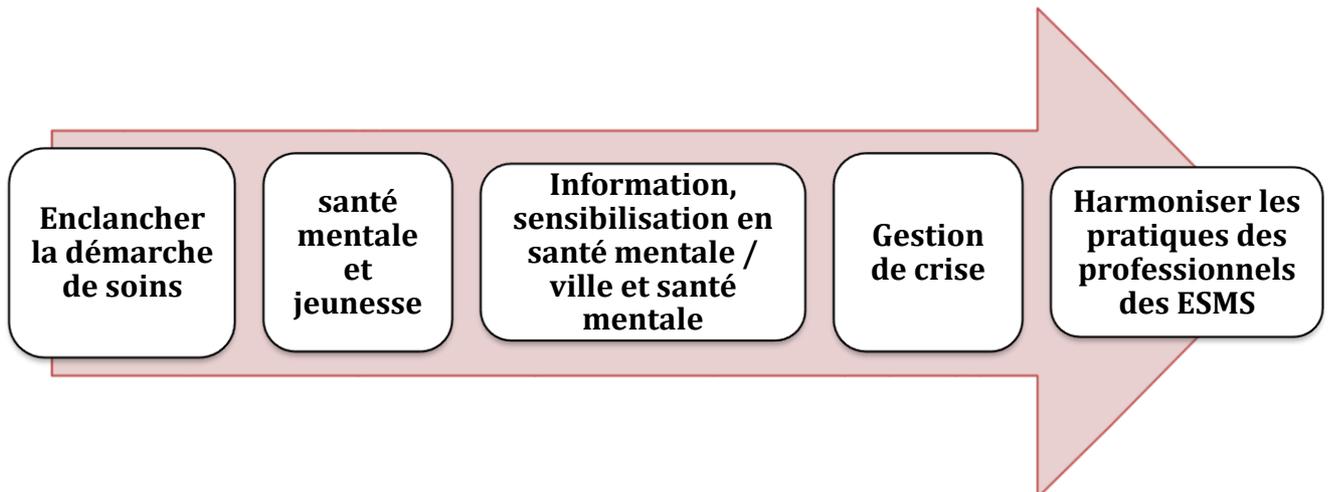
Actions :

- Mettre en place des équipes mobiles de soins (ex : équipes dentaires mobiles qui se déplacent dans les structures sociales, médico-sociales)
- Développer les informations collectives du dispositif de Consultations Jeunes Consommateurs au sein des établissements scolaires.
- Développer les Consultations Jeunes Consommateurs et les consultations avancées en addictologie au sein de structures d'exercice coordonné et coordination avec les équipes de liaison en soins en addictologie.

## VII / Feuille de route

L'équipe projet a constitué des nouveaux groupes de travail afin de réaliser les fiches actions émanant du diagnostic partagé.

L'équipe projet a fait le choix de regrouper par thématiques, les pistes d'amélioration qui avaient été établies, afin de mobiliser les acteurs de façon plus efficiente.



## VIII / Fiches actions

### Identifier les limites et missions respectives de chacun des intervenants dans la gestion de situations de crise

- 1.1 Favoriser l'articulation des acteurs dans la gestion de crise
  - 1.1.1 Fluidifier la coordination des acteurs dans la gestion de situation de crise
  - 1.1.2 Organiser de séminaires médicaux
  - 1.1.3 Développer une prise en charge psychiatrique adaptée dans des structures spécifiques.
- 1.2 Répondre aux besoins spécifiques des partenaires dans la gestion de situations complexes
  - 1.2.1 Améliorer le parcours des victimes de violence intra familiale
  - 1.2.2 Améliorer la prise en charge psychologique de personnes victimes de violences intrafamiliales

### Améliorer l'accès aux soins somatiques et psychiatriques

- 2.1 Développer « l'aller vers » par des actions de prévention santé de proximité
  - 2.1.1 Créer un dispositif d'accompagnement personnalisé aux soins
  - 2.1.2 Mettre en place des équipes mobiles de soins dentaires
- 2.2 Améliorer la structuration d'une offre de soins gradués
  - 2.2.1 Améliorer le parcours de prise en charge en addictologie, pour les patients présentant des troubles comorbides psychiatriques.
  - 2.2.2 Développer les consultations avancées du CSAPA au sein des structures d'exercices coordonnées
- 2.3 Améliorer la lisibilité de l'offre de soins
  - 2.3.1 Informer sur la procédure d'accès à une consultation
- 2.4 Fluidifier les procédures d'accès à une prise en charge de transports
  - 2.4.1 Protocole de coopération Régime de droits communs (CPAM RSI MSA)

### Améliorer la prise en charge et la coordination dans l'accompagnement social et médico-social

- 3.1 Favoriser l'interconnaissance, la coopération et l'acculturation des acteurs
  - 3.1.1 Recenser et identifier l'ensemble des structures et dispositifs existants sur le territoire
  - 3.1.2 Harmoniser l'accueil du public en santé mentale dans l'ensemble des structures du territoire
  - 3.1.3 Développer l'empowerment
  - 3.1.4 Impulser la création d'un conseil local de santé mentale
- 3.2 Harmoniser les pratiques des professionnels des structures sanitaires, sociales et médico-sociales
  - 3.2.1 Identifier un référent santé mentale dans chaque structure et proposer un plan de formation
- 3.3 Développer "l'aller vers" dans la gestion de situations complexes.
  - 3.3.1 Développer le dispositif de pair aidance sur l'ensemble du département

### Favoriser l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

- 4.1 Améliorer la lisibilité de l'offre de soins
  - 4.1.1 Développer les équipes mobiles psychiatrie précarité et harmoniser leur fonctionnement
  - 4.1.2 Développer les orientations vers le dispositif soin étude
- 4.2 Favoriser l'accès au diagnostic chez les jeunes en situation de précarité
  - 4.2.1 Maintenir un accompagnement psychologique pour les jeunes des MILO
  - 4.2.2 Développer l'activité et la couverture de POSADO
- 4.3 Poursuivre la coordination, le repérage des troubles psychologiques et les actions de prévention
  - 4.3.1 Prévention psychologique pré et post partum des mères et accompagnement à la parentalité
  - 4.3.2 Mettre en place des formations sensibilisations pour la prévention du suicide
  - 4.3.3 Projet de mise en place d'une équipe mobile en Gérontopsychiatrie
  - 4.3.4 Réflexion sur la mise en place d'une équipe mobile en pédopsychiatrie
  - 4.3.5 Mettre en œuvre le plan départemental ARS EN
  - 4.3.6 Organiser des sessions de sensibilisation autour de la lutte contre la radicalisation

1.1.1 Fluidifier la coordination des acteurs dans la gestion de situation de crise	
<b>Porteur de l'action</b>	ARS (cellule expert en soins psychiatrique)
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	Les situations de crise mobilisent de nombreux acteurs qui ne parviennent pas à agir rapidement en coordonnant leurs interventions. On observe un épuisement des professionnels à gérer ces situations complexes qui les mettent en tension.
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Identifier les limites et missions respectives de chacun des intervenants dans la gestion de situations de crise
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Favoriser l'articulation des acteurs dans la gestion de crise
<b>Description</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier et constituer un réseau soutenant</li> <li>• Rédiger une charte de bon fonctionnement</li> <li>• Construire des outils adaptés pour les élus, partenaires sociaux et médecins libéraux</li> </ul>
<b>Partenaires à associer</b>	CHHM, CPAM, médecins, élus, police gendarmerie, transports sanitaires, pompiers, partenaires sociaux etc...
<b>Public visé</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Tout public <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels de santé <input checked="" type="checkbox"/> Elus <input checked="" type="checkbox"/> Partenaires sociaux
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Septembre 2020
<b>Financement</b>	Ne nécessite pas de budget spécifique
	Autres ressources mobilisables ( <i>Matériel, humaine</i> ) <i>Temps animation de réunion, outils de communication, déplacements...</i>
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<b>Indicateurs de processus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un groupe de travail</li> <li>• Signature d'une convention de partenariat</li> <li>• Mise en application d'une charte de bon fonctionnement</li> <li>• Baisse du nombre de levés par caducité</li> </ul> <b>Indicateurs de résultat :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de rencontres partenaires</li> <li>• Lieux de diffusion de la charte</li> <li>• Enquêtes médecins, élus</li> </ul>
<b>Partenaires associés à la rédaction de la fiche action</b>	ARS, Cadre de santé et médecin urgentiste CH Chaumont/Langres, UNAFAM, service de développement de la ville Chaumont, DDSP52, PETR, DDCSPP, gendarmerie, CSAPA52, UDAF52, SOS Femmes accueil, CMPP APAJH52, IME, Psychologue, psychiatre, assistante sociale CCHM

1.1.2 Organiser de séminaires médicaux	
<b>Porteur de l'action</b>	CHHM
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	Engager des sessions de sensibilisation initiales et permanentes à l'attention des acteurs du soin et des acteurs de la cité, en lien avec la santé mentale. Une intervention au sein même des maisons de santé sera une plus-value dans la relation Ville/Hôpital
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Identifier les limites et missions respectives de chacun des intervenants dans la gestion de situations de crise
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Favoriser l'articulation des acteurs dans la gestion de crise
<b>Description</b>	<p>- Mise en place de séminaires thématiques médicaux avec l'appui de spécialistes et à destination d'internes en médecine, de médecins de villes</p> <p>- Possibilité d'élargir à d'autres professionnels.(élus, justice.....), en organisant notamment des sessions axées sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La gestion des hospitalisations sans consentement</li> <li>• Les missions et responsabilités de chacun</li> <li>• Le parcours patient</li> </ul>
<b>Partenaires à associer</b>	CHHM Cellule d'experts ARS etc....(à compléter si besoin)
<b>Public visé</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Professionnels de santé <input checked="" type="checkbox"/> Elus <input checked="" type="checkbox"/> Autres professionnels
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	1 <sup>er</sup> Trimestre 2021
<b>Financement</b>	<p>10 000 € enveloppe dédiée PTSM DOS</p> <p>Support de formation, coût de l'intervenant, déplacement, location salle, outils informatique, supports de communication</p>
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<p><b>Indicateurs de processus :</b>            Nombre de séminaires mis en place, Nombre de participants, Typologie du public sensibilisé, Nombre de thématiques traitées.</p> <p><b>Indicateurs de résultat :</b>            Compétences acquises lors des séminaires (questionnaire de satisfaction)</p>
<b>Partenaires associés à la rédaction de la fiche action</b>	ARS, Cadre de santé et médecin urgentiste CH Chaumont/Langres, UNAFAM, service de développement de la ville Chaumont, DDSP52, PETR, DDCSPP, gendarmerie, CSAPA52, UDAF52, SOS Femmes accueil, CMPP APAJH52, IME, Psychologue, psychiatre, assistante sociale CCHM.

### 1.1.3 Développer une prise en charge psychiatrique adaptée dans des structures spécifiques.

<b>Porteur de l'action</b>	CHHM/ARS
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	<p>Une présence infirmière CHHM apparaît comme essentielle dans la prise en charge des pathologies psychiatriques au sein des services d'urgence. L'infirmier devient l'interlocuteur privilégié du patient tant dans le temps d'accueil, que lors de la gestion de la crise.</p> <p>Il apporte des éléments de compréhension à l'équipe soignante des urgences et prend contact avec les médecins psychiatre lors de l'orientation si nécessaire.</p> <p>Actuellement ce temps d'infirmier de liaison est mise en place dans les SAU du département à l'exception du CH de Langres.</p>
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Identifier les limites et missions respectives de chacun des intervenants dans la gestion de situations de crise
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Favoriser l'articulation des acteurs dans la gestion de crise
<b>Description</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conforter les dispositifs de prise en charge psychiatrique au sein des SAU de Saint Dizier et Chaumont et adapter un dispositif de prise en charge au sein du SAU de Langres.</li> <li>- Développer des outils innovants dans la prise en charge psychiatrique pour faciliter la liaison (CHHM) ex : téléconsultation</li> </ul>
<b>Partenaires à associer</b>	Centre Hospitalier SAU Langres un professionnel du CMP peut se déplacer
<b>Public visé</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Tout public <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels de santé
<b>Territoire d'intervention</b>	SAU Langres
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Septembre 2020
<b>Financement</b>	Financeurs CHHM ARS Montants 110 000 € Autres ressources mobilisables <i>Mise à disposition temps infirmier</i>
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<p><b>Indicateurs de processus :</b>  <i>Temps d'intervention annuel du professionnel détaché sur le SAU</i>  <i>Nombres d'outils innovants mis en place</i></p> <p><b>Indicateurs de résultat :</b>  <i>Actes posés</i>  <i>Nombre d'évènements indésirables recensés dans l'année</i></p>
<b>Partenaires associés à la rédaction de la fiche action</b>	ARS, Cadre de santé et médecin urgentiste CH Chaumont/Langres, UNAFAM, service de développement de la ville Chaumont, DDS52, PETR, DDCSPP, gendarmerie, CSAPA52, UDAF52, SOS Femmes accueil, CMPP APAJH52, IME, Psychologue, psychiatre, assistante sociale CCHM.

1.2.1 Améliorer le parcours des victimes de violence intra familiale	
<b>Porteur de l'action</b>	DDCSPP Délégué départementale aux droits des femmes à l'égalité
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	<p>En France, en moyenne, le nombre de femmes âgées de 18 à 75 ans, victimes de violence physique et/ou sexuelles est estimé à 225 000.</p> <p>En Haute-Marne, ont été enregistrées en zone police, 66 personnes victimes de violences conjugales en 10 mois sur 2018, dont 60 femmes.</p> <p>En zone gendarmerie, ont été enregistrées 385 interventions pour violence intra familiale dont 230 de nuit. Dans 75% des cas, les victimes sont des femmes. Le département ne dispose pas d'unité médico judiciaire, De fait il est constaté des difficultés pour les professionnels de santé d'établir des certificats médicaux et d'apprécier le nombre d'ITT.</p>
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Répondre aux besoins spécifiques des partenaires dans la gestion de situations complexes
<b>Objectifs Opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Favoriser la collaboration des référents des services d'urgences et forces de l'ordre avec l'ensemble des partenaires concernés par la prise en charge des victimes de violence intrafamiliale</li> <li>▪ Définir les modalités de mise en œuvre de cette articulation</li> </ul>
<b>Description</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participation aux réflexions régionales au vu d'uniformiser les certificats médicaux en matière de description des ITT</li> <li>▪ Constituer et animer des réseaux départementaux, afin de favoriser la connaissance mutuelle, identifier les champs d'intervention et faciliter l'orientation des victimes dans le parcours de prise en charge.</li> <li>▪ Engager une étude de faisabilité sur des permanences et interventions à la demande, des structures d'aides aux victimes au sein des centres hospitaliers</li> <li>▪ Sensibiliser et/ou former les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux au repérage, à l'accompagnement, à la prise en charge et l'orientation des victimes de violences sexistes et sexuelles.</li> </ul>
<b>Partenaires à associer</b>	TGI DDCSPP Police Gendarmerie SAU France Victimes 52 SOS femmes accueil CIDFF
<b>Public visé</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Tout public <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> Autres professionnels</span> <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels de santé
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	Financeurs et montants ARS 3000 euros DRDFE 54 300 euros Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<p><b>Indicateurs de processus :</b> Nombre de situations prises en charge, Nombre de sessions de sensibilisation mise en place. Certificat médical type effectif</p> <p><b>Indicateurs de résultat :</b> Satisfaction et efficience dans la coordination des acteurs prenant en charge les victimes de violences</p>
<b>Partenaires associés à la rédaction de la fiche action</b>	ARS, Cadre de santé et médecin urgentiste CH Chaumont/Langres, UNAFAM, service de développement de la ville Chaumont, DDSP52, PETR, DDCSPP, gendarmerie, CSAPA52, UDAF52, SOS Femmes accueil, CMPP APAJH52, IME, Psychologue, psychiatre, assistante sociale CCHM.

1.2.2 Améliorer la prise en charge psychologique de personnes victimes de violences intrafamiliales	
<b>Porteur de l'action</b>	Déléguée droit des femmes
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	En France, en moyenne, le nombre de femmes âgées de 18 à 75 ans, victimes de violence physique et/ou sexuelles est estimé à 225 000. En Haute-Marne, ont été enregistrées en zone police, 66 personnes victimes de violences conjugales en 10 mois sur 2018, dont 60 femmes. En zone gendarmerie, ont été enregistrées 385 interventions pour violence intra familiale dont 230 de nuit. Dans 75% des cas, les victimes sont des femmes
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Répondre aux besoins spécifiques des partenaires dans la gestion de situations complexes
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Favoriser la prise en charge psychologique des femmes victimes de violence et des enfants co-victimes.
<b>Description</b>	Proposer une prise en charge psychologique, individuelle et/ou collective, des femmes et enfants co-victimes, par des psychologues formés aux psycho traumatismes, notamment dans les lieux d'accueil, d'écoute et d'orientation.
<b>Partenaires à associer</b>	CIDFF, ADAJ
<b>Public visé</b>	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans): <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Tout public <input type="checkbox"/> Professionnels de santé <input type="checkbox"/> Elus
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2ème semestre 2020
<b>Financement</b>	Financeurs et montants ARS 12 200 euros
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<b>Indicateurs de processus</b> : Nombres de prise en charge psychologique, Nombre d'orientations réalisées <b>Indicateurs de résultat</b> : Bénéfices perçus
<b>Partenaires associés à la rédaction de la fiche action</b>	ARS, Cadre de santé et médecin urgentiste CH Chaumont/Langres, UNAFAM, service de développement de la ville Chaumont, DDSP52, PETR, DDCSPP, gendarmerie, CSAPA52, UDAF52, SOS Femmes accueil, CMPP APAJH52, IME, Psychologue, psychiatre, assistante sociale CCHM.

2.1.1 Créer un dispositif d'accompagnement aux soins	
<b>Porteur de l'action</b>	UDAF 52
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	L'UDAF52 souhaite améliorer la prise en charge et l'accès aux soins des personnes en situation de souffrance psychique et de précarité sur ces territoires. EN 2008, l'UDAF51 a créé un service d'Accès personnalisé à la santé (APS). L'un des premiers freins de notre département est la démographie médicale impliquant la difficulté de trouver un professionnel de santé et surtout la difficulté de se déplacer pour le rencontrer. D'autres freins sont présents, notamment les situations socio-économiques, les situations d'éloignement, ou encore le manque de confiance des personnes envers elle-même mais aussi en la médecine. L'UDAF52 souhaite s'inspirer du dispositif de la Marne en proposant un accompagnement personnalisé à destination des personnes en souffrance psychique dans leur parcours de soins.
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Améliorer l'accès aux soins somatiques
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Travailler la préparation en amont pour enclencher la démarche de soins
<b>Description</b>	Les professionnelles de l'UDAF52 (Chargés d'accès à la santé) auront pour mission d'accompagner moralement et physiquement les bénéficiaires du service APS dans leurs démarches de santé : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dossiers administratifs,</li> <li>▪ Prise de rendez-vous,</li> <li>▪ Bilans de santé,</li> <li>▪ Accompagnement physique aux rendez-vous médicaux...)</li> </ul>
<b>Partenaires à associer</b>	MAIA, CD, Professionnels libéraux
<b>Public visé</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans)
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Premier trimestre 2021
<b>Financement</b>	Financeurs et montants : 162 979 euros participation de l'ARS sous réserve de cofinancements
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<p><b>Indicateurs de processus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de journée de présentation organisées/prévues,</li> <li>▪ Nombre de personnes acceptant de bénéficier de l'un des parcours/aux personnes orientées.</li> <li>▪ Nombre d'accompagnement total au sein du dispositif d'accès personnalisé à la santé</li> <li>▪ Nombre d'accompagnement selon la typologie du parcours.</li> <li>▪ Nombre d'actions de prévention réalisées/prévues</li> <li>▪ Nombre de conventions signées suite à la présentation/nombre de structures présentes</li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultat :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evolution positive des situations des personnes en matière d'accès</li> <li>▪ Nombre de personnes accompagnées déclarant être en capacité de prendre des rendez-vous médicaux seuls /nombre total de personnes accompagnées</li> </ul>

2.1.2 Mettre en place des équipes mobiles de soins dentaires	
<b>Porteur de l'action</b>	Mutualité Française
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	Contribuer à améliorer l'état de santé des personnes en souffrance psychique, les plus éloignées du soin
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Améliorer l'accès aux soins somatiques
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Développer « l'aller vers » par des actions de prévention santé de proximité
<b>Description</b>	Proposer des actions de prévention avancées sous la forme d'ateliers sur les techniques de brossage, l'alimentation, les gestes clés, Cette action organisée par des chirurgiens-dentistes, au sein des établissements d'accueil des personnes en situation de handicap et à orientation : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des usagers eux-mêmes,</li> <li>▪ Des professionnels les accompagnants</li> </ul>
<b>Partenaires à associer</b>	Centres mutualistes
<b>Public visé</b>	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans): <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Tout public <input type="checkbox"/> <b>Professionnels*</b>
<b>Territoire d'intervention</b>	Saint Dizier Montier en Der à développer par la suite à l'ensemble du territoire.
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2021
<b>Financement</b>	Financeurs et montants 22520 euros COM ARS/mutualité
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<b>Indicateurs de processus</b> : Nombre d'actions de prévention mises en œuvre dans la prise en charge de soins bucco dentaires Nombre de personnes ayant une problématique repérée, Nombre de personnes entrant dans un parcours de soins dentaires <b>Indicateurs de résultat</b> : amélioration de l'état bucco-dentaire de la population

2.2.1 Améliorer le parcours de prise en charge en addictologie, pour les patients présentant des troubles comorbides psychiatriques.	
<b>Porteur de l'action</b>	CHHM/ CSAPA/ARS
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	Selon le portrait de territoire réalisé par l'observatoire français des drogues et des toxicomanies, la région Grand Est se démarque de la moyenne nationale par une surconsommation féminine de tabac, une consommation d'alcool présentant de fortes disparités, une présence importante d'héroïne et de cocaïne dans la région avec des décès par surdose. Il est également constaté une absence de prise en charge coordonnée des personnes présentant des troubles addictifs et des comorbidités psychiatriques.
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Améliorer l'accès aux soins somatiques et psychiatriques
<b>Objectifs Opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la structuration d'une offre de soins gradués</li> <li>- Développer le parcours coordonné entre les structures spécialisées, et les structures hospitalière, en soutenant le projet d'ouverture de lits de niveau II.</li> <li>- Développer la coordination de l'ensemble des acteurs afin d'améliorer le parcours de soins</li> </ul>
<b>Description</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etude de faisabilité sur l'ouverture de lits de niveau II dans le sud du département.</li> <li>- Engager des actions de prévention en matière de lutte contre les addictions,</li> <li>- Mettre en place un programme d'éducation thérapeutique en addictologie ambulatoire.</li> <li>- Mettre en place une commission départementale en soins en addictologie</li> </ul>
<b>Partenaires à associer</b>	MSP ELSA CH
<b>Public visé</b>	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans): <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Tout public <input type="checkbox"/> <b>Professionnels*</b>
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	1 <sup>er</sup> Trimestre 2021
<b>Financement</b>	Financeurs et montants : restructuration et en attente autorisation DOS
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<p><b>Indicateurs de processus</b> : Commission départementale mise en œuvre  Autorisation effective de l'ouverture de lit de niveaux II</p> <p><b>Indicateurs de résultat</b> :</p> <p>file active  nombre d'entretiens menés dans l'année</p>

Action 2.2.2 Développer les consultations avancées du CSAPA au sein des structures d'exercices coordonnées.	
<b>Porteur de l'action</b>	CSAPA
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	Le CSAPA compte une file active de 1207 usagers sur l'ensemble du département. La problématique principale est l'alcool qui représente 42,5% de la file active en 2018. Le cannabis est consommé par 16.2% et les opiacés à hauteur de 15.5%. Le département de la Haute-Marne est un territoire rural, le développement de « l'aller vers » semble indispensable.
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Améliorer l'accès aux soins somatiques et psychiatriques
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Améliorer la structuration d'une offre de soins gradués
<b>Description</b>	Repérer les territoires non couverts et présentant des besoins quant à la prise en charge de personnes en situation d'addiction afin de déployer des consultations avancées en addictologie en lien avec les structures d'exercices coordonnées
<b>Partenaires à associer</b>	Centre de santé, médecins généralistes, MSP
<b>Public visé</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans)
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	1 <sup>er</sup> trimestre 2021
<b>Financement</b>	Financeurs et montants ARS / Dotation globale de financement campagne budgétaire
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<b>Indicateurs de processus</b> : Nombres de consultations avancées sur le territoire, file active, Nombres d'heures dédiées  <b>Indicateurs de résultat</b> : Nombre de suivis réalisés

2.3.1 Informer sur la procédure d'accès à une consultation (ex: CMP, pédopsychiatrie) et sur les modes de prise en charge (brochures / organiser des réunions d'information)	
<b>Porteur de l'action</b>	CHHM
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	Contribuer à améliorer l'état de santé des personnes en souffrance psychique
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Améliorer l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Améliorer la lisibilité de l'offre de soins
<b>Description</b>	Information sur les missions du CMP : Informer sur les modalités d'accueil et d'accès à une prise en charge. Communication autour des spécialités proposées par les équipes médicales du CHHM.
<b>Partenaires à associer</b>	
<b>Public visé</b>	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans): <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Tout public <input type="checkbox"/> <b>Professionnels*</b>
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	1 <sup>er</sup> Trimestre 2021
<b>Financement</b>	Financeurs et montants pas de financements spécifiques
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<b>Indicateurs de résultat :</b> <i>Nombre de brochure réalisées et distribuées</i> <i>Nombre de réunion de concertation et d'harmonisation des pratiques</i>

2.4.1 Protocole de coopération Régime de droits communs (CPAM RSI MSA)	
<b>Porteur de l'action</b>	MSA CPAM
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	la prise en charge de la pathologie psychiatrique se doit de prendre en compte le contexte social et environnemental du patient. Des difficultés ont ainsi été observées pour la mise en place d'entente préalable de transports à destination des patients souffrant d'une problématique psychique non reconnu en ALD.
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Améliorer l'accès aux soins somatiques et psychiatriques
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Fluidifier les procédures d'accès à une prise en charge de transports
<b>Description</b>	Faciliter les déplacements des personnes vivant notamment en milieu rural vers les unités de soins Organisation de réunions de concertation afin d'élaborer un protocole de coopération.
<b>Partenaires à associer</b>	CPAM ESMS CHRS MSA RSI
<b>Public visé</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Professionnels*</b>
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Courant 2021
<b>Financement</b>	Financeurs et montants Pas de financements spécifiques
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<i><b>Indicateurs de processus</b> : Protocole réalisé. <b>Indicateurs de résultat</b> : Questionnaire de satisfaction à destination des professionnels et des patients.</i>

3.1.1 Recenser et identifier l'ensemble des structures et dispositifs existants sur le territoire	
<b>Porteur de l'action</b>	MAIA
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	Mauvaise connaissance et manque d'harmonisation des dispositifs entre les institutions.
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Améliorer la prise en charge et la coordination dans l'accompagnement social et médico-social
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Favoriser l'interconnaissance, la coopération et l'acculturation des acteurs
<b>Description</b>	<i>Elargir le ROR (répertoire opérationnel de ressources) en renseignant l'ensemble des structures médico-sociales.</i>
<b>Partenaires à associer</b>	MDPH, CD, ARS, CH ESMS ES
<b>Public visé</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Tout public <input checked="" type="checkbox"/> <b>Professionnels*</b>
<b>Territoire d'intervention</b>	DEPARTEMENTAL
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<i>Septembre 2020</i>
<b>Financement</b>	Financeurs et montants COM ARS CD
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<b>Indicateurs de processus</b> : Répertoire effectif <b>Indicateurs de résultat</b> : Nombre de répertoires distribués

3.1.2 Harmoniser l'accueil du public en santé mentale dans l'ensemble des structures du territoire	
<b>Porteur de l'action</b>	ADASMS
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	Contribuer à améliorer l'état de santé des personnes en souffrance psychique et les plus éloignées du soin
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Améliorer la prise en charge et la coordination dans l'accompagnement social et médico-social
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Favoriser l'interconnaissance, la coopération et l'acculturation des acteurs
<b>Description</b>	- Rédiger une charte d'accueil du public en santé mentale - Fiches de liaison, (présentation et habitude de vie)
<b>Partenaires à associer</b>	APAJH Ville, agglo, Bois l'abbesse, CH ADASMS médecin du travail MDPH
<b>Public visé</b>	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans): <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Tout public <input type="checkbox"/> <b>Professionnels*</b>
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Janvier 2021
<b>Financement</b>	Pas de financement spécifique
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<b>Indicateurs de processus</b> : Fiche de liaison effective, (utilisateurs de cette fiche) <b>Indicateurs de résultat</b> : Nombres de signataire de la charte d'accueil

3.1.3 Développer l'empowerment	
<b>Porteur de l'action</b>	GEM UNAFAM
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	Le concept d'empowerment définit le développement du pouvoir d'agir des individus et des groupes sur leurs conditions de prise en charge afin de contribuer à améliorer l'état de santé des personnes en souffrance psychique et les plus éloignées du soin
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Améliorer la prise en charge et la coordination dans l'accompagnement social et médico-social
<b>Objectifs Opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser l'interconnaissance, la coopération et l'acculturation des acteurs</li> <li>- Encourager la transdisciplinarité</li> <li>- Répondre aux besoins spécifiques des partenaires dans la gestion de situations complexes</li> </ul>
<b>Description</b>	Partage du vécu, réunion d'information, de sensibilisation. Groupe de paroles Veille thématique sur la santé mentale par mailing à adresser à l'ensemble des partenaires
<b>Partenaires à associer</b>	UDAF,
<b>Public visé</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Tout public <input checked="" type="checkbox"/> <b>Professionnels*</b>
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	Financeurs et montants budget de fonctionnement des GEM
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<i><b>Indicateurs de processus</b> : Nombre d'actions de sensibilisation à destination des partenaires du territoire            Nombre de partenaires inscrits dans liste de diffusion</i>

3.1.4 Impulser la création d'un conseil local de santé mentale	
<b>Porteur de l'action</b>	Elus Préfecture CHHM
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	Contribuer à améliorer l'état de santé des personnes en souffrance psychique
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Améliorer la prise en charge et la coordination dans l'accompagnement social et médico-social
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Favoriser l'interconnaissance, la coopération et l'acculturation des acteurs
<b>Description</b>	<p>Impulser la création d'un conseil local de santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Commission situations complexe (ex : situations d'incurie dont le syndrome de diogène etc...)</li> <li>- Commission habitat santé mentale (accès et maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques dans le parc locatif social)</li> <li>- Commission promotion de la santé mentale</li> <li>- Commission observatoire en santé mentale</li> </ul> <p>Favoriser la mise en place de co-interventions</p>
<b>Partenaires à associer</b>	Etablissements sociaux, sanitaires, médico-sociaux, associations, bailleurs....
<b>Public visé</b>	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans): <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Tout public <input type="checkbox"/> <b>Professionnels*</b>
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental avec couverture par deux CLSM
<b>Calendrier prévisionnel</b>	1 <sup>er</sup> semestre 2021
<b>Financement</b>	Financeurs villes et agglo ARS : financement d'un poste de coordonnateur à hauteur de 50 % d'un 0,5 ETP dans la limite de 12 500 euros
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<p><b>Indicateurs de processus</b> : Nombre de rencontre et de réunion de concertation pour la mise en place des CLSM</p> <p><b>Indicateurs de résultat</b> :</p> <p>Nombre de commissions actives</p> <p>Plan d'action de chaque commission</p>

3.2.1. Identifier un référent santé mentale dans chaque structure et proposer un plan de formation	
<b>Porteur de l'action</b>	CHHM UNAFAM
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	Le diagnostic partagé a mis en évidence un manque de communication entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, une méconnaissance des missions et limites d'intervention de chacun Une mauvaise connaissance et manque d'harmonisation des dispositifs entre les institutions Les partenaires n'ont pas les mêmes cultures, n'ont pas le même langage et manquent d'indicateurs communs,
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Améliorer la prise en charge et la coordination dans l'accompagnement social et médico-social
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Harmoniser les pratiques des professionnels des structures sanitaires, sociales et médico-sociales
<b>Etapas de mise en œuvre – Description</b>	Identifier un référent santé mentale dans chaque structure sociale et médico-sociale Organiser une formation en inter structure à destination des professionnels décliné comme suit : 1 Sensibilisation à la santé mentale 2 Information sur la réglementation des hospitalisations sous contraintes 3 Gestion des situations de crise (risques suicidaires, déni, décompensation...) 4 Organisation de journées d'immersion
<b>Partenaires à associer</b>	CHHM ARS Pair aidant CHHM .PJJ ARS cellule expert
<b>Public visé</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Professionnels*</b>
<b>Territoire d'intervention</b>	Plan de formation décliné en Haute-Marne. Formation
<b>Calendrier prévisionnel</b>	1 <sup>er</sup> semestre 2021
<b>Financement</b>	Financeurs et montants 25 000 euros enveloppe PTSM DOS FIR DT Formations par CHHM : 6200 euros (6 séances de 2 jours de formation, déclinées 2 CHT 2 SD 2 Langres)
	Autres ressources mobilisables (Matériel, humaine)
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<b>Indicateurs de processus</b> : Nombre de référents désignés, Nombres de référents ayant participé à la formation, Nombre de journées d'immersion organisée <b>Indicateurs de résultat</b> : bénéfices perçus par les référents, (moyen de satisfaction)

### 3.3.1 Développer le dispositif de pair aideance sur le département

<b>Typologie de l'action</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle action <input checked="" type="checkbox"/> Action Innovante	
<b>Porteur</b>	<i>Structure :</i>	UDAF de Haute-Marne
	<i>Personne référente</i>	Christian OTT
<b>Axe stratégique</b>	Améliorer la prise en charge et la coordination dans l'accompagnement social et médico-social	
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	<p>Depuis 2015, sur le territoire des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) de Chaumont, l'UDAF 52 pilote ce projet intitulé également pair-aidance en coopération avec Chaumont Habitat, l'Association GEM « Le Fil d'Ariane » (Groupe d'Entraide Mutuelle), l'UNAFAM de Haute-Marne et le Centre Hospitalier de Haute-Marne (CHHM52).</p> <p>A ce jour, la première année de consolidation présente des résultats encourageants au vu des situations accompagnées (17 au total) et des témoignages des bénéficiaires de l'action mais également du nombre de partenaires mobilisés autour des situations des personnes (une vingtaine).</p> <p>D'autre part, les interventions des travailleurs pairs sont en constante augmentation (200 heures pour le territoire de Chaumont en 2018). Le porteur de projet UDAF et ses partenaires proposent d'entrer dans une phase d'essaimage de l'action sur le territoire du Pays de Langres à partir de janvier 2021.</p> <p>L'action proposée répond à des problématiques identifiées dans le cadre des différents diagnostics établis dans le cadre du PTSM mais également dans ceux des CLS : C'est pourquoi, l'UDAF propose de développer le dispositif de pair-aidance sur le département progressivement</p>	
<b>Objectifs spécifiques</b>	Développer "l'aller vers" dans la gestion de situations complexes.	
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ communiquer sur le dispositif de PAIR AIDANCE auprès des acteurs du territoire à travers différents supports de communication ainsi qu'à l'occasion de rencontres</li> <li>▪ réaliser un état des lieux des besoins avec les acteurs du territoire rencontrés</li> <li>▪ former de nouveaux travailleurs pairs</li> </ul> <p>Chaque année, à partir des sollicitations et des orientations des partenaires, mettre en place des accompagnements auprès des personnes identifiées dans le cadre du dispositif de PAIR AIDANCE et organiser un temps d'information collectif sur les problématiques liées à la souffrance psychique, auprès des acteurs</p>	
<b>Description</b>	<p>Le dispositif s'appuie sur un binôme travailleur pair/professionnel, qui ont un rôle de relais facilitateur entre personnes concernées et acteurs du champ sanitaire et médico-social :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prévention et intervention sur des situations d'incurie afin de faciliter l'accès et le maintien dans le logement</li> <li>▪ Prévention des crises suicidaires par une veille sociale</li> <li>▪ Travail à l'amélioration de l'estime de « soi » et prendre soin de « soi ».</li> </ul> <p>Le travailleur pair a lui-même vécu des situations difficiles et est stabilisé. Il accompagne les intervenants sociaux avec une posture différente : son expérience lui permet de développer l'« aller vers », le « faire avec »</p>	
<b>Partenaires de l'action</b>	CD Structures sociales, médico-sociales, sanitaires UNAFAM GEM	

<b>Public visé</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans)	<b>professionnels :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social <input checked="" type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion santé <input checked="" type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input checked="" type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input checked="" type="checkbox"/> Autre: Pompiers, Police, Gendarmerie, bailleurs
<b>Territoire d'intervention</b>	Département	
<b>Financement</b>	<i>Budget global prévisionnel</i>	56000 €
	<i>Financeurs et montants</i>	ARS CR Agglo
<b>Echelle</b>	Locale, à l'échelle du département	
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ce dispositif de PAIR-AIDANCE vise à soutenir les personnes en souffrance psychique isolées face à une problématique d'accès et de maintien au logement par l'intervention d'un travailleur pair ayant vécu des expériences similaires	
	<b>Indicateurs de processus :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de rencontres réalisées</li> <li>▪ Typologie des partenaires rencontrés</li> <li>▪ Type de besoins identifiés</li> <li>▪ Nombre de supports de communication créés et diffusés</li> <li>▪ Type de supports de communication créés et diffusés</li> <li>▪ Nombre de personnes accompagnées/celles identifiées</li> <li>▪ Bénéfices perçus et limites identifiées du dispositif par les personnes accompagnées, les travailleurs pairs et les professionnels concernés</li> <li>▪ Besoins exprimés par les personnes accompagnées</li> <li>▪ Besoins exprimés par les professionnels</li> <li>▪ Nombre de partenaires mobilisés autour de la situation des personnes accompagnées par situation et pour l'ensemble du dispositif pair-aidance</li> <li>▪ Nombre de travailleurs pairs formés intervenants sur le dispositif</li> <li>▪ Typologie de problématiques abordées lors de ces réunions</li> </ul> <b>Indicateurs de résultat :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre d'acteurs ayant sollicité le dispositif déclarant avoir pu amorcer un contact avec la personne accompagnée/ sollicitation(s)/ nombre d'acteurs ayant sollicité le dispositif</li> <li>▪ Nombre de personnes en capacité d'exprimer leurs besoins/ nombre de personnes accompagnées</li> <li>▪ Nombre de professionnels présents aux réunions</li> <li>▪ Nombre de professionnels déclarant être en capacité à accompagner les personnes en souffrance psychique / nombre de professionnels présents aux réunions</li> </ul> <b>Indicateurs d'impact :</b> Evolution positive des situations des personnes accompagnées en matière de : logement, lien social, recours aux soins somatique et psychique, adhésion à l'aide institutionnelle	

#### 4.1.1 Développer les équipes mobiles psychiatrie précarité et harmoniser leur fonctionnement

<b>Porteur de l'action</b>	Centre Hospitalier de la Haute-Marne
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	Les EMPP sont destinées à accompagner des structures qui prennent en charge un public en souffrance psychique. 2 axes d'intervention envisagés : - Une liaison en amont - Une liaison en aval
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Favoriser l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Améliorer la lisibilité de l'offre de soins
<b>Etapes de mise en œuvre – Description</b>	Harmoniser Les EMPP en proposant sur l'ensemble du département : - Des réunions intra-associatif, afin d'évoquer des situations complexes et de réaliser un échange de pratiques avec les équipes en place dans les structures associatives, tout en facilitant la coordination et la liaison avec la psychiatrie. - Des réunions inter-associatives afin de réunir diverses structures associatives du territoire, de confronter les différents modes d'accompagnement et de prise en charge et d'échanger autour des pratiques respectives.
<b>Partenaires à associer</b>	ESMS, ES SPIP
<b>Public visé</b>	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans): <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Tout public <input checked="" type="checkbox"/> <b>Professionnels*</b>
<b>Territoire d'intervention</b>	Nord Haute-Marne (secteur psychiatrique)
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2021
<b>Financement</b>	Financeurs et montants
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<b>Indicateurs de processus</b> : Nombres de réunions organisées Nombres d'échanges de pratiques réalisées <b>Indicateurs de résultat</b> : Satisfaction des équipes pluri professionnelles

4.1.2 Développer les orientations vers le dispositif soin étude	
<b>Porteur de l'action</b>	CHHM
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	Structure de soin étude implantée sur le secteur de Vitry le François, fin 2019, afin de répondre aux besoins de la région Grand Est, quant à la prise en charge spécifique des enfants et adolescents en refus scolaires. 80 places identifiées pour la région
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Favoriser l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Améliorer la lisibilité de l'offre de soins
<b>Description</b>	Créer des relais avec le dispositif soin étude de la région entre la pédopsychiatrie et le dispositif soin étude de la région. (convention, visite de structure, passerelle de prise en charge.)
<b>Partenaires à associer</b>	EN CD PMI ASE
<b>Public visé</b>	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans): <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Tout public <input type="checkbox"/> <b>Professionnels*</b>
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	Financeurs et montants pas de financements spécifiques
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<b>Indicateurs:</b> <i>Nombres d'orientations réalisées dans ce dispositif pour les élèves Haut-Marnais</i> <i>Communication sur ce dispositif</i>

4.2.1 Maintenir les consultations de psychologue au sein des Missions Locales	
<b>Porteur de l'action</b>	Missions Locales
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	La Haute-Marne compte trois « Mission Locale », Saint Dizier, Chaumont et Langres. Environ 1000 jeunes sont suivis en missions locales sur le département. De nombreuses problématiques en matière de santé des jeunes accueillis en MILO ont été repérées ; problème dentaire, de surpoids dus souvent à une mauvaise hygiène alimentaire, hygiène corporelle, de dorsalgies, de vaccinations, anxiété dépression,
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Favoriser l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Favoriser l'accès au diagnostic chez les jeunes en situation de précarité
<b>Description</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagner les jeunes par des entretiens individuels et protocole d'élaboration et d'évaluation des parcours d'insertion; items santé communication</li> <li>- Développer l'accès aux droits et l'accès aux soins</li> <li>- Favoriser le bien-être physique et mental des jeunes</li> <li>- Informer et prévenir des conduites à risque</li> <li>- Favoriser l'éducation pour la santé en renforçant le lien social et en encourageant des actions de promotion de la santé "bien-être"</li> </ul>
<b>Partenaires à associer</b>	Conseil régional
<b>Public visé</b>	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans): <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Tout public <input type="checkbox"/> <b>Professionnels*</b>
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020-2025
<b>Financement</b>	Financeurs et montants ARS 39 000 euros DPSPE
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<p><b>Indicateurs de processus</b> : Nombre d'orientations réalisées et typologie d'orientations</p> <p>Nombre de permanence réalisée par la psychologue</p> <p>Nombre de jeunes vus en consultation</p> <p><b>Indicateurs de résultat</b> : Nombre de jeunes entrant dans une démarche de soins</p>

#### 4.2.2 Développer l'activité et la couverture de POSADO

<b>Porteur de l'action</b>	CH Geneviève De Gaulles Anthonioz
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	<p>Les maisons des adolescents (MDA) se proposent d'apporter une réponse globale aux adolescents qui intègre ces différents aspects de leur vie. Les adolescents peuvent y trouver une écoute, des informations, être accompagnés ou orientés en fonctions de leur demande.</p> <p>Elles offrent aux adolescents un accueil gratuit sur des plages horaires souples et adaptées. Les maisons des adolescents (MDA) s'adressent également aux parents d'adolescents. Elles ont pour mission de répondre à leur besoin d'information et d'accompagnement. Ces actions peuvent être individuelles ou collectives. Elles s'organisent en articulation avec les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents</p>
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Favoriser l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Favoriser l'accès au diagnostic chez les jeunes en situation de précarité
<b>Description</b>	Déployer l'activité de la Maison des Ado de Haute-Marne
<b>Partenaires à associer</b>	PJJ CHHM EN
<b>Public visé</b>	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans): <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Tout public <input type="checkbox"/> <b>Professionnels*</b>
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	Financeurs et montants 211 000 euros FIR Dotation globale de financement
	Autres ressources mobilisables ( <i>Matériel, humaine</i> )
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<p><b>Indicateurs de processus :</b>  <i>Nombre de jeunes vus en entretiens</i>  <i>Nombres d'orientations</i></p> <p><b>Indicateurs de résultat :</b>  <i>Meilleure couverture du département</i></p>

4.3.1 Prévention psychologique pré et post partum des mères et accompagnement à la parentalité	
<b>Porteur de l'action</b>	CHHM
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	Accompagnement des mères pendant leur grossesse et à l'accouchement afin de prévenir les risques de rupture lien mère enfant
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Favoriser l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Poursuivre la coordination, le repérage des troubles psychologiques et les actions de prévention
<b>Description</b>	Intervenante CHHM au sein des CH pour un Accompagnement des mères pendant leur grossesse et à l'accouchement afin de prévenir les risques de rupture lien mère enfant Développer la coordination, le repérage et la prévention des troubles psychologiques
<b>Partenaires à associer</b>	CH Chaumont
<b>Public visé</b>	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans): <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Tout public <input type="checkbox"/> <b>Professionnels*</b>
<b>Territoire d'intervention</b>	Chaumont
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<i>(date de démarrage, de fin et durée)</i>
<b>Financement</b>	Financeurs et montants
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<b>Indicateurs de processus</b> : Nombres de psychologues intervenants en service de maternité Nombres de femmes vues en consultations

4.3.2 Mettre en place des formations sensibilisations pour la prévention du suicide	
<b>Porteur de l'action</b>	. Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide GEPS
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	<p>Les données issues du Bulletin de Santé Publique « Conduites suicidaires » de février 2019 montrent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Globalement le GE se situe dans la moyenne nationale,</li> <li>- Des disparités existent toutefois en termes de taux de mortalité par suicide et d'hospitalisation et de taux d'hospitalisation pour suicide :</li> <li>- Situation défavorable dans certains départements : Vosges, Haute-Marne et Ardennes</li> </ul> <p>L'objectif n°6 de la feuille de route nationale « santé mentale et psychiatrie » prévoit de mettre à disposition des ARS un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide.</p>
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Favoriser l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Poursuivre la coordination, le repérage des troubles psychologiques et les actions de prévention
<b>Description</b>	Déploiement régional ARS Trouver un ou plusieurs professionnels souhaitant participer à la formation des formateurs sur la prévention du suicide
<b>Partenaires à associer</b>	CHHM
<b>Public visé</b>	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans): <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Tout public <input checked="" type="checkbox"/> <b>Professionnels*</b>
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	1 <sup>er</sup> semestre 2020
<b>Financement</b>	Financeurs et montants ARS CPOM Régional
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<p><b>Indicateurs de processus</b> : Nombre de professionnels s'inscrivant pour suivre cette formation            Nombre de professionnels Haut-Marnais ayant participé la formation Niveau 3            Nombre de professionnels Haute-Marnais ayant participé à la formation niveau 2</p> <p><b>Indicateurs de résultat</b> : Augmentation des compétences et connaissance des professionnels en matière de repérage de la crise suicidaire.</p>

### 4.3.3 Projet de mise en place d'une équipe mobile en Gériatrie

<b>Porteur de l'action</b>	CHHM
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	Difficultés dans la prise en charge et l'orientation des personnes de 65 ans et plus vers les dispositifs appropriés.
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Améliorer l'accès aux soins somatiques et psychiatriques
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Déployer une équipe mobile pluri professionnelle de psychiatrie du sujet âgé sur le territoire sud Haute-Marne (Chaumont Langres)
<b>Description</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maintenir, autant que possible la personne dans son environnement (Ehpad ou domicile), dans les meilleures conditions</li> <li>▪ Améliorer l'accès aux soins et l'autonomie des personnes âgées en situation de handicap psychique dans une logique inclusive</li> <li>▪ Eviter les hospitalisations injustifiées en regard de l'état clinique et situationnel</li> <li>▪ Renforcer la coordination entre les acteurs pour fluidifier le parcours des personnes âgées afin d'éviter l'entrée et / ou le maintien des personnes en hospitalisation complète en psychiatrie</li> <li>▪ Réduire le recours par défaut aux urgences hospitalières</li> <li>▪ Renforcer et structurer les soins de proximité en liaison étroite avec les acteurs du sanitaire, du médico-social et avec les aidants familiaux</li> <li>▪ Diminuer la durée moyenne de séjour des unités d'hospitalisation complètes</li> <li>▪ Réduire le nombre d'hospitalisations ainsi que la durée moyenne de séjour des personnes âgées hospitalisées en psychiatrie par défaut</li> <li>▪ Participer à la formation des professionnels par transfert de compétences afin d'anticiper et dénouer les situations de crise</li> </ul>
<b>Partenaires à associer</b>	EHPAD, CD, MAIA service tutélaire.
<b>Public visé</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Aidants <input checked="" type="checkbox"/> <b>Professionnels*</b>
<b>Territoire d'intervention</b>	Sud Haute-Marne
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Septembre 2020
<b>Financement</b>	Financeurs et montants 23670 €/0.2 ETP Médecins, 21 054 €/ 0.4 ETP IDE <b>44 725 €</b> <b>Cout total : 55 k€</b>
	Moyen matériel pour effectuer les déplacements, ligne téléphonique dédiée, outils informatique, temps de formation
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<b>Indicateurs de résultat :</b> Taux de ré hospitalisation des PA de plus de 65 ans / DMS Nombre d'actes et de personnes prises en charge sous 48h par l'équipe mobile Nombre de signataires de la convention de partenariat Pourcentage de satisfaction des professionnels formés et nombre de professionnels formés.

4.3.4 Mise en place d'une équipe mobile en pédopsychiatrie	
<b>Porteur de l'action</b>	CHHM
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	<p>L'équipe mobile de psychiatrie de l'adolescent vise à toucher un public qui n'est pas encore réellement engagé dans un processus de soin et/ou connu de nos services.</p> <p>La mise en place d'une équipe mobile de l'adolescent répond à 4 enjeux majeurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervenir rapidement auprès des jeunes en difficulté à la demande de la famille ou de partenaires (éducation nationale, ASE, médecins etc...),</li> <li>▪ Enclencher et favoriser la continuité du soin au sein de la famille de l'adolescent ou dans la structure qui le prend en charge,</li> <li>▪ Soutenir les équipes des établissements sociaux et médico-sociaux et fluidifier le travail de coordination afin d'éviter les ruptures de parcours,</li> <li>▪ Mener des actions de prévention en santé mentale notamment dans les établissements scolaires.</li> </ul>
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Améliorer l'accès aux soins et l'autonomie des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de fragilité sociale dans une logique inclusive
<b>Objectifs Opérationnels</b>	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
<b>Description</b>	<p>Intervention sur l'ensemble du territoire de la Haute-Marne en amont et en aval de la prise en charge psychiatrique. L'hospitalisation devient le dernier recours au suivi ambulatoire (démarrage progressif en débutant par le Nord du département).</p> <p>Une permanence clinique téléphonique par une psychologue</p> <p>Une intervention par binômes psychologue / assistante sociale / infirmière / éducateur</p> <p>Une intervention rapide (dans les 48h).</p> <p>L'équipe pluridisciplinaire est composée au minima de 5 professionnels (médecin pédopsychiatre, psychologue, éducateur, assistante sociale etc...) avec un temps de supervision par le médecin</p>
<b>Partenaires à associer</b>	Education Nationale, CMPP, PJJ, Etablissements médico-sociaux.
<b>Public visé</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Publics jeunes
<b>Territoire d'intervention</b>	Nord Haute-marne, puis développement sur l'ensemble du département
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Ouverture du service Janvier 2021
<b>Financement</b>	Financeurs et montants : 320 000 €
	Moyen matériel pour effectuer les déplacements, ligne téléphonique dédiée, outils informatique, temps de formation.
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<p><b>Indicateurs de processus :</b> Nombre d'adolescents pris en charge, , Nombre de partenariats formalisés, Nombres d'actes</p> <p><b>Indicateurs de résultat :</b> Taux de suicide sur le département données annuelles des 12-18 ans, Taux de recours aux soins ambulatoires</p>

4.3 5 Mettre en œuvre le plan départemental ARS EN	
<b>Porteur de l'action</b>	Education Nationale
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	<p>Le bien-être physique, mental et social des enfants, des adolescents et des jeunes adultes est une priorité de la politique gouvernementale.</p> <p>Ainsi, la promotion de la santé en milieu scolaire constitue une stratégie de santé publique qui doit contribuer à rendre les jeunes attentifs à leur santé et à celle des autres, tout au long de leur vie. Elle inclut notamment la prévention, la protection des environnements, l'éducation à la santé et la lutte contre les exclusions. Elle repose sur une action précoce et coordonnée des professionnels de l'éducation et de la santé, ainsi que des familles pour développer la santé des jeunes générations.</p>
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Poursuivre la coordination, le repérage des troubles psychologiques et les actions de prévention
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Déployer le Plan territorial ARS/EN
<b>Etapes de mise en œuvre – Description</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutenir la politique de déploiement de partenariat CJC EN sur le département de la Haute-Marne.</li> <li>▪ Répondre aux enjeux du territoire en matière de besoins en santé identifiés et prioritaires</li> <li>▪ Déployer au niveau départemental le plan de lutte contre les violences scolaires</li> <li>▪ Améliorer la prise en charge des élèves en situation de mal être et prévenir la crise suicidaire</li> </ul>
<b>Partenaires à associer</b>	CHHM-PMI ASE CSAPA CUMP Nancy
<b>Public visé</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans): <input checked="" type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans)
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2021
<b>Financement</b>	Financeurs et montants 50 000 euros FIR DT 52
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<p><b>Indicateurs de processus :</b>  <i>Signature du plan départemental</i>  <i>Mise en œuvre effective</i></p> <p><b>Indicateurs de résultat :</b>            Nombre d'accompagnement réalisés par les professionnels formés            Capacité d'autonomie à la prise en charge d'élèves en situation de détresse psychique.            Equipe mobile mise en place            Composition de l'équipe mobile            Nombre de sollicitation de l'EN/ Nombre d'intervention de l'équipe mobile</p>

4.3.6 Organiser des sessions de sensibilisation autour de la lutte contre la radicalisation	
<b>Porteur de l'action</b>	Préfecture ARS
<b>Contexte et enjeux locaux</b>	Dans le cadre du plan de lutte contre la radicalisation violente et les filières terroristes, adopté par le gouvernement le 23 avril 2014, un dispositif de prévention et de prise en charge a été développé. Sa mise en œuvre territoriale a notamment été renforcée par la circulaire du premier ministre du 13 mai 2016. Dans cette optique, les mesures de coordination territoriale entre les différents acteurs impliqués sur la prévention et la prise en charge de la radicalisation constituent un véritable enjeu pour les pouvoirs publics afin d'apporter des réponses cohérentes et efficaces. Ainsi, la relation entre les préfetures de département et les ARS doit être renforcée afin d'unir leurs efforts sur le champ de la santé et de la santé mentale des personnes radicalisées ou en voie de radicalisation ou de leur environnement.
<b>Objectifs Stratégiques</b>	Favoriser l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et à la prévention
<b>Objectifs Opérationnels</b>	Poursuivre la coordination, le repérage des troubles psychologiques et les actions de prévention
<b>Description</b>	Mettre en place chaque des sessions de sensibilisation à la prévention de la radicalisation
<b>Partenaires à associer</b>	Réseau virage
<b>Public visé</b>	<input type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans): <input type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Tout public <input type="checkbox"/> Professionnels de santé <input type="checkbox"/> Elus
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	Financeurs et montants CPOM ARS Réseau VIRAGE ARS
	Autres ressources mobilisables
<b>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</b>	<b>Indicateurs de processus :</b> <i>Nombres de sessions organisées</i> <i>Nombres de participants</i> <b>Indicateurs de résultat :</b> <i>Bénéfices perçus</i>

## Annexe 1

PORTES D'ENTREE	STRUCTURE	TEMOIGNAGE
1	SSIAD	En SSIAD c'est-à-dire au domicile du patient, comment fait-on pour obtenir le suivi par vos services d'un patient ou d'un conjoint présentant des troubles psychiques mettant peut-être en danger le maintien à domicile. Il n'est pas physiquement mobilisable pour dans un 1 <sup>er</sup> temps consulter le psychiatre afin d'établir le diagnostic. Situation qui n'est pas rare.
2	JUSTICE	Nous avons eu à connaître une situation cette année posant la question de l'opportunité de la prise en charge psychiatrique. Il s'agissait d'une personne placée en garde à vue pour des faits de menace de mort avec arme et qui menaçait également de mettre fin à ses jours. Placée en garde à vue, la mesure a rapidement été lancée au profit d'une hospitalisation d'office à la demande de la préfecture, cependant cette mesure a été levée rapidement après ce qui a entraîné une reprise de garde à vue et à nouveau une incompatibilité au profit d'une hospitalisation sous contrainte. Et ce même schéma s'est encore reproduit une fois dans le cadre de cette procédure avant que cette personne ne soit finalement jugée et ressorte sans suivi à ce jour.
2	Chaumont Habitat	<p>Incurie dans le logement depuis plusieurs années.            Personne inconnue du CHHM.            Rien dans son apparence ne permet d'imaginer l'état de son logement.            Consciente de la situation et des conséquences : prolifération de nuisibles, risque d'incendie, conséquence sur sa santé et celle de son entourage...            L'état du logement est rassurant, déni face à la situation.            Les tentatives de solution face au problème en 2012 sont restées vaine.  <u>Été 2017</u>, Suite à des plaintes du voisinage, CHAUMONT HABITAT, Service Social de la Ville, Elus Ville de Chaumont, dispositif pair-aidance, ont œuvré durant plusieurs mois pour rencontrer cette personne, et proposer des solutions pour l'accompagner face à la problématique d'occupation du logement.            Au fil du temps, une relation s'est nouée et du jour au lendemain, la personne a rompu tous contacts et fui la réalité.  <u>Fin d'année 2017</u>, CHAUMONT HABITAT saisit la Mairie pour l'exercice de son pouvoir de police spéciale.            Tentatives de reprise de contact vaines.            Refus de la Mairie d'agir au travers son pouvoir de police spéciale.            Le PDLHI et ARS sont saisis.  <u>Avril 2018</u>, la Mairie enjoint le bailleur à engager à une procédure judiciaire.            En dernier recours Chaumont Habitat engage une procédure au vu d'assigner son client à l'audience de septembre.  <u>Juin 2018</u>, Alertés par le voisinage, les pompiers interviennent dans le logement suite à une chute.</p>

	<p><b>Chaumont Habitat</b></p>	<p>La personne est conduite à l'hôpital mais regagne son logement rapidement. La situation fait l'objet d'un nouveau signalement au PDLHI par les services de secours.</p> <p>CHAUMONT HABITAT sollicite l'ARS pour la mise en application de l'art L.1311-4 du code de la santé publique (danger ponctuel imminent) avec l'appui du signalement du SDIS.</p> <p><u>Sept 2018</u>, l'arrêté 1311-4 du code de la santé publique est pris par l'ARS.</p> <p>Dans le même temps, le SDS parvient à joindre la famille qui propose un hébergement temporaire.</p> <p>Le désencombrement du logement par une entreprise spécialisée a été programmé, l'action est diligentée par la Ville comme le stipule l'arrêté.</p> <p>Une orientation vers la Maison Relais et l'accès aux soins sont travaillés.</p> <p>Le préavis a été donné, souhait de la personne d'accéder à un nouveau logement autonome.</p> <p>La procédure d'expulsion suit son cours, report d'audience au 23/11/18 compte tenu des informations apportées par le SDS et le frère de la personne.</p>
<p>2</p>	<p><b>Chaumont Habitat</b></p>	<p>Mars 2018, personne sortante d'hospitalisation (Maine de Biran). Demande de logement accompagnée par l'AS du CHHM.</p> <p>Avril 2018, Accès au logement.</p> <p>Personne accompagnée par le Conseil Départementale dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance.</p> <p>Juillet 2018, premières plaintes du voisinage (bruits, musique forte nuit et jour, cris...).</p> <p>Août 2018, plaintes du voisinage (cris, musique, comportement excessif, agression verbale)</p> <p>Le 13 septembre 2018, visite à domicile (CESF Chaumont Habitat+ agent recouvrement), visite sans lien avec les conflits de voisinage. La locataire stressée, angoissée, elle porte une robe de soirée et une chaussette. Ses propos incohérents, elle évoque la mort, est victimes d'hallucinations visuelles... Face à la détresse de la personne, proposition d'appeler les secours, la famille... Refus, nous demande de partir.</p> <p>Le logement est en désordre, une vitre intérieure est brisée.</p> <p>Le Conseil Départemental et le service social du CHHM sont alertés.</p> <p>Le Conseil Départemental se rend sur place, et contact le CHHM puis le Samu, en vain.</p> <p>C'est une ambulance qui prendra finalement en charge son déplacement vers les urgences.</p> <p>Aux urgences, la personne a été reçue par une infirmière psychiatrique, elle a ensuite fui les urgences avant d'avoir rencontré le médecin.</p> <p>Retour au domicile.</p> <p>Le 14 septembre 2018, déplacement au domicile ignorant l'intervention de la veille. La personne est cohérente.</p> <p>Le 19 septembre, le voisinage alerte Chaumont Habitat du comportement inquiétant de la voisine (cris, déambulation dans le hall d'entrée, agression verbale...).</p> <p>Le 21 septembre, le voisinage nous alerte sur le comportement de la voisine, intrusion sur le balcon communicant, menace de mort avec un morceau de verre brisé. Orientation vers les services de Police.</p> <p>Déplacement des forces de Police. Récit par le voisinage des menaces de mort,</p>

	<p><b>Chaumont Habitat</b></p>	<p>récit, par Chaumont Habitat, des faits ayant eu lieu le 13 septembre.  Les agents de Police rencontrent la locataire en cause, elle est calme et plutôt cohérente, ils procèdent à un rappel à la loi.  A la demande de la Police, le balcon est sécurisé, la plaignante est encouragée à porter plainte.  Le 27 septembre, le Conseil Départemental nous informe qu'un signalement est adressé au procureur.  Conséquences : voisinage effrayé, fatigué. Une demande de changement de logement en cours.</p>
<p>5</p>	<p><b>SOS Femmes Accueil</b></p>	<p>Situation de monsieur B  Monsieur vit à la Maison Relais Jason depuis 2013. Monsieur est autonome dans son logement, il a tissé des liens amicaux avec les autres résidants.  Monsieur reçoit des soins psychiatriques au CHHM depuis de nombreuses années. Monsieur se rend régulièrement au GEM, il participe aux activités et aux sorties proposées.  Monsieur doit partir en séjour avec le GEM début septembre, il est enthousiaste à l'idée de partir en vacances.  En Juillet 2018, monsieur a arrêté de prendre son traitement et il n'est plus allé à ses RDV de consultation avec le psychiatre. Rapidement, son comportement change vis à vis des résidants de la Maison Relais. Monsieur tient des propos insultants et dégradants vis à vis de ses voisins. Concernant les membres de l'équipe, il est de plus en plus difficile d'avoir des échanges avec monsieur. Ses propos deviennent incohérents et inadaptés. La situation se dégrade rapidement et monsieur se dit angoissé. Monsieur fini par interpeller l'équipe et demande l'intervention des pompiers car il souhaite être hospitalisé. Monsieur est orienté vers les urgences de l'hôpital général qui l'a pris en charge.  Monsieur est ensuite transféré vers le pavillon des entrants du CHHM. Son hospitalisation a duré une dizaine de jours.  Monsieur réintègre son appartement, il explique à l'équipe qu'il a quitté le CHHM car il ne voulait plus être hospitalisé. Le comportement de monsieur B interpelle à nouveau l'équipe car il ne semble pas apaisé. Monsieur explique qu'il ne veut plus prendre son traitement car il est guéri.  L'équipe apprendra que monsieur n'a pas participé au séjour programmé par le GEM, il semble que monsieur n'ait pas eu un comportement respectueux vis à vis des autres participants.</p>

	<b>SOS Femmes Accueil</b>	<p>Deux semaines après sa sortie de l'hôpital, monsieur se montre agressif verbalement avec les résidents, son état de santé s'est encore dégradé. L'équipe essaye d'accompagner monsieur vers un retour aux soins mais il refuse catégoriquement. Monsieur finira par se rendre de son propre chef au pavillon des entrants et sera hospitalisé. Cette situation se déroule une à deux fois par an. En effet, monsieur B arrête systématiquement de prendre son traitement lorsqu'il en récite les bénéfices et qu'il semble stabilisé. Il se dit guéri.</p>
<b>1</b>	<b>ELSA CH Langres</b>	<p>J'ai été amenée à suivre un homme pour dépendance alcool sur l'hôpital de Langres. Plusieurs tentatives de sevrage +/- SSRA ont été tentées de manière rapprochée, sans succès. Le patient devenait de plus en plus dépressif avec un discours extrêmement fataliste, des mécanismes interprétatifs de plus en plus envahissants, me faisant craindre un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif. Lors d'une consultation, alors que je lui parle d'une hospitalisation en milieu psychiatrique, il me parle de douleur thoracique suspecte pour laquelle je lui demande de se rendre au SAU. Face au refus du patient de se soigner tant sur le plan psychique, que sur le plan somatique, je rédige un certificat pour une demande d'hospitalisation sous contrainte. L'éducateur qui l'accompagnait à ma consultation l'emmène au SAU où il est ensuite dirigé vers un psychiatre sur Maine De Biran, psychiatre qui valide l'hospitalisation sous contrainte. Or, en sortant de cette consultation, alors que le psychiatre réalise les démarches nécessaires à son hospitalisation sous contrainte, le patient s'enfuit. Le cadre de santé fait un signalement aux forces de l'ordre. Je passe ensuite sur les péripéties du côté des forces de l'ordre... pour au final apprendre que le patient est rentré chez lui mais que personne ne peut intervenir, ni les forces de l'ordre, ni le système sanitaire (SAMU notamment)... j'ai failli en perdre mon latin et ai abandonné là...</p>
<b>1-2-3</b>	<b>CSAPA Langres</b>	<p>Je suis une patiente sur le CSAPA de Langres depuis environ 3 – 4 ans. Un jour, elle me rapporte que son compagnon vient de sortir de prison et qu'il a déchiré son ordonnance de neuroleptique retard dès sa sortie, considérant qu'il n'avait pas besoin de ce traitement. L'homme devient de plus en plus violent envers elle mais elle refuse de porter plainte, considérant qu'elle l'aime, qu'il est malade, qu'il n'est pas violent lorsqu'il prend son traitement et ne voulant pas lui nuire, notamment avec le risque d'une nouvelle incarcération alors qu'elle considère qu'il a besoin de soins. Je me renseigne auprès du SMPA à Nancy où il avait été hospitalisé sous contrainte au cours de son incarcération. La psychiatre m'explique que l'hospitalisation sous contrainte a pu être levée en cours d'incarcération et qu'au moment de la levée d'écrou il était donc libre. Elle s'était mise en rapport avec le psychiatre de secteur pour organiser un programme de soins. Quand j'ai tenté de contacter le psychiatre de secteur pour essayer de comprendre comment le patient avait pu échapper au dispositif, je n'ai jamais pu joindre le médecin en question et sa secrétaire a tenté de m'expliquer qu'il n'était pas possible de se présenter au domicile du patient sans l'avoir déjà rencontré au préalable... N'étant pas moi-même le médecin de cet homme et craignant pour la vie de ma</p>

	<b>CSAPA Langres</b>	<p>patiente, j'ai fini par me résoudre à faire un signalement au procureur. Une semaine plus tard, le compagnon était appréhendé et incarcéré. Il vient récemment d'être reconnu irresponsable et est sortant très prochainement.</p> <p>J'ose espérer que cette fois-ci, il n'y aura pas de faille dans le système, qu'il y aura bien un programme de soins et que cet homme pourra bénéficier des soins qu'il est en droit de recevoir, y compris sous la contrainte si sa situation le nécessite, dans son intérêt et celui de son entourage.</p>
<b>1-2-3</b>	<b>Pension de famille ELSA</b>	<p>Après plusieurs faits graves, la PF apprend que CR est connu depuis de nombreuses années pour des problématiques de mœurs et de comportement. Que des suivis ont été engagés, des injonctions de soins prononcées et que M est très défavorablement connu des services judiciaires.</p> <p>Ces éléments ne sont pas évoqués à son admission et pour simple exemple, la PF accueille des enfants, une école à distance de 150 mètres et le centre social de la ville est juste en face de la PF.</p> <p>CR a deux visages et qui sait jouer des postures à adopter.</p> <p>Traité uniquement pour une addiction et non globalement ;</p> <p>Problème de l'observance de son traitement.</p> <p>Rupture de soins liée à son déménagement.</p> <p>Hospitalisation tardive malgré nos signaux d'alerte.</p> <p>Dangerosité insécurité en général pour tous.</p> <p>Déstabilisation de la vie collective de la PF sur plusieurs mois.</p>
<b>1-2-3</b>	<b>Pension de famille ELSA</b>	<p>Après plusieurs années d'hospitalisation à Maine de Biran, intégration à la PF ;</p> <p>Pendant 2 abs BT est stabilisée puis refuse et met en échecs toutes les propositions d'accompagnement des professionnels de santé. Aujourd'hui Mme vit recluse dans son appartement, dans des conditions d'hygiène relatives, et n'accepte que les passages du service de portage à domicile, de son aide-ménagère et de CV qui garde un lien de confiance avec BT.</p> <p>Coordination entre le secteur de Chaumont et Langres. Extérieurement impressions de luttes qui nuisent à la prise en soins des patients avec conséquence sur l'entourage et les autres intervenants.</p> <p>Adhésion aux soins et suivis BT. Déni, refus de soins, phobie du monde médical.</p> <p>Délitement progressif de la prise en soins.</p> <p>La PF n'est plus adaptée à la situation de Mme qui assure une veille via le portage de repas, l'ADMR et CV ;</p> <p>Constat de l'état de souffrance de Mme.</p> <p>Seul outil pour la PF si Mme refuse d'ADMR et le portage est l'hospitalisation sous contrainte.</p>
<b>1 - 3</b>	<b>Résidence sociale jeunes</b>	<p>Jeune résidente en souffrance psychique. Epileptique et crise psychogène non épileptiques fréquentes.</p> <p>Orientée sur Nancy en neurologie pour un diagnostic approfondi. Cette jeune devrait avoir un suivi psychiatrique régulier. Pas de RV régulier sur Chaumont. Elle a refusé de raconter à nouveau son histoire. Elle se rend à Nancy pour le renouvellement de son traitement mais la prise en charge pour un soin adéquat n'est pas concrète. L'accompagnement médico-social est inexistant.</p>

1 - 2	<b>Résidence sociale jeunes</b>	Jeune de 20 ans en grande souffrance psychologique issue d'une famille nombreuse recomposée. Instabilité dans le logement. Nombreux appels pompier police de sa part. Addictions au tabac alcool, cleptomane dans le cadre de l'emploi. Jeune qui a subi des violences sexuelles et physiques. A été reçue par Maine de Biran. Un diagnostic psychiatrique a été fait et une orientation vers un psychiatre préconisée. Délais de 6 mois pour le RV psychiatre trop long pour une demande express. Jeune partie sans avoir eu accès aux soins dont elle aurait eu besoin.
1 - 3	<b>Service de Développement Social</b>	Femme de 62 ans isolée, état de mal être important, accompagnée à domicile par le service plusieurs mois. Accepte d'accéder aux soins : 1 appel téléphonique à Maine de Biran pour demande de rendez-vous psychiatrique Mme à des problèmes d'élocution mais essaie de parler elle-même. Doit répéter plusieurs fois puis me passe le téléphone Il lui est conseillé de venir aux permanences infirmières. Mme ne comprend pas n'a pas envie d'avoir plusieurs interlocuteurs en plus des problèmes de mobilité. Renonce aux soins.
2 - 3	<b>Service de Développement Social</b>	Personne non connue du service social. Signalement reçu du propriétaire le concernant. Homme de 45 ans en situation de handicap, isolé suivi par un psychiatre plusieurs années. Arrêt de tous les soins et rupture de contact. Suivi et maintenu par SAVS quelques mois. Dégradation importante de l'état de santé constaté par le SAVS qui est contraint de cesser les interventions. Signalement écrit transmis par le SAVS à MDB l'an passé. Service social ville : proposition de rencontre avec Mr en vain. Signalement au procureur avec l'ensemble des données recueillies. Décès de Mr à son domicile découvert plusieurs semaines après.
1 - 2 - 3	<b>Service de Développement Social</b>	Personne âgée de 90 ans, suivie par le service sociale. En grande souffrance (hallucinations, délire de persécution...) Isolée. Mme accepte (avec beaucoup de temps passé avec elle) de rencontrer des soignants. Accompagnement physique une première fois aux permanences infirmières. Mme très fatiguée ne peut se rendre à un RV avec psychiatre. Elle souhaite être hospitalisée. En lien avec Maine de Biran, il est prévu d'accompagner Mme pour prévoir une hospitalisation. Arrivée sur place avec la personne entretien avec une infirmière qui nous demande de repartir aux urgences pour voir un psychiatre.
2 - 3	<b>La passerelle</b>	Monsieur H est en contact avec notre association depuis une dizaine d'années. Nous accompagnons occasionnellement Monsieur, dans ses démarches de soin et de maintien en logement. Il a emménagé au sein d'un logement, au printemps 2015. Cet habitat appartient au parc locatif de Chaumont Habitat. Des difficultés d'entretien ont été constatées dans les logements (poubelles entassées, excréments d'animaux, mobiliers dégradés...) successivement occupés par Monsieur. Les rapports entre le voisinage et Monsieur se sont toujours avérés conflictuels (comportement inapproprié en collectivité). Enfin Monsieur accueille des connaissances, qui n'hésitent pas à profiter financièrement et matériellement de lui. Il n'est pas rare qu'il soit victime

	<p><b>La passerelle</b></p>	<p>d'agression physique et de vol au sein de son domicile.</p> <p>Les principales activités de Monsieur sont liées à ses consommations d'alcool. Régulièrement, il chine dans les poubelles pour compléter ses ressources, malgré la mesure de tutelle simple dont il bénéficie. Occasionnellement il lui arrive de mendier.</p> <p>A deux reprises, le bailleur social a accepté de reloger Monsieur. La restitution des deux logements précédents a nécessité d'importants travaux de réfection.</p> <p>Afin de réduire les risques d'insalubrité au sein du domicile actuel, une aide ménagère « avec surveillance sur l'hygiène et l'alimentaire », à hauteur d'une intervention de 2h/semaine, a été mise en place. Les frais induits par ce service sont à la charge de Monsieur. Les ressources de ce dernier correspondent à des prestations sociales, en l'occurrence l'AAH.</p> <p>Ses conduites liées à son addiction, engendrent des interventions fréquentes du Samu. Des hospitalisations sont récurrentes depuis de nombreuses années. En décembre 2014, la situation sanitaire de Monsieur a incité la police à effectuer un signalement auprès de l'ARS.</p> <p>En août 2015, le service des urgences de l'hôpital de Chaumont, en raison de l'état de santé alarmant de Monsieur, a prescrit l'intervention journalière d'une infirmière libérale au domicile de celui-ci.</p> <p>Il convient de souligner qu'un SAMSAH, suite à une décision de la MDPH 52, a été proposé à Monsieur fin avril 2015. Il a répondu favorablement à cette mesure. Toutefois ce service d'accompagnement médico-social n'est toujours pas effectif. Et ceci dans la mesure où l'association le Bois l'Abbesse, en charge d'assurer les missions du SAMSAH, attend un courrier, de la part de Monsieur, autorisant cet organisme à le prendre en charge.</p> <p>En dépit des moyens humains mis en place auprès de Monsieur, son état physique et psychique se révèle très problématique. Il apparaît totalement incapable de surmonter les difficultés auxquelles il est confronté, en particulier la gestion matérielle de son logement. Il ne semble pas avoir conscience de sa situation sanitaire et sociale.</p> <p>Actuellement, il héberge une personne qui semble s'être approprié son lieu de vie. Par exemple, seule cette personne détient les clefs du logement.</p> <p>Selon les dires de l'infirmière qui intervient au domicile de Monsieur, ce dernier vit dans des conditions de vie qui le mettent en péril.</p> <p>Le service d'aide ménagère éprouve régulièrement des difficultés pour accéder au logement concerné, Monsieur refusant d'accueillir l'auxiliaire de vie. Sous l'effet de l'alcool, il se montre agressif avec l'intervenante, qui doit exiger des personnes quelquefois présentes, de quitter l'habitat.</p> <p>Globalement, Monsieur adopte un comportement, qui annule les effets escomptés par les actions conjointes des services d'aide sanitaire et sociale.</p> <p>Au vu de ces éléments, nous constatons que Monsieur peut s'avérer dangereux avec lui-même ou son entourage.</p>
<p><b>1 - 3</b></p>	<p><b>La Passerelle</b></p>	<p>Mme C, sdf, 64 ans, 37 ans d'errance, Mme est sous tutelle dans la Marne. Mme C. est très régulièrement de passage en Haute marne, (errance Aube, Marne, Haute Marne).</p> <p>Mme a pour habitude de contacter le 115 pour une écoute, très marginalisée et à l'écart des dispositifs. Mme dit qu'elle ne veut pas vivre en foyer, qu'elle attend sa retraite pour trouver un logement.</p>

	<p><b>La Passerelle</b></p>	<p>Nous sommes en contact avec les autres départements et nous tentons d'accompagner Mme dans ce quotidien. Mme tient très souvent des propos incohérents, à connotations racistes ou sexuelles, avec excès d'agressivité.</p> <p>Cette longue période à la rue caractérise vraiment le profil de Mme. Le dialogue téléphonique est parfois impossible, nous tentons toujours d'orienter Mme selon ses besoins, ou de lui apporter une écoute attentive.</p> <p>Mme a un mode de vie de personne à la rue, elle connaît très bien son circuit d'errance, appelle le 115 dès son arrivée sur le département, à son levé le matin.... Cependant nous n'avons encore jamais pu la rencontrer ni l'orienter vers nos partenaires, elle ne fait pas de demande d'hébergement.</p> <p>Elle perçoit le RSA et se rend à Montmirail une fois par mois auprès de sa tutelle pour récupérer son argent qu'elle utilise pour aller à l'hôtel. Elle dit se faire aider financièrement par des rencontres dans la rue et voyage en stop ou en train.</p> <p>Aujourd'hui la santé de Mme décline (difficulté à la marche, comportement, difficulté à maintenir son état d'hygiène),</p> <p>Elle exprime parfois sa colère en disant qu'elle ne tentera plus de maintenir son hygiène, dialogue sur le quotidien, moyens de vivre de se restaurer....</p> <p>Passage statut personne âgée retraite changement de statut à envisager, refus ou difficultés d'accès aux soins, et à différents services...</p> <p>Nous ne sommes jamais rentrés en contact avec sa tutelle, le travail d'accompagnement si petit soit il se fait dans le département de la Marne.</p>
<p><b>1 - 3</b></p>	<p><b>La Passerelle</b></p>	<p>Monsieur Z réside à P. D'après ses dires, il est bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapé.</p> <p>Mr s'est présenté à la Passerelle le 6 décembre 2017 au sein de l'espace convivial dont l'accès est libre en matinée.</p> <p>Le comportement de Mr est demeuré respectueux à l'égard des lieux et de ses occupants. Toutefois Mr a tenu des propos qui échappent à notre compréhension (2 dates et lieux de naissance, don d'ubiquité, plusieurs métiers exercés au cours des siècles précédent ...) et sa conduite laisse transparaître des difficultés de communication en collectivité.</p> <p>Au sujet de son état de santé, il a refusé d'échanger verbalement. Il s'est justifié en formulant le fait qu'il était « expert psychiatre ».</p> <p>En outre, la situation de Mr nous est apparue fortement préoccupante. Selon ses dires, il est propriétaire d'une maison sans électricité et chauffage. Il se déclare incapable actuellement de résoudre ce problème sans une aide extérieure.</p> <p>Afin d'y remédier, nous avons proposé à Mr d'interpeller certains membres de sa famille. Et ceci dans la mesure où ces derniers résident à proximité du domicile de Mr. Celui-ci a accepté notre proposition mais il a quitté prématurément les locaux de notre association. Ce départ ne nous a pas permis de poursuivre les démarches engagées avec Mr. Précisons qu'il ne nous a pas transmis ses coordonnées téléphoniques.</p> <p>Au vu de ces éléments d'une part, et d'autre part des conditions climatiques actuelles, nous pensons que la conduite de Monsieur Z l'expose à de nombreux dangers, et ceci vis-à-vis de lui-même ou de son entourage.</p>

1 - 3	La Passerelle	<p>Monsieur P, sous mesure de tutelle, sans domicile, est actuellement en situation d'errance depuis sa sortie d'hospitalisation du centre hospitalier Maine de Biran en septembre 2016. Monsieur bénéficie également d'un suivi SPIP.</p> <p>Monsieur a été accueilli dans les différentes structures du département (PHILL, RELAIS 52, Emmaüs, Passerelle). Au cours de ces passages, Monsieur a quitté de lui-même les structures. A deux reprises, l'appel aux forces de l'ordre ou le SAMU a été nécessaire. A la vue du comportement de Monsieur, les structures AHI du département ne sont plus en capacité d'héberger Monsieur. Celui-ci est donc redirigé vers les urgences médicales.</p> <p>Lors de ces passages aux urgences, monsieur refuse les soins. Il quitte prématurément les services des urgences contre avis médical et ceci sans avoir rencontré le médecin psychiatre.</p> <p>La situation de Monsieur P se révèle inquiétante. En effet, Monsieur peut être amené à rester dehors la nuit. Enfin, le discours de Monsieur échappe parfois à notre compréhension. Il ne paraît pas en sa capacité d'évaluer la situation dans laquelle il se trouve et les conséquences de ces actes/décisions.</p>
2 - 3	La passerelle	<p>Sans domicile, Mr B, né le 30 mai 1979 s'est présenté à la Passerelle. Mr sortait des urgences de Chaumont.</p> <p>Mr refuse d'être mis à l'abri en dehors de Chaumont et ceci malgré de multiples propositions d'hébergement. Mr prétexte la nécessité de rester sur la ville afin de pouvoir effectuer des démarches administratives en vue d'un titre de séjour. Cependant après 2 mois de présence, Mr n'a engagé aucune initiative en rapport avec ses dires.</p> <p>Mr a rencontré, à de multiples reprises, la maraude et l'équipe de jour. Mr disparaît pendant plusieurs jours lorsque nous lui proposons de l'aide. Cette attitude met en échec tout type d'accompagnement socio-éducatif.</p> <p>Monsieur B adopte un comportement qui échappe à notre compréhension. A titre d'exemple, nous avons constaté une constante contradiction entre le discours formulé et ses actes (il ne mange que des pâtes alors qu'il dit détester cela et avoir d'autres aliments en sa possession ; souhaite récupérer son linge séché après 10 min de séchage). Monsieur éprouve des difficultés à respecter les règles induites par l'accueil collectif. Ces difficultés ne sont pas liées à une mauvaise volonté de Mr mais à de l'inadaptation.</p> <p>Au vu de ces éléments d'une part, et d'autre part des conditions climatiques actuelles, nous constatons que Mr B peut s'avérer dangereux avec lui-même ou son entourage.</p>
2 - 3	La passerelle	<p>Monsieur C né le 17 février 1973, est originaire de Chaumont. Issu d'une famille composée de 4 frères, la mère de Monsieur réside dans le (52). Monsieur était en bas âge quand son père est décédé. Au cours de l'année 2015, les relations entre Monsieur C et les membres de sa famille se sont rompues. Et ceci en raison des troubles psychiques dont souffre Monsieur.</p> <p>De 2004 à 2012, Monsieur C s'est vu régulièrement hospitalisé, car son état de santé nécessitait des soins psychiatriques. La maladie dont souffre Monsieur a amené ce dernier à séjourner en unité psychiatrique en 2009, 2010 et 2011, sur des durées supérieures à 30 jours. Entre 2004 et 2011, Monsieur alterne des périodes d'hospitalisations et d'errance géographique. D'après les dires de sa</p>

	<p><b>La passerelle</b></p>	<p>mère, le parcours résidentiel de Monsieur est marqué par l'instabilité depuis 23 ans. Le passé de Monsieur comporte des périodes de vie dont le contenu s'avère inconnu pour ses proches.</p> <p>A partir de 2009, Monsieur devient bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapé. Après avoir été hospitalisé en unité psychiatrique au Centre Hospitalier Maine de Biran durant 6 mois, Monsieur emménage dans un studio meublé situé sur Chaumont en mai 2011.</p> <p>Entre 2011 et mai 2014, Monsieur se stabilise socialement. Durant cette période, Monsieur a régulièrement fréquenté notre structure. La plupart des actions auxquelles il a participé, correspondaient à des animations. Occasionnellement, des démarches relatives au maintien en logement furent réalisées avec Monsieur (demande d'aide financière auprès de la CPAM, démarche administrative, renouvellement de ses droits MDPH,.....). Suivi par l'unité psychiatrique Maine de Biran, Monsieur a adhéré aux soins, qui lui étaient prescrits. Plusieurs voyages pathologiques furent néanmoins réalisés par Monsieur.</p> <p>En mai 2014, Monsieur a pris la décision de quitter son logement. Simultanément, il interrompt la prise en charge psychiatrique. Les motifs qui l'ont conduit à prendre ces décisions sont liées aux troubles psychiques dont relève Monsieur. Sa situation sociale se dégrade progressivement. Son comportement rend impossible la poursuite d'un accompagnement socio-éducatif avec Monsieur. L'accueil de ce dernier au sein de l'espace collectif de l'association, devient également problématique. Il tient des propos qui échappent à notre compréhension et sa conduite laisse transparaître une certaine nervosité.</p> <p>Depuis septembre 2014, Monsieur a été quelquefois hébergé par des tiers. En août 2015, sa mère effrayée par le comportement de son fils, interdit à celui-ci l'accès au domicile parental.</p> <p>Alertée par la croix rouge, notre association est intervenue le 13 janvier 2016, auprès de Monsieur. Dans le cadre de la maraude hivernale. Il a été constaté que Monsieur se réfugie, en soirée, sous sa tente. A plusieurs reprises, certains représentants de l'association (salariés et bénévoles) ont proposé à Monsieur, une mise à l'abri. Malgré des conditions climatiques dont les températures extérieures n'excèdent pas 0°C, Monsieur refuse cette proposition. Afin d'expliquer son refus, les raisons évoquées par Monsieur nous apparaissent incohérentes. Elles relèvent très probablement de la maladie mentale.</p>
<p>4 - 5</p>	<p><b>La Passerelle</b></p>	<p>Mr est connu de la Passerelle depuis avril 2012. A notre connaissance, Mr vit sans hébergement depuis de nombreuses années (10 ans selon ses dires). Son attitude se caractérise par une réticence à demander de l'aide. Mr ne parvient pas à se présenter sur l'accueil de jour de la Passerelle et est rencontré uniquement lors de maraude par l'équipe socio-éducatif.</p> <p>Il a pour habitude de mendier dans les rues de Chaumont. D'après certaines informations, Mr a vécu durant plusieurs mois, dans le garage de sa mère domiciliée à Chaumont. Actuellement, Mr n'a plus aucun contact avec sa famille.</p> <p>Incarcéré fin 2013, Mr avait la possibilité, lors de sa sortie, d'intégrer le centre d'hébergement de l'ASLO à Saint Dizier. Toutefois, Mr n'a pas donné suite à cette orientation. Il a ainsi repris son mode de vie marginalisée sur le secteur chaumontais.</p> <p>Début octobre 2014, Mr a élu domicile sur le parvis de la basilique St Jean à Chaumont. Il a occupé les lieux plusieurs semaines. Selon ses dires, Mr rencontrait des difficultés de locomotion, justifiant ainsi sa présence en continue dans cet</p>

	<p><b>La Passerelle</b></p>	<p>espace public. Au cours de cette période, nous avons respectivement constaté une dégradation de son hygiène corporelle, et des lieux. Nous sommes intervenus à plusieurs reprises afin de l'inciter à se soigner en vue d'une mise à l'abri. Concrètement, il n'a pas adhéré à nos propositions, adoptant une conduite de fuite. La ville de Chaumont a été informée de sa situation.</p> <p>Néanmoins, Mr a été hospitalisé durant quelques jours fin octobre 2014 suite à un malaise. Mr n'a souhaité poursuivre les soins. Il a ainsi décidé de retourner vivre à la rue dès sa sortie d'hospitalisation.</p> <p>Durant l'hiver 2014-15, il a occupé illégalement une maison totalement insalubre (absence de fenêtres, toiture endommagée, sol recouvert de centaines de bouteilles vides en verre et de détritrus en tout genre, absence d'électricité, d'eau....) à l'écart des autres habitations.</p> <p>Mr demeurait toujours hermétique à toutes aides, malgré des conditions de vie extrêmement préoccupantes.</p> <p>La Passerelle avait alerté la DDCSPP de Haute Marne (courrier daté du 5 décembre 2014) au vue des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'état de santé préoccupant de Monsieur (fortes alcoolisations, problèmes de locomotion, fragilité psychologique, absence d'hygiène...);</li> <li>- l'environnement de Monsieur (maison insalubre et isolée, rupture de contact avec des personnes socialement intégrées...);</li> <li>- les conditions climatiques hivernales ;</li> <li>- son refus constant d'accepter l'aide et une solution d'hébergement.</li> </ul> <p>A partir du printemps 2015, Monsieur est hébergé régulièrement par une personne avec laquelle il avait sympathisé dans la rue. A plusieurs reprises, cette personne a de manière non intentionnelle, maltraité Monsieur XXX (Séquestration afin de réduire les consommations d'alcool, passage forcé sous la douche, coupe de cheveux intempestive...).</p> <p>En raison d'une situation sociale fortement dégradée, la personne qui accueillait Mr XXX, a pris la décision de quitter son logement fin octobre 2015. Sans domicile, Mr XXX se retrouvait dans l'obligation d'affronter, à nouveau, un environnement insécurisant et insalubre.</p> <p>En octobre 2015, Mr a été hospitalisé par le biais du service des urgences de l'hôpital de Chaumont. Jusqu'à cette date, malgré les sollicitations en matière d'accompagnement médico-social afin d'accéder aux soins et à l'hébergement d'urgence, Mr a toujours refusé les services proposés. Mr était donc sans aucun droit ouvert sur le plan de sa couverture santé. De plus, il ne bénéficiait d'aucune ressource.</p> <p>Les soins prodigués à Mr au cours de son hospitalisation ne lui permettaient plus de vivre à la rue. Monsieur a donc exprimé le souhait de cesser son mode de vie marginalisée marquée par l'errance. Cependant, Mr ne qualifiait pas ses consommations d'alcool comme relevant d'une conduite addictive.</p> <p>La sortie hospitalière de Mr s'avérait donc problématique dans la mesure où l'état de santé et le parcours de vie de celui-ci nécessitaient un hébergement associant une prise en charge sanitaire et sociale. A l'égard de Mr XXX, la commission SIAO de Haute Marne saisie en décembre 2015 préconisait une orientation vers une structure médico-sociale. Une mesure de mise sous protection (tutelle/curatelle) était également conseillée. Par contre Mr XXX se déclarait réticent à cette proposition juridique.</p> <p>Le département de Haute Marne ne disposant pas de dispositifs de type « Lits Halte Soins Santé ». Le département de l'Aube a été sollicité. La demande de Mr XXX est restée sans réponse.</p>
--	-----------------------------	--

	<b>La Passerelle</b>	<p>Fin décembre 2015, à sa sortie d'hospitalisation, Mr a intégré le centre d'hébergement du RELAIS52. Au cours de sa présence sur cette structure, Mr a dû être ré-hospitalisé plusieurs jours à la vue de son état de santé. Son hébergement lui a permis d'ouvrir des droits CMU-C, RSA et MDPH. Son accueil au RELAIS52 s'est avéré problématique notamment du fait de ces fortes alcoolisations, nécessitant une constante surveillance et rappel des règles de vie collective. Monsieur a refusé la mise sous protection malgré les multiples dettes qu'il a pu contracter (frais hospitaliers supérieurs à 10 000€, frais d'hébergement RELAIS 52 : 200€, dettes auprès des bureaux de tabac, location d'un fauteuil roulant, qu'il n'a pas redonné, auprès d'une pharmacie à St Dizier).</p> <p>Début avril 2016, Mr a quitté le RELAIS52 de façon subite sans informer le personnel du CHRS. Mr s'est réinstallé sur le parvis de la basilique et repris le même mode de vie que l'année précédente. Ne possédant pas de domiciliation et n'effectuant pas ces démarches administratives, ces droits RSA ont été suspendus durant l'été. Mr pourrait bénéficier de droits MDPH mais ceux-ci restent bloqués par l'absence de domiciliation. Mr se déplace désormais en fauteuil roulant.</p> <p>La situation sanitaire et sociale de Mr nous paraît préoccupante. Mr s'alcoolise massivement ce qui engendre chez lui un comportement agressif et insultant envers les passants. Il s'urine sur lui. Le refus de Mr de toutes aides par l'association la Passerelle ou des institutions publiques (pompiers, Ville de Chaumont...) rend les possibilités d'action nulles. Seule une veille peut être maintenue.</p> <p>Les services de police « délogent » régulièrement Mr XXX, qui revient à sa place. Le 31 août 2016, une plainte a été déposée par la ville de Chaumont au motif de « Trouble à la salubrité et la tranquillité publique – Dégradations de biens utilité publics et autre » (cf pièce jointe). Les services de la ville sont interpellés régulièrement par les habitants Chaumontais concernant l'état de santé de Mr ainsi que les désordres engendrés sur la voie publique.</p> <p>La situation de Mr a été évoquée en commission SIAO le 06 septembre 2016 en présence notamment de la DDCSPP et la cellule de veille du CISPD du 12 septembre 2016. Les deux instances restent sans solution.</p> <p>L'état de santé et son refus d'aide laissent à craindre le pire pour la période hivernale à venir.</p>
1 - 2	<b>La Passerelle</b>	<p>Monsieur A a quitté précipitamment son logement pour des raisons qui échappent à notre entendement. Monsieur A s'est ainsi retrouvé à la rue. Nous avons prévenu à plusieurs reprises les services psychiatriques de l'intention de Monsieur de rendre son appartement. Monsieur avait également pris la décision de rompre toute prise en charge médicale. Depuis septembre 2015 Mr erre sur le territoire français.</p>
4 - 5	<b>AEMO Chaumont</b>	<p>Constats à partir de plusieurs situations ;</p> <p>Très compliqué par exemple pour les obligations de soins. Et articulation à la majorité du jeune ; la famille doit faire des démarches comme s'il n'y avait pas eu de suivi auparavant. Perte de temps et de sens. Difficulté pour repérer le bon interlocuteur et difficulté aussi pour un échange partagé peut être par méconnaissance des missions de chacun par principe de précaution.</p> <p>Sentiment d'esseulement. Même si il y a une crise, il n'y a pas de réponse pour autant.</p>

1	DITEP	<p>X âgé de 10 ans, est arrivé avec sa mère dans le 52 avec une notification Dispositif ITEP fin janvier 2018. Précédemment (quelques jours en amont), nous avons été contacté par le Chef de Service de l'ITEP où été accueilli jusqu'ici X afin de nous présenter la situation qui semble avoir un caractère urgent (fuite du département et/ou refus de la famille d'un accompagnement en ITEP).</p> <p>Constat à l'admission au DITEP Henri VIET :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Multiples déménagements (02, 55, 83 puis 52)</li> <li>➤ Première notification MDPH pour un ITEP en mars 2016 et refus de la mère de l'activer</li> <li>➤ Problème de scolarité repéré dans son école de secteur dans le 83 (relations très conflictuelles mère/école) + échec de l'accompagnement d'une AESH</li> <li>➤ En avril 2017, Information Préoccupante émanant de l'école de secteur : début de l'accompagnement SESSAD ITEP du Var</li> <li>➤ En septembre 2017, mise en place d'une mesure AEMO, puis accueil de jour en ITEP du Var dès novembre 2017</li> <li>➤ Arrivée de la mère le 6 janvier 2018 sur le département de la Haute Marne (rapprochement de sa famille) et suite à la détérioration des relations avec son compagnon.</li> <li>➤ X a vraisemblablement bénéficié d'un traitement (ritaline) quand il était âgé de 6 ans (dans le 55)</li> </ul> <p>Admission sur le DITEP Henri VIET le 25 janvier 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mère avec une représentation très négative de l'accompagnement en DITEP (établissement de gogols). Prise de contact de manière agressive et inadaptée avec l'établissement (hurlement, « je veux », irrespect +++...)</li> <li>➤ Impossibilité de le scolariser dans son école de secteur (Chaumont). Son comportement posant trop de difficultés (violence, cris, menaces...)</li> <li>➤ X souhaite aller à l'école mais sa mère refuse une scolarisation en Unité d'Enseignement.</li> <li>➤ Acceptation de l'orientation en DITEP sous la pression d'un placement (dires de la mère)</li> <li>➤ Attente du transfert du dossier AEMO du 83 vers le 52.</li> <li>➤ La mère n'évoque pas de prise de traitement pour son fils X</li> </ul> <p>Déroulement de l'accompagnement et observation de X</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Accompagnement en accueil de jour avec de nombreuses absences non justifiées</li> <li>➤ Transfert du dossier AEMO dans le 52 en février 2018, mais mise en place effective fin avril 2018</li> <li>➤ Proposition en juin 2018 d'un internat aménagé. La mère accepte l'internat pour septembre mais suite à la première semaine d'internat, la mère refuse de poursuivre sur cette modalité d'accueil (oubli ses affaires personnelles à l'internat, excès d'humeur de la mère). X étant en demande, la mère accepte après négociation l'internat aménagé.</li> <li>➤ X présente des excès de violence et des prises de risques imprévisibles (mise en danger pour lui et pour autrui)</li> <li>➤ Sollicitation auprès de la mère pour qu'elle prenne contact avec le CATTP dès le début de l'accompagnement. La mère fait la démarche seulement en août 2018.</li> <li>➤ Le Juge des Enfants du 83 a sollicité une expertise psychiatrique, réalisé début octobre 2018 sur SAINT DIZIER</li> </ul>
---	-------	---

1	<p style="text-align: center;"><b>SESSAD et SAVS/SAMS AH ADASMS</b></p>	<p>AP, 21 ans, est un jeune majeur présentant des troubles de la conduite et du comportement, des actes délinquants et un retard scolaire important. Il est accompagné par l'IME/SESSAD de Puellefontier depuis le 05/01/2015. Auparavant il était en ITEP.</p> <p>En attente d'un amendement CRETON, il bénéficie par défaut d'une notification SAVS/SAMSAH depuis le 01/02/2018.</p> <p>AP est suivi au CHHM de St Dizier (rencontres ponctuelles d'un médecin psychiatre, prescription d'un traitement par injection).</p> <p>Affaires judiciaires en cours, obligation de soins par les services pénitenciers non respectée.</p> <p>AP a vécu dans la rue de mi-mai à fin juillet 2018, le SESSAD, le service mandataire et la passerelle ne cessent de chercher une solution d'hébergement. La vie en collectivité est difficile, il existe un manque de repères sociaux. AP est demandeur d'un logement autonome mais sa grande instabilité ne facilite pas les démarches même auprès de services (de type CHRS ou résidence accueil...)</p> <p>Depuis mai 2018, plusieurs éléments préoccupants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- agression sur sa personne,</li> <li>- hébergement non fixe,</li> <li>- rupture de contact avec nos services et du stage en ESAT,</li> <li>- rupture du suivi dans son traitement psychiatrique,</li> <li>- augmentation des actes de délinquance.</li> </ul> <p>AP a été incarcéré fin juillet 2018 à la prison de Chaumont. Le SAVS prend le relais en terme d'accompagnement et cherche une solution d'hébergement et de soins à sa sortie de prison prévue normalement le 16/10/2018.</p> <p>REMARQUES: diagnostic pas posé, mise en échec de tout ce qui est entrepris en lien avec la grande instabilité et manque de repères d'AP, difficultés pour les services à domicile de travailler étroitement avec le CHHM André Breton pour la démarche de soins malgré les sollicitations, rdv très espacés et peu de suivi du CHHM quant à sa prise du traitement irrégulière et son obligation de soins, absence de proposition du CHHM comme par exemple un appartement thérapeutique.</p>
4 - 5	<p style="text-align: center;"><b>ADASMS</b></p>	<p>Mme D, 42 ans, présente une histoire personnelle particulièrement traumatisante. Elle a suivi des études jusqu'à l'âge de 14 ans avant de connaître un placement familial ayant subi des violences physiques de la part de son père. Elle a ensuite travaillé en restauration et fera à cette occasion, la connaissance de son futur mari. Six enfants naîtront de cette union. Mme D a connu des problèmes de santé à compter de 2007. C'est également durant cette année que ses enfants ont bénéficié d'une mesure de protection compte-tenu des difficultés constatées au domicile. Mme D et son mari se retrouvaient souvent aux prises avec l'alcool et les violences conjugales étaient également fréquentes.</p> <p>Son mari est décédé fin 2012 d'une alcoolisation importante ce qui a fragilisé encore un peu plus CD qui a tenté à plusieurs reprises de mettre fin à ses jours. Mme D est sous mesure de protection judiciaire (tutelle) depuis juillet 2013. Un accompagnement par notre service SAMSAH a été mis en place depuis février 2014.</p> <p>Actuellement, Mme D reste très encombrée par son passé traumatique. De ce fait, elle ne peut se projeter vers l'avant. Elle est influençable et peu mobilisable. Elle rencontre également des difficultés pour gérer correctement ses relations envers autrui que ce soit dans son environnement familial ou social. Elle s'emporte vite,</p>

	<b>ADASMS</b>	<p>crie, insulte les personnes de son entourage.</p> <p>Elle rencontre également d'importants problèmes d'addiction (alcool) qui pourraient à plus ou moins brèves échéances avoir des répercussions sérieuses sur sa santé. Ces problèmes médicaux empêchent Mme D de penser de manière rationnelle et d'avancer sereinement dans sa vie.</p> <p>Elle montre une grande fragilité psychologique. Entre 2016-2017, CD a été hospitalisée au centre hospitalier général ou spécialisé à 16 reprises sur des périodes allant d'une journée à plusieurs semaines et au maximum un mois.</p>
<b>1 - 2 - 3</b>	<b>ADASMS</b>	<p>FD, 20 ans, il a bénéficié d'un suivi ASE dès l'âge de 5 ans et d'un suivi ITEP pour des troubles de la conduite sociale et des difficultés d'apprentissages. A 9 ans il est orienté vers l'IME et celui de l'ADASMS en 2014. Nombreux passages à l'acte (violences et mises en danger d'autrui envers les autres jeunes et certains professionnels) ont eu lieu durant cette période mettant en péril l'accompagnement. Une détérioration de son état psychique liée en grande partie à une situation conflictuelle aigue dans son milieu familial l'amène à être à plusieurs reprises hospitalisé au CHMM Andr2 Breton en 2017.</p> <p>FD répond aux 3 critères indispensables pour l'appellation « jeunes en situation d'incapacité », à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les projets d'accompagnements sont régulièrement mis en échec de façon durable</li> <li>- Adoption de comportements durables et répétés de modes opposants et violents</li> <li>- La problématique relève de plusieurs champs de prise en charge et d'accompagnement</li> </ul> <p>En août 2017, il intègre le SESSAD de l'Association et son emploi du temps est aménagé pour un stage en ESAT. En parallèle, un traitement médicamenteux pour ses troubles du comportement a été mis en place (injections mensuelles réalisées par l'infirmière de l'IME-ESAT). Sa situation est stabilisée durant 9 mois. FD est alors retourné vivre au domicile parental mais le contexte familial reste explosif. Ses parents le mettent « à la porte » fin mai 2018. Il vit quelques jours dans la rue ou hébergé chez des amis. Le SESSAD intervient pour lui trouver une résidence sociale en l'absence de ressources (20 ans seulement en août 2018). FD met en échec cette option après 15 jours, ses troubles de la personnalité son intolérance à la frustration et son manque d'empathie l'empêchant de vivre collectivement.</p> <p>A l'heure actuelle, FD a rompu l'accompagnement, il semble avoir été embauché chez les forains. Le traitement médicamenteux ne semble plus être suivi.</p> <p>Remarques : absence de diagnostic connu malgré un parcours institutionnel important, déni des troubles, contexte familial difficile, absences de cohérence dans les actions à mener dans les différents secteurs (sanitaire et médico-social). Sortie d'hospitalisation sans prise en compte du service et des freins liés à l'environnement, pas de concertation entre l'équipe soignante et le service malgré les sollicitations.</p>
<b>4 - 5</b>	<b>SAMSAH ADASMS</b>	<p>JB, 31 ans, a suivi un cursus scolaire ordinaire jusqu'à l'obtention du brevet des collèges. Il a ensuite choisi de s'orienter vers un BEP dans l'hôtellerie, diplôme qu'il n'a pas obtenu. Il a exercé ensuite une multitude d'emplois dans différents secteurs professionnels. Ces emplois ont toujours été de courte durée (en dessous de 6 mois). JB évoque une grande fatigabilité qui l'empêche de tenir ses emplois</p>

	<p><b>SAMSAH</b> <b>ADASMS</b></p>	<p>dans la durée.</p> <p>Suite à des altercations physiques, JB indique qu'il ressent de vives douleurs au ventre. Des investigations médicales ont été menées et deux lipomes ont été décelés au niveau du ventre. D'après JB, ces tumeurs ne sont pas soignables. Les médecins lui auraient précisé qu'elles n'étaient pas cancéreuses donc pas opérables. Aujourd'hui, JB se plaint toujours de vives douleurs.</p> <p>Parallèlement, JB a bénéficié de suivis en psychiatrie. D'abord auprès d'un psychiatre à Reims qui a diagnostiqué une schizophrénie simple accompagnée de délires nosophobiques.</p> <p>Suite à des comportements violents, JB a été hospitalisé au CCHM André Breton de décembre 2014 à juillet 2015. Un traitement neuroleptique a été mis en place (CLOPIXOL) et JB a également été accueilli sur un court séjour à la clinique psychiatrique de Merfy.</p> <p>JB n'exerce plus aucune activité professionnelle depuis octobre 2013.</p> <p>Ses parents l'ont accompagné pour la demande de mise en place d'un accompagnement par le SAMSAH. Celle-ci est effective depuis octobre 2015.</p> <p>JB a effectué cette année un stage en ESAT du Meix Tiercelin, qu'il a interrompu. JB dit avoir des tocs et être névrotique.</p>
4	<p><b>ADASMS</b></p>	<p>JG est un jeune homme de 34 ans présentant un retard mental et des troubles du comportement. Il vit au sein du foyer de vie. Fin juin 2018, il est accompagné par un éducateur aux urgences du CH suite à une chute et une déformation importante de la cheville.</p> <p>Après une attente de 6 heures, il est posé le diagnostic de fracture de la cheville avec hospitalisation.</p> <p>Le soir même, un éducateur apporte les affaires, les papiers, la dernière ordonnance du traitement habituel, le pilulier de la semaine et les coordonnées des personnes à prévenir et la fiche habitude de vie.</p> <p>Une intervention chirurgicale est pratiquée dans le courant de la semaine suivante.</p> <p>Au regard de la situation, JG ne peut bénéficier de son séjour vacance pendant la fermeture du foyer de vie.</p> <p>Malgré nos demandes et l'état de santé de JG (impotence fonctionnelle à la marche, soins infirmiers journaliers), le CH n'envisage pas un moyen séjour afin de laisser la possibilité d'une organisation pendant la fermeture de l'établissement.</p> <p>A la sortie, Il est constaté que le traitement habituel de JG n'a pas été poursuivi pendant la durée de l'hospitalisation. Les affaires de toilette et les vêtements n'ont pas été utilisés, il porte le même maillot que le jour de son entrée.</p>
1 - 4	<p><b>ADASMS</b></p>	<p>CM jeune femme de 32 ans présentant un retard mental léger et des troubles du comportement. Elle exprime des maux divers nécessitant des consultations médicales multiples. Elle est traitée régulièrement pour des maux divers et variés. Le suivi psychologique mis en place au sein du foyer de vie présente ses limites. Elle peut passer à l'acte en vers elle et les autres.</p> <p>Les différentes démarches pour mettre en place un suivi psychiatrie n'ont pas abouti malgré une lettre du médecin traitant.</p>

1	SAVS Association Le Bois l'Abbesse	<p>Personne vivant en milieu rural, avec de faibles revenus et n'étant pas ou peu mobile (pas de véhicule personnel, pas ou peu d'accès au réseau de bus ou de train)</p> <p>Difficulté d'accroche due à l'image renvoyée par la psychiatrie. Impossibilité d'initier un premier RDV, par peur du lieu (peur de ne pas ressortir, peur d'être identifié comme « fou »).</p> <p>Personne dans le déni de ses difficultés ou ne faisant pas le lien entre ses difficultés et l'aide que pourrait lui apporter la psychiatrie.</p> <p>Dans ces cas comment travailler le partenariat, la mise en lien</p>
2	SAVS Association Le Bois l'Abbesse	<p>Personne qui ne se retrouve pas dans les temps d'accueil à l'hôpital de jour, qui est en attente d'une demande d'activité que la personne est incapable de soumettre par elle-même (besoin de stimulation, d'encouragement).</p>
5	SAVS Association Le Bois l'Abbesse	<p>Personne gravement malade sur le plan psychiatrique, représentant un danger pour lui et peut-être pour les autres (difficile à évaluer, mais sentiment d'insécurité du professionnel lors des visites à domicile). Rupture dans le parcours de soin (abandon du suivi psychiatrique et de l'accueil de jour) sans solution, malgré nos sollicitations.</p>
1 - 2 - 3	SAVS/SAMSAH Association Le Bois l'Abbesse	<p>Mademoiselle V est née en 1995. Brevet + niveau CAP. Symptôme fugue, agressivité, automutilation, instabilité psycho-motrice, hallucination, trouble de la communication.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2012 : MODADO</li> <li>- 2013 : Georges Heuyer, Maine de Biran, Hôpital de jour Jeanne Mance</li> <li>- Diagnostic : Maladie rare</li> <li>- Juillet 2013 : Maine de Biran</li> <li>- Juillet 2015 : entre en SAMSAH à la demande des parents</li> <li>- Septembre 2015 : CMJM</li> <li>- Depuis janvier 2016 : hospitalisation à Maine de Biran (retours à domicile tantôt augmentés, tantôt diminués en fonction des accès d'agressivité)</li> <li>- Orientation FAM + mesure de protection (tutelle : père)</li> </ul> <p>Le SAMSAH ne peut rencontrer Melle V que lors de ses permissions, au domicile de ses parents ou au bureau du service. Le médecin n'accepte aucune intervention du service au sein de l'hôpital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mai 2018 : Le SAMSAH et les parents accompagnent Melle V au centre de référence Génopsy à Lyon (CRMR maladies rares à expression psychiatrique)</li> </ul> <p>Préconisation dans le compte rendu de consultation adressé à Maine de Biran : Changement de traitement (après rendez-vous cardio qui sera accompagné par le SAMSAH). Travail sur la communication (picto, séances d'orthophonie). Evaluation neuropsychologique une fois stabilisée. A ce jour, Melle V est en fenêtre thérapeutique. Refus du médecin de suivre les préconisations du médecin de Génopsy. Pas de permission depuis plusieurs semaines : le SAMSAH ne peut donc plus intervenir. Les parents sont désespérés.</p>

2 - 3	<b>Ville de Saint-Dizier</b>	Enfant de moins 10 ans, en rupture scolaire avec l'école primaire, avec des problèmes de transport pour aller à l'école. Prescription ITEP mais pas resté longtemps car renvoyé...SSESSAD, AEMO, ITEP de nouveau, CER...Problème psychomoteur, problème de santé, trouble du comportement. Sans injonction thérapeutique, grand délinquant à l'adolescence. Les parents n'accompagnent pas l'enfant.
1 - 2	<b>Ville de Saint-Dizier</b>	Enfant de moins de 10 ans scolarisé à l'école primaire, plusieurs équipes éducatives depuis plusieurs années, la famille refuse l'accompagnement vers un dossier de prise en charge notamment MDPH. Enfant violent, ne se contient pas à l'école, problème de socialisation. La question de la contrainte est à poser.
1 - 5	<b>Ville de Saint-Dizier</b>	Enfant moins de 10 ans scolarisé à l'école primaire, parents séparés et mère avec troubles psychiques, sans jugement concernant la garde (dû aux délais de la justice), la maman se présente à l'école pour voir sa fille mais était en crise, a fait peur à sa fille, aux autres enfants et au personnel municipal. Comment la protéger ?