

DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE DU DÉPARTEMENT DU BAS-RHIN

Élaboré dans le cadre du projet territorial de santé mentale



N° Version	Date	Objet et Nom du dernier contributeur
0.3.1	06/02/2019	BUCKEL Base

Sommaire

PRÉAMBULE

1. Les caractéristiques du territoire

- A. Les données géographiques.....
- B. Les données socio-économiques.....
- C. Les données de santé générales.....
- D. Données des Établissements publics de Santé Mentale.....
 - 1. Données générales.....
 - 2. Données relatives à l'activité 2017 des établissements publics de santé mentale.....
 - 3. Données d'hospitalisation : où les Bas-Rhinois sont-ils hospitalisés ?.....
 - 4. Volume des actes ambulatoires et à temps partiel.....
- E. Données relatives à la promotion de la santé mentale.....

2. Le maillage du territoire

- 1. Associations d'usagers et de familles d'usagers.....
- 2. Insertion Professionnelle.....
- 3. Logement et Hébergement.....
- 4. Accompagnement social / éducatif.....
- 5. Parcours de soins.....
- 6. Acteurs de l'intégration et de la coordination.....

3. Les problématiques du territoire : restitution des cinq groupes de travail

Préambule

Présentation de la démarche sur le territoire

L'élaboration d'un projet de santé mentale est une obligation.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et le décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale prévoient l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale

Pour le Bas-Rhin : le territoire de développement du parcours de soin en psychiatrie et en santé mentale envisagé est préférentiellement le département

La construction du parcours en psychiatrie et en santé mentale doit se réaliser avec tous les partenaires impliqués de manière horizontale et transversale

Il doit s'élaborer sans prédominance ni cloisonnement sanitaire, avec la volonté de favoriser une continuité socio-sanitaire et les soins ambulatoires dans l'espace de vie des usagers, de limiter les hospitalisations inadéquates en optimisant les partenariats entre acteurs

Les objectifs du PRS abordés dans le PMP du GHT Nord Alsace-Sud Moselle sont les suivants:

Objectif 2 « Développer une offre de réhabilitation psycho-sociale au sein d'un parcours en santé mentale en adéquation avec le projet de vie des usagers ».

Objectif 4 « Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la rééducation des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique »

Objectif 6 « 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 »

Une CPT préfiguratrice a été installée en 2018.

Il a par ailleurs été identifié au PRS un besoin en psychiatrie sanitaire privée.

Méthodologie du diagnostic territorial

Les groupes de travail retenus sont ceux proposés par la méthodologie ANAP :



Ceux-ci se sont réunis à trois rencontres entre novembre 2018 et janvier 2019. La conduite de ces trois réunions a été organisée de la manière suivante :

- 1^{ère} réunion : Analyse des dysfonctionnements
- 2^{ème} réunion : Causes de ces dysfonctionnements
- 3^{ème} réunion : Pistes de travail

Sources bibliographiques et données

1. Les sources des données

- Pour les données populationnelles, socio-économiques : source INSEE
- Pour les données de santé, source Atlas Santé, Agence Technique de l'information de l'Hospitalisation
- Pour les données des Établissements Publics de Santé Mentale, source des Départements d'information médicale des Hopitaux Universitaires de Strasbourg, de l'EPSAN ainsi que du CH d'Erstein.
- Pour les implantations de structure, source MAPSY Alsace.

2. Liste des annexes du diagnostic

- Annexe 1 : Liste des participants aux différents ateliers thématiques
- Annexe 2 : Répartition des établissements médico-sociaux par secteur psychiatrique
- Annexe 3 : Diagnostic local de la commune d'Illkirch-Graffenstaden
- Annexe 4 : Diagnostic local de la commune de Saverne
- Annexe 5 : Diagnostic local de la commune de Wissembourg
- Annexe 6 : Diagnostic local de la commune de Haguenau
- Annexe 7 : Diagnostic local de la commune de Sélestat
- Annexe 8 : Diagnostic local de la commune de Schiltigheim
- Annexe 9 : Diagnostic local de la communauté de communes de Molsheim-Mutzig
- Annexe 10 : Diagnostic local de la commune de Strasbourg

I. Caractéristiques du territoire

A. Données géographiques

1. Données populationnelles

Population	Bas-Rhin (67)	France (1)	Grand Est (44)
Population en 2015	1 116 658	66 190 280	5 559 051
Densité de la population (nombre d'habitants au km ²) en 2015	234,8	104,6	96,8
Superficie (en km ²)	4 755,0	632 733,9	57 440,8
Variation de la population : taux annuel moyen entre 2010 et 2015, en %	0,4	0,5	0,1
<i>dont variation due au solde naturel : taux annuel moyen entre 2010 et 2015, en %</i>	0,4	0,4	0,3
<i>dont variation due au solde apparent des entrées sorties : taux annuel moyen entre 2010 et 2015, en %</i>	-0,0	0,1	-0,2

POP T2M - Indicateurs démographiques

	1968 à 1975	1975 à 1982	1982 à 1990	1990 à 1999	1999 à 2010	2010 à 2015
Variation annuelle moyenne de la population en %	0,9	0,5	0,5	0,8	0,6	0,4
<i>due au solde naturel en %</i>	0,6	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4
<i>due au solde apparent des entrées sorties en %</i>	0,3	0,2	0,1	0,3	0,1	-0,0
Taux de natalité (‰)	17,0	14,0	13,9	13,3	12,5	11,9
Taux de mortalité (‰)	11,2	10,3	9,5	8,5	7,7	7,7

Le Département du Bas-Rhin dispose d'une importante densité de population en comparaison notamment du Grand-Est. Il convient cependant de pondérer ceci eu égard à la taille de la métropole strasbourgeoise qui contient plus de 50 % de cette population et qui constitue l'aire métropolitaine la plus importante du Grand-Est. On observe également un faible taux de mortalité.

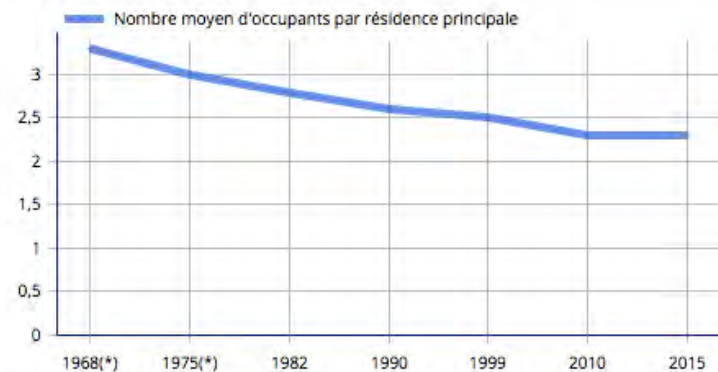
POP T0 - Population par grandes tranches d'âges

	2015	%	2010	%
Ensemble	1 116 658	100,0	1 095 905	100,0
0 à 14 ans	192 093	17,2	193 764	17,7
15 à 29 ans	216 518	19,4	218 100	19,9
30 à 44 ans	217 287	19,5	227 132	20,7
45 à 59 ans	232 852	20,9	229 796	21,0
60 à 74 ans	164 573	14,7	143 082	13,1
75 ans ou plus	93 335	8,4	84 032	7,7

Il est à noter, de manière symétrique aux observations tant régionales que nationales, un vieillissement de la population du Département, et principalement des personnes entre 60 et 74 ans. Cette population a ainsi vu son nombre croître de près de 20% en l'espace de 5 ans. A l'inverse la population des « 30-44 ans » a elle vu son nombre décroître de manière assez importante. Il importe ainsi que les organisations en santé mentale puissent répondre à ses évolutions démographiques et donc, à ces évolutions en terme de besoins.

FAM G1 - Évolution de la taille des ménages

FAM G1 - Évolution de la taille des ménages



(*) 1967 et 1974 pour les DOM

Les données proposées sont établies à périmètre géographique identique, dans la géographie en vigueur au 01/01/2017.

Sources : Insee, RP1967 à 1999 dénombremments, RP2010 et RP2015 exploitations principales.

FAM T3 - Composition des familles

	2015	%	2010	%
Ensemble	313 296	100,0	306 793	100,0
Couples avec enfant(s)	136 147	43,5	138 865	45,3
Familles monoparentales	42 913	13,7	39 498	12,9
Hommes seuls avec enfant(s)	7 871	2,5	6 631	2,2
Femmes seules avec enfant(s)	35 042	11,2	32 867	10,7
Couples sans enfant	134 235	42,8	128 430	41,9

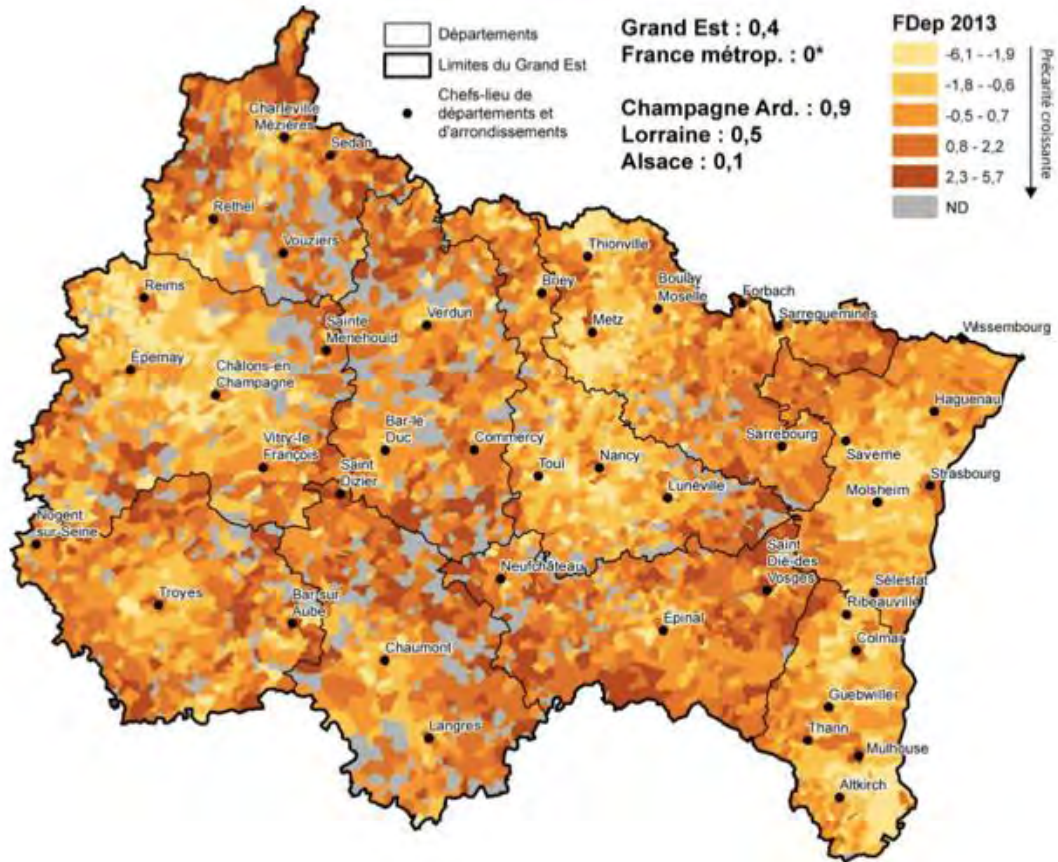
On observe une augmentation importante du nombre de familles monoparentales, sur le Département. L'analyse plus fine par territoire permet de confirmer ceci de manière territoriale. Ceci à une incidence, notamment sur les diagnostics associés en pédopsychiatrie (importance des diagnostics associés liés à des problèmes familiaux type divorce sur le diagnostic de Sélestat notamment). Ce constat conduit à envisager la promotion d'actions de terrain pour renforcer la parentalité.

B. Données socio-économiques

Revenus	Bas-Rhin (67)	France (1)	Grand Est (44)
Nombre de ménages fiscaux en 2015	455 333		2 315 293
Part des ménages fiscaux imposés en 2015, en %	59,1		53,4
Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2015, en euros	21 512		20 502
Taux de pauvreté en 2015, en %	13,1		14,6

Avertissement : Pour des raisons de secret statistique, certains indicateurs peuvent ne pas être renseignés. A cause de l'absence de données de certains DOM, le niveau France n'est pas disponible (voir les données niveau France métropolitaine).

Figure 3 – Indice de défaveur sociale en 2013

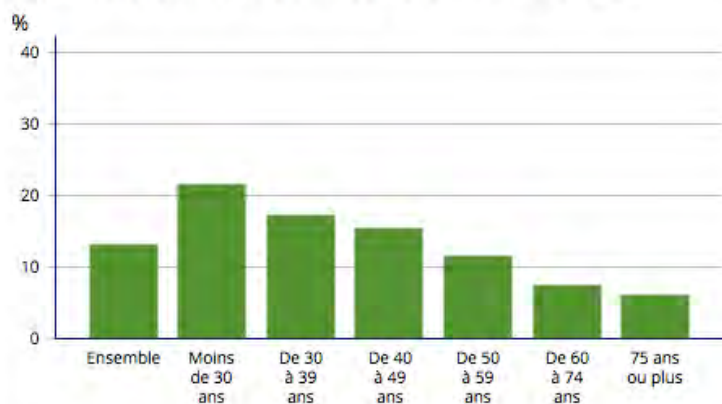


Il est à noter un taux de pauvreté médian plus faible que la médiane du Grand-Est. Cette médiane est néanmoins à pondérer au vu des taux de pauvreté parmi les plus importants du Grand-Est pour Strasbourg (24,76 %), Bischheim (23,56 %), Schiltigheim (23,4 %) et Bischwiller (19 %).

Il est à noter également que Strasbourg constitue la métropole du Grand-Est concentrant le plus haut taux de pauvreté, devant Reims (22,8 %), Metz (22,36 %) et Nancy (20,69 %).

REV G1 - Taux de pauvreté par tranche d'âge du référent fiscal en 2015

REV G1 - Taux de pauvreté par tranche d'âge du référent fiscal en 2015



Champ : ménages fiscaux - hors communautés et sans abris.

Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal (FLoSoFi) en géographie au 01/01/2016.

On observe un taux de pauvreté très important pour les moins de trente ans, observation à pondérer en raison du statut d'étudiant de beaucoup d'entre eux. Néanmoins, on constate que ce taux diminue avec l'âge. En clair, plus la population est jeune, plus son taux de pauvreté est important.

LOG T2 - Catégories et types de logements

	2015	%	2010	%
Ensemble	539 184	100,0	511 136	100,0
Résidences principales	483 030	89,6	464 089	90,8
Résidences secondaires et logements occasionnels	14 765	2,7	12 082	2,4
Logements vacants	41 389	7,7	34 965	6,8
Maisons	252 437	46,8	243 001	47,5
Appartements	282 467	52,4	264 330	51,7

LOG T3 - Résidences principales selon le nombre de pièces

	2015	%	2010	%
Ensemble	483 030	100,0	464 089	100,0
1 pièce	26 260	5,4	26 492	5,7
2 pièces	58 773	12,2	54 126	11,7
3 pièces	105 023	21,7	97 986	21,1
4 pièces	104 338	21,6	98 450	21,2
5 pièces ou plus	188 637	39,1	187 035	40,3

Concernant les logements, on note une augmentation significative du nombre de logements vacants.

On note également une diminution du nombre de studios (1 pièce) et une augmentation significative des 3 et 4 pièces. On peut corréliser cette diminution globale aux difficultés exprimées par les différents groupes de travail dans la recherche de logements pour les personnes avec troubles de santé mentale, difficulté retrouvée dans la majorité des groupes de travail. Ceci indique la nécessité de repenser le modèle de logement pour les personnes en souffrance psychique vers des modalités nouvelles proposées par certains des groupes (intermédiation locative, appartements « tests », résidences accueil, ...)

Hébergement social

	Bas-Rhin (Département) 2014	Grand-Est (Région) 2014	France 2014
Densité de places d'hébergement social (pour 100 000 hab.)	85,7	112,8	93,3
Densité de places d'hébergement social en CADA (pour 100 000 hab.)	69,2	57,7	37,8

source : Finess, DJRCS, DGCS, Scoresanté - 2014

On note une densité de places d'hébergement social inférieur de manière nette sur le Département. Ceci peut se corréliser avec les difficultés rencontrées par les assistantes sociales de psychiatrie dans l'obtention d'un logement pour les patients.

EMP T4 - Chômage (au sens du recensement) des 15-64 ans

	2015	2010
Nombre de chômeurs	68 876	57 249
Taux de chômage en %	12,6	10,6
Taux de chômage des hommes en %	12,3	9,9
Taux de chômage des femmes en %	12,9	11,4
Part des femmes parmi les chômeurs en %	49,4	51,2

On peut constater une importante augmentation du taux de chômage sur le Département ; augmentation plus importante chez les hommes que chez les femmes.

C. Données de santé générales

Affections de longue durée (ALD):

Tableau 2 – Les affections de longue durée (ALD) pour les grandes pathologies dans le Grand Est

	PREVALENCE au 31 décembre 2014					INCIDENCE 2012-2014
	Effectifs			Taux standardisés		Effectifs annuels
	Nombres	Part	Evol. annuelle 2010-2014	Pour 100 000 hab.	Evol. annuelle 2010-2014	
Mal. cardio-neurovasculaires (ALD 1, 3, 5, 13)	318 953	28,1%	6,8%	5 411 (+)	4,9%	39 077
Diabète (ALD 8)	263 615	23,2%	5,1%	4 516 (+)	3,7%	23 627
Tumeurs (ALD 30)	204 655	18,0%	2,2%	3 521 (+)	0,8%	28 927
Troubles mentaux (ALD 23)	85 826	7,5%	5,9%	1 559 (-)	5,5%	8 478
Insuffisances respiratoires graves (ALD 14)	34 472	3,0%	4,6%	596 (-)	3,2%	4 188
Maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15)	29 393	2,6%	5,1%	479 (-)	1,5%	6 128
Autres affections	199 980	17,6%	3,8%	3 567 (-)	3,0%	17 708
Total	1 136 894	100%	4,8%	19 649 (+)	3,3%	128 133

(+) ; (-) : le taux est significativement supérieur ou inférieur à la valeur pour la France métropolitaine ;
Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, Exploitation ORS

Pour le Bas-Rhin :

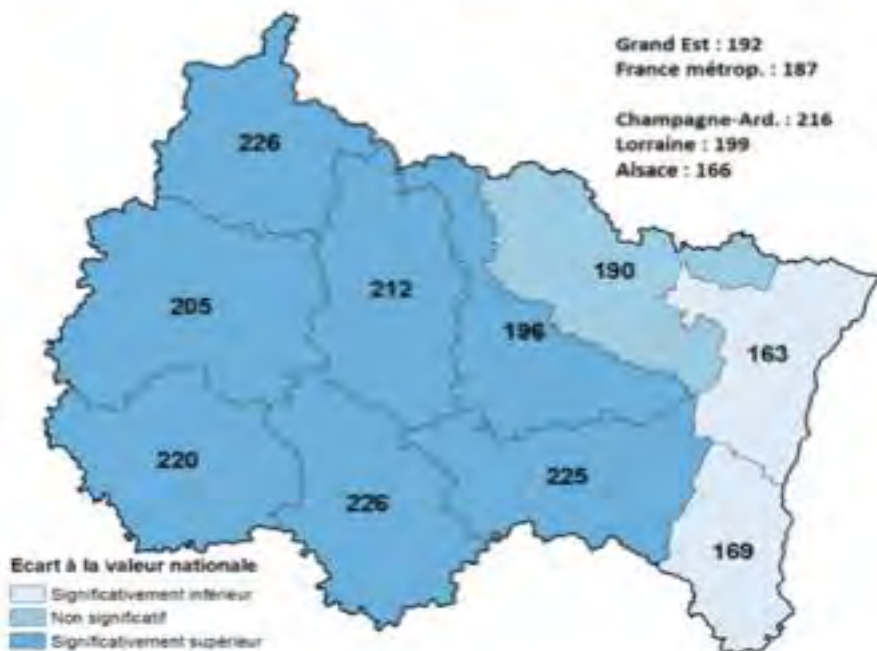
Personnes en affection longue durée (ALD) au titre de l'article D322-1 du CSS au 31/12/2012³⁴

	Nombre		Taux standardisé pour 100 000 personnes		
	67	Métropole	67	Métropole	Rang
1 - Accident vasculaire cérébral invalidant	6 918	325 995	683	581	8 ^{ème}
2 - Insuffisances médullaires et cytopénies chroniques	245	17 533	24	30	83 ^{ème}
3 - Artériopathies chroniques	9 763	467 929	966	836	22 ^{ème}
4 - Bilharziose compliquée	3	127	0	0	20 ^{ème}
5 - Insuffisance cardiaque grave, cardiopathies graves	16 608	801 238	1 662	1 422	13 ^{ème}
6 - Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	3 326	176 222	316	289	26 ^{ème}
7 - Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	1 178	100 309	110	142	52 ^{ème}
8 - Diabète de type 1 et diabète de type 2	44 815	2 045 239	4 371	3 664	11 ^{ème}
9 - Affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	5 435	246 135	525	459	18 ^{ème}
10 - Hémoglobinopathies et hémolyses	155	13 047	15	22	37 ^{ème}
11 - Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	996	30 230	92	50	1 ^{er}
12 - Hypertension artérielle sévère	42 348	1 063 243	4 192	1 956	1 ^{er}
13 - Maladie coronaire	19 771	995 646	1 949	1 747	21 ^{ème}
14 - Insuffisance respiratoire chronique grave	8 607	356 666	845	592	10 ^{ème}
15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences	5 129	284 357	529	491	34 ^{ème}
16 - Maladie de Parkinson	1 739	101 664	173	175	64 ^{ème}
17 - Maladies métaboliques héréditaires	1 089	59 693	105	107	42 ^{ème}
18 - Mucoviscidose	115	5 956	11	11	45 ^{ème}
19 - Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	3 005	120 482	296	210	2 ^{ème}
20 - Paraplégie	600	33 014	58	64	66 ^{ème}
21 - Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique	1 704	79 852	166	138	16 ^{ème}
22 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive	3 946	196 724	384	351	29 ^{ème}
23 - Affections psychiatriques de longue durée	17 752	1 131 092	1 702	2 120	77 ^{ème}
24 - Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn	2 791	132 565	265	225	19 ^{ème}
25 - Sclérose en plaques	1 735	73 225	165	129	12 ^{ème}
26 - Scoliose structurale évolutive	266	25 737	26	49	85 ^{ème}
27 - Spondylarthrite grave	1 350	85 095	128	155	76 ^{ème}
28 - Suites de transplantation d'organe	240	8 298	23	14	9 ^{ème}
29 - Tuberculose active, lèpre	167	11 840	16	18	38 ^{ème}
30 - Tumeur maligne	36 083	1 956 910	3 547	3 401	38 ^{ème}

En établissant un focus sur l'ALD 23 (relatif aux troubles mentaux), et basé sur les deux tableaux précédents pour les années 2012 et 2014, on distingue tout d'abord un taux d'ALD pour affection psychiatrique nettement inférieur à la moyenne nationale (77^{ème} rang pour le Bas-Rhin). On constate toutefois une évolution extrêmement rapide du nombre d'ALD 23 (5,5% d'évolution annuelle entre 2010 et 2014).

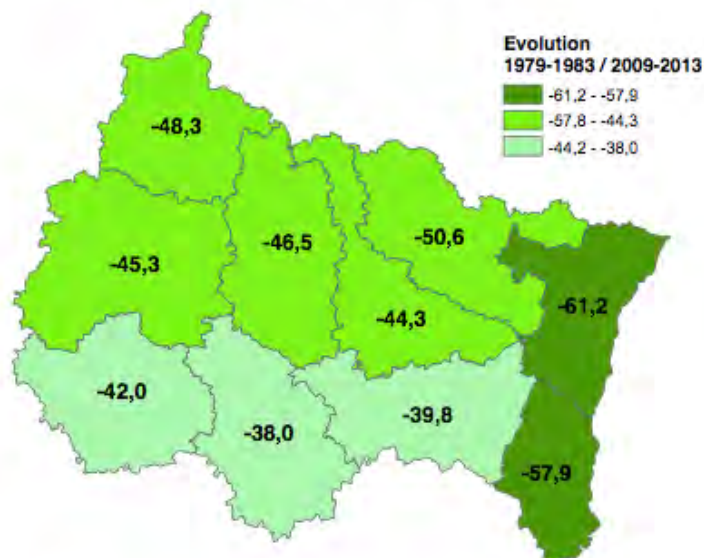
De manière plus générale on note l'importance de certaines ALD sur le Département du Bas-Rhin (Hypertension, diabète, AVC, etc...) , pathologies dont on connaît la prégnance pour les personnes malades psychiques.

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



Source : Inserm CépiDC, Insee, exploitation ORS

Evolution du Taux comparatif de mortalité prématurée évitable liée aux comportements à risque dans les départements du Grand-Est entre 1979-1983 et 2009-2013



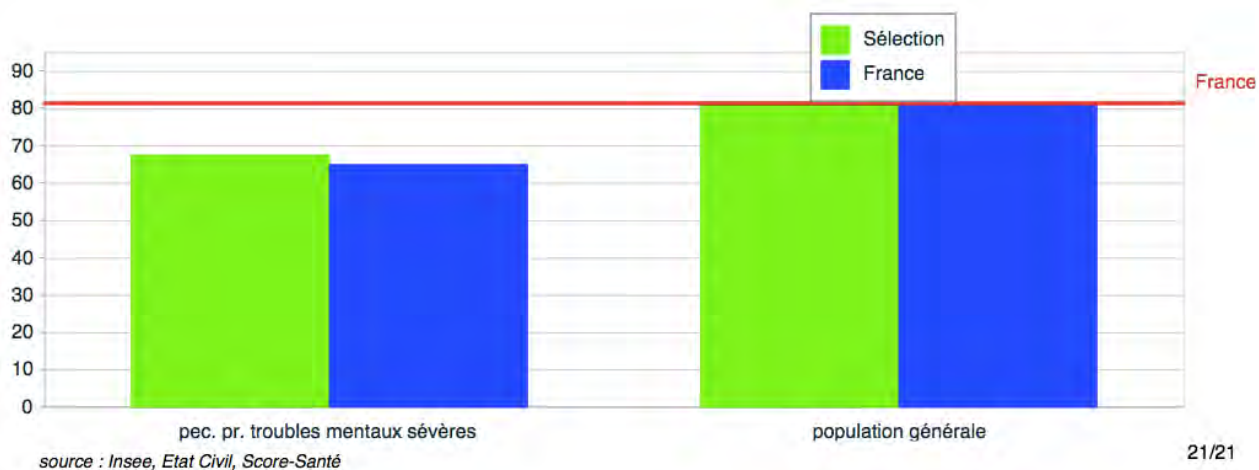
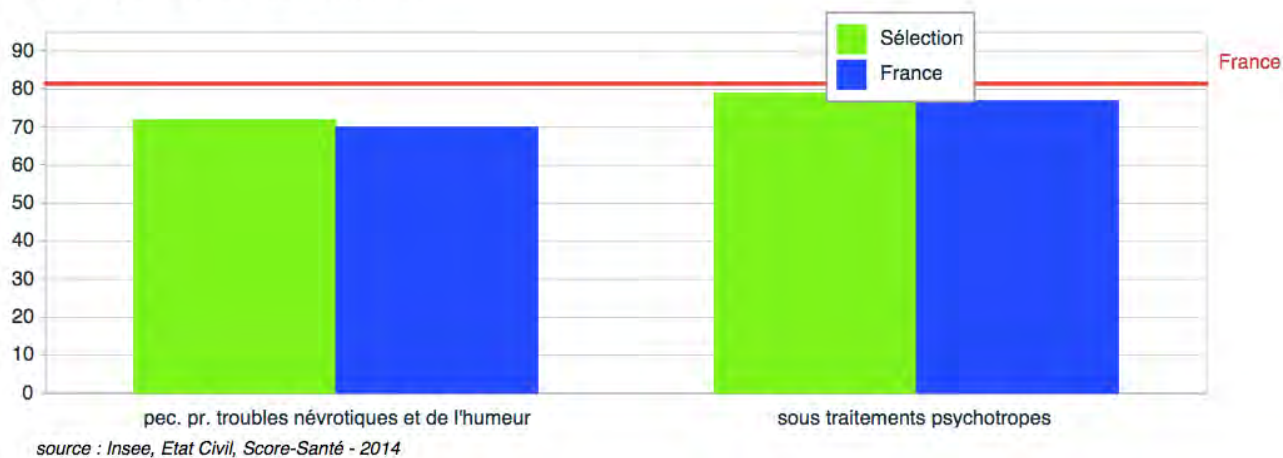
Source : INSERM (CépiDc), Insee, Exploitation : ORSAS-Lorraine

	Alsace Champagne- Ardenne Lorraine	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Ardennes
Hommes				
Toutes causes dont :	nd	221,9	225,7	306,2
Tumeurs	nd	81,3	82,5	109,6
Appareil circulatoire	nd	34,3	35,3	44,9
Traumatisme, empoisonnement et causes externes	nd	25,9	38,8	49,8
dont suicides	nd	11,1	19,5	24,3
dont accidents de transport	nd	6,2	7,0	8,9
Alcoolisme	nd	22,7	20,9	31,4
Femmes				
Toutes causes dont :	nd	109,2	119,3	153,1
Tumeurs	nd	50,7	57,1	66,2
Appareil circulatoire	nd	11,7	12,8	18,8
Traumatisme, empoisonnement et causes externes	nd	8,8	13,6	20,6
dont suicides	nd	4,4	5,1	8,6
dont accidents de transport	nd	1,3	2,6	3,2
Alcoolisme	nd	4,7	5,6	10,5

L'analyse croisée des trois tableaux précédents nous rapporte une très forte diminution du nombre de la mortalité prématurée sur le Bas-Rhin. Le Bas-Rhin est passé du Département au taux le plus important à celui ayant le taux le plus faible.

De même, sur le suicide, les chiffres indiquent un taux presque deux fois inférieur à celui du Haut-Rhin et plus de deux fois inférieur à celui des Ardennes.

Âge moyen au décès des personnes

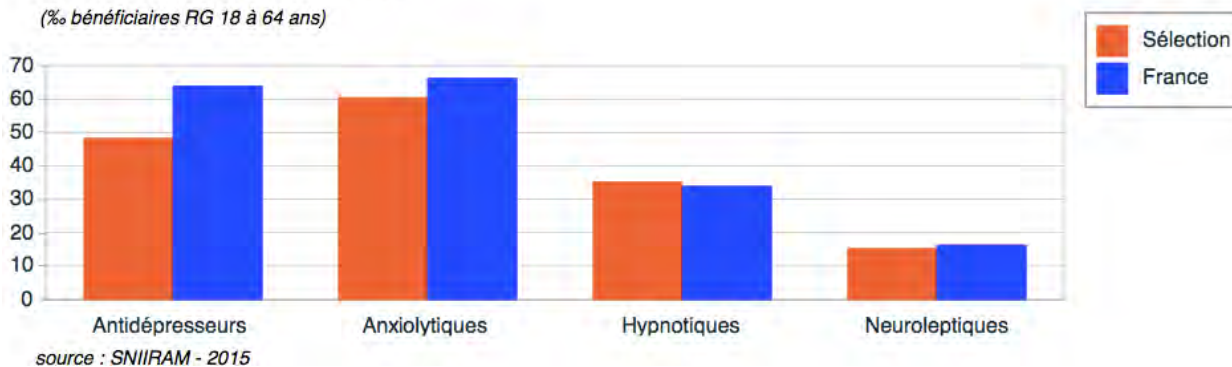


21/21

On observe de ces données un âge moyen au décès supérieur à la moyenne nationale, à corréler avec l'espérance de vie bas-rhinoise elle-même supérieure à la moyenne nationale.

Consommation de médicaments

(% bénéficiaires RG 18 à 64 ans)



On remarque sur la consommation de médicaments une consommation assez nettement inférieure à la moyenne nationale, principalement sur les antidépresseurs.

A l'inverse, la consommation d'hypnotiques est légèrement supérieure à la moyenne nationale.

Programmes d'éducation thérapeutique à destination des aidants (ETP)

**pour 100 000 habitants*

	Bas-Rhin (Département) 2016	Grand-Est (Région) 2016	France 2016
Nombre de programmes ETP	0	6	48
Densité de programmes ETP*	0	0,11	0,07

A la date de 2016, il n'y a pas de programmes d'éducation thérapeutique à destination des aidants.

D. Données des Établissements publics de Santé Mentale

1. Données générales

Prise en charge ambulatoire

	Bas-Rhin (Département) 2015	Grand-Est (Région) 2015	France 2015
Nb. de CMP	47	214	2 169
Densité de CMP (pour 100 000 hab.)	5,3	4,8	4,2
Part des CMP ouverts plus de 5 jours par semaine (%)	98	89	81
Nb. de CATTP	32	114	1 234
Densité de CATTP (pour 100 000 hab.)	3,6	2,6	2,4
Nb. équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP)	2	10	152

source : SAE - 2015

On distingue une densité de CMP assez largement supérieur à la moyenne nationale.

Durée moyenne annuelle d'hospitalisation (DMAH)

	Bas-Rhin (Département) (en jours)	Grand-Est (Région) (en jours)	France (en jours)
pour troubles de l'humeur	25,2	26,8	33,2
pour addiction	29,5	33,6	37,4

source : RIM-P - 2015

	Bas-Rhin (Département) (en jours)	Grand-Est (Région) (en jours)	France (en jours)
pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sé	55,5	68	70,5
pour autres TMS (TED et déficiences)	102,3	148,8	127,3

source : RIM-P - 2015

On observe une durée moyenne d'hospitalisation inférieure à la moyenne et très inférieure à la moyenne pour les troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère.

Admission par les urgences

	Bas-Rhin (Département) 2015	Grand-Est (Région) 2015	France 2015
troubles de l'humeur (%)	11,3	19,8	11,7
addiction (%)	7,7	16,9	12,1
troubles mentaux sévères* (%)	4,8	13,9	12,7

source : RIM-P - 2015

* Troubles psychotiques, bipolaires et dépressifs sévères.

Taux standardisé de recours* en hospitalisation temps plein

	Bas-Rhin (Département) ‰	Grand-Est (Région) ‰	France ‰
pour troubles de l'humeur	1,6	2,2	2,3
pour addiction	0,8	0,9	0,9

source : RIM-P, Insee - 2015

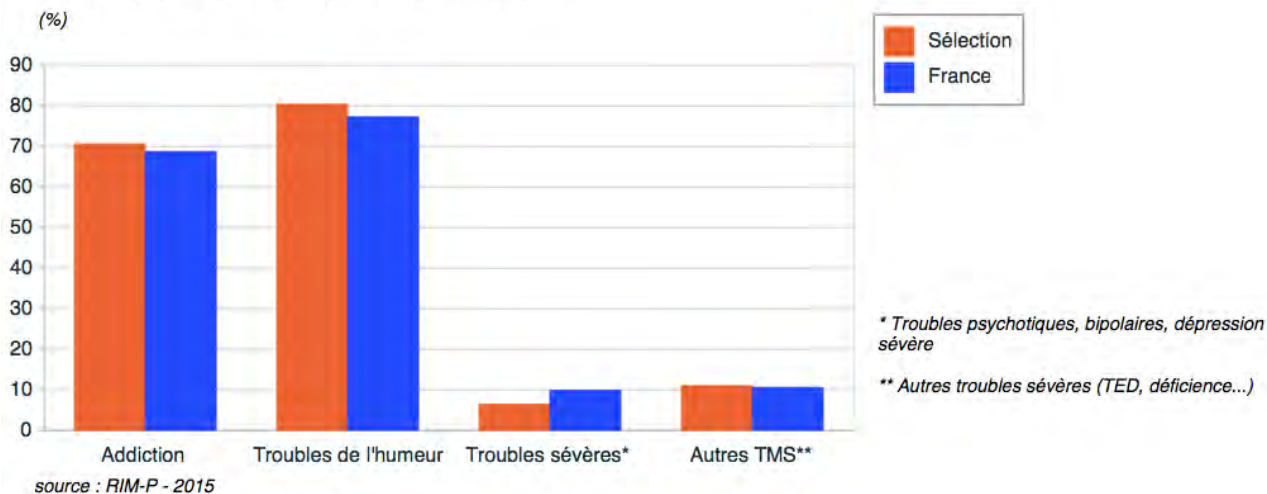
	Bas-Rhin (Département) ‰	Grand-Est (Région) ‰	France ‰
pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sé	2,5	2,5	2,9
pour autres TMS (TED et déficiences)	0,5	0,4	0,3

source : RIM-P - 2015

* ‰ bénéficiaires RG 18-64 ans

On constate un taux de recours en hospitalisation temps plein dans la moyenne nationale, cependant faible concernant les troubles de l'humeur. A noter

Part de la file active exclusivement ambulatoire



On note une part plus importante de la file active exclusivement ambulatoire pour les problématiques d'addiction et de troubles de l'humeur et une part à l'inverse une part bien plus faible concernant les troubles sévères.

Prise en charge à temps partiel

	Bas-Rhin (Département) 2015	Grand-Est (Région) 2015	France 2015
Densité de places hospitalisation partielle (J/N)*	43,6	29,7	37,3

*pour 100 000 habitants

Prise en charge à temps complet

	Bas-Rhin (Département) 2015	Grand-Est (Région) 2015	France 2015
Densité de lits à temps complet*	78,4	93,3	105,8
% lits en établissements monodisciplinaires	7	37,5	66,4
% lits en secteur privé lucratif	0	4	23,2
Densité places alternatives temps complet*	1,1	7,4	13,3

source : SAE - 2015

*pour 100 000 habitants

On observe une densité de places à temps partiel très importante sur le Département à corrélérer avec une densité de lits à temps complet elle beaucoup plus faible.

TAUX DE RÉHOSPITALISATION

Taux de réhospitalisation à 15 jours

	Bas-Rhin (Département) %	Grand-Est (Région) %	France %
pour troubles de l'humeur	7	6,4	6,6
pour addiction	5,8	6,5	7,9

source : RIM-P - 2015

	Bas-Rhin (Département) 2015	Grand-Est (Région) 2015	France 2015
pour troubles mentaux sévères* (%)	14,4	15,8	17,3

source : RIM-P - 2015

* Troubles psychotiques, bipolaires et dépressifs sévères.
severes.

Taux de réhospitalisation à 30 jours

	Bas-Rhin (Département) %	Grand-Est (Région) %	France %
pour troubles de l'humeur	11	10	11
pour addiction	10	11	13

source : RIM-P - 2015

	Bas-Rhin (Département) 2015	Grand-Est (Région) 2015	France 2015
pour troubles mentaux sévères* (%)	8,7	10,2	11,1

source : RIM-P - 2015

Des données extraites ci-avant, on peut constater sur le Département un taux de réhospitalisation à quinze et trente jours globalement inférieur ou très proche de la médiane des taux du Grand-Est et de la France. A noter toutefois un taux de réhospitalisation assez nettement inférieur à la médiane pour les troubles mentaux sévères.

Suivi somatique :

Pour troubles de l'humeur

	Bas-Rhin (Département) 2012-2013	Grand-Est (Région) 2012-2013	France 2012- 2013
Part de patients sans suivi en amont* (%)	15,5	16,5	14,1
Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	30,6	42,8	41,8
Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	62,7	54,1	49,4
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	3,7	4,3	4
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie	47,2	47,8	50,5

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

Pour addictions

	Bas-Rhin (Département) 2012-2013	Grand-Est (Région) 2012-2013	France 2012- 2013
Part de patients sans suivi en amont* (%)	14,6	16,7	16,3
Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	41,4	55,5	51,6
Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	58,4	49,9	43,8
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	4,4	6,4	6,5
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie	51,8	52,6	58

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

Pour TMS (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère)

	Bas-Rhin (Département) 2012-2013	Grand-Est (Région) 2012-2013	France 2012- 2013
Part de patients sans suivi en amont* (%)	17,6	20,8	20
Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	25,5	40,3	40
Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	57,1	47,7	43,4
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	11,9	14,2	14,5
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie (%)	62,7	62,2	66,8

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

Pour autres TMS (TED et déficiences)

	Bas-Rhin (Département) 2012-2013	Grand-Est (Région) 2012-2013	France 2012- 2013
Part de patients sans suivi en amont* (%)	26,6	43,6	39
Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	48	65,9	63,7
Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	44,4	29,9	27,7
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	23	37,3	34,6
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie (%)	66,9	71,9	75,1

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

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

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

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

De l'analyse des tableaux précédents, on peut signaler un suivi somatique bien meilleur que la médiane nationale. On remarque toutefois que la part de patients sans contact avec médecins traitants deux mois après la sortie bien que globalement légèrement inférieure à la moyenne reste très élevée et attire l'attention de par son importance quantitative.

Densité d'ETP* moyens en psychiatrie générale

	Bas-Rhin (Département) **	Grand-Est (Région) **	France **
psychiatres	10,7	9,1	10,8
personnels médicaux (hors psychiatres)	0,2	1,1	1,7
personnels soignants et socio-éducatifs	137,9	166	156,4

source : SAE, INSEE - 2015

*ETP : équivalents temps plein moyens annuels
**pour 100 000 habitants

On observe sur ce dernier tableau un ratio de psychiatres hospitalier équivalent à la moyenne nationale. On note de manière assez importante la très faible densité d'ETP de personnels médicaux hors psychiatres (un nombre neuf fois plus faible que la moyenne nationale). Enfin, le ratio de personnels paramédicaux est lui inférieur aux deux médianes Grand-Est / France.

Taux standardisé de recours* ambulatoire

	Bas-Rhin (Département) ‰	Grand-Est (Région) ‰	France ‰
pour troubles de l'humeur	9,4	13,6	10,4
pour addiction	3	3,6	2,8

source : RIM-P, Insee - 2015

	Bas-Rhin (Département) ‰	Grand-Est (Région) ‰	France ‰
pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sé	7,4	7,4	7,6
pour autres TMS (TED et déficiences)	1,1	1,3	1

source : RIM-P - 2015

* ‰ bénéficiaires RG 18-64 ans

On observe un taux de recours ambulatoire pour troubles de l'humeur inférieur de manière assez significative à la moyenne régionale. Ceci est à corrélérer avec la densité libérale de psychiatres, très importante dans le Département.

2. Données d'activités 2017 de Psychiatrie Publique

a) Méthodologie générale :

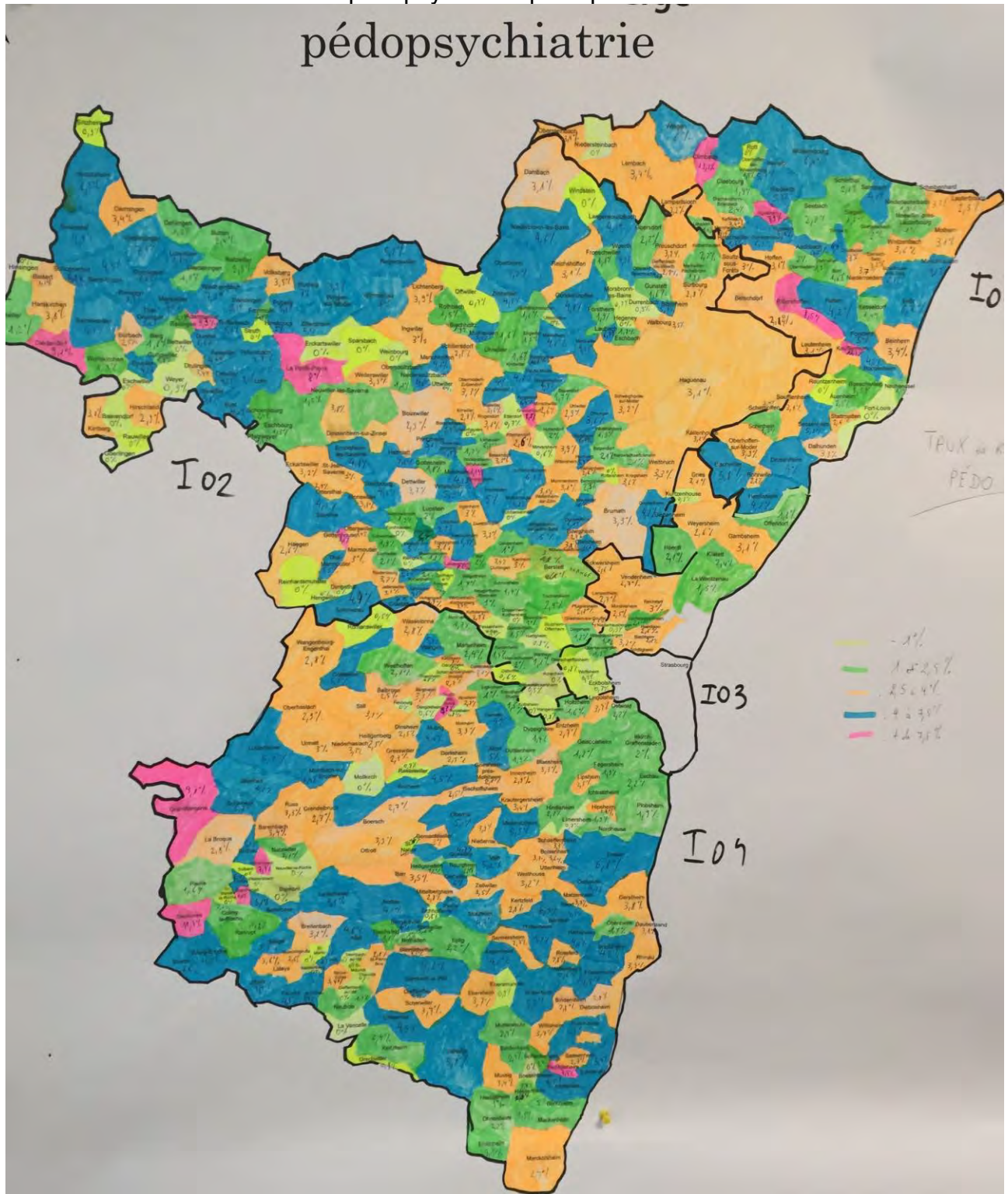
En partant du principe que les données départementalisées ne peuvent, en dépit de leur aspect stratégique évident, mettre en lumière la diversité des territoires du Département, il apparaissait souhaitable que les données d'activité mettent en évidence les besoins en santé mentale, les taux de recours en psychiatrie publique ainsi que les diagnostics principaux et ce, commune par commune.

Cette logique territoriale a également été souhaitée dans le cadre des différents Conseils Locaux en Santé Mentale ou la volonté politique de traiter certains sujets se heurtait à juste titre à l'absence de l'existence de données fiables, à l'échelle communale ou intercommunale.

En annexe du présent diagnostic sont joints les diagnostics infra-départementaux réalisés en parallèle de l'élaboration du présent diagnostic. Ils concernent les territoires où sont implantés un Conseil Local de Santé Mentale.

b) Données d'activités 2017 en pédopsychiatrie publique

Taux de recours communal en pédopsychiatrie publique :



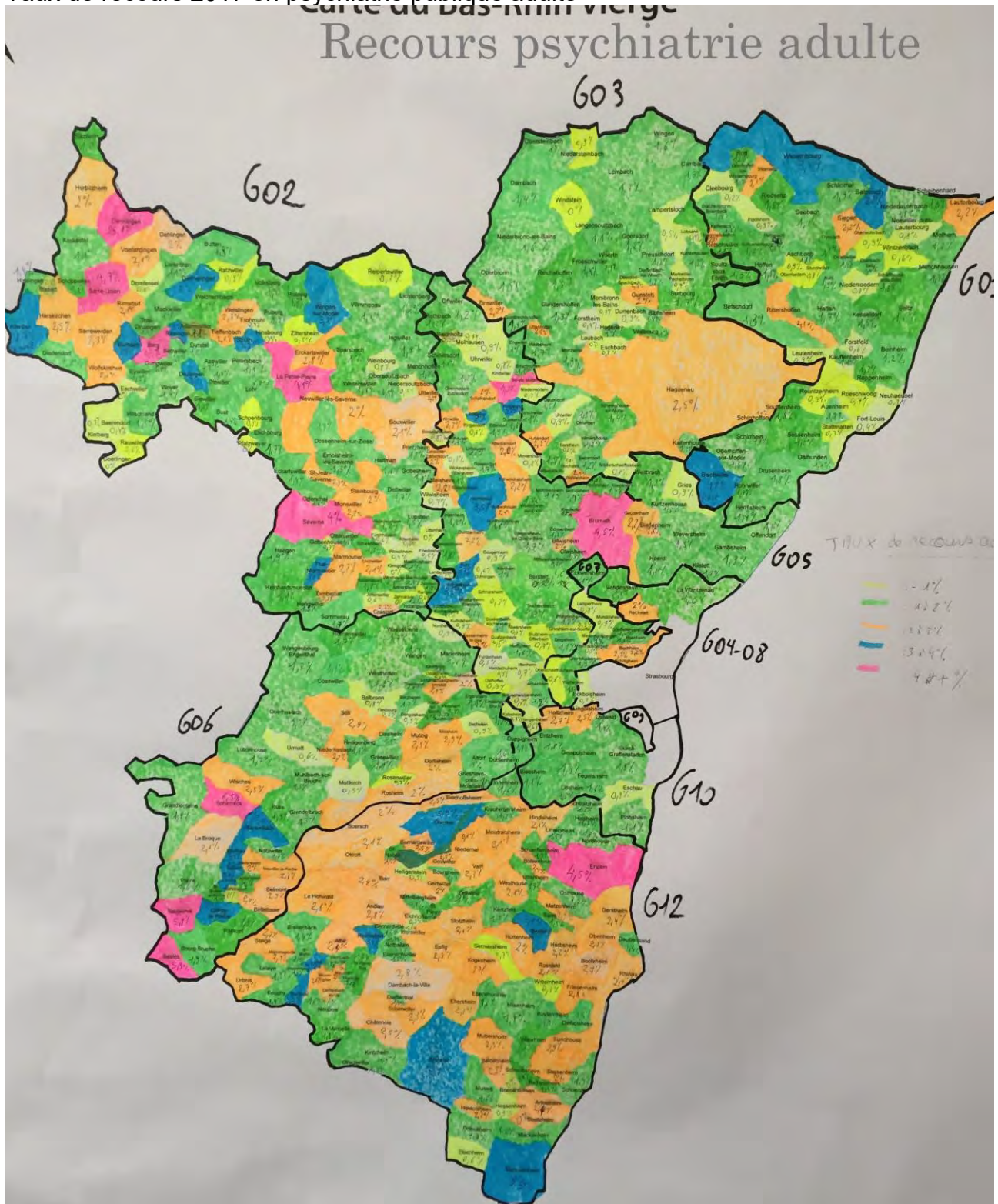
Au niveau départemental, un peu plus de 3 % des enfants ont eu au moins acte réalisé en pédopsychiatrie publique au cours de l'année 2017. Il est à noter un taux de recours à la

pédopsychiatrie très important en zone rurale (secteur de Wissembourg et Haute vallée de Schirmeck notamment).

On note une réelle corrélation et des parallélismes évidents entre le taux de pauvreté et l'indice de défaveur social. Ceci se retrouve également dans les villes moyennes telles que Haguenau moins défavorisée socialement et au taux de recours plus faible que Saverne et Sélestat, plus défavorisés. Cela se retrouve également sur les couronnes eurométropolitaines ou les villes de Schiltigheim et Bischheim, les deux communes (après Strasbourg) les plus pauvres de l'Eurométropole de Strasbourg , disposent des taux de recours les plus importants.

c) Données d'activité 2017 en psychiatrie publique adulte :

Taux de recours 2017 en psychiatrie publique adulte



Le taux de recours départemental en psychiatrie adulte est de 2,07 %.

Enfin, on constate le taux de recours le plus faible sur les quartiers où sont présents les psychiatres libéraux (Contades, Forêt Noire) et dans des quartiers gentrifiés (Neudorf notamment)

Quelques données de recours sur l'hospitalisation complète :

Taux de recours à l'hospitalisation complète : **0,6 %**

Age moyen d'hospitalisation : **48 ans**

% de Soins libres sur les hospitalisations complètes : **69,8 % (moyenne nationale : 75%)**

% des Hospitalisations sous contrainte : **30,2%**. Parmi ces **30,2%** :

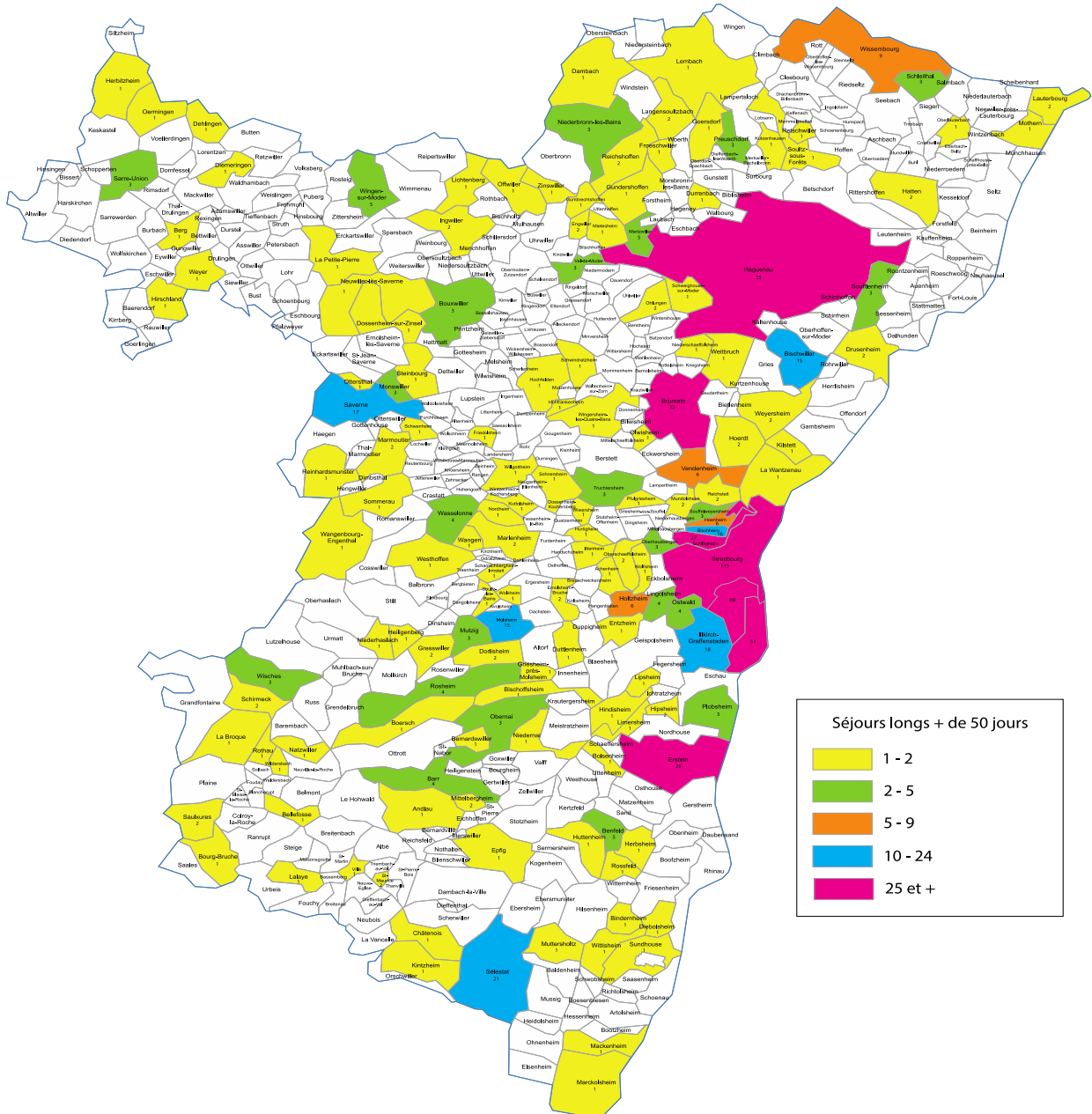
- **42,85 %** sont des soins sur demande d'un tiers
- **41,28 %** sont des soins sur décision du représentant de l'état
- **14,23 %** sont des soins en raison d'un péril imminent pour la santé de la personne

On constate un taux de recours à l'hospitalisation complète dans la moyenne nationale (0,6 % de recours également). Par ailleurs, il convient d'attirer une attention particulière sur le pourcentage de séjours en soins libres, inférieur à la moyenne nationale mais surtout au nombre très important de périls imminents réalisés qui pose un certain nombre de questions sur leurs causes.

Concernant l'âge moyen des hospitalisations, on note un âge moyen relativement important, qui pose la question de la chronicité des séjours hospitaliers et de la chronicisation des patients.

Hospitalisations de plus de 50 jours

Séjours d'hospitalisation de + de 50 jours (Année 2017)



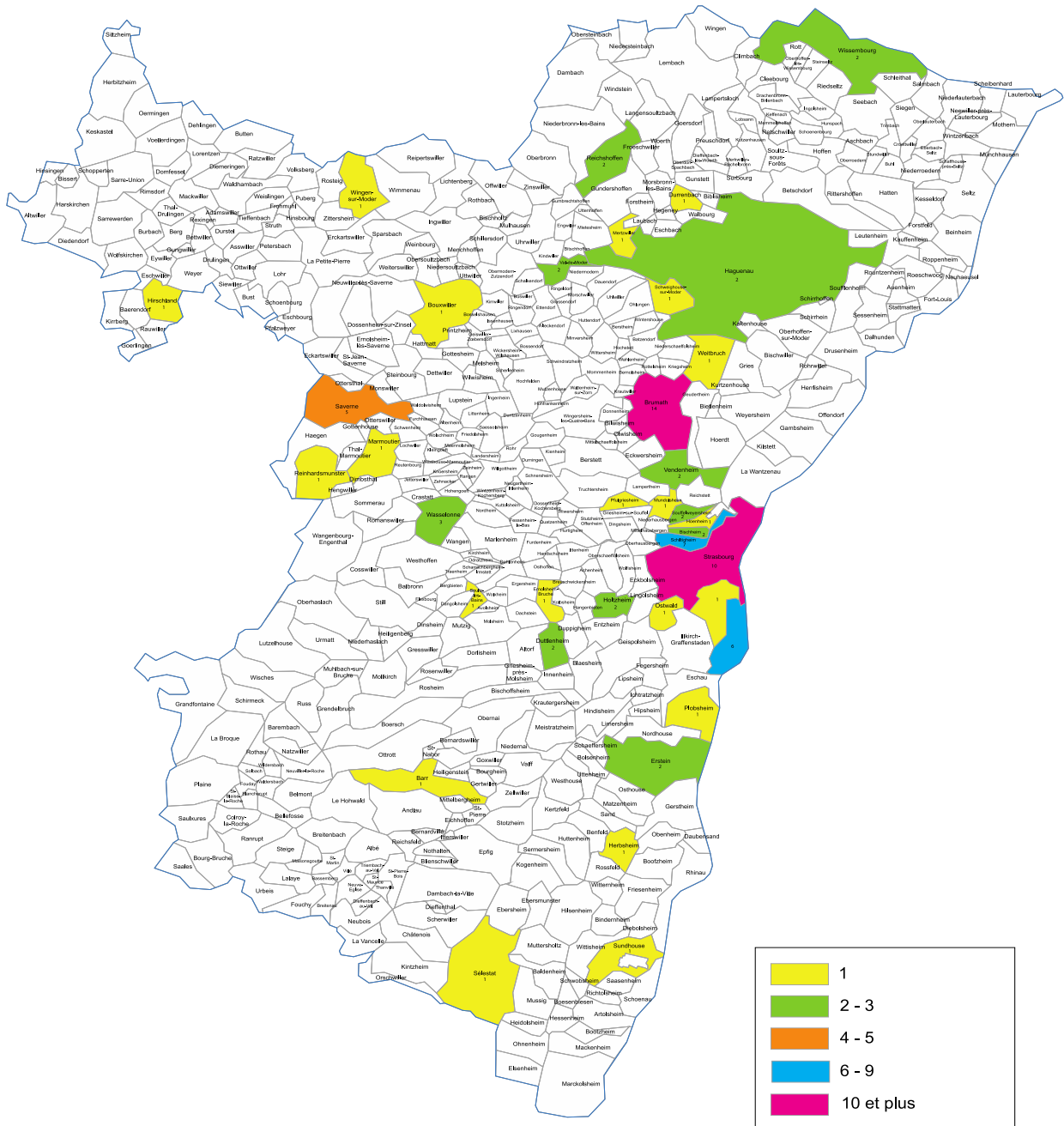
Ce nombre d'hospitalisations prolongées correspond à 15 % du nombre total des hospitalisations, un chiffre plus faible que la moyenne nationale (autour des 20 %).

On note toutefois des hospitalisations prolongées en immense majorité pour les habitants des communes de grande taille, avec des nombres assez importants pour les communes de Haguenau et Saverne, que l'on peut corrélérer à l'absence ou au peu d'offres en logement ou hébergements adaptés à la pathologie psychiatrique. Cette même problématique peut s'appliquer aux communes de l'Eurométropole de Strasbourg ainsi qu'à Strasbourg elle-même.

Les communes d'Erstein et de Brumath ont le ratio population/ nombre d'hospitalisations prolongées le plus important du Département. Ceci peut s'expliquer par les plateaux médico-sociaux ainsi que par la Résidence d'Accueil présents pour Brumath et par l'offre en logements / hébergements pléthoriques sur Erstein (Résidence Accueil, Dispositif LAPY)

Hospitalisations ayant duré plus de 250 jours

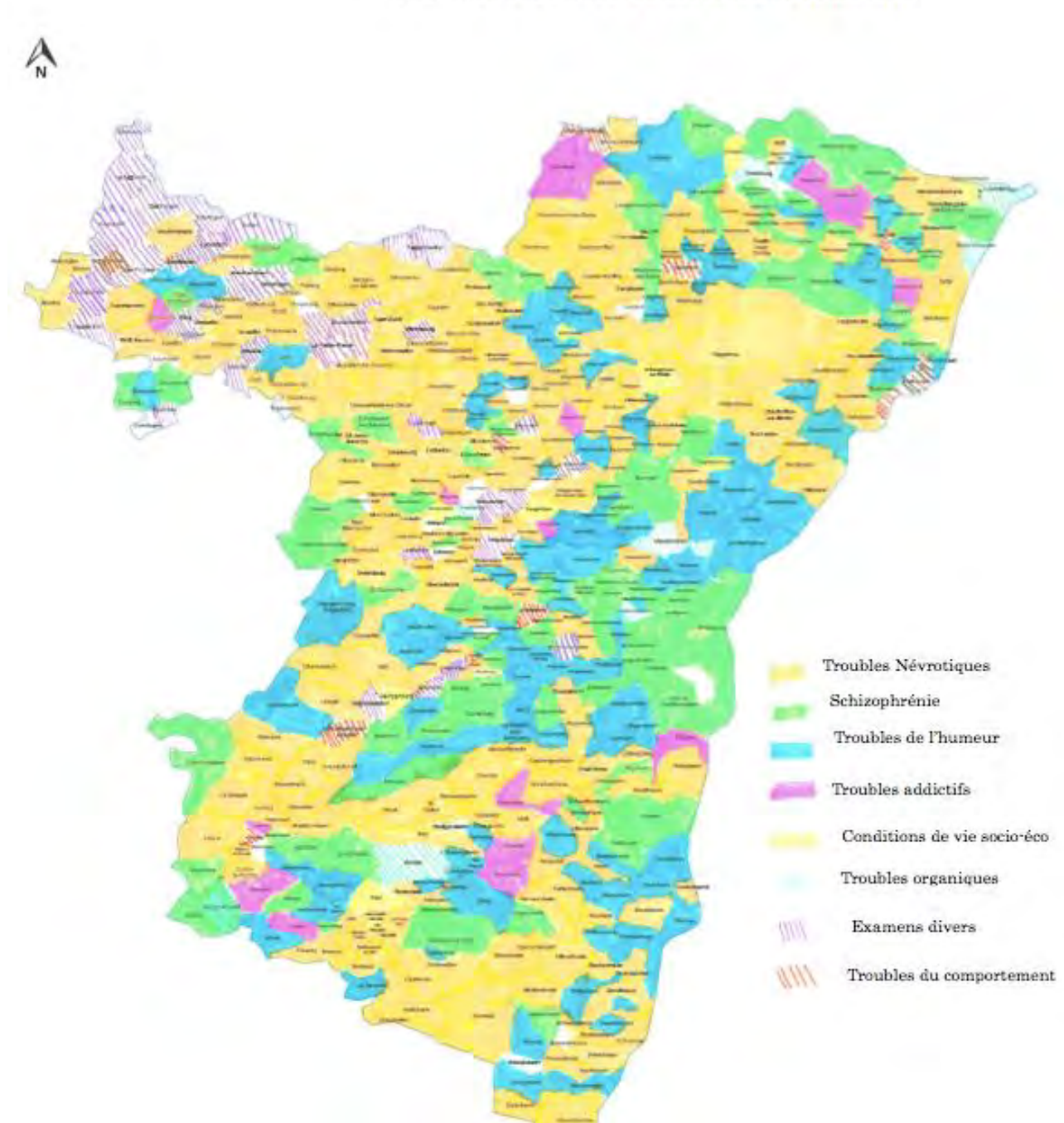
Hospitalisations 2017 ayant duré plus de 250 jours (en nombre de personnes)



Ce nombre d'hospitalisations très longues correspond à **1,43 %** des hospitalisations, ce qui est statistiquement très faible. Néanmoins, le cumul des durées de séjour de ces personnes au sein des trois établissements sanitaires correspond à l'équivalent de **90 lits** sanitaires occupés sur le Département en continu par ces hospitalisations. Il est à noter l'importance des **personnes « sans domicile fixe »** dans ce nombre. En effet, on note, pour l'année 2017, 14 sans domicile fixe ayant eu des séjours de plus de 250 jours, ce qui est quasiment autant que la ville de Strasbourg elle-même (16).

d) Diagnostics principaux des personnes soignées en psychiatrie publique en 2017 :

DIAGNOSTICS PRINCIPAUX PAR COMMUNE



L'analyse de la carte des diagnostics principaux montre principalement une dualité entre les diagnostics principaux en ville et les diagnostics principaux en zone rurale :

En effet, on observe une prépondérance importante du diagnostic principal « schizophrénie » sur Strasbourg, Illkirch, Schiltigheim, Bischheim et Lingolsheim, soit les communes de l'Eurométropole les plus peuplées (et les plus pauvres). A l'inverse, le diagnostic principal « troubles de l'humeur » est majoritairement présent sur les communes de la seconde couronne de l'Eurométropole de Strasbourg.

En zone rurale, on note une prépondérance nette du diagnostic principal : « troubles névrotiques », notamment sur les communes « bourg-centre » de Haguenau, Saverne et Sélestat.

Il est à préciser qu'il s'agit de la prévalence d'un diagnostic en nombre de patients pris en charge et non en fonction du nombre d'actes réalisés pour chacun d'eux.

Quant au diagnostic principal des personnes suivies (en psychiatrie adulte), la proportion par rapport à la population (adulte) est la suivante :

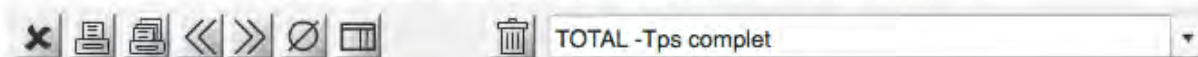
- Schizophrénie : **0,35%**
- Conditions de vie socio-économique : **0,08%**
- Troubles de l'humeur : **0,30%**
- Troubles de la personnalité et du comportement : **0,12%**
- Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives : **0,13%**
- Troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes : **0,36%**

3. Données d'hospitalisation : ou les Bas-Rhinois sont-ils hospitalisés en raison de motifs psychiatriques ?



Cartographie consommation/production

Journées PMSI PSY de la zone : Départements : 67 - Bas-Rhin



Répartition des journées par établissement - Total activité tps plein 2017



source : ATIH - PMSI - 2017 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Evolution des journées - Total activité tps plein (base 100 en 2013)



source : ATIH - PMSI

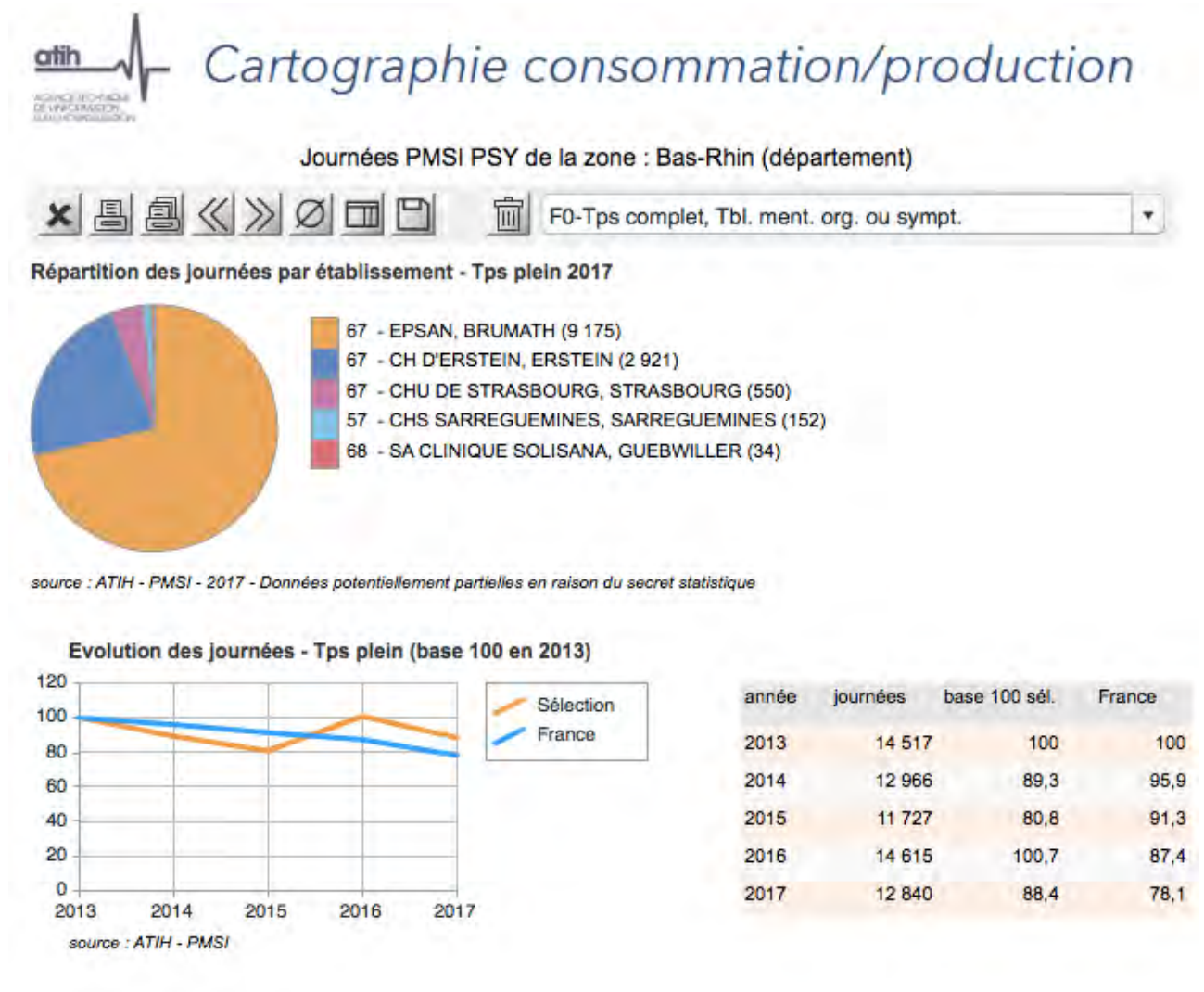
année	journées	base 100 sél.	France
2013	243 541	100	100
2014	234 996	96,5	99
2015	228 266	93,7	99
2016	233 007	95,7	98,3
2017	218 661	89,8	97

On constate une diminution du nombre de journées d'hospitalisation, baisse liée principalement à la baisse du nombre de lits d'hospitalisation dans les différents établissements.

On note par ailleurs un volume de journées important pour la clinique SOLISANA de Guebwiller, qui correspond à un volume journalier et permanent de 25 lits occupés par des Bas-Rhinois. On retrouve principalement sur ces journées des diagnostics de troubles de l'humeur et de troubles névrotiques.

Et en fonction de leur diagnostic principal ?

Troubles organiques ou symptomatiques

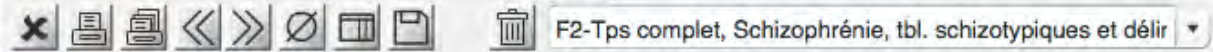


Troubles schizophréniques



Cartographie consommation/production

Journées PMSI PSY de la zone : Bas-Rhin (département)

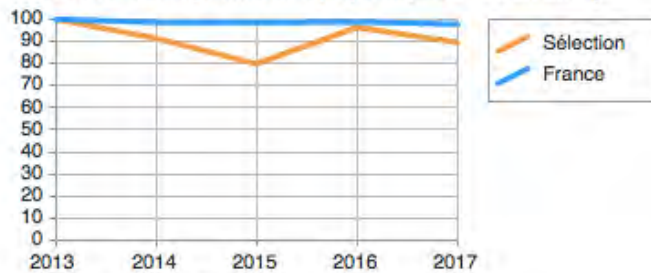


Répartition des journées par établissement - Tps plein 2017



source : ATIH - PMSI - 2017 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Evolution des journées - Tps plein (base 100 en 2013)



source : ATIH - PMSI

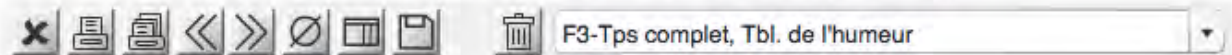
année	journées	base 100 sé.	France
2013	86 885	100	100
2014	79 411	91,4	98,5
2015	69 359	79,8	98,3
2016	83 587	96,2	98,7
2017	77 746	89,5	97,7

Troubles de l'humeur

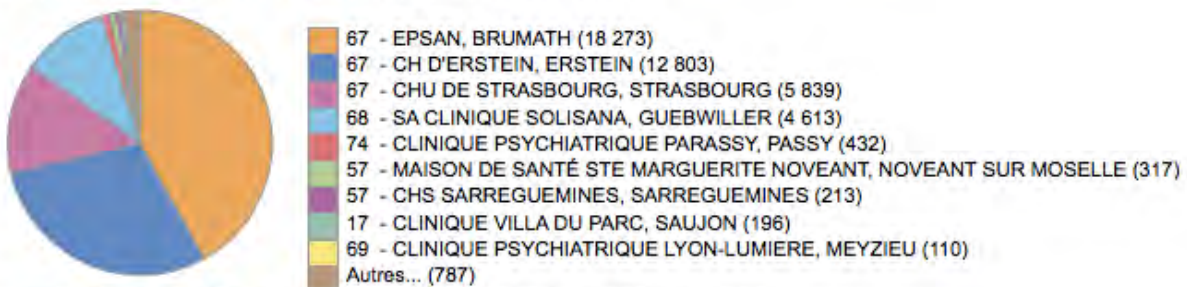


Cartographie consommation/production

Journées PMSI PSY de la zone : Bas-Rhin (département)

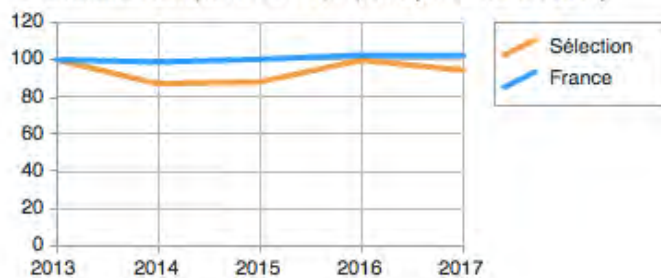


Répartition des journées par établissement - Tps plein 2017



source : ATIH - PMSI - 2017 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Evolution des journées - Tps plein (base 100 en 2013)



source : ATIH - PMSI

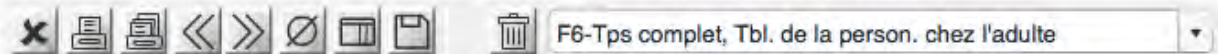
année	journées	base 100 sé.	France
2013	46 452	100	100
2014	40 429	87	98,6
2015	40 677	88	100,1
2016	46 281	99,6	102,5
2017	43 809	94,3	102,2

Troubles de la personnalité chez l'adulte

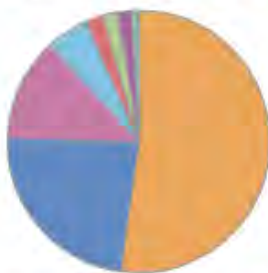


Cartographie consommation/production

Journées PMSI PSY de la zone : Bas-Rhin (département)



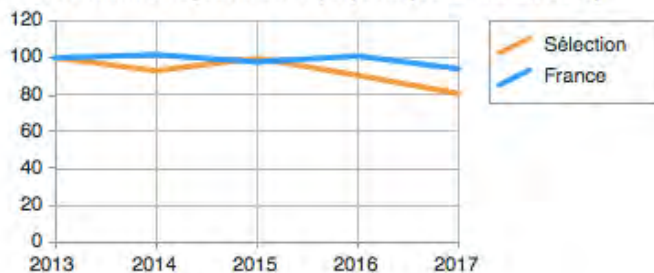
Répartition des journées par établissement - Tps plein 2017



- 67 - EPSAN, BRUMATH (6 105)
- 67 - CH D'ERSTEIN, ERSTEIN (2 713)
- 67 - CHU DE STRASBOURG, STRASBOURG (1 480)
- 68 - SA CLINIQUE SOLISANA, GUEBWILLER (623)
- 57 - CHS SARREGUEMINES, SARREGUEMINES (247)
- 57 - CENTRE MATHILDE SALOMON, PHALSBOURG (226)
- 68 - GRPE HOSP REGION MULHOUSE ET SUD ALSACE, MULHOUSE (202)
- 54 - CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE NANCY, LAXOU (102)

source : ATIH - PMSI - 2017 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Evolution des journées - Tps plein (base 100 en 2013)



année	journées	base 100 sé.	France
2013	14 636	100	100
2014	13 621	93,1	101,7
2015	14 578	99,6	97,7
2016	13 262	90,6	101
2017	11 800	80,6	93,9

source : ATIH - PMSI

Troubles névrotiques

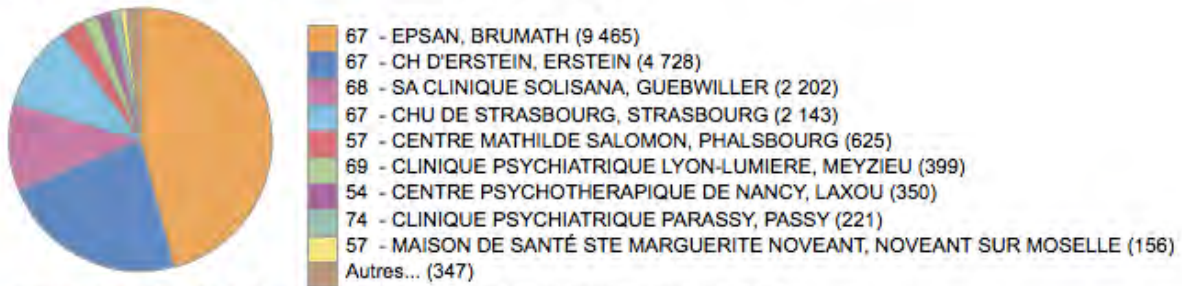


Cartographie consommation/production

Journées PMSI PSY de la zone : Bas-Rhin (département)

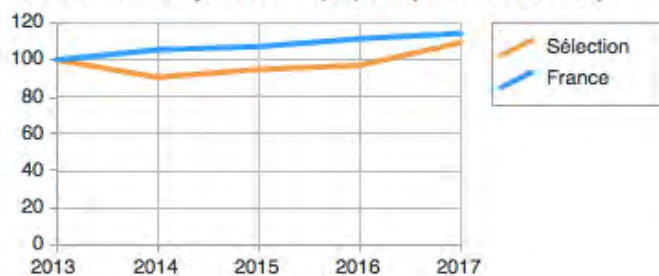
F4-Tps complet, Tbl. névrotiques liés à fact. de stress et st

Répartition des journées par établissement - Tps plein 2017



source : ATIH - PMSI - 2017 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Evolution des journées - Tps plein (base 100 en 2013)



source : ATIH - PMSI



Cartographie consommation/production

Journées PMSI PSY de la zone : Bas-Rhin (département)

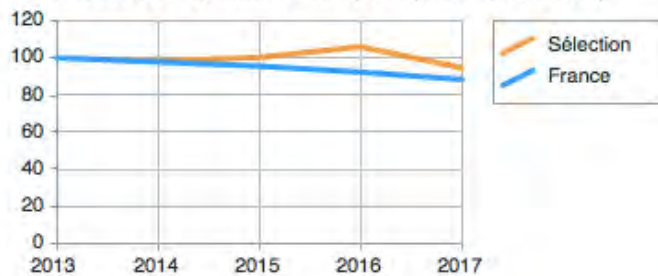
F7-Tps complet, Retard mental

Répartition des journées par établissement - Tps plein 2017



source : ATIH - PMSI - 2017 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Evolution des journées - Tps plein (base 100 en 2013)



source : ATIH - PMSI

année	journées	base 100 sé.	France
2013	10 590	100	100
2014	10 394	98,1	97,6
2015	10 612	100,2	95,5
2016	11 217	105,9	92,3
2017	10 000	94,4	88,4

Répartition des journées par établissement - Autres activités du Tps complet 2017

Troubles du développement psychologique

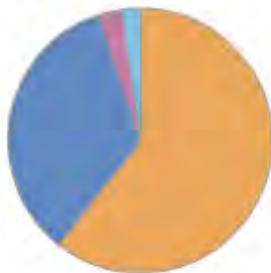


Cartographie consommation/production

Journées PMSI PSY de la zone : Bas-Rhin (département)

F8-Tps complet, Tbl. du dévelop. psycho.

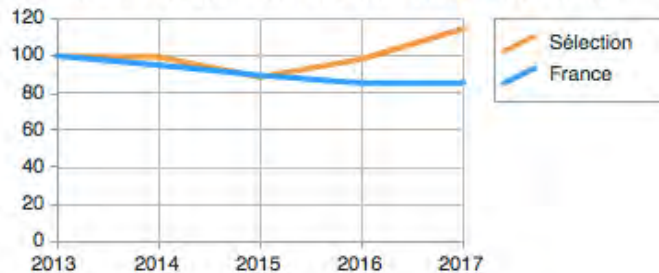
Répartition des journées par établissement - Tps plein 2017



- 67 - EPSAN, BRUMATH (6 803)
- 67 - CH D'ERSTEIN, ERSTEIN (3 847)
- 67 - CHU DE STRASBOURG, STRASBOURG (310)
- 57 - CENTRE MATHILDE SALOMON, PHALSBOURG (260)

source : ATIH - PMSI - 2017

Evolution des journées - Tps plein (base 100 en 2013)



source : ATIH - PMSI

année	journées	base 100 sé.	France
2013	9 794	100	100
2014	9 742	99,5	95
2015	8 681	88,6	89,5
2016	9 612	98,1	85,2
2017	11 220	114,6	85,3

Il est à noter, sur l'analyse des diagnostics principaux que la plupart des diagnostics principaux sont en résonance avec la baisse globale du nombre de journées d'hospitalisation. On observe néanmoins une augmentation globale du nombre de journées d'hospitalisation en raison de troubles névrotiques.

Journées PMSI PSY de la zone : Bas-Rhin (département)

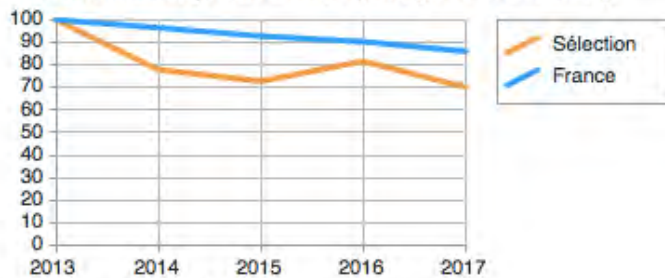


Répartition des journées par établissement - Tps plein 2017



source : ATIH - PMSI - 2017 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Evolution des journées - Tps plein (base 100 en 2013)



source : ATIH - PMSI

année	journées	base 100 sél.	France
2013	23 115	100	100
2014	18 035	78	96,4
2015	16 795	72,7	92,7
2016	18 860	81,6	90,4
2017	16 175	70	86

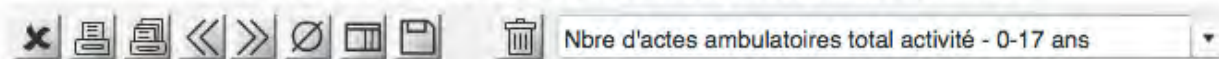
On observe une diminution très importante du nombre de journées réalisées pour ce diagnostic, que l'on observe également au niveau national

4. Volume des actes ambulatoires et à temps partiel (en nombre d'actes)

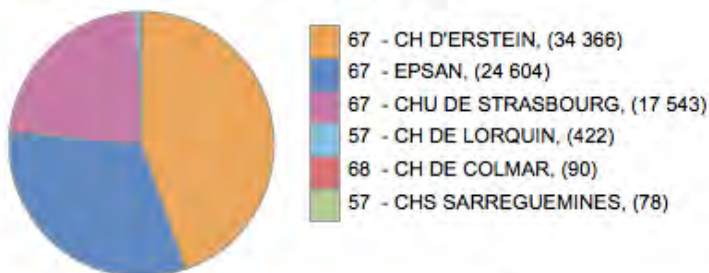


Cartographie consommation/production

Actes PMSI PSY de la zone (ambulatoire) : Bas-Rhin (département)

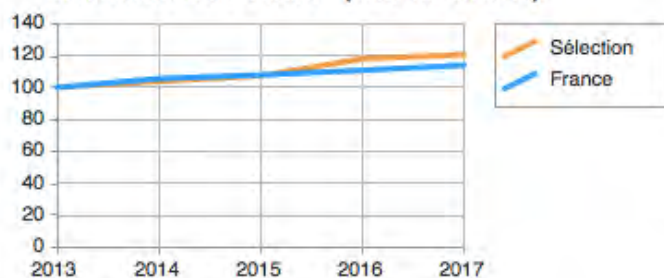


Répartition du Nbre d'actes par établissement - 2017



source : ATIH - PMSI - 2017 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Evolution du Nbre d'actes - (base 100 en 2013)



source : ATIH - PMSI

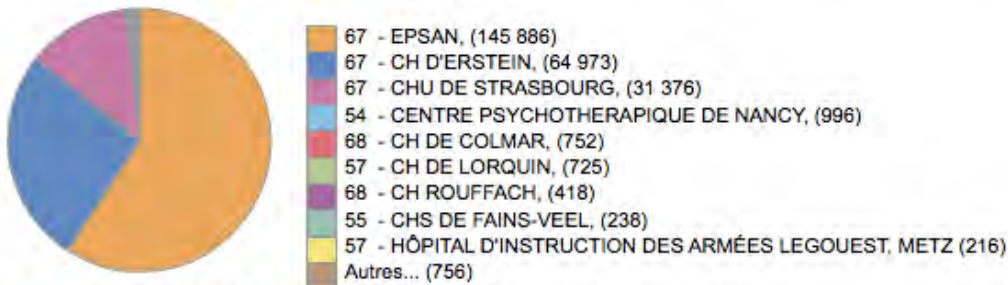
année	Nbre d'actes	base 100 sé.	France
2013	83 990	100	100
2014	66 536	104	105,7
2015	68 662	107,3	108
2016	75 499	118	110,9
2017	77 208	120,7	114

On constate un volume d'actes ambulatoires en forte augmentation de plus de 20% entre 2013 et 2017. Ce chiffre a par ailleurs augmenté de manière progressive tout les ans.

Actes PMSI PSY de la zone (ambulatoire) : Bas-Rhin (département)

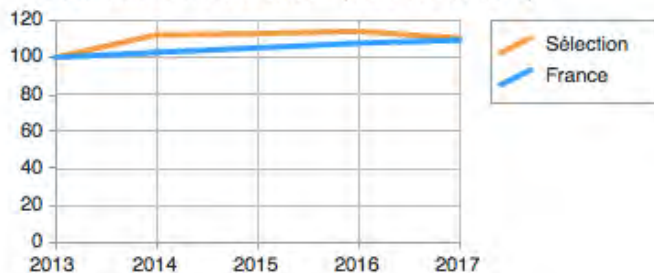


Répartition du Nbre d'actes par établissement - 2017



source : ATIH - PMSI - 2017 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Evolution du Nbre d'actes - (base 100 en 2013)



source : ATIH - PMSI

année	Nbre d'actes	base 100 sé.	France
2013	223 879	100	100
2014	250 785	112	102,6
2015	252 638	112,8	105,2
2016	255 028	113,9	107,7
2017	246 692	110,2	109,3

On observe une légère diminution globale en terme d'actes en 2017, qui suivait néanmoins une augmentation très forte du nombre d'actes de 2013 à 2016 (+14 %)

Activité à temps partiel:



Cartographie consommation/production

Journées PMSI PSY de la zone : Bas-Rhin (département)

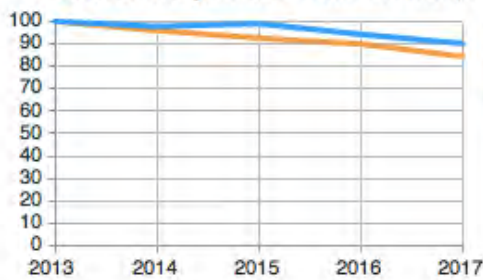
TOTAL -Tps partiel - 0-17 ans

Répartition des journées par établissement - Total activité tps partiel 2017



source : ATIH - PMSI - 2017 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Evolution des journées - Total activité tps partiel (base 100 en 2013)

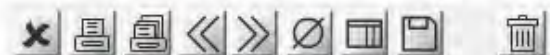


source : ATIH - PMSI

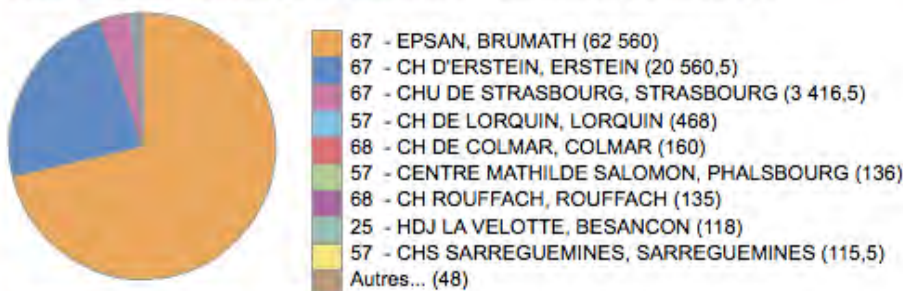
année	journées	base 100 sél.	France
2013	35 702	100	100
2014	34 228	95,9	97,6
2015	33 008	92,5	99
2016	32 097	89,9	94,2
2017	30 100	84,3	90,1

On note une diminution forte du nombre de journées d'hospitalisation de jour en pédopsychiatrie, à corrélérer avec la forte augmentation du nombre d'actes en ambulatoire.

Journées PMSI PSY de la zone : Bas-Rhin (département)

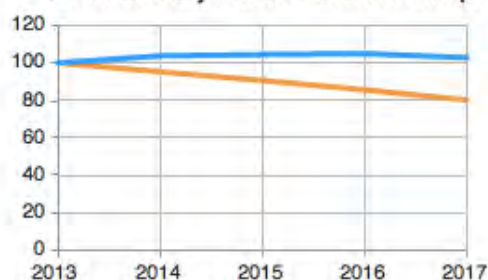

TOTAL -Tps partiel - 18 ans & +

Répartition des journées par établissement - Total activité tps partiel 2017



source : ATIH - PMSI - 2017 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Evolution des journées - Total activité tps partiel (base 100 en 2013)



source : ATIH - PMSI

année	journées	base 100 sél.	France
2013	109 490	100	100
2014	104 333	95,3	103,6
2015	98 938	90,4	104,4
2016	93 624	85,5	105
2017	87 755	80,1	102,6

On constate ici de manière analogue à la pédopsychiatrie une forte diminution des journées d'hospitalisation de jour. Cette forte diminution a été linéaire au cours des cinq dernières années (- 5% chaque année).

E. Données relatives à la promotion de la santé /démocratie en santé mentale/

Semaines d'information en santé mentale (SISM)

	Bas-Rhin (Département) 2016	Grand-Est (Région) 2016	France 2016
Nombre d'actions SISM	37	87	1 207
Densité d'actions SISM*	3,33	1,57	1,95

Conseils locaux de santé mentale (CLSM)

	Bas-Rhin (Département) 2016	Grand-Est (Région) 2016	France 2016
Population couverte par un CLSM (%)	53	32,3	24,3

source : INSEE, CCOMS - 2016

La liste exhaustive (1er janvier 2016) des communes couvertes par un CLSM est disponible dans le portrait local "CLSM et GEM".

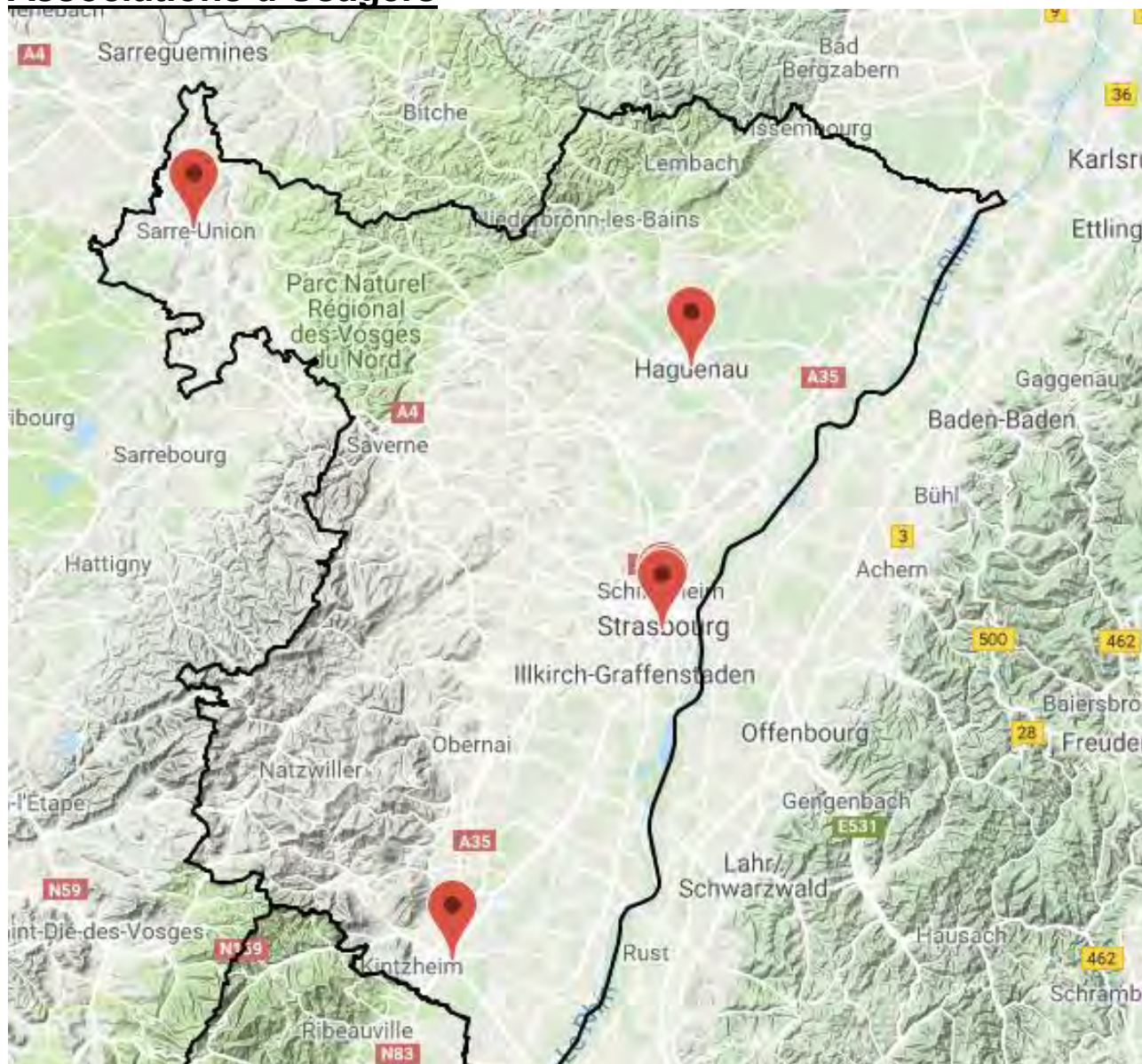
II. Le maillage du territoire

Nombre de places installées en établissements et services médicosociaux

	Bas-Rhin (Département) *	Grand-Est (Région) *	France *
en SAMSAH	16,8	21	20,3
en SAVS	63,4	73	79,2
en ESAT	221	271,3	240,4
en Foyers de vie et d'hébergement	80,3	104,4	103,3
en FAM	74	53,5	60,9
en MAS	51	71,2	58,6

1. ASSOCIATIONS D'USAGERS ET DE FAMILLES D'USAGERS

Associations d'Usagers



Concernant la répartition des Groupes d'Entraide Mutuelle, on note une présence assez importante de ses structures d'usagers à travers le territoire.

Néanmoins, on constate un besoin et un manque important sur la zone du territoire de la Vallée de la Bruche (Molsheim), ainsi que sur le territoire Nord-Bas-Rhin (Wissembourg) et enfin sur la partie Eurométropole Nord de Strasbourg

Associations de familles d'utilisateurs



Les associations de familles sont situées sur Strasbourg. L'UNAFAM, principale association de famille spécifiquement dédiée à la maladie psychique sur le Département, maille le territoire par des groupes de parole sur un grand nombre de territoires et tient une permanence téléphonique bien identifiée.

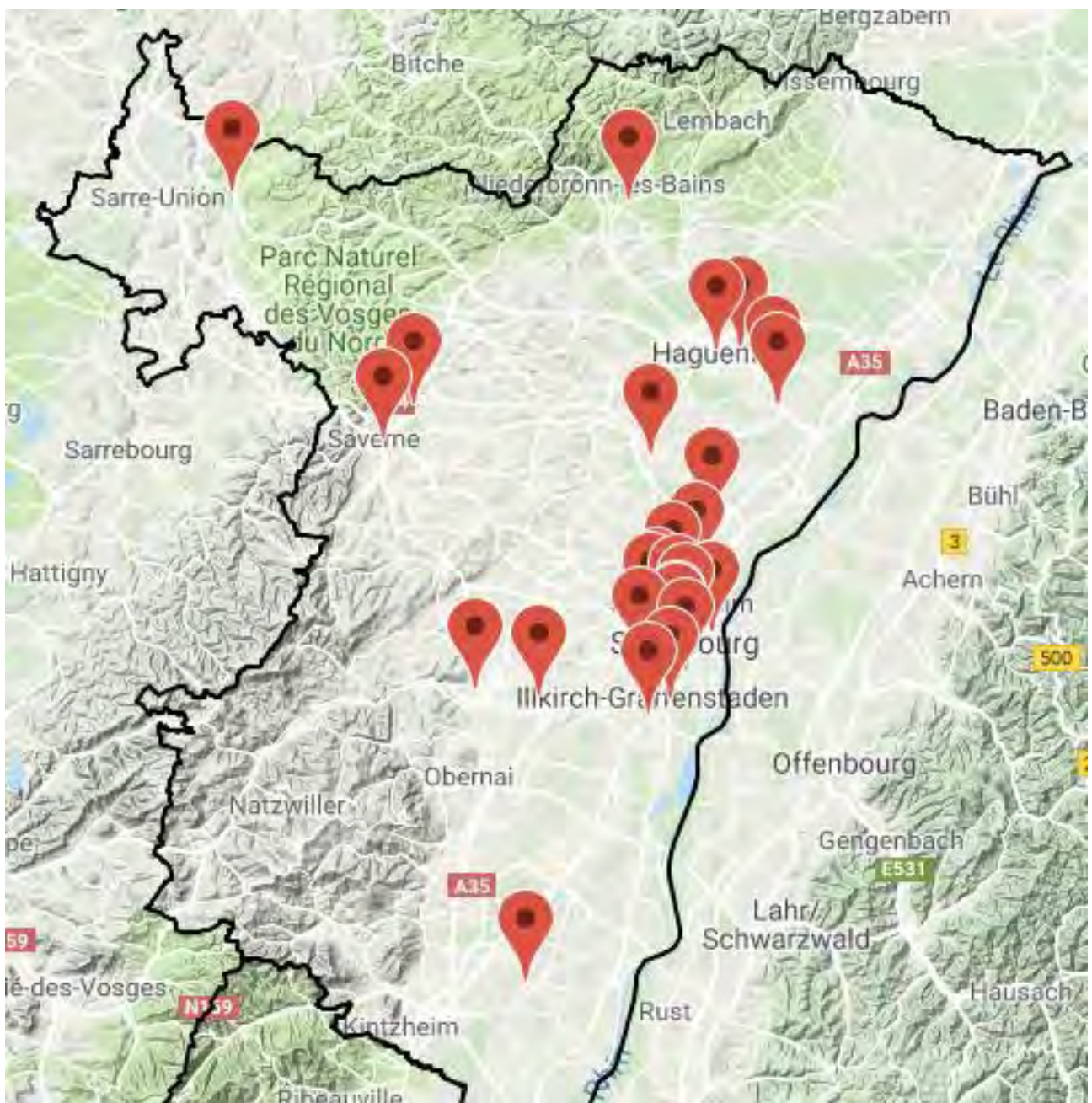
2. INSERTION PROFESSIONNELLE

Établissement et service d'aide par le travail



Bien que l'attente en ESAT soit très longue, et que ce constat soit partagé par tous les acteurs, on note néanmoins, au niveau territorial, un maillage assez complet des différents bassins de vie.

Entreprises adaptées



Service d'Insertion en Milieu Ordinaire de travail (SIMOT)



Le SIMOT constitue aujourd'hui un service d'appui et de référence pour l'insertion en milieu ordinaire des personnes atteintes de troubles psychiques. Son maillage très complet du territoire ainsi que son incessant travail de réseau sont également à noter.

Pour aller plus loin : http://www.r-n-a.org/page_str_simot/index.php

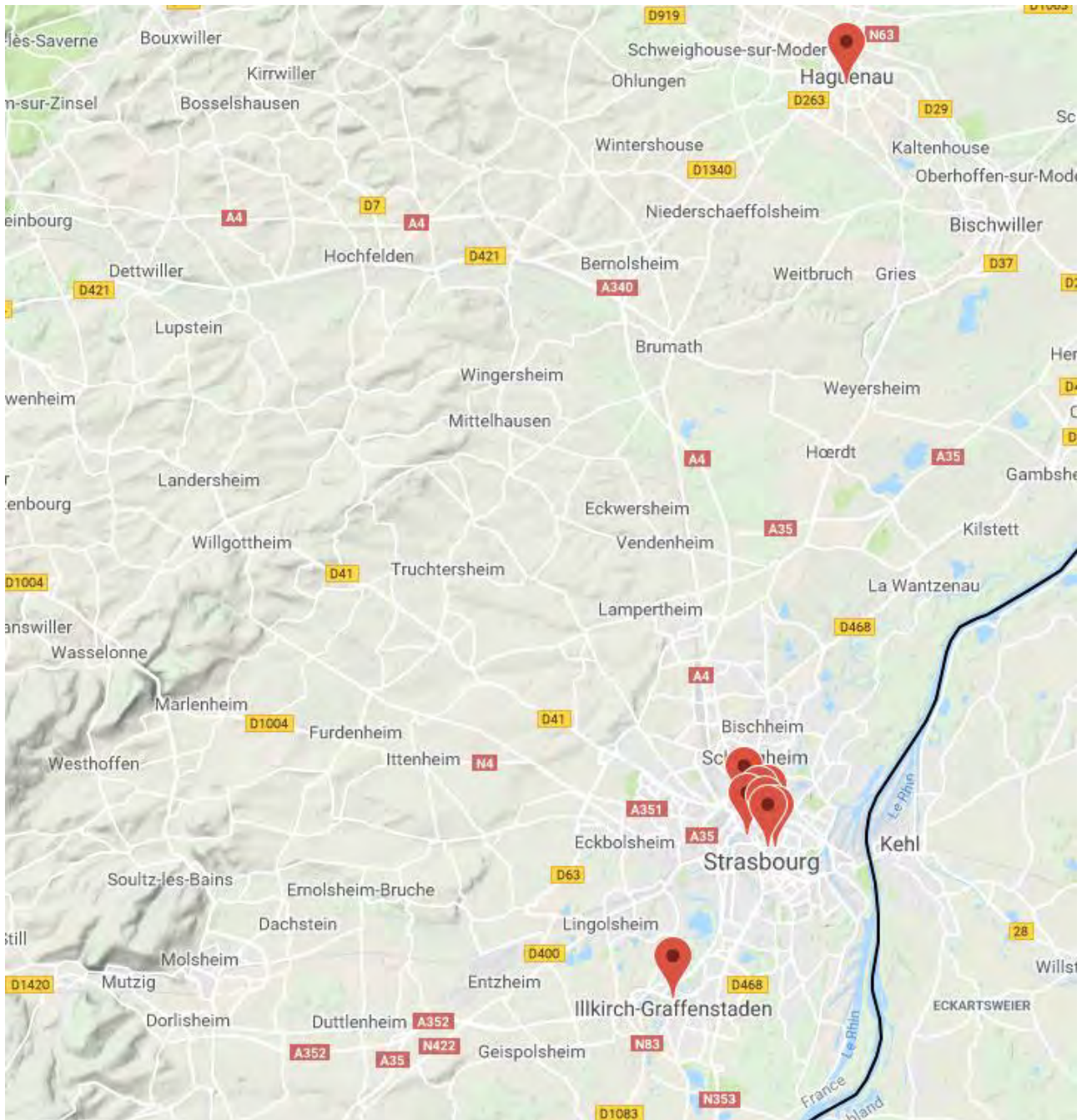
Mission locale



Les missions locales, de par leur travail de réseau intensif, sont devenues des partenaires à part entière des services de santé mentale. Dans le cadre de leur présence dans les différents CLSM, ceux-ci ont exprimé de manière unanime l'importance croissante des problématiques de santé mentale dans les populations qu'ils accompagnent.

LOGEMENT ET HÉBERGEMENT

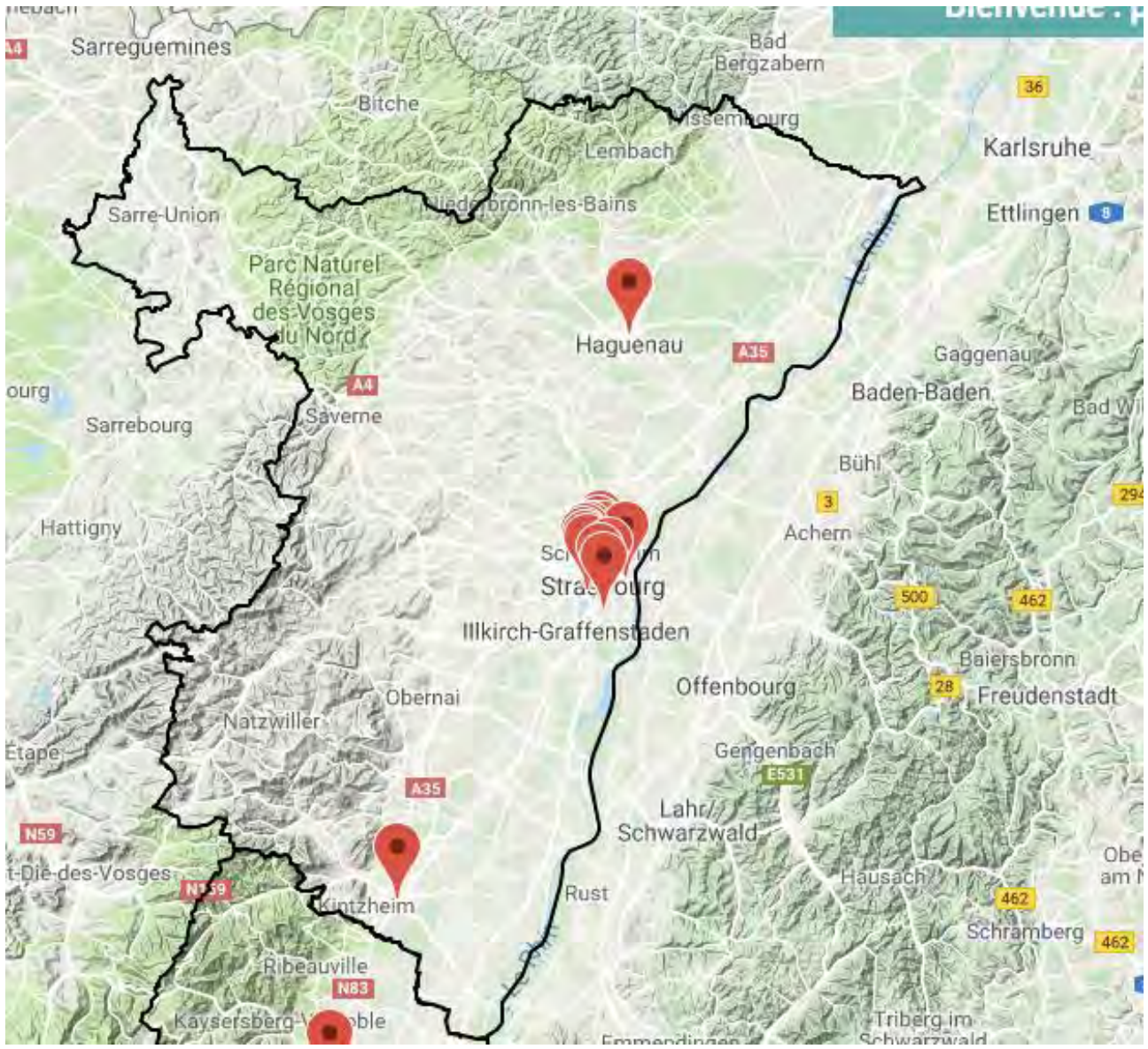
Appartements relais / Hébergement pour les jeunes



On note un développement assez hétérogène de ce type de structures, concentrées de manière quasi exclusive sur la métropole Strasbourgeoise. La pertinence d'un

déploiement plus large de ce type d'appartements spécifiques pour des populations de type adolescent jeunes adultes est réelle.

Centre d'Hébergement et de réinsertion sociale



Hébergement lié à une problématique de santé mentale (dispositif LAPP, Résidences accueil,...)



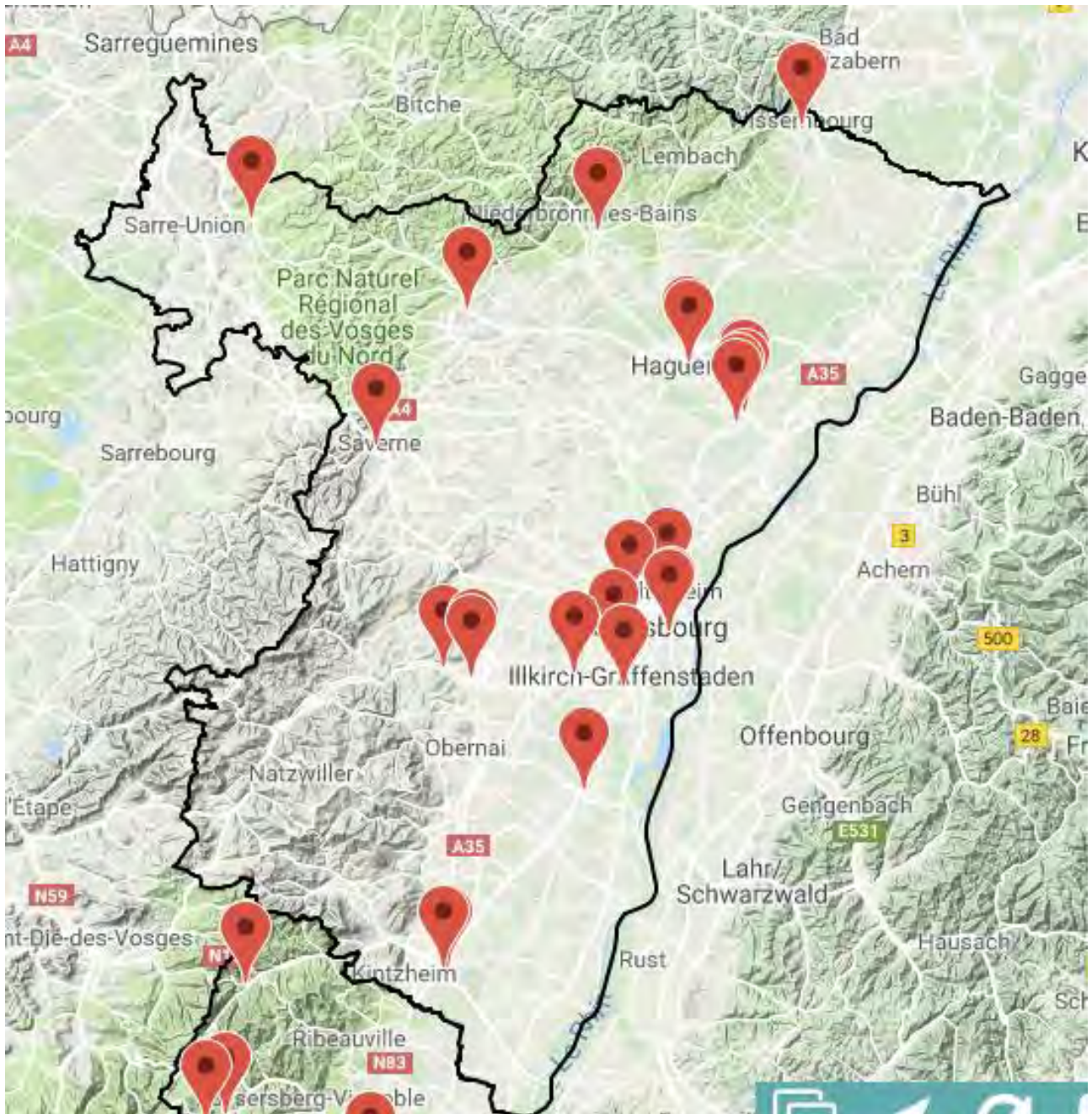
Familles gouvernantes



Maisons-relais

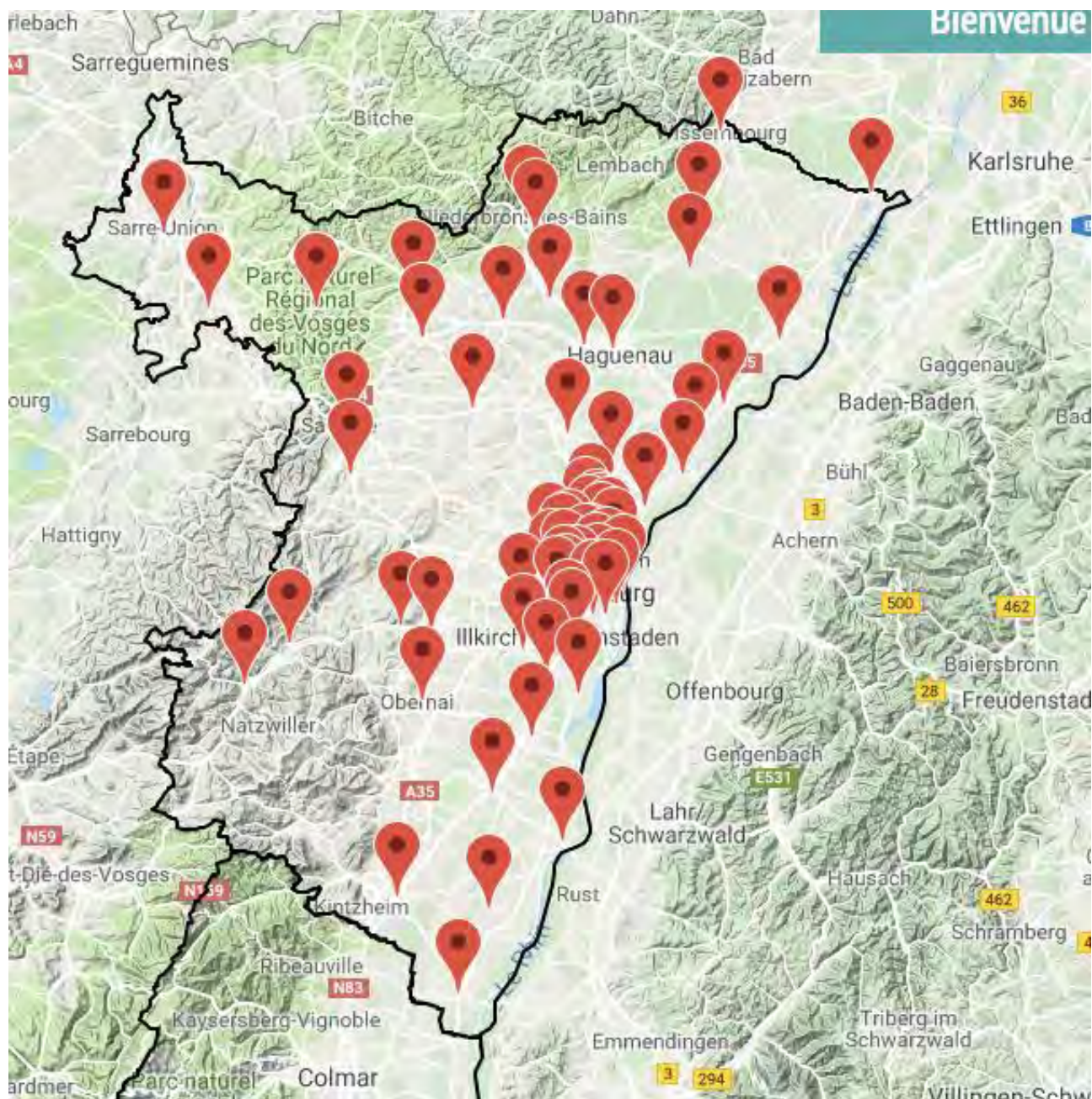


Foyer d'Hébergement pour travailleurs handicapés

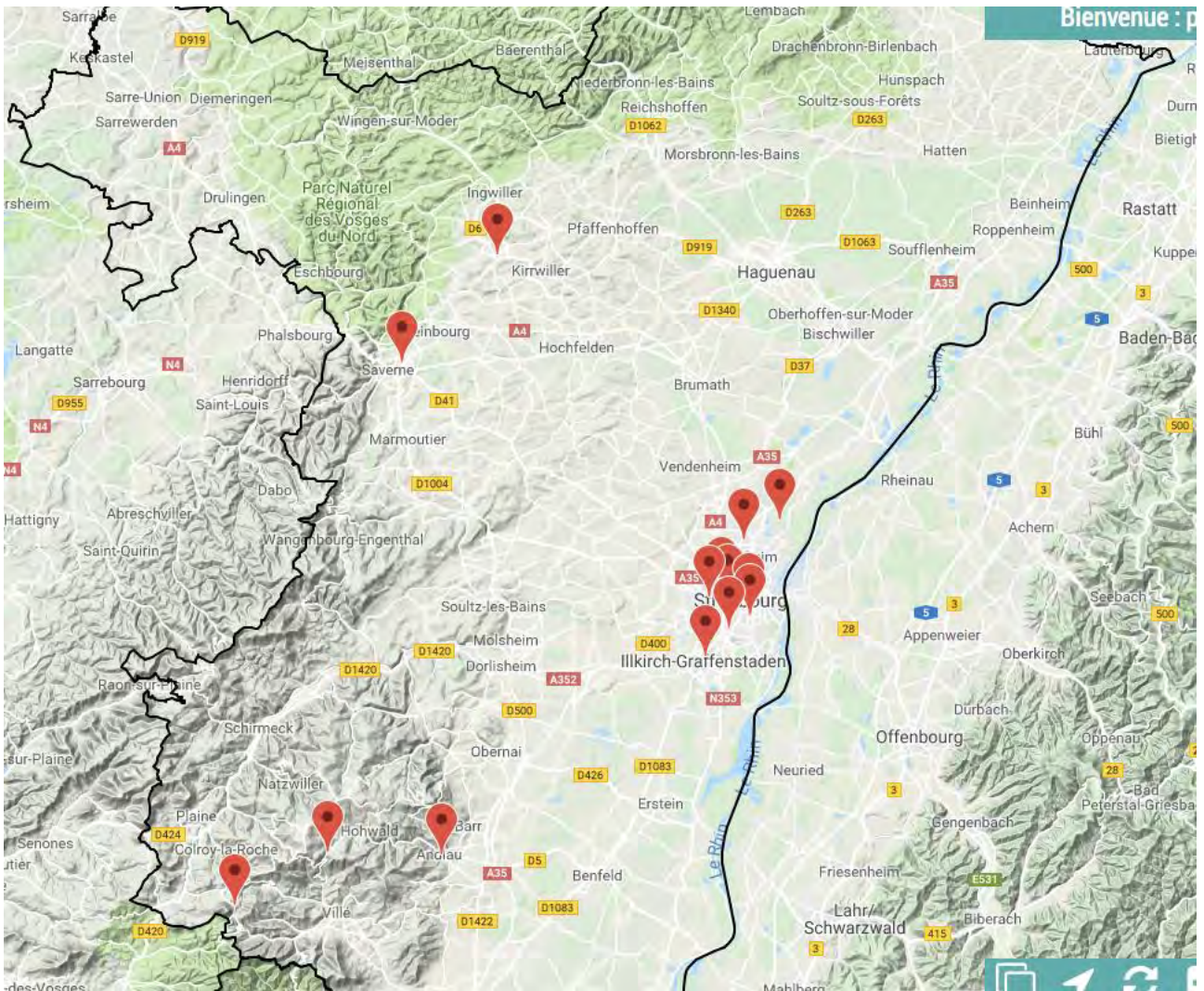


ACCOMPAGNEMENT SOCIAL /ÉDUCATIF

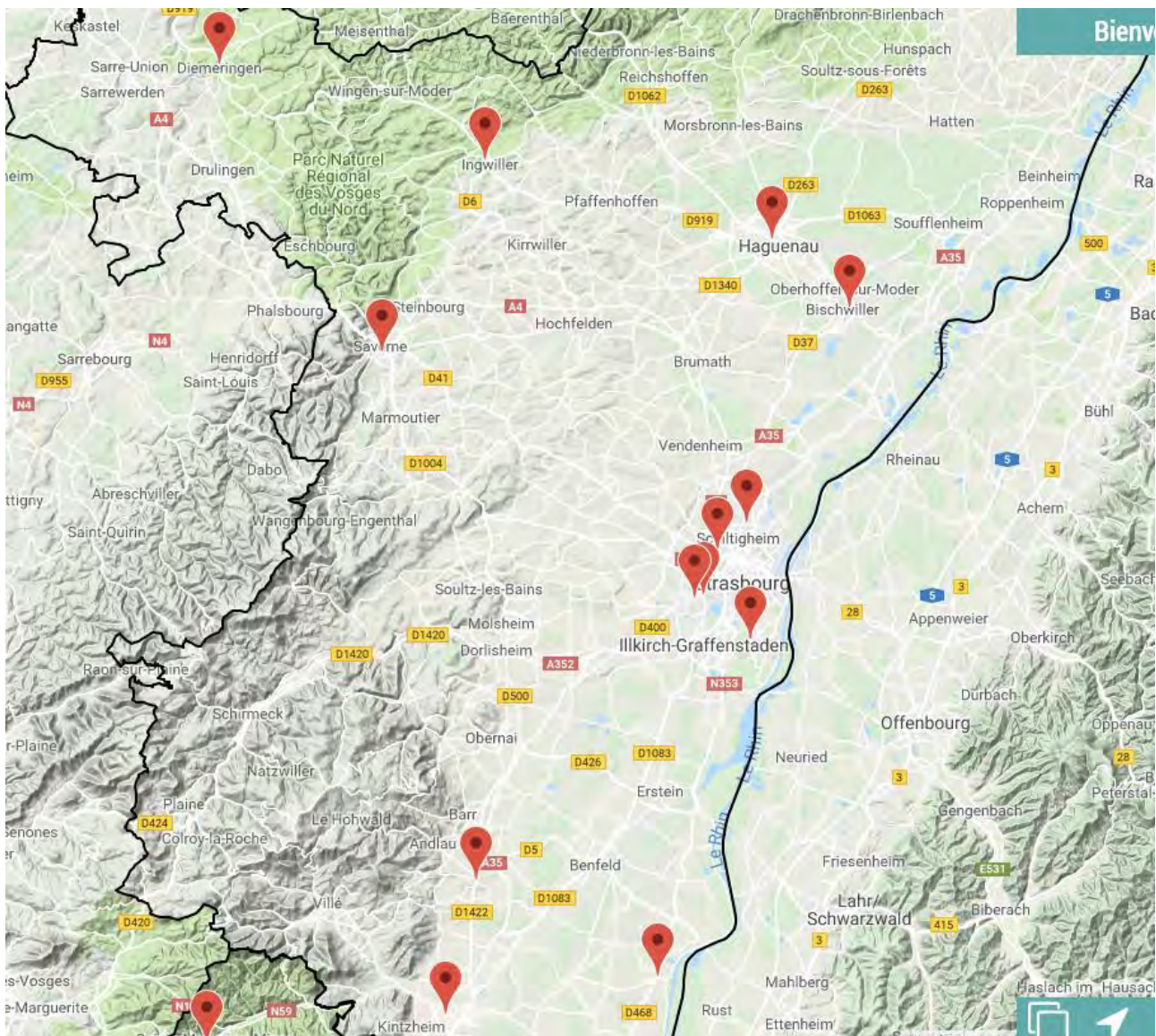
Centres sociaux et médico-sociaux (UTAMS, CMS)



Établissements de placement de Protection Judiciaire de la Jeunesse



Instituts Médico-Économiques / Instituts Médico-Professionnels



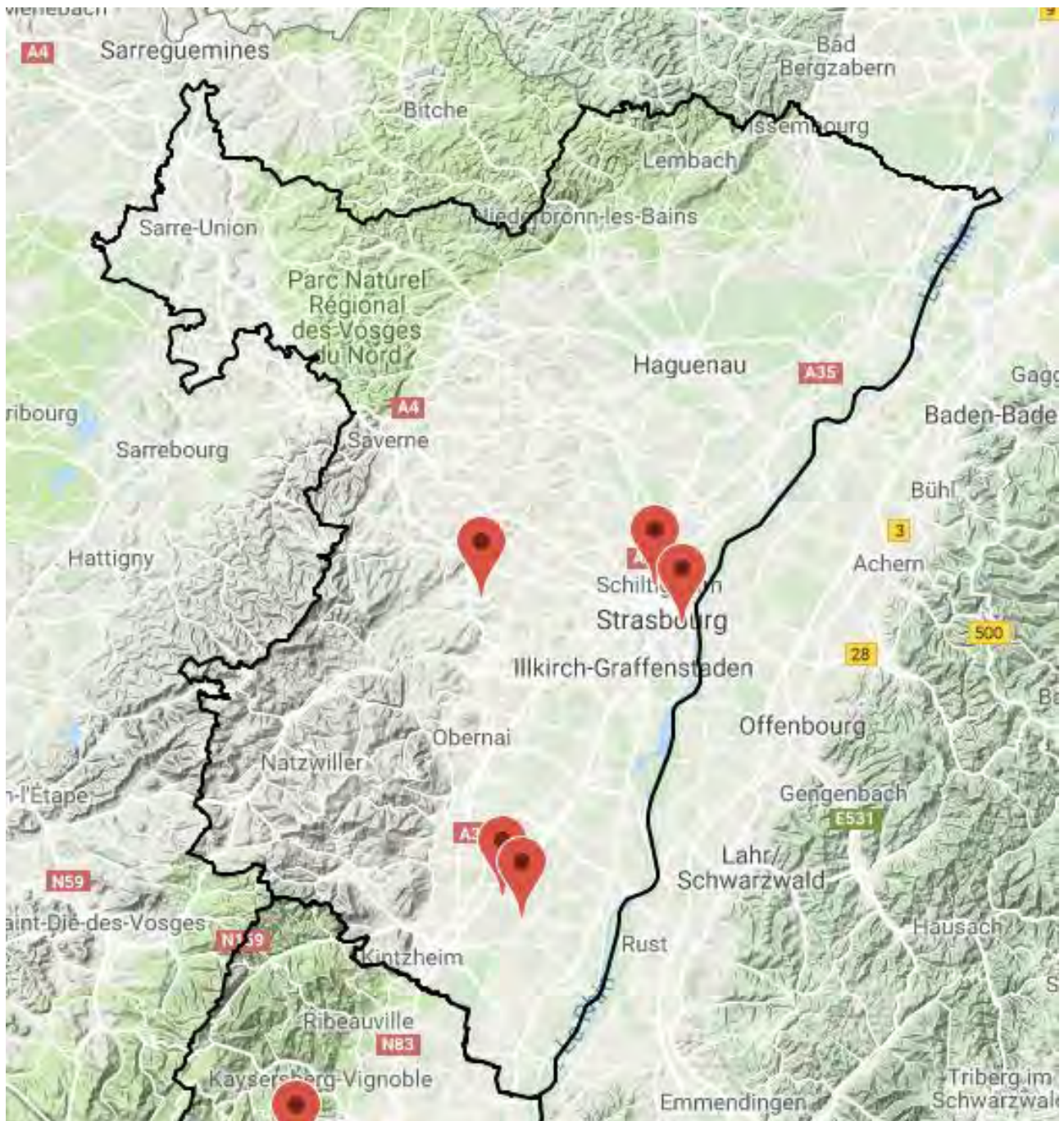
On note sur ce type de structures un maillage territorial relativement harmonieux, lié principalement à l'histoire, la grande majorité de ces établissements étant dirigés par des associations. Toutefois, il est à noter l'absence de ce type de structures dans le secteur de la Vallée de la Bruche / Haute Vallée / Schirmeck alors même que les besoins en santé mentale des enfants sont extrêmement importants.

Maisons d'enfant à caractère social (MECS)



On note, pour ce type de structures, de manière relativement similaire aux IME et ITEP un maillage issu de l'histoire locale et d'associations implantées. On note par ailleurs une absence de ce type de structure dans le Nord du Département et une présence importante dans le sud de celui-ci.

Institut Thérapeutique, Éducatif et Professionnel (ITEP)



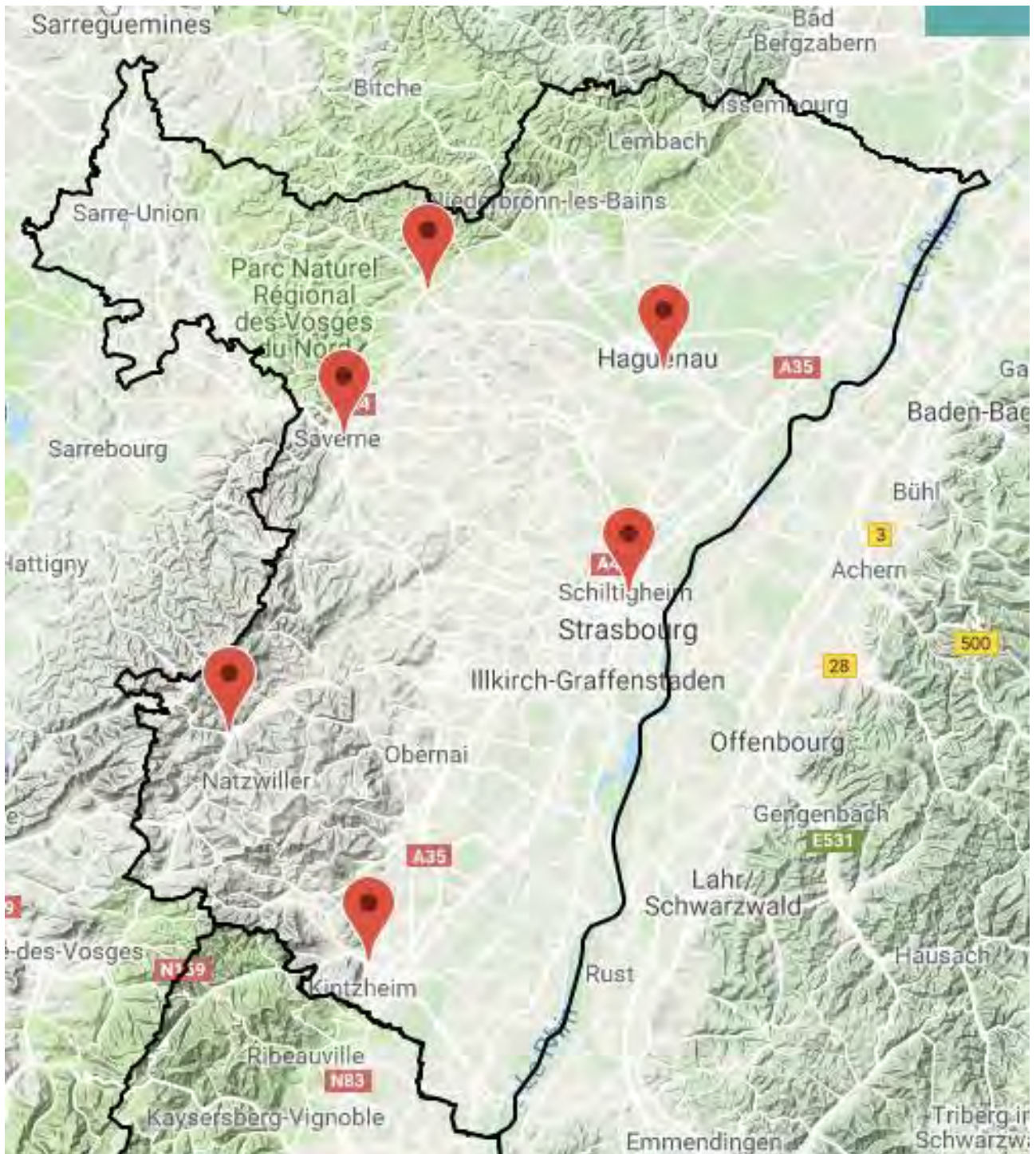
Un constat similaire peut ici être apporté à celui indiqué pour les MECS, à savoir une absence de ce type de structure sur le nord du Département et un maillage souvent lié à une présence historique d'associations .

Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP)



On constate une répartition des CMPP sur le Nord du Département et à l'inverse une absence de maillage sur le Sud du Département.

Centre d'Accueil Médico-Social Précoce (CAMSP)



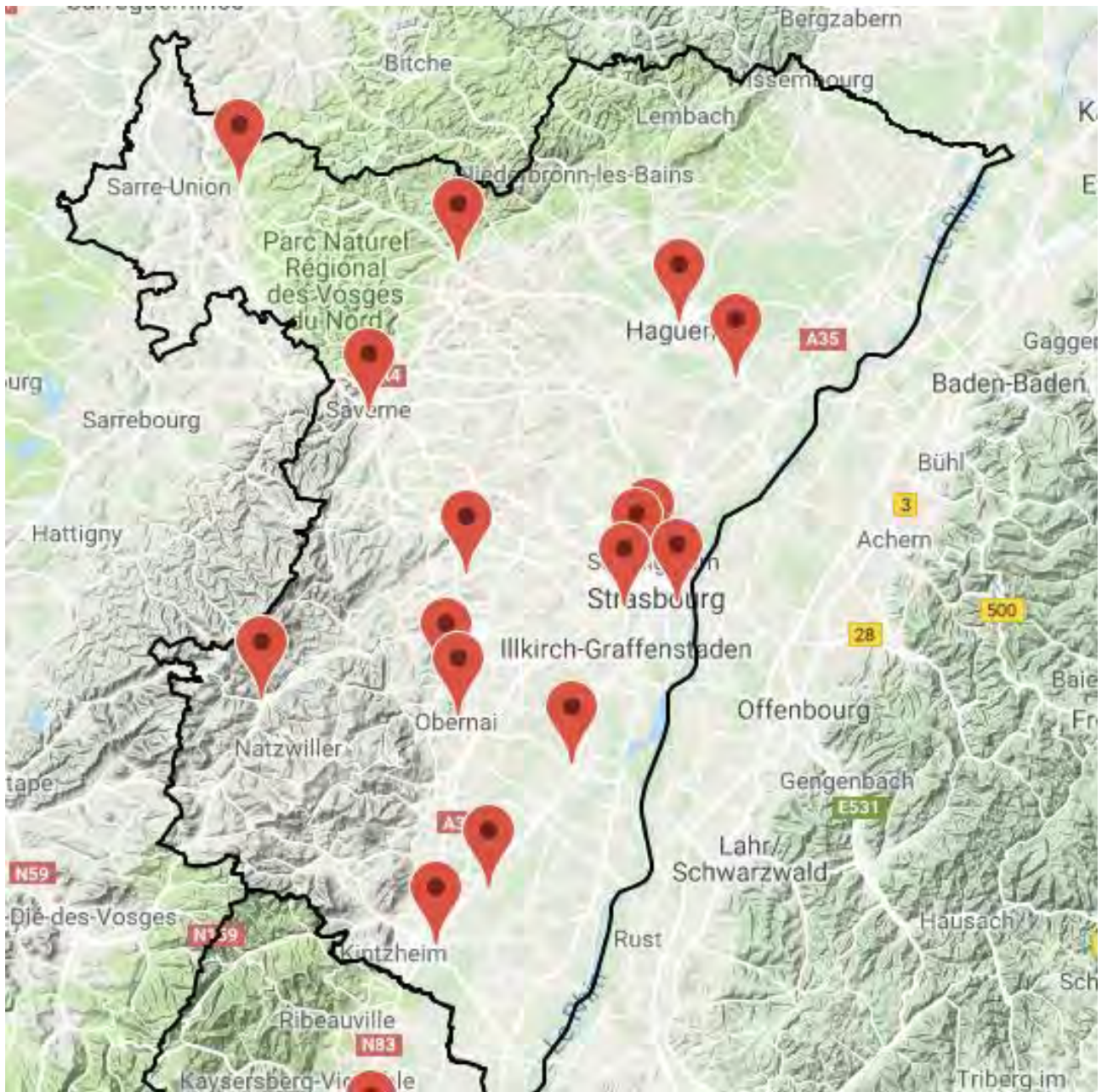
L'implantation de ces structures étant récentes, et donc dans un souci de maillage du territoire, celles-ci sont implantées de manière homogène sur le Département.

Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)



On peut observer un maillage territorial complet.

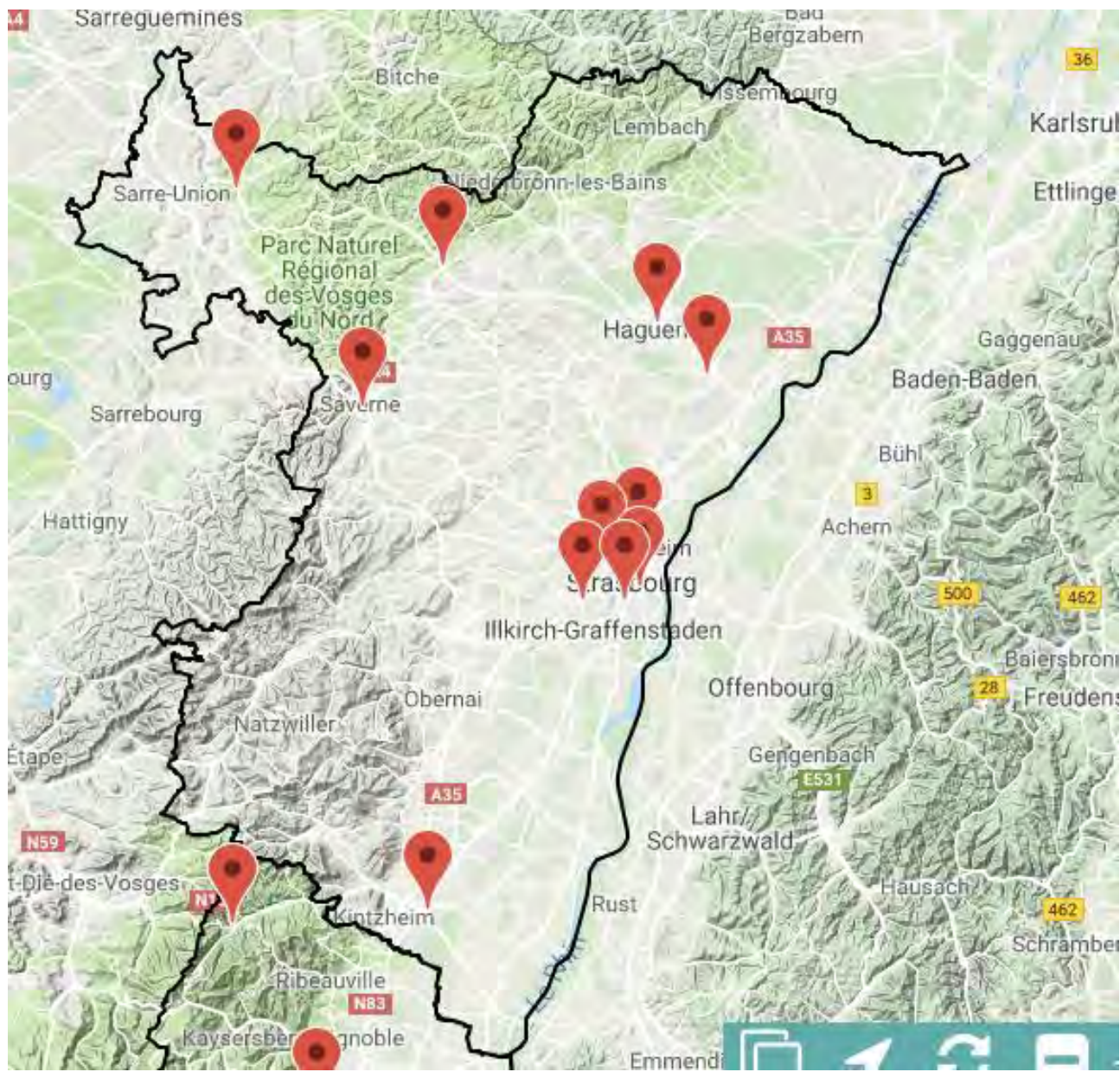
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)



Centres de Soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

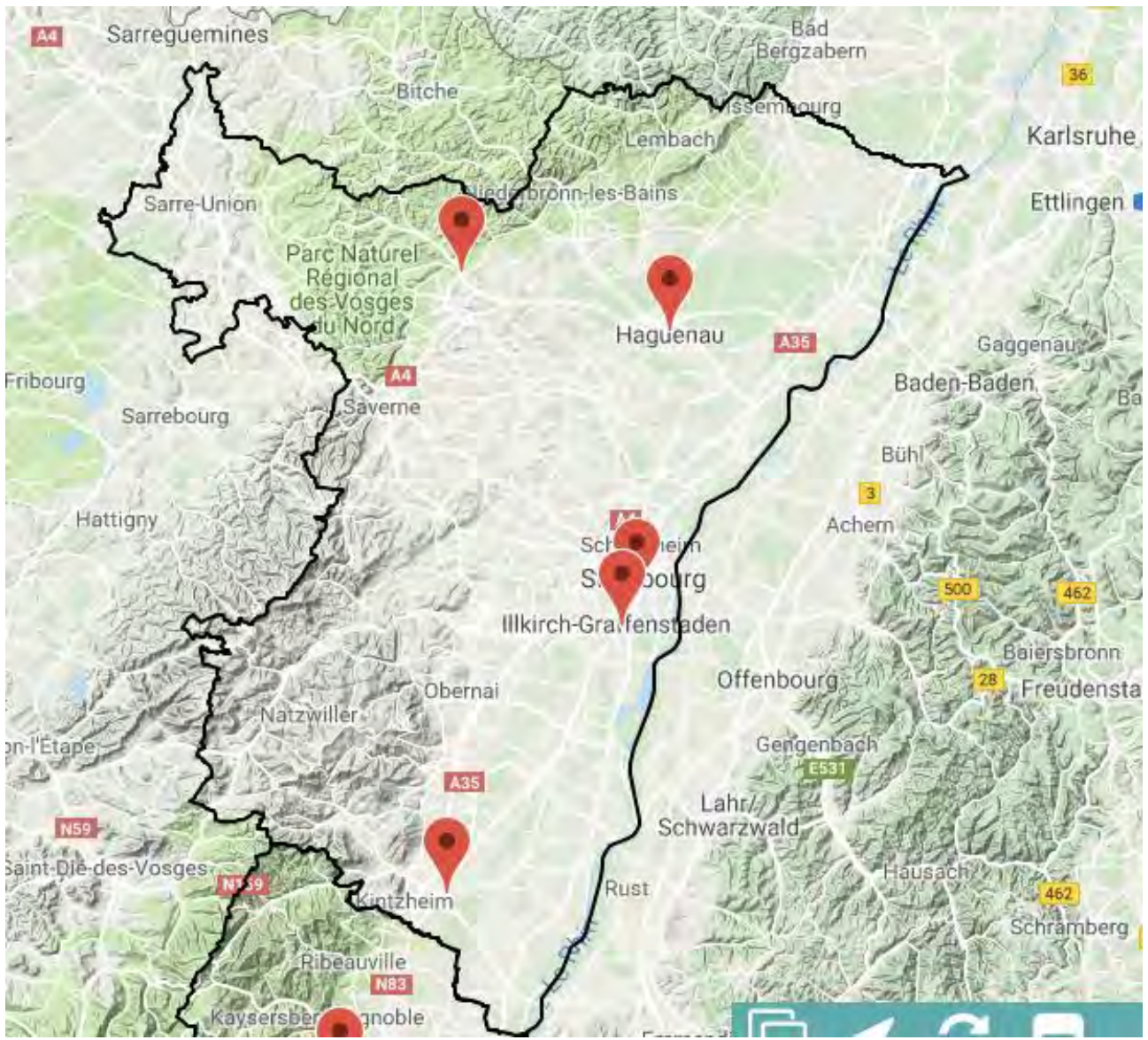


Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)



Comme sur un certain nombre d'autres structures et dispositifs, un observe un manque au niveau de la vallée de la Bruche ainsi que sur la zone de Wissembourg.

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés



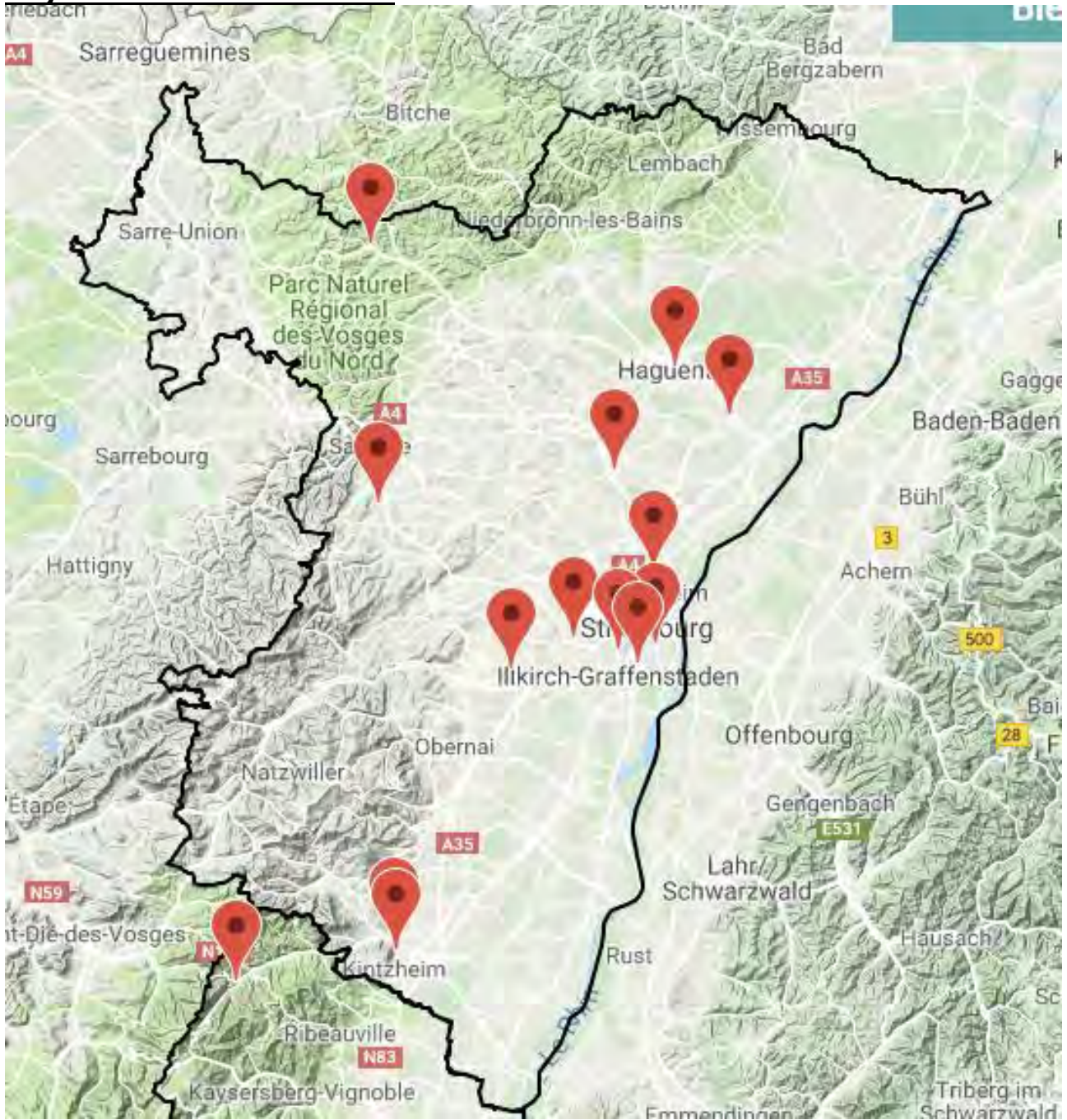
On note un maillage assez similaire à celui des SAVS et ici aussi, on voit l'absence de structure sur la Vallée de la Bruche et le secteur de Wissembourg.

Maison d'accueil spécialisée



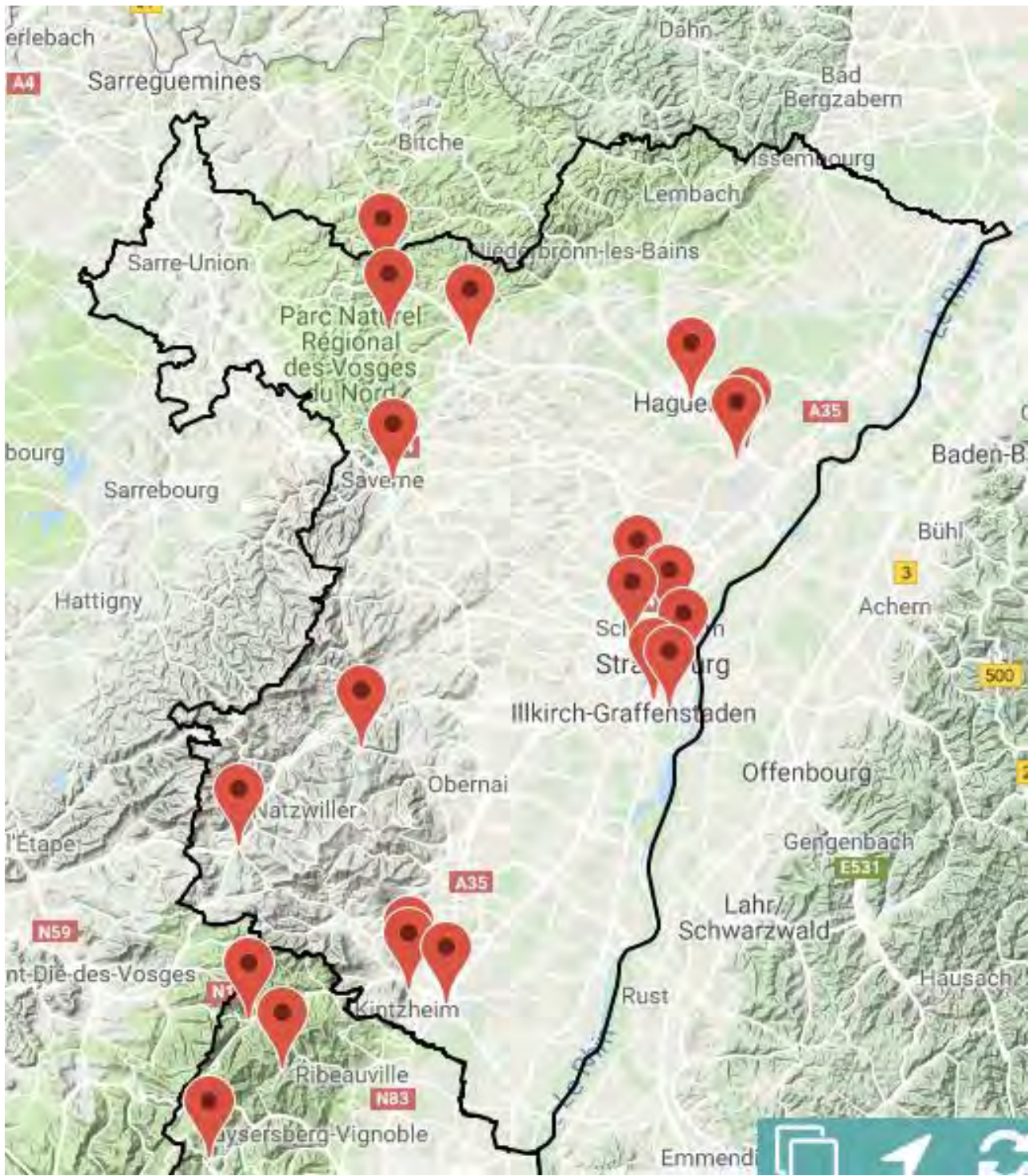
On note un maillage éparé centré sur une ligne centre-nord. On observe l'absence de MAS pour la partie Sud du Département, ainsi que pour toute la partie Ouest (Saverne, Alsace Bossue, Molsheim, Schirmeck)

Foyer d'accueil médicalisé



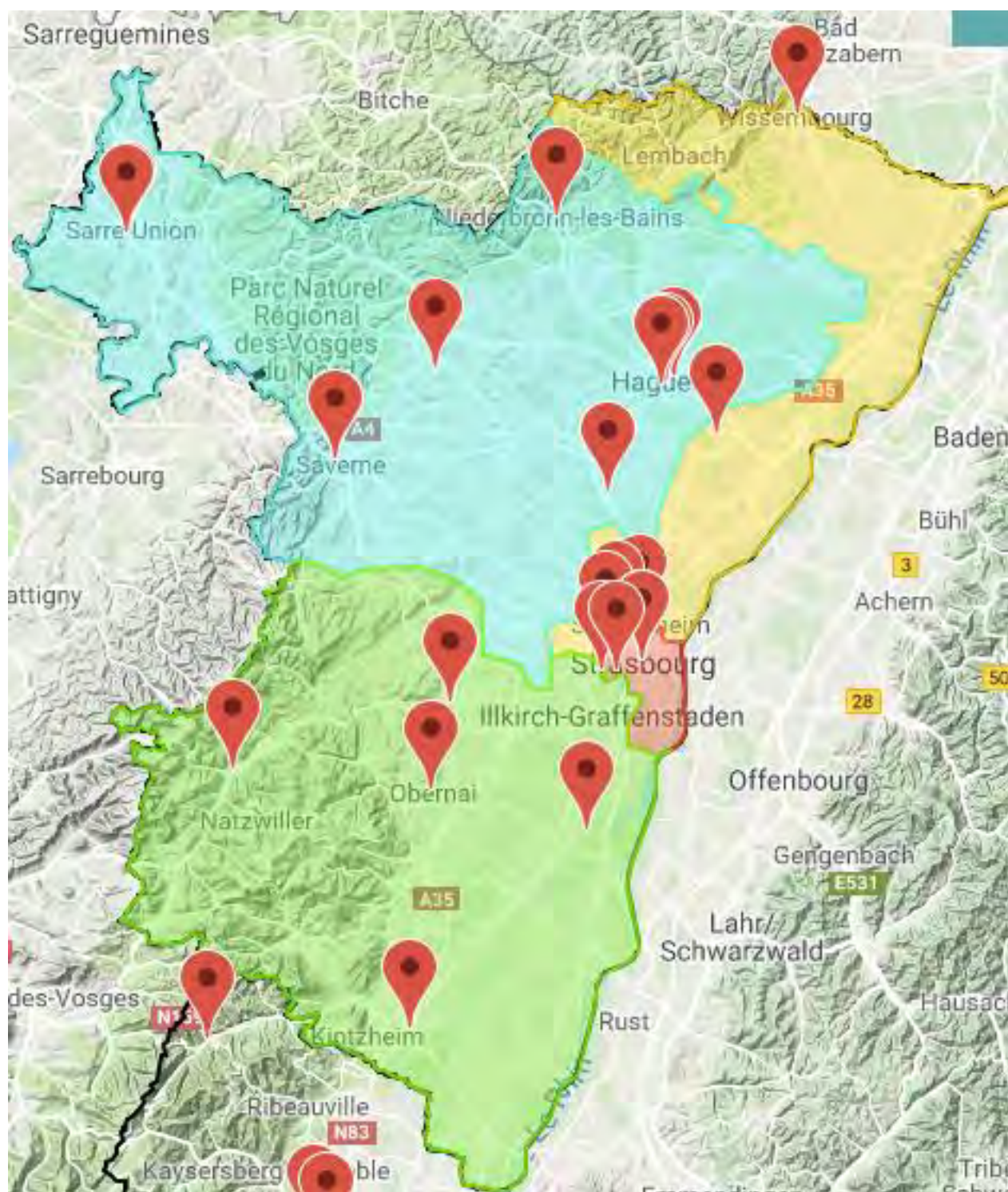
On peut constater un maillage incomplet, les secteurs de Wissembourg, Vallée de la Bruche et dans une certaine mesure le Ried (sud-est) n'étant pas couverts.

Foyer d'accueil spécialisé



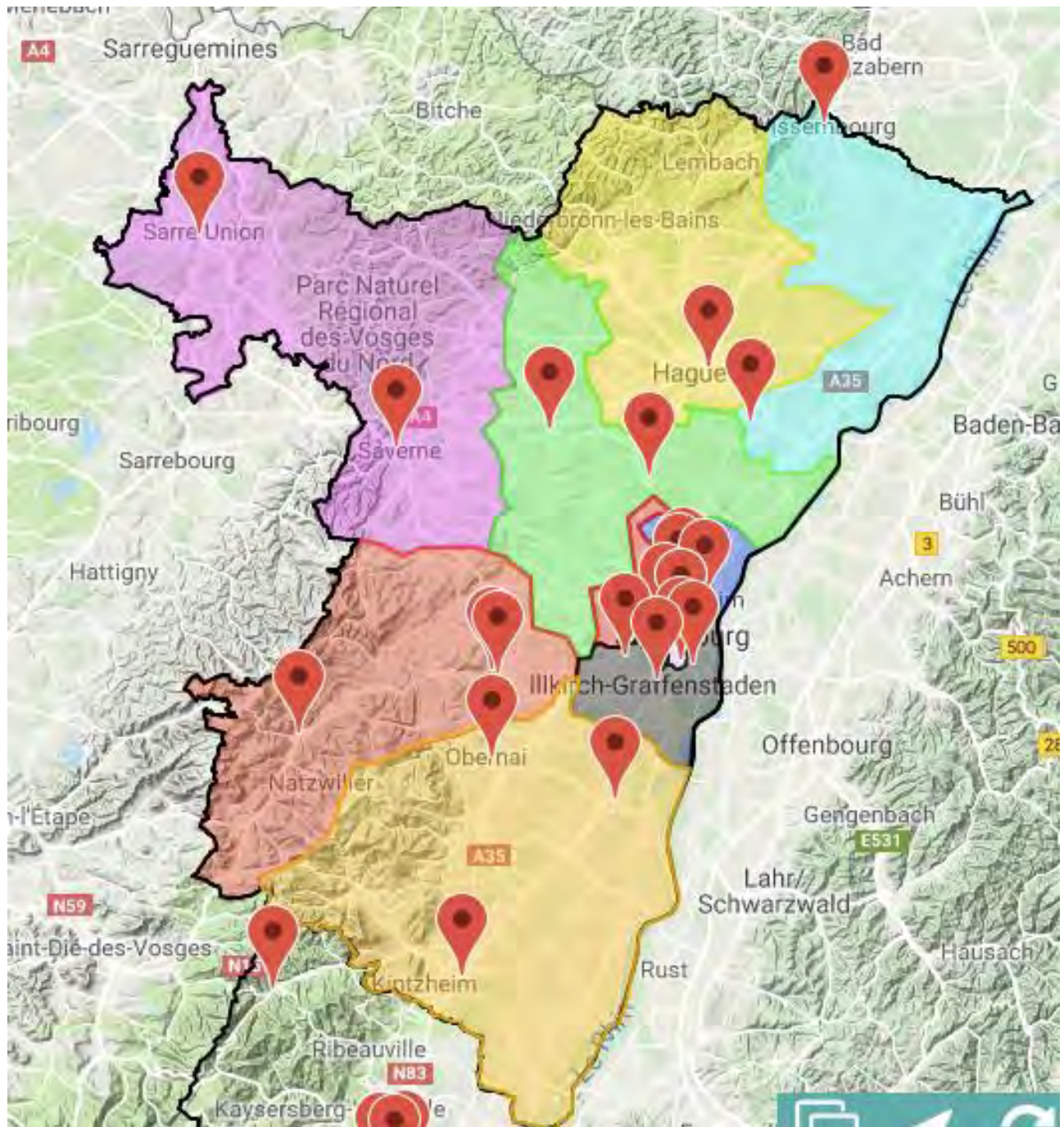
On note un maillage relativement complet de ce type de structures à l'exception du secteur de Wissembourg-Lauterbourg.

PARCOURS DE SOINS



On note sur cette carte, qui montre l'implantation des lieux de consultation et de prise en charge en pédopsychiatrie publique, un maillage très complet de l'ensemble du Département permettant à tout habitant du Département de trouver un point de consultation à une distance acceptable de son habitation.

Consultation de psychiatrie publique adulte



Infirmiers (ères) libéraux

Densité d'infirmiers libéraux (ou mixtes) en 2018

Date de mise à jour : 30/11/2018

Département	Nombre d'infirmiers libéraux (ou mixtes) en activité au 01/01/2018	
	pour 100 000 habitants	Rang
67 Bas-Rhin	175	51
M France métropolitaine	181	

Sources : DREES, répertoire Adeli; Insee, estimations de population au 01/01/2017 (résultats provisoires arrêtés fin 2017)

On observe une densité d'infirmiers libéraux légèrement inférieure à la moyenne nationale

Médecins généralistes

Densité de médecins généralistes

	Bas-Rhin (Département) *	Grand-Est (Région) *	France *
Tous modes d'exercice	172	150,6	155,2
Libéraux ou mixtes	126,6	104,4	103,9
Salariés hospitaliers	25,2	25,5	27,7
Autres salariés	20,2	20,6	23,6

source : RPPS, INSEE - 2016

*pour 100 000 habitants

● Graphique n°4 : Le nombre des médecins généralistes et spécialistes en activité régulière à l'échelle départementale du Bas-Rhin - de l'observé à l'attendu

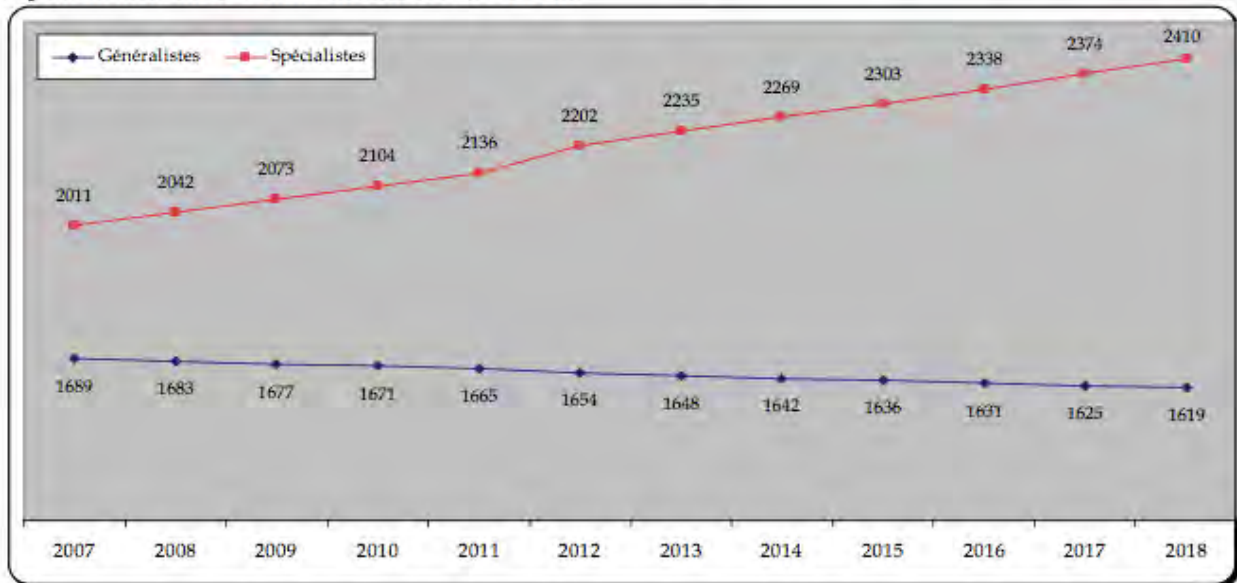
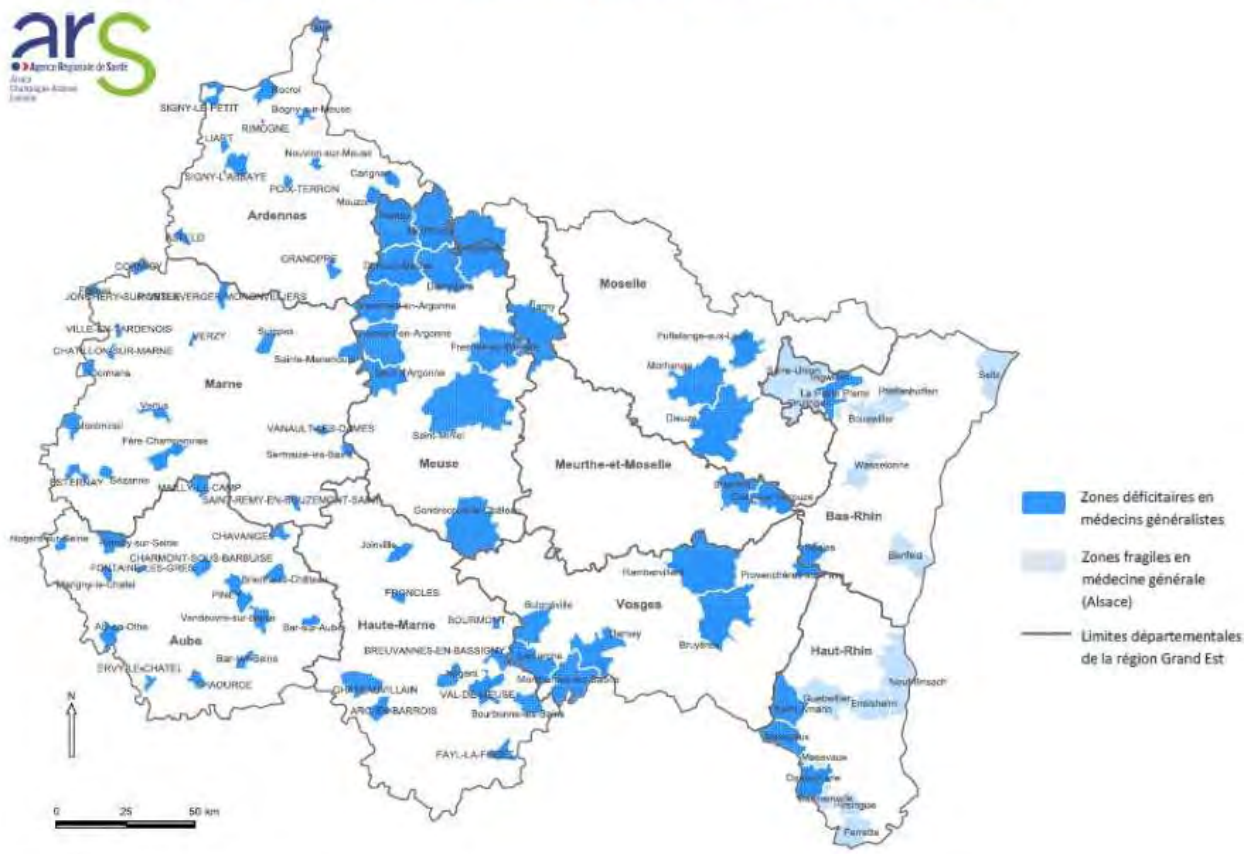
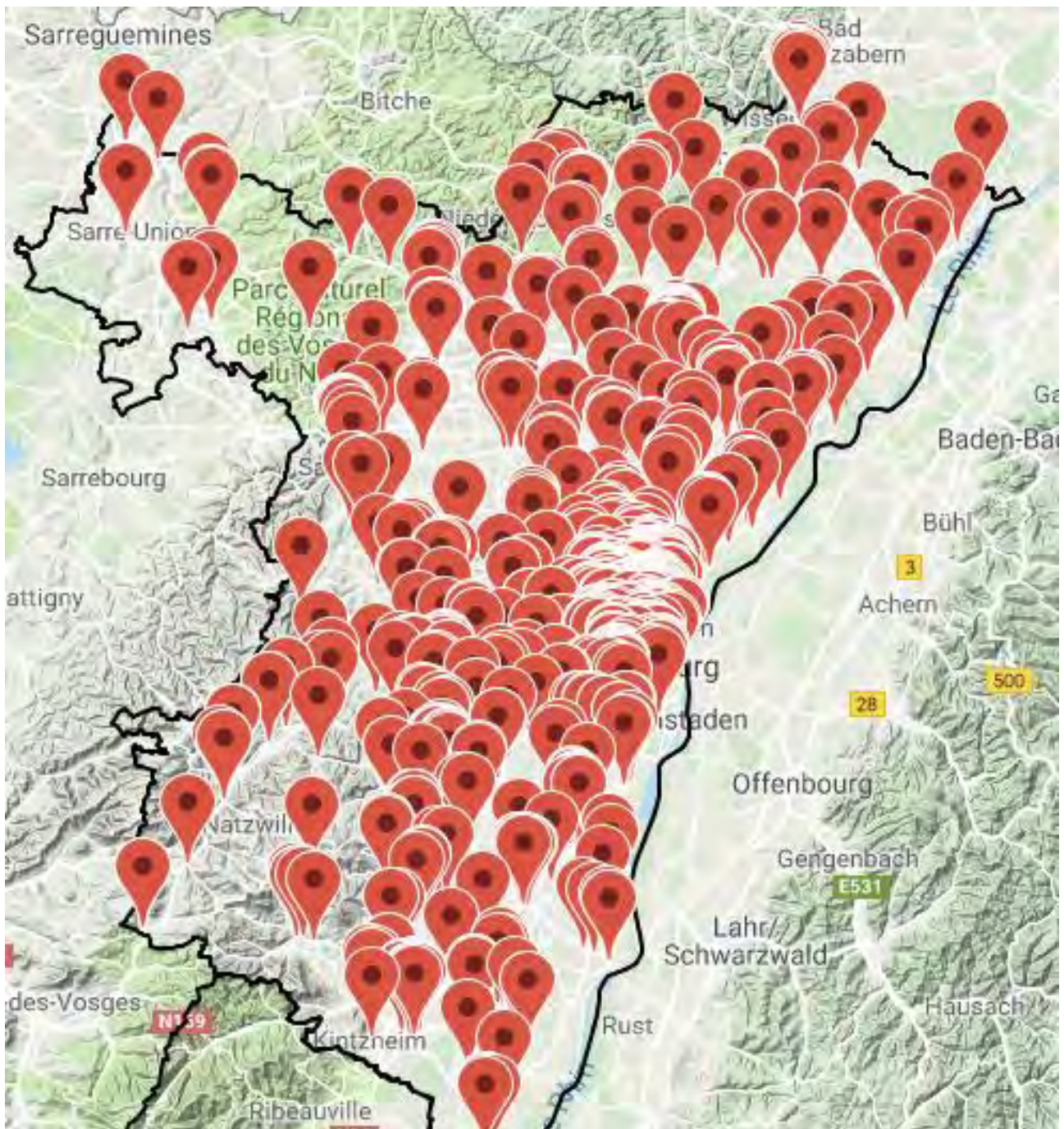


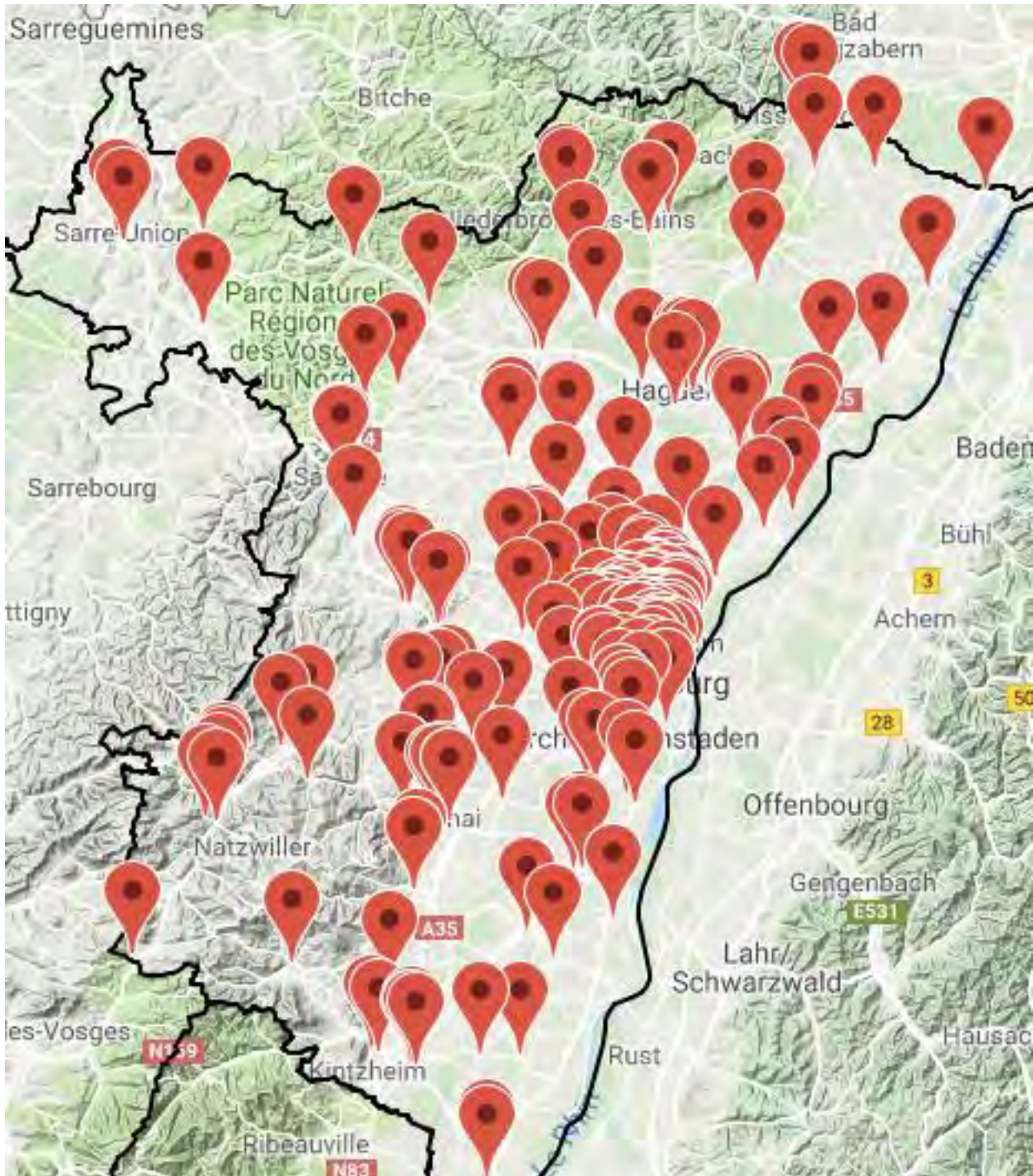
Figure 17 – Zones prioritaires en médecine générale en région Grand Est – Mai 2016





On observe une stabilisation du nombre de médecins généralistes au nombre concomitant à l'évolution démographique. Leur répartition laisse néanmoins apparaître des zones de fragilité, des zones à faible installation (Alsace bossue, Haute Vallée de Schirmeck,...)

Orthophonistes



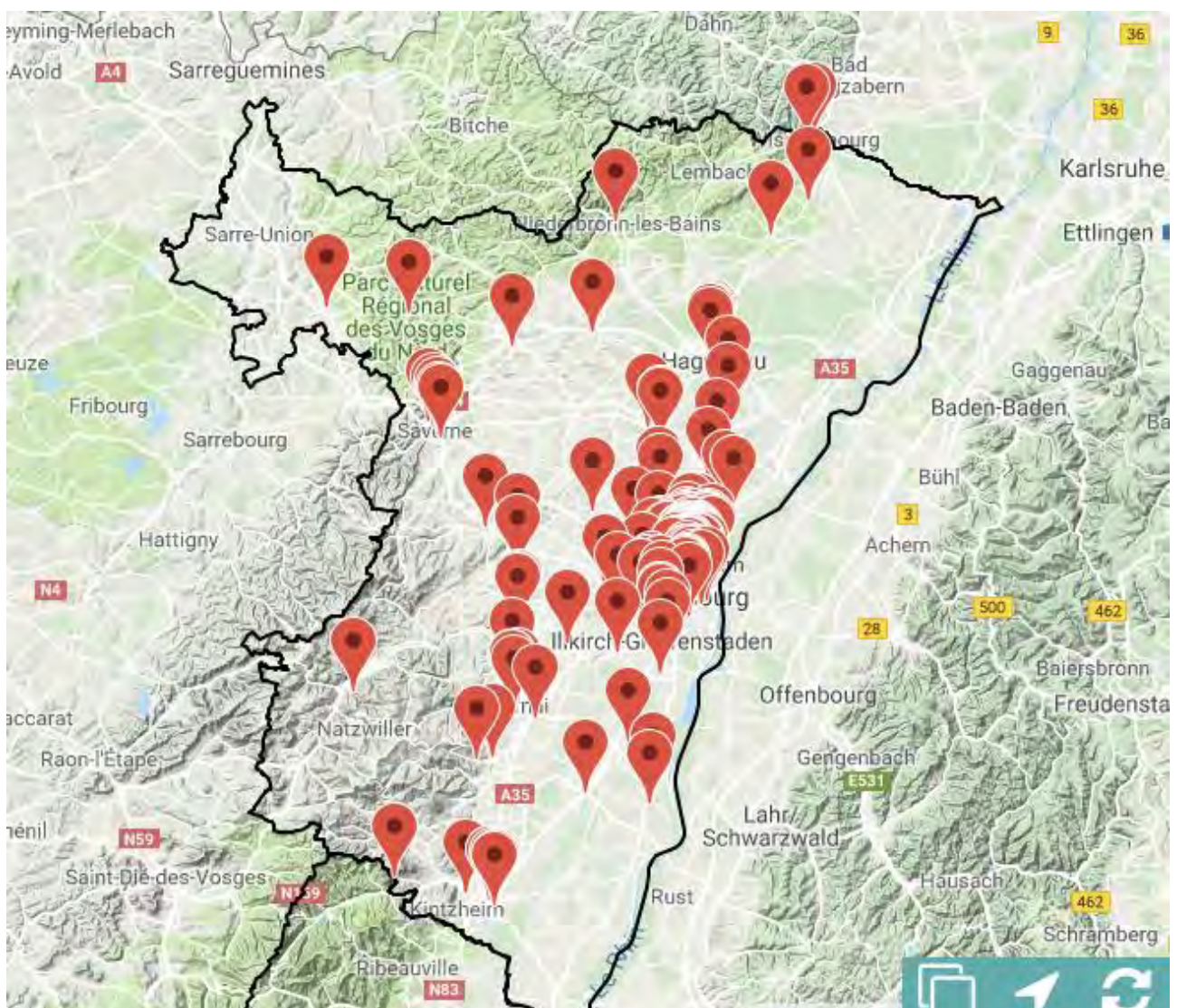
Psychologues

Densité de psychologues

	Bas-Rhin (Département) 2016	Grand-Est (Région) 2016	France 2016
Psychologues libéraux *	20,8	15,3	27,1

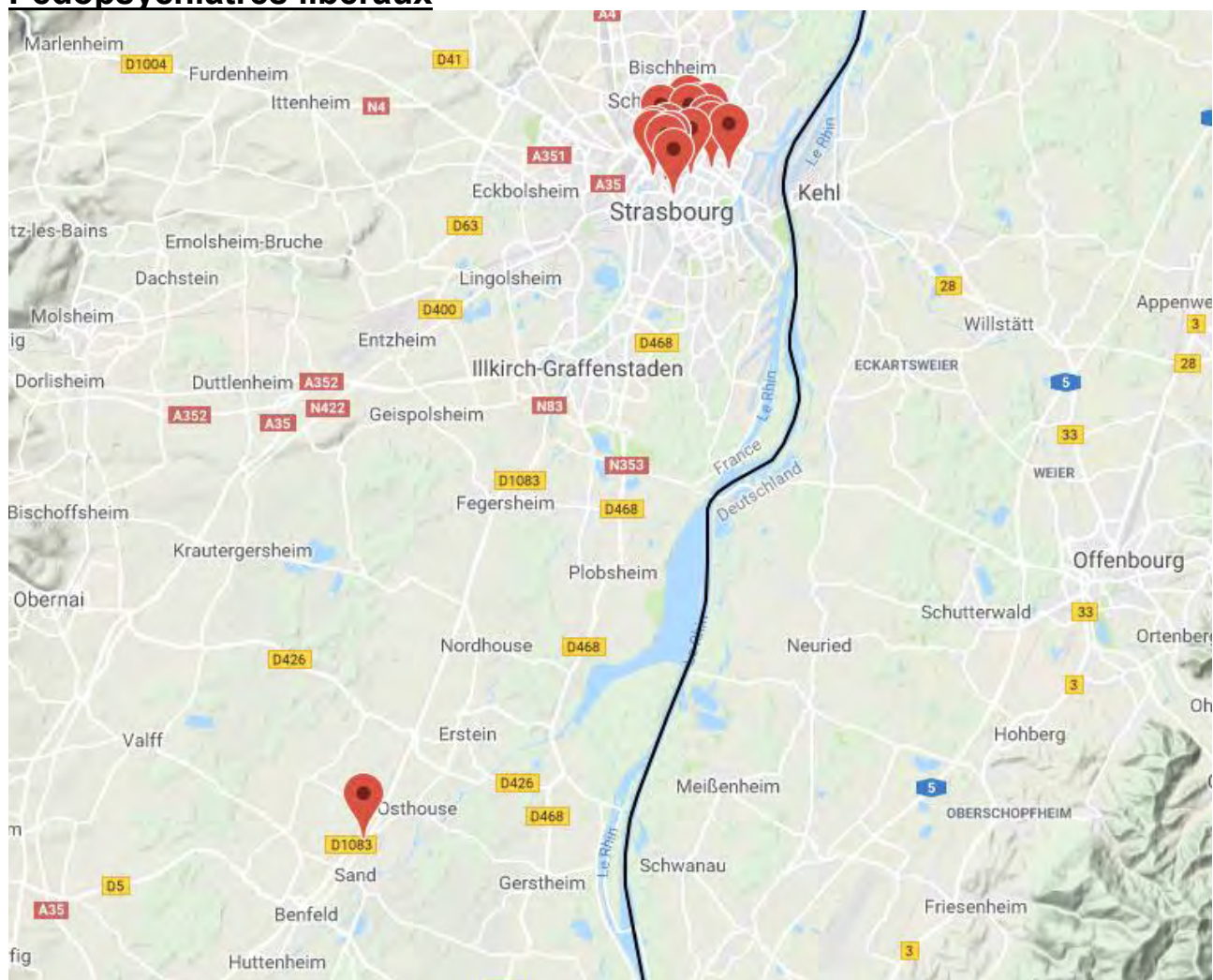
source : RPPS, Insee - 2016

*pour 100 000 habitants



On observe une concentration de l'offre sur l'agglomération strasbourgeoise. Cette concentration fait écho à la concentration des psychiatres libéraux sur l'agglomération.

Pédopsychiatres libéraux



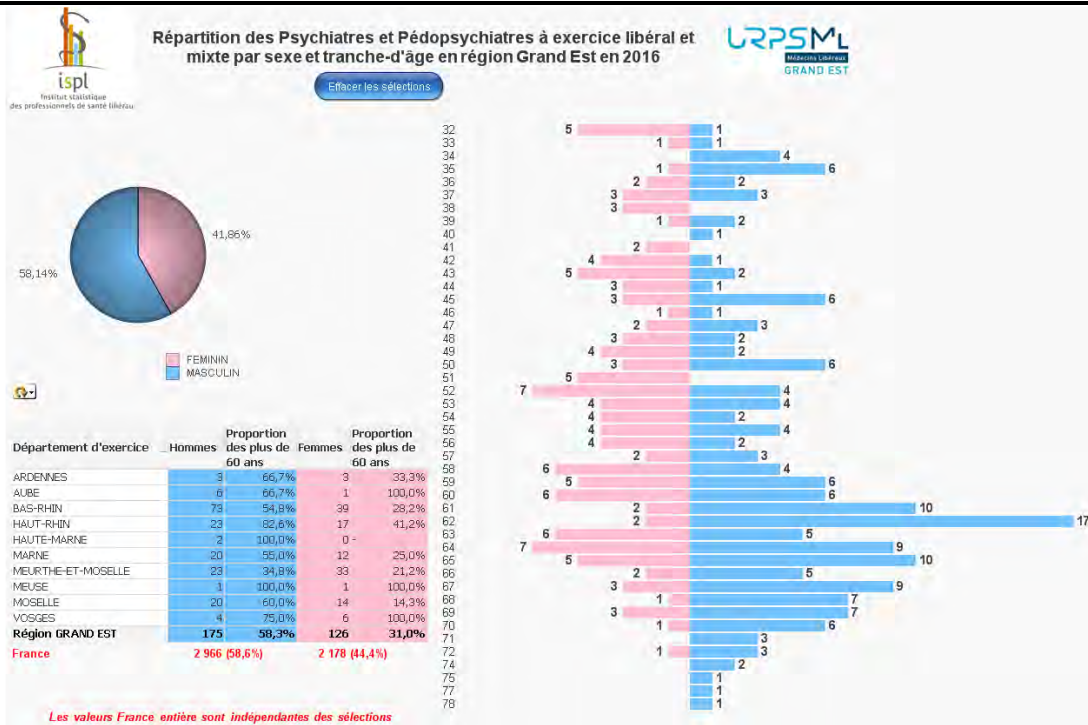
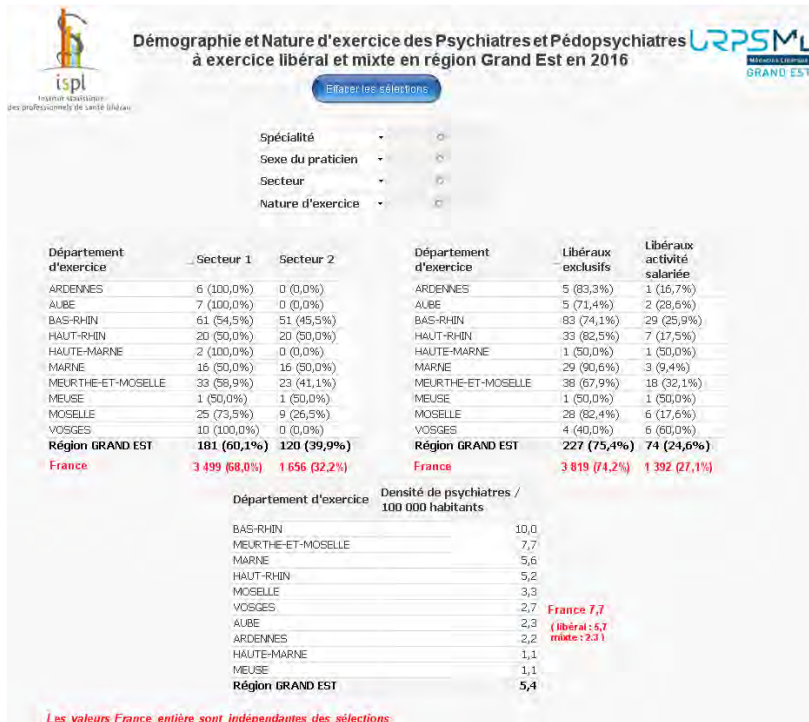
Psychiatres libéraux

Densité de psychiatres

	Bas-Rhin (Département) *	Grand-Est (Région) *	France *
Tous modes d'exercice	25,4	17,7	23
Libéraux ou mixtes	14	7,3	9,9
Salariés hospitaliers	10,8	9,2	11,4
Autres salariés	0,6	1,1	1,7

source : RPPS, Insee - 2016

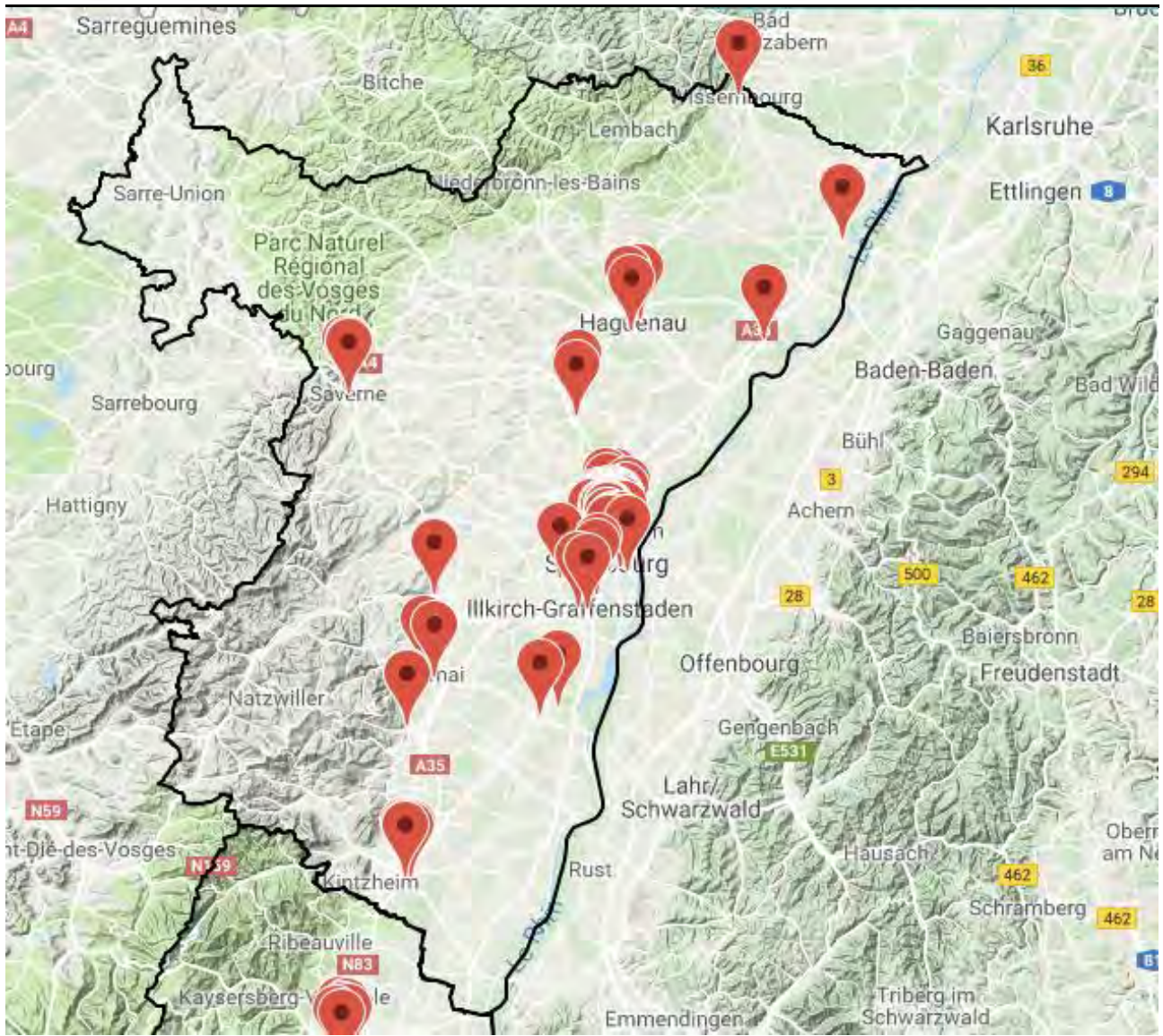
*pour 100 000 habitants

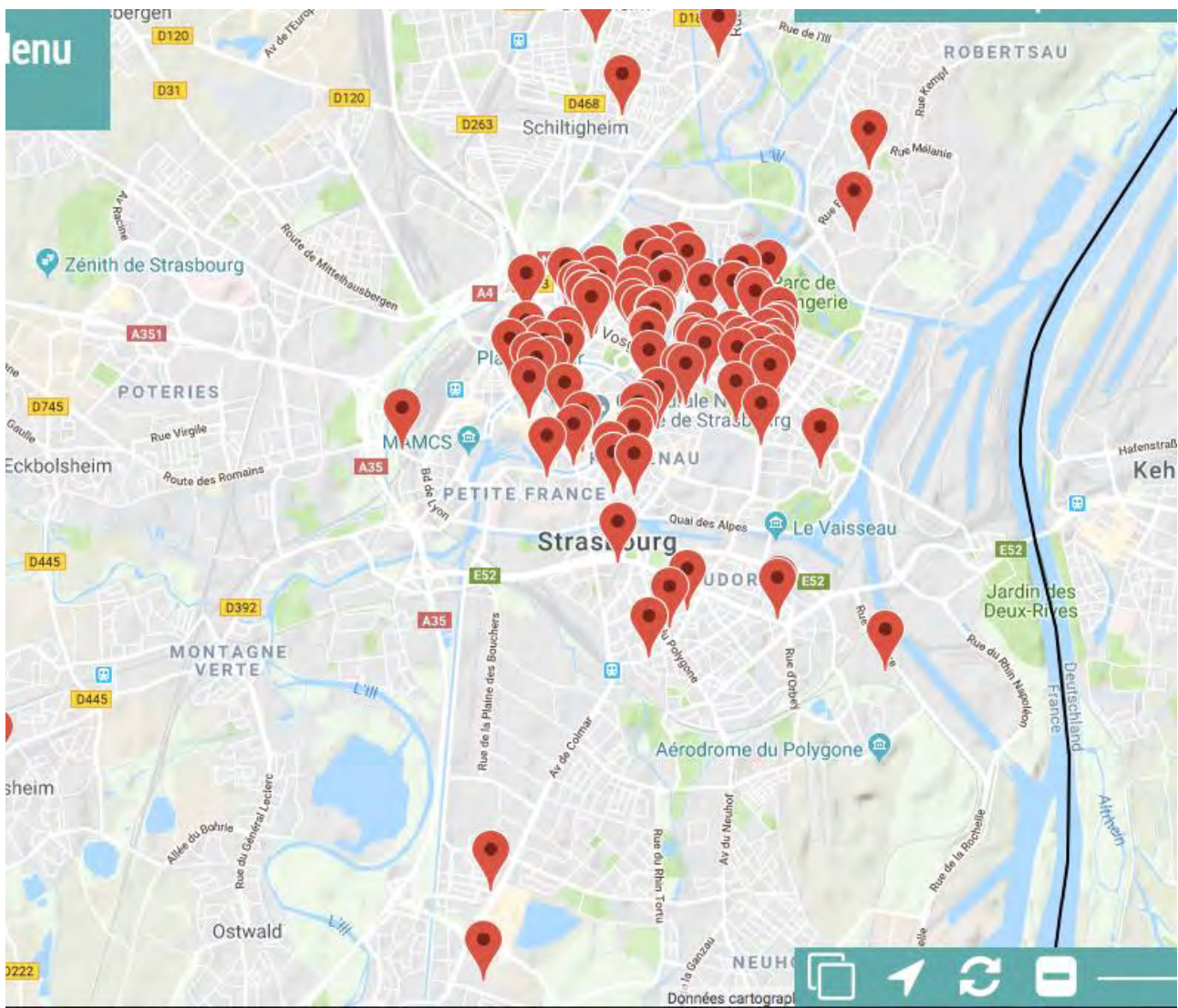


	Bas-Rhin (Département) 2015	Grand-Est (Région) 2015	France 2015
Taux de recours aux psychiatres libéraux* (%)	25,3	15,5	18,3

source : SNIIRAM - 2015

*pour troubles de l'humeur ou addictions





On constate, à travers les trois tableaux, premièrement une densité de psychiatres libéraux très importante, principalement à l'échelle de la Région Grand-Est. On note également une concentration de l'offre sur l'agglomération strasbourgeoise, offre elle-même concentrée sur les quartiers Nord-Est de Strasbourg (Kablé, Avenue des Vosges, Contades, Orangerie).

Enfin, il est à noter l'absence totale ou quasi-totale de psychiatres libéraux sur les quartiers prioritaires de la Ville.

Maisons de santé pluridisciplinaires

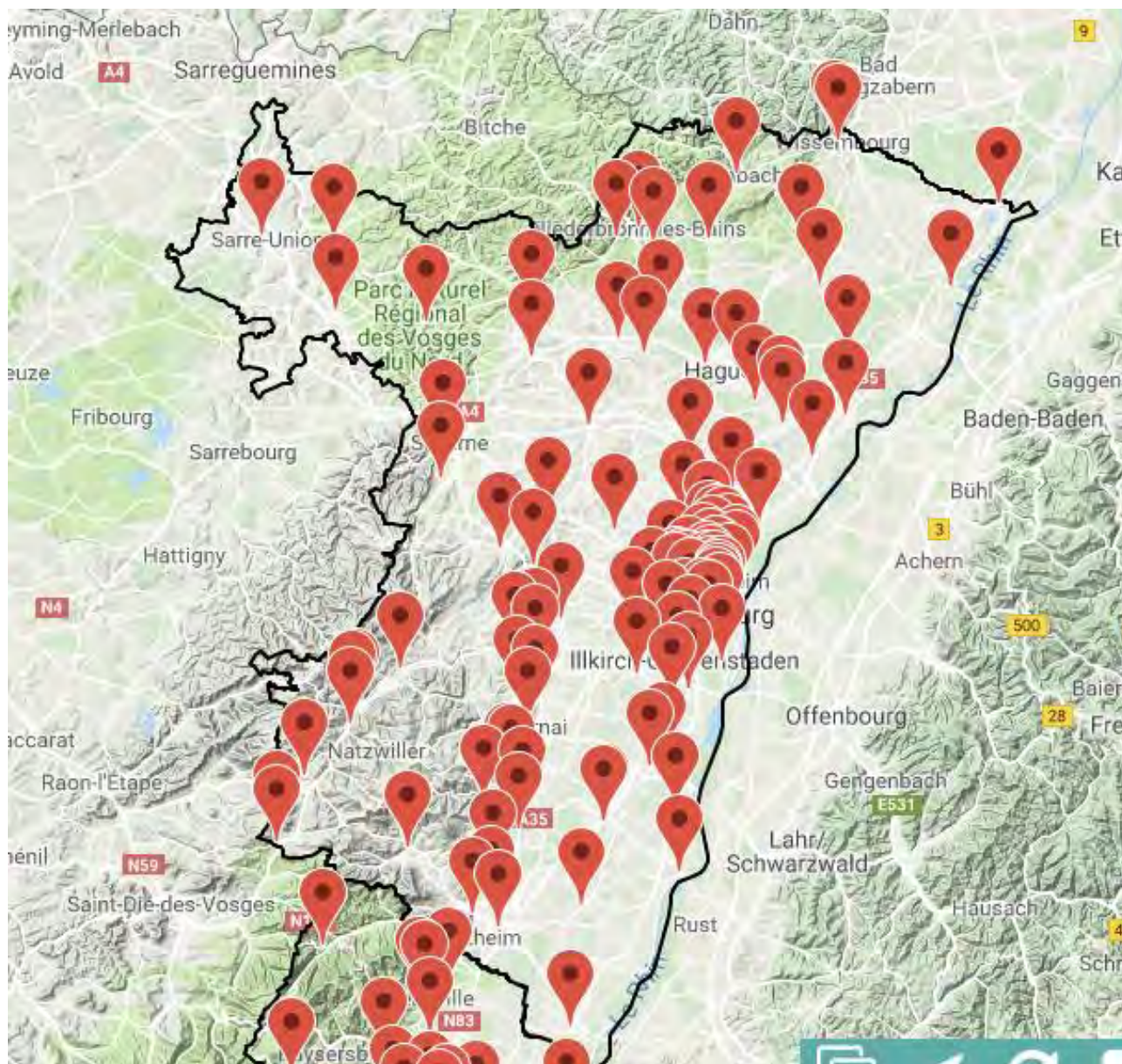
Figure 22 – Les maisons de santé pluri professionnelles en région Grand Est



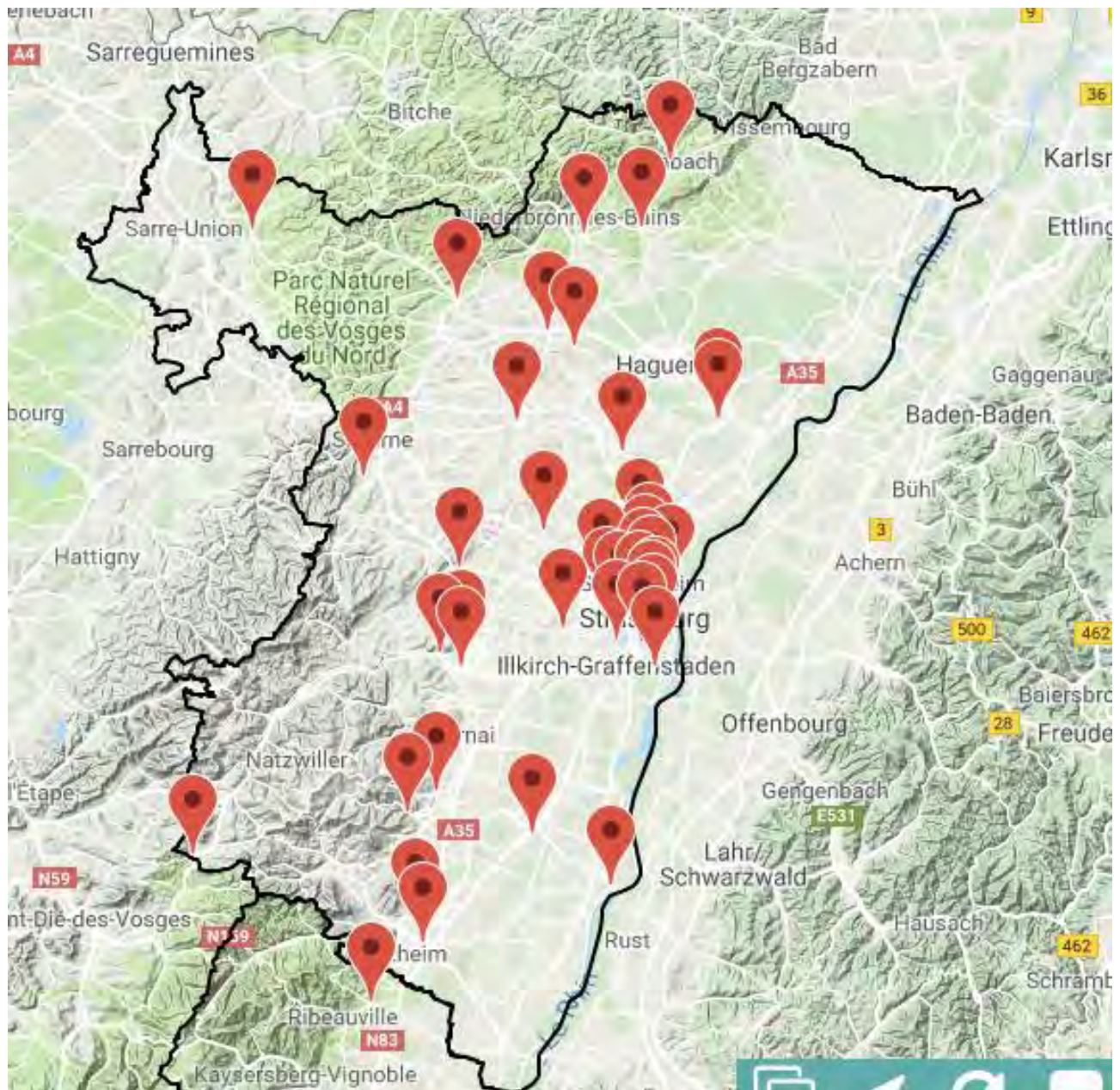
On observe, à travers cette carte, le peu d'équipements du Bas-Rhin en maisons de santé pluridisciplinaires. Il est à noter que bien que des contacts privilégiés existent entre ces structures et les centres de santé mentale, ces contacts n'ont pour le moment pas (ou plus) donné lieu à des consultations spécifiques en santé mentale dans ces lieux, installés dans des zones à forts besoins en santé mentale et dont les publics sont similaires à ceux étant pris en charge dans les centres de santé mentale.

Pour les personnes âgées

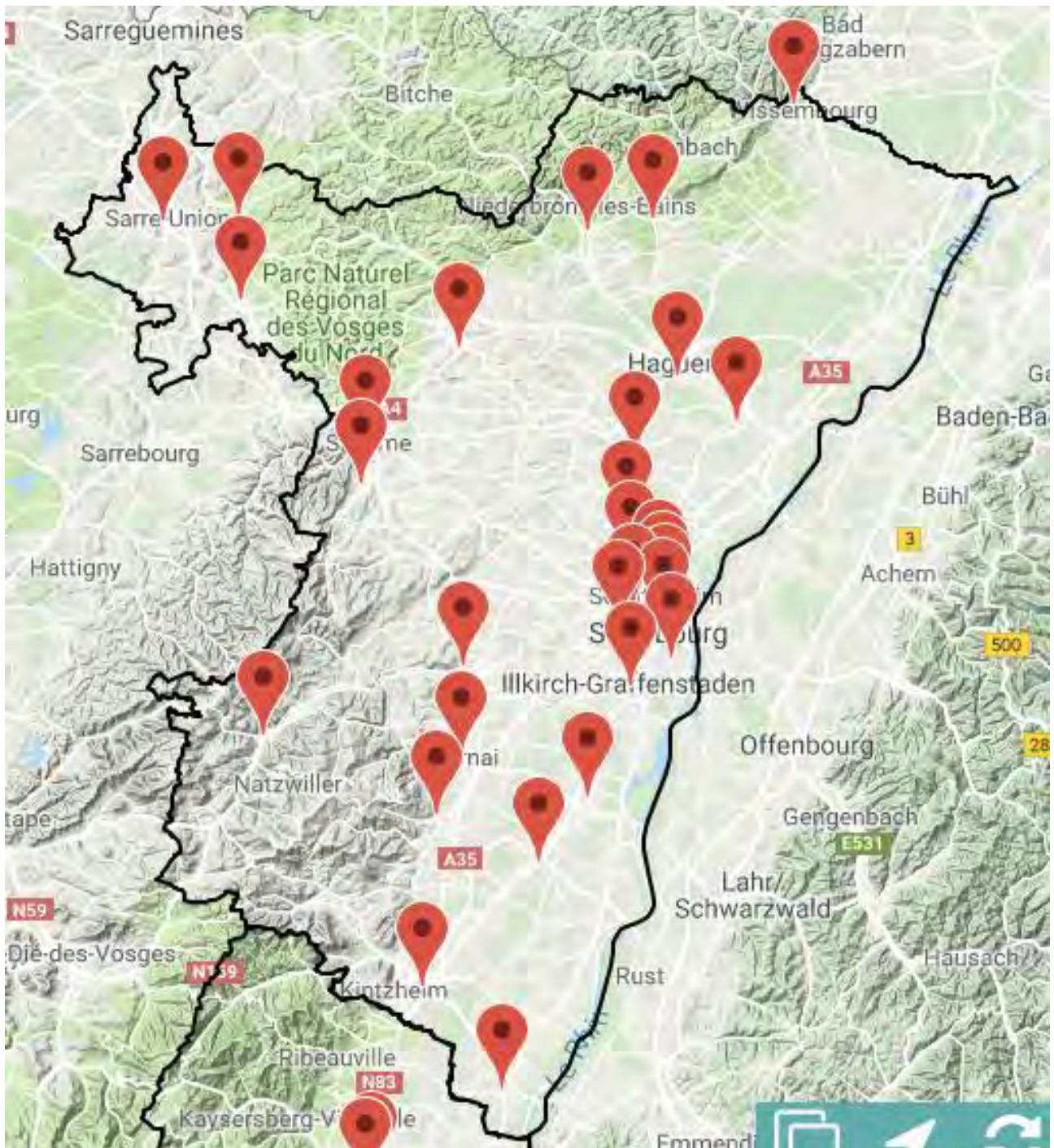
EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)



Unité de vie protégée / Unité Alzheimer



Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)



5. Acteurs de la coordination et de l'intégration

Le Département du Bas-Rhin est maillé d'un nombre important d'acteurs tous dédiés à la coordination, au développement du réseau (MAIA, CLSM, CrehPsy,...). Les différents acteurs de santé mentale du territoire expriment de manière généralisée leur impression de complexité sur l'ensemble de ces dispositifs et la difficulté de s'y repérer.

Par ailleurs, il est fait état dans l'ensemble des Conseils Locaux de Santé Mentale de la volonté des différents territoires d'une coordination et d'une gestion particulière des situations complexes sur les problématiques de santé mentale. Dans cette optique, les CLSM pourraient être l'un des lieux d'exercice de ces situations ou tout du moins un lieu d'élaboration des modalités d'exercice de cette collaboration sur les situations complexes, cependant, dans des conditions concertées en lien étroit avec les missions des MAIA et de la MDPH sur les situations complexes.

Au vu des besoins d'information et des questionnements divers des usagers et des familles, il est également souhaitable de pouvoir développer les initiatives citoyennes ou d'usagers visant à répondre à ces besoins. De la même manière, il conviendra de pouvoir développer les moyens du CREHPSY afin que celui-ci puisse répondre de manière efficiente aux missions lui étant confiées.

Problématiques du territoire

1. Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

Synthèse des échanges du groupe de travail

Le groupe a réuni des acteurs du sanitaire, médico-social et social, à raison d'un tiers pour chacun de ces domaines. Il s'est réuni à trois reprises autour des thématiques suivantes profondément intriquées, mais différenciées comme suit pour des raisons de clarté:

1. repérage des dysfonctionnements,
 2. recherche des causes,
 3. pistes de travail.
-
1. Les débats ont abouti à la mise en évidence des **points de difficultés** suivants dans l'accès au diagnostic et aux soins précoces:
 - Manque de lisibilité de l'offre de soins dans le territoire
 - Maillage territorial insuffisant pour les enfants et adolescents – qu'il soit social, médico-social ou sanitaire
 - Situations de non-demande ou d'échappement aux soins de certains adolescents et jeunes adultes, du fait de la gravité de leur état clinique et/ou de difficultés d'alliance thérapeutique ->

nécessité d'une intervention précoce pour prévenir des troubles psychiatriques chroniques et sévères -> le sanitaire doit sortir des murs

- Passage à l'âge adulte – articulations -> manque de ressources
- Difficultés délais d'attente et prise en charge
- Clivage ville-hôpital
- Manque de lits d'hospitalisation ou hospitalisations inadéquates
- Manque de structures jeunes, jeunes adultes, personnes âgées
- Accès aux soins des personnes les plus vulnérables (ex : enfants ASE, migrants, personnes en situation de précarité -> formation, dépistage)
- Lien entre poches de pauvreté et accès aux soins / recours plus important aux services d'Urgence
- Besoins de formation de certains acteurs de terrain du social, médico-social

2. Les **causes** évoquées sont :

- Dans l'accès aux soins des enfants/ados :
 - Situations de non demande
 - Difficultés de repérage
 - Difficultés d'alliance thérapeutique (certains adolescents)
 - Difficulté de se déplacer sur des structures de soins au vu de la gravité de leur état clinique
 - Difficultés liées au contexte familial
-
- Dans l'accès aux soins des personnes âgées :
 - Difficultés pour les intervenants de différencier troubles cognitifs/neurodégénératifs des troubles psychiatriques
 - Stigmatisation de la psychiatrie
 - Démographie médicale/ manque d'attractivité des postes en géronto-psychiatrie
 - Méconnaissance des structures de soins
 - Aidants en difficultés ou en situation de vulnérabilité
- La non-demande ou le refus de soins
- Formation insuffisante des intervenants sociaux, médico-sociaux, médecins généralistes
- Premier accès aux soins en psychiatrie en situation de soins contraints peut renforcer la stigmatisation
- Inégalités sociales de santé
- Couverture insuffisante de certains territoires
- Coordination insuffisante des différents intervenants
- Démographie médicale

3. Les pistes retenues sont :

- améliorer la **lisibilité de l'offre**, sous forme par ex. d'un répertoire évolutif des ressources disponibles,
- développer fortement une offre en **équipes mobiles** tous publics, favorisant d'une part l'accès aux soins, et d'autre part la prévention de recours à l'hospitalisation complète/sous contrainte par défaut ; ces équipes mobiles auront un focus sur les âges extrêmes : les **enfants/ados** d'un côté et les **personnes âgées** de l'autre,
- améliorer ou créer des **dispositifs d'orientations précoces (CMP)**, en utilisant des outils d'orientation qui restent à définir en fonction de la pathologie,
- développer l'**offre d'hospitalisation à temps complet** pour répondre à des besoins spécifiques pour des prises en charge de courte durée : **lits d'urgence et de crise** adulte et adolescent, **hospitalisation des adolescents les plus vulnérables** en rupture de parcours présentant des pathologies lourdes,

- permettre une **palette de réponses graduées** à tous les âges, comportant des dispositifs ambulatoires, des équipes mobiles, de l'hôpital de jour, de l'hospitalisation complète et des dispositifs médico-sociaux,
- améliorer la **prévention** pour diminuer le recours aux soins contraints,
- développer les **conventionnements locaux sanitaire-médico-social** (entre structures médico-sociales/ sociales et structures hospitalières/CMP), permettant une réponse ciblée et appropriée,
- système des MAIA à étendre à d'autres types de populations vulnérables, question des situations complexes avec prise en charge pluridisciplinaire
- développer **l'évaluation des troubles des personnes âgées**, pour un meilleur diagnostic des troubles relevant de la psychiatrie et ceux relevant de neuro-dégénérescence
- créer ou développer les **parcours d'évaluation et d'intervention précoce pour les jeunes adolescents** qui rentrent en psychose
- question des projets dans les interstices pour compléter l'offre de soins - pérennité des budgets pour permettre la pérennité des projets (précarité des soignants sur ce type de projets)
- mixité d'exercice médico-soignant, rémunération des médecins libéraux pour les temps de réunions pluridisciplinaires, renforcer la collaboration public-privé avec plages de RDV rapides chez les médecins libéraux
- donner les moyens aux **médecins traitants** d'être véritablement au centre du parcours de soin, notamment en termes de connaissance des réseaux (cf. lisibilité)
- **formation** des partenaires médico-sociaux, sociaux, médecins généralistes, infirmiers en pratiques avancées en santé mentale
- développement de la **télé-médecine**, dossier médical partagé

2. Situations inadéquates

Le groupe sur les situations inadéquates s'est réuni à trois reprises suivant la méthodologie commune reprise par l'ensemble des groupes, à savoir, une première réunion sur l'établissement des dysfonctionnements, une seconde sur l'élaboration des causes à ces dysfonctionnements et une troisième sur les solutions à prioriser.

Par ailleurs, il est à noter que la première réunion a fait l'objet d'un débat général entre l'ensemble des participants. Le rendu ne permettant cependant pas d'appréhender de manière fine les problématiques et ne permettant pas une expression optimale des différentes composantes, il a été proposé et décidé de travailler en cinq sous groupes pour les deux réunions suivantes, en partant des dysfonctionnements généraux énoncés lors de la première rencontre.

Les cinq dysfonctionnements principaux analysés, avec leurs causes et solutions sont les suivants :

1. *Vieillesse des personnes avec troubles psychiques*

Ce groupe était composé du Dr ZIMMERMANN (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg), M.AMMOUH (DOMIAL), M.HILD (Responsable des MAIA), M.DUBOIS (Groupe St Vincent) et Mme CONREAUX-VIRASWAMI (AREAL). Les solutions proposées par ce groupe sont les suivantes :

- S'appuyer sur des équipes mobiles de secteur spécialisées et formées dans la prise en charge des personnes âgées
- Création d'hôpitaux de jour géronto-psychiatrique dans chaque hôpital psychiatrique
- Mailler le territoire en unités d'EHPAD spécialement dédiées à la prise en charge des psychotiques vieillissants par transformation de places d'EHPAD « classiques ».

- Améliorer et formaliser la coordination entre MAIA et services de santé mentale.

2. *L'inadéquation en Pédopsychiatrie*

Ce groupe était composé du Dr BARTH (CH ERSTEIN), de Mme DIEULENGARD (MDPH) ainsi que du Docteur MASETTI (CLINEA). Les solutions proposées par le groupe sont les suivantes :

- Création d'une structure mixte soin et éducatif adapté aux besoins de l'enfant, à son état clinique et aux compétences en sortant de la logique institutionnelle. Cette structure proposerait un programme sur mesure.
-
- Création de lits d'hospitalisation pour ados dans le Bas-Rhin (12-18 ans).
- Pour éviter les écueils des Transports, proposition de créer des navettes sous forme de minibus avec chauffeurs , mutualisés entre établissements sanitaires et médico-sociaux avec présence en binôme d'un éducateur et d'un personnel soignant permettant la transformation du transport en activité thérapeutique.
- Inventer un dispositif de bus de prise en charge mixtes hôpital de jour –IME-orthophonistes avec comme objectif de faire tomber les clivages institutionnels.
- Création d'une solution pour les enfants de l'Aide sociale à l'enfance : structure hybride adossée à une structure de pédopsychiatrie dans le but de lutter contre la répétition des abandons.
- Concernant les listes d'attente en IME : développer l'information statistique sur les délais de liste d'attente.
- Promouvoir la téléconsultation
-

3. *Les sorties d'hospitalisation*

Ce groupe était composé du Dr AMARILLI (EPSAN), de Mme LAFLEURIEL (UNAFAM), de Monsieur WISNEWSKI (CLINIQUE DE L'ORANGERIE), de Mme TRITSCHLER (CSSRA MARIENBRONN/CARITAS) ainsi que de Mme REGNIER (CH ERSTEIN). Les solutions proposées par le groupe sont les suivantes :

- Poursuivre le mouvement des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)
- Harmoniser l'hétérogénéité constatée de l'accueil des familles dans les lieux de consultation.
- Récupérer un volant de lits de manière préventive, afin de mieux gérer les sorties notamment et ne pas les précipiter
- Développer les équipes mobiles dans les équipes de secteur pour le suivi post-hospitalisation
- Développer l'hospitalisation à domicile
- Mettre en place des lits d'hospitalisation de nuit
- Réfléchir à des places d'hôpital de nuit, ou étendre l'hôpital de jour en soirée. Réfléchir à la possibilité d'un accueil de nuit en intersecteur.

- Développement des appartements d'évaluation thérapeutique
- Lien avec le médecin traitant à parfaire
- Arriver à mettre en regard la liste d'attente en médico-social avec les longs séjours en psychiatrie
- Redéfinir et repréciser les missions du secteur psychiatrique.

4. *Logements inadéquats pour la personne*

Ce groupe était composé de Mme ANSTETT (Association JEFF), de Mme CLAUSS (HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG), ainsi que de Mme TRAUTTMANN (Association AMLI-BATIGERE). Les solutions proposées par le groupe sont les suivantes :

- Nécessité d'augmenter les places de FAS, FAM et MAS
- Encourager le système de mutualisation des prestations compensatoires au handicap pour le handicap psychique dans le but de développer de petites unités de vie.
- Entamer une démarche auprès de l'assurance maladie pour la reconnaissance de la maladie psychique comme éligible à la 3^{ème} catégorie d'invalidité
- Négociation avec les bailleurs sociaux d'un groupe d'appartements
- Développer le concept des familles gouvernantes de l'UDAF et mailler le territoire de résidences de ce type.
- Développer la pair-aidance (au sens le plus large et non uniquement médiateur de santé pair) dans l'accompagnement à domicile, en binôme avec un professionnel en cas d'adhésion fragile ou en cas d'attente de place en SAVS ou autre.
- Travailler sur la résolution des situations complexes

5. *Personnes hospitalisées en attente d'un lieu de vie effectif*

Ce groupe était composé de Mme HUFFSCHMITT (EPSAN), de Mme GANTNER (GROUPE ST VINCENT), ainsi que des Docteurs ROQUET et EISELE (EPSAN). Les solutions proposées par le groupe sont les suivantes :

- Développer l'intermédiation locative et un système de type « Psy Loge »
- Identifier des places SIAO spécifiques pour les patients hospitalisés
- Développer des structures avec un haut niveau d'accompagnement
- Création de places de MAS et de FAM
- Renforcer les dispositifs existants de précarité (PASS PSY) ainsi que le futur « chez soi d'abord ». Envisager la création de Pass Psy sur les territoires de Haguenau, Saverne et Sélestat
- Développer l'offre en SAMSAH et SAVS avec un maillage sectoriel équitable, suffisant

- Création d'un lieu sur les situations complexes pour permettre de décanter des situations difficiles pour trouver à plusieurs une solution.
- Développer les alternatives à l'hospitalisation
- Valoriser un temps de formation , d'explication dans la mise en place de partenariats pour créer du lien.

	FAS	FAM	MAS	EHPAD	Maison Relais	Pension Famille Résidence d'accueil	CHRS	Unité de vie Protégée
G01	1	2						
G02		1		1				
G03	1	2		1			1	1
G04		2		2				1
G05		3	4	3				
G06				2				2
G07		2		3	1			2
G08				1			2	3
G09				1				1
G10	9	9	6	2				
G11-12	1	3	1	7			2	
TOTAL	12	24	11	23	1		4	5

Au total, 88 lits occupés par des personnes "hospitalisées en attente d'un lieu de vie" à un instant "T"

3. Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

Problématiques identifiées par le groupe 3

Pour les personnes en situation de handicap psychique, les difficultés et souvent les ruptures jalonnent leurs parcours de vie.

Les troubles psychiques chroniques ont pour la plus grande part un pattern d'évolution difficilement prévisible, avec des variations qui peuvent être très importantes entre des états de crise nécessitant une hospitalisation et des états de rémission quasi complète. Cette temporalité particulière du handicap psychique dessine un parcours non linéaire, composé d'une succession d'étapes partiellement imprévisibles qui peuvent générer des ruptures ou des situations inadéquates. La personne vivant avec un handicap psychique nécessite donc au cours de sa vie et au gré de son état de santé, des accompagnements différents, tant en termes de modalité que d'intensité. Comme pour tout autre handicap, il est également essentiel de rappeler la liberté de choix et d'action de la personne : elle doit pouvoir être actrice de son parcours et pas simplement spectatrice.

Si l'objectif d'un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap psychique, est partagé par tous les acteurs de l'accompagnement, force est de constater que l'accès aux droits, aux ESMS, au logement, au travail... se heurte néanmoins à plusieurs **problématiques (dont la liste n'a pas la prétention d'être exhaustive) :**

- **Une offre insuffisante et inadaptée aux besoins des personnes en situation de handicap psychique**
 - ➔ La réglementation en vigueur ne permet pas un accompagnement flexible au gré de l'évolution de l'état de santé de la personne (pour les ESMS notamment) ; sa complexité peut être dissuasive pour les acteurs (pour l'habitat partagé par exemple). Elle peut limiter la prise en charge des personnes et l'innovation.
 - ➔ Les places en ESMS paraissent insuffisantes si l'on regarde les listes d'attente qui sont très longues (plus de 600 personnes sur liste d'attente d'un service bas-rhinois) avec une prise en charge qui n'est plus nécessairement appropriée aux besoins de la personne quand elle a lieu.
 - ➔ Il n'existe pas de structures de transition qui permettraient de travailler avec la personne son orientation.
 - ➔ Les sorties d'établissement sont peu fluides du fait des procédures définies ce qui peut avoir pour conséquence des maintiens inadéquats en ESMS au détriment de personnes qui en auraient vraiment besoin (exemple : maintien en ESAT de personnes qui ne sont plus en capacité de travailler).
 - ➔ Lors de moments de transition, à la sortie d'un dispositif ou d'un établissement vers le milieu ordinaire principalement, les personnes en situation de handicap psychique ne disposent pas d'un filet de sécurité, ce qui peut les insécuriser et les dissuader parfois de sortir et donc de libérer la place.
- **Des démarches complexes dans lesquelles l'entourage et les services de proximité ont parfois des difficultés à accompagner les personnes :**
 - ➔ Le développement du tout numérique en cours dans la plupart des institutions et notamment des organismes de sécurité sociale peut être excluante, si les personnes ne sont pas suffisamment accompagnées dans l'utilisation des outils. Le fait que toutes ne peuvent s'équiper du matériel nécessaire, faute de moyens financiers, est également à prendre en compte.
 - ➔ La culture de la preuve, à l'œuvre dans les institutions peut également allonger le temps des démarches.
 - ➔ L'existant, en termes de droits, de dispositifs, etc... est souvent peu connu par l'entourage mais aussi par les services de proximité qui accompagnent les personnes. On constate également un manque d'interconnaissances au niveau des acteurs (missions, publics, modalités d'intervention...)
 - ➔ La coordination entre les acteurs fait souvent défaut, ce qui peut conduire à un accompagnement morcelé, peu propice à un parcours sans rupture. Cela peut s'expliquer par un défaut d'institutionnalisation de la coordination (manque de temps, absence de référent de parcours, réticences des professionnels à travailler ensemble...)
 - ➔ Le secret professionnel s'impose à l'entourage et aux professionnels, parfois au détriment de la personne qui n'est pas en mesure de se saisir les informations contenues dans un courrier administratif tel qu'une notification MDPH.

-
- **Des freins d'ordre culturel ou institutionnel du côté des professionnels des ESMS, des bailleurs, des entreprises...**
 - ➔ Les troubles psychiques souffrent de représentations : les structures et les professionnels peuvent redouter l'accueil de personnes en situation de handicap psychique (et ce d'autant plus lorsque les personnes présentent des troubles du comportement ou des addictions). Cela est également constaté dans le monde de l'entreprise ou du logement (réticence des bailleurs à contractualiser).
 - ➔ Du fait de cette stigmatisation à l'échelle de l'ensemble de la société, l'acceptation du handicap par la personne elle-même et par son entourage peut prendre du temps et retarder l'entrée dans les démarches.
 - ➔ Un manque de formation des professionnels peut également constituer un frein à l'admission de personnes en situation de handicap psychique (notamment lorsqu'il y a des troubles du comportement et des addictions).
 - ➔ La collaboration médico-sociale/sanitaire est parfois trop fragile (hors convention), ce qui peut également constituer un frein à l'admission de personnes en situation de handicap psychique

Pour répondre à ces problématiques, des premières pistes d'amélioration ont été évoquées par le groupe de travail :

- ➔ Assouplir la réglementation et les règles de financement
- ➔ Expérimenter des dispositifs interstitiels, de transition vers les ESMS mais aussi vers le milieu ordinaire
- ➔ Mettre en place une équipe spécifique pouvant intervenir auprès des personnes qui posent des difficultés au sein des ESMS
- ➔ Développer la pair-aidance et accompagner les aidants (solutions de répit notamment)
- ➔ Institutionnaliser la coordination des acteurs en créant des instances dédiées et en conventionnant le partenariat
- ➔ Créer le métier de référent de parcours (case management) et demander à la personne d'en désigner un parmi les acteurs qui l'
- ➔ Intervenir auprès de la personne dans l'attente de son admission en ESMS
- ➔ Former les professionnels aux particularités du handicap psychique (et aux troubles du comportement)
- ➔ Sensibiliser le public au droit à la différence
- ➔ S'appuyer sur la CPT pour réunir officiellement l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale au sein d'une unique instance. Doter cet organe d'un fonds spécifique destiné à appuyer les actions nées de la concertation en son sein et apportant une réelle solution coordonnée et mutualisée.
- ➔ S'appuyer sur le Crehpsy (Centre de ressources Handicap Psychique) pour organiser la coordination, piloter un annuaire recensant tous les différents offreurs, former les professionnels à la connaissance du handicap psychique, contribuer à l'inter-connaissance des acteurs
- ➔ Développer des filières entre l'hôpital et certains établissements (géronto, enfance, etc.) permettant via une contractualisation en amont du placement de, tout à la fois, désengorger les lits hospitaliers et assurer le maintien en établissement. Ce type de contrat permettrait le cas échéant de garantir un retour hospitalier en cas de décompensation importante.

4. Accès aux soins somatiques

Le GT est très ouvert et rassemble des personnes très concernées par la problématique : il est composé de psychiatres hospitaliers et libéraux, de cadres infirmiers en psychiatrie, de médecins généralistes, de médecins addictologues, de médecin gériatre, de représentant des tuteurs aux adultes incapables majeurs, de représentant des familles de patients, de cadres administratifs hospitaliers publics ou du secteur hospitalier privé.

Le GT a été accueilli dans les locaux de l'URPSML Grand Est qui a missionné un élu médecin généraliste qui a accepté de piloter le GT.

Dès les premières rencontres il se confirme le consensus des participants au GT sur le fait que la situation de la santé somatique des personnes souffrant de pathologies mentales est préoccupante, à tous âges. Cet accord rejoint les constats réalisés dans le cadre des enquêtes nationales.

La méthode de travail a consisté à s'appuyer sur des situations cliniques diverses rapportées par les participants et leur posant problème, puis à les travailler en sous-groupe de manière thématique afin d'identifier les déterminants des difficultés rencontrées et d'émettre des propositions d'action ou d'intervention.

Constats et analyses

Pour les participants lors de la première rencontre, les constats sont les suivants :

- Le lien paraissant inexistant entre la prise en charge hospitalière et la médecine générale lors de la prise en charge des patients souffrant de problèmes de santé mentale
- Les difficultés émergeant lors d'hospitalisation en psychiatrie de patients âgés pour des raisons somatiques
- Des difficultés d'articulation et de lisibilité liée à la pluralité d'instances et programmes (GHT, PTSM, PRS)
- Les difficultés des familles quant au suivi des traitements pharmacologiques
- Des problèmes d'accessibilité aux soins
- Des liens entre l'addictologie et la psychiatrie problématiques, clivage ville / hôpital
- La nécessité de notions de soins d'accompagnement, de coordination
- Des possibles soucis de méconnaissance de la pathologie psychique chez les médecins généralistes
- Des différences entre ville et campagne en matière de parcours de soin, en termes d'accompagnement et d'entourage, mais également de fracture numérique
- Une faible représentativité des libéraux au sein des différentes instances de démocratie participative.
- Préventions primaires et secondaires : les MT ont du mal à proposer des dépistages à leurs patients souffrants de maladie mentale

Le choix des participants a été de travailler plus spécifiquement les situations suivantes :

- Pathologies somatiques non détectées lors de prise en charge psychiatrique sur le long terme
- Déni des soins et souffrance des aidants
- Adolescents : évaluation des troubles
- Accessibilité et adaptabilité des lieux de consultation en médecine somaticienne
- Psychiatrisation de pathologies somatiques chez patients âgés

- Lien CMP – Médecin traitant.
- Prévention

Le travail s'est porté sur l'analyse des déterminants des ruptures de parcours identifiées. Les sous-groupes ont mis en évidence des problématiques liées : aux patients, aux soignants, à l'entourage des patients, à la communication.

- Patients
 - Influence des pathologies psychiatrique sous-jacente, qui handicapent le patient dans son parcours de soin
 - Troubles de la motivation
 - Troubles de la compréhension et du jugement
 - Troubles de la gestion des événements de vie
 - Priorisation des problématiques
 - Troubles dépressifs,
 - Troubles de la motivation
 - Dénier ou négligence des besoins somatiques
 - Impatience ou intolérance à l'attente
 - Pauvreté ou dénuement financier : les patients souffrant de pathologie mentale sont plus fréquemment en situation de pauvreté. La couverture maladie est fréquemment réduite par rapport à l'ensemble de la population : régime général et pas d'accès au régime local pour ceux qui ne sont pas aptes au travail et sont bénéficiaires de l'AAH, faible taux de mutualisation, peu d'accès à la CMUc en raison des ressources supérieures aux plafonds d'attribution. Par ailleurs résidence plus fréquente dans des zones de pauvreté urbaines et péri-urbaines ou rurales, où la densité d'offre de soins est moindre (médecine de premier recours, et surtout médecine spécialisée ou soins dentaires), compliquée par la faible mobilité des intéressés réduisant les possibilités de recours aux soins. Intensité du renoncement aux soins.
 - Altération de l'autonomie de l'individu
- Soignants
 - Aptitude à l'accueil des patients "atypiques"
 - Disponibilité mentale et temporelle des soignants
 - Soignant pressé ou peu disponible
 - Médecine technique et protocolisée parfois mal adaptable à des patients psychiatriques, qui peuvent être insuffisamment compliants aux contraintes techniques
 - Réaction "en miroir" des soignants face à l'angoisse des patients souffrant de pathologies mentales.
 - Locaux techniques de soins mal adaptés à l'accueil des patients fragiles psychiatriques : salle d'attente bondée, attente prolongée, inconfort du local, vacuité du temps d'attente, locaux peu cordiaux ou anxiogènes
- Entourage / Aidants
 - Rôle important de l'entourage lorsque l'autonomie des patients est réduite par la maladie mentale.
 - Association des aidants aux soins : "les familles sont parties prenantes du soin"
 - Difficultés lorsque le secret médical est opposé aux aidants
 - Honte des familles, protection de la vie privée, secret sur les pathologies psychiatriques
- Médecine de parcours et coordination des soins
 - La médecine de parcours implique le partage d'informations médicales personnelles. Ce partage rencontre la résistance liée à la contrainte du secret médical protecteur de l'individu. Les professionnels de santé sont en tension entre ces deux obligations auxquelles ils sont soumis : secret médical dû à l'individu et secret partagé permettant le parcours de soins.

- La communication entre acteurs des soins est parfois réduite à des échanges d'information : ce mouvement comporte un risque d'oubli de la subjectivité de la parole, fondatrice de l'humanité des sujets et du soin dans la relation clinique.
- Le rôle et les fonctions du médecin traitant sont problématiques :
 - En premier lieu, au sein même de la fonction du MT, deux missions sont en compétition : le MT est chargé de coordonner les soins, activité qui nécessite la transmission des informations médicales, mais il est aussi un professionnel de soin, tenu au secret médical et engagé face à son patient.
 - Lorsque le soin psychiatrique est considéré comme un parcours spécifique, des psychiatres considèrent que leur rôle est de coordonner ce parcours ; ils réservent au MT la coordination des soins somatiques. Il se construit alors DEUX parcours de soin, cloisonnés. Les échanges sont souhaités, mais il devient difficile de supprimer la cloison qui symbolise la spécificité du parcours de santé mentale. La transmission d'informations au MT ne va pas de soi.
- Certains patients chroniques sont "implantés" dans des CMP, lieux qui deviennent pour eux le seul lieu de vie et de soin : difficulté à recourir à des MT extérieurs au CMP
- Absence fréquente de déclaration de MT, et faible fréquentation du MT.
- Questions sur la compétence présumée des généralistes face aux pathologies psychiatriques : les MT doivent-ils être "spécialistes" en psychiatrie ? Les pathologies psychiatriques doivent-elles être prise en charge exclusivement par des professionnels spécialisés en psychiatrie ?

Pistes d'action et orientations

Partant des éléments d'analyse, les participants ont travaillé sur la recherche de pistes de résolution des difficultés identifiées. Ce travail s'est structuré autour de 4 axes :

1. Parcours de soin : intérêt et limites en santé mentale ; rôle du médecin traitant, formalisation de liens entre équipes psychiatriques et MT.
 - Parcours différenciés selon l'âge des patients :
 - Enfants : présence des parents prédominante, ou présence des tuteurs
 - Adulte fréquence de l'isolement, protection des majeurs et services de tutelles
 - Grand âge : démence, perte d'autonomie cognitive, handicaps moteurs, accompagnement
 - Systématisation de l'identification des référents intervenant dans le parcours de soin à tous les nœuds de coordination des soins
 - Identification du médecin traitant et ses coordonnées
 - Identification du psychiatre référent et coordonnées
 - Identification des paramédicaux et coordonnées
 - Identification du pharmacien référent et coordonnées
 - Recours aux outils informatiques lorsque accessibles : téléservices de l'assurance maladie (IMT), CDR, et DMP
 - Inclure le médecin traitant dans le soin psychiatrique
 - Consultations conjointes au CMP, au domicile ou au cabinet du MT
 - Invitation du MT aux temps de synthèse du CMP
 - Accompagnement des patients du CMP vers le soin chez le MT (facilitation par exemple prise de RV et rappel du RV ou accompagnement physique)
 - Transmission rapide d'information entre MT et équipes psychiatriques via messagerie sécurisée (sous réserve d'accord du patient) ; Lettres de liaison écrites ou électroniques
 - Sortie d'hospitalisation : Lettre de sortie et s'assurer que le MT est prévenu
 - Formations conjointes.
2. Les aidants : famille, tuteurs, médiateurs, pairs aidants, relations entre soignants et aidants

- Mieux vivre le rôle de la personne de confiance : La personne de confiance a un statut spécifique et peut accompagner les patients durant les soins, l'assister pour les décisions, représenter le patient. Le groupe de travail propose la réalisation d'une expérimentation sur le Bas Rhin d'une formalisation de la fonction de personne de confiance par la mise en place systématique d'une carte physique identifiant la personne de confiance, qui pourrait être produite lors des accompagnements auprès des soignants. Mentionner l'identité de la Personne de Confiance dans le rapport de sortie hospitalier, et dans le DMP.
- Pair-aidance : soutien aux expériences de pair-aidance pour l'accompagnement vers les soins somatiques. Rôle d'information, d'éducation, d'encouragement.
- Développement de la médiation en santé : nouveau métier avec formation spécifique, référentiel HAS. Rôle d'accompagnement dans les soins (orientation, aide, présence)
- 3. Formations et co-formations : soignants psychiatriques / soignants non psychiatriques / aidants
 - Éducation thérapeutique en psychiatrie
 - Objectif de la constitution d'une culture et d'un langage commun des différents soignants →
 - Formations communes incluant des patients
 - Formations croisées : des stagiaires en formation de psychiatrie passent en stage chez des médecins généralistes, et réciproquement
 - Formations avec patients-experts
 - Consultations communes :
 - MT et psychiatres en CMP et HDJ
 - MT et psychiatres en cabinet libéraux
 - Groupes d'échanges de pratiques communs
 - Indemnisation des libéraux pour les temps de coordination : Expérimentation dans le Bas Rhin d'une cotation spécifique pour ces temps de travail
- 4. Accessibilité des soins pour les patients souffrant de pathologie mentale : accessibilité financière, accessibilité géographique, accueil par les lieux de soin, accompagnements.
 - Accessibilité géographique :
 - Renforcement des prises en charges somatiques dans les ES santé mentale hospitalisation
 - Recours à la télémédecine
 - Consultations avancées de somaticiens en établissements de santé
 - M. LEYRET, DG du GHSV, suggère de favoriser les ES mixtes MCO et SM, afin de brasser et rapprocher les compétences
 - Établissements de santé ambulatoires : renforcer les liens avec le MT
 - Courriers réguliers
 - Consultations des MT en ES
 - Collaborations MSP – CMP
 - Articulation des CMP avec les CPTS
 - ES MCO : coopérations MCO inter- établissements (retour d'expérience ???)
 - Accessibilité financière :
 - Priorité à l'accès à un logement ("Chez Soi d'Abord")
 - Accès à l'emploi
 - Aide à la mutualisation
 - Permettre aux bénéficiaires de l'AAH d'accéder au Régime Local
 - Création de circuits courts avec les PASS

Synthèse des travaux du GT4 Soins somatiques et santé mentale

Le GT a mené une analyse partant de situations cliniques vécues par les membres du GT. La diversité des personnes présentes a permis de couvrir une importante partie de la problématique.

4 pistes prioritaires ont été identifiées :

- Parcours de soin, soulignant la place centrale de la coordination par le médecin traitant
- Importance des aidants
- Formations
- Accès aux soins

Les données quantitatives présentées dans la première partie du diagnostic ont trouvé confirmation dans l'abord clinique réalisé par le GT, et les pistes proposées répondent à plusieurs des constats quantitatifs réalisés.

En matière de **parcours de soin**, et de **formation**, les travaux du GT rejoignent les **recommandations émises par la HAS en septembre 2018** : "**Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux**" https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/synthese_coordination_mg_psy.pdf. Ces recommandations acquièrent de ce fait une légitimité départementale et il serait utile de les diffuser et de mettre en place les conditions de leur application.

Pour ce qui est de la question des **aidants** dans l'accompagnement vers les soins de santé somatique, le GT formule une **proposition originale d'expérimentation départementale d'une carte de personne de confiance**, en lien avec le DMP. Cette proposition est prometteuse car elle répond de façon simple à plusieurs objectifs :

- Reconnaissance de la personne de confiance et de la légitimité de l'accompagnement des aidants dans le soin
- Identification par le patient de la personne à laquelle il accorde sa confiance
- Identification par le service de santé mentale de l'aidant privilégié
- Identification et reconnaissance par les services de soin somatique des personnes accompagnantes

Pour la formation des professionnels, le GT formule une seconde **proposition originale d'expérimentation départementale : création d'une cotation spécifique des temps de coordination pour les libéraux participant à des temps de co-formation ou de travail de synthèse.**

Enfin les questions de **l'accès aux soins**, tant accessibilité que lutte contre le renoncement aux soins sont identifiés par le GT qui propose des solutions appropriées.

5. Prévention et gestion des situations de crise

CONSTATS ET CAUSES :

- o *Convergence sur les urgences de demandes ou situations traitables en amont :*
 - Par saturation des CMP et psychiatres libéraux avec délais très importants
 - Par manque de lisibilité de l'offre de soin ambulatoire
 - Par manque de réactivité interventionnelle du dispositif de soin (patients « non connus »)
 - Par manque de prise en compte des alertes de l'environnement
 - Par manque de MOYENS humains
- *Des SU pas adaptés à la prise en charge des urgences psy*
 - Manque de psychiatres ou de compétences psychiatriques en continue dans les Services d'Urgence
 - Manque d'information et de formation des professionnels

- Locaux, organisations et temporalités non adaptés à la gestion des situations d'urgences psychiatriques et des situations de crise
- *Un manque de coordination des acteurs*
 - Dans l'organisation du parcours de soin
 - Dans la construction de l'offre de soin sur un territoire
- Situations et publics particuliers
 - Le recours aux soins sous contraintes
 - Le recours au Péril Imminent
 - Les personnes âgées
 - L'intrication des comorbidités somatiques et psychiatriques
 - L'insuffisance des réponses coordonnées pour les crises comportementales des patients souffrant de démences
- Les personnes souffrant d'addictions
 - Stigmatisation disqualifiante des demandes d'accès aux soins
 - Assimilation entre sevrage et demande de soins en urgence
 - Manque de lits de sevrage
- Les enfants et adolescents
 - L'absence de réponse précoce et rapide induit souvent une crise comportementale et des passages à l'acte
 - Les urgences ou le recours à l'hospitalisation psychiatrique sont souvent les seuls moyens d'offrir un lieu et un temps de répit
 - L'absence de service d'accueil et de crise spécifique pour les ados

LES PROPOSITIONS :

- **Mise en place d'une coordination** territoriale opérationnelle pour permettre aux acteurs de se connaître et renforcer les liens trans-métiers
- **Renforcer les équipes de CMP** pour plus de mobilité et de réactivité sur les situations signalées
- **Simplifier l'accès direct** à l'hospitalisation psychiatrique lorsqu'un passage en Service d'Urgence n'est pas nécessaire
- **Organiser** pour les jeunes relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) un dispositif non hospitalier de rupture et de répit pour les situation de crise liées au contexte de vie des jeunes placés
- **pour fluidifier les parcours de soins :**
 - création d'une plate-forme téléphonique d'orientation pour les professionnels ;
 - développement de systèmes d'information **partagés** entre les différents acteurs ;
 - généralisation de l'utilisation des messageries sécurisées ; attention portée aux courriers rapides ;
 - développement d'équipes de psychiatrie mobiles (« aller vers »), en particulier pour les primo-accédants ; plutôt au sein de chaque secteur/pôle avec une prise en compte des appels à l'aide des personnes, de l'entourage ;
 - présence d'un psychiatre senior aux urgences sur des plages plus étendues (au moins en début de minuit, les week-ends et les jours fériés) ;
 - création d'unité(s) d'hospitalisation de crise
- **facilitation des parcours d'aval :**
 - **pour l'ambulatoire :**
 - plages horaires dédiées aux demandes non-programmées dans les CMP et le secteur libéral ;
 - utilisation de systèmes de rendez-vous (type « doctolib ») permettant une diminution des délais d'attente pour la première consultation médicale ;

- permettre un accueil non programmé sur les plages horaires suffisantes ; notamment pour les patients précaires.
- **pour l'hospitalisation :**
 - faciliter les parcours directs autant que possible (sans passage systématique par les urgences) dans les limites fixées par la sécurité des soins ;
 - favoriser l'intervention des médecins traitants et des équipes de soins impliquées dans la prise en soins d'urgence et de crise des patients déjà inscrits dans un parcours de prise en soins ;
 - faciliter et développer les possibilités d'hospitalisation d'aval non programmées.
- **Pour répondre au manque de formation :**
 - organiser des temps de réunion avec les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social (y compris la police, pompiers, mairie) au plus près des lieux de vie ;
 - faciliter la formation des acteurs du médico-social ;
 - proposer des temps de débriefing des situations cliniques difficiles entre partenaires impliqués intégrant les représentants de patients et de proches ;
 - participer à la formation des dispositifs de médecine d'urgence (type SOS Médecins, ASUM, pompiers, SAMU).
- **Pour pallier au manque de psychiatres et aux difficultés de déplacement**
 - développer les dispositifs de télémédecine (y compris entre services d'urgence si un psychiatre senior est présent à un endroit du territoire) ;
 - importance de désignation d'un médecin traitant ;
 - faciliter les collaborations entre médecin traitant et équipes de soins psychiatriques (cf textes de recommandations HAS et charte de partenariat).
- **Pour le sujet âgé :**
 - désignation d'un psychiatre au sein de chaque secteur/pôle, pouvant interagir avec les équipes de gériatrie (EPHAD, équipes mobiles) ;
 - création de courts-séjours géronto-psychiatriques en secteur non psychiatrique avec plateau somatique et filières d'aval. Permettant d'accueillir des patients ; âgés avec des troubles du comportement (errance, confusion, agressivité,) ;
 - faciliter la formation à la crise des équipes de gériatrie.
- **Pour la psychiatrie infanto-juvénile :**
 - développer des lits d'hospitalisation de crise et d'urgence pour les adolescents (> 12 ans) ;
 - développer des lieux permettant un apaisement des situations de tension en milieu éducatif ou social.
- **Pour l'addictologie :**
 - palier au manque de lits de sevrage ;
 - faciliter l'accès aux soins psychiatriques des patients souffrant de troubles addictifs ;
 - former des psychiatres de liaison en addictologie qui pourront être déployés auprès des structures ambulatoires d'addictologie.
- **Former les équipes soignantes** et médicales de premier recours aux situations d'urgences psy et de crise (SAMU et SOS médecins en priorité)
- Créer une **plateforme de coordination** et de recours téléphonique pour les professionnels
- **Expérimenter les nouveaux outils** de réponse aux demandes tels que la télémédecine (en EHPAD, en Médecine Somatique, avec les ados...)

- Développer un dispositif de **recensement actualisé des disponibilités** de consultations en CMP et en libéral
- Créer un **centre de crise pour adultes et adolescents** sur Strasbourg

Synthèse des constats

De manière synthétique, on peut extraire cinq « blocs » principaux de constats qui sont les suivants :

- Les questions de promotion de la santé mentale et de déstigmatisation reviennent de manière récurrente et constituent un bloc d'actions à mener.
- La question des situations complexes et de la pair-aidance revient également de façon prégnante
- La télémédecine / ou téléconsultation est également très présente dans les pistes d'amélioration des différents groupes
- L'optimisation de l'offre de santé revient dans l'ensemble des groupes et regroupe l'optimisation à la fois de l'offre sanitaire mais également médico-sociale
- La question des « interstices » apparaît également dans les cinq groupes et comment fait-on, dans un cadre de places inamovible pour permettre d'éviter les ruptures constatées en tout genre.

Ces cinq constats principaux feront l'objet de fiches actions dans le cadre de la seconde partie du projet territorial de santé mentale et de l'élaboration de la feuille de route.

Feuille de Route du PTSM 67

Trouver dans le cadre du projet territoriaux de santé mentionnés



ALSACE BAS RHIN



EPSAN



ACADEMIE DE STRASBOURG

ES ELSAN
CLINIQUE DE L'ORANGERIE



Strasbourg.eu

MINISTÈRE DE LA JUSTICE



LRPSML
GRAND-EST



Sommaire

Propos liminaires.....	4
Axe 1 - Formation, promotion de la santé, innovation et déstigmatisation	8
Action1.1 - Vidéothèque pour la promotion du parcours et de l'accompagnement du handicap psychique - Par et pour les personnes en situation de handicap psychique	9
Action 1.2 - Prévention des effets des écrans sur la santé des enfants et adolescents.....	11
Action 1.3 – Formation – groupe d'analyse de pratiques	13
Action 1.4 - Action de formation auprès de professionnels de santé à l'accompagnement et à l'intervention précoce parents-enfants validés - (enfants avec troubles du spectre de l'autisme et autres troubles du neurodéveloppement – TSA / TND).....	17
Action 1.5 - Aide à la couverture complémentaire des personnes souffrant de pathologies mentales....	20
Axe 2 – Situations complexes –Pair-aidance	23
Action 2.1 - Création d'un service à la personne dédié aux personnes en situation de handicap psychique par les pairs-aidants.....	24
Action 2.2 - Insertion sociale des personnes en situation de handicap psychique par l'échange de compétences	28
Action 2.3 - Dispositif d'Accompagnement au Rétablissement et à l'insertion dans la Cité (DARIC)	30
Action 2.4 - Référent de parcours pour les personnes présentant des troubles psychiques et se trouvant en situation complexe	33
Action 2.5 - Structurer le parcours des personnes en situation de fragilité souffrant de troubles psychiques en hébergement en SIAO.....	37
Axe 3 – Lien ville hôpital	39
Action 3. 1 - Favoriser la prise en compte de la question de la santé mentale dans chaque communauté professionnelle de santé (CPTS) se créant.	40
Action 3.2 - Renforcer le lien entre la psychiatrie et le médecin traitant	42
Action 3.3 - Equipes mobiles pluridisciplinaires de dépistage précoce en psychiatrie	44
Action 3.4 - Équipe mobile de diagnostic et intervention précoce adolescents	46
Action 3.5 - Développer une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée sur l'EMS (reproductible sur le reste du département).....	49
Axe 4 – Optimisation de l'offre de santé	51
Action 4.1 - Coordination des autorisations publiques-privées	52
Action 4.2 – Renforcer le lien Ville Hôpital par la collaboration public / privé et le parcours de la prise en charge psychiatrique et somatique des patients	55
Action 4.3 - Hospitalisation à temps complet des enfants et adolescents en pédopsychiatrie.....	58
Action 4.4 - Mise en place d'ateliers collectifs hors site dans le cadre de l'hôpital de jour pour préadolescents et adolescents au centre hospitalier de Saverne	61

Action 4.5 - Créer une offre privée de soins intégrés et moderne en santé mentale en hospitalisation temps complet et en hôpital de jour pour la population des jeunes adultes et des adolescents sur l'Eurométropole.....	63
Action 4.6 - Consultations d'addictologie en pédopsychiatrie	65
Action 4.7.....	67
- Dispositif intégré public-privé d'accès aux consultations en psychiatrie et en addictologie.....	67
Action 4.8 - Repérage précoce et évaluation des troubles neurocognitifs et psychiatriques associés aux troubles addictifs	69
Action 4.9 - Majoration de la capacité d'accueil médico-psychologique de la population étudiante	72
Action 4.10 - Parcours et coordination en santé mentale et précarité.....	76
Action 4.11 - Renforcement de la réponse aux besoins et aux demandes d'accès aux soins précoces en psychiatrie des personnes en grande précarité	78
Action 4.12 - Développer des appartements « tests » adossés aux structures de soins en psychiatrie...	80
Action 4.13 - Extension Logements Accompagnés Psychiatriques.....	82
Action 4.14 - Créer une offre privée de soins intégrés en santé mentale en hospitalisation temps complet et en hôpital de jour pour la population adulte et les professionnels de santé sur l'Eurométropole.....	84
Action 4.15 – Hôpital de jour de Psychiatrie de la Personne Agée sur l'Eurométropole	86
Action 4.16 - Déployer le re-contact des patients suicidant	88
Axe 5 – Articulation-coopération-décloisonnement	90
Action 5.1 - Equipe mobile mixte départementale d'intervention en milieu scolaire	91
Action 5.2 - Déployer une plateforme d'accès efficiente aux demandes de soins pour les situations d'urgence et de crise	95
Action 5.3 - Dispositif de télépsychiatrie pour les situations d'urgence et de crise.....	97
Action 5.4 - Articuler le parcours de soin en santé mentale des usagers des Maisons Urbaines de Santé	98
Action 5.5 - Légitimer la personne de confiance par une carte d'identification	100
Action 5.6 - Expérimentation d'un dispositif flexible d'accompagnement des enfants confiés à l'ASE et présentant des troubles psychiques et/ou des troubles du comportement	102
Action 5.7 - Création d'unités spécifiques en EHPAD dédiées à l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique vieillissantes.....	108

Propos liminaires

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et le décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale (PTSM) prévoient l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale ayant 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 particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;
- permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;
- déterminer le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

L'instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 vise à accompagner les acteurs et les ARS dans l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale en apportant des précisions sur les modalités d'association des acteurs, le rôle des ARS, les modalités de mise en œuvre, de contractualisation, de suivi et d'évaluation des projets. Elle renvoie par ailleurs à une « boîte à outils » en ligne sur le site internet du Ministère des solidarités et de la santé pour décliner et illustrer les priorités du décret.

Les actions du projet territorial de santé mentale qui concernent les établissements de santé, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, et les groupements hospitaliers de territoire se déclinent au sein de leur projet stratégique (projet d'établissement ou de service, projet médical partagé) qui sont actualisés le cas échéant par voie d'avenant.

Le Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 prévoit que dans l'attente de la signature du contrat territorial de santé mentale, une Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) préfiguratrice peut être créée à l'initiative des établissements de santé de service public hospitalier autorisés en psychiatrie. La CPT préfiguratrice participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé en santé mentale, à l'élaboration du PTSM et à sa déclinaison au sein d'un contrat territorial de santé mentale.

La CPT préfiguratrice devient définitive à la signature du contrat territorial de santé mentale.

Le projet territorial en santé mentale est issu d'un diagnostic partagé, réalisé en 2019 par une équipe projet pluridisciplinaire composée des ambassadeurs et pilotes de la démarche selon la méthodologie de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). Les représentants du Comité stratégique de Psychiatrie du GHT Basse Alsace Sud Moselle, des Conseils locaux de santé mentale, des usagers, de la médecine libérale, du secteur médico-social, du Conseil Départemental du Bas-Rhin et de l'offre de psychiatrie privée émergente ont été parties prenantes à l'élaboration du projet.

Ainsi, le projet territorial en santé mentale repose sur une dynamique partenariale donnant à chaque partie prenante une vision d'ensemble des objectifs à atteindre et la possibilité de contribuer soit à travers l'évolution de leur propre organisation, soit en coopérant avec d'autres institutions dans le cadre d'actions proposées dans le PTSM.

Une gouvernance structurée et forte, avec la coordination par un chef de projet dédié, une équipe projet et un comité de pilotage stratégique, doit permettre de garantir une avancée concertée et cohérente de l'ensemble des actions du champ de la psychiatrie, afin de :

- Fluidifier les parcours de soin et de vie des patients en psychiatrie, éviter les ruptures de parcours
- Permettre une mise en œuvre efficiente de l'offre de prise en charge pour les patients souffrant de troubles mentaux
- Donner à chaque acteur une meilleure lisibilité sur l'offre, de manière transversale (sanitaire, médico-sociale, ambulatoire, sociale)

Le PTSM sera mis en cohérence avec les axes stratégiques du PRS, la feuille de route nationale en Santé Mentale, et les axes du Projet médical partagé du GHT 10.

Les principaux constats du diagnostic ont été les suivants :

- **L'optimisation de l'offre de santé sur le territoire**, relevée de manière massive dans les différents groupes, et portant principalement sur les publics cible suivants :
 - o Le développement de l'offre de soins pour les adolescents et jeunes adultes et la nécessité de travailler également à des solutions de répit, et notamment le travail en direction des jeunes de l'aide sociale à l'enfance
 - o Le développement et le renforcement de l'offre de soins à destination des populations les plus en difficulté sociales (grands précaires notamment)
 - o Le développement et la structuration de l'offre de soins à destination des personnes âgées, en tenant compte de l'avancée en âge de la population mais également en tenant compte du vieillissement des personnes en situation de handicap psychique.
 - o Le développement et la meilleure prise en compte des problématiques addictives.
- **La nécessité de développer la promotion de la santé mentale** et la destigmatisation de celle-ci
- Le développement des mesures et dispositifs pour faire face aux **situations complexes**.
- L'intégration de la **télé médecine** dans les pratiques de soin
- Le développement de dispositifs orientés « **rétablissement** » à travers le prisme du travail et du logement ainsi que l'émergence et le développement de la pair-aidance et plus généralement de l'intégration de la personne ainsi que de la famille dans son parcours.
- La **perfectibilité du lien entre la santé somatique et psychique** et la place accordée au médecin traitant.

Les actions présentées ont été élaborées à l'aune du Diagnostic Territorial de Santé Mentale, travail préalable conséquent qui a donné lieu à la fois à des rencontres thématiques permettant de dégager de grands axes pour le territoire mais a pu également, par un travail statistique approfondi, mettre en évidence les « particularismes locaux ».

Elles s'inscrivent en cohérence avec les axes stratégiques et opérationnels du Projet régional de Santé et de la Feuille de route nationale en santé mentale dont les 3 axes sont rappelés ci-dessous :

- Axe 1 - Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ;
- Axe 2 - Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
- Axe 3 - Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

C'est pourquoi, dans la continuité des échanges relatifs au diagnostic, les différents groupes thématiques ont pu transcrire les axes d'amélioration repérés en actions inscrites dans la présente feuille de route, et ce, dans un cadre concerté entre les acteurs les plus larges. Il a également souhaité que puisse apparaître dans le PTSM l'ensemble des nouvelles offres hospitalières proposées en réponse au Projet régional de santé.

Ainsi, les enjeux prioritaires identifiés par l'équipe projet et le COPIL sont les suivants :

Les objectifs généraux du PTSM se déclinent en 5 grands axes thématiques définis suite aux travaux des groupes :

- **Axe1 : Formation, promotion de la santé, innovation et destigmatisation**
- **Axe2 : Situations complexes -Pair –aidance**
- **Axe3 : Lien ville hôpital**
- **Axe 4 : Optimisation de l'offre de santé**
- **Axe 5 : Articulation-coopération-décloisonnement**

Le PTSM 67 contient 38 fiches actions. Elles ont fait l'objet d'une priorisation par l'équipe projet et le comité de pilotage stratégique en fonction de leur impact, de leur maturité et de leur accessibilité.

Gouvernance

Le Comité de pilotage stratégique (COFIL) du PTSM est l'instance de pilotage du Projet. Il est alimenté et organisé par les travaux de chaque pilote, par la préparation de l'équipe projet, et sous la coordination du coordonnateur du PTSM (fiche de poste en annexe).

Il est organisé autour :

- De représentants des opérateurs du PTSM, eux-mêmes membres de la Communauté psychiatrique de territoire (CPT) ; ainsi, la CPT, définitivement constituée après approbation du PTSM, représente le collectif des acteurs de la santé mentale en charge de la mise en œuvre opérationnelle de la stratégie de santé mentale ;
- De représentants institutionnels, en charge de la régulation de l'offre et du co-financement des projets.

Les rôles et composition des différentes parties prenantes sont les suivants :

- **Rôle du coordonnateur du PTSM**
 - Assurer la mise en œuvre, l'animation et le suivi du Plan d'actions PTSM
 - Repérer les besoins d'appui aux pilotes d'actions dans l'élaboration et la mise en œuvre des actions,
 - Rend compte de l'avancée des travaux
 - Identifier les difficultés de mise en œuvre,
 - Alerter l'équipe projet et le COFIL
 - Préparer et animer les réunions de l'équipe projet
 - Préparer et animer les réunions du COFIL
- **Rôle et composition de l'équipe projet**
 - Rôle
 - Coordonner la mise en œuvre opérationnelle des actions
 - Apporter les expertises nécessaires aux besoins du projet
 - Réunion toutes les 4 à 6 semaines (8 à 12 fois / an)
 - Composition :
 - Coordonnateur
 - Pilotes des actions
 - Ambassadeurs
 - Référents santé mentale de l'ARS
- **Rôle et composition du Comité de pilotage**
 - Rôle
 - Valider les orientations stratégiques
 - Définir les modalités de communication
 - Suivre les grandes étapes et échéances associées
 - Valider les productions à l'issue de chaque phase
 - Piloter l'atteinte des objectifs du plan d'actions
 - Désigner le chef de projet
 - Valider les moyens à mettre en œuvre dans le projet
 - S'assurer de la cohérence du projet avec les objectifs initiaux pendant toutes les étapes de sa mise en œuvre.
 - Décider des réorientations et révision des actions qui le nécessitent
 - Valider les étapes clés en donnant son feu vert pour passer à la suivante.
 - Composition :
 - Membres de la CPT désignés collégialement pour assurer une représentativité des acteurs au sein du COFIL PTSM

- Institutions
 - Délégation territoriale du Bas-Rhin de l'ARS Grand Est
 - CPAM du Bas-Rhin
 - DTPJJ
 - Inspection académique
 - Département du Bas-Rhin
 - MDPH
 - Direction départementale de la Cohésion sociale
 - Représentants des Conseils locaux de santé mentale
 - Autres financeurs éventuels
- Il se réunit 3 à 4 fois / an

Les Commissions spécialisée de santé mentale (CSSM) des Conseils territoriaux prononcent un avis sur le PTSM et sont, en lien avec la CPT et le COFIL PTSM, chargées de tenir informés les membres des conseils territoriaux sur l'avancée du PTSM.

Les CLSM, espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire, ont pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées, au sein des bassins de vie.

Evolutivité du PTSM

Durant les 5 années de sa mise en œuvre, le PTSM pourra être évolutif ; ces évolutions seront rendues possibles par la poursuite des échanges entre les partenaires pour un ajustement permanent des actions en fonction des nouvelles données qui auront pu être établies et des réalités du terrain.

D'ores et déjà, il apparaît que de nouveaux axes devront être développés comme la santé mentale des détenus et la santé mentale dans les territoires.

Une valorisation des actions découlant de la crise COVID pourra être réalisée, tout comme celles des CUMPS s'il y en a. Une réflexion est à engager quant à l'inscription du centre régional de psycho-traumatisme au niveau régional.

Point de vigilance :

- Les membres du COFIL PTSM font part de leur préoccupation et indiquent la nécessité d'une attention soutenue compte tenu de l'évolution du financement de la psychiatrie et de son impact économique encore inconnu sur les offreurs, en lien avec l'augmentation significative de l'offre sanitaire de santé mentale sur le territoire.
- L'Agence régionale de santé souligne quant à elle le caractère ambitieux et complet du PTSM. Elle pointe la nécessité de priorisation et de pilotage fort qu'implique un projet de cette nature.

Axe 1 - Formation, promotion de la santé, innovation et déstigmatisation

Action1.1 - Vidéothèque pour la promotion du parcours et de l'accompagnement du handicap psychique - Par et pour les personnes en situation de handicap psychique

Pilote	<i>Structure</i>	RNA
Axe stratégique du PTSM	Axe 1 Formation, promotion de la santé, innovation et déstigmatisation	
Contexte et enjeux locaux	Les personnes en situation de handicap psychique accèdent difficilement à l'offre de parcours à leur disposition. Ce barrage tient aux résistances propres de la personne envers l'acceptation du handicap et l'accompagnement pour compenser ce dernier ; il tient également à l'absence d'une information claire et attractive. Les personnes en situation de handicap psychique devraient être les ambassadrices les mieux placées pour promouvoir l'accès à un parcours d'accompagnement.	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) base liste des objectifs du PRS)	Axe n° 4 :Parcours Objectif 02.0 - Développer une offre de réhabilitation psycho-sociale en adéquation avec le projet de vie des usagers	
Objectif général	Destigmatiser les parcours d'accompagnement Développer l'empowerment	
Objectifs opérationnels	Réaliser une vidéothèque contenant des films destinés à destigmatiser les accompagnements sociaux et médico-sociaux (accepter un ESAT, un foyer d'hébergement, la fréquentation d'un GEM, d'une association d'usagers, etc.)	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Association JEFF CREHPSY (Centre de Ressources pour le handicap psychique)
	<i>A prévoir</i>	CNASM (Centre national audiovisuel en santé mentale)
Etapes de mise en œuvre – Description	Déploiement en lien avec le CREHPSY : <ul style="list-style-type: none"> - Associer tous les partenaires à un tour de table (usagers, professionnels et bénévoles) - Définir les choix des thématiques vidéo - Rédiger les storyboards - Réaliser les films 	
Partenaires de l'action	CREHPSY JEFF UNAFAM CLUB LOISIRS Groupe d'Entraide Mutuelle 67 Commission solidarité Route Nouvelle Alsace	
Public visé	Jeunes Adultes (16 à 25 ans) Adultes (26 à 65 ans)	
Territoire d'intervention	Bas-Rhin	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Total projet : 51.000 euros Fonds d'Intervention Régional : 2.000 euros Commission solidarité RNA et autofinancement : 8.000 euros Clubs service : 1.000 euros
	<i>Complémentaires</i>	A établir en contractualisation : 40.000 euros sur 2 ans (le détail des coûts selon les différents prestataires est précisé dans un document annexe)

<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes en situation de handicap psychique (usagers) associées au projet • Nombre de réunions préparatoires et nombre d'usagers y participant. • Nombre de tenues d'ateliers de travaux et nombre d'usagers y œuvrant <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de films réalisés • Qualité des films • Nombre de projections publiques • Nombre de supports différents de diffusion des films (plateformes vidéo, sites internet, diffusion en festival, etc.) <p>Indicateurs d'impact :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes ayant fait une démarche de parcours suite au visionnage des films • Nombre de professionnels et/ou de familles et proches ayant fait une démarche suite au visionnage des films • Effets sur les adhésions aux GEM et retours des structures <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statistiques de clics sur les sites supportant les vidéos • Tableau de bord
---	--

Action 1.2 - Prévention des effets des écrans sur la santé des enfants et adolescents

Pilote	<i>Structure</i>	Direction des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN) du Bas-Rhin
Axe stratégique du PTSM	Axe 1 Formation, promotion de la santé, innovation en santé et déstigmatisation	
Contexte et enjeux locaux	<p>Deux psychologues américains se sont récemment intéressés à l'impact des écrans sur la santé mentale des moins de 18 ans. Dans une étude publiée dans la revue <i>Preventive Medicine Reports</i>, ces chercheurs expliquent que les effets des écrans se font ressentir dès l'âge de deux ans.</p> <p>En analysant les résultats de plus de 40 300 enquêtes menées auprès d'enfants âgés de 2 à 17 ans, ils ont découvert que les adolescents qui passaient plus de sept heures par jour devant un écran étaient deux fois plus susceptibles que les autres de souffrir de dépression, de forte anxiété ou d'un sérieux manque de confiance en eux.</p> <p>Mais la consommation importante d'écrans affecte également les jeunes enfants. Plusieurs études font état d'une corrélation entre temps passé sur les écrans et baisse des capacités cognitives (mémoire à court terme, développement du langage, apprentissage de la lecture et des mathématiques...), de difficultés d'attention, de manque de sommeil... Une très grande exposition aux écrans aurait pour effets de faibles habiletés sociales, des difficultés à contrôler ses émotions et ses comportements et une mauvaise estime de soi. Le cerveau d'un enfant trop exposé à des émissions à la télévision, à des jeux sur la tablette, l'ordinateur ou le cellulaire comprend le monde qui l'entoure à partir de ces images et non par rapport à son vécu corporel et à ses expériences d'interaction avec les autres. Pour bien se développer, un enfant a besoin d'être en interaction avec son environnement et son entourage, d'avoir des contacts avec les autres et de faire toutes sortes d'activités. Or, plus un enfant passe du temps devant un écran durant une journée, moins il lui en reste pour jouer et parler avec les autres.</p> <p>Les enseignants sont de plus en plus fréquemment confrontés à des élèves fatigués, inattentifs, ayant des difficultés à se concentrer sur les activités proposées du fait d'une utilisation abusive des écrans.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours	
Objectif général	Prévenir les méfaits de l'exposition aux écrans chez les enfants	
Objectifs opérationnels	<p><u>Avec les élèves :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Travailler sur la relation à soi et aux autres (émotions, estime de soi, communication, respect de soi, respect de l'autre, empathie...) - Aborder les nouveaux moyens de communication (cadre réglementaire, effets positifs, effets négatifs) - Proposer aux enfants et adolescents, sous forme ludique et participative, des stratégies pour s'autoréguler dans l'utilisation des nouveaux moyens de communication (développer la pratique de l'alternance, se réappropriier d'autres formes de jeux et de communication) ==> élaborer avec eux une charte sur une utilisation appropriée au sein de leur famille, utiliser l'outil Vinz et Lou <p><u>Avec les enseignants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Informer sur les aspects positifs de l'utilisation des écrans et sur les effets de la surexposition - Les amener à s'approprier cette problématique pour l'intégrer, sous 	

	diverses formes, dans les enseignements.	
	<p><u>Avec les parents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoriser les parents dans leur fonction éducative - Informer sur les aspects positifs à l'utilisation (approche d'une réflexion stratégique, mobilisation des capacités cognitives, approche à la résolution de problème, résolution de tâches, forme de sociabilisation...) - Sensibiliser les parents aux effets néfastes en cas de surexposition aux écrans ou d'utilisation inadaptée à l'âge : risque de visualiser des images choquantes, fuite dans l'imaginaire, troubles somatiques (dette de sommeil, activités physique insuffisante, surexposition de soi...) - Informer et/ou rappeler le cadre juridique (signalétique sur les jeux vidéo, contrôle parental) - Informer sur les préconisations (3-7-12-16-18 ans) - Encourager le dialogue et les interactions parents/enfants - Proposer des liens utiles (bonne attitude à communiquer, comment la loi s'applique à internet, comment signaler des contenus illégaux...) 	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Enseignants
	<i>A prévoir</i>	Intervenant GIP CAAPS (0,5 ETP sur 10 mois) Frais de déplacement Matériel pédagogique
Etapes de mise en œuvre – Description	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise en place d'un comité technique 2. Détermination des territoires et des établissements par territoire où déployer l'action 3. Déploiement de l'action sur les territoires retenus 	
Partenaires de l'action	CIRDD, CSAPA MDA, EPSAN, spécialisé dans les addictions aux écrans	
Public visé	<ul style="list-style-type: none"> - Enfants de 6 à 15 ans - Enseignants - Parents 	
Territoire d'intervention	Ecoles et collèges du département du Bas-Rhin	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	
	<i>Complémentaires</i>	A établir en contractualisation : 48 000€
/Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><i>Indicateurs de processus :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'établissements touchés - Nombre de séances réalisées - Nombre d'élèves touchés - Nombre de parents touchés <p><i>Indicateurs de résultat :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proportion d'enseignants ayant traité de la problématique dans le cadre de son enseignement à 1 an <p><i>Indicateur d'impact :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Changement des élèves (attention, niveau de fatigue, apprentissages...) à 1 an <p><i>Méthode d'évaluation envisagée :</i></p> <p>Tableau de bord Enquête de satisfaction Fiches d'observation avec critères et indicateurs de changement</p>	

Action 1.3 – Formation – groupe d’analyse de pratiques

Pilote	<i>Structure</i>	PAROLE SANS FRONTIÈRE
Axe stratégique du PTSM	Formations et groupes d’analyse de pratiques professionnelles en direction des personnels médicaux, paramédicaux, des psychologues, des travailleurs sociaux, des enseignants, des agents des collectivités et des associations (concernées par la prise en charge de public migrants, exilés ou traumatisés)	
Contexte et enjeux locaux	<p>La prise en compte des modalités d’accueil, de soins, de prise en charge sociale et institutionnelle de personnes marquées par leur parcours migratoire et nécessitant d’interroger la place de leurs repères culturels : clinique de l’exil, de la torture, de la migration, accueil de l’altérité, travail psychothérapeutique avec interprètes, travail psychothérapeutique en situation de précarité....</p> <p>Les conséquences psychiques des violences collectives, étatiques, institutionnelles, et leurs implications dans les prises en charge (aspects psychologiques, psychopathologiques, thérapeutiques, sociaux, etc.)</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Objectif 03.0 - Construire un cadre méthodologique pour développer les actions de prévention et de promotion de la santé adaptées aux publics en difficulté</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Objectif 03.0 - Être en capacité d’échanger et de partager des données structurées entre professionnels de santé : notion de secret professionnel, secret partagé, travail en réseau...</p>	
Objectif général (si indiqué)	<p>Offrir des outils de réflexion et de compréhension aux professionnels qui travaillent régulièrement ou occasionnellement avec des migrants, afin de les aider dans l’élaboration de leur projet d’accompagnement ; activité d’appui auprès d’autres associations ou institutions.</p> <p>Permettre la co-construction entre les professionnels et les personnels concernés d’outils adaptés au plus près de leur pratique : arbre décisionnel, construction d’un réseau professionnel...</p>	
Objectifs opérationnels	<p>1) Permettre aux travailleurs sociaux d’avoir des connaissances théoriques de base concernant la prise en compte de la santé psychique des personnes exilées et de leur fournir des réponses concernant le repérage et l’orientation des personnes présentant des troubles psychiques, à travers une ou des sessions de formation dispensées par un psychologue formateur.</p> <p>2) Les groupes d’analyse des pratiques permettent, à travers l’expression des situations rencontrées au quotidien par les travailleurs sociaux, d’identifier les difficultés rencontrées, de comprendre les enjeux tant du côté des usagers, l’éventuelle participation culturelle, que du côté institutionnel et les aider à améliorer les postures à tenir face au public rencontré.</p>	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Expertise de Parole Sans Frontière et du réseau RESPIRE.

		Psychologue formateur. Salle de formation. Maillage territorial.
	<i>A prévoir</i>	Temps partagé pour le traitement administratif et sessions de formations. Psychologue coordinateur dédié à la formation. Déplacements.
Etapes de mise en œuvre – Description	<p>AXE FORMATION : Former des professionnels à la prise en compte de l'altérité, tant culturelle que psychique chez les exilés ou migrants et sa place dans les difficultés exprimées ou manifestes, ainsi que dans la prise en charge proposée.</p> <p>Les actions de formations abordent quatre grands domaines :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La prise en compte de la culture dans les pratiques de soins et d'accompagnement social : clinique de l'exil, de la migration, accueil de l'altérité, etc. 2) Les conséquences psychologiques des violences collectives et leurs implications dans les prises en charge (aspects psychologiques, psychopathologiques, thérapeutiques, sociaux, etc.) 3) Les enjeux psychiques de la migration, de l'exil et de l'asile, qui font obstacle à l'accueil ou les effets du "non accueil" sur les populations concernées. 4) Le repérage des troubles psychiques, l'orientation des personnes, attitude face à une situation de « crise psychique » : outils pratiques à destination des travailleurs sociaux <p>Les thématiques sont diverses et propres à chaque demande ; choix dans le catalogue de formations ou proposition plus ciblée sous différents formats. En ce qui concerne le nombre de sessions nécessaires, il faudra formaliser cela en fonction des demandes. Celles-ci peuvent amener à développer une thématique plus spécifiquement qu'une autre.</p> <p>Etapes de mise en œuvre pour les demandes de formation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Réception de la demande par l'équipe clinique 2) Rencontre avec un interlocuteur de la structure demandeuse 3) Analyse de la demande en équipe 4) Proposition d'un cadre général, d'un contenu pédagogique et chiffrage du coût de la formation 5) Mise en œuvre de la formation 6) Remise d'un questionnaire de satisfaction aux participants 7) Restitution d'un document de synthèse pour tous les participants <p>Le nombre de participants au formation sera à convenir selon la demande. La taille du groupe sera fonction de la taille de l'équipe mais devra être dimensionné afin de faciliter les échanges.</p> <p>AXE GROUPES D'ANALYSE DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer une dynamique d'échanges ; les participants peuvent présenter des situations et/ou questionnements professionnels qui 	

	<p>sont réfléchis et analysés dans le groupe.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repérer les ressources sur le territoire. - Permettre le déblocage de certaines situations, <p>Etapes de mise en œuvre pour les demandes de groupe d'analyse de pratique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Réception de la demande par l'équipe clinique 2) Rencontre avec un interlocuteur de la structure demandeuse 3) Analyse de la demande en équipe (temps de diagnostic) 4) Proposition de convention d'intervention d'un groupe d'échange de pratiques professionnelles et tarification. 5) Mise en œuvre du groupe d'analyse de pratique sur site ou dans nos locaux <p>Un minimum de 5 personnes est requis pour une meilleur dynamique de groupe. A noter que si le groupe se compose de 10 à 15 participants, nous proposerons que les séances se déroulent avec 2 intervenants.</p> <p>Les inscriptions sont ouvertes jusqu'à la constitution d'un groupe compris entre 5 et 15 personnes. Le groupe est ensuite « fermé » pour l'année et les participants s'engagent à une participation régulière.</p> <p>Le rythme sera à convenir avec le groupe : toutes les 4 à 6 semaines.</p>	
Partenaires de l'action	Structures sanitaires et sociales associatives et institutionnelles, milieux hospitaliers, Structures d'accueil et d'hébergement	
Public visé	<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"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	<p>* Préciser si professionnels :</p> <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 de la santé <input checked="" type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Bas Rhin (67)	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Temps partagé avec l'équipe clinique et le pôle administratif.
	<i>Complémentaires</i>	Financement d'un psychologue prenant en charge les groupes d'analyses de pratiques et le pôle formation durant 1 an comprenant : <ul style="list-style-type: none"> - 24 séances de 2 heures de groupes d'analyses de pratique (2 groupes de 10 personnes maximum par mois) - 6 journées de formations pour des groupes de 15 personnes maximum

		<p>- Les frais de déplacements inhérent COUT GLOBAL ANNUEL : 15 000 € A établir en contractualisation</p>
<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><i>Indicateurs de processus :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation des ressources en interne • Etude des besoins et offre de formation • Convention de formation entre les deux parties • Communication sur l'offre de formation <p><i>Indicateurs de résultat :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de demandes reçues • Nombre de demandes traitées • Nombre d'orientations vers PSF <p><i>Indicateur d'impact</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de demandes de sessions ultérieures • Nombre de GAP demandés pour compléter une formation thématique initiale • Nombre de GAP demandés sans formation thématique au préalable <p><i>Méthode d'évaluation envisagée :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation en fin de formation (questionnaire) • Nombre de renouvellement de demandes • Impact sur les demandes d'accompagnement et sur les partenariats. 	

Action 1.4 - Action de formation auprès de professionnels de santé à l'accompagnement et à l'intervention précoce parents-enfants validés - (enfants avec troubles du spectre de l'autisme et autres troubles du neurodéveloppement – TSA / TND)

Pilote	<i>Structures</i>	<ul style="list-style-type: none"> Services de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent HUS (II-03 HUS)
Axe stratégique du PTSM	<ul style="list-style-type: none"> Accès au diagnostic et aux soins précoces – enfants avec TSA/TND 	
Contexte et enjeux locaux	<ul style="list-style-type: none"> La Stratégie nationale Autisme au sein des Troubles du Neurodéveloppement (TND) prévoit, entre autres, de soutenir les actions d'intervention précoce auprès d'enfants (engagement n°2 de la stratégie) et de soutenir les familles et reconnaître leur expertise (engagement n°5 de la stratégie), tout en mettant la science au cœur de la politique d'autisme (engagement n°1) : ainsi, l'action proposée ici répond à cette triple demande, en formant les professionnels de santé à l'accompagnement et aux techniques d'intervention précoce parents-enfants <u>validées scientifiquement</u> Importante efficacité (scientifiquement validée) de plusieurs modalités d'intervention précoce auprès de parents et leur jeune enfant avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou un autre trouble neurodéveloppemental (TND), notamment la PACT (<i>Pre-School Autism Communication Therapy</i>): une intervention auprès de parents et leur enfant qui vise une optimisation de l'interaction et de la stimulation parents/enfant, avec des effets démontrés sur le très long terme chez l'enfant Sur le territoire du PTSM, ces interventions sont soit peu connues, soit inaccessible devant le manque de formations proposées (et le nombre limité de formateurs certifiés en France) <p>Le but de cette action de formation est donc d'améliorer l'offre de soins pour les très jeunes enfants avec TSA/TND précoces et leurs parents, en accompagnement et en intervention précoce parents-enfants validés, sur le territoire du PTSM (priorité PRS)</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 04.0 - Mettre en œuvre un parcours coordonné pour les jeunes enfants présentant des troubles du neuro-développement : repérage, évaluation, prise en charge globale précoces <input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément.	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Formation à l'accompagnement très précoce parents-enfants des enfants avec TSA et autres TND Formation des professionnels du sanitaire, du médico-social et de la petite enfance à l'accompagnement et aux interventions précoces pour ces enfants et leurs familles 	
Objectifs opérationnels	<p>Formation visant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'accès aux interventions précoces et à un accompagnement parental optimisé pour des très jeunes enfants avec TND / TSA Ainsi limiter le « sur-handicap » en termes de retard de développement/de déficience intellectuelle, de retard de langage et des troubles du comportement sévères Favoriser des interactions sociales réciproques optimales qui sont connues aujourd'hui comme des prédicteurs majeurs de la trajectoire des compétences sociales et communicatives de l'enfant, et du développement de son cerveau social Les thérapies impliquant les parents de façon la plus précoce possible 	

	(p.ex. dans le cadre de la <i>PACT – Pre-School Autism Communication Therapy</i>) sont celles qui sont les plus validées scientifiquement pour améliorer et optimiser la trajectoire développementale de l'enfant, améliorer ses apprentissages et favoriser l'intégration scolaire	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	<p>Mobiliser les <u>ressources existantes</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pédiopsychiatrie (tous les intersecteurs de pédiopsychiatrie du 67): unités de consultations spécialisées dans les CMP, CATTP, hôpitaux de jour, • CAMSP, • les pédiopsychiatres libéraux, • les psychologues libéraux • toute formation sur le territoire portant sur les TSA et/ou les TND, se fait en interaction et lien direct avec le CRA 67 – Pôle Enfants et Adolescents (resp. : Dr. Chabaux), sachant que le CRA ne peut pas lui-même former à la PACT car il n'est pas certifié à ce stade • la formation PACT, spécifiquement, sera co-organisée par le SPEA et la nouvelle Plateforme de Coordination et d'Orientation TND (PCO) 67 (qui est, elle, co-portée par le CAMSP de Schiltigheim et le SPEA des HUS) • mise à disposition : <ul style="list-style-type: none"> - un 0.5 ETP d'orthophoniste, - un 0.5 ETP de psychologue, - un 0.2 ETP de pédiopsychiatre
	<i>A prévoir</i>	<p>Equipe(s) de formateurs à prévoir en complément des mises à disposition :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1x 0.5 ETP psychologue • 1x0.5 ETP orthophonistes <p>Matériel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • caméras et ordinateurs portables (pour vidéo-feedback)
Etapas de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> • Obtention d'un budget spécifique pour développer le projet • Recrutement du personnel (supplémentaire) • Identification des partenaires pouvant participer au projet • Identification des structures à accompagner dans le cadre du projet • Formation des équipes sur tout le territoire du PTSM • Définition des critères d'évaluation • Evaluation des actions de formation et du développement des interventions mises en place (p.ex. PACT) • Durée de l'action: 3 ans 	
Partenaires de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Services de pédiopsychiatrie du territoire • les partenaires du médico-social, de l'ASE et de la petite enfance 	
Public visé	<input checked="" type="checkbox"/> Jeunes enfants (0 à 6 ans)	<p>* Préciser si professionnels :</p> <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social
Territoire d'intervention	Bas-Rhin (67)	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	<p>Ressources mises à disposition :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0.5 ETP d'orthophoniste, • 0.5 ETP de psychologue • 0.2 ETP de pédiopsychiatre
	<i>Complémentaires</i>	A établir en contractualisation

		<ul style="list-style-type: none"> • <u>personnel</u> : prévoir deux mi-temps de personnes formées aux interventions précoces validées sur une durée courte (3 ans) afin de déployer les techniques au sein du territoire (orthophoniste 23 990€ + psychologue 28 081€, soit 52 071€/an, soit 156 213 €) • <u>équipement</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ 6 caméras (1800 €) ○ matériel informatique (6 ordinateurs portables – car il s’agit de techniques utilisant le vidéofeedback) (4 564.44€ LENOVO) ○ 6 disque durs (600€) • licence de formation (3600 €) • participation aux frais de formation / supervision afin de permettre un nombre maximal de personnes formées sur le territoire : 30 000 € <p>COÛT GLOBAL (estimé) : 196 777 €</p>
<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p>Indicateurs de processus : <i>Nb de conventions signées</i> <i>Origine et nombre des professionnels demandeurs</i></p> <p>Indicateurs de résultat : <i>Nb de structure et de personnes formées</i> <i>Nb d'enfants/familles accompagnés/pris en charge</i> <i>File active de patients suivis</i></p> <p>Indicateur d'impact : <i>Réduction des troubles des interactions sociales réciproques / troubles relationnels précoces</i> <i>Amélioration de la qualité de vie des parents</i> <i>Amélioration de la trajectoire développementale des enfants suivis</i> <i>Fluidité des parcours</i></p> <p>Méthode d'évaluation envisagée : <i>Enquête auprès des professionnels formés</i> <i>Enquête auprès des familles suivies</i> <i>Taux de satisfaction des usagers</i> <i>Taux de satisfaction des professionnels</i> <i>Evaluation interne et externe</i></p>	

Action 1.5 - Aide à la couverture complémentaire des personnes souffrant de pathologies mentales

Pilote	<i>Structure</i>	CLSM du Bas-Rhin
Axe stratégique du PTSM	Accès aux soins somatiques	
Contexte et enjeux locaux	<p>Les personnes souffrant de maladie mentale (PSM) bénéficient pour la plus grande majorité d'une exonération du ticket modérateur (TM) dans le cadre de l'ALD qui les concerne. L'accès aux soins psychiatriques en est de ce fait favorisé. Par contre les PSM doivent assumer le TM pour les soins somatiques. La réponse naturelle à cette problématique est celle du recours aux assurances complémentaires. En Alsace, l'habitude de ce recours est réduite pour les plus faibles revenus du fait de l'existence du Régime Local (cf étude CPR sur ALD et réduction du reste à charge). La loi imposant une assurance complémentaire à tous les salariés a modifié cet état de fait pour les PSM qui effectuent un travail salarié. Par contre les PSM autonomes mais inapte au travail, bénéficiaires de l'AAH par exemple, ou mineures, étudiantes ou encore retraitées, dont les revenus sont très faibles mais supérieurs aux seuils permettant de bénéficier de la CMUc ou de l'ACS, renoncent fréquemment à souscrire une protection complémentaire du fait de la complexité de son accès. L'absence de couverture complémentaire obère l'accès aux soins somatiques des PSM.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<p><input checked="" type="checkbox"/>Axe 4 : Parcours Objectif 03.0 - Améliorer l'accès, la fluidité aux soins et l'accompagnement ambulatoire</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>Axe 5 : Autonomie et social Objectif 01.0 - Faciliter l'accès aux droits et à l'entrée dans un parcours de santé, en partenariat avec l'Assurance maladie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>Axe 7 : Innovation Objectif 04.0 - Permettre le développement et l'appropriation de services et usages numériques régionaux par les professionnels et les usagers</p>	
Objectif général	<p>Faciliter le choix et la souscription d'une assurance complémentaire pour les PSM et mettre à disposition des contrats de protection complémentaire à cout accessible et adaptés aux besoins de soin des PSM.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'Assurance Maladie prévoit de développer une offre de CMU complémentaire contributive qui remplacera l'ACS, pour les personnes à faible revenus mais dont les ressources dépassent le seuil de la CMUc - L'association AD2S, sise en Lorraine, travaillant en lien avec le PRAPS GE, a élaboré des contrats d'assurance complémentaire responsables à cout raisonné, la Garantie Santé AD2S, et s'est donné pour objectif de diffuser leur accès à tout le Grand Est. 	
Objectifs opérationnels	<p>1/ Identifier lors des recours aux soins les PSM ne disposant pas d'assurance maladie complémentaire</p> <p>2/ Mettre en place un dispositif d'appui à la mutualisation permettant aux PSM d'accéder à la CMUc contributive et aux offres AD2S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Messages d'information et outils de communication disponibles dans les structures d'accueil (cabinets psychiatriques libéraux, cabinets de médecine générale, CMP, structures d'hébergement et d'hospitalisation en santé mentale, Maison des Adolescents, SUMPS) - Outil d'appui spécifique pour les travailleurs sociaux et les personnels des structures d'accompagnement des PSM - Médiateurs santé dans les CMP, en lien avec les CMS ou la CPAM67 : services civiques formés 	

	3/ Créer un guichet numérique d'information, d'aide au choix et de souscription en ligne des offres d'assurance complémentaire du dispositif 4/ Former et mettre en place et financer des médiateurs en capacité d'aide à l'accès du guichet numérique	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Assurance Maladie CPAM 67 PFIDASS AD2S PTA PRAG
	<i>A prévoir</i>	<ul style="list-style-type: none"> Conseil départemental : financement des médiateurs Conseil régional : soutien au développement des usages, des services et des contenus numériques
Etapes de mise en œuvre – Description	<p>1^{ère} étape :</p> <p>formation des intervenants : CPAM 67 et AD2S</p> <ul style="list-style-type: none"> médiateurs en santé coordinateurs des PTA personnels d'accueil des structures de soin accueillant les PSM associations de patients et de familles <p>2^e étape :</p> <ul style="list-style-type: none"> Premier semestre 2020 : mise en place de "routines" d'identification des protections complémentaires dans les dossiers des PSM Second semestre : ouverture d'un guichet commun de création des assurances complémentaires <ul style="list-style-type: none"> site internet pour l'adhésion et la gestion des assurances mobilisation des médiateurs en capacité d'aider les bénéficiaires ou leurs tuteurs à adhérer ces assurances 	
Partenaires de l'action	Tous les partenaires médicaux, médico-sociaux, personnels d'accueil, associations d'usagers, associations d'appui aux familles	
Public visé	<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) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : associations d'usagers	* Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social
Territoire d'intervention	Département du Bas-Rhin	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Financement non nécessaire
	<i>Complémentaires</i>	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><i>Indicateurs de processus :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnels formés Nombre de médiateurs en santé Logigramme d'identification des bénéficiaires <p><i>Indicateurs de résultat :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de bénéficiaires identifiés : sondage semestriel auprès des structures d'accueil des PSM Nombre de contact des guichets distants Nombre de contrats CMUc contributifs ou Garantie Santé AD2S créés <p><i>Indicateur d'impact :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de consultations spécialisées non psychiatriques dans la population des bénéficiaires de l'ALD8 (requête Assurance Maladie ou ARS) <p><i>Méthode d'évaluation envisagée :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluation quantitative Sondage annuel par ORS : 	

	<ul style="list-style-type: none">○ Au près des structures d'accueil des PSM○ Des associations d'usagers et familles• Etude sur renoncement aux soins des PSM du 67 tous les trois ans
--	--

Axe 2 – Situations complexes –Pair-aidance

Action 2.1 - Création d'un service à la personne dédié aux personnes en situation de handicap psychique par les pairs-aidants

Pilote	<i>Structure</i>	ASSOCIATION JEFF
Axe stratégique du PTSM	<p>Axe 1 Formation, promotion de la santé, innovation en santé et déstigmatisation</p> <p>Axe 2 Situations complexes - pair aideance</p> <p>Axe 5 Articulation - coopération - décroisement</p>	
Contexte et enjeux locaux	<p>Les hospitalisations en psychiatrie sont de plus en plus courtes et ne permettent plus de baisser suffisamment les traitements pour que la personne en situation de handicap psychique puisse être autonome dans les tâches quotidiennes pour tenir son logement propre et se nourrir. Après la crise, il lui faut rebâtir son projet de vie en tenant compte de sa maladie psychique. L'accompagnement de l'association JEFF par des pairs-aidants permet de limiter les aller-retour en hôpital psychiatrique, d'orienter la personne en situation de handicap psychique vers les acteurs de la santé et du social adéquats, de lutter contre la fracture numérique, d'accompagner les personnes en attente d'une place en Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou en service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et d'aider les personnes en fin de parcours SAVS ou SAMSAH à en sortir et de permettre aux pairs-aidants de s'insérer professionnellement.</p> <p>L'intérêt du cadre légal des services à la personne est que l'orientation par la Maison départementale pour personnes handicapée (MDPH) n'est pas nécessaire. L'accompagnement peut alors être mis en place dans la semaine qui suit la demande de la personne en situation de handicap. D'autre part, le fait que l'accompagnement soit réalisé par des pairs-aidants permet une entrée en relation de confiance rapide, une compréhension profonde des souffrances des bénéficiaires grâce au vécu des pairs-aidants, une représentation de la maladie mentale partagée par le pair-aidant et le bénéficiaire. Nous évitons ainsi les désagréments des jugements négatifs et des discriminations parfois inconscientes.</p> <p>Par conséquent, cet accompagnement peut potentiellement intéresser tous les sortants d'hospitalisation, qui ont besoin d'un accompagnement aux tâches du quotidien, et donc au moins toutes les personnes qui ont fait une demande d'orientation vers un SAVS ou un SAMSAH.</p> <p>10 personnes ont été accompagnées en 2018, 20 en 2019 par deux pairs aidants en parcours emploi compétence, qui seront suivis par l'association JEFF pour s'insérer socialement et professionnellement .30 personnes pourront être accompagnées en 2020 grâce à 3 pairs-aidants.</p> <p>Après leur contrat aidé, les pairs-aidants entrent en formation sur une période d'un an, voire deux ans. A l'issue de leur formation, elles pourront être accompagnées par l'association JEFF à la recherche d'un emploi.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 02.0 - Développer une offre de réhabilitation psycho-sociale en adéquation avec le projet de vie des usagers</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément.</p>	
Objectif général (si indiqué)	<p>Maintenir les personnes en situation de handicap psychique dans leur logement</p> <p>Insérer socialement et professionnellement des personnes en situation de handicap psychique</p> <p>Lutter contre l'isolement des personnes en situation de handicap psychique et favoriser leur bien-être à domicile</p>	
Objectifs opérationnels	<p>Accompagner des personnes en situation de handicap psychique à domicile à la gestion des tâches du quotidien par leurs pairs</p>	

Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	<ul style="list-style-type: none"> - 1 pair-aidant en contrat aidé (20h par semaine) : accompagne 7 personnes en situation de handicap psychique - 1 chargé de projet à mi-temps : participation au démarrage des suivis avec écriture des projets, participation aux bilans trimestriels des accompagnements, suivi socioprofessionnel des pairs-aidants, recherche de financement, écriture des rapports d'activité - relations avec les partenaires – comptes rendus au bureau de l'association
	<i>A prévoir</i>	<p>Recrutement de deux autres pairs-aidants en contrat aidé avec un suivi socioprofessionnel hebdomadaire - Recherche d'un local – déclaration à la DIRECCTE du service à la personne pour permettre aux personnes de bénéficier d'un crédit d'impôt de 50% des frais. Tarification solidaire du service à la personne</p> <p>Recrutement d'un encadrant technique qui encadrera en avril 2020 les pairs-aidants et les suivra dans leur insertion socioprofessionnelle – compte rendu des suivis au bureau de l'association</p>
Étapes de mise en œuvre – Description	<p>Recrutement de deux pairs-aidants en cours – formation théorique et sur le terrain des pairs-aidants qui accompagneront chacun 7 bénéficiaires : faire le ménage, les courses, la cuisine, etc... avec la personne en situation de handicap psychique, qui reconstruit son projet de vie au fur et à mesure qu'elle assume ses tâches quotidiennes. Elle reprend confiance en elle et parvient à se projeter dans l'avenir, car ses angoisses sont apaisées.</p> <p>Déclaration à la DIRECCTE du service à la personne et tarification solidaire des prestations</p> <p>Recherche d'un local : négociations en cours pour adhérer au collectif Humanis</p> <p>Recrutement d'un encadrant technique à temps partiel (20 h) en CDI</p> <p>Les bénéficiaires sont informés de l'existence de l'association JEFF par les acteurs de la santé mentale rencontrés régulièrement, soit pendant les réunions du Comité Local de la Santé Mentale, soit en leur rendant visite.</p> <p>Si le bénéficiaire le souhaite, il prend rendez-vous avec l'association JEFF qui lui explique le déroulement de l'accompagnement dans la semaine qui suit.</p>	
Partenaires de l'action	<p>Partenaires financiers actuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CARSAT, - CPAM Strasbourg, - Eurométropole, - Agence de paiement pour les contrats aidés <p>Autres partenaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unafam pour leurs formations - Route Nouvelle Alsace (prêt d'une salle de réunion) - Humanis (en cours de négociation) pour la location d'un bureau à moindre coût en faisant partie de leur collectif – lutte contre la fracture numérique - Le Conseil local de santé mentale (CLSM) permet de rencontrer les acteurs de la santé mentale et de les informer de l'intérêt du travail de l'association JEFF pour leurs bénéficiaires, d'orienter vers l'association les personnes qui auraient besoin d'un appui pour se maintenir dans leur domicile, avec l'accord des bénéficiaires. - Partenariat non formalisé avec le SIMOT (service d'insertion en milieu ordinaire de travail) : le SIMOT oriente les personnes qui ont des difficultés dans la gestion des tâches du quotidien. Un bilan est réalisé tous les 3 mois avec le SIMOT, le bénéficiaire et l'association JEFF. - Partenariat à construire avec le Service d'accompagnement en 	

	<p>foyers et appartements (SAFA) : l'accompagnement de l'association JEFF permettrait d'amorcer un travail avec les personnes en situation de handicap psychique inscrites sur la liste d'attente du SAFA en attendant qu'une place se libère. Cet accompagnement permet aussi d'aider les personnes à quitter le SAFA en leur assurant un accompagnement plus léger après la sortie du SAFA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Maison des Associations permet d'avoir une adresse postale et accompagne l'association JEFF dans les questions de droit des associations. <p>Partenaires du secteur hospitalier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail en cours sur une convention de partenariat avec le service de réhabilitation de l'EPSAN et partenariat non formalisé avec l'Equipe d'appui au rétablissement d'Erstein : participer aux ateliers du service de réhabilitation en présentant l'association JEFF et le travail d'insertion sociale qu'elle réalise. Prolonger l'action réalisée par le service de réhabilitation pour des accompagnements qui nécessitent beaucoup de temps (courses, préparation des repas, accompagnement physique dans les administrations par exemple) – construire rapidement des relations de confiance avec les personnes en situation de handicap psychique grâce aux pairs-aidants – prévenir les rechutes par un accompagnement hebdomadaire régulier et la mise en lien avec les CMP. - Partenariat en cours avec le Centre de santé mentale de Schiltigheim et à construire avec le Centre de santé mentale de la Robertsau et de Koenigshoffen : poursuivre le travail fait par les équipes des CMP pour les actions chronophages, prévenir les rechutes par une présence hebdomadaire auprès du bénéficiaire et l'orientation en douceur vers les services de soin. 	
Public visé	<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)	
Territoire d'intervention	Eurométropole de Strasbourg et zone de circulation des transports en commun de Strasbourg	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Coût global sur 5 ans : 162 288€ Obtenus : - FIR 2020 : 9 790€
	<i>Complémentaires</i>	A prévoir : - CD67 12 500€ - ARS 37 549€ - EMS 12 500€ - CPAM 43 349€ - Fondation de France 13 088€ - Agence de paiement 21 109€ - AFNIC 12 403€
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><i>Indicateurs de processus : nombre d'heures d'accompagnement réalisées</i></p> <p><i>Indicateurs de résultat :</i> – nombre de tâches réalisées de manière autonome par la personne en situation de handicap psychique - nombre d'hospitalisation pendant l'accompagnement et à quel temps de l'accompagnement</p> <p><i>Indicateur d'impact : nombre de demandes d'accompagnement – nombre de semaines d'accompagnement – nombre de demandes d'accompagnement réorientées</i></p>	

	<i>Méthode d'évaluation envisagée : bilan des accompagnements tous les 3 mois – dossier de suivi des accompagnements</i>
--	--

Action 2.2 - Insertion sociale des personnes en situation de handicap psychique par l'échange de compétences

Pilote	<i>Structure</i>	ASSOCIATION JEFF
Axe stratégique du PTSM	Axe 1 Formation, promotion de la santé, innovation en santé et déstigmatisation Axe 2 Situations complexes - pair aideance Axe 5 Articulation - coopération - décroisement	
Contexte et enjeux locaux	Permettre aux personnes en situation de handicap psychique de sortir des lieux liés à la psychiatrie et de nouer des liens à l'extérieur, en échangeant des compétences avec les membres du réseau de l'Accorderie de Strasbourg. Cela permettra à la personne en situation de handicap psychique de repérer ses compétences, et de trouver dans le réseau les compétences dont elle a besoin mais qu'elle ne détient pas. L'unité d'échange de l'Accorderie est le temps et non l'argent. Tous les adhérents des GEM sont concernés, ainsi que les bénéficiaires de l'association JEFF.	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 02.0 - Développer une offre de réhabilitation psycho-sociale en adéquation avec le projet de vie des usagers <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation	
Objectif général (si indiqué)	Permettre aux personnes en situation de handicap psychique de construire des liens à l'extérieur des institutions de la psychiatrie	
Objectifs opérationnels	Accompagner les personnes dans le repérage de leurs compétences pour proposer des services sur le réseau de l'Accorderie, et la rédaction de leurs demandes de services.	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Le réseau de l'Accorderie
	<i>A prévoir</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Rémunération des heures des pairs-aidants de l'association JEFF consacrées à l'accompagnement à l'inscription à l'Accorderie et aux premiers échanges. - Formation du pair-aidant par l'Accorderie à la présentation de l'Accorderie
Etapes de mise en œuvre – Description	Rencontres avec l'Accorderie – Mise à disposition de 2h par semaine d'un pair-aidant de l'association JEFF en 2019 puis 4h en 2020 et 6h les autres années pour accompagner dans un premier temps la personne en situation de handicap psychique pour l'inscription à ce réseau et la formalisation des premiers échanges – formation du pair-aidant par l'Accorderie à la présentation de l'Accorderie – Participation aux rencontres mensuelles de l'Accorderie. C'est le pair-aidant formé qui présentera l'Accorderie aux bénéficiaires de l'association JEFF, mais aussi aux adhérents des GEM. Une rencontre est prévue avec le bureau du GEM Aube pour leur présenter l'Accorderie et avec l'animateur du Club Loisir.	
Partenaires de l'action	Association Zammad'acc, gestionnaire de l'Accorderie de Strasbourg GEM Aube Club Loisir	
Public visé	<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)	
Territoire d'intervention	Eurométropole de Strasbourg et territoire couvert par les transports en communs de Strasbourg	

Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Coût global sur 5 ans : 2 161€ Obtenus : - FIR 2020 : 210€
	<i>Complémentaires</i>	A prévoir : - A établir en contractualisation : 1 951€
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><i>Indicateurs de processus : degré d'autonomie de la personne malade psychique dans les échanges avec l'Accorderie</i></p> <p><i>Indicateurs de résultat : nombre de personnes malades psychiques inscrites à l'Accorderie</i></p> <p><i>Indicateur d'impact : nombre d'échanges réalisés. Mieux-être des personnes malades psychiques</i></p> <p><i>Méthode d'évaluation envisagée : bilan des accompagnements de l'association JEFF et dossier de suivi des accompagnements</i></p>	

Action 2.3 - Dispositif d'Accompagnement au Rétablissement et à l'insertion dans la Cité (DARIC)

Pilote	<i>Structure</i>	Association Animal'Hom
Axe stratégique du PTSM	Accompagnement sociaux et médico-sociaux	
Contexte et enjeux locaux	<p>Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères ont un taux d'insertion sociale et/ou professionnelle très faible. Ce constat semble, d'une part, lié à la pathologie (symptômes, troubles cognitifs, etc) et, d'autre part, à la stigmatisation sociétale de ce public. L'espace entre le sanitaire et le retour à l'insertion nécessite un étayage spécifique, actuellement non couvert.</p> <p>L'irruption d'une maladie psychiatrique dans un parcours de vie le remet largement, voire complètement, en cause, annihilant les perspectives d'avenir, au moins pour un temps. Après la phase aiguë de la maladie et afin d'éviter les ruptures de parcours, les personnes nécessitent un accompagnement spécifique.</p> <p>Le Dispositif d'Accompagnement au Rétablissement et à l'insertion dans la Cité (DARIC) propose, le plus précocement possible dans le parcours patient, un suivi individualisé et des ateliers de remise en activité : ateliers remobilisation, informations débats, développement personnel, insertion sociale et déstigmatisation.</p> <p>Le DARIC accompagne des personnes atteintes de troubles psychiques sévères pour prévenir les ruptures de parcours au sortir d'une phase aiguë de la maladie (à l'issue d'une première hospitalisation, par exemple) et pour reconstruire un parcours de vie pour des personnes institutionnalisées (hospitalisations multiples, prise en charge en hôpital de jour, souvent bénéficiaires de l'AAH ou une invalidité, avec mesure de protection). Ses actions permettent une amélioration du potentiel relationnel, des compétences cognitives, et du potentiel fonctionnel, une amélioration de la confiance en soi et en ses capacités résiduelles à travers la remise en activité et la construction d'un projet de vie compatible avec la pathologie, le rétablissement.</p> <p>Le DARIC accompagne 20 personnes. Un volume de temps important est consacré aux temps de réunion avec l'équipe et les bénéficiaires, aux bilans et synthèses, aux temps de coordination avec les équipes de soins et aux démarches auprès de partenaires, nécessitant un renforcement de la coordination.</p> <p>Par ailleurs, pour favoriser le retour à l'autonomie et à la mobilité, un travail spécifique visant à amener les usagers à se réapproprier les transports en commun et à éviter le recours récurrent aux véhicules sanitaires léger (VSL) doit être entrepris. Par ex, l'association a fait l'acquisition de vélos qu'elle met à la disposition de ses bénéficiaires. Elle accompagne les démarches pour la mise en place d'un abonnement train, etc ...</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 02.0 - Développer une offre de réhabilitation psycho-sociale en adéquation avec le projet de vie des usagers	
Objectif général	Renforcer l'accompagnement de personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères vers l'insertion sociale et professionnelle	
Objectifs opérationnels	Renforcer la coordination de l'équipe	

	Renforcer l'articulation avec les équipes et structures de soins Développer le travail partenarial Travailler la question de la mobilité des usagers							
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Fonds social européen (FSE) : 38 141.80 euros pour 2018 et 2019 Agence régionale de santé (ARS) : 36 000 euros pour 2019						
	<i>A prévoir</i>	A définir en contractualisation : 40 930 euros/an pour la fiche action						
Etapas de mise en œuvre – Description	1/Renforcement de la coordination (0,3 ETP) : Evaluation faite sur une année 2/Travail d'accompagnement des usagers dans la réappropriation de leur autonomie pour les déplacements et du renforcement de leur mobilité : ●Accompagnements dans les démarches pour les transports en commun (reconnaissance des trajets, abonnement train, etc). ●Mise à disposition de vélos pour les personnes à proximité ●Utilisation de véhicule personnel, en l'absence de solution alternative (train, bus, autres) Budget calculé sur une année complète							
Partenaires de l'action	Route Nouvelle Alsace (RNA), Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN), UNAFAM							
Public visé	<input checked="" type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans)							
Territoire d'intervention	Territoire nord du Bas Rhin + Strasbourg							
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Fonds social européen (FSE) : 38 141,80 euros pour 2018 et 2019 – Agence régionale de santé (ARS) : 36 000 euros pour 2019						
	<i>Complémentaires</i>	Agence régionale de santé (ARS) : 40 930 euros/an pour la fiche action 1/ Financement 0,3 ETP de praticien hospitalier pour le renforcement de la coordination : 22 745 euros 2/ Travail autour de la mobilité : 18 185 euros Coût global de l'action : 115 072 euros par an						
/Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<i>Indicateurs de processus :</i> - Nombre de réunions avec les équipes de soins - Nombre de réunions partenariales <i>Indicateurs de résultat :</i> - Taux de personnes qui ne seraient pas venues en l'absence d'aide à la mobilité - Satisfaction des usagers <i>Indicateur d'impact :</i> - Renforcement de l'insertion <i>Méthode d'évaluation envisagée :</i> <table border="1" data-bbox="375 1921 1433 2045"> <thead> <tr> <th>Indicateurs</th> <th>Critère</th> <th>Outil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre de réunions avec les équipes de soins</td> <td>Processus</td> <td>Base de données DARIC</td> </tr> </tbody> </table>		Indicateurs	Critère	Outil	Nombre de réunions avec les équipes de soins	Processus	Base de données DARIC
Indicateurs	Critère	Outil						
Nombre de réunions avec les équipes de soins	Processus	Base de données DARIC						

	Nombre de réunions partenariales	Processus	Base de données DARIC
	Taux de personnes qui ne seraient pas venues en l'absence d'aide à la mobilité	Résultat	Questionnaire anonyme
	Satisfaction des usagers	Résultat	Questionnaire anonyme
	Renforcement de l'insertion	Impact	Base de données DARIC

Action 2.4 - Référent de parcours pour les personnes présentant des troubles psychiques et se trouvant en situation complexe

Pilote	<i>Structure</i>	Etablissement public de santé Alsace Nord (EPSAN) En partenariat avec le Département du Bas-Rhin
Axe stratégique du PTSM	Axe 2 Situations complexes - pair aidance Axe 5 Articulation - coopération - décloisonnement	
Contexte et enjeux locaux	<p>Le constat a été posé lors du diagnostic du PTSM du besoin d'une coordination pour appuyer les professionnels accompagnant des personnes présentant des troubles psychiques et se trouvant en situation complexe.</p> <p>Une réponse identifiée est alors de porter la fonction de référent de parcours, professionnel – le avec une vue globale sur le parcours de vie de la personne, et plus uniquement sur le soin.</p> <p>La psychiatrie n'est plus le régulateur unique du parcours des personnes. Autour des personnes en situation complexe, un principe d'action collective basée sur la notion de « coresponsabilité » de tous les intervenants et professionnels doit être posé.</p> <p>Dans le cadre des groupes de travail 2 et 3 du PTSM, différentes structures, EPSAN, Département du Bas-Rhin, Groupe hospitalier Saint Vincent, Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (CSSRA) Marienbronn et Clinique de l'Orangerie ont participé à des échanges sur cette problématique.</p> <p>Différents principes ont été posés, qui constituent la base d'une proposition d'expérimentation de référents de parcours pour des personnes présentant des troubles psychiques et se trouvant en situation complexe.</p> <p>1. <u>Accord sur une définition commune d'une « situation complexe » :</u></p> <p>Suite aux échanges dans le cadre du PTSM, la définition proposée est celle de la mobilisation de différents intervenants autour d'une personne présentant un cumul de problématiques, quelle que soit la problématique principale (addictions, dépendance, problématique sociale, de santé, ...).</p> <p>Cette expérimentation se situant dans le cadre du PTSM, un critère nécessaire est la présence d'une problématique psychiatrique qui met en péril l'autonomie de la personne.</p> <p>2. <u>Définition d'un cadre de travail commun :</u></p> <p>Ce cadre de travail confirmera les principes de fonctionnement de l'expérimentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La constitution d'un groupe de partenaires volontaires pour l'expérimentation, formalisée par la signature d'une charte ; - La construction d'une fiche de poste « référents de parcours » (de profil infirmier psychiatrique ou travailleur social). Cette fiche de poste s'inspirera largement des missions dévolues aux gestionnaires de cas MAIA. Un recensement des missions de base figure en annexe à la présente fiche ; - L'adoption d'un outil d'évaluation de la complexité commun, incluant réciproquement des critères limitatifs de cette complexité pour l'orientation vers les « référents de parcours ». Sur la base du modèle de l'accompagnement intensif proposé par les gestionnaires de cas MAIA, ces référents pourraient accompagner chacun jusqu'à 40 personnes ; - Cet outil d'évaluation commun permettra de partager un plan 	

	<p>d'actions, mis en œuvre par les différents intervenants.</p> <p>La définition de ce cadre de travail prendra appui sur la méthode MAIA, qui définit des principes de fonctionnement entre partenaires (coresponsabilité, réponse intégrée, ...).</p> <p>3. La définition du public :</p> <p>Le public bénéficiaire sera toute personne dont la situation de handicap psychique menace l'autonomie (risque de perdre son logement, d'être hospitalisé en psychiatrie, de se retrouver sans ressources financières, etc).</p> <p>Dans un second temps, lorsque le fonctionnement de ce dispositif aura été évalué, une extension de l'expérimentation pourrait également être réfléchi au bénéfice des enfants et des adolescents en situation complexe, avec des profils de référent de parcours spécialisés en pédopsychiatrie.</p> <p>Cette extension serait alors travaillée en partenariat étroit avec la cellule Réponse accompagnée pour tous portée par la MDPH.</p> <p>4. Territoire d'expérimentation :</p> <p>Deux recrutements de « référents de parcours » sont proposés dans un premier temps.</p> <p>Deux territoires expérimentateurs pourraient être ciblés : Strasbourg – Eurométropole, et un territoire rural ou semi-rural. Le territoire d'Haguenau – Wissembourg (selon le découpage par cantons du Département) est proposé.</p>	
<p>Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 04.0 - Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique</p> <p>Ce projet s'inscrit en cohérence avec le Projet régional de santé pour l'objectif de travailler à point de coordination unique par territoire pour l'accompagnement des personnes en situation complexe.</p>	
<p>Objectif général</p>	<p>S'assurer de la coordination des parcours complexes pour les personnes présentant des troubles psychiques</p>	
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individualiser l'accompagnement des parcours des personnes en situation complexe par l'intervention de référents de parcours complexes en santé mentale 2. Renforcer la coordination entre les intervenants du parcours de la personne par une méthode de travail partagée, appuyée sur la création de d'une « instance d'appui aux situations complexes » sur les territoires expérimentateurs : lieu d'échanges et de concertation entre les intervenants partie prenante d'une situation <p>Pour les personnes âgées de plus de 60 ans, le lieu d'échanges sera les « Instances locales de coordination Autonomie » mises en place par le Département du Bas-Rhin.</p>	
<p>Ressources</p>	<p><i>Mobilisables identifiées</i></p>	<p>Appui méthodologique par la mobilisation du service MAIA du Département du Bas-Rhin.</p>
	<p><i>A prévoir / Financement PTSM</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Financement de deux 2 ETP à temps plein de « référents de parcours complexes » : 100 000 € / an <p>Ces postes seront rattachés à l'EPSAN.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Financement d'un temps médical

		<p>psychiatre dédié pour l'appui aux référents de parcours et à l'instance d'appui aux situations complexes : 10 000 € / an.</p> <p>3. Financement des charges de fonctionnement : voiture, téléphone, bureautique, loyer, ... : 2 000 € / an.</p>
Etapes de mise en œuvre – Description	<p><u>En 2020 :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboration commune des principes de fonctionnement 2. Recrutement des référents de parcours 3. Installation de l'instance d'appui aux situations complexes, qui s'intégrera aux lieux existants le cas échéant (cf Instances Autonomie pour le public des personnes âgées) <p><u>Fin 2020 – 2021 :</u> expérimentation</p> <p><u>Dernier trimestre 2021 :</u> évaluation</p>	
Partenaires de l'action	<p>Le Département du Bas-Rhin sera un partenaire engagé dans cette expérimentation.</p> <p>Structures ayant participé à un ou plusieurs temps d'échange dans les cadre des groupes de travail du PTSM :</p> <p>EPSAN Département du Bas-Rhin Groupe hospitalier Saint Vincent CSSRA Marienbronn Clinique de l'Orangerie</p> <p>Le CREHPSY et la PRAG, porteur de la Plate-forme territoriale d'appui (PTA), seront invités à rejoindre l'expérimentation.</p>	
Public visé	<input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels*	<p>* Préciser si professionnels :</p> <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social
Territoire d'intervention	<p>Bas-Rhin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strasbourg – Eurométropole de Strasbourg - Territoire rural ou semi-rural à confirmer. Le territoire Nord est proposé, correspondant d'après le découpage des cantons du Département à la zone Haguenau – Wissembourg. 	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	
	<i>Complémentaires</i>	<p>Retenue dans le cadre de l'AAP Fond d'innovation PSY</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Financement de deux 2 ETP à temps plein de « référents de parcours complexes » : 100 000 € / an Ces postes seront rattachés à l'EPSAN. 2. Financement d'un temps médical psychiatre

		<p>dédié pour l'appui aux référents de parcours et à l'instance d'appui aux situations complexes : 10 000 € / an.</p> <p>3. Financement des charges de fonctionnement : voiture, téléphone, bureautique, loyer, ... : 2 000 € / an.</p>
<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><u>Indicateurs de processus :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de structures participantes sur chaque territoire 2. Construction collective du cadre de travail 3. Fonctionnement de l'instance d'appui aux situations complexes 4. Coresponsabilité dans l'accompagnement des situations <p><i>Le projet a été identifié, travaillé et rédigé collectivement dans le cadre des réunions des groupes de travail du PTSM.</i></p> <p><u>Indicateurs de résultat :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre d'orientations 2. Nombre de demandes acceptées / refusées 3. Nombre de situations suivies au bout de l'expérimentation 4. Durée des accompagnements 5. Nombre de fins d'accompagnements 6. Nombre de réunions de « l'instance d'appui aux situations complexes » sur chaque territoire <p><u>Indicateur d'impact :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suivi des actions mises en place : typologie d'actions, résolutions apportées, blocages persistants, ... 2. Nombre de (ré-)hospitalisations en urgence évitées 3. Amélioration de la « qualité de la coordination » entre les différents intervenants / Mesure de la « satisfaction » des différents intervenants (sanitaire / psychiatrique, médical / médecin traitant, médico-social, social / travailleurs sociaux) 	

Action 2.5 - Structurer le parcours des personnes en situation de fragilité souffrant de troubles psychiques en hébergement en SIAO

Pilote	<i>Structure</i>	Le groupe de travail
Axe stratégique du PTSM	Axe 2 Situations complexes - pair aidance	
Contexte et enjeux locaux	<p>Préalable : Le groupe de travail s'est appliqué à faire différents constats tout au long de la démarche. Les besoins concernent différents niveaux et de manières très différentes, les personnes en fonction de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leur niveau d'isolement - Leur niveau d'autonomie - Leur contexte socio-économique <p>Les mêmes besoins sont quantifiés, qualifiés et analysés également de manières très différentes en fonction des proches et/ou professionnels qui accompagnent les situations tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les familles, - Les bailleurs, - Les soignants - Les associations diverses et variées qui font face au quotidien, qu'ils soient ou non experts en la matière. <p>Constats : Toutes les personnes en situation de fragilité, et à la recherche d'un habitat adapté ne sont pas inscrites dans les trajectoires d'orientations adaptées. De ce fait par leur non connaissance, leur isolement elles n'ont pas accès à l'hébergement ou au logement adapté à leur situation pour promouvoir un mieux-être pour eux et pour leurs proches.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) base liste des objectifs du PRS)	Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. Choisissez un élément.	
Objectif général	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les places spécifiques en SIAO / définir une procédure spécifique et nommer un référent « psy » avec un comité d'experts - Mieux répondre, ou simplement répondre aux besoins des usagers - Permettre l'accès à un habitat digne, adapté et sécurisé pour un public fragilisé par la maladie 	
Objectifs opérationnels	Travailler en proximité avec le SIAO <ul style="list-style-type: none"> - Créer un poste de référent, et un comité d'experts en capacité d'analyser régulièrement les dossiers, et connaissant bien le fonctionnement des institutions. - Créer une procédure spécifique pour la transmission et la gestion des dossiers des personnes souffrant d'une pathologie psychique. - Proposer des réponses « sur mesure » 	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Temps - Des experts institutionnels participants à l'étude des situations.
	<i>A prévoir</i>	

Etapas de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> - Négociation avec la DDD et le SIAO - Constituer le comité d'experts - Construire l'outil de communication et le dossier adapté - Le faire valider par le SISIAO 	
Partenaires de l'action		
Public visé	Adultes (26 à 65 ans)	
Territoire d'intervention		
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Financement non nécessaire
	<i>Complémentaires</i>	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<i>Indicateurs de processus :</i> <i>Indicateurs de résultat :</i> <i>Indicateur d'impact :</i> <i>Méthode d'évaluation envisagée :</i>	

Axe 3 – Lien ville hôpital

Action 3. 1 - Favoriser la prise en compte de la question de la santé mentale dans chaque communauté professionnelle de santé (CPTS) se créant.

Pilote	<i>Structure</i>	Porteurs des CPTS + ARS+ Coordonnateur CLSM
Axe stratégique du PTSM	Articulation soins somatiques- soins psychiatriques	
Contexte et enjeux locaux	La structuration du réseau de proximité de soins en santé mentale n'est pas coordonnée. Si les implantations de centres de consultation en santé mentale quadrillent de manière efficiente le territoire, la question de la territorialisation de l'offre de santé mentale de premier recours pose question. Les recours aux urgences hors période d'ouverture des centres de jour sont légion. Le déploiement des CPTS revêt ainsi une opportunité unique de formaliser et d'organiser l'organisation et le recours aux soins primaires sur un territoire. Les CLSM pourront être force de proposition pour alimenter les diagnostics des CPTS.	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) base liste des objectifs du PRS)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours <input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément.	
Objectif général	Favoriser l'élaboration par les PS des CPTS d'actions de santé mentale	
Objectifs opérationnels	Systématiser un échange avec les CLSM lors de l'élaboration des diagnostics de CPTS leur permettant de partager les éléments qu'ils connaissent et d'identifier avec les PS des actions à mettre en œuvre dans le champs de la santé mentale. S'assurer du traitement de la question de la santé mentale dans chaque CPTS se créant	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Ressources liées au montage des CPTS
	<i>A prévoir</i>	
Etapas de mise en œuvre – Description	Suivant le calendrier de déploiement des CPTS sur le Département	
Partenaires de l'action	EPSM, URMLA, CLSM, partenariats et réseaux locaux	
Public visé	<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) <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)	
Territoire d'intervention		
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Financement non nécessaire (Crédits CPTS)
	<i>Complémentaires</i>	

<p>/Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><i>Indicateurs de processus : -Positionnement des territoires à déterminer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Invitation des libéraux et du réseau local</i> <p><i>Indicateurs de résultat :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Nombre de diagnostics de Projets de santé CPTS intégrant la dimension santé mentale</i> - <i>Nombre de projets de santé de CPTS incluant des actions relatives à la santé mentale</i> <p><i>Indicateur d'impact :</i></p> <p><i>Part de la population couverte par des CPTS incluant une dimension santé mentale</i></p> <p><i>Méthode d'évaluation envisagée :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Via éventuellement un cabinet d'audit</i> - <i>Via le CLSM</i> - <i>Via le rapport d'activité des porteurs</i>
--	---

Action 3.2 - Renforcer le lien entre la psychiatrie et le médecin traitant

Pilote	<i>Structure</i>	Pilote : Comité de suivi du PTSM Mise en œuvre Établissements hospitaliers psychiatriques du Département (Hospitalisation conventionnelle, journée et consultation)
Axe stratégique du PTSM	Améliorer le parcours de soin coordonné par le médecin traitant	
Contexte et enjeux locaux		
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Objectif 02.1 - Développer l'éducation thérapeutique du patient : Améliorer l'accès à une offre d'éducation thérapeutique notamment pour les pathologies les plus fréquentes <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 03.0 - Améliorer l'accès, la fluidité aux soins et l'accompagnement ambulatoire <input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Objectif 03.0 - Être en capacité d'échanger et de partager des données structurées entre professionnels de santé	
Objectif général	Permettre une meilleure articulation entre la psychiatrie et les médecins traitants dans la prise en charge extra-hospitalière.	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Identification du médecin traitant lors de la création du dossier informatisé et adresse de contact • Identification d'un soignant référent de soins au sein des services de soin psychiatrique de chaque patient et communication au médecin traitant • Accompagnement par équipe infirmière vers un choix et une déclaration de médecin traitant, en lien avec les aidants éventuels • Communication au médecin traitant des modifications du projet de soins et de traitement (LIFEN, messagerie, courrier, SICODOM) • Favoriser des modes de concertation entre les partenaires de soin • Editer et communiquer les modifications sur support dématérialisé ou papier selon le cas (case à cocher dans logiciel de prescription) • Moyen : Courrier, Messageries sécurisées et/ou SICODOM (Equipes de soins) • Rémunérer le médecin traitant pour les temps de coordination 	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Guide HAS/Charte psychiatrie/Thèses étudiants en médecine
	<i>A prévoir</i>	Volet de synthèse annuel ? Augmentation du temps de secrétariat par structure 0,10 à 0,20 ETP
Etapes de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> - Juin 2020 : envoi d'un courrier systématique à destination du médecin traitant en cas de changement de traitement ou de modalité de prise en charge (fin d'HDJ, ...) à partir des structures psychiatriques extra-hospitalières - Présentation et mise en place du système SICODOM en débutant dans les CPTS - Janvier 2022 : évaluation à réaliser au titre de l'année 2021 par les établissements psychiatriques via les DIM respectifs et transmis au COPIL PTSM. 	
Partenaires de l'action		
Public visé	<ul style="list-style-type: none"> • Préciser si professionnels : 	

		x Médical
Territoire d'intervention	Département du Bas-Rhin	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Financement non nécessaire
	<i>Complémentaires</i>	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<i>Indicateurs de processus :</i> <i>Indicateurs de résultat :</i> <i>Indicateur d'impact :</i> <i>Méthode d'évaluation envisagée :</i>	

Action 3.3 - Equipes mobiles pluridisciplinaires de dépistage précoce en psychiatrie

Pilote	<i>Structure</i>	EPSAN
Axe stratégique du PTSM	Faciliter le dépistage et l'accès aux soins précoces en psychiatrie	
Contexte et enjeux locaux	Lors de l'élaboration du diagnostic de santé mentale, il est apparu que les organisations actuelles ne permettaient pas de répondre aux besoins des personnes très éloignées du dispositif de soins, ou en non demande de soins, et /ou des équipes sociales ou médicosociales en demande de soutien.	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 04.0 - Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément.	
Objectif général	Faciliter l'accès à une première évaluation en psychiatrie et santé mentale Mettre en place un dispositif « d'aller vers » les non demandeurs	
Objectifs opérationnels	Organiser une réponse rapide et coordonnée d'une équipe médico soignante à domicile Aller vers les patients en souffrance psychique non demandeurs de soins	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Equipes des CMP, UMES Locaux et moyens des CMP
	<i>A prévoir</i>	Renforcer les équipes des CMP Moyens facilitant les déplacements Moyens facilitant la prise de connaissance et la transmission des données médico soignantes.
Etapas de mise en œuvre – Description	Faciliter l'accès à une première évaluation en psychiatrie et santé mentale Mettre en place un dispositif « d'aller vers » les non demandeurs et/ou les équipes sociales et médicosociales.	
Partenaires de l'action	EPSM 67	
Public visé	<input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans)	
Territoire d'intervention	Département 67	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Equipes des CMP, UMES
	<i>Complémentaires</i>	A établir en contractualisation : 300 000€ 1 ETP Psychiatre 2 ETP infirmier 0.5 ETP secrétaire 0.5 ETP Cadre de santé Moyens de locomotion Téléphonie Accès aux dossiers à distance

Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <p>Indicateurs de résultat : <i>Nombre d'interpellations</i> <i>Nombre d'interventions</i> <i>Délai d'intervention</i> <i>Type d'orientation</i></p> <p>Indicateur d'impact : <i>Nbre d'appels au SAMU / URGENCES</i></p> <p>Méthode d'évaluation envisagée : <i>Bilan d'activité</i></p>
--	---

Action 3.4 - Équipe mobile de diagnostic et intervention précoce adolescents

Pilote	<i>Structure</i>	Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent HUS/EPSAN
Axe stratégique du PTSM	Accès au diagnostic et aux soins précoces – adolescents et transitions	
Contexte et enjeux locaux	<p>Au sein du territoire, il y a une réelle cohérence de stratégie institutionnelle dans la prise en charge des adolescents. En effet, il existe actuellement une unité d'hospitalisation à temps complet et des structures de suivis ambulatoires (hôpital de jour et CMP pour adolescents). Néanmoins, nous observons un échappement aux soins des adolescents présentant les troubles les plus sévères (du fait de la gravité de leur état clinique et/ou d'un défaut d'adhésion aux soins du système familial). Ainsi, soit le relais de l'hospitalisation vers l'ambulatoire est mis en échec, soit l'accroche aux soins ambulatoires est mise à défaut pour des jeunes repérés aux urgences pédiatriques et psychiatriques, ou par d'autres professionnels (ASE, PJJ, MDA) de l'adolescence, provoquant ainsi une rupture dans la continuité des soins pour des jeunes présentant des tableaux cliniques sévères et repérés. De plus, ces jeunes participent à une augmentation du passage aux urgences (pédiatriques et psychiatriques) dans un contexte de décompensation sévère faute de prise en charge en amont.</p> <p>Le but d'une telle équipe mobile de diagnostic et d'intervention précoce adolescents est donc de favoriser la mise en place et la continuité des soins pour les jeunes avec troubles cliniques sévères échappant habituellement aux soins ambulatoires.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<p>Choisissez un élément.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 06.0 - 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément.</p> <p>Choisissez un élément.</p>	
Objectif général	<p>Création d'une équipe mobile pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « aller vers » les adolescents présentant des troubles psychiatriques ou psychiques sévères et évitant les soins, améliorant ainsi l'offre de soins (diagnostic précoce et intervention) et le parcours coordonné pour ces adolescents, • diminuer de ce fait le recours inadapté de ces adolescents aux structures hospitalières (dont les urgences psychiatriques et pédiatriques) et • assurer le relais à l'âge adulte 	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Développer un dépistage plus précoce, l'évaluation et l'orientation d'adolescents présentant des troubles psychiatriques/psychiques sévères entravant l'accès nécessaire aux soins en lien avec la médecine de ville • Diminuer le recours aux urgences psychiatriques et à l'hospitalisation, et réajuster le parcours de soins • Remobiliser les ressources existantes (cf. ressources) par des interventions ciblées et adaptées aux difficultés rencontrées par le jeune « in situ » 	

	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser la coopération et le transfert de compétences et d'informations des différents acteurs du sanitaire (unité d'hospitalisation pour adolescents, services de pédiatrie et de psychiatrie d'adultes) pour une coordination optimale des soins, mais également avec les partenaires médico-sociales et de ville Faciliter la mise en place d'une alliance thérapeutique pour des profils de patients réticents du fait de leur psychopathologie et du processus adolescent Fluidifier le parcours de soins du jeune pour éviter les ruptures (enkystement, aggravation des troubles) et favoriser les prises en soin dans une approche transversal et pluri-professionnelle 	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Mobiliser les ressources existantes : <ul style="list-style-type: none"> médecins de famille libéraux pédopsychiatres libéraux psychologues libéraux pédiatres libéraux pédopsychiatrie (unité d'hospitalisation à temps complet, hôpitaux de jour, CMP (CAMPA)) MDA structures médicosociales ASE PJJ les foyers socio-éducatifs MDPH PAEJ éducation nationale (psychologues)
	<i>A prévoir</i>	Une équipe mobile composée de: <ul style="list-style-type: none"> Un/une pédopsychiatre coordinateur, un/une psychologue, un/une assistant(e) social(e), deux temps pleins d'IDE, un temps de secrétariat, 1-2 véhicule(s) : <i>l'innovation sera un véhicule dans lequel des consultations peuvent être réalisées (mini-bus de consultation)</i> [nombre en fonction du territoire à couvrir]
Étapes de mise en œuvre – Description	Recrutement du personnel Choix des locaux Ouverture des structures Formation des équipes État des lieux et coordination des différents acteurs de terrain	
Partenaires de l'action	Centres hospitaliers, PJJ, CD (SPE, SDAF et mission Autonomie), établissements ASE, le, ARS, les ESMS, EN, plateforme territoriale d'appui (PTA), Maison des Ados, services AEMO et AED	
Public visé	<input checked="" type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans)	* Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social
Territoire d'intervention	PTSM Bas-Rhin (67)	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Retenue dans le cadre de l'AAP Fond d'innovation PSY : 233 502,00€

	Complémentaires
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><i>Indicateurs de processus :</i> Nombre de personnel formé et recruté, et nombres d'équipes coordonnées</p> <p><i>Indicateurs de résultat :</i> Nombre d'interventions</p> <p><i>Indicateur d'impact :</i> <i>Fluidité du parcours</i> Diminution du passage aux urgences Augmentation du nombre de patients suivis Diminution du nombre de refus de soins</p> <p><i>Méthode d'évaluation envisagée :</i> Rapport d'activité Enquête de satisfaction auprès des partenaires</p>

**Action 3.5 - Développer une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée sur l'EMS
(reproductible sur le reste du département)**

Pilote	<i>Structure</i>	EPSAN
Axe stratégique du PTSM	Accès au diagnostic et aux soins précoces	
Contexte et enjeux locaux	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'équipes mobiles de Psychiatrie de la Personne Agée sur ce territoire - Vieillesse de la population - Evaluation pluridisciplinaire dans l'environnement du patient 	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) base liste des objectifs du PRS)	<input type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 04.0 - Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique	
Objectif général	Améliorer l'accès aux soins	
Objectifs opérationnels	<p>Favoriser le maintien à domicile Eviter les hospitalisations de la PA Fluidifier le parcours du patient Assurer le lien avec les services d'hospitalisation PPA, en amont et en aval Décloisonner les actions des différents acteurs (soins, sociaux, médico-sociaux) Intégration dans les réseaux gériatriques existants (MAIA, filière gériatrique...) Développer les liens avec l'hospitalisation de jour et complète Permettre une évaluation psychiatrique de la PA dans les services hospitaliers généraux (MCO, SSR...), Soutenir les professionnels du domicile et des établissements Former les professionnels</p>	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Mutualisation de locaux existants CMP EMS
	<i>A prévoir</i>	Par équipe : -1 ETP psychiatre -1 ½ IDE -1 ½ psychologue -1 ETP secrétariat
Etapes de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> - Autorisation ARS - Définir les missions - Définir le périmètre d'intervention - Recruter les équipes : psychiatre, infirmier, psychologue, assistante sociale, ergothérapeute (mutualisée avec les EMG ?) - Former les équipes - Montée en charge progressive - Communiquer sur la nouvelle offre - Définir les critères d'évaluation - Evaluer le dispositif 	
Partenaires de l'action	Public et privé Acteurs sociaux, médico-sociales, médicaux PTA, CLIC, MAIA	
Public visé	x Personnes âgées (>65 ans)	<p>* Préciser si professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> x Médical x Paramédical x Médico-social x Social x De la prévention et de la promotion

		de la santé
Territoire d'intervention	Equipes territoriales, mêmes dimensions que l'unité d'hospitalisation PA : « UGPI » (unité géronto-psychiatrique intersectorielle EPSAN) EMS + antenne Molsheim-Vallée de la Bruche	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Mutualisation de locaux existants CMP EMS
	<i>Complémentaires</i>	DAF Psy 300 000,00€ Par équipe : -1 ETP psychiatre -1 ½ IDE -1 ½ psychologue -1 ETP secrétariat
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><i>Indicateurs de processus :</i> <i>Nb de conventions signées</i> <i>Origine des professionnels demandeurs</i></p> <p><i>Indicateurs de résultat :</i> <i>Nb de visites/d'intervention à domicile</i> <i>Lieux/répartition géographique des visites à domicile</i> <i>Nb de patients</i> <i>File active de personnes suivies</i></p> <p><i>Indicateur d'impact :</i> <i>Réduction des hospitalisations</i> <i>Origine des professionnels demandeurs</i> <i>Nb d'orientations</i></p> <p><i>Méthode d'évaluation envisagée :</i></p> <p><i>Evolution des indicateurs</i> <i>Enquête auprès des professionnels</i> <i>Enquête auprès des usagers</i> <i>Taux de satisfaction des usagers</i> <i>Taux de satisfaction des professionnels</i></p>	

Axe 4 – Optimisation de l'offre de santé

Action 4.1 - Coordination des autorisations publiques-privées

Pilote	Structure	CPT
Axe stratégique	Les 5 axes du PTSM	
Contexte et enjeux locaux	<p>Un besoin de renforcement de l'offre en Psychiatrie santé mentale sur le territoire du GHT 10 a été identifié au niveau du diagnostic du PRS 2 qui révèle un taux d'équipement en lits et places inférieur à la moyenne nationale.</p> <p>Le diagnostic du PTSM fait également ressortir un manque de lits d'hospitalisation ou hospitalisations inadéquates et un manque de structures jeunes, jeunes adultes, personnes âgées.</p> <p>En regard il a été proposé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> -développer l'offre d'hospitalisation à temps complet pour répondre à des besoins spécifiques pour des prises en charge de courte durée : lits d'urgence et de crise adulte et adolescent -développer fortement une offre en équipes mobiles tous publics, favorisant d'une part l'accès aux soins, et d'autre part la prévention de recours à l'hospitalisation complète/sous contrainte par défaut ; ces équipes mobiles auront un focus sur les âges extrêmes : les enfants/ados d'un côté et les personnes âgées de l'autre. -développer l'offre d'hospitalisation à temps complet pour répondre à des besoins spécifiques pour des prises en charge de courte durée : hospitalisation des adolescents les plus vulnérables en rupture de parcours présentant des pathologies lourdes -permettre une palette de réponses graduées à tous les âges, comportant des dispositifs ambulatoires, des équipes mobiles, de l'hôpital de jour, de l'hospitalisation complète et des dispositifs médico-sociaux -développer l'évaluation des troubles des personnes âgées, pour un meilleur diagnostic des troubles relevant de la psychiatrie et ceux relevant de neuro-dégénérescence -créer ou développer les parcours d'évaluation et d'intervention précoce pour les jeunes adolescents qui rentrent en psychose <p>En réponse à ces besoins des autorisations en vue de renforcer l'offre de soin en psychiatrie ont été accordées par l'ARS :</p> <p>Autorisations pour la mise en place d'un HDJ en géronto-psychiatrie et d'HC en PIJ ont été octroyées par l'ARS en 2019 respectivement à l'EPSAN et au CHE au titre d'une reconnaissance de besoins exceptionnels inscrits par avenant au PRS.</p> <p>Des autorisations de développement de l'offre de soin ont été accordées à des opérateurs privés : hospitalisation complète en psychiatrie générale pour le GHSV, hospitalisation complète et hospitalisation de jour en psychiatrie générale sous l'égide de la SAS Europsy, hospitalisation complète et hospitalisation de jour en psychiatrie générale sous l'égide de la « Clinique de l'orangerie »</p> <p>La CSOS a émis des avis favorables à ces projets conditionnés « à la mise en place d'une coopération avec d'autres promoteurs, garantissant l'accès à une offre de statut différent pour les patients de l'Eurométropole, construite en complémentarité avec les acteurs actuels ». Cette coopération doit permettre la mutualisation des ressources et</p> <ul style="list-style-type: none"> -la participation à la prise en charge des hospitalisations en urgence et sous contrainte pour l'orangerie et le GHSV, -la participation à la prise en charge des hospitalisations sous contrainte pour Europsy 	

	<p>Il apparaît nécessaire de veiller à la complémentarité de l'offre proposée à l'utilisateur lors de la mise en œuvre de ces projets afin de garantir la cohérence et la fluidité des prises en charges dans le cadre du parcours du patient.</p> <p>Le Projet territorial de santé mentale, ayant comme objectif d'améliorer concrètement les parcours de soins et de vie des personnes souffrant de difficultés psychiques et de leurs aidants, constitue le cadre idéal pour mener à bien ce travail.</p> <p>Cette coordination représente un véritable enjeu en termes d'organisation du système de santé mentale sur le Bas-Rhin.</p>	
<p>Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) base liste des objectifs du PRS) Lien avec le PDALHPD (à préciser)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 04.0 - Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément.	
<p>Objectif général (si indiqué)</p>	<p>Améliorer la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques : réduire les inégalités d'accès aux soins, les ruptures de parcours améliorer la visibilité et la qualité de la prise en charge somatique des patients souffrant de trouble psychique en formalisant les liens et les coopérations</p>	
<p>Objectifs opérationnels</p>	<p>1. Veiller à la mise en œuvre des projets dans les délais impartis et en cohérence les uns avec les autres 2. Renforcer les liens de coopération entre les différents acteurs et la lisibilité du système de soin pour le patient.</p>	
<p>Ressources</p>	<p><i>Mobilisables identifiées</i></p>	<p>CPT et Copil PTSM</p>
	<p><i>A prévoir</i></p>	<p>Appui du coordonnateur dédié à la mise en œuvre du PTSM</p>
<p>Etapes de mise en œuvre – Description</p>	<p>1. Définition des modalités de coordination et du niveau d'échange pour sa mise en œuvre 2. Construire les outils nécessaires aux dialogues, à la compréhension des pratiques, à la synergie des acteurs 3. Soutien des acteurs et évaluation des actions</p>	
<p>Partenaires de l'action</p>	<p>HUS-CHE-EPSAN-EUROPSY-Clinique de l'orangerie-GHSV</p>	
<p>Public visé</p>	<p><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) <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) <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels*</p> <p>Autre (Précisez) :</p>	<p>* Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :</p>
<p>Territoire d'intervention</p>	<p>Bas-Rhin</p>	
<p>Financement</p>	<p><i>Mobilisables identifiés</i></p>	<p>PTSM. Enveloppe nationale pour la coordination des PTSM</p>

	Complémentaires	
<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><i>Indicateurs de processus :</i> Nombre d'autorisations mise en œuvre Nombre de coopérations actives et formalisées</p> <p><i>Indicateurs de résultat :</i> Diminution du temps d'attente pour un premier RDV en CMP. Diminution des prises en charge en urgence</p> <p><i>Indicateur d'impact</i> Diminution des ruptures de parcours. Augmentation de l'intégration sociale par le travail et de la réhabilitation</p> <p><i>Méthode d'évaluation envisagée :</i></p>	

Action 4.2 – Renforcer le lien Ville Hôpital par la collaboration public / privé et le parcours de la prise en charge psychiatrique et somatique des patients

Pilote	<i>Structure</i>	Groupe Hospitalier Saint Vincent
Axe stratégique du PTSM	Axe 4 : Optimisation de l'offre de santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Fort de l'expérience du GHSV qui a développé depuis 1993 la prise en charge des troubles psychiques dans le cadre d'une activité de médecine en court séjour proposant un projet médical axé sur les soins de santé mentale. Ce service est situé dans les locaux de la clinique de la Toussaint et bénéficie du concours de médecins psychiatres libéraux.</p> <p>Au fil des années, dans le domaine de la santé mentale, la Fondation Vincent de Paul a créé du lien avec l'ensemble des acteurs de la psychiatrie, et notamment les praticiens et professionnels de santé libéraux rassemblés autour de son équipe de praticiens libéraux intervenant à la clinique de la Toussaint depuis plus de 30 ans, créant ainsi un réseau ville-hôpital structuré.</p> <p>Le projet est destiné à accueillir 30 patients ayant besoin de soins curatifs, 16 lits orientés troubles de l'humeur (à l'identique de l'existant) et 14 géro-psycho-geriatrie.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (<i>lettre et chiffre</i>) <u>base liste des objectifs du PRS</u>)	La politique de santé mentale de la région Grand Est s'inscrit dans l'axe stratégique n°4 du PRS : « Faire évoluer le système de santé dans une logique de parcours »	
Objectif général	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la collaboration avec le secteur Public au titre de l'intérêt de la santé publique : le projet de psychiatrie du GHSV s'inscrit dans une démarche de santé publique formalisée par le contrat de santé 2015-2020 liant notamment l'ARS, le CHRU, la Fondation Vincent de Paul, le CH d'Erstein et l'EPSAN. La collaboration du GHSV est régulière avec trois établissements publics intervenant en psychiatrie : l'EPSAN notamment avec l'HDJ de Géro-psycho-geriatrie, le Centre Hospitalier d'Erstein (CH Erstein) ou le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Strasbourg (CHRU). Il n'y a aucune concurrence avec ces établissements, car les missions sont jugées complémentaires. La Fondation Vincent de Paul souhaite accentuer ces coopérations, qui ont été actées et formalisées avec l'ensemble des acteurs de la psychiatrie publique. Ces coopérations et complémentarités sont prises en compte dans le Projet Médical Partagé du GHT 10. - A partir de là un « Accord de coopération inter-institutionnel pour la promotion des prises en charge en santé mentale » a été élaboré établi entre la Fondation Vincent de Paul et La Clinique de l'Orangerie/Groupe ELSAN - La complémentarité des soins psychiatrique et somatique sera assurée par le parcours de soins coordonné. 	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> •La clinique Ste Barbe étant à proximité immédiate de la clinique de la Toussaint en centre-ville de Strasbourg, les 2 établissements pourront partager un projet médical commun, des plateaux techniques partagés et une assistance croisée pour les prises en charges somatiques et en santé mentale. •Le recrutement d'un praticien somatique sera en lien, avec la médecine de Ville, et avec ses confrères/sœurs gériatres, palliatologues du site... La construction d'un véritable maillage territorial grâce au 	

	développement de synergies communes et de partenariats : <ul style="list-style-type: none"> - D'une part au sein de la Fondation : secteur personnes âgées et secteur solidarité - D'autre part avec des partenaires extérieurs : établissements publics de santé, médecine libérale, les professionnels de secteur médicosocial et social ... - La non stigmatisation des accompagnements. - Le développement d'une offre de soins et d'insertion au service de la personne dans son environnement ordinaire dans une véritable politique inclusive (accompagnement dans la vie quotidienne de personnes en situation de précarité, aide aux professionnels grâce aux équipes mobiles, aide aux aidants familiaux...). 	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Conférence Médicale d'Etablissement Conventions de partenariat
	<i>A prévoir</i>	Médecin généraliste 1,00 ETP IDE Psychologue Assistante Sociale
Etapes de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> - Hormis des travaux d'aménagement intérieurs (réaffectation, rafraîchissement, cloisonnement...), aucun investissement significatif n'est à prévoir pour l'activité adulte (locaux déjà disponibles, peu de travaux à réaliser). - L'installation sur le site de la Toussaint pourra être effective dès l'obtention de l'autorisation. - Les délais de réalisation sont courts car les locaux prévus pour l'activité adulte sont déjà disponibles (travaux non significatifs à prévoir). 	
Partenaires de l'action	Médecine de Ville COSTRAT PSY du GHT	
Public visé	<ul style="list-style-type: none"> • Le projet géronto-psychiatrique s'adresse à un public de personnes âgées de plus de 75 ans (ou de plus de 65 ans atteints de plusieurs pathologies somatiques invalidantes) nécessitant des soins et une surveillance médicale et infirmière continue. • Concernant les Troubles de l'Humeur, la clinique accueillera des patients en provenance possible de l'hôpital de jour, de l'EPSAN, du CH d'Erstein présentant une certaine stabilisation. De telles demandes d'admissions parviennent également du service d'urgence du CHRU, sur la base du consentement et de l'adéquation à un service ouvert. 	
Territoire d'intervention	Bas-Rhin Les patients proviendront d'horizons variés : de la médecine de ville, des services hospitaliers, d'Hôpitaux De Jour Gériatriques (GHSV ou autres), d'EHPAD (GHSV, Fondation ou autres), de CMP.	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Tarifification de l'activité
	<i>Complémentaires</i>	/

<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p>Indicateurs de processus : Le GHSV a fait une estimation de l'activité prévisionnelle en hospitalisation complète sur 3 ans avec un taux d'occupation de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% soit 8760 journées la 1^{ère} année et 314 séjours, • 85% soit 9308 journées la 2^{ème} année et 333 séjours, • 86% soit 9417 journées la 3^{ème} année et 337 séjours. <p>Indicateurs de résultat : L'activité est appelée à faire l'objet d'une évaluation annuelle prenant en compte un certain nombre de paramètres, répertoriés dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients différents pris en charge dans l'année (file active), - Nombre de nouveaux patients pris en charge dans l'année, - Nombre de réadmissions, - Nombre moyen de venues annuelles par patient, - Motifs d'hospitalisation, - Taux d'occupation, <p>Indicateurs d'impact :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée moyenne de séjour (DMS), - Nombre de nouveaux patients, - Nombre de transferts vers l'hôpital de jour, - Provenance des patients, - Le délai d'attente avant hospitalisation, - Le nombre de patients « perdus de vue ». <p>Méthode d'évaluation envisagée : L'évaluation de la satisfaction des usagers sera suivie par des questionnaires de satisfaction spécifiquement adaptée à cette activité. D'autres indicateurs de la qualité des soins seront suivis, tels les indicateurs nationaux (IQSS, ICSHA ...) pour cette unité.</p>
---	--

Action 4.3 - Hospitalisation à temps complet des enfants et adolescents en pédopsychiatrie

Pilote	<i>Structures</i>	Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Centre Hospitalier d'Erstein Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Axe stratégique du PTSM	Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques	
Contexte et enjeux locaux	<p>Insuffisance de capacité d'hospitalisation à temps complet des enfants et adolescents de 10 à 15 ans sur le territoire du PTSM :</p> <ul style="list-style-type: none"> • temps d'attente pour une hospitalisation trop longs, • patients pris en charge en pédiatrie ou à défaut en psychiatrie d'adultes, mais ne bénéficiant pas de soins spécialisés pourtant nécessaires, ou en bénéficiant dans des lieux inadaptés à la prise en charge des mineurs), • l'offre actuelle étant très régulièrement saturée. <p>Par ailleurs, certaines populations spécifiques ne peuvent pas être prises en charge de façon adaptée en hospitalisation complète. Certains de ces jeunes échappent à toutes les prises en charge ambulatoires ou en hospitalisation à temps partiel et nécessitent une prise en charge pluri-professionnelle en hospitalisation complète en service fermé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ les enfants de 10 à 12 ans avec troubles pédopsychiatriques sévères ➢ les adolescents de 12 à 15 ans présentant des troubles neuro-développementaux associés à des troubles psychiatriques aigus ➢ les adolescents en situation de vulnérabilité présentant des troubles psychiatriques débutants bruyants associés à un risque de précarisation important. <p>Une prise en charge précoce permettra d'éviter une prise en charge trop tardive et l'entrée dans des pathologies plus lourdes.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<p>Choisissez un élément.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 06.0 - 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</p> <p>Choisissez un élément.</p>	
Objectif général (si indiqué)	Renforcer l'offre de soins en hospitalisation complète en pédopsychiatrie pour les enfants et adolescents de 10 à 15 ans	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuer le recours aux urgences psychiatriques ou pédiatriques des enfants et adolescents • Prendre en charge très précocement les enfants adolescents en situation de vulnérabilité avec trouble pédopsychiatrique sévère • Offrir une prise en charge adaptée aux enfants et adolescents nécessitant une hospitalisation à temps complet dans des lieux adaptés à leurs troubles psychiatriques et à leurs âges • Diminuer la précarisation des adolescents • Intervenir en appui au médico-social et à nos partenaires de façon précoce pour des populations spécifiques 	
Ressources	<i>Mobilisables</i>	Redéploiement d'une partie des équipes soignantes

	<i>identifiées</i>	Redéploiement d'une partie des effectifs soignants Utilisation de locaux existants concernant le projet du CH d'Erstein Pour le Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du CHU de Strasbourg : relocalisation de l'unité d'hospitalisation complète de l'Hôpital de l'Elsau à l'Hôpital Civil dans une nouvelle construction, permettant une augmentation du nombre de lit et l'intégration dans le projet d'une aile qui permettra la prise en charge des 10-12 ans
	<i>A prévoir</i>	Compléter les dispositifs par : - Un temps médical complémentaire - Un temps de psychologue complémentaire - des temps d'IDE complémentaires
Etapes de mise en œuvre – Description	Aménagement des locaux Recrutement des personnels Ouverture des structures Plan de formation des équipes Communication à visée des partenaires sur l'ouverture des structures	
Partenaires de l'action	Centres hospitaliers, PJJ, CD, SPE, les EPMS, EN, plateforme territoriale d'appui (PTA), Maison des Ados, services AEMO et AED	
Public visé	<input checked="" type="checkbox"/> Enfants (7 à 11 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) Jeunes Adultes (16 à 25 ans)	
Territoire d'intervention	Bas-Rhin (67)	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Redéploiement d'une partie des effectifs soignants Utilisation de locaux existants concernant le projet du CH d'Erstein Projet de relocalisation de l'Hôpital de l'Elsau des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, avec intégration dans le projet d'une aile qui permettra la prise en charge des 10-12 ans
	<i>Complémentaires</i>	DAF Psy 340 000.00€ (Avis favorable CSOS dans le cadre de besoins exceptionnels)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><i>Indicateurs de résultat :</i></p> <p><i>Indicateurs de suivi de l'activité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'occupation - File d'attente <p><i>Indicateurs de parcours</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Provenance/ adressage - Relais <p><i>Indicateur d'impact :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution du nombre d'enfants et d'adolescents hospitalisés de façon inadéquate (aux urgences psychiatriques ou pédiatriques, en pédiatrie, en psychiatrie d'adultes) - Diminution de la vulnérabilité / précarité des adolescents - Diminution du nombre de refus de soins <p><i>Fluidité du parcours</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution du nombre de passages aux urgences - Diminution du nombre d'enfants et d'adolescents hospitalisés de façon inadéquate - Augmentation du nombre de patients suivis 	

	<p><i>Méthode d'évaluation envisagée :</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Rapport d'activité- Enquête de satisfaction auprès des partenaires
--	--

Action 4.4 - Mise en place d'ateliers collectifs hors site dans le cadre de l'hôpital de jour pour préadolescents et adolescents au centre hospitalier de Saverne

Pilote	<i>Structure</i>	CH Saverne – EPSAN
Axe stratégique du PTSM	Axe 1 Formation, promotion de la santé, innovation et déstigmatisation	
Contexte et enjeux locaux	<p>Un hôpital de jour pour préadolescents et adolescents au CH de Saverne est mis en place avec pour objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'apporter des soins globaux coordonnés, pluri-professionnels, dans leurs dimensions physiques et psychiques - de proposer des alternatives à l'hospitalisation temps plein en service de pédiatrie - de favoriser l'accès aux soins et le travail en réseau avec les partenaires du territoire. <p>Dans le cadre de ce projet, il est prévu de mettre en place des ateliers collectifs hors site (centre socio-culturel, maison de services...).</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément.	
Objectif général	Promouvoir le bien-être des adolescents par le développement des compétences psycho-sociales	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre aux adolescents de se questionner/de réfléchir à des thèmes qui les préoccupent et les intéressent - Etre une médiation favorisant le lien social : permettre de travailler la relation à soi-même et à l'autre, la gestion des émotions, l'estime de soi ainsi que la place de l'individu dans le groupe 	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	
	<i>A prévoir</i>	
Etapes de mise en œuvre – Description	Mise en place d'ateliers « groupe de parole » et « cuisine »	
Partenaires de l'action	Maison des Adolescents, Points Accueil Ecoute Jeunes	
Public visé	<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 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"/> Professionnels <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	
Territoire d'intervention	Bassin de vie de Saverne	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	
	<i>Complémentaires</i>	10 000.00€

/Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<i>Indicateurs de processus : file active, nombre de consultation réalisées, nombre de journées ou de demi -journées en HJ</i> <i>Indicateurs de résultat :</i> <i>Indicateur d'impact : nombre de journées d'hospitalisation évitées</i> <i>Méthode d'évaluation envisagée :</i>
---	--

Action 4.5 - Créer une offre privée de soins intégrés et moderne en santé mentale en hospitalisation temps complet et en hôpital de jour pour la population des jeunes adultes et des adolescents sur l'Eurométropole

Pilote	Structure	CLINEA Europsy
Axe stratégique du PTSM	<ul style="list-style-type: none"> - Optimiser l'accès aux diagnostics et aux soins psychiatriques - Répondre aux situations inadéquates - Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux - Coordonner les soins somatiques et la santé mentale - Prévention et gestion des situations de crises 	
Contexte et enjeux locaux	<p>Les travaux de diagnostic préalable ont permis d'identifier des difficultés d'accès aux soins et un manque de structures en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour, en particulier sur l'Eurométropole de Strasbourg, en ce qui concerne les adolescents (12-15 ans) et jeunes adultes (16-25ans) qui nécessitent une prise en charge spécifique.</p> <p>Ces besoins et la nécessité les couvrir pour éviter les ruptures de prise en charges, ont été confirmés dans le PRS/implantations.</p> <p>Dans ce contexte le projet porté par Europsy a été retenu et autorisé en s'axant sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluidification du parcours de soins en santé mentale : le projet qui propose une offre diversifiée s'inscrit dans la volonté de transformer l'offre de santé vers une démarche de parcours de santé graduée et coordonnée, en direction des enfants et des adolescents - Coordination des équipes et professionnels : la structure s'emploiera à s'intégrer de façon effective dans les filières de soins afin d'assurer la continuité de prise en charge des patients accueillis. Des conventions avec les partenaires extérieurs et des protocoles internes structureront ces liens. - Articulation public/privé pour élargir le champ de la prise en charge 	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<p>Axe 4 : Faire évoluer le système de santé dans une logique de parcours</p> <p>2/ Améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes en psychiatrie et en santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objectif 4 : Mettre en place les projets territoriaux de santé mentale couvrant la région Grand Est - Objectif 7 : Améliorer l'offre et le parcours coordonné pour les enfants et adolescents présentant une souffrance psychique et/ou des troubles du comportement et assurer le relais à l'âge adulte 	
Objectif général	<p>Participer au renforcement de l'offre de soin en hospitalisation complète et hospitalisation de jour en psychiatrie pour la population des jeunes adultes et des adolescents sur l'Eurométropole en proposant un parcours de soin coordonné et territorialisé.</p>	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à la réduction des inadéquation et rupture de prise en charge en mettant en œuvre de 40 lits d'hospitalisation à temps complet et de 10 places d'hôpital de jour en Psychiatrie Générale pour des patients âgés de 16 à 25 ans ainsi que 40 lits d'hospitalisation à temps complet et de 10 places d'hôpital de jour en Psychiatrie Infanto-Juvenile pour des patients âgés de 12 à 15 ans. • Participer à la diminution du recours aux urgences psychiatriques pédiatriques des adolescents et jeunes adultes : développement de l'hospitalisation de courte durée (8-10 jours) en aval direct des urgences et 	

	<p>du CAC 24/72 et mise en place d'un accès direct dans les services de la clinique lorsqu'un passage aux urgences peut être évité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limiter les hospitalisations et leur durée : amélioration des dispositifs d'orientation précoces par le biais d'un centre ambulatoire de consultations, d'évaluation et d'orientation qui permette à chaque âge de trouver une réponse adaptée et précoce dans le parcours à chaque situation / Amélioration des sorties d'hospitalisation / Création d'une équipe mobile de diagnostic et d'intervention précoce sous réserve de l'accord préalable de l'ARS. • Renforcer les coordinations dans le parcours de soin : renforcer les partenariats sociaux et médico-sociaux et le réseau de soin en santé mentale et le travail avec les associations de patients et de famille / Renforcer la place du médecin généraliste pour coordonner les soins somatiques et psychiatriques / Associer le parcours de soin à l'intégration sociale du patient : logement, éducation, socialisation à l'aide de partenariat, de la pair-aidance, du développement de l'offre de soins études. 	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	<p>Ancrage du Groupe ORPEA/CLINEA dans le département au travers du Pôle Médical de l'III : SSR, USLD et EHPAD, ainsi qu'une présence frontalière avec des établissements en Allemagne. Disponibilité foncière. L'établissement bénéficiera de l'appui des fonctions supports du groupe pour l'accompagner dans la mise en œuvre de son activité et notamment de la Direction Médicale.</p>
	<i>A prévoir</i>	Recrutements
Etapas de mise en œuvre – Description	Participation au PTSM / Construction du site / Recrutement du personnel / Formalisation des partenariats / Mise en œuvre de l'activité.	
Partenaires de l'action	HUS / EPSAN / CH ERSTEIN / Fondation Saint Vincent / Maison des Ados Professionnels de santé libéraux, de ville/ ASE - CD 67 / Académie / Points Accueil et Ecoute Jeunes (PAEJ)	
Public visé	<input checked="" type="checkbox"/> Adolescents (12-15 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Jeunes adultes (16-25 ans)	* Préciser si professionnels :
Territoire d'intervention	Bas-Rhin (67). Eurométropole	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Financement de la construction par le Groupe CLINEA
	<i>Complémentaires</i>	A définir avec l'ARS pour assurer un financement d'activité sur la base du dossier d'autorisation, garantissant la pérennité du site dans un contexte de réforme
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><i>Indicateur de processus :</i> Nombre d'acteurs sanitaires, médico-sociaux impliqués et intervenant dans le dispositif (conventions, réunions...).</p> <p><i>Indicateurs de suivi d'activité:</i> Taux d'occupation, DMS, file active, liste d'attente, profil patient</p> <p><i>Méthode d'évaluation envisagée :</i> Audit, rapport d'activité, questionnaire de satisfaction.</p>	

Action 4.6 - Consultations d'addictologie en pédopsychiatrie

Pilote	<i>Structure</i>	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Axe stratégique du PTSM	Faciliter l'accès aux soins précoces	
Contexte et enjeux locaux	Augmentation des besoins de la population en consultations d'évaluation et de prises en charge des souffrances psychiques et des addictions. Limiter le recours aux urgences. Partager les missions. Fluidifier les parcours. Optimiser les compétences.	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 04.0 - Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique <input type="checkbox"/> Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément.	
Objectif général	Optimiser l'accès à une évaluation clinique spécialisée et à des prises en soins spécialisés des souffrances psychiques et des addictions des adolescents.	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Meta-Analyse individualisée de la demande et orientation accompagnée. • Cartographie de l'existant. • Améliorer la lisibilité des réseaux en psychiatrie et santé mentale. • Optimiser l'intégration des acteurs de santé des milieux sanitaire, médico-social et libéral (maisons de santé, médecins généralistes, pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, CMPP, urgences pédiatriques, centres de crise, ELSA, MDA, etc). 	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Les forces existantes sanitaires, médico-sociales et libérales. 0.1 ETP de psychiatre-addictologue
	<i>A prévoir</i>	Temps de médecin pédopsychiatre formé à l'addictologie au CAMPA des HUS en lien avec les CJC de la MDA, territoire de Strasbourg 0.5 ETP de pédopsychiatre-addictologue et 0.5 ETP de psychologue
Etapes de mise en œuvre – Description	Optimiser l'intégration des acteurs de santé des milieux sanitaire, médico-social et libéral (maisons de santé, médecins généralistes, pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, CMPP, urgences pédiatriques, centres de crise, ELSA, MDA, etc). L'action consiste à donner des avis d'évaluation et mettre en place des prises en charge adaptées, voire d'orienter les patients si nécessaire	
Partenaires de l'action	Pédopsychiatrie publique, Addictologie publique, professionnels de santé libéraux, structures privées, structures médico-sociales impliquées.	
Public visé	<input checked="" type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans)	* Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social
Territoire d'intervention	Bas-Rhin (67)	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Temps de médecin addictologue au centre d'accueil médicopsychologique pour adolescent.

		0.1 ETP de psychiatre-addictologue soit 13 648,02 €																
	<i>Complémentaires</i>	Temps de médecin pédopsychiatre formé à l'addictologie au CAMPA des HUS en lien avec les CJC de la MDA, territoire de Strasbourg 0.5 ETP de pédopsychiatre-addictologue et 0.5 ETP de psychologue																
		<table border="1"> <tr> <th colspan="3">Personnel médical</th> </tr> <tr> <td>Pédo -psychiatre addictologue</td> <td>0,5</td> <td>68 240,12 €</td> </tr> <tr> <th colspan="3">Personnel non médical</th> </tr> <tr> <td>Psychologue</td> <td>0,5</td> <td>28 081,00</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td></td> <td>96321,12</td> </tr> </table>	Personnel médical			Pédo -psychiatre addictologue	0,5	68 240,12 €	Personnel non médical			Psychologue	0,5	28 081,00	Total		96321,12	
Personnel médical																		
Pédo -psychiatre addictologue		0,5	68 240,12 €															
Personnel non médical																		
Psychologue		0,5	28 081,00															
Total			96321,12															
		<u>Coût global :</u>																
		<table border="1"> <tr> <th colspan="3">Personnel médical</th> </tr> <tr> <td>Pédo -psychiatre addictologue</td> <td>0,5</td> <td>68 240,12 €</td> </tr> <tr> <td>Psychiatre-addictologue</td> <td>0,1</td> <td>13 648,02 €</td> </tr> <tr> <th colspan="3">Personnel non médical</th> </tr> <tr> <td>Psychologue</td> <td>0,5</td> <td>28 081,00 €</td> </tr> </table>	Personnel médical			Pédo -psychiatre addictologue	0,5	68 240,12 €	Psychiatre-addictologue	0,1	13 648,02 €	Personnel non médical			Psychologue	0,5	28 081,00 €	
Personnel médical																		
Pédo -psychiatre addictologue	0,5	68 240,12 €																
Psychiatre-addictologue	0,1	13 648,02 €																
Personnel non médical																		
Psychologue	0,5	28 081,00 €																
	Coût global :	109 969,14 €																
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<i>Indicateurs de processus :</i> Nombre d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et libéraux impliqués dans le dispositif (conventions ...).																	
	<i>Indicateurs de résultat :</i> File active traitée et nombre d'appels traités à la régulation, taux de rétention (vérification de la bonne évaluation et de la bonne orientation de la demande).																	
	<i>Indicateur d'impact :</i> Délai de consultation et nombre de passages aux urgences pédopsychiatriques et pédiatriques.																	
	<i>Méthode d'évaluation envisagée :</i> Audit, rapport d'activité, questionnaire de satisfaction.																	

Action 4.7- Dispositif intégré public-privé d'accès aux consultations en psychiatrie et en addictologie

Pilote	<i>Structure</i>	HUS/ELSAN/CHE/EPSAN/GHSV
Axe stratégique du PTSM	Faciliter l'accès aux soins précoces	
Contexte et enjeux locaux	Augmentation des besoins de la population en consultations d'évaluation et de prises en charge des souffrances psychiques et des addictions. Limiter le recours aux urgences. Partager les missions. Fluidifier les parcours. Optimiser les compétences.	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 01.0 - Mettre en place les projets territoriaux de santé mentale couvrant la région Grand Est <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. Axe 7 : Innovation Choisissez un élément.	
Objectif général	Optimiser l'accès à une évaluation et à des prises en soins spécialisés des souffrances psychiques et des addictions.	
Objectifs opérationnels	Mettre en place une régulation qui oriente les personnes dans leurs parcours de soin, accessible 7j/7. Analyse individualisée de la demande et orientation accompagnée. Cartographie de l'existant. Améliorer la lisibilité des réseaux en psychiatrie et santé mentale. Optimiser l'intégration des acteurs de santé des milieux sanitaire, médico-social et libéral (maisons de santé, médecins généralistes, psychiatres, psychologues, infirmiers, CMP, urgences, centres de crise, CSAPA et ELSAN, CAMUS, MDA, etc).	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Les forces existantes sanitaires, médico-sociales et libérales.
	<i>A prévoir</i>	Mise en adéquation des moyens (sanitaires, médico-sociaux et libéraux) en regard des demandes émergentes consécutives aux besoins de la population et aux évaluations spécialisées ; autant dans l'acceptabilité des premières consultations d'évaluation que dans le développement des soins nécessaires, y compris au long cours le cas échéant.
Étapes de mise en œuvre – Description	Optimiser l'intégration des acteurs de santé des milieux sanitaire, médico-social et libéral (maisons de santé, médecins généralistes, psychiatres, psychologues, infirmiers, CMP, urgences, centres de crise, CSAPA et ELSAN, CAMUS, MDA, etc).	
Partenaires de l'action	Psychiatrie publique, URPS, professionnels de santé libéraux, structures privées, structures médico-sociales impliquées.	
Public visé	<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"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs

		<input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Bas-Rhin (67)	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	A définir
	<i>Complémentaires</i>	A définir
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><i>Indicateurs de processus :</i> Nombre d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et libéraux impliqués dans le dispositif (conventions ...).</p> <p><i>Indicateurs de résultat :</i> File active traitée et nombre d'appels traités à la régulation, taux de rétention (vérification de la bonne évaluation et de la bonne orientation de la demande).</p> <p><i>Indicateur d'impact :</i> Délai de consultation et nombre de passages aux urgences psychiatriques et somatiques.</p> <p><i>Méthode d'évaluation envisagée :</i> Audit, rapport d'activité, questionnaire de satisfaction.</p>	

Action 4.8 - Repérage précoce et évaluation des troubles neurocognitifs et psychiatriques associés aux troubles addictifs

Pilote	<i>Structure</i>	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg			
Axe stratégique du PTSM	Accès au diagnostic et aux soins précoces				
Contexte et enjeux locaux	<p>Les troubles neurocognitifs et psychiatriques associés aux troubles addictifs sont sous-évalués et l'association des deux se potentialise, entraînant la marginalisation des patients. Les patients présentant ces troubles ont moins accès aux soins psychiatriques, addictologiques et somatiques et sont l'objet de stigmatisation. Ils sont aussi moins bien insérés socialement. Ces troubles rendent les prises en charge plus complexes.</p> <p>De tels troubles doivent être repérés afin de mettre en place des prises en soin précoces pour faciliter l'entrée dans les soins afin de diminuer le risque en termes de morbi-mortalité mais aussi de marginalisation sociale.</p>				
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<p>Choisissez un élément.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 01.0 - Mettre en place les projets territoriaux de santé mentale couvrant la région Grand Est</p> <p>Choisissez un élément.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Objectif 01.0 - Renforcer l'offre régionale de télémédecine tout en la rendant lisible, accessible et intégrée dans les pratiques médicales</p>				
Objectif général	Repérage précoce, évaluation et prise en soin des troubles psychiatriques et neurocognitifs des patients souffrant de troubles addictifs.				
Objectifs opérationnels	<p>Former les équipes des CSAPA et ELSAN au repérage (MOCA test)</p> <p>Evaluation des troubles psychiatriques et neurocognitifs : hôpital de jour d'addictologie</p> <p>Prise en soin : réhabilitation cognitive/ soins psychiatriques en HDJ addictologie et partenariat avec les structures psychiatriques</p> <p>Développement de parcours psychiatriques et cognitifs spécialisés pour la prise en charge des troubles psychiatriques et neurocognitifs avec des CSSRA axés sur ces prises en charge</p>				
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	<p>Expertise en cognition, psychiatrie et addictologie (service d'addictologie des HUS- INSERM 1114)</p> <p>CSSRA spécialisé en addictologie (CSSRA de Marienbronn).</p> <p>Temps de psychiatre partagé (0.1 ETP)</p>			
	<i>A prévoir</i>	<p>HDJ addictologique aux HUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement des évaluations spécifiques sur les HDJ addictologiques du territoire : prévoir des temps de neuropsychologues sur ces structures et des formations à la réhabilitation cognitive et à la prise en charge des troubles psychiatriques. • Temps de neuropsychologues sur les structures HDJ addictologique et de type CSSRA spécialisé en cognition. • 0.2 ETP de psychiatre-addictologue • 1 ETP de neuropsychologue formé par HDJ • En globalité : 0.3ETP psychiatre-addictologue et 1 ETP neuropsychologue <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td>ETP</td> </tr> <tr> <td>Personnel médical</td> <td></td> </tr> </table>		ETP	Personnel médical
	ETP				
Personnel médical					

		<table border="1"> <tr> <td>Psychiatre-addictologue</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>Personnel non médical</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Neuropsychologue</td> <td>1</td> </tr> </table>	Psychiatre-addictologue	0,2	Personnel non médical		Neuropsychologue	1											
Psychiatre-addictologue	0,2																		
Personnel non médical																			
Neuropsychologue	1																		
Etapes de mise en œuvre – Description	Former au repérage les intervenants de niveau 1 et 2 en addictologie des troubles psychiatriques et cognitifs Développement des prises en charge spécifique dans les HDJ addictologiques Développement de filières spécifiques : CSSRA spécialisés dans les prises en soin de ce type de patients																		
Partenaires de l'action	CSAPA et ELSAN, HDJ addictologiques, CSSRA ayant déjà développé des parcours identifiés pour ces prises en charge, EREA (Espace de ressources et d'expertise grand est) et le CIRDD Alsace.																		
Public visé	<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)	* Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social																	
Territoire d'intervention	Bas-Rhin (67)																		
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Temps de psychiatre partagé (0.1 ETP) : conventionnement entre structures à développer et renforcer au niveau des CSAPA et des CSSRA. Coût : 13 648€																	
	<i>Complémentaires</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Temps de neuropsychologues sur les structures HDJ addictologique et de type CSSRA spécialisé en cognition. • 0.2 ETP de psychiatre-addictologue • 1 ETP de neuropsychologue formé par HDJ • En globalité : 0.3ETP psychiatre-addictologue et 1 ETP neuropsychologue Chiffrage global : <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ETP</th> <th>Coût</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Personnel médical</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Psychiatre-addictologue</td> <td>0,2</td> <td>27 296,05 €</td> </tr> <tr> <td>Personnel non médical</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Neuropsychologue</td> <td>1</td> <td>56 162,00 €</td> </tr> <tr> <td>TOTAL :</td> <td></td> <td>83 458,05 €</td> </tr> </tbody> </table> <p>Coût global (avec mise à disposition) : 97 106.00€</p>		ETP	Coût	Personnel médical			Psychiatre-addictologue	0,2	27 296,05 €	Personnel non médical			Neuropsychologue	1	56 162,00 €	TOTAL :	
	ETP	Coût																	
Personnel médical																			
Psychiatre-addictologue	0,2	27 296,05 €																	
Personnel non médical																			
Neuropsychologue	1	56 162,00 €																	
TOTAL :		83 458,05 €																	
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<i>Indicateurs de processus :</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formations des professionnels en addictologie au dépistage précoce des troubles psychiatriques et cognitifs 2. Convention et partenariat entre les structures addictologiques et psychiatriques 3. Création et identification de filières spécialisées 4. Dotation en neuropsychologues des HDJ du territoire PTSM 67 <i>Indicateurs de résultat :</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de patients ayant eu une consultation d'évaluation psychiatrique 2. Nombre de patients ayant eu un dépistage des troubles cognitifs (MOCA) 3. Nombre d'évaluations neuropsychologiques spécifiques 																		

4. Nombres de patients pris en charge spécifiquement sur les filières psychiatriques et cognitives en CSSRA

Indicateur d'impact :

- 1. Nombre de patients identifiés comme ayant des troubles psychiatriques et cognitifs et pris en soin*
- 2. Réinsertion sociale des patients ayant des troubles psychiatriques et cognitifs : accès à l'hébergement, autonomie*

Méthode d'évaluation envisagée :

- 1. Rapport d'activité (CSAPA, HDJ, CSSRA)*
- 2. Mesure du fonctionnement global des patients ayant des troubles psychiatriques et cognitifs au début de la prise en soin et à la fin du parcours*

Action 4.9 - Majoration de la capacité d'accueil médico-psychologique de la population étudiante

Pilote	<i>Structure</i>	Centre d'Accueil Médico-Psychologique Universitaire de Strasbourg (CAMUS)
Axe stratégique du PTSM	Faciliter l'accès aux soins précoces	
Contexte et enjeux locaux	<p>La population étudiante du Bas-Rhin est particulièrement nombreuse et concentrée à Strasbourg ; elle est croissante d'année en année (plus de 50 000 étudiants par an à l'Université de Strasbourg depuis 2018 (53 000 en 2020), en augmentation de plus de 20% en 10 ans, auxquels s'ajoutent les étudiants hors université ; on dénombre 8038 néobacheliers en 2020. Les besoins de la population étudiante en consultations d'évaluation et de prises en charge des souffrances psychiques et des addictions augmentent et comportent des besoins de santé spécifiques (difficultés liées à l'environnement des études et à l'éloignement familial, enjeux à préserver une bonne insertion dans les études, tranche d'âge d'émergence de certaines pathologies psychiatriques,...).</p> <p>Pour les étudiants en santé plus particulièrement, la meilleure prise en compte de leurs besoins spécifiques et le développement des commissions bien-être des étudiants en santé va occasionner des besoins supplémentaires en évaluation, orientation vers les soins et prises en charge (ces commissions sont créées suite aux engagements pour le bien-être des étudiants en santé publiés en 2018 par le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère de l'Enseignement Supérieur, engagements issus du rapport du Dr Donata Marra).</p> <p>Par ses missions, le CAMUS contribue à limiter le recours aux urgences, à optimiser les hospitalisations, à développer des alternatives à des soins hospitaliers plus lourds, à favoriser l'entrée dans les soins en amont d'une urgence ou d'une hospitalisation, à orienter les étudiants dans le réseau de soins existant.</p> <p>En 2018, le CAMUS a accueilli 1182 consultants pour 4105 consultations ; le nombre de consultants et de consultations croit fortement d'année en année depuis la création du Camus en 1996 (en 2008, 480 étudiants étaient accueillis pour 1686 actes, l'évolution de la file active est tracée dans le rapport d'activité annuel) soit en 10 ans, une évolution de 2,5 des consultations réalisées.</p> <p>Le Camus n'a plus la possibilité de donner suite à toutes les demandes de rendez-vous, par saturation de ses capacités d'accueil. Une estimation réalisée en 2018-2019 par simple inventaire des demandes recueillies qui n'ont pu être accueillies et ont dû être réorientées d'emblée, permet d'évaluer les besoins pour 400 à 600 consultants supplémentaires par an actuellement.</p> <p>En outre, l'intrication des difficultés médicales, psychologiques, sociales et universitaires spécifique à cette population et les difficultés soulevées par l'orientation vers les soins, rendent nécessaires un suivi psychiatrique et psychologique prolongés au CAMUS dans un certain nombre de cas (163 consultants en 2018) et le CAMUS est doté de la possibilité de pouvoir assurer la délivrance de prescriptions de psychotropes si nécessaire. Autrement dit, la place des consultations psychiatriques y est importante et, en conséquence la mise en adéquation des moyens porte autant pour le temps médical psychiatrique que pour le temps de psychologue.</p> <p>Fin 2019, l'ARS a commencé à renforcer l'effectif pour 0.25 ETP agent administratif et pour 0.25 ETP psychologue. Ces moyens ne répondent que partiellement aux besoins, et viennent en réalité pérenniser des moyens qui étaient dégagés de façon exceptionnelle ces quelques dernières années par des renforts à temps très partiels et à durée déterminée de psychologue et d'agent administratif. Il convient donc de</p>	

	<p>poursuivre pour répondre aux besoins. En ce sens, les autres partenaires s'engagent dans le soutien du CAMUS. A compter de novembre 2020, les effectifs médicaux se verront renforcés de 0,2 ETP d'assistant spécialiste partagé. Enfin, en mars 2020, du fait du contexte de la crise sanitaire COVID et de ses répercussions sur la population étudiante, l'université de Strasbourg a renforcé les ressources mises à disposition d'un 0,5 ETP de psychologue en CDD, reconduit pour l'année 2020-2021 en CDD. Là encore il s'agit de compléments nécessaires, mais qui ne permettent pas d'atteindre les effectifs suffisants pour répondre à la demande (400 à 600 étudiants par an se voient actuellement refuser une prise en charge)</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) base liste des objectifs du PRS)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 04.0 - Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique	
Objectif général (si indiqué)	<p>Renforcer la prévention et la prise en charge précoce des difficultés psychiques de la population étudiante et prévenir leur aggravation. Renforcer l'accès des étudiants à une évaluation et à des prises en soins spécialisés des souffrances psychiques, en intervenant précocement afin de prévenir les répercussions sur les études et l'aggravation de la souffrance vers une pathologie constituée, et en repérant et en orientant vers les soins les étudiants ayant une pathologie déjà constituée.</p>	
Objectifs opérationnels	<p>Renforcer les capacités d'accueil et mettre en adéquation les moyens en regard des demandes croissantes de la population étudiante et des évaluations spécialisées ; autant dans l'acceptabilité des premières consultations d'évaluation que dans le développement des soins nécessaires, y compris au long cours le cas échéant. Développer des projets de soins adaptés à la population étudiante et aux contraintes des études : soins à proximité des campus, essentiellement ambulatoires, avec des dispositifs de soins-études adaptés au milieu universitaire et aux enseignements supérieurs (en lien avec la Mission Handicap de l'Université), aller au-devant des étudiants en difficultés qui ne feraient pas aisément la démarche d'accéder aux soins. En particulier, pérenniser le dispositif de soins CATCAR (CAMus Troubles des Conduites Alimentaires et Restaurant), offrant des consultations pluri professionnelles spécialisées et des repas thérapeutiques en CATTP en restaurant universitaire, dispositif spécifiquement proposé pour les soins des troubles des conduites alimentaires. Elaborer un projet de création d'une antenne CAMUS de proximité sur le campus d'Illkirch.</p>	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	<p>Ressources actuelles du CAMUS et ressources existantes sanitaires, médicosociales et libérales vers lesquelles les étudiants nécessitant des soins au long cours sont orientés. Expertise en dispositifs soins-études de la Fondation Santé des Etudiants de France. Les ressources actuelles du camus, tenant compte des derniers ajustements, sont de 5,33 ETP - 0,8 ETP psychiatre - 2,23 ETP psychologue - 0,2 ETP de direction et d'encadrement, médical et administratif ; + 0,1 pour le SSU +0,1 assistante sociale - 1,5 ETP d'agent administratif, 0,4 ETP de gestion et comptabilité Les contributions respectives des partenaires sont de - 2,6 ETP pour l'université - 0,9 ETP pour les HUS - 1,23 ETP Pour l'ars (budget médicosocial et carsat)</p>

		- 0,5 ETP pour la FSEF - 0,1 pour le CROUS
	<i>A prévoir</i>	<p>Pour la mise en adéquation des moyens en regard des demandes actuelles consécutives aux besoins de la population et aux évaluations spécialisées : 0,3 ETP psychiatre + 0,25 ETP psychologue Soit 64 000€</p> <p>Pérennisation du dispositif CATCAR : 46.000 brut chargé Le dispositif CATCAR est financé dans le cadre du FIR depuis septembre 2019, et le financement est renouvelé pour l'année universitaire 2020-2021. Ce financement a permis de financer 0,30 ETP de diététicienne, 0,10 ETP de psychiatre, 0,15 ETP de psychologue clinicien ; 0,05 ETP de médecin généraliste et 0,05 ETP gestionnaire administratif Pour autant le financement en FIR n'est pas pérenne ce qui met les équipes dans une instabilité régulière. Un financement pérenne contribuerait donc à asseoir le dispositif dans la durée.</p> <p>Total de la demande : 118.000 euros</p> <p>Réflexion à mener sur l'adéquation des locaux. Pour la création d'une antenne CAMUS à Illkirch : locaux et ressources humaines à définir</p>
Etapes de mise en œuvre – Description	<p>Recruter des ressources humaines nouvelles Former aux besoins spécifiques de la population étudiante et au travail en partenariat et en réseau du CAMUS Renforcer et optimiser des partenariats actuels, voire ouverture à de nouveaux partenariats.</p>	
Partenaires de l'action	<p>Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), L'Université de Strasbourg, L'Académie de Strasbourg, Le Service de Santé Universitaire (SSU), La Mission Handicap de l'Université de Strasbourg, Le Centre Régional des Œuvres Universitaires de Strasbourg (CROUS), La psychiatrie publique, Les professionnels de santé libéraux, La Maison des Adolescents de Strasbourg, les Points Accueil et Ecoute Jeunes (PAEJ),</p>	
Public visé	<p>✕ Jeunes Adultes (16 à 25 ans) Adultes (26 à 65 ans)</p>	
Territoire d'intervention	Bas-Rhin	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	FIR
	<i>Complémentaires</i>	<p>Pour la mise en adéquation des moyens en regard des demandes actuelles consécutives aux besoins de la population et aux évaluations spécialisées : 0,3 ETP psychiatre et 0,25 ETP psychologue = estimation annuelle 64 000 € brut chargé</p> <p>Pour la pérennisation du dispositif CATCAR : 0,30 ETP de diététicienne, 0,10 ETP de psychiatre, 0,15 ETP de psychologue clinicien ; 0,05 ETP de médecin généraliste et 0,05 ETP gestionnaire administratif= estimation annuelle 46 000 € brut</p>

<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><i>Indicateurs de processus :</i> Conventions et partenariats. Dotation en ressources humaines du CAMUS</p> <p><i>Indicateurs de résultat :</i> Activité annuelle, file active annuelle, nombre de nouveaux patients par an</p> <p><i>Indicateur d'impact :</i> Délai de consultation entre la prise de contact et le premier rendez-vous et nombre de passages aux urgences psychiatriques et somatiques. Fluidité du parcours</p> <p><i>Méthode d'évaluation envisagée :</i> Rapport d'activité, questionnaire de satisfaction.</p>
---	--

Action 4.10 - Parcours et coordination en santé mentale et précarité

Pilote	<i>Structures</i>	CMP – EMP- Un chez-soi d'abord
Axe stratégique du PTSM	PRAPS	
Contexte et enjeux locaux	<ul style="list-style-type: none"> Contexte : Augmentation et complexification des situations mêlant des problématiques de psychiatrie et de précarité sur l'Eurométropole de Strasbourg Enjeux : Assurer l'efficacité de la prise en charge et du suivi des usagers tout au long de leur parcours 	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 06.0 - 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 <input type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément.	
Objectif général (si indiqué)	<ul style="list-style-type: none"> Répondre à la demande croissante de soins en Santé Mentale et en Précarité Faciliter la communication entre les différents partenaires du réseau 	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'une coordination de réseau Augmentation du temps médical (psychiatres) dédié à la précarité Assurer un suivi psychologique pérenne 	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	<ul style="list-style-type: none"> Activités thérapeutiques à destination des usagers en situation de précarité Equipes mobiles d'intervention Psychiatres Travailleurs pairs Infirmiers et Travailleurs sociaux
	<i>A prévoir</i>	<ul style="list-style-type: none"> Coordinateurs en santé mentale et précarité Annuaire des structures : <ul style="list-style-type: none"> → avec missions, contacts, critères d'inclusion → mis à jour régulièrement → accessible en ligne pour tous les partenaires
Etapes de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> Recensement de la population concernée (psychiatrie, précarité) sur le territoire Suite à ce recensement, évaluation des moyens nécessaires Création d'une fiche de poste d'un IDE psychiatrique spécialisé dans la précarité des personnes à la rue 	
Partenaires de l'action	Eurométropole de Strasbourg – ARS - Centre hospitalier	
Public visé	<input checked="" type="checkbox"/> Adolescents (12 à 15 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes Adultes (16 à 25 ans)	
Territoire d'intervention		
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	
	<i>Complémentaires</i>	

Principaux indicateurs d'évaluation retenus	
--	--

Action 4.11 - Renforcement de la réponse aux besoins et aux demandes d'accès aux soins précoces en psychiatrie des personnes en grande précarité

Pilote	<i>Structure</i>	EPSAN
Axe stratégique du PTSM	Renforcer et structurer l'offre de soins de proximité Faire évoluer le système de santé dans une logique de parcours	
Contexte et enjeux locaux	<p>Un territoire marqué par des inégalités sociales importantes EMS/hors EMS, précarisation, émergence de nouveaux publics et besoins Méconnaissance des dispositifs ou manque de coordination de certains dispositifs Existence d'une EMPP 67, mais horaires d'ouverture limités, délais d'attente trop longs et manque de disponibilités pour développer l'aller vers les personnes qui vivent dans la rue ou les vers les partenaires.</p> <p>Des leviers locaux importants: comme la stratégie « logement d'abord », projet « ACT Un chez soi d'abord », Plateforme Territoriale d'Appui, PFIDASS, dispositifs expérimentaux, qui induisent une évolution des dispositifs et des pratiques internes dans les EPSM</p> <p>L'EMPP fait partie des équipes qui orientent et accompagnent les SDF souffrant de troubles psychiques vers les dispositifs de relogement et particulièrement vers un chez soi d'abord.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 04.0 - Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique Choisissez un élément.	
Objectif général	Assurer une réponse aux demandes et besoins en terme de dépistage et d'accès aux soins en psychiatrie pour les publics en grande précarité	
Objectifs opérationnels	Améliorer la coordination avec les services d'urgence Elargir les plages d'ouverture au public Proposer des activités à médiation thérapeutique Organiser les déplacements vers les publics les plus éloignés du soin	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	EMMP 67 et PASS 67
	<i>A prévoir</i>	
Etapes de mise en œuvre – Description	Etat des lieux de l'existant Identification des partenaires Identification des problématiques sanitaires récurrentes et différentes selon les publics et les caractéristiques des pôles Priorisation Mise en place d'une organisation répondant aux besoins Elaboration des conventions de partenariat Evaluation, suivi et réajustement du plan d'action	
Partenaires de l'action	Equipe maraude SIAO, équipes maraude bénévoles, équipe de rue de la Ville de Strasbourg, Médecins du Monde, PASS somatique, CAARUD, SCMR, LHSS, LAM, structures d'hébergement d'urgence, un chez soi d'abord.	
Public visé	<input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans)	* Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social

		<input checked="" type="checkbox"/> Social
Territoire d'intervention		
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	EMPP et PASS 67
	<i>Complémentaires</i>	DAF Psy : 120 000.00€ 0.5 ETP Psychiatre 0.5 ETP d'assistant social 0.5 ETP Secrétariat 1 ETP infirmier
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><i>Indicateurs de processus :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Elargissement des horaires d'ouverture - Planning d'activité - Evolution du projet EMPP 67 et PASS Psy <p><i>Indicateurs de résultat :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de déplacements vers les publics éloignés du soin - Nombre de nouvelles situations - Evolution de la fille active - Nombre d'actes pour la communauté - Evolution des délais d'attente <p><i>Indicateur d'impact :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'orientation des urgences - Nombre de situation orientée vers un chez soi d'abord - Nombre de personnes relogées <p><i>Méthode d'évaluation envisagée :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilan d'activité 	

Action 4.12 - Développer des appartements « tests » adossés aux structures de soins en psychiatrie

Pilote	<i>Structure</i>	ARSEA
Axe stratégique du PTSM	Accès et accompagnements sociaux et médico-sociaux	
Contexte et enjeux locaux	Après une hospitalisation, longue ou non, ou une sortie précipitée de structure ou du milieu familial, il est difficile d'évaluer l'autonomie des personnes. L'expérience de la vie autonome peut se révéler très déstabilisante pour ce public, qui n'est pas d'emblée armé pour répondre aux attendus de la vie en logement classique. De plus, leur manque d'expérience peut constituer un frein à l'attribution d'un logement. Enfin, il manque un sas après l'hospitalisation pour apprécier pleinement des compétences de la personne et affiner son projet de vie et son orientation	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) base liste des objectifs du PRS)	Axe 5 : Autonomie et social	
Objectif général (si indiqué)	Permettre l'évaluation de l'autonomie de personnes qui sort de structure de soins Accompagner les personnes vers l'autonomie Définir durant la prise en charge une orientation adaptée à l'autonomie de a personne accompagnée	
Objectifs opérationnels	Implanter des appartements au plus proches des structures de soins, sous loués à des patients pour une durée déterminée allant de 3 à 6 mois, adossé à un accompagnement social et médical dédié. 4 logements seront ainsi mobilisés, 2 sur le territoire EPSAN, 2 sur le territoire HUS (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg). A l'heure actuelle , aucun logement test n'existe sur le département	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Logements (4) / Conventions d'occupation
	<i>A prévoir</i>	Temps soignants (0,4 ETP) soit 14h semaine, temps éducatif (0,2 ETP) soit 7h semaine Le personnel soignant assurera la volet médical du projet ceci pour garantir la continuité des soins. Le personnel social assurera l'aide à la gestion locative, comprenant notamment la captation des logements
Etapes de mise en œuvre – Description	Obtention du financement, recherche de logements auprès des bailleurs sociaux, convention de mises à disposition/partenariat ARSEA/EPSAN/HUS pour accompagnement, élaboration documents de conventionnement avec le patient. Définition des modalités d'admission avec chaque Hôpital Psychiatrique	
Partenaires de l'action	HP du territoire, bailleurs sociaux	
Public visé	Jeunes enfants (0 à 6 ans) Enfants (7 à 11 ans) Adolescents (12 à 15 ans) Jeunes Adultes (16 à 25 ans) Adultes (26 à 65 ans) Personnes âgées (>65 ans) Professionnels*	* Préciser si professionnels : Médical Paramédical Médico-social Social De la prévention et de la promotion de la santé

	Autre (Précisez) :	De l'éducation/la formation De la culture/Loisirs Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Bas-Rhin (EMS et Nord du Département)	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	8800 euros IML (en cours auprès de la DDCS) ou 7800 euros ALT (en cours auprès de la DDCS)
	<i>Complémentaires</i>	25500 euros dont 20182 euros IDE /4236 euros achats et fournitures et 1082 euros participations aux vacances immobilières Total de l'action :42 100
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <p><i>Nb de bailleurs partenaires</i> <i>Nb de réunions partenariales</i> <i>Outils créées en partenariat</i> <i>Nb de visites à domicile (par partenaire et communes)</i></p> <p>Indicateurs de résultat :</p> <p><i>Durée de présence dans les logements passerelles</i> <i>Nb de personnes orientées en logements autonomes post accompagnement</i> <i>Nb de personnes orientées sur baux de droit commun post accompagnement</i></p> <p>Indicateur d'impact :</p> <p><i>Nb de personnes orientées par les établissements partenaires</i> <i>Liste d'attente</i> <i>Entretien avec les usagers pour identifier la plus-value du dispositif</i></p> <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <p><i>Grille d'évaluations d'autonomie avant la prise en charge</i> <i>Grille d'évaluation d'autonomie post accompagnement</i> <i>Réunions de synthèse</i> <i>Entretien avec les bénéficiaires</i></p>	
Informations complémentaires	<p><i>Le projet LAPY se veut complémentaire au projet « d'appartement tests ». Ce dernier est prévu pour proposer aux patients sortant des hôpitaux psychiatriques de passer 3 à 6 mois dans un logement en vue de se « tester » à l'autonomie locative. Un accompagnement est bien sûr prévu aussi bien social que médical. Au terme de l'évaluation une orientation pourra alors être prévue soit en LAPY soit en résidence d'accueil, Lieu semi collectif avec un accompagnement social plus renforcé qu'en LAPY</i></p>	

Action 4.13 - Extension Logements Accompagnés Psychiatriques

Pilote	<i>Structure</i>	ARSEA
Axe stratégique du PTSM	Axe 4 Optimisation de l'offre de santé	
Contexte et enjeux locaux	<p>Toutes les personnes en situation de fragilité, et à la recherche d'un habitat adapté ne sont pas inscrites dans les trajectoires d'orientations adaptées, et de ce fait par leur non connaissance, leur isolement n'ont pas accès à l'hébergement ou au logement adapté à leur situation pour promouvoir un mieux-être pour eux et pour leurs proches. Ils n'ont pas tous les mêmes demandes et les mêmes besoins en fonction de leur parcours de vie, de leurs liens d'attachements, de réseaux.</p> <p>En 2019 l'ARSEA gère 70 logements essentiellement sur le Sud du département et dans l'EMS. L'objectif est d'atteindre 90 logements fin 2020 avec des ouvertures dans le Nord du département pour répondre à la demande de l'EPSAN. En effet, les logements actuels se concentrent essentiellement sur le territoire psychiatrique du Centre hospitalier d'Erstein (CHE). Pourquoi ? Car le dispositif LAPY avait été créé par le CHE pour répondre à un besoin local. Absorbé en 2015 par l'ARSEA, la majorité des LAPY était resté concentrée sur le territoire du CHE.</p> <p>L'ARSEA est, chaque année, sollicité par l'EPSAN et les HUS pour répondre aux demandes croissantes en matière de logement pour personnes accompagnées par les services de psychiatrie. La prestation LAPY permet de répondre aux usagers autonomes tout en prévenant l'engorgement des services de psychiatrie dans les hôpitaux.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. Choisissez un élément.	
Objectif général	Développer des réponses de logements adaptées aux personnes souffrant de pathologies psychiatriques et accompagnées dans une démarche de soins	
Objectifs opérationnels	Développer le dispositif Logements accompagnés psychiatrique aux territoires Nord du Département.	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	En 2019, seul 1 ETP de travailleur social réalise les accompagnements sur les 70 logements.
	<i>A prévoir</i>	Le projet prévoit la création d'un second ETP pour optimiser qualitativement et quantitativement l'accompagnement des personnes et renforcer les partenariats avec le secteur psychiatrique. Il prévoit également la valorisation du temps de chef de service à hauteur de 0,2 ETP contre 0,03 actuellement. Enfin, il s'agit également de valoriser le temps de l'agent technique (à 0,1 ETP / 0 actuellement) qui travaille à la réfection des logements, aux entretiens courants et au montage de mobiliser le cas échéant.
Etapes de mise en œuvre –	Le projet existe déjà. Il s'agit d'une extension qui prévoit une capacité de 90 logements en 2020 contre 70 à l'heure actuelle.	

Description		
Partenaires de l'action	CH du territoire, SIAO 67, Collectivités locales	
Public visé	<input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans)	* Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Social
Territoire d'intervention	Nord du département – territoire psychiatrique de l'EPSAN	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	DDCS BOP 177 + Sollicitation IML NB : la DDCS a déjà augmenté sa participation financière en 2019 portant à 95000 € (contre 38000 € auparavant) la dotation allouée à l'ARSEA.
	<i>Complémentaires</i>	le financement complémentaire des appartements LAPHY a été obtenu grâce aux fonds d'intermédiation locative
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<i>Indicateurs de résultat : Nb logements supplémentaires créés</i> <i>Indicateur d'impact : Nb de logements sous loués en rapport à la demande émanant du SIAO 67</i> <i>Méthode d'évaluation envisagée :</i> <i>Questionnaire usagers</i> <i>Réunions d'évaluation avec les partenaires (Centres hospitaliers notamment)</i>	
Informations complémentaires	<i>Le projet LAPHY se veut complémentaire au projet « d'appartement tests ». Ce dernier est prévu pour proposer aux patients sortant des hôpitaux psychiatriques de passer 3 à 6 mois dans un logement en vue de se « tester » à l'autonomie locative. Un accompagnement est bien sûr prévu aussi bien social que médical. Au terme de l'évaluation, une orientation pourra alors être prévue soit en LAPHY soit en résidence d'accueil, lieu semi collectif avec un accompagnement social plus renforcé qu'en LAPHY.</i>	

Action 4.14 - Créer une offre privée de soins intégrés en santé mentale en hospitalisation temps complet et en hôpital de jour pour la population adulte et les professionnels de santé sur l'Eurométropole

Pilote	Structure	ELSAN
Axe stratégique du PTSM	Optimiser l'accès à des soins intégrés précoce en santé mentale. Créer une offre de soin sanitaire privée en adéquation avec les besoins de territoire Créer une filière soins à destination des professionnels de santé	
Contexte et enjeux locaux	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des besoins de prises en soins des souffrances psychiques et des addictions. • Offrir aux professionnels libéraux et aux patients suivis par leurs soins une alternative hospitalière privée nécessaire et complémentaire à l'offre de soin publique existante. Répondre aux besoins spécifiques des patients suivis par les psychiatres et psychologues libéraux. • Créer une filière de soin spécifique pour les professionnels de santé en souffrances psychiques en liens avec le professionnel libéraux et les structures en référence. (ARENE, SPS, ESCULAPE...) • Limiter le recours aux urgences. Partager les missions. Fluidifier les parcours. Optimiser les compétences. 	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	Axe 4 : Parcours Objectif 01.0 - Mettre en place les projets territoriaux de santé mentale couvrant la région Grand Est	
Objectif général	Optimiser l'accès à une évaluation et à des prises en soins intégrés spécialisés des souffrances psychiques et des addictions en offrant une alternative privée complémentaire en hospitalisation à temps complet et hospitalisation de jour sur l'Eurométropole pour la population adulte et les professionnels de santé	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Création de 40 lits d'hospitalisation à temps complet et de 20 places d'hôpital de jour de soins intégrés en santé mentale pour la population adulte et les professionnels de santé en souffrance psychiques sur l'Eurométropole. • Participation active à la régulation territoriale orientant les personnes dans leurs parcours de soin. Analyse individualisée de la demande et orientation accompagnée en lien avec les professionnels libéraux et les urgences psychiatriques. • Améliorer la lisibilité, l'accessibilité et la fluidité des réseaux de soins et d'accompagnement en santé mentale. • Optimiser l'intégration des acteurs de santé en santé mentale libéraux (maisons de santé, médecins généralistes, psychiatres, psychologues) dans le dispositif existant. • Développer des soins innovants en optimisant les soins psychothérapeutiques et en limitant les prescriptions médicamenteuses 	

Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Les forces existantes sanitaires, médico-sociales et libérales (psychiatres, psychologues et médecins généralistes notamment). Association ARENE, Association SPS. ESCULAPE. CIRDD Alsace
	<i>A prévoir</i>	<ul style="list-style-type: none"> Mise en adéquation des moyens (sanitaires, médico sociaux et libéraux) en regard des demandes émergentes consécutives aux besoins de la population et aux évaluations spécialisées ; autant dans l'acceptabilité des premières consultations d'évaluation en libéral que dans le développement des soins nécessaires, y compris en hospitalisation à temps complet et de jour.
Etapes de mise en œuvre – Description	Optimiser l'intégration et le renforcement des acteurs de santé des milieux sanitaire, médico-social et libéraux (maisons de santé, médecins généralistes, psychiatres, psychologues, infirmiers, CMP, urgences, centres de crise, CSAPA et ELSA, CAMUS, MDA, etc). Création d'un COPIL en adéquation. Participation au PTSM. Développement d'un projet architectural et médico-psychologique en s'appuyant sur les ressources et les forces mobilisées locales.	
Partenaires de l'action	ELSAN /Orpéa Clinéa / GHSV / Psychiatres et psychologues libéraux / Médecins généralistes et URPS / Psychiatrie Publique/ ARENE/ SPS / CIRDD Alsace	
Public visé	<input type="checkbox"/> Adultes (16 à 65 ans) <input type="checkbox"/> Professionnels de santé	* Préciser si professionnels : Médical Paramédical Médico-social Social De la prévention et de la promotion de la santé De l'éducation/la formation Autres: administratifs, institutionnels, politique....
Territoire d'intervention	PTSM Bas-Rhin (67). Eurométropole	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	A définir
	<i>Complémentaires</i>	A définir
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<i>Indicateurs de processus :</i> Nombre d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et libéraux impliqués et intervenant dans le dispositif (conventions, contractualisation de partenariat...). <i>Indicateurs de résultat :</i> File active traitée en hospitalisation à temps complet et en hospitalisation de jour .Taux d'occupation. <i>Indicateur d'impact :</i> Délai de consultation et d'admission. Durée moyenne de séjour. Nombre de patients admis à partir urgences psychiatriques et somatiques. <i>Méthode d'évaluation envisagée :</i> Audit, rapport d'activité, questionnaire de satisfaction.	

Action 4.15 – Hôpital de jour de Psychiatrie de la Personne Agée sur l'Eurométropole

Pilote	<i>Structure</i>	EPSAN et HUS
Axe stratégique du PTSM	Accès au diagnostic et aux soins précoces	
Contexte et enjeux locaux	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'HJ PA sur Strasbourg - Augmentation des besoins liés au vieillissement de la population - Intrication troubles psychiatriques et neurodégénératifs 	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	Choisissez un élément. Axe 4 : Parcours Objectif 04.0 - Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique	
Objectif général	Evaluation pluridisciplinaire et soins psychiatriques favorisés par la proximité avec l'HJ d'évaluation gériatrique St François	
Objectifs opérationnels	Soins psychiatrique des patients Favoriser le maintien à domicile Eviter les hospitalisations Fluidifier le parcours du patient Assurer le lien avec les services d'hospitalisation (psychiatrique et gériatrique) et les structures d'intervention à domicile Intégration dans les réseaux gériatriques existants, réseau de coordination (PTA, MAIA) Recherche commune avec l'HJ gériatrie et le CM2R	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Locaux existants des HUS Mutualisation des compétences (neuro psycho, ergo...)
	<i>A prévoir</i>	Personnel : psychiatre, infirmiers, psychologues, assistante sociale
Etapes de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> - Autorisation ARS - Recrutement - Montée en charge progressive - Formation des équipes - Communication - Définition des critères d'évaluation Evaluation du dispositif	
Partenaires de l'action	EHPAD Structures sanitaires et médico-sociales, publiques et privées Réseaux gériatriques PTA, CLIC, MAIA	
Public visé	x Personnes âgées (>65 ans) :	<input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	EMS	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	En négociation entre établissements et avec l'ARS

	<i>Complémentaires</i>	<p>DAF Psy : 712 000€ (Avis favorable CSOS dans le cadre de besoins exceptionnels)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychiatre 1 ETP - Assistant spécialiste 1ETP - Interne 1ETP - Psychologue 1 ETP - IDE 5 ETP - Aide-soignant 1 ETP - Assistant social 1ETP - Cadre de santé 1 ETP - Secrétaire 1 ETP
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p><i>Indicateurs de processus :</i> <i>Origine des adresseurs professionnels</i></p> <p><i>Indicateurs de résultat :</i> <i>Nb de jours d'hospitalisation</i> <i>Nb de patients</i> <i>File active de personnes suivies</i> <i>Taux d'occupation</i> <i>Taux d'annulation</i></p> <p><i>Indicateur d'impact :</i> <i>Réduction des hospitalisations</i> <i>Nombre d'orientations</i></p> <p><i>Méthode d'évaluation envisagée :</i> <i>Enquête auprès des professionnels, des patients</i> <i>Taux de satisfaction des usagers</i> <i>Taux de satisfaction des professionnels</i> <i>Evaluation interne et externe</i></p>	

Action 4.16 - Déployer le re-contact des patients suicidant

Pilote	<i>Structure</i>	Unités d'urgences psychiatriques du GHT 10
Axe stratégique du PTSM	Situations d'urgences et de crise	
Contexte et enjeux locaux	Des initiatives locales de recontact des patients suicidants, à visée de prévention de la récurrence, ont été déjà déployées, sur le GHT10, à moyens constants ; c'est le cas pour les SU de Saverne, Haguenau et Strasbourg ; cependant ces dispositifs restent à améliorer. L'ARS Grand-Est souhaite développer la méthode de recontact « Vigilans » et a fléché et financé (environ 400 .000 euros annuels intégrés dans la DAF du CPN) pour porter le projet. Sont envisagés 3 centres vigilanceurs sur la région (dont Strasbourg).	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément.Choisissez un élément.	
Objectif général	Prévenir le risque de récurrence pour les patients suicidants, vus dans les Services d'Urgence	
Objectifs opérationnels	Mettre en place un dispositif Vigilans coordonné de recontact des patients suicidants sur le territoire du GHT 10.	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	3 dispositifs non financés de recontact Financement ARS annuel via le CP Nancy
	<i>A prévoir</i>	Création et financement d'un dispositif plus global type « vigilans » pour le Grand-Est
Étapes de mise en œuvre – Description	Deux réunions du dispositif Vigilans ont déjà été organisées (animée par le Dr Pichené porteur du projet pour le Grand-Est). Organiser le dispositif sur le GHT (délimiter le périmètre).	
Partenaires de l'action	ARS Grand-Est Services d'Urgence Services d'urgence psychiatriques Secteur privé	
Public visé	x Adolescents (12 à 15 ans) x Jeunes Adultes (16 à 25 ans) x Adultes (26 à 65 ans) x Personnes âgées (>65 ans)	
Territoire d'intervention	GHT 10 et anté-région Alsace Bas-Rhin + Haut-Rhin	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Dispositifs déjà existant de recontact sur le GHT10 (et aussi sur les GHT 11 et 12)
	<i>Complémentaires</i>	Transfert de la part du financement Grand-Est pour assurer la mise en place et le fonctionnement du dispositif de recontact sur les départements 67 et 68. 314 365 euros pour cette année Début en novembre 2020 + 12% de frais de gestion

		<p>(une partie est pérenne en DAF et une partie est en FIR) il s'agit d'un financement délégué au CHU de Strasbourg depuis le CPN (Nancy) sur l'enveloppe ARS globale Vigilans Grand-Est pour déployer le programme ViGilanS sur l'Alsace.</p>
<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><i>Indicateurs de processus : nombre de réunions avec services de psychiatrie, et SUs ; recrutement et formation du personnel vigilaniseur ; mise en route du dispositif élargi.</i></p> <p><i>Indicateurs de résultat : nombre de patients identifiés et recontactés ; nombre de consultations issues de ces recontacts (voir dispositif Vigilans).</i></p> <p><i>Indicateur d'impact : ceux du dispositif Vigilans.</i></p> <p><i>Méthode d'évaluation envisagée : voir dispositif vigilans.</i></p>	

Axe 5 – Articulation-coopération- décloisonnement

Action 5.1 - Equipe mobile mixte départementale d'intervention en milieu scolaire

Pilote		DSDEN du Bas-Rhin/ARS
Axe stratégique du PTSM	Axe 4 Optimisation de l'offre de santé Axe 5 Articulation - coopération - décloisonnement	
Contexte et enjeux locaux	<p>Cadre réglementaire : - Circulaire n° 2019-122 du 3 septembre 2019 relative à la prévention et à la prise en charge des violences en milieu scolaire. - Circulaire n° SG/POLE SANTE-ARS/DGCS/DGOS/2019/182 du 31 juillet 2019 relative à la mobilisation des Agences Régionales de Santé (ARS) en faveur du plan de lutte contre les violences scolaires.</p> <p>Un climat scolaire serein est une condition essentielle pour assurer les bonnes conditions de travail et d'apprentissage, le respect d'autrui et l'épanouissement des élèves. La grande masse des violences en milieu scolaire est constituée d'actes d'incivilité et de harcèlement souvent mineurs mais répétés. L'action publique fait porter ses efforts prioritairement sur la lutte contre toutes les formes de harcèlements, violences quotidiennes que l'école de la République ne peut accepter. A cette fin, le gouvernement a élaboré un plan de lutte contre les violences scolaires.</p> <p>Parmi les principales dispositions de ce plan national de lutte contre les violences scolaires, un axe concerne la prise en charge des élèves hautement perturbateurs ou poly-exclus avec un accompagnement pluridisciplinaire et des scolarisations plus adaptées.</p> <p>Dans le département du Bas-Rhin, il est important de noter que le nombre de signalements via les applications dédiées a considérablement augmenté au cours des quatre dernières années, il a ainsi été multiplié par quatre. L'ensemble de ces signalements est traité dans un partenariat étroit avec la justice, les forces de l'ordre et la préfecture.</p> <p>Par ailleurs, si le nombre de conseils de discipline et d'exclusions définitives a diminué au cours des dernières années, il n'en reste pas moins qu'une quarantaine de jeunes se retrouve chaque année en situation de poly-exclusion.</p> <p>S'il ressort que les différents professionnels de l'Education nationale ont un rôle à jouer dans la prévention de ces situations scolaires complexes, il n'en reste pas moins que le travail partenarial est primordial dans la réussite d'une prise en charge adaptée au profil de chacun de ces jeunes dont la situation se situe souvent à la marge.</p> <p>Considérant cette question comme prioritaire, Madame l'Inspectrice d'académie, Directrice académique des services de l'Education nationale installe le comité de pilotage assurant la mise en œuvre et le suivi du plan de lutte contre les violences scolaires.</p> <p>Aussi la mise en commun des expertises croisées des différents professionnels de l'Education nationale tant du premier degré que du second degré est primordiale pour croiser les regards et évaluer la situation de l'élève. Le cas échéant, il s'avère nécessaire de requérir les avis des partenaires extérieurs. Dans ce cadre les ARS sont plus particulièrement mobilisées.</p> <p>La question de la violence scolaire trouve sa cause dans différentes origines. Si d'emblée elle pose la question du rapport à la norme, qui plus</p>	

	<p>est chez des adolescents, elle peut s'expliquer par d'autres causes. Les troubles de l'apprentissage, la frustration liée à des difficultés de compréhension ou à des lacunes sont aussi des éléments d'explication de la violence que manifestent certains élèves en classe.</p> <p>Dans certaines situations, une fois que le travail pédagogique et éducatif entrepris par le professeur et l'équipe éducative de l'école et/ou de l'établissement avec les parents (niveau 1) et que l'intervention d'autres professionnels (niveau 2) n'ont pas permis d'améliorer la situation, l'intervention d'un troisième niveau faisant appel à différents professionnels (dont certains exerçant dans le domaine de la santé) est nécessaire. L'équipe mobile mixte pourra intervenir comme dispositif de niveau 3 lorsque le besoin sera attesté sur un ou des territoires.</p> <p>A la suite d'un diagnostic partagé, les réunions et les temps de formation proposés par cette équipe pluridisciplinaire favoriseront l'acquisition de gestes professionnels adaptés (de manière préventive et durant la crise). Il s'agira aussi d'établir une culture commune entre des acteurs issus de champs professionnels différents.</p> <p>Néanmoins, cette question ne doit pas être confondue avec le suivi d'enfants en situation de handicap ou de troubles psychiques. Le repérage et l'accompagnement le plus en amont possible de ces élèves hautement perturbateurs doit prévenir les ruptures de parcours, notamment sur le plan scolaire, et leur éviter autant qu'il se peut d'entrer dans les filières spécialisées psychiatriques et « handicap ».</p>				
<p>Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) base liste des objectifs du PRS)</p>					
<p>Objectif général</p>	<p>Apporter un soutien aux équipes éducatives confrontées à des situations de crise liées au comportement hautement perturbateur d'élèves en développant des prestations d'expertise des situations individuelles, de soutien et d'accompagnement de l'équipe pédagogique et d'appui aux familles</p>				
<p>Objectifs opérationnels</p>	<p>Constituer une équipe pluridisciplinaire mobile associant des personnels éducatifs, sanitaires et médico-sociaux</p>				
<p>Ressources</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="513 1675 746 1742"><i>Mobilisables identifiées</i></td> <td data-bbox="746 1675 1410 1742">DSDEN : en cours de validation</td> </tr> <tr> <td data-bbox="513 1742 746 1904"><i>A prévoir</i></td> <td data-bbox="746 1742 1410 1904"> 0,10 ETP pédopsychiatre (temps hebdomadaire de supervision) 0,5 ETP éducateur spécialisé 1 ETP psychologue 0,5 ETP assistante sociale </td> </tr> </table>	<i>Mobilisables identifiées</i>	DSDEN : en cours de validation	<i>A prévoir</i>	0,10 ETP pédopsychiatre (temps hebdomadaire de supervision) 0,5 ETP éducateur spécialisé 1 ETP psychologue 0,5 ETP assistante sociale
<i>Mobilisables identifiées</i>	DSDEN : en cours de validation				
<i>A prévoir</i>	0,10 ETP pédopsychiatre (temps hebdomadaire de supervision) 0,5 ETP éducateur spécialisé 1 ETP psychologue 0,5 ETP assistante sociale				
<p>Etapes de mise en œuvre – Description</p>	<p>1. Mise en place d'un groupe de travail pluri-institutionnel qui déterminera les missions de l'équipe pluridisciplinaire mobile, sa composition, les modalités de coordination, la gestion des flux et les</p>				

	<p>modalités de saisine.</p> <p>L'équipe mobile mixte a vocation à intervenir directement dans l'école ou l'établissement scolaire après échec des interventions de niveau 1 et 2, à la demande de l'inspecteur de l'Education nationale, du chef d'établissement et bien évidemment après accord du directeur académique, sur des situations de crise liées au comportement très perturbateur d'un élève âgé de 3 à 16 ans, ou auprès des professionnels de l'établissement.</p> <p>L'équipe mobile mixte a pour mission de développer des prestations d'expertise des situations individuelles, de soutien et d'accompagnement de l'équipe pédagogique et éventuellement d'appui aux familles pour une durée limitée.</p> <p>L'équipe mobile mixte fait le lien avec l'accompagnement médico-psychologique dont bénéficient les enfants concernés, le cas échéant, en dehors de l'école.</p> <p>2. Composition de l'équipe et coordination</p> <p>La composition de l'équipe mobile mixte est en cours d'élaboration. La DSDEN du Bas-Rhin aura un rôle de régulation des demandes. Cela permettra de prioriser certaines situations en fonction des urgences et du contexte</p> <p>3. Déploiement de l'équipe mobile</p> <p>Une équipe pluridisciplinaire de professionnels sera chargée de construire un cahier des charges et différentes fiches à destination des acteurs de terrain.</p>
Partenaires de l'action	PJJ, ASE, CAMSP (centres d'action médico-sociale précoce), CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques), CMP-IJ (centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile)

<p>Public visé</p>	<p>Des enfants ou adolescents âgés de 3 à 16 ans dont le comportement aura été repéré comme hautement perturbateur malgré des niveaux 1 et 2 d'intervention. Les enfants ou adolescents en situation de handicap ne sont pas concernés.</p> <p>Définition de l'élève hautement perturbateur : un élève au comportement « hautement perturbateur » se définit comme un élève qui manifeste des comportements scolaires s'écartant de la norme acceptable et qui occasionne des difficultés d'adaptation à ceux qui l'entourent et à lui-même.</p> <p>Ces difficultés comportementales s'inscrivent dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une fréquence avec un caractère répétitif des comportements inappropriés ; - une durée : la période de temps depuis laquelle des comportements sont présents ; - une constance : leur présence dans différents contextes de la vie de l'élève ; - une souffrance aiguë de l'enfant lui-même, responsable de ces actes, avec risque de ruptures du lien social et de la dynamique développementale des apprentissages ; - une désorganisation de la classe et de l'école, délétère pour les enfants les plus vulnérables (harcèlement, retrait scolaire...) ; - une augmentation de la violence physique des élèves entre eux et à l'égard des professionnels qui peuvent aggraver la situation de crise. <p>Les réponses à apporter à ces situations peuvent être de nature diverse : scolaires, médicales, sociales, mais en tout état de cause, elles doivent être partenariales.</p>	
<p>Territoire d'intervention</p>	<p>L'équipe mobile mixte est habilitée à intervenir dans toute école ou établissement du second degré du département du Bas-Rhin.</p>	
<p>Financement</p>	<p><i>Mobilisables identifiés</i></p>	
	<p><i>Complémentaires</i></p>	<p>A établir en contractualisation : 120 000 euros</p>
<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p>Indicateurs de processus : Nombre de saisines Nombre d'actes réalisés</p> <p>Indicateurs de résultat : Nombre de situations traitées</p> <p>Indicateurs d'impact : A élaborer avec l'équipe</p> <p>Méthode d'évaluation envisagée : Tableau de bord Enquête de satisfaction Fiches d'observation avec critères et indicateurs de changement</p>	

Action 5.2 - Déployer une plateforme d'accès efficiente aux demandes de soins pour les situations d'urgence et de crise

Pilote	<i>Structure</i>	ARS, Costra GHT10
Axe stratégique du PTSM	Situations d'urgences et de crise	
Contexte et enjeux locaux	Manque de lisibilité du dispositif de soins psychiatriques ; Complexité de l'accès aux soins non programmés ; Des plateformes existantes mais peu connues et non connectées ; Expérience de plateforme téléphonique pour le territoire mis en place depuis plusieurs années en pédopsychiatrie : pas connue, pas utilisée.	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) base liste des objectifs du PRS)	X Axe 4 : Parcours	
Objectif général (si indiqué)	Permettre aux professionnels et partenaires d'obtenir une réponse spécialisée rapide et adéquate aux situations d'urgences psychiques.	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> □ Recenser les dispositifs de plateformes existantes et les évaluer (ex. masy, crehpsy, 15, urgences psychiatriques ...) ; □ Les améliorer en fonction des besoins des usagers (professionnels, population) ; □ Les interconnecter et les articuler avec le parcours de soins ; Les faire connaître si efficaces. 	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Masy, CrehPsy / Plateforme territoriale d'appui en médecine générale 116-117 / Application Entr'Actes / plateforme téléphonique du 15 / services d'urgences psychiatriques
	<i>A prévoir</i>	Mi-temps « cadre de santé/ ingénieur qualité »
Etapes de mise en œuvre – Description	<ul style="list-style-type: none"> - Etablit un questionnaire à destination des usagers ; - Analyse les réponses ; - Audite les dispositifs (constitution et animation d'un groupe d'auditeurs - medG, professionnel de santé mental, représentant associatif, représentant des aidants, représentant des structures médico-sociales-); - Identifie les points d'amélioration ; - Communique sur les dispositifs existants. 	

Partenaires de l'action	Costra du GHT 10 / 15 / CrehPsy / URPSML / PULP	
Financements	<i>Mobilisables identifiés</i>	
	<i>Complémentaires</i>	70.000 euros pour un mi-temps ingénieur en santé sur 2 ans (soit 35.000 euros annuels X 2 ans)
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	1) <i>recrutement de l'ingénieur-santé</i> 2) <i>organisation des réunions du groupe d'audit</i> 3) <i>test de connaissance des systèmes d'information par les utilisateurs avant/après action</i> 4) <i>méthode utilisateur-traceur</i> 5) <i>tests de satisfaction des usagers.</i>	

Action 5.3 - Dispositif de télépsychiatrie pour les situations d'urgence et de crise

Pilote	<i>Structure</i>	HUS
Axe stratégique du PTSM	Situations d'urgence et de crise en psychiatrie	
Contexte et enjeux locaux	Temps d'intervention spécialisé en psychiatrie sur les lieux des situations de crise et d'urgence trop long avec risque d'aggravation de ces situations Manque de temps de présence de psychiatre sénior sur les SU du GHT Manque de coordination des dispositifs de prise en charge (SOS médecin/15/SU/Equipes de psychiatrie)	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) base liste des objectifs du PRS)	Choisissez un élément. X Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. Choisissez un élément.	
Objectif général (si indiqué)	A11 « développer des dispositifs de télémédecine »	
Objectifs opérationnels	Développer des dispositifs de télépsychiatrie (consultation, expertise, visioconférences entre intervenants avec décisions partagées)	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Aucun
	<i>A prévoir</i>	Achats de dispositifs de télépsychiatrie adaptés aux besoins ; formation des équipes
Etapes de mise en œuvre – Description	Achats de dispositifs de télépsychiatrie adaptés aux besoins (SU, PULP, EPSM, SAMU, SOS médecins). Formation des équipes	
Partenaires de l'action	SU ; pompiers ; SAMU ; psychiatrie libérale	
Public visé	Jeunes enfants (0 à 6 ans) Enfants (7 à 11 ans) x Adolescents (12 à 15 ans) x Jeunes Adultes (16 à 25 ans) x Adultes (26 à 65 ans) x Personnes âgées (>65 ans) x Professionnels* Autre (Précisez) :	* Préciser si professionnels : x Médical Paramédical Médico-social Social De la prévention et de la promotion de la santé De l'éducation/la formation De la culture/Loisirs Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	GHT 10	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Néant
	<i>Complémentaires</i>	Achats de dispositifs de télémédecine (10 à 15) : 15.000 euros + 5000 euros (formation des personnels)

Action 5.4 - Articuler le parcours de soin en santé mentale des usagers des Maisons Urbaines de Santé

Pilote	<i>Structure</i>	Maisons Urbaines de Santé de la l'Eurométropole de Strasbourg
Axe stratégique du PTSM	Articulation soins somatiques- soins psychiatriques	
Contexte et enjeux locaux	Les Maisons Urbaines de Santé accueillent des personnes en difficulté sociale. Les problématiques de santé mentale y sont très présentes. Leur implantation dans les quartiers prioritaires de la ville en font des acteurs incontournables dans le parcours de soin de ses habitants.	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) base liste des objectifs du PRS)	<input checked="" type="checkbox"/> Axe 1 : Prévention Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Choisissez un élément.	
Objectif général	Positionner les Maisons Urbaines de santé comme un acteur de soins primaires en santé mentale.	
Objectifs opérationnels	Développer le partenariat avec la psychiatrie de secteur Permettre le repérage et l'orientation adéquate des personnes en fonction de leur état de santé psychique Prodiguer des soins de 1 ^{er} recours au plus près des lieux de vie et de soin des personnes	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Ressources présentes pour le montage du projet
	<i>A prévoir</i>	Mise à disposition via l'établissement public de santé mentale de 0,5 ETP d'IDE.
Etapas de mise en œuvre – Description		
Partenaires de l'action	EPSM, FEM Alsace, Maisons urbaines de Strasbourg	
Public visé	<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 checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans) <input type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	* Préciser si professionnels : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention		
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Crédits PTSM, Fonds d'innovation en psychiatrie
	<i>Complémentaires</i>	

<p>/Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p><i>Indicateurs de processus : - Désignation d'un référent auprès de chaque secteur de psychiatrie et de chaque Maison Urbaine de santé pour la détermination de la fiche de poste de l'IDE ainsi que de l'élaboration de la convention. Appui réseau et ingénierie du CLSM possible.</i></p> <p><i>Indicateurs de résultat : - Réalisation de la fiche de poste</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rédaction et signature de la convention de partenariat ainsi que des aspects juridiques de la mise à disposition - Recrutement de l'IDE ou mise à dispo d'un personnel déjà existant - Nombre d'actes réalisés - <p><i>Indicateur d'impact :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients ALD 23 au sein de la MSP - Ressenti qualitatif des professionnels de la MUS <p><i>Méthode d'évaluation envisagée :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Via les instances de suivi du PTSM - Via le CLSM - Via le rapport d'activité des porteurs
--	---

Action 5.5 - Légitimer la personne de confiance par une carte d'identification

Pilote	<i>Structure</i>	UDAF (à confirmer)
Axe stratégique du PTSM	Accès aux soins somatiques	
Contexte et enjeux locaux	Rien de particulier sur le plan local. La problématique est certainement la même dans tous les départements.	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 02.0 - Développer une offre de réhabilitation psycho-sociale en adéquation avec le projet de vie des usagers Choisissez un élément.	
Objectif général (si indiqué)	Faciliter le rôle de la personne de confiance dans l'accompagnement du patient pour l'accès aux soins somatiques (et aussi aux soins psychiatriques) en permettant à la personne de confiance de disposer d'une carte légitimant son rôle de personne de confiance lorsqu'elle entre en contact avec les interlocuteurs du monde des soins	
Objectifs opérationnels	Mettre à disposition un support physique de carte facile à remplir et à conserver, facile à identifier par les professionnels. Enregistrement dans le DMP. Cette carte doit donner l'identité de la personne de confiance et l'identité avec une date et une signature de la personne qui a désigné sa personne de confiance. Maquette téléchargeable sur le site de l'UNAFAM. Double carte : un volet au patient, un volet à la personne de confiance. Centre Paul Strauss a mis en place un support de ce type Le choix de la personne de confiance serait actualisé lors de chaque épisode de soin Durée de la carte ? à préciser par le groupe de travail : simplicité indispensable	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Les associations de proches et de patients peuvent constituer un groupement porteur du projet en utilisant les institutions sanitaires et médico-sociales comme relais. UNAFAM (Route Nouvelle Alsace) Budget prévisionnel d'élaboration à préciser (temps de réunion, coordination de projet)
	<i>A prévoir</i>	Budget pour l'édition de ces supports physiques pour ces cartes (format carte bancaire)
Etapes de mise en œuvre – Description	1 ^{ère} étape : identifier les associations du parrain porteur du projet, UDAF (à confirmer) et UNAFAM comme partenaire relai et d'autres associations. 2 ^e étape : - Premier trimestre 2021 : réalisation du projet de maquette de cette carte et édition. - Second semestre 2021 : mise en œuvre et diffusion.	
Partenaires de l'action	UNAFAM et tous les partenaires médicaux et médico-sociaux.	
Public visé	<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 checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans)	* Préciser si professionnels : <input checked="" type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Paramédical <input checked="" type="checkbox"/> Médico-social <input checked="" type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> De la prévention et de la

	<input checked="" type="checkbox"/> Professionnels* <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	promotion de la santé <input type="checkbox"/> De l'éducation/la formation <input type="checkbox"/> De la culture/Loisirs <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Territoire d'intervention	Département du Bas-Rhin	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	FIR 3000€
	<i>Complémentaires</i>	2000€ des cartes
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<i>Indicateurs de processus</i> : Réalisation du prototype. <i>Indicateurs de résultat</i> : nombre de cartes diffusés. <i>Indicateur d'impact</i> : Sondage annuel parmi les adhérents de UNAFAM : nombre de personnes disposant d'une carte <i>Méthode d'évaluation envisagée</i> : Retour de satisfaction des associations.	

Action 5.6 - Expérimentation d'un dispositif flexible d'accompagnement des enfants confiés à l'ASE et présentant des troubles psychiques et/ou des troubles du comportement

Pilote	<i>Structure</i>	Conseil départemental - SPE
Axe stratégique du PTSM	Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux	
Contexte et enjeux locaux	<p>Dans notre département, les enfants confiés à l'ASE en situation de handicap ont fait l'objet d'une étude spécifique par la MDPH et le Service de Protection de l'Enfance intitulée « Les enfants en situation de handicap confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance : mieux connaître pour mieux accompagner ».</p> <p>Un important travail de diagnostic a été réalisé pour mieux comprendre les besoins de ces enfants doublement vulnérables et les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs parcours de vie.</p> <p>L'étude menée a mis en lumière qu'au 31/12/2017 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 527 mineurs confiés à l'ASE (soit 21 %) sont en situation de handicap reconnu par la MDPH ; - 39,8 % de ces enfants ont une déficience psychique ; - 55 % présentent des troubles du comportement ; - 19 sont en rupture de parcours et 62 sont à risque de rupture et parmi eux 95 % présentent des troubles du comportement ; - 139 enfants et adolescents ont une notification ITEP et parmi eux 24 % ne bénéficient d'aucune prise en charge spécifique à leurs besoins de compensation du handicap ; - 106 enfants (soit 21%) ne bénéficient pas d'un accompagnement spécialisé pour une scolarisation en milieu ordinaire (AESH, EGPA ou ULIS) ni d'une prise en charge médico-sociale pour lesquels ils ont une orientation de la CDAPH ; - 26 jeunes ont ou ont eu un suivi PJJ et parmi eux 73 % ont une déficience psychique et 96 % ont des troubles du comportement ; - Ces enfants et adolescents vivent pour la plupart en établissement ASE (41 %) et en famille d'accueil (37 %). <p>Il apparait que ces enfants doublement vulnérables sont souvent morcelés dans leurs accompagnements et sont davantage exposés au risque de rupture de parcours (éducatif, soins, lieux de vie...).</p> <p>Ils présentent généralement un besoin d'une prise en charge renforcée et conjointe (psychiatrique et éducative) qui reste insuffisante dans les dispositifs actuels.</p> <p>En raison des difficultés multiples auxquelles ils sont confrontés, ces jeunes doivent pouvoir bénéficier d'une réponse globale couvrant l'intégralité de leurs besoins. C'est pourquoi, il apparait nécessaire de compléter l'offre actuelle.</p> <p>Partant de ces constats, les professionnels des établissements ASE, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, les services de psychiatrie et les professionnels des IME et des ITEP se sont réunis pour travailler ensemble sur les actions à mettre en œuvre.</p> <p>Parmi les pistes évoquées, il est apparu nécessaire de renforcer le parcours de santé des enfants confiés en situation de handicap dans une démarche inclusive : il ne s'agit pas de proposer la création d'un nouvel établissement à la fois éducatif et thérapeutique (dont les places seraient par ailleurs très rapidement emboisées), mais de mettre en</p>	

	<p>place un lieu d'évaluation et de soin des troubles présentés par le jeune, qui viendrait de manière temporaire en soutien des professionnels du lieu de vie, dans lequel la prise en charge du jeune est maintenue. Ce projet vise à éviter des interventions en situation de crise par le SAMU et des hospitalisations d'urgence qui sont, la plupart du temps, non contributives, pour améliorer l'état de santé du jeune. Cette piste d'action ayant également été évoquée dans le cadre des travaux d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale, il a été jugé pertinent de faire converger les réflexions et d'établir cette fiche action.</p> <p>Ce projet a fait l'objet d'un échange lors de la dernière rencontre de M. LANNELONGUE, Directeur Général de l'ARS Grand Est avec le Président du Conseil Départemental du Bas-Rhin Frédéric BIERRY le 18 novembre 2019, et a reçu une position d'intérêt.</p>	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) base liste des objectifs du PRS)	<p>Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Choisissez un élément. Choisissez un élément.</p>	
Objectif général (si indiqué)	Contribuer à améliorer la santé mentale des jeunes relevant de l'ASE	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Développer le parcours de santé des jeunes relevant de l'ASE dans une démarche inclusive, et de soutien des professionnels des lieux de vie des jeunes - Diminuer les sollicitations du SAMU pour des situations d'urgence ou de crise, éviter les hospitalisations inappropriées et non contributives - Offrir un espace d'évaluation psychologique et pédopsychiatrique des troubles du jeune, un espace de soin et de répit, dans un petit collectif et dans un cadre adapté, sur une durée définie (maximum 3 semaines) - Observer et réajuster le parcours de soin - Eviter les ruptures dans le parcours du jeune et établir une vraie continuité - Prévenir les risques d'aggravation de l'état de santé, des troubles du comportement, de la déficience - Soutenir la prise en charge dans les établissements accueillant des enfants confiés à l'ASE et dans les familles d'accueil (appui technique en amont, pendant et en aval), transfert de compétences aux équipes 	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Mutualisation avec un établissement ASE
	<i>A prévoir</i>	Appel à projets ARS/CD
Etapes de mise en œuvre – Description	<p>Il s'agit de créer un lieu d'évaluation et de soin, pour une prise en charge temporaire (1 à 3 semaines – soit environ 100 jeunes¹ / par an qui pourraient bénéficier du dispositif), offrant un accompagnement socio-éducatif renforcé et une prise en charge pédopsychiatrique à des enfants et adolescents présentant un mal-être profond et/ou des troubles du comportement, qui mettent en échec l'accompagnement éducatif et médico-social. C'est un sas d'évaluation et de répit qui s'inscrit dans la logique de parcours, pour éviter la rupture.</p>	

¹ Le Département du Bas-Rhin prend en charge au total 2840 enfants, confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

Il ne s'agit pas de créer de nouvelles places mais de développer un soutien au lieu de vie ; elle s'inscrit dans la prévention et non pas dans l'urgence ni dans le cadre d'un placement direct par le juge des enfants. Elle ne se substitue pas non plus à l'hospitalisation en pédopsychiatrie.

Dans la mesure où il s'agit d'un lieu de prise en charge temporaire, s'inscrivant dans le parcours du jeune et permettant d'éviter la rupture, l'établissement ou l'assistant-e familial-e qui accueille le jeune doit travailler en amont avec cette structure pour préparer le séjour, pendant la prise en charge elle-même, et le retour dans son lieu de vie.

Ce travail étroit de coordination nécessite et implique l'ensemble des partenaires intervenant auprès du jeune, sans oublier la famille. Il doit être poursuivi tout au long du séjour (présence et interventions ponctuelles du personnel d'établissement d'origine dans la structure) et en aval, pour assurer la continuité du parcours. Un travail avec l'Education Nationale devra être engagé, pour conserver le lien et éviter la rupture scolaire.

Dans le cadre de ses missions, le dispositif pourra travailler avec les autres parties prenantes à l'élaboration d'un outil commun d'observation permettant d'aboutir à un projet cohérent pour le jeune.

La finalité de ce dispositif étant qu'une fois l'état du jeune stabilisé il réintègre son lieu de vie, l'établissement d'origine s'engage à garder sa place tout au long du séjour.

Pour un accompagnement individualisé, au plus près des besoins du jeune et qui permette une mise à distance de la vie en grande collectivité, cette structure pourra accueillir simultanément **6 à 8 jeunes de 8 à 18 ans, sur une période limitée (1 à 3 semaines)** évaluée au cas par cas. Le dispositif pourra donc concerner un maximum de 100 jeunes au cours de l'année. Ces jeunes n'auront pas besoin d'une orientation de la MDPH pour accéder au dispositif, ni même d'avoir un droit actif MDPH.

Ce dispositif fonctionnera 365 jours par an.

- Les critères d'admission sont les suivants : le dispositif est destiné aux jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, âgés de 8 à 18 ans, présentant des troubles du comportement et/ou un mal-être important au plan psychique. Ces jeunes sont orientés vers le dispositif lorsque leur accompagnement éducatif (en établissement ou chez un assistant familial) et/ou leur accompagnement médico-social sont mis en échec, au regard des troubles développés, sans stabilisation possible du jeune.

L'objectif du dispositif est d'intervenir en prévention, donc de repérer en amont les difficultés de prise en charge du jeune. Des prises en charge en urgence pourront néanmoins être réalisées dans le cadre de ce dispositif, lorsque la situation du jeune le nécessite, bien que l'objectif soit de les préparer au maximum et d'éviter l'admission dans un contexte de crise. Mais cette possibilité d'accueil d'urgence sera bien ouverte.

Pour garantir la fluidité de ce dispositif innovant et en assurer le suivi, le Service de Protection de l'Enfance du Conseil Départemental centralisera les demandes d'admissions et orientera, en lien avec la commission d'admission de la structure, les situations.

A ce stade, pour offrir à ces jeunes un accompagnement socio-éducatif renforcé et une prise en charge pédopsychiatrique, il est envisagé de constituer une équipe composée de :

Professionnel-le-s	ETP	Coût
Equipe éducative spécialisée (de manière à avoir toujours 2 professionnel-le-s en journée + 1 pour la nuit en veille couchée en plus du veilleur de nuit)	8	360 000
Veilleur-se de nuit	2,5	75 000
Maitre-esse de maison (en semaine uniquement)	1	30 000
IDE coordinatrice	1	40 000
Psychologue	1	50 000
Pédopsychiatre	0,5	50 000
Chef-fe de service	0,3	20 000
Secrétaire	0,2	6 000
TOTAL	14,5	631 000

La composition de cette équipe n'est pas figée, elle pourra être ajustée en fonction des profils recrutés.

A ces frais de personnels, des frais de fonctionnement se rajouteront, portant le budget global de cette structure à 841 000 €. Le prix de journée s'établirait ainsi à environ 288 € (sur la base de 8 jeunes, tous les jours). Ce prix de journée est élevé en raison de l'intervention renforcée de professionnels éducatifs et de santé, **mais représente un coût bien inférieur au prix de journée d'une hospitalisation.**

L'établissement d'origine reversera un tiers de son prix de journée à la structure porteuse, sur la totalité du séjour. Elle conservera les deux tiers restants. Sur la base d'un prix de journée moyen de 180 euros en établissement ASE, ce seront donc 60 € qui seront reversés chaque jour au dispositif, par enfant. Sur l'année, cela représente une recette globale estimée à 175 000 €.

Pour assurer le fonctionnement de ce dispositif, une équipe pluridisciplinaire stable devra être constituée, à l'aide de co-financements : 333 000€ par le CD67 et 333 000€ sollicités auprès de l'ARS. En complément, il apparaît nécessaire que l'établissement d'origine permette une présence ponctuelle de professionnel-le-s éducatifs et soignants.

Cette structure sera adossée à un établissement ASE du département de manière à mutualiser un certain nombre de frais de fonctionnement et de professionnels.

Pour mettre en place ce dispositif, il est proposé de diffuser un appel à projets CD/ARS (sur la base de cette fiche action, avec des ajustements et compléments notamment concernant la composition de l'équipe ou encore les indicateurs).

Partenaires de l'action

CD (SPE, SDAF et mission Autonomie), ARS, PJJ, Education Nationale,

	Centres hospitaliers, établissements ASE, les ESMS, Maison des Ados																																
Public visé	<input checked="" 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)																																
Territoire d'intervention	Département du Bas-Rhin																																
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Etablissements ASE : 175 000 € CD67 : 333 000 €																															
	<i>Complémentaires</i>	A établir en contractualisation : 333 000 € : financements sollicités dans le cadre du PTSM																															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Professionnel·le·s</th> <th>ETP</th> <th>Coût</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Equipe éducative spécialisée (de manière à avoir toujours 2 professionnel·le·s en journée + 1 pour la nuit en veille couchée en plus du veilleur de nuit)</td> <td>8</td> <td>360 000</td> </tr> <tr> <td>Veilleur·se de nuit</td> <td>2,5</td> <td>75 000</td> </tr> <tr> <td>Maitre·esse de maison (en semaine uniquement)</td> <td>1</td> <td>30 000</td> </tr> <tr> <td>IDE coordinatrice</td> <td>1</td> <td>40 000</td> </tr> <tr> <td>Psychologue</td> <td>1</td> <td>50 000</td> </tr> <tr> <td>Pédopsychiatre</td> <td>0,5</td> <td>50 000</td> </tr> <tr> <td>Chef·fe de service</td> <td>0,3</td> <td>20 000</td> </tr> <tr> <td>Secrétaire</td> <td>0,2</td> <td>6 000</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>14,5</td> <td>631 000</td> </tr> </tbody> </table>		Professionnel·le·s	ETP	Coût	Equipe éducative spécialisée (de manière à avoir toujours 2 professionnel·le·s en journée + 1 pour la nuit en veille couchée en plus du veilleur de nuit)	8	360 000	Veilleur·se de nuit	2,5	75 000	Maitre·esse de maison (en semaine uniquement)	1	30 000	IDE coordinatrice	1	40 000	Psychologue	1	50 000	Pédopsychiatre	0,5	50 000	Chef·fe de service	0,3	20 000	Secrétaire	0,2	6 000	TOTAL	14,5	631 000
		Professionnel·le·s	ETP	Coût																													
		Equipe éducative spécialisée (de manière à avoir toujours 2 professionnel·le·s en journée + 1 pour la nuit en veille couchée en plus du veilleur de nuit)	8	360 000																													
		Veilleur·se de nuit	2,5	75 000																													
		Maitre·esse de maison (en semaine uniquement)	1	30 000																													
		IDE coordinatrice	1	40 000																													
		Psychologue	1	50 000																													
		Pédopsychiatre	0,5	50 000																													
Chef·fe de service		0,3	20 000																														
Secrétaire	0,2	6 000																															
TOTAL	14,5	631 000																															
A ces frais de personnels, des frais de fonctionnement se rajouteront, portant le budget global de cette structure à 841 000 €.																																	

<p>Principaux indicateurs d'évaluation retenus</p>	<p>Dans le cadre de l'appel à projets, ces indicateurs seront retravaillés et complétés, les établissements qui répondront à l'appel à projets pourront également en proposer d'autres accompagnés d'une méthodologie d'évaluation précise.</p> <p><i>Indicateurs de processus (liste non exhaustive) :</i> Publication de l'appel à projets CD/ARS</p> <p><i>Indicateurs d'activité (liste non exhaustive) :</i></p> <p>Nombre d'enfants et de jeunes accompagnés par le dispositif Situations des enfants accompagnés (sexe, âge, raisons de l'entrée dans le dispositif...) Durée moyenne des séjours Répartition des jeunes par établissement d'origine</p> <p><i>Indicateurs de résultat (liste non exhaustive) :</i> Amélioration de la situation du jeune dans son lieu de vie habituel Qualité du travail réalisé avec les professionnels qui accueillent le jeune Nombre d'hospitalisation en psychiatrie ou pédopsychiatrie ayant eu lieu après le séjour Absence de rupture de parcours (éducatif, scolaire, soin, hébergement...)</p> <p><i>Méthode d'évaluation envisagée :</i> <i>Bilan annuel réalisé par le dispositif (présentant les indicateurs d'activité et les éléments financiers)</i> <i>Descriptif des parcours des jeunes pris en jeune (suivi de cohorte), à un an, à deux ans</i> <i>Questionnaire en direction des jeunes</i> <i>Questionnaire en direction des établissements ASE d'origine</i> <i>Questionnaire en direction des professionnelles du SPE</i> <i>Questionnaire en direction de l'équipe du dispositif</i></p>
---	---

Action 5.7 - Création d'unités spécifiques en EHPAD dédiées à l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique vieillissantes

Pilote	<i>Structure</i>	Association ABRAPA EHPAD Abrapa Illkirch EHPAD Abrapa Koenigshoffen
Axe stratégique du PTSM	Axe 6 - Hébergement logement Axe 7 - Vieillessement des personnes âgées présentant des troubles psychiques	
Contexte et enjeux locaux	<ul style="list-style-type: none"> - Espérance de vie qui n'a de cesse de s'accroître, tendance qui s'applique également aux personnes qui présentent des troubles psychiques ; - Le handicap psychique, couplé aux effets du vieillissement, peut rendre le maintien de la vie à domicile compliqué, voire impossible ; - Sur le territoire du Bas-Rhin, peu de structures accueillent les personnes vieillissantes en situation de handicap psychique ; - A l'échelle des 2 EHPAD de l'ABRAPA concernés (Illkirch et Koenigshoffen), près de 20% des demandes d'admission sur Via Trajectoires en 2018 concernent ce public spécifiquement. 	
Lien avec le Projet Régional de Santé (axe et objectif) (lettre et chiffre) <u>base liste des objectifs du PRS</u>	Choisissez un élément. <input checked="" type="checkbox"/> Axe 4 : Parcours Objectif 04.0 - Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique <input checked="" type="checkbox"/> Axe 5 : Autonomie et social Objectif 01.0 - Contribuer à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées <input checked="" type="checkbox"/> Axe 7 : Innovation Objectif 01.0 - Renforcer l'offre régionale de télémédecine tout en la rendant lisible, accessible et intégrée dans les pratiques médicales	
Objectif général (si indiqué)	Permettre un parcours coordonné des personnes en situation de handicap psychique entre les secteurs sanitaire et médico-social	
Objectifs opérationnels	Créer deux unités spécifiques en EHPAD dédiées à l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique vieillissantes (60 ans et + ou selon dérogation de la MDPH)	
Ressources	<i>Mobilisables identifiées</i>	Equipes pluriprofessionnelles des EHPAD et des centres hospitaliers Convention de partenariat avec les centres hospitaliers (service de psychiatrie) à réactiver et augmenter : temps de présence régulier d'un IDE du service de gérontopsychiatrie EHPAD équipés en Télémédecine
	<i>A prévoir</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Création de postes : 0,5 ETP de psychologue avec, idéalement, expérience professionnelle en psychiatrie 2 ETP d'AES affectés au service de nuit - Formation continue : formation des équipes pluridisciplinaires des établissements aux spécificités des accompagnements de personnes âgées en situation de handicap psychique - Mise en place de groupes d'analyse de la pratique des professionnels des EHPAD concernés - Réalisation d'ateliers spécifiques par des intervenants extérieurs (art' thérapie, pratiques douces, musicothérapie...) permettant de personnaliser l'accompagnement du public, répondre

		à leurs besoins et attentes et prévenir le risque de l'isolement. Les ateliers sont adaptés au rythme de vie du résident et peuvent être réalisés tant au sein de l'établissement, qu'à l'extérieur.
Etapes de mise en œuvre – Description	<p>Les deux unités visent à accueillir chacune 14 résidents en situation de handicap psychique (transformation de places « classiques » d'EHPAD). Description du projet : voir annexe technique succincte Calendrier de réalisation du projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1er semestre 2020 : <ul style="list-style-type: none"> o Formalisation du projet dans les projets d'établissement o Formation de l'ensemble du personnel (reconduction annuelle) - 2nd semestre 2020 : <ul style="list-style-type: none"> o Recrutement d'un psychologue avec, idéalement expérience en service de psychiatrie (0,5 ETP) et des AES de nuit (2 ETP) o Ouverture des unités et accueil des personnes en situation de handicap psychique o Mise en place des groupes d'analyse de la pratique o Réalisation des ateliers spécifiques par des intervenants extérieurs <p>- Années suivantes (au-delà de la durée du PTSM) : pérennisation du dispositif proposé</p> <p>Les demandes d'admission se font par l'outil Via Trajectoire. Les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques admises dans nos EHPAD proviennent essentiellement des services de géronto-psychiatrie des CHS du secteur (EPSAN ou CHS Erstein). Un certain nombre de personnes viennent du domicile dans un contexte d'hospitalisations fréquentes avec une mise en échec des essais du maintien à domicile. L'admission de personnes peut également faire suite à des pathologies somatiques (hors troubles cognitifs).</p> <p>Les personnes bénéficiant d'une orientation MDPH sont celles dont les pathologies psychiatriques sont survenues avant l'âge de 60 ans. Quelque soit l'origine des troubles psychiatriques, la stabilité de l'expression de ces troubles est un critère requis pour l'admission en EHPAD.</p> <p>Les troubles repérés sont ceux : - des psychoses vieillissantes ; - des pathologies psychiatriques d'expression tardive (autour de 60-65 ans). Une pathologie psychiatrique tardive peut être précurseur d'une pathologie neurodégénérative qui se développera quelques années après le début des signes cliniques psychiatriques ; Note complémentaire/projet HPV en EHPAD – 14/09/2020 2 - des pathologies psychiatriques associées à une pathologie neurodégénérative pouvant être rattachées aux troubles psycho-comportementaux des démences ; - des troubles bipolaires ; - des états dépressifs chroniques s'aggravant avec l'avancée en âge ; - des états dépressifs sévères.</p>	
Partenaires de l'action	Centres hospitaliers spécialisés (services de gérontopsychiatrie) Associations portées par les familles (UNAFAM...) Psychiatres libéraux Centre de Ressources Handicap Psychique (CREHPSY) Conseil Local de Santé Mental du Bas-Rhin (CLSM)	
Public visé	<input checked="" type="checkbox"/> Adultes (26 à 65 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (>65 ans)	

Territoire d'intervention	Deux territoires sont concernés : - Celui relevant du Centre hospitalier d'Erstein (EHPAD Abrapa Illkirch) - Celui relevant de l'EPSAN (EHPAD Abrapa Koenigshoffen)	
Financement	<i>Mobilisables identifiés</i>	Néant
	<i>Complémentaires</i>	Financement annuel PTSM (par établissement et pour une année pleine) : - 0,5 ETP Psychologue : 27 000 € - 2 ETP AES : 80 500 € - 8 jours de formation par an : 9 600 € - Ateliers spécifiques (2 par semaine) : 16 200 € TOTAL par établissement : 133 300 € TOTAL pour les 2 établissements : 266 600 € N.B. : Les coûts seront proratisés la première année soit : TOTAL par établissement 1ère année : 72 350 € TOTAL pour les deux établissements : 144 700 €
Principaux indicateurs d'évaluation retenus	<p>Indicateurs de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes en situation de handicap psychique vieillissantes associées au projet - Nombre de réunions de coordination réalisées - Nombre de partenariats conventionnés avec le secteur sanitaire de la gérontopsychiatrie - Nombre d'analyses des pratiques professionnelles conduites. <p>Indicateurs de résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de demandes d'admission de personnes présentant des troubles psychiques réceptionnées par l'EHPAD - Nombre de professionnels des EHPAD formés à l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique - Nombre de personnes présentant des troubles psychiques au sein de l'EHPAD - Nombre d'ateliers spécifiques dédiés aux personnes en situation de handicap psychique vieillissantes réalisés - Taux de participation aux activités spécifiques proposées <p>Indicateur d'impact :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de ré-hospitalisation en service de psychiatrie - Niveau de satisfaction des personnes présentant des troubles psychiques accueillies - Evolution des troubles du comportement <p>Méthode d'évaluation envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enquête de satisfaction - Dossier informatisé des résidents 	