

ELABORATION DES PROJETS TERRITORIAUX DE SANTÉ MENTALE (PTSM)

Diagnostic territorial partagé en santé mentale de Loir-et-Cher Propositions et pistes d'améliorations

« L'élaboration du diagnostic territorial partagé constitue **une démarche participative et qualitative** qui permet aux acteurs d'élaborer une vision partagée de ce qui fonctionne sur le territoire en réponse aux besoins et aspirations des personnes, de ce qui fait défaut ou fonctionne moins bien, et d'identifier les leviers d'amélioration et de changement à mobiliser au sein du projet territorial de santé mentale [...].

Dès la finalisation du document, les pilotes du projet transmettent le diagnostic territorial partagé au Directeur général de l'Agence régionale de santé. »

(Instruction N° DGOS/ R4/ DGCS/ 3B/ DGS/ P4/ 2018/ 137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale)



1. METHODOLOGIE

2. TEXTES DE REFERENCE et REGLEMENTAIRES

3. CARACTÉRISTIQUES DU TERRITOIRE

- 3.1. Données géographiques
- 3.2. Zones de revitalisation rurale (ZRR)
- 3.3. Quartiers prioritaires de la politique de la ville et nombre d'habitants y résidant
- 3.4. Autres données particulières
- 3.5. Infrastructures transports

4. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION

- 4.1. Caractéristiques et écarts par rapport aux moyennes régionales et nationales
 - 4.1.1. Population en 2017
 - 4.1.2. Nombre d'habitants, densité d'habitants au Km², projection et taux d'évolution
 - 4.1.3. Âge, tranches d'âges, indice de vieillissement, projection et taux d'évolution
 - 4.1.4. Familles monoparentales
 - 4.1.5. Taux de chômage
 - 4.1.6. Taux de pauvreté, taux de bénéficiaires de la CMUc et d'AME
 - 4.1.7. Nombre de demandeurs d'asile
 - 4.1.8. Nombre de placements à l'ASE
 - 4.1.9. Typologie départementale des inégalités territoriales de santé
- 4.2. Indicateurs de santé de la population
 - 4.2.1. Espérance de vie à la naissance – Femmes – Hommes
 - 4.2.2. Taux de mortalité prématurée
 - 4.2.2.1. Mortalité par cancer
 - 4.2.2.2. Mortalité par pathologies liées au tabac
 - 4.2.2.3. Mortalité par pathologies liées à l'alcool
 - 4.2.2.4. Suicides
- 4.3. Les populations touchées par une addiction
 - 4.3.1. Prévalence des addictions et décès liés à des pathologies liées à l'alcool
 - 4.3.2. Activité des CSAPA 2017
 - 4.3.3. Activité des CAARUD – VRS 2017
- 4.4. Les populations touchées par une pathologie psychiatrique
 - 4.4.1. Nombre de personnes en ALD dont ALD 23 « troubles psychiatriques de longue durée »
 - 4.4.2. Enfants et adolescents
 - 4.4.3. Adultes
 - 4.4.4. Personnes âgées
- 4.5. Les populations en situation de handicap
 - 4.5.1. Troubles des élèves en situation de handicap dans le 1^{er} et 2^o degré d'origine psychiatrique
 - 4.5.2. Allocataires AAH et taux

5. CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE DE SOINS

- 5.1. Démographie des professionnels de santé
 - 5.1.1. Nombre de médecins généralistes, densité, âge
 - 5.1.2. Effectif de psychiatres
 - 5.1.3. Nombre de psychologues libéraux
 - 5.1.4. Nombre d'infirmiers diplômés d'État (public, privé et libéraux)
- 5.2. Organisation existante des professionnels de premiers recours
 - 5.2.1. Carte des MSP et liste des ESP et CPTS du territoire
 - 5.2.2. Organisation de la Permanence des soins ambulatoires sur le département
- 5.3. Offres sanitaire et médico-sociale
 - 5.3.1. Offre sanitaire
 - 5.3.1.1. Nombre d'établissements et cliniques MCO-SSR tout statut et capacité en Loir-et-Cher
 - 5.3.1.2. Activité psychiatrique hospitalière pour adultes
 - 5.3.1.3. Focus sur les soins sans consentement
 - 5.3.1.4. Activité psychiatrique hospitalière Infanto-juvénile
 - 5.3.1.5. Activité hospitalière ambulatoire : CMP et CATTP
 - 5.3.1.6. Equipe de psychiatrie de liaison

- 5.3.1.7. Equipe de liaison pédopsychiatrie
- 5.3.1.8. Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
- 5.3.1.9. Equipe mobile psychiatrie précarité (EMPP)
- 5.3.2. Offre médico-sociale Handicap « Orientée Santé Mentale »
- 5.3.3. Offre pour les enfants, adolescents et jeunes
 - 5.3.3.1. Liste et nombre de places et taux d'équipement en CMPP, CAMSP, CME, IME, SESSAD, ITEP)
 - 5.3.3.2. Maison des adolescents (MDA)
 - 5.3.3.3. Dispositif d'annonce et de diagnostic autisme (DADA) 41
 - 5.3.3.4. Offre en structures relevant de la protection de l'enfance (MECS, foyers de l'enfance, accueil familial, accueil mère-enfant...)
 - 5.3.3.5. Offre en structures sous compétence de la protection judiciaire de la jeunesse, services de la PJJ intervenant dans le 41
 - 5.3.3.6. BAPU (Bureau d'aide psychologique universitaire)
 - 5.3.3.7. Autres structures ou dispositifs locaux d'intervention précoce en santé mentale
- 5.3.4. Offres pour les personnes âgées
 - 5.3.4.1. Nombre EHPAD, nombre places, taux équipement
 - 5.3.4.2. Offres spécialisées : nombre de structures et capacités (pathologies neurodégénérative, unités Alzheimer, UCC, UHR, USLD, Équipes mobiles gériatriques)
- 5.3.5. Offres de soins pour les personnes en milieu pénitencier
- 5.3.6. Offres de soins pour les patients présentant une addiction
 - 5.3.6.1. Soins ambulatoires
 - 5.3.6.2. Prises en charge institutionnelles
 - 5.3.6.3. Réseau de proximité territorial addictologique
 - 5.3.6.4. Mouvements néphalistes
- 5.3.7. Offre d'hébergements pour les migrants
- 5.3.8. Autres dispositifs de soutien au maintien dans le logement ou d'accès au logement ou à l'hébergement
- 5.4. Autres dispositifs soutenant l'offre de soins
 - 5.4.1. UNAFAM
 - 5.4.2. Osons nous soigner (ONS)
 - 5.4.3. France Alzheimer 41
 - 5.4.4. FRAPS
 - 5.4.5. Groupes d'entraide mutuelle (GEM)
 - 5.4.6. Autres associations

6. SYNTHES SELON LES PRIORITES

- 6.1. Eléments principaux du diagnostic
- 6.2. Parcours « Enfants /Adolescents »
- 6.3. Parcours « Adultes Vieillissants »
- 6.4. Focus sur certaines populations ou situations spécifiques
 - 6.4.1. Femmes victimes de violence
 - 6.4.2. Migrants primo-arrivants
 - 6.4.3. Accès maintien au logement
 - 6.4.4. Patients ayant une addiction
- 6.5. Focus sur la sensibilisation / formation des acteurs du soin
- 6.6. Focus sur la prise en charge précoce de la souffrance psychique
- 6.7. Focus sur les points de rupture ou les passerelles

FICHES ACTIONS PRIORISEES SELON LES AXES STRATEGIQUES

Prévenir et Eduquer

- 1.1. Assurer la promotion de la santé mentale sur le territoire
- 1.2. Soutenir les aidants
- 1.3. Développer l'autonomie des personnes souffrant de troubles psychiques
- 1.4. Soutenir la citoyenneté et promouvoir les droits des personnes souffrant de troubles psychiques

Coopérer, Coordonner

- 2.1. Identifier, améliorer la lisibilité des dispositifs de soins et d'accompagnement
- 2.2. Favoriser les formations interprofessionnelles et les échanges de pratiques
- 2.3. Mettre en place des modes et outils communs de communication pour faciliter la prise en charge du patient
- 2.4. Assurer la coordination de proximité
- 2.5. Se coordonner dans les situations complexes

Garantir l'accès aux soins

- 3.1. Adapter l'offre de proximité
- 3.2. Renforcer les équipes psychiatriques de liaison dans les structures de santé
- 3.3. Développer une offre de soins somatiques adaptée aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques
- 3.4. Structurer l'accès aux soins post-traumatiques

Prévenir et gérer les crises

- 4.1. Définir et rendre lisible l'organisation territoriale des soins urgents et de crise
- 4.2. Prévoir des soins non programmés dans les CMP pour répondre aux demandes urgentes
- 4.3. Soutenir la CUMP
- 4.4. Se coordonner dans les situations de crise

Organiser les parcours spécifiques

- 5.1. Organiser le parcours spécifique petite enfance/enfance
- 5.2. Organiser le parcours spécifique adolescence
- 5.3. Organiser le parcours spécifique personnes âgées
- 5.4. Améliorer l'accompagnement des personnes confrontées à une problématique addictive en lien avec le secteur psychiatrique
- 5.5. Organiser le parcours spécifique des personnes en situation de handicap
- 5.6. Organiser le parcours des personnes en situation de précarité

CONCLUSION

DONNEES UTILISEES

LISTES DES ANNEXES / ANNEXES

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé mentale comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles. Au-delà de cette définition, le pacte européen adopté sur ce thème en 2008 insiste sur le fait qu'elle est indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie et qu'elle favorise l'apprentissage, le travail et l'implication dans la société.

La santé mentale est donc un enjeu important en termes de santé publique. Les pathologies psychiatriques et le handicap psychique sont des problématiques particulièrement importantes pour notre système de santé. L'accompagnement et la prise en charge des personnes concernées par ces situations constituent un sujet particulièrement complexe qui s'inscrit dans la durée et nécessite la coordination de nombreux intervenants de secteurs différents (sanitaire, médico-social, social, éducation...) autour du projet de vie des personnes. Il s'agit aussi de trouver des solutions concrètes et durables à des questions aussi diverses et complexes que celle du logement ou de l'insertion sociale et professionnelle

L'organisation des parcours en santé mentale et en psychiatrie est donc un défi collectif impliquant l'ensemble des acteurs de la prise en charge.

Le projet territorial de santé mentale, élaboré en pluriprofessionnalité et pluridisciplinarité avec les différents acteurs du soin, doit permettre l'amélioration continue de l'accès des différents publics à des parcours de soins et de vie sécurisés, sans rupture et de réduire les inégalités dans la prise en soins.

Ce travail territorial présente une photographie du Loir-et-Cher avec des prismes différents (socio-démographiques, offres de soins...) permettant de définir les différentes prises en charges possibles, leurs points forts, leurs points à améliorer et d'être force de proposition pour des actions d'amélioration au service des usagers, des patients, des résidents, des acteurs du soin.

1. METHODOLOGIE

Lors de l'élaboration du programme régional de santé, le conseil territorial de santé, installé depuis le 1^{er} décembre 2016 dans le Loir-et-Cher, avait réalisé un diagnostic territorial intégrant les parcours en santé mentale. Afin de continuer la réflexion territoriale dans ce champ, le conseil territorial de santé de Loir-et-Cher, sous la présidence de Mr Servaire Lorenzet, directeur du Centre Hospitalier Simone Veil de Blois, a validé la mise en place d'une commission de santé mentale en son sein.

Cette commission spécialisée « Santé Mentale » est composée de membres issus des différents collèges du conseil territorial et des membres invités du territoire de santé de Loir-et-Cher (annexes 1 et 2). La délégation départementale de l'ARS apporte son soutien méthodologique et logistique au groupe, en les personnes de Mme Turpin et ses collaborateurs. Sous l'égide de son président, les membres se réunissent régulièrement pour traiter des différents sujets en lien avec la santé mentale, avec des retours réguliers aux membres du conseil territorial lors des bureaux et assemblées générales.

Dans sa séance plénière du 22 juin 2018, le conseil territorial de santé de Loir-et-Cher a donné mission à sa commission spécialisée de santé mentale de prendre l'initiative de l'élaboration du projet territorial de santé mentale prévu à l'article L3221-2 du Code de la santé publique.

Cette commission s'est constituée en comité de pilotage en associant un certain nombre d'acteurs de la psychiatrie, du champ social et médico-social et des représentants des personnes concernées et des familles, en définissant le département comme territoire concerné par le projet.

La démarche proposée tant sur le territoire que sur par l'association des partenaires a été validée par la directrice de l'ARS Centre-Val de Loire en janvier 2019.

Les contours et les modalités d'élaboration du projet territorial de santé mentale étant précisés dans le décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 et l'instruction ministérielle du 5 juin 2017, la commission a élaboré dans un premier temps un diagnostic territorial partagé, puis a proposé des pistes d'amélioration pour répondre aux problématiques ou tensions identifiées au sein du territoire.

Pour réaliser le diagnostic territorial, plusieurs approches ont été menées. Les données quantitatives et qualitatives, en lien avec la santé mentale, ont été colligées et analysées au travers des sources existantes, permettant une photographie du Loir-et-Cher. Pour certains parcours ou thématiques, des binômes de professionnels au sein de la commission ont été désignés pour compléter le diagnostic.

Les parcours ou thématiques travaillés plus spécifiquement sont : « Parcours spécifique Enfants/Adolescents », « Parcours spécifique Adultes vieillissants », « Sensibilisation/Formation des acteurs du soin », « Situations d'impasse dans les parcours de soins et de vie : Rupture ou passerelle possible ? », « Prise en charge précoce de la souffrance psychique ».

Afin de recueillir les expériences d'un maximum de professionnels et acteurs du soin pour enrichir le diagnostic territorial, la commission a organisé un séminaire « Diagnostic territorial partagé », le 16 novembre 2018 à l'Hôtel du Département de Blois.

Ce séminaire a été ouvert à tous les professionnels du soin, aux différentes institutions intervenant dans le champ de la santé mentale, lors de la prévention, des soins curatifs, éducatifs ou sociaux, dans les institutions sanitaires, médico-sociales ou sociales. 110 invitations ont été lancées par courriel. 80 professionnels ont participé à la journée.

Celle-ci se déroulait en plusieurs temps (annexe 3) : présentation des attendus concernant le programme territorial de santé mentale, les éléments repères concernant le Loir-et-Cher, puis un travail en ateliers sur un partage d'expériences en lien avec les parcours et thématiques retenus, animé en binôme. L'après-midi était consacré à la restitution des ateliers avec un libre échange en plénière.

Dans les suites du séminaire, chaque binôme d'animation a repris contact avec les participants de son atelier pour valider le diagnostic et le compléter si nécessaire.

Le diagnostic territorial a été complété par les différents travaux des groupes de travail existants dans le Loir-et-Cher sur des thématiques spécifiques comme la prise en charge des patients présentant une addiction, les migrants, le logement, etc.

A partir de ces éléments diagnostiques, les binômes ont proposé des pistes d'action à la commission spécialisée.

Les pistes d'action ont été élaborées selon un modèle (annexe 4) permettant d'avoir une vue d'ensemble assez complète de l'action proposée ainsi que son inscription dans le projet régional de santé Centre-Val de Loire 2018-2022.

Afin de compléter les pistes d'action et pour permettre les échanger sur le diagnostic partagé et le PTSM en cours d'élaboration, la commission de santé mentale a travaillé sur un nouveau séminaire territorial ouvert aux acteurs du soin du département planifié le 20 mars 2020 (Annexe 4).

Celui-ci avait comme objectifs de présenter les éléments importants du diagnostic avec possibilité pour les participants de les commenter et les compléter. Puis dans un second temps, il devait proposer aux professionnels de réagir aux pistes d'action élaborées, de les compléter. Deux espaces avaient été organisés pour permettre l'émergence, si nécessaire, de nouvelles pistes d'action qui auraient pu être omises ou de compléter des actions un peu plus spécialisées ne concernant qu'un nombre limité de professionnels en termes d'expertise.

La crise sanitaire et les mesures barrière en découlant n'ont pas permis la mise en œuvre de ce séminaire. De plus, la disponibilité des professionnels de la santé a été très impactée, ne permettant pas de réorganiser des réunions ou des groupes de travail autour des différentes thématiques.

La commission de santé mentale, elle-même impactée dans la disponibilité de ses membres, a poursuivi son travail.

Les fiches actions complétées ont été envoyées pour relecture et pour être commentées, enrichies si nécessaires aux membres de la commission de santé mentale.

Le document « Projet territorial de Santé Mentale » a été finalisé par un binôme puis relu par tous les membres composant la commission spécialisée « Santé Mentale ».

Il sera présenté à l'assemblée générale du conseil territorial de santé prévue en janvier 2021 avant son envoi à l'ARS Centre-Val de Loire.

2. Textes de référence et instructions

TEXTES REGLEMENTAIRES ET INSTRUCTIONS

Circulaire n° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville

Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en particulier son article 69

Instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville

Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire

Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016

Décret CE n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

Instruction interministérielle DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice

Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 et la feuille de route santé mentale et psychiatrie

Instruction N° DGOS/ R4/ DGCS/ 3B/ DGS/ P4/ 2018/ 137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale

Instruction ministérielle du 8 Juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants

Instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires

Instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide

PROJETS ET PLANS NATIONAUX, REGIONAUX ET TERRITORIAUX

Plan d'actions stratégiques santé justice 2010-2014

Schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public 2017-2022

Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté 2018

Feuille de route – Santé Mentale et Psychiatrie – Comité stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie – 28 juin 2018

Plan quinquennal pour le Logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022

Projet régional de santé Centre-Val de Loire 2018-2022

Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022

Stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022

Grenelle contre les violences faites aux femmes novembre 2019

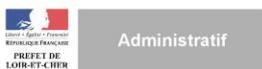
Plan « vieillir en bonne santé » 2020-2022

Commission des 1000 premiers jours – septembre 2020

3. Caractéristiques du territoire

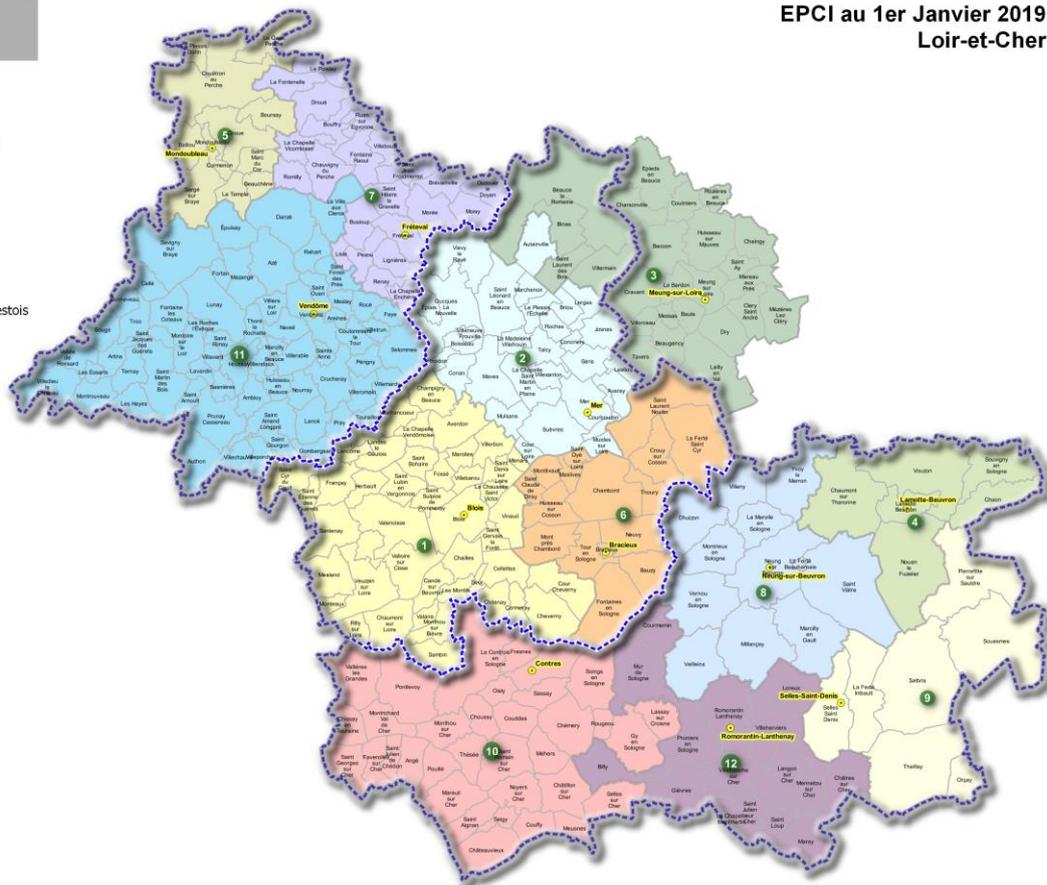
3.1. Données géographiques

- Département de Loir-et-Cher
- Superficie en km² : 6 343.4 (Données OSCAR 2018)
- Nombre de communes au 1^{er} janvier 2019 : 272
- 2 communautés d'agglomération (Agglopolys et Territoires Vendômois) et 10 communautés de communes



EPCI au 1er Janvier 2019
Loir-et-Cher

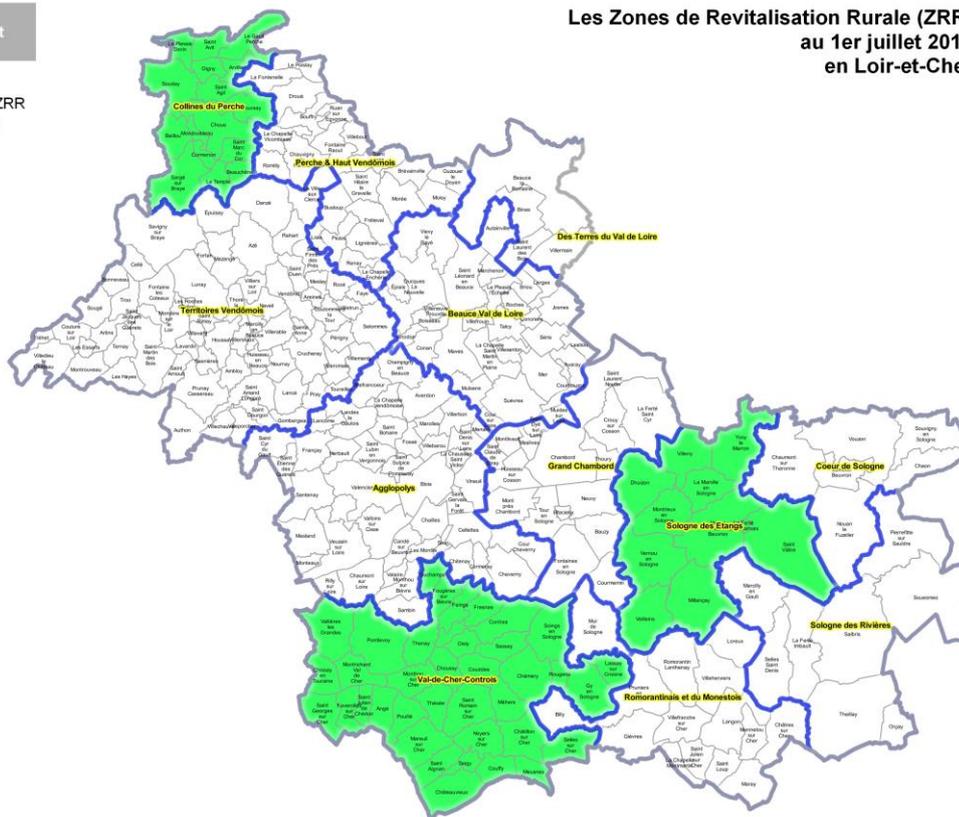
- Les EPCI
- 1 CA Agglopolys
 - 2 CC Beauce Val de Loire
 - 3 CC Des Terres du Val de Loire
 - 4 CC Cœur de Sologne
 - 5 CC Collines du Perche
 - 6 CC Grand Chambord
 - 7 CC Perche & Haut Vendômois
 - 8 CC Sologne des Etangs
 - 9 CC Sologne des Rivières
 - 10 CC Val-de-Cher-Contrôis
 - 11 CA Territoires Vendômois
 - 12 CC Romorantinois et du Monestois
- Les sièges des EPCI
 Les arrondissements
 Limite du département



3.2. Zones de revitalisation rurale (ZRR)

Classement en 2017
 ■ Communes classées en ZRR
 □ Communes non classées
 ■ Limite des EPCI
 □ Limite du département

**Les Zones de Revitalisation Rurale (ZRR)
 au 1er juillet 2017
 en Loir-et-Cher**



DDT41
 Source : CGET
 ©IGN 2014 BDCARTO
 Document :
 Zone_Revitalisation_Rurale_ZI

	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Population municipale vivant en zone de revitalisation rurale (ZRR) en 2015	62 118 (18.7%)	470 206 (18.2%)	7 547 390 (11.7%)
Population municipale vivant dans une commune sortant en zone du dispositif ZRR avec maintien des bénéficiaires du classement en 2015	71 295 (21.4%)	219 910 (8.5%)	2 090 264 (3.3%)
Population municipale vivant dans un commun non classée en zone ZRR en 2015	199 637 (59.9%)	1 888 476 (73.2%)	54 663 277 (85%)

(Données OSCARD 2018 et CNSA 2018)

3.3. Quartiers prioritaires de la politique de la ville et nombre d'habitants y résidant

	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire
Quartiers prioritaires de la	3	

politique de la ville		46 soit 3.5 % de la France métropolitaine
QPV - Nombre d'habitant y résident	Kennedy-Coty-Croix Chevalier et Sarrazines à Blois (10 703)	149 835 soit 4.1% de la population Régionale
	Les Rottes à Vendôme (3 202)	
	Les Favignolles à Romorantin (1 348)	

(Données Atlas QPV-CVL)

3.4. Autres données particulières

Le département de Loir-et-Cher fait partie de la Région Centre-Val de Loire. Il est limitrophe des départements d'Eure-et-Loir, du Loiret, de l'Indre, d'Indre-et-Loire et de la Sarthe, département hors région (Région Pays de Loire). Sa superficie le place au 31^{ème} rang national en importance de taille et 68^{ème} rang dans le classement des départements de France métropolitaine (96 départements) pour la taille de sa population.

Il est à souligner que la précarité est un phénomène prioritairement urbain du fait de la concentration d'habitats sociaux et de la présence de nombreux services d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de précarité. C'est donc sur Blois, Vendôme et Romorantin-Lanthenay que l'on rencontre la plus forte proportion de ménages cumulant un ensemble de difficultés économiques et sociales.

C'est également le cas dans la majeure partie de la Vallée du Cher et dans deux secteurs frappés par une perte de vitalité économique et démographique (autour de Salbris et dans le Perche en bordure de la Sarthe).

3.5. Infrastructures transports

Il existe un bon niveau de desserte de transports en commun, seulement 2% de la population est sans offre de transports. 79% des habitants bénéficient d'une desserte en transport en commun. Des dispositifs de transports à la demande ont été mis en place pour compléter l'offre dans $\frac{3}{4}$ des communautés de communes. Cependant, 10% des habitants sont desservis uniquement en période scolaire avec des horaires en lien avec le fonctionnement des établissements scolaires et 11% n'ont pas de desserte régulière dans leur commune.

Il reste une forte dépendance à la voiture pour les ménages situés en zone rurale. 13% des parts de ménages n'ont pas de voiture, cela concerne surtout les jeunes, les personnes en recherche d'emploi et les personnes âgées.

Par ailleurs, il existe une offre de transport santé pour les consultations des professionnels de santé mise en place en septembre 2013 par les régimes d'assurance-maladie (CPAM, MSA, RSI) et le conseil départemental qui s'adresse à ceux qui n'ont pas de moyens de transport et dont l'état de santé ne justifie pas une prescription médicale de transport remboursée par l'assurance maladie. Il est prévu d'améliorer la communication concernant cette action et de développer des outils nouveaux dans le schéma départemental d'amélioration de l'accès des services au public.

4. Caractéristiques socio-démographiques de la population

4.1. Caractéristiques et écarts par rapport aux moyennes régionales et nationales

4.1.1. Population en 2017

Elle correspond à 395 661 habitants, soit 13% de la population en région Centre-Val de Loire et 0.59% de la population française.

La croissance de l'urbanisation se réalise par l'extension géographique de ses périmètres et non par leur densification de population.

4.1.2. Nombre d'habitants, Densité d'habitants au Km², Projection population et Taux d'évolution

	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Population en 2017	395 661	3 037 741	66 725 826
Densité d'habitants au km ² en 2015	52.5	65.9	118.2
Projection population et taux d'évolution en 2040	366 000 (-7.5%)	2 807 000 (-7.6%)	73 200 000 (+9.7%)

(Données OSCARD et CNSA 2018)

Faible densité de population par rapport à la région avec une majoration de la faible densité au regard des projections

4.1.3. Age, tranches âge, part des -20 ans, des +75 ans, indice de vieillissement, projection population et taux d'évolution

	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Nombre de personnes de moins de 20 ans en 2015	76 700 (23%)	616 700 (23.9%)	15 601 243 (24.3%)
Nombre de personnes de +75 ans en 2015	40 245 (12.1%)	274 996 (10.7%)	6 009 177 (9.3%)
Indice de vieillissement en 2015 (65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)	99.5	87.2	77.4
projection population + 75 ans en 2040	67 014 (70.2%)	458 616 (68.3%)	10 672 135 (74.8%)

(Données OSCARD et CNSA 2018)

Données	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre-Val de Loire	France hexagonale
19 Nombre de personnes de 75 ans et plus vivant seules à domicile (pour 100 personnes de 75 ans et plus) en 2015	14 311 38,4 %	15 147 37,2 %	12 282 39,6 %	23 648 37,6 %	14 887 37,0 %	23 613 37,6 %	103 888 37,8 %	2 310 925 38,5 %
hommes	3 182 22,1 %	3 401 21,4 %	2 941 24,7 %	4 928 20,2 %	3 522 22,0 %	5 218 21,2 %	23 191 21,6 %	494 559 21,7 %
femmes	11 129 48,6 %	11 746 47,3 %	9 341 49,0 %	18 720 48,6 %	11 365 46,9 %	18 395 48,1 %	80 697 48,1 %	1 816 366 48,7 %
20 Mode d'habitation des personnes âgées de 75 ans et plus en 2015 (effectifs et en % des 75 ans et plus)								
Vivant en logement ordinaire	33 318 89,4 %	36 494 89,6 %	27 847 89,8 %	56 789 90,3 %	35 764 88,9 %	56 657 90,1 %	246 868 89,8 %	5 420 799 90,2 %
hommes	13 396 93,0 %	14 843 93,4 %	11 143 93,4 %	22 899 94,0 %	14 859 92,8 %	23 096 93,9 %	100 235 93,5 %	2 134 712 93,7 %
femmes	19 921 87,1 %	21 651 87,2 %	16 704 87,6 %	33 890 88,0 %	20 906 86,3 %	33 561 87,7 %	146 633 87,4 %	3 286 087 88,1 %
Vivant en établissement social de court séjour, dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, une maison de retraite, un foyer ou une résidence sociale	3 938 10,6 %	4 125 10,1 %	3 118 10,1 %	5 917 9,4 %	4 380 10,9 %	6 131 9,8 %	27 609 10,0 %	573 436 9,5 %
hommes	999 6,9 %	1 043 6,6 %	765 6,4 %	1 450 5,9 %	1 130 7,1 %	1 457 5,9 %	6 844 6,4 %	140 646 6,2 %
femmes	2 940 12,8 %	3 082 12,4 %	2 353 12,3 %	4 467 11,6 %	3 250 13,4 %	4 674 12,2 %	20 765 12,4 %	432 790 11,6 %
Autre	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,3 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
20 Indice de grand vieillissement en 2015 (Nombre de personnes de 80 ans et plus pour 100 personnes de 65 à 79 ans)	48,2	48,4	52,8	50,7	52,0	47,5	49,6	46,7
hommes	36,2	37,5	40,3	39,8	41,0	37,1	38,5	35,4
femmes	58,8	58,1	63,8	59,9	61,8	56,6	59,4	56,3
Part des 85 ans et plus parmi les 65 ans et plus en 2015	16,7 %	17,1 %	18,0 %	17,9 %	18,2 %	16,6 %	17,4 %	16,4 %
hommes	12,0 %	13,1 %	13,2 %	13,5 %	14,0 %	12,5 %	13,0 %	11,9 %
femmes	20,4 %	20,2 %	21,6 %	21,1 %	21,4 %	19,7 %	20,6 %	19,7 %
Espérance de vie à 60 ans au 1er janvier 2017*							ND	
hommes	22,6	22,8	21,9	23,8	23,2	23,1	ND	23,2
femmes	26,8	27,3	26,5	28,1	26,9	27,5	ND	27,6

Département avec proportion de personnes de + 75 ans ou plus plus importante qu'aux niveaux régional et national, avec une augmentation prévisible de cette tranche de population

4.1.4. Familles monoparentales

	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Nombre de familles monoparentales ayant des enfants de moins de 25 ans	9 008 (20.7%)	76 816 (22%)	2 140 422 (23.7%)

(Données OSCARD 2018)

Nombre plus faible de familles monoparentales qu'aux niveaux régional et national

4.1.5. Taux de chômage

	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Taux de chômage localisé au 4 ^{ème} trimestre 2017	7.5%	8.3%	8.6%

(Données OSCARD 2018)

Taux de chômage plus faible qu'en régional et national

4.1.6. Taux de pauvreté de la population, taux de bénéficiaires de la CMUc et d'AME

	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Moins de 30 ans	21.1%	21.9%	23%
30 à 39 ans	16.8%	16.5%	17.4%
40 à 49 ans	16.2%	15.9%	17.6%
50 à 59 ans	13%	12.8%	14.8%
60 à 74 ans	6.8%	7.7%	9.5%
75 ans et plus	6.3%	6.7%	8.4%
taux de bénéficiaires de la CMUc en 2017	22 217 (6.7%)	179 678 (7%)	4 791 414 (7.5%)
taux de bénéficiaires de l'AME au 31/12/2017	443	5 905	Non disponible

(Données OSCARD 2018)

Taux de pauvreté plus faible qu'aux niveaux régional et national, pour la plupart des classes d'âge

4.1.7. Nombre de demandeurs d'asile

Le nombre de demandeurs d'asile a continué à progresser au niveau de la région en 2017. Toutes les procédures sont impactées : les demandes d'asile en procédures normale et accélérée ainsi que celles dites Dublin.

Au 31 décembre 2017, le nombre de demandes d'asile enregistrées en région Centre-Val de Loire s'élève à 2 425, contre 2 148 à la même date en 2016, ce qui représente une évolution de +12,90 %. Il est à noter que le flux des demandeurs a progressé de 134,53 % entre 2010 et 2017. Par ailleurs, les départements du Loiret et d'Indre-et-Loire concentrent 65,20 % de la demande d'asile.

Nombre de demandes d'asile en région Centre-Val de Loire									
Dépt.	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Part de chaque dépt. en 2017
18	64	56	62	72	43	87	161	165	6,80 %
28	64	99	93	145	101	118	225	274	11,30 %
36	50	57	58	62	60	81	121	162	6,68 %
37	389	571	451	564	586	624	701	809	33,36 %

41	89	126	122	194	154	178	255	243	10,02 %
45	378	475	506	610	595	644	685	772	31,84 %
TOT	1034	1384	1292	1647	1539	1732	2148	2425	100,00 %

(Données SRADAR – évaluation des migrants via les structures d’hébergement)

Entre 2016 et 2017, tous les départements de la région sont concernés par cette hausse à l’exception du Loir-et-Cher

4.1.8. Nombre de placements à l’ASE – Taux uniquement

La région compte, fin 2016, 2 960 places d’accueil pour enfants et adolescents en difficulté sociale, soit un taux d’équipement en établissements de l’aide sociale à l’enfance de 4.8 places pour 1000 jeunes de 0-20 ans. Le taux est de 4.2% au niveau national. Il varie en région de 3.1% dans le Cher à 7.4% dans l’Eure-et-Loir.

Fin 2016, au niveau national, 50.8% des mesures d’aide sociale à l’enfance ont concerné des mesures de placements (enfants confiés à l’aide sociale à l’enfance (ASE) et placements directs). À l’échelle des départements de la région, le taux le plus faible est relevé dans le Loiret (29%) et le plus élevé dans le Cher (54.7%).

En France hexagonale, fin 2016, 9% des placements sont des placements directs. En région, le taux varie entre 3.1% dans l’Indre-et-Loire et 10.3% dans le Loir-et-Cher.

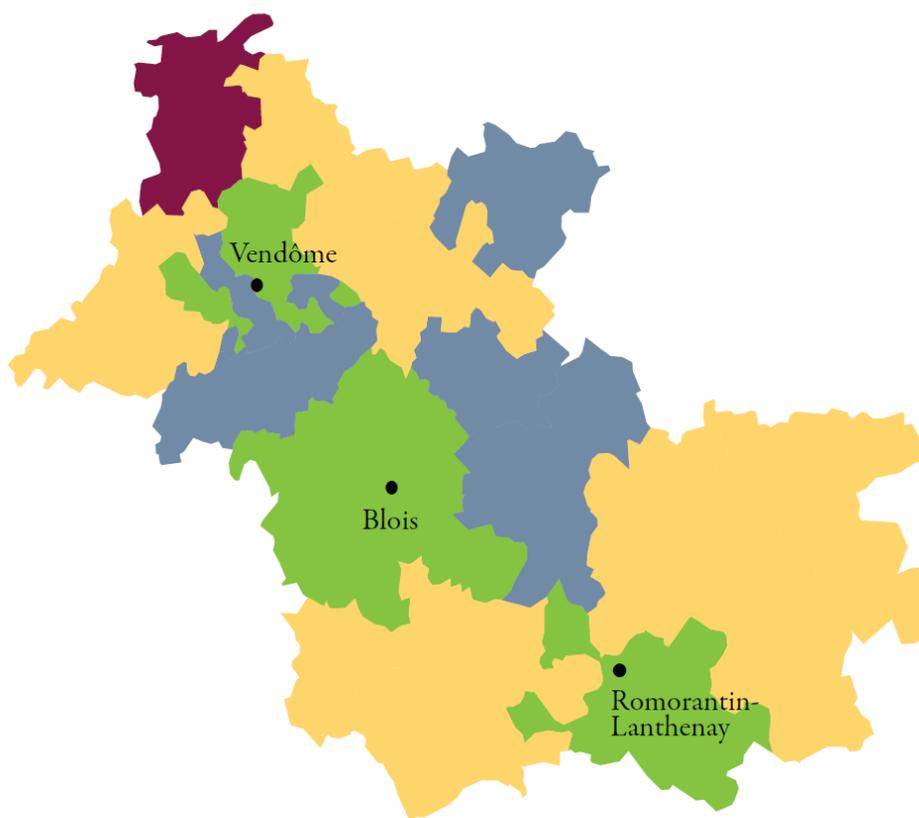
Données	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Mesures d’Ase (mesures de placement et actions éducatives) en % des 0-20 ans* au 31.12.2016	2,3 %	2,0 %	2,6 %	1,5 %	2,5 %	2,6 %	ND	1,9 %
Part des mesures de placement (enfants confiés à l’Ase et placements directs) dans le total des mesures d’Ase (en %)* au 31.12.2016	54,7 %	52,6 %	43,9 %	52,7 %	45,2 %	29,0 %	ND	50,8 %
Part des actions éducatives à domicile, dans l’ensemble des actions éducatives (en %)* au 31.12.2016	61,1 %	28,7 %	22,8 %	30,8 %	32,5 %	64,7 %	ND	31,4 %
Part des mesures administratives dans les mesures de placement (enfants confiés à l’Ase et placements directs) (en %)* au 31.12.2016	32,4 %	18,3 %	14,0 %	12,7 %	15,6 %	13,1 %	ND	20,3 %
Part des placements directs dans les mesures de placement (en %)* au 31.12.2016	8,3 %	8,4 %	6,9 %	3,1 %	10,3 %	6,2 %	ND	9,0 %

(Données OSCARD 2018)

Taux de mesures ASE plus élevé en Loir-et-Cher qu’au niveau national comme tous les départements de la région sauf l’Indre et Loire

Part des mesures de placements moins élevée qu’en national avec plus de placements directs et moins de mesures administratives

4.1.9. Typologie départementale des inégalités territoriales en santé



- A** EPCI urbains, présentant de forts contrastes sociaux, une offre de soins satisfaisante au regard du reste du territoire, en sous mortalité générale, une morbidité importante liée aux comportements à risque
- B** EPCI périurbains, jeunes, socialement favorisés, en sous-mortalité générale et prématurée, morbidité importante pour le cancer du sein
- C** EPCI ruraux de faibles revenus, population âgée
- D** EPCI ruraux, vieillissants, socialement défavorisés, en surmortalité générale et prématurée, une morbidité importante

(Source : Inégalités sociales et territoriales de santé en Centre-Val de Loire – ORS – Edition 2015)

Il convient de souligner des écarts au niveau infra départemental, au détriment du sud du département : zone d'emploi de Blois (8.7%), zone d'emploi de Romorantin (10.3%) et zone d'emploi de Vendôme (8%) – Source pôle emploi, DARES et INSEE
Le taux d'allocataires du RSA à fin 2014 est de 6.6%, comme le niveau régional, contre 7.4% au niveau national

4.2. Indicateurs de santé de la population

4.2.1. Espérance de vie à la naissance – Femmes - Hommes

	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire	France métropole
Espérance de vie à la naissance : femmes	85.1	85.4	85.4
Espérance de vie à la naissance : hommes	79	79.1	79.3

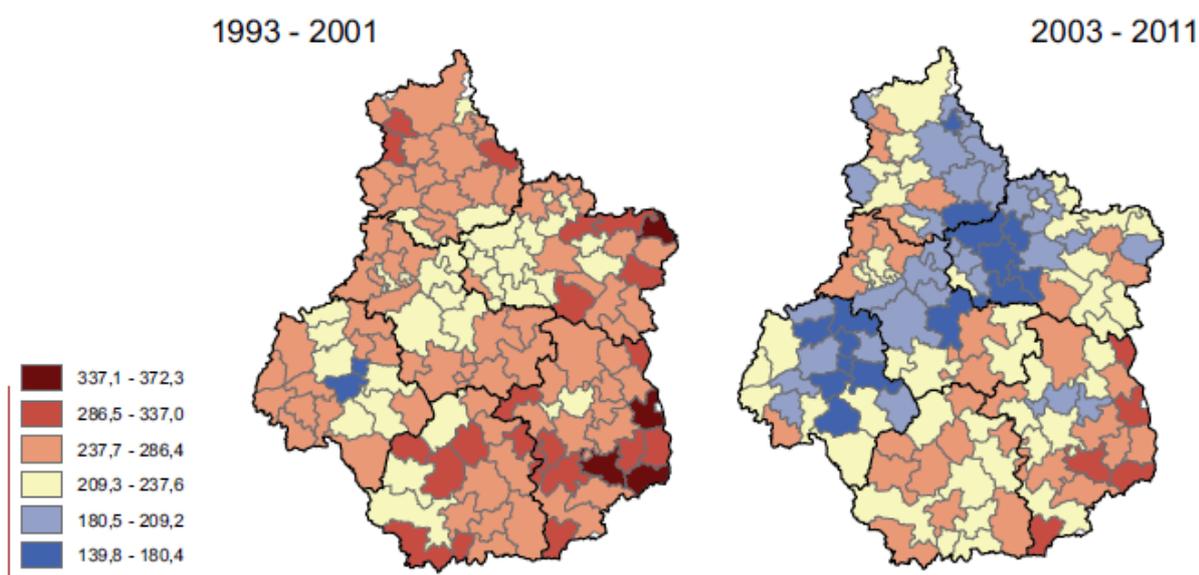
(Données statistiques 2016 sur 2014)

L'espérance de vie à la naissance en 2014 est de 79 ans pour les hommes et de 85.1 ans pour les femmes pour le département, chiffres pratiquement similaires à ceux de la région et de la France

4.2.2. Taux de mortalité prématurée

Les décès sont qualifiés de prématurés lorsqu'ils surviennent avant l'âge de 65 ans. Pour le Loir-et-Cher, le taux standardisé de mortalité prématurée pour 100 000 habitants est de 218.5 sur la période 2003-2011, supérieur au niveau régional (209, 5), au niveau national (205).

Une réduction de la mortalité prématurée, par rapport à la période 1993-2001 est constatée avec un taux d'évolution de -11.7 %. Ce taux d'évolution pour le Loir-et-Cher est inférieur à celui de la région (-15,7 %) et de la France métropolitaine (-18,2 %).



Source : Observatoire régional de santé – Édition 2015

Les taux de surmortalité prématurée pour 100 000 habitants sont classés par ordre décroissant. Ainsi dans le Loir-et-Cher, le taux standardisé de mortalité prématurée pour 100 000 habitants est plus élevé pour le cancer,

puis pour les causes extérieures traumatismes et empoisonnements, la consommation excessive d'alcool, le suicide et les accidents de la circulation.

Taux standardisés de mortalité prématurée pour 100 000 habitants

Domaine	Loir-et-Cher	Région	France
Pathologies liées au tabac	122,3	127,6	132,2
Cancer	87.2	85.6	81.8
Causes extérieures traumatismes et empoisonnements	42.3	37.7	32.8
Consommation excessive d'alcool	34.9	34.3	31.5
Maladies de l'appareil circulatoire	26,1	26,8	26,9
Suicide	21.9	20.1	16.9
Accident circulation	12.1	9.9	7.3
Maladies de l'appareil circulatoire	26,1	26,8	26,9

Source : Observatoire régional de santé – Édition 2015 / Avant-projet de diagnostic territorial partagé de Loir-et-Cher - 2017

Par ailleurs, le taux de mortalité infantile (nombre de décès de moins d'un an pour 1 000 naissances) se situe à 3,3 selon une moyenne calculée pour la période 2011 à 2013 ; il est équivalent à celui du niveau régional, et du niveau national.

Surmortalité prématurée avec des valeurs supérieures aux niveaux régional et national dans les domaines suivants : cancer, causes extérieures, consommation excessive d'alcool, suicide, accident circulation, en majorité dans le nord et sud du département

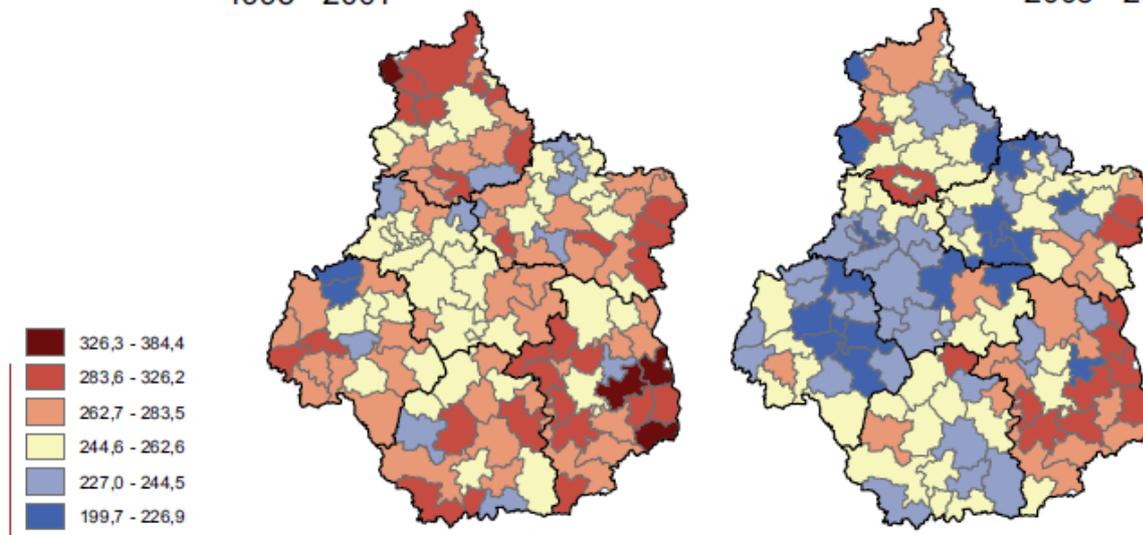
4.2.2.1. Mortalité par cancer

Dans le Loir-et-Cher, le taux standardisé de mortalité par cancer pour 100 000 habitants est de 239.1 habitants sur la période 2003-2011, soit une baisse de 8 % par rapport à la période 1993-2001. Cette diminution est inférieure à celle constatée pour la région (-8,9 %) et à celle de la France métropolitaine (-12,3 %).

La mortalité prématurée par cancer est plus marquée dans le nord et le sud du département (ORS, 2015).

1993 - 2001

2003 - 2011



Source : Observatoire régional de santé – Édition 2015

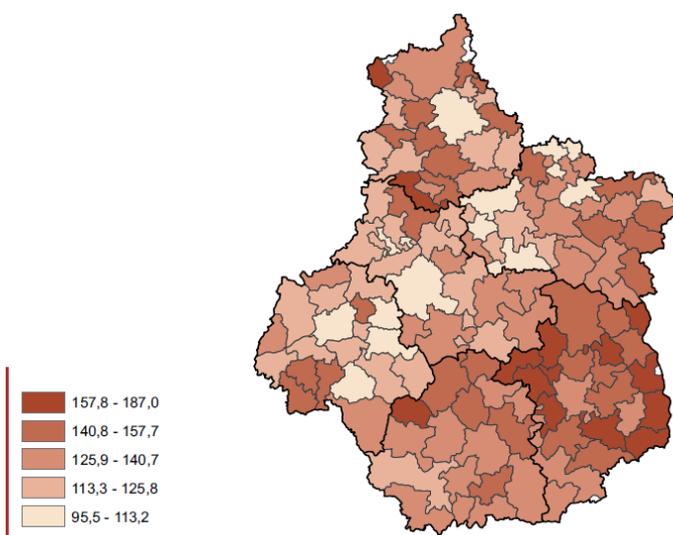
Taux standardisés de mortalité prématurée par cancer pour 100 000 habitants

4.2.2.2. Mortalité par pathologies liées au tabac

La mortalité liée au tabac comprend parmi les causes initiales, les mortalités par cardiopathies ischémiques et par cancer de la trachée, des bronches et du poumon ainsi que les causes initiales, associées et de comorbidités de la mortalité par bronchopneumopathies chroniques obstructives.

Le taux standardisé de mortalité par pathologies liées au tabac est de 122,3/100 000 (127,6 Région; 132,2 France) 129,9 / 100 000 habitants.

Ce taux est légèrement inférieur à celui de la région Centre-Val de Loire.

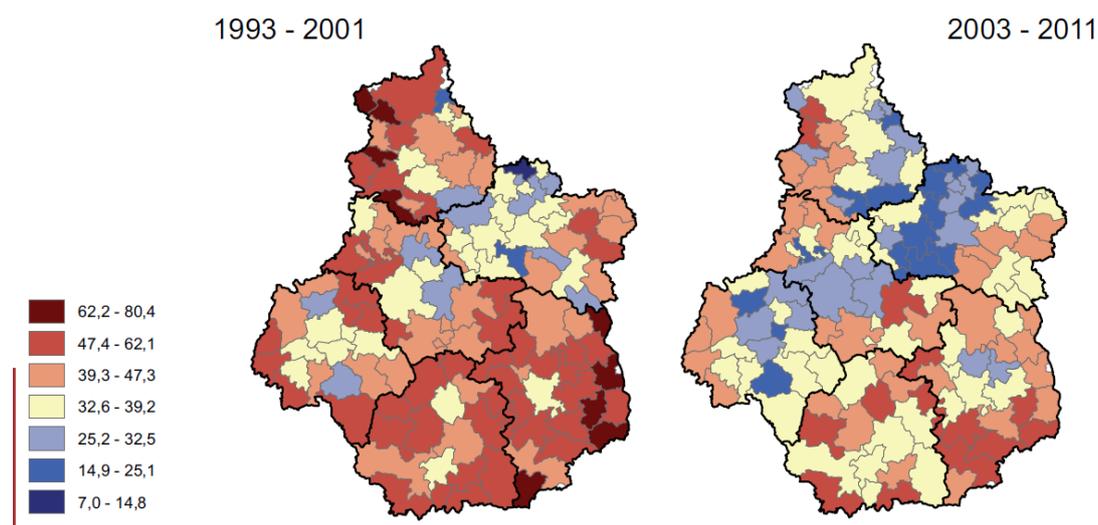


Source : Observatoire régional de santé – Édition 2015

Taux standardisés de mortalité prématurée par pathologies liées au tabac pour 100 000 habitants

4.2.2.3. Mortalité par pathologies liées à l'alcool

Concernant la mortalité par pathologies liées à l'alcool, les pathologies prises en compte sont les tumeurs de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx et de l'œsophage, les cirrhoses du foie et les psychoses alcooliques. Le taux standardisé pour 100 000 habitants dans le Loir-et-Cher est de 34,9, supérieur à celui de la région (34,3) ainsi qu'à celui de la France métropolitaine (31,5).



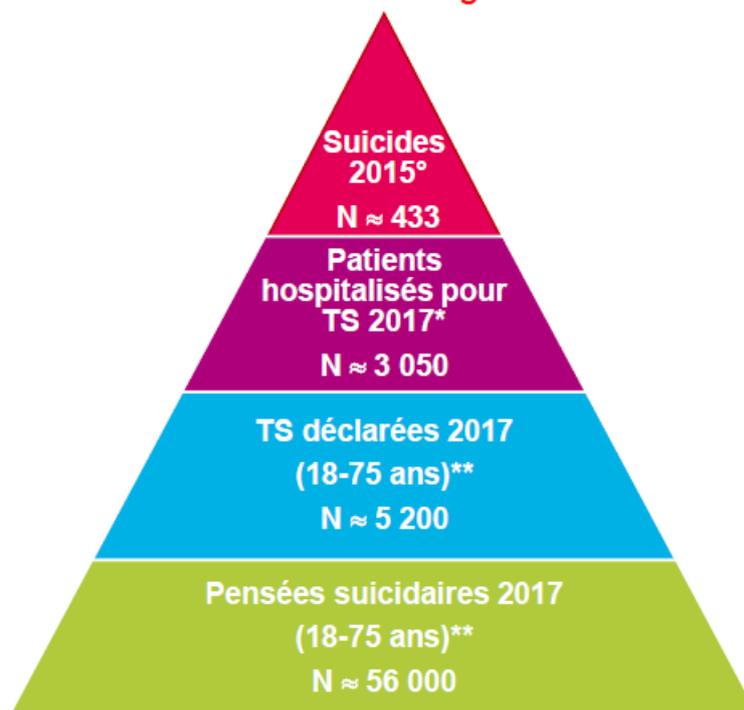
Source : Observatoire régional de santé – Édition 2015

Taux standardisés de mortalité par pathologies liées à l'alcool pour 100 000 habitants

4.2.2.4. Suicides

Aujourd'hui encore, les conduites suicidaires restent une problématique de santé publique avec un impact humain majeur en raison de la souffrance en jeu.

Les chiffres-clés régionaux



°Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France

*Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France

**Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

La région Centre-Val de Loire présente des taux supérieurs à la moyenne nationale, tant pour les décès par suicide (18,3 pour 100 000 habitants en 2015) que pour les hospitalisations pour tentative de suicide (168,9 pour 100 000 habitants). La région se situe au 7^{ème} rang national des régions les plus touchées par le suicide.

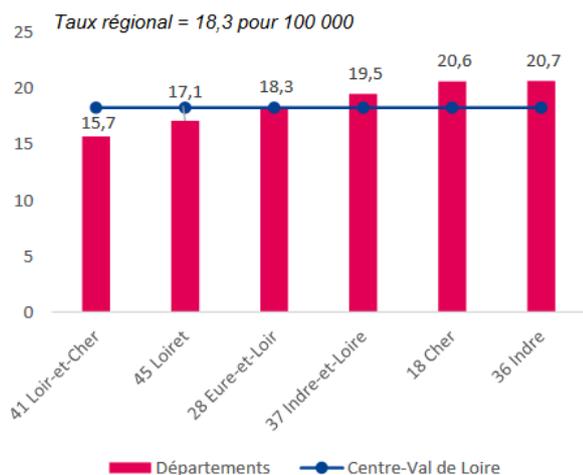
La majorité des suicides concerne les adultes de 25 à 59 ans. Le nombre de suicides augmente chez les personnes âgées surtout les hommes âgés.

Dans la région, la situation est contrastée selon le sexe : une majorité d'hommes pour les suicides (76%) et une majorité de femmes pour les hospitalisations pour tentatives de suicides (64%) ; les deux modes opératoires les plus fréquemment utilisés pour les suicides sont la pendaison (61%) et les armes à feu (20%) pour les hommes, la pendaison (49%) et les auto-intoxications médicamenteuses (23%) pour les femmes.

Les tentatives de suicide arrivent à 98% aux urgences et conduisent à des hospitalisations dans 71% des cas. Les taux d'hospitalisation les plus élevés étaient observés chez les adolescentes de 15-19 ans. Le mode de tentative de suicide était l'intoxication médicamenteuse.

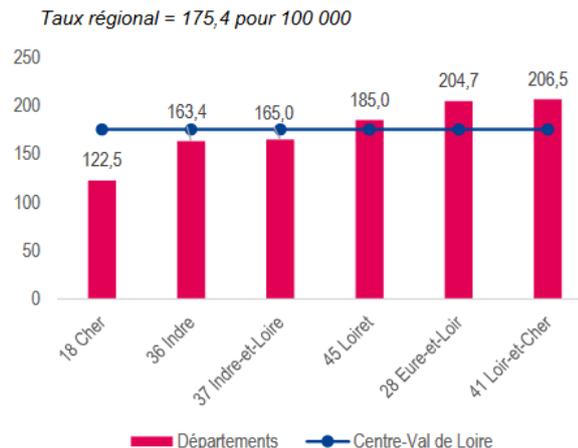
Les accueils des récidives aux urgences constituent 8% des tentatives de suicides. Près d'un tiers des récidives à 6 mois se produisent dans le premier mois (source : Bulletin de Santé Publique Centre-Val de Loire février 2019).

Figure 7 : Taux départementaux standardisés* de mortalité par suicide en région Centre-Val de Loire, 2015



*Taux standardisés sur l'âge et le sexe pour 100 000 habitants, population de référence France (2015)
 Champ : Région Centre-Val de Loire, population âgée de 10 ans et plus
 Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France

Figure 8 : Taux départementaux standardisés* d'hospitalisations pour tentatives de suicide en région Centre-Val de Loire, 2015



*Taux standardisés sur l'âge et le sexe pour 100 000 habitants, population de référence France (2015)
 Champ : Région Centre-Val de Loire, population âgée de 10 ans et plus
 Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France

Le taux standardisé de mortalité par suicide pour le 41 est de 15,7 pour 100 000 habitants, soit un taux inférieur à celui de la région mais aussi à tous les autres départements de la région. Cependant, le taux standardisé d'hospitalisation pour tentatives de suicide pour le territoire est de 206.5, soit le taux le plus élevé des départements de la région et au-dessus du taux régional

Tableau 7 : Taux de récurrence de TS parmi les suicidants passés aux urgences du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017, selon le département de résidence, région Centre-Val de Loire

Départements	Patients avec recours aux urgences pour TS	Suicidants récidivistes	Taux de récurrence
Cher	215	21	10%
Eure-et-Loire	387	24	6%
Indre	154	11	7%
Indre-et-Loire	87	11	13%
Loir-et-Cher	397	42	11%
Loiret	380	27	7%
Centre-Val de Loire	1 620	136	8%

Champ : Structures d'urgences de la région Centre-Val de Loire participant au réseau Oscour®, population âgée de 10 ans et plus.
 Source : Oscour® (Santé publique France)

Pour les récurrences de tentatives de suicide, le Loir-et-Cher présente des chiffres élevés par rapport aux autres départements

4.3. Les populations touchées par une addiction

4.3.1. Prévalence des addictions et décès liés à des pathologies liées à l'alcool (données score-santé)

Période 2000-2015 : Nombre de décès prématurés chez les hommes par cause –

Alcoolisme

Unité : nombre

Alcoolisme	2011	2012	2013	2014	2015
Centre-Val de Loire	221,00000	223,00000	210,00000	178,00000	191,00000
Cher	44,00000	34,00000	28,00000	30,00000	29,00000
Eure-et-Loir	31,00000	42,00000	44,00000	25,00000	27,00000
Indre	26,00000	25,00000	18,00000	17,00000	18,00000
Indre-et-Loire	45,00000	53,00000	43,00000	35,00000	37,00000
Loiret	46,00000	42,00000	43,00000	38,00000	57,00000
Loir-et-Cher	29,00000	27,00000	34,00000	33,00000	23,00000

Période 2000-2015 : Part des décès prématurés chez les hommes par cause - Alcoolisme

Unité : pour 100

Alcoolisme	2011	2012	2013	2014	2015
Centre-Val de Loire	7,17766	7,38411	7,29420	6,48452	6,80684
Cher	8,88889	7,31183	6,96517	7,26392	7,47423
Eure-et-Loir	5,96154	7,90960	9,28270	5,80046	5,76923
Indre	7,83133	7,48503	6,31579	5,88235	5,82524
Indre-et-Loire	7,02028	8,77483	7,25126	6,02410	6,23946
Loiret	6,53409	6,21302	6,12536	5,80153	8,07365
Loir-et-Cher	7,49354	6,58537	8,03783	8,77660	6,72515

Période 2000-2015 : Nombre de décès prématurés chez les femmes par cause - Alcoolisme

Unité : nombre

Alcoolisme	2011	2012	2013	2014	2015
Centre-Val de Loire	50,00000	56,00000	57,00000	48,00000	59,00000
Cher	6,00000	7,00000	8,00000	7,00000	9,00000
Eure-et-Loir	10,00000	9,00000	10,00000	4,00000	12,00000
Indre	9,00000	8,00000	2,00000	2,00000	7,00000
Indre-et-Loire	11,00000	12,00000	12,00000	14,00000	9,00000
Loiret	7,00000	14,00000	17,00000	13,00000	17,00000
Loir-et-Cher	7,00000	6,00000	8,00000	8,00000	5,00000

Période 2000-2015 : Part des décès prématurés chez les femmes par cause - Alcoolisme

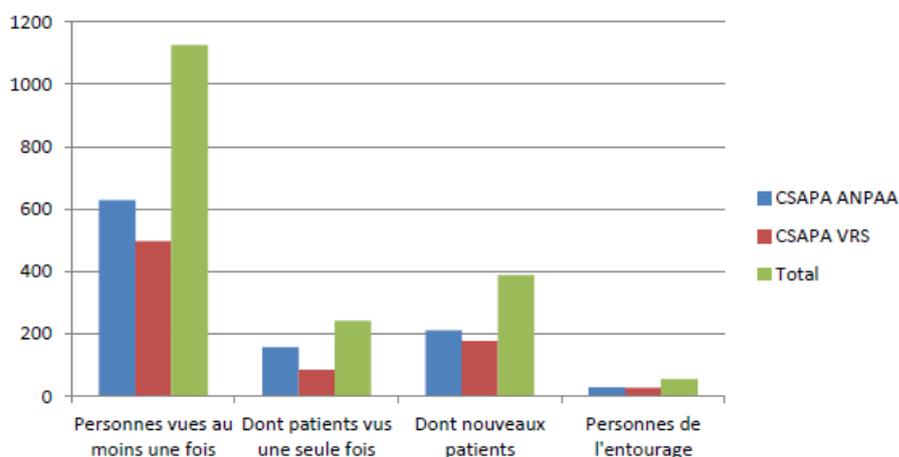
Unité : pour 100

Alcoolisme	2011	2012	2013	2014	2015
Centre-Val de Loire	3,41530	3,95480	4,01408	3,53461	4,20827
Cher	2,73973	3,41463	4,00000	3,55330	4,73684
Eure-et-Loir	4,16667	3,67347	4,11523	1,87793	5,06329
Indre	5,55556	5,59441	1,48148	1,43885	4,76190
Indre-et-Loire	3,54839	4,18118	3,98671	4,59016	3,01003

Loiret	2,07715	4,11765	4,91329	4,18006	4,65753
Loir-et-Cher	3,57143	3,06122	4,10256	4,14508	3,04878

Part des décès prématurés liés à l'alcool en diminution en 2015 par rapport à 2013-2014, tant chez les hommes que chez les femmes, avec un taux moins élevé qu'au niveau régional pour les deux sexes

4.3.2. Population présentant des addictions Loir-et-Cher : activité des CSAPA* en 2017



1 125 personnes vues au moins une fois :

- Dont 242 patients vus une seule fois (21,15%)
- Dont 389 nouveaux patients (34,58%)

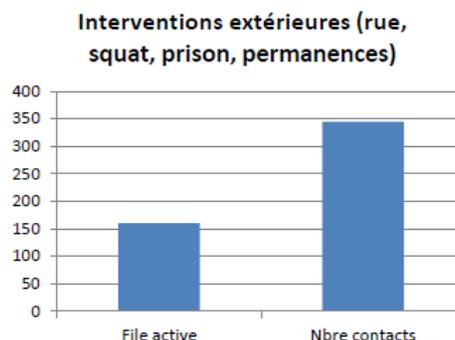
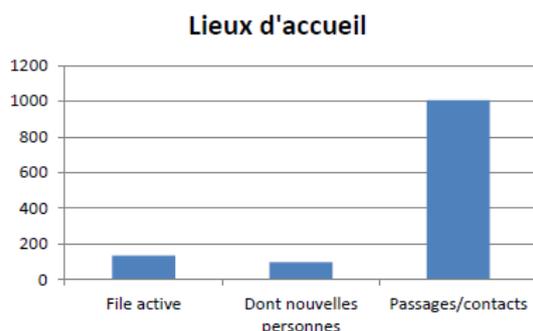
56 personnes de l'entourage rencontrées

*CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSAPA ANPAA : spécialité alcool, option « jeux pathologique »

CSAPA VRS : spécialité drogues illicites, option « jeux pathologiques »

4.3.3. Population présentant des addictions Loir-et-Cher : activité du CAARUD* VRS en 2017



Lieux d'accueil (local principal et antennes / unité mobile (bus, camion...) :

- File active : 135 personnes dont 97 nouvelles personnes (71,85%)
- 1 006 passages/contacts

Interventions extérieures (rue, squat, prison, permanences) :

- File active : 160 personnes
- Nombre contacts : 344 CAARUD

*CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

4.4. Les populations touchées par une pathologie psychiatrique

4.4.1. Nombre de personnes en ALD, dont ALD 23
« troubles psychiatriques de longue durée »

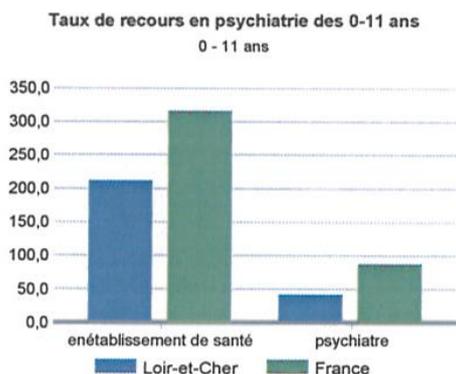
	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire	France entière
Affections psychiatriques de longue durée (effectifs des personnes prises en charge)	5 900	47 900	1 399 040
Prévalence pour 100 000 personnes protégées du régime général	2177	2224	2261

(Données AMELI 2017)

Un taux départemental de prévalence des personnes en ALD « troubles psychiatriques » plus faible qu'aux niveaux régional et national

4.4.2. Enfants et adolescents

Enfants et adolescents - Recours aux soins



Source : RIM-P - 2015



Source : RIM-P - 2015

Taux de recours des 00-17 ans

Catégories	en établissement de santé (pour 10 000 hab.)		psychiatre (pour 10 000 hab.(0-17 ans))	
	Loir-et-Cher	France	Loir-et-Cher	France
0 - 17 ans	249,8	343,1	64,9	109,2
0 - 11 ans	212,0	315,9	41,7	88,0
12 - 17 ans	353,5	423,9	110,6	151,8

Source : RIM-P + CNAMTS - 2015

Part de mineurs consommant des psychotropes

Catégories	% mineurs consommant des psychotropes (pour 10 000 consommateurs mineurs)	
	Loir-et-Cher	France
Antidépresseurs	23,6	12,7
Neuroleptiques	32,3	22,5
Anxiolytiques	30,1	17,8
Psychotropes (ensemble)	69,0	43,9

Source : CNAMTS - 2014

Accès pour la population « enfants et adolescents » aux médecins psychiatres plus faible que le niveau national avec un taux de recours aux psychotropes très supérieur, quelle que soit la classe

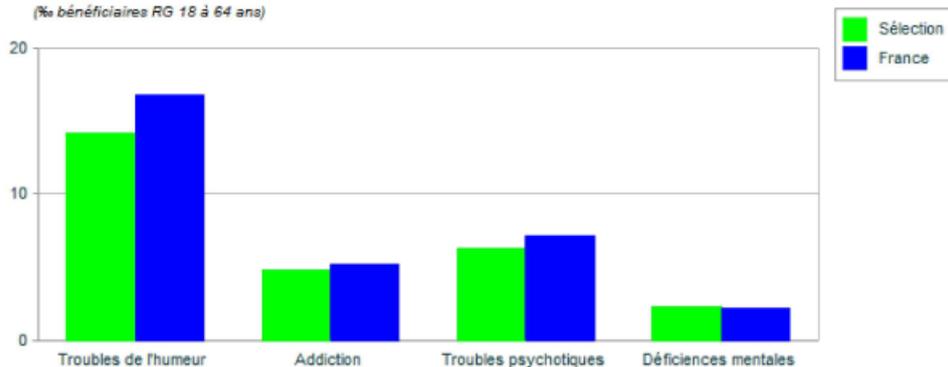
4.4.3. Adultes

personnes prises en charge pour différentes pathologies par sexe et pour les 65 ans et plus, en 2016	En Nombre de personnes Dep 41	H	F	+ 65 ans	Prévalence départementale	Prévalence régionale	Prévalence nationale
Troubles psychotiques	1 780	980	800	360	6,3	6,28	7,42
Troubles névrotiques et de l'humeur	5 730	1 980	3 750	2 280	19,6	20,35	22,8
Déficience mentale	660	380	280	50	2,4	2,41	2,21
Troubles addictifs	1 310	940	370	140	4,8	4,97	5,26
Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	440	310	130	10	1,7	1,95	2,24
Autres troubles psychiatriques	2 010	820	1 190	580	7,1	6,2	6,86
Total	11 930	5 410	6 520	3 420	Données AMELI 2016		

Source CTS du 16 novembre 2018

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

(% bénéficiaires RG 18 à 64 ans)



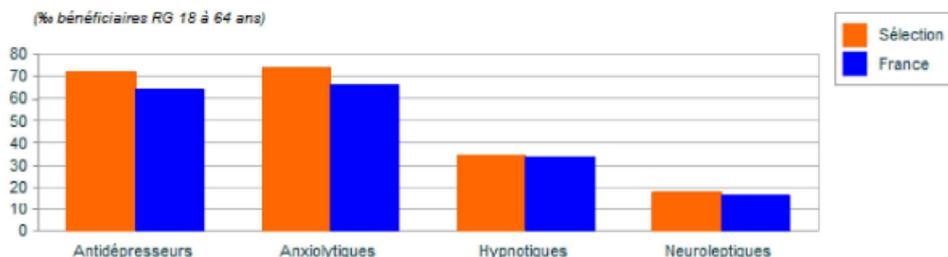
source : SNIRAM - 2015

Pour en savoir plus sur la cartographie des pathologies de la CNAMTS :

<https://www.ameli.fr/il-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>

Consommation de médicaments

(% bénéficiaires RG 18 à 64 ans)



source : SNIRAM - 2015

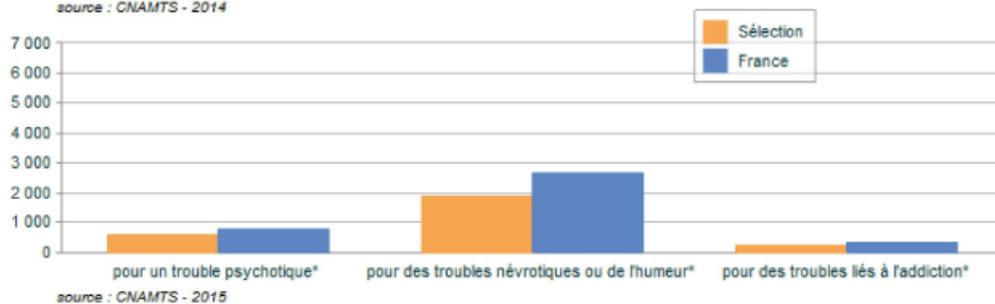
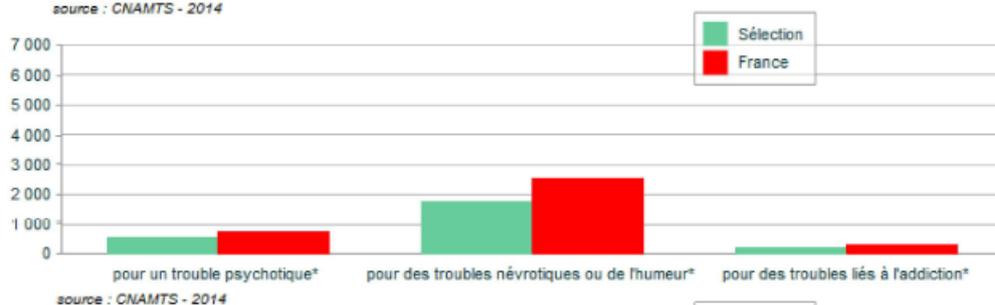
	Loir-et-Cher (Département) 2015	Centre-Val de Loire (Région) 2015	France 2015
Taux de recours aux psychiatres libéraux* (%)	13,7	14,1	18,3

source : SNIRAM - 2015 *pour troubles de l'humeur ou addictions

Prévalence des différentes pathologies moins élevée en Loir-et-Cher avec un recours aux traitements médicamenteux plus élevé et un recours aux psychiatres plus faible qu'au niveau national

4.4.4. Personnes âgées

Cartographie médicalisée de la CNAMTS



	Loir-et-Cher (Département) 2015	Centre-Val de Loire (Région) 2015	France 2015
Taux de recours vers les psychiatres libéraux **	115	55,6	51,8
Taux de recours en ES pour motif psy. **	144,7	180,4	244,5

source : SNIHAM, HMM-P - 2015

** pour 10 000 habitants de 65 ans et plus

Personnes prises en charge pour différents traitements par sexe et pour les 65 ans et plus en 2016	Nombre de personnes 41	H	F	+ 65 ans	Prévalence départementale	Prévalence régionale	Prévalence nationale
Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (hors pathologies)	15 220	4 410	10 810	6 670	51.4	49.31	45.57

Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (avec ou sans pathologies)	20 060	6 040	14 020	8 520	/	/	/
Traitements neuroleptiques (hors pathologies)	1 880	820	1 060	890	6.3	5.55	5.19
Traitements neuroleptiques (avec ou sans pathologies)	4 840	2 270	2 570	1580	/	/	/
Traitements anxiolytiques (hors pathologies)	16 210	5 200	11 010	8 150	54	53.11	49.68
Traitements anxiolytiques (avec ou sans pathologies)	20 180	6 640	13 540	9 550	/	/	/
Traitements hypnotiques (hors pathologies)	7 340	2 500	4 840	4 420	23.9	22.76	24.96
Traitements hypnotiques (avec ou sans pathologies)	9 430	3 210	6 220	5 190	Données AMELI 2016		
Total hors pathologies	40 650	12 930	27 720	20 130			

(Atlas santé mentale)

Niveau départemental de prise en charge des personnes âgées pour pathologies psychiatriques plus faible qu'au niveau national, avec cependant un taux de recours plus élevé aux médecins spécialistes

4.5. Population en situation de handicap

4.5.1. Troubles des élèves en situation de handicap dans les 1^{er} et 2^o degrés d'origine psychiatrique

Nature des troubles ou atteintes des élèves en situation de handicap scolarisés dans les 1^{ers} et 2nd degrés (public et	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire	France hexagonale
---	---------------------	----------------------------	--------------------------

privé) –(année scolaire 2015 – 2016) – (effectifs en %)			
Troubles intellectuels et cognitifs	655 (48.1%)	5 250 (47.3%)	ND
Troubles du psychisme	234 (17.2%)	2 071 (18.6%)	
Troubles du langage et de la parole	220 (16.2%)	1 350 (12.2%)	
Troubles moteurs y compris les dyspraxies	80 (5.9%)	648 (5.8%)	
Troubles viscéraux	21 (1.5%)	91 (0.8%)	
Troubles visuels	18 (1.3%)	171 (1.5%)	
Troubles auditifs	34 (2.5%)	350 (3.2%)	
Plusieurs troubles associés	88 (6.5%)	751 (6.8%)	
Autres troubles	12 (0.9%)	429 (3.9%)	
Total	1 362 (100%)	11 111 (100%)	

(Données OSCARD 2018)

4.5.2. Allocataires AAH et taux (Données Oscar 2018) dont AAH pour handicap psychique (données MDPH du département)

Données OSCARD 2018 et MDPH	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire	France métropole
Nombre et taux d'allocataires de l'allocation adulte handicapé (AAH) au 31/12/17 pour 100 adultes de 20 à 64 ans	5 725 (3.2%)	41 910 (2.9%)	1 089 900 (3%)
Dont AAH pour handicap psychique	3 260	/	/

(Données OSCARD 2018 AAH + handicap psychique données MDPH du 41)

Sur l'ensemble des bénéficiaires AAH, la proportion de personnes présentant un handicap psychique est de presque 60%

5.Caractéristique de l'offre de soin

5.1. Démographie des professionnels de santé

5.1.1. Nombre de médecins généralistes, densité, âge

La démographie médicale en région Centre-Val de Loire présente la densité la plus faible pour la France.

Le département connaît depuis 2009 une forte baisse des ressources en médecins généralistes (de 319 à 258 entre 2009 et 2018). Plus de la moitié ont plus de 55 ans. Les médecins généralistes sont les acteurs du premier recours et sont « relais » vers les structures spécialisées et les psychiatres.

	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire	France métropole
Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants	77.5	74.10	88.29

(Données 2018 RPPS et CNOM)

Parmi eux, 8 pédiatres représentant une densité de 30.40 pour 100 000 habitants, inférieure à celle du niveau régional (32.56).

25.8% des patients hospitalisés pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression n'ont pas déclaré de médecin traitant dans le département (contre 14.5% au niveau national).

Démographie médicale pour les médecins généralistes et pédiatres en tension par rapport au niveau national

5.1.2. Effectif de psychiatres

- Données générales

MODE EXERCICE ⓘ	Ensemble des modes d'exercice
ZONE INSCRIPT ⓘ	↑ ↓
FRANCE ENTIERE	15 388
Centre-Val de Loire	408
18 - Cher	39
28 - Eure-et-Loir	48
36 - Indre	25
37 - Indre-et-Loire	153
41 - Loir-et-Cher	51
45 - Loiret	92

2,65% des psychiatres de la France entière sont inscrits en région Centre-Val de Loire.

37,50% d'entre eux sont inscrits en Indre-et-Loire.

Le Loir-et-Cher est le troisième département de la région pour le nombre de psychiatres avec 12,8% des inscrits.

La part des libéraux exclusifs est comparable à la France entière mais avec de fortes disparités infra régionales.

MODE EXERCICE 	Libéraux exclusifs	Mixtes	Salariés hospitaliers	Autres salariés
ZONE INSCRIPT 				
FRANCE ENTIERE	30,04%	11,87%	50,27%	7,82%
Centre-Val de Loire	30,39%	8,58%	54,41%	6,62%
18 - Cher	23,08%	15,38%	46,15%	15,38%
28 - Eure-et-Loir	12,50%	4,17%	77,08%	6,25%
36 - Indre	28,00%	4,00%	56,00%	12,00%
37 - Indre-et-Loire	37,25%	3,92%	54,25%	4,58%
41 - Loir-et-Cher	45,10%	19,61%	29,41%	5,88%
45 - Loiret	23,91%	10,87%	59,78%	5,43%

Démographie des psychiatres plus faible sur le territoire qu'en régional et national

- Données sur les psychiatres libéraux (ou mixtes), densité, âge moyen

	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire	France métropole
Densité de psychiatres pour 100 000 habitants	16.5	74.10	23
Densité d'ETP en psychiatrie générale en établissements de santé pour 100 000 habitants	7.1	7.8	10.8
Taux de recours à un psychiatre libéral en 2015	13.7	14.1	18.3

(Données 2018 RPPS, CNOM et Atlas santé mentale)

34 psychiatres sont recensés en Loir-et-Cher exerçant en libéral/salariés dont 25 ont plus de 55 ans, soit 72% et aucun spécialisé sur les enfants et les adolescents.

Taux de recours à un psychiatre libéral dans le 41 inférieur au taux de recours moyen national (13,7 versus 18,3), pouvant être mis en lien avec la densité de psychiatres pour 100 000 habitants qui est plus faible que celle de la région et du national

- Données en lien avec les psychiatres hospitaliers hors internes

	Loir-et-Cher		
	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels
ETP moyens annuels psychiatres hospitaliers en psychiatrie générale (hors internes)	19	9	21.66
ETP moyens annuels psychiatres hospitaliers en	4	1	4.77

psychiatrie infanto-juvénile			
ETP moyens annuels psychiatres hospitaliers en milieu pénitentiaire	/	/	/

(Données SAE 2017)

Nombre de postes vacants de psychiatres dans les établissements publics

	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire	France métropole
Nombre de postes vacants	11 temps plein + 2 temps partiels	88 temps plein + 16 temps partiels	ND

(Données SIGMED 2019)

Nombre de psychiatres praticiens hospitaliers en diminution constante (15 praticiens en fonction en octobre 2019)

5.1.3. Nombres de psychologues libéraux (ou mixtes) et densité

Répartition des psychologues par département et type d'activité	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire
Psychologues non psychothérapeutes		
Salariés	199	1 514
Libéraux	53	371
Total des psychologues non psychothérapeutes	252	1 885
Psychologues et psychothérapeutes		
Salariés	10	144
Libéraux	11	112
Total des psychologues et psychothérapeutes	21	256
Total des psychologues	273	2 141
Densité psychologues pour 100 000 habitants	82.2	83.3

(Données INSEE 2017)

Densité de psychologues en Loir-et-Cher proche de la densité régionale

5.1.4. Nombre d'Infirmiers diplômés d'Etat (public, privé et libéraux) et densité

	Loir-et-Cher	Centre-Val de Loire	France métropole
Nombre d'infirmiers des établissements de soins publics purement sanitaires	891	8 822	225 278
Nombre d'infirmiers des	378	2 183	78 239

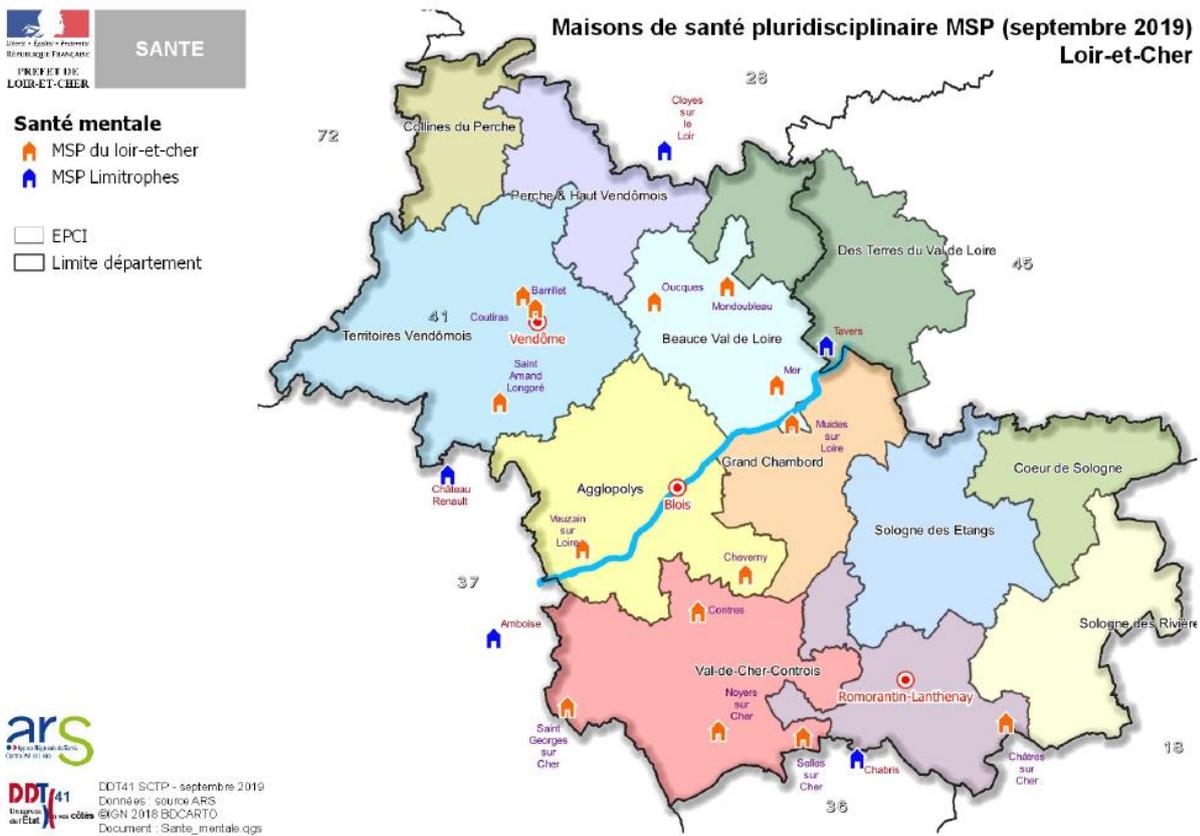
établissements de soins privés purement sanitaires			
Nombre d'infirmiers libéraux ou mixtes + densité pour 100 000 habitants	358 (108)	2 626 (102)	111 031 (174)

(Données STATISS 2016)

Densité des infirmières/infirmiers en Loir-et-Cher plus importante qu'au niveau régional mais très en dessous de la densité nationale

5.2. Organisation existante des professionnels de premier recours

5.2.1. Carte des MSP et liste des ESP et CPTS du territoire



Il existe actuellement sur le territoire 2 équipes de soins primaires (ESP) :

- Loire et Cosson (communes de Huisseau-sur-Cosson et Saint-Claude-de-Diray)
- Saint Aignan.

Il existe plusieurs CPTS :

- La Salamandre s'étend de Mer à Onzain sur toute la Vallée de la Loire et est active depuis la fin 2019
- Le Vendômois sur le nord du département vient de voir son projet de santé validé et adhère à l'accord conventionnel avec la CPAM depuis le 1^{er} décembre 2020

- Le Romorantinais et Vallée du Cher est encore en cours de constitution, même si des actions ont déjà démarré.

Par ailleurs, le secteur de Montrichard adhère à la CPTS Asclépios, dans l'Indre-et-Loire et la Sologne réfléchit à une CPTS avec le Loiret (La Ferté-Saint-Aubin).

(Données DD ARS 41)

5.2.2. Organisation de la Permanence des soins ambulatoires sur le département

Une centaine de médecins généralistes participent à la Permanence départementale des soins ambulatoires (PDSA) afin de proposer un service de consultations en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. La PDSA se déroule du lundi au vendredi de 20h00 à 22h00, les samedis de 12h00 à 22h00 et les dimanches et les jours fériés de 08h00 à 22h00.

Le département est découpé en 4 secteurs, auxquels sont adjoints, le week-end, deux secteurs d'effectif mobile, afin de prendre en charge les visites incompressibles (visites en EHPAD, certificats de décès, visites à domicile).

Il est à noter qu'il n'existe pas de structure de type « SOS médecins » sur le territoire.

5.3. Offres sanitaire et médico-sociale

5.3.1. Offre sanitaire

5.3.1.1 Nombre d'établissements et cliniques MCO-SSR tout statut et capacité en Loir-et-Cher

Statut + Nombre d'établissements	Nom de l'établissement	Capacité (nombre de lits et places installées)
Publics (6)	Centre hospitalier « Simone Veil » de Blois	médecine : 283 + 24 chirurgie : 89 + 15 obstétrique : 35 + 4 SSR : 125 + 4 psychiatre adultes et enfants : 75 + 37 soit 607 lits + 84 places (avec EHPAD et USLD : 1298 lits et 98 places)
	Centre hospitalier de Vendôme -Montoire	médecine : 89 + 6 SSR : 80 psychiatrie générale : 40 + 20 soit 209 lits + 26 places (avec EHPAD et FAM : 749 lits et 42 places)
	Centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay	médecine : 73 + 3 chirurgie : 28 + 10 obstétrique : 16 + 1 SSR : 30 psychiatrie adultes et enfants : 78 + 70

		soit 225 lits + 84 places (avec EHPAD, USLD, MAS et SSIAD : 527 lits et 186 places)
	Centre hospitalier de Saint-Aignan	médecine : 25 SSR : 30 soit 55 lits (avec EHPAD et les Brunetières : 453 lits et places)
	Centre hospitalier de Montrichard	SSR : 15 lits (avec EHPAD et UPAD : 176 lits)
	Centre hospitalier de Selles-sur-Cher	SSR : 27 lits (avec EHPAD et SSIAD : 231 lits et places)
Privés à but lucratif (2)	Polyclinique de Blois	médecine : 61 + 15 chirurgie : 64 + 29 obstétrique : 20
	Clinique du Saint-Cœur située à Vendôme	chirurgie : 82 + 11 obstétrique : 22 + 1
Intérêt collectif - ESPIC (2)	L'Hospitalet à Montoire-sur-le-Loir	SSR : 36 + 2
	La MGEN La Ménaudière à Montrichard	SSR : 94 + 5
Privés à but lucratif SSR (2)	Centre médical Théraé à La Chaussée St Victor	SSR : 112 + 2
	l'Institut médical de Sologne à Lamotte-Beuvron	SSR : 180 + 30
Privés –Établissements psychiatriques (3)	Clinique La Borde à Cour-Cheverny	psychiatrie générale : 107 + 30
	Clinique La Chesnaie à Chailles	psychiatrie générale : 101 + 30
	Clinique Médicale du Centre à Huisseau/Cosson	psychiatrie générale : 42 + 13 psychiatrie infanto-juvénile : 15 + 10
Le Noble Âge (1)	Etablissement d'hospitalisation à domicile	/
Société d'équipements lourds (4)	RMX 41 à La Chaussée St Victor	/
	SCM Imagerie Saint-Martin à Vendôme	/
	CIBER à Blois	/
	Centre de radiothérapie à La Chaussée Saint Victor	/
CIRAD (1)	Structure spécialisée dans la réalisation des dialyses	/

(Données DD ARS 2019)

Activité de psychiatrie adulte portée par 3 établissements publics et 3 établissements privés
Activité de pédopsychiatrie portée par 2 établissements publics et 1 établissement privé

5.3.1.2 Activité psychiatrique hospitalière pour adultes

Etablissements sanitaires avec une activité psychiatrique
Secteurs de psychiatrie adulte (septembre 2019)
Loir-et-Cher

Santé mentale

Légende

-  Cliniques psychiatriques
-  Établissements publics de santé

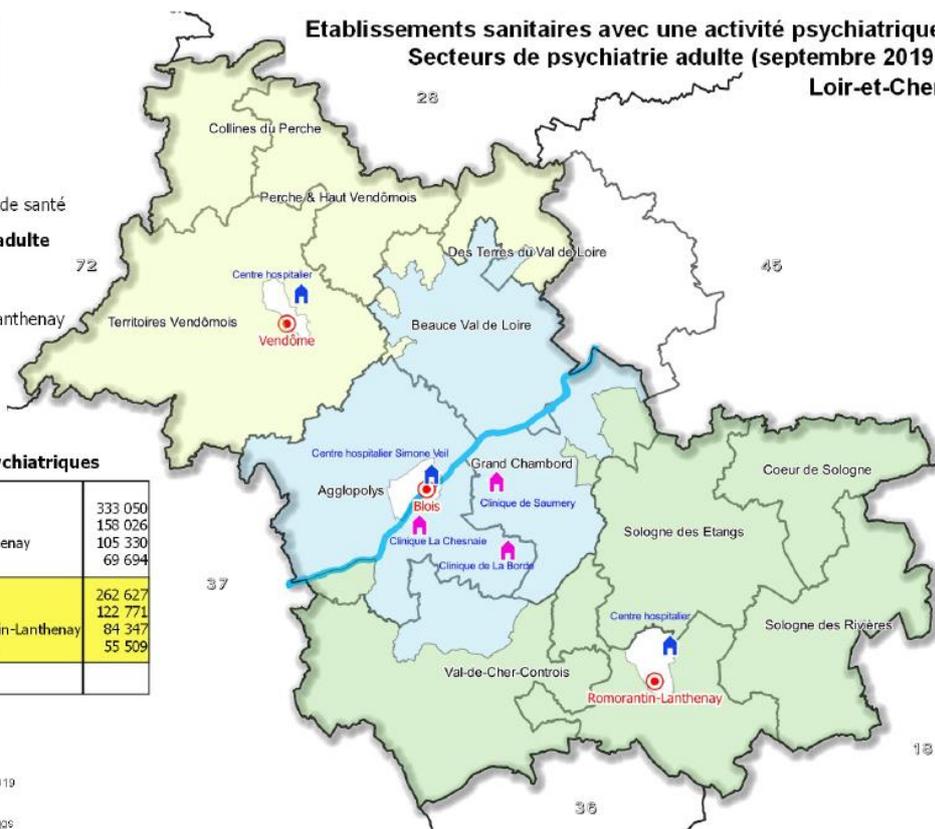
Secteurs de psychiatrie adulte

-  Secteur 1 - Vendôme
-  Secteur 2 - Blois
-  Secteur 3 - Romorantin-Lanthenay

-  Limite département
-  EPCI

Répartition par secteurs psychiatriques

Population totale	333 050
Population secteur Blois	158 026
Population secteur Romorantin-Lanthenay	105 330
Population secteur Vendôme	69 694
Population adultes totale	262 627
Population adultes secteur Blois	122 771
Population adultes secteur Romorantin-Lanthenay	84 347
Population adultes secteur Vendôme	55 509
Source INSEE 2015	



DDT41
 DDT41 SCTP - septembre 2019
 Données : ARS
 ©IGN 2018 BDCARTO
 Document : sante_mentale.ogs

Établissements de santé	Psychiatrie générale			
	Hospitalisation temps plein	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit	Placement familial thérapeutique
CH Blois Simone Veil	75	20	5	2
CH Romorantin-Lanthenay	64	45	0	14
CH Vendôme	40	20	0	0
Clinique de Cour-Cheverny	107	30	0	0
Clinique de Saumery	42	10	3	0
Clinique de Chailles	101	20	10	0
Total	429	145	19	16

(Données 2017 Source SAE)

Un taux d'équipement départemental de 2.3 pour 1 000 habitants de + de 16 ans supérieur aux niveaux régional (1.6) et national (1.5)

Peu de places en hospitalisation de nuit alors qu'il existe un besoin pour les patients

Peu de places en placement familial thérapeutique

Taux de recours en psy en journées ou actes/1 000 hab (données brutes)

Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge
-----------------	-----------------	-----------------

		ambulatoire	temps partiel	temps plein
2015	France	321.29	79.11	278.26
	Centre Val de Loire	248.14	86.79	276.03
	Loir-et-Cher	227.93	192.45	328.36
2016	France	327.93	78.16	275.16
	Centre Val de Loire	252.27	98.28	277.24
	Loir-et-Cher	218.45	236.2	284.46
2017	France	332.67	75.65	270.03
	Centre Val de Loire	270.67	93.17	287.29
	Loir-et-Cher	205.88	201.32	327.7

(Données fichier ARS scan santé)

Au niveau de la prise en charge :

- **En ambulatoire, le taux est inférieur aux taux régional et national pour les 3 années 2015 - 2016 - 2017**
- **En temps partiel et en temps plein, les taux sont nettement supérieurs aux taux régional et national pour les 3 années**

Attractivité des établissements et fuite des patients du département hors du département (région et hors région)

Hospitalisation à temps plein

Temps plein			
Territoire de santé Zone d'implantation des établissements	Journées produites dans le périmètre	Dont journées consommées par des patients d'autres périmètres de la région	Taux d'attractivité de la région
Cher	99 791	7 961	8.00%
Eure-et-Loir	64 245	799	1.20%
Indre	54 554	1 297	2.40%
Indre-et-Loire	166 414	15 608	9.40%
Loir-et-Cher	88 046	11 302	12.80%
Loiret	132 764	6 274	4.70%

Journées consommées par les patients d'autres territoires de la région et journées produites par les établissements du territoire

Le territoire a la particularité d'accueillir 3 établissements privés pratiquant la psychiatrie institutionnelle : clinique La Borde à Cour-Cheverny, clinique La Chesnaie à Chailles, clinique médicale du Centre à Huisseau/Cosson.

Déoulant des théories psychanalytiques, la psychothérapie institutionnelle est une pratique psychiatrique qui recherche avant tout, pour le préserver, le côté humain de la relation. Impliquant le sujet dans une vie collective active et ordonnée, elle le met ainsi, bien qu'il soit malade mental, au centre de sa guérison.

L'idée de base est de se servir du milieu hospitalier comme facteur thérapeutique.

Les mouvements affectifs qui se créent entre les patients et les gens de leur entourage sont reconnus et recherchés. Les échanges ne se font pas qu'avec une seule personne, mais partout où le patient entre en relation : le transfert englobe alors l'ensemble de la situation institutionnelle et devra donc être appréhendé en tant que tel dans des espaces de parole institués.

Reconnaissant à chaque être humain sa singularité, la psychothérapie institutionnelle s'efforcera de construire pour chaque patient une thérapeutique sur mesure. Car, à travers l'institution, c'est réellement dans la rencontre et la relation avec le patient que la thérapie se développe.

Avec la création des hôpitaux de jour et le partenariat avec les structures locales dans le domaine du Médico-social, ces établissements ont renforcé dans leur dispositif une sociothérapie active proche des postulats de la réhabilitation psychosociale.

Le taux d'attractivité pour l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie est supérieur aux autres départements de la région, la situation étant essentiellement due à la présence des 3 établissements privés sur le territoire

- File active de psychiatrie (temps complet, partiel, ambulatoire exclu) + proportion de la file active exclusivement en ambulatoire par rapport à la file active total

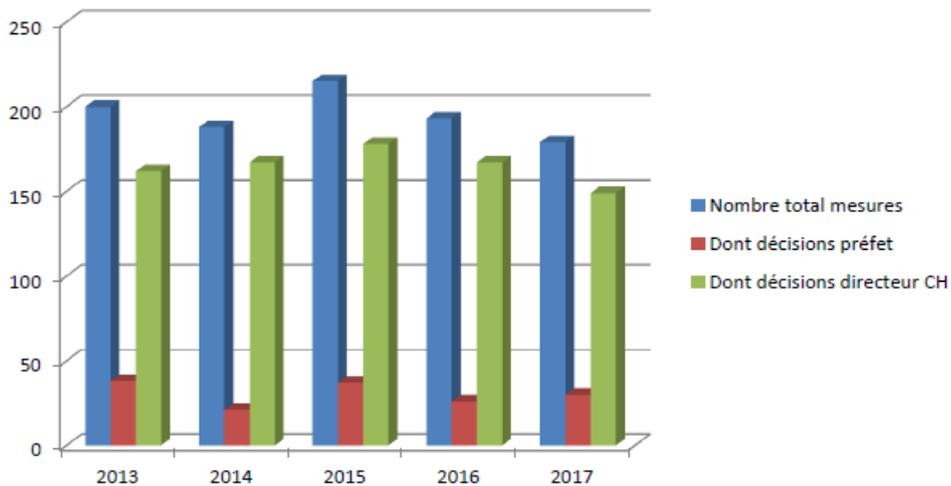
Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année		File active totale	File active exclusivement ambulatoire	File active hospitalisée à temps plein dans l'année	Personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an
		A	B	C	D
Psychiatrie générale	18	6 800	6 040	2 598	119
Psychiatrie infanto-juvénile	19	1 872	1 651	157	-
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	20	359	359	-	-
Total file active (sans double compte)	21	8 521	2 501	882	28

(Données fichier ARS SAE 2017)

File active 2016 de 8 385 personnes prises en charge en établissements de santé, en progression de + 23% depuis 2012 dont 1 297 en hospitalisation complète, 225 en hospitalisation partielle et 6 233 en ambulatoire

5.3.1.3. Focus sur les soins sans consentement :

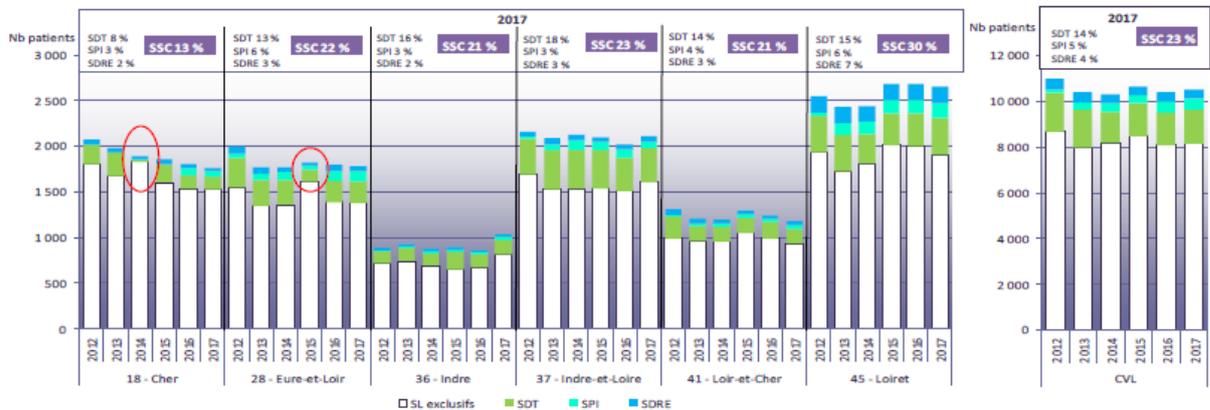
- Soins psychiatriques sans consentement Loir-et-Cher : évolution nombre d'ouvertures de mesures sur 5 ans, concernant les 3 CH : Blois, Romorantin-Lanthenay et Vendôme-Montoire



Stabilité du nombre de mesures sur 5 ans (moyenne : 195)

Forte proportion de mesures sur décision du directeur (83% en 2017) : soins sur demande d'un tiers (SDT), sur demande d'un tiers en urgence (SDTU), en cas de péril imminent (SPI)

- Proportion de patients soins sans consentement hospitalisés en psychiatrie



Disparité entre départements : de 13% (Cher) à 30% (Loiret)

Loir-et-Cher : taux de 21%

Sigles :

SSC : soins sans consentement - SDT : soins à la demande d'un tiers

SPI : soins en cas de péril imminent

SDRE : soins à la demande d'un représentant de l'Etat

-Patients hospitalisés en établissements psychiatriques public ou privé par mode légal (2013-2017)

Parts soins libres (SL) et sans consentement (SSC) stable :

83% / 17% des patients en 2017

Hausse importante des soins en cas de péril imminent (SPI) :

+54%

	2017	Evolution 2013-2017
% SL exclusifs	83%	+3%
% SSC dont :	17%	-2%
SDT	11%	-13%
SPI	3%	+54%
SDRE	3%	-9%
SPJPI	0,2%	+20%
Détenus	1,0%	+67%

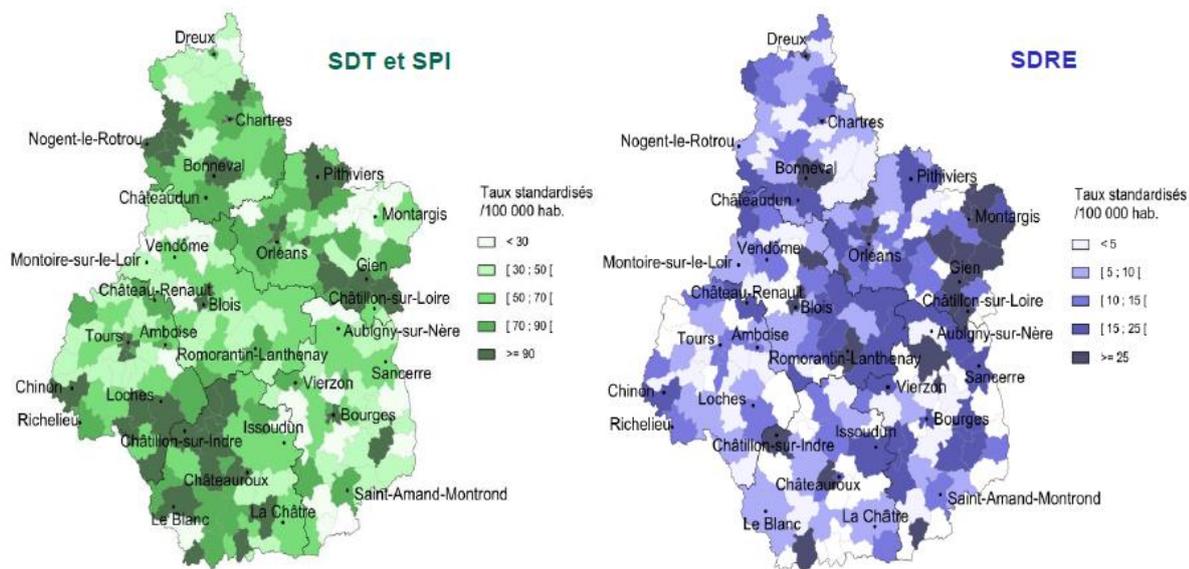
Compensée par une baisse des soins à la demande d'un tiers

(SDT) : -13%

Hausse des personnes jugées pénalement irresponsables (SPJPI) : +20%

Hausse des personnes détenues : +67%

-Taux de patients hospitalisés en SSC 2013-2017 sur la population INSEE 2014



(Source UREH)

Stabilité du nombre de mesures sur 5 ans, avec forte proportion de mesures sur décision du directeur

Taux d'hospitalisation de 21% pour le territoire, ce qui est proche de la moyenne régionale (23%)

Depuis 2013, hausse importante des patients irresponsables pénaux (+20%) et des patients détenus (+67%)

5.3.1.4. Activité psychiatrique hospitalière Infanto-juvénile

Psychiatrie	France	Centre-Val de Loire	Cher	Eure-et-Loire	Indre	Indre-et-Loire	Loiret	Loir-et-Cher
Taux d'équipement en établissements et services sanitaires en lits et places pour 10 000 habitants SAE 2015								
Psychiatrie infanto-juvéniles : lits d'hospitalisation complète pour 1 000 habitants de 0 à 16 ans inclus	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.0	0.3
Psychiatrie infanto-juvéniles : équipement global (lits et places) pour 1 000 habitants de 0 à 16 ans inclus	0.9	0.9	1.5	1.1	1.0	0.9	0.6	0.7

**Etablissements sanitaires avec une activité psychiatrique
 Secteurs de psychiatrie infant-juvénile (septembre 2019)
 Loir-et-Cher**

Santé mentale

Secteurs de psychiatrie infant-juvénile

- Blois - Vendôme
- Romorantin-Lanthenay

Légende

- 🏠 Cliniques psychiatriques
- 🏢 Établissements publics de santé

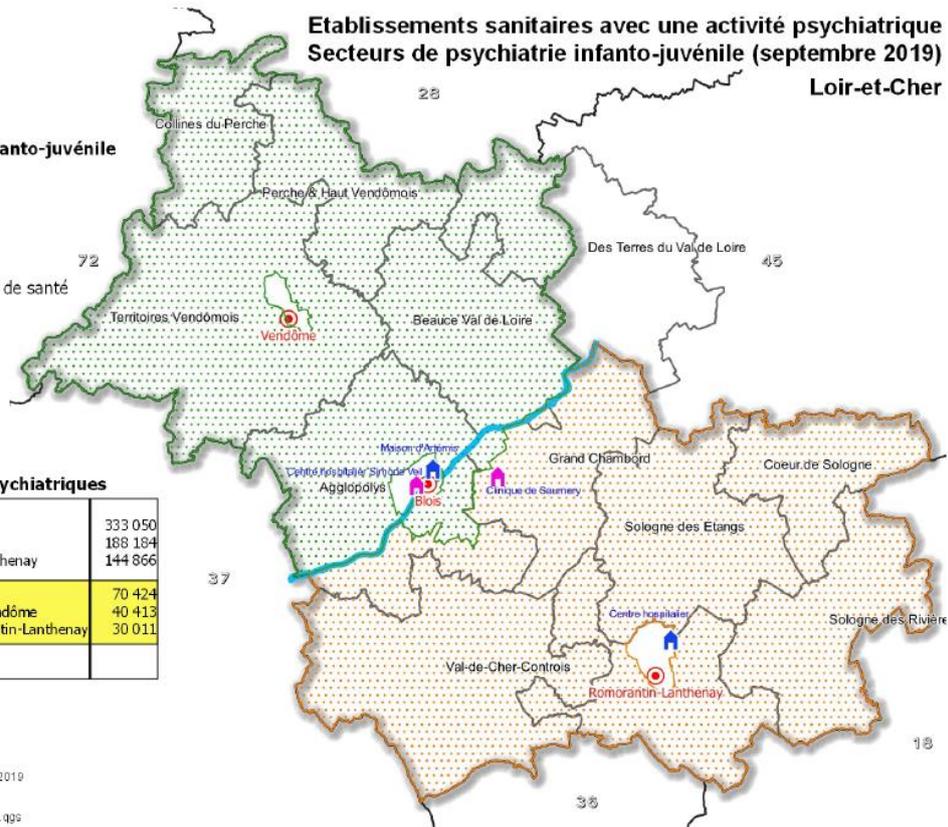
- Limite département
- EPCI

Répartition par secteurs psychiatriques

Population totale	333 050
Population secteur Blois/Vendôme	188 184
Population secteur Romorantin-Lanthenay	144 866
Population <18 ans totale	70 424
Population adultes secteur Blois/Vendôme	40 413
Population adultes secteur Romorantin-Lanthenay	30 011
Source INSEE 2015	



DDT 41
 Département de Loir-et-Cher
 DDT41 SCTP - septembre 2019
 Données ARS
 SIGN 2018 BDCARTO
 Document : Santé mentale.qgs



Établissements de santé	Psychiatrie infant-juvénile		
	Hospitalisation temps plein	Hospitalisation de jour	Placement familial thérapeutique
CH Blois Simone Veil	5	4	1
CH Romorantin-Lanthenay	0	25	0
CH Vendôme	0	0	0
Clinique de Cour-Cheverny	0	0	0
Clinique de Saumery	15	0	0
Maison d'Artémis	0	10	0
Clinique de Chailles	0	0	0
Total	20	39	1

(Données 2017 Source SAE)

Un taux d'équipement départemental de 0.7 pour 1 000 habitants de - de 16 ans inférieur aux niveaux régional (0.9) et national (0.9)

Pas de places en hospitalisations de nuit

Peu de places en placement familial thérapeutique

5.3.1.5. Activité hospitalière ambulatoire : CMP et CATT

Répartition inégale selon les territoires

Territoire de santé	CATT		CMP (et unités de consultation des services de psychiatrie)			
	Adultes	Enfants	Adultes		Enfants	
			Ouverture > 5j	Ouverture < 5j	Ouverture > 5j	Ouverture < 5j
18	-	-	12	2	4	3
28	-	2	1	-	2	-
36	5	8	5	-	2	6
37	4	2	4	12	8	2
41	3	7	4	2	3	4
45	1	1	3	-	2	-
Région	13	20	29	16	21	15

(Données 2017 Source SAE)

En complément du CMP de Vendôme, géré par l'équipe de pédopsychiatrie du Centre hospitalier de Blois, une antenne est ouverte sur Montoire-sur-Loir.

Des antennes sont aussi ouvertes sur les communes de Lamotte-Beuvron, Salbris, Noyers-sur-Cher, Contres avec une mise à disposition des compétences infirmière et psychologue, à raison de 2 demi-journées par semaine. Ces antennes sont gérées par l'équipe de pédopsychiatrie du Centre hospitalier de Romorantin Lanthenay.

Ces différentes antennes permettent la mise en place de soins de proximité dans des zones du département plus rurales avec des accès aux transports potentiellement difficiles.

Nombre d'actes, soins et interventions de CMP ou unité de consultation, total et moyenne / patient ; idem pour les CATT

	Capacités				Activité							
	Nbre de structures				Nbre d'actes, soins et interventions							
	CMP		Unité de consultation des services de psychiatrie	CATT	CMP	Unité de consultation des services de psychiatrie	CATT	à domicile ou en institution substitutive au domicile	En Ets social ou médico-social	En unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence)	En ETS médico-éducatif / PMI / en milieu scolaire	Dans le cadre d'une USMP d'un hôpital général
Structures ouvertes moins 5 jours/semaine	Structures ouvertes 5 jours ou plus par semaine											
Psychiatrie générale	2	6	2	3	17551	8583	8475	4445	87	3331	-	
Psychiatrie infant-juvénile	4	5	3	7	17439	345	3461	111	113	3850	230	
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	-	1	-	-			-	-				1705
Total psychiatrie (calculé)	6	12	5	10	34990	8928	11936	4556	200	7181	230	1705

(Source fichier ARS SAE 2017)

5.3.1.6. Equipe de psychiatrie de liaison

Il s'agit d'une équipe pluri professionnelle, intra hospitalière, permettant des consultations auprès des patients issus de médecine générale hospitalière, auprès des patients hospitalisés, des patients ambulatoires ou des patients accueillis au sein du service des urgences. Les sollicitations sont réalisées lorsque le médecin traitant de l'équipe se pose des questions au sujet de la santé mentale d'un patient et sur ses éventuelles conséquences concernant les soins et les traitements prescrits.

Les problématiques fréquentes incluent :

- Les patients ayant des conditions médicales résultant de symptômes psychiatriques ou comportementaux, tels que le syndrome confusionnel
- Le soutien pour s'occuper de patients ayant des troubles mentaux
- La contribution à l'évaluation de la capacité d'un patient à consentir à un traitement
- Les patients signalant des symptômes physiques comme résultat d'un trouble mental, ou les patients souffrant de symptômes physiques médicalement inexpliqués
- Les patients qui n'ont pas de trouble psychiatrique mais qui sont en situation de détresse liée à leurs problèmes de santé
- Les patients ayant fait une tentative de suicide ou d'automutilation.

Sur le Centre hospitalier Simone Veil de Blois :

Equipe de liaison avec double compétence infirmière et médicale, intervenant sur demande au sein des unités du MCO et du SSR ainsi qu'au niveau du service d'accueil des urgences. Présence infirmière 7j sur 7 de 8h30 à 18h30. Accès à la compétence médicale psychiatre 7j sur 7 avec astreinte la nuit et les week-ends et jours fériés.

Sur le Centre hospitalier de Romorantin Lanthénay :

Disponibilité d'une compétence infirmière du lundi au vendredi de 9h à 17h pour répondre aux demandes d'avis pour les patients adultes des urgences et des unités du MCO, SSR et EHPAD. Elle est en liaison directe avec le psychiatre pour les avis nécessitant un avis médical. Cette compétence infirmière est mutualisée entre toutes les structures adultes du pôle « Santé Mentale ».

Sur le Centre hospitalier de Vendôme – Montoire :

Disponibilité d'une infirmière pour répondre aux appels des urgences et des unités du MCO-SSR du lundi au vendredi, de 8h à 20h. Elle peut faire appel à un psychiatre si nécessaire via le psychiatre d'astreinte. Il est à noter que cette équipe peut aussi intervenir sur la Clinique du Saint-Cœur.

5.3.1.7. Equipe de liaison pédopsychiatrie

Les équipes de pédopsychiatrie de ces deux centres hospitaliers sont mises en capacité de pouvoir répondre aux sollicitations des équipes des services de soins urgents pédiatriques, des services pédiatriques et de

maternité, afin de donner un avis spécialisé et aider à la prise en charge. L'expertise peut être infirmière et/ou médicale sur les 2 sites. Ces équipes ne peuvent à ce jour, tenant compte de leurs effectifs proposés, proposer systématiquement des réévaluations ou des suivis.

5.3.1.8. Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

La PASS s'adresse à toute personne sans couverture sociale ou dont la situation sociale compromet l'accès aux soins. La PASS permet d'accéder aux soins, d'entreprendre les démarches d'ouverture ou de ré-ouverture des droits, de coupler une consultation médicale à une consultation sociale.

Il n'existe pas de PASS à orientation psychiatrique au sein du département. Il existe cependant deux PASS généralistes sur 2 des sites hospitaliers.

Sur le Centre hospitalier Simone Veil de Blois :

Un premier accueil par le service social permet d'évaluer l'éligibilité au dispositif. Une assistante sociale conseille et accompagne les personnes dans leurs démarches d'accès aux droits. Elle informe de manière générale sur les aides à la vie quotidienne. Elle oriente également vers des structures plus spécialisées selon les besoins. L'assistante sociale reçoit sur rendez-vous du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00. Une permanence sans rendez-vous a lieu tous les mardis, jeudis et vendredis de 9h à 12h00. Un médecin examine les patients et fait un bilan de leur santé. Si un avis est nécessaire, il oriente les personnes vers des spécialistes du Centre hospitalier Simone Veil et assure la coordination des soins. Les consultations médicales sont uniquement sur rendez-vous et ont lieu dans un bureau de consultation situé aux urgences, les mercredis et jeudis de 15h30 à 17h30.

En 2018, 342 dossiers ont été clôturés au 31/12/2018 (augmentation de 9% par rapport à 2017), avec une file active se reportant sur 2019 de 85 personnes. 67 personnes ont relevé d'un suivi à la maternité (soit +11% en 1 an). 44 personnes avaient déjà été suivies dans ce dispositif auparavant, ce qui correspond à une hausse de 76% en un an. Pour 58 personnes, aucune démarche n'a été possible. Les raisons sont multiples : la personne n'est pas venue à son RDV, incomplétude du dossier, pas d'ouverture de droits possible du fait de la situation administrative (mais accès aux soins).

Majoritairement, la PASS accompagne des personnes seules, ce qui renforce la situation de précarité des patients et les éventuelles difficultés de prise en charge, d'autant plus si la personne a des enfants à charge.

En 2018, le médecin a vu 228 patients, soit une hausse de 12% en nombre de patients vus malgré une baisse du nombre de consultations par rapport à l'année précédente (354 en 2017 et 336 en 2018).

Sur le Centre hospitalier de Vendôme – Montoire :

Le dispositif permet un accueil hebdomadaire le mercredi sur 2 heures avec mise à disposition des compétences assistante sociale et médicale. La PASS dispose d'une assistante sociale à temps plein et d'un temps médical à hauteur de 10%. Un temps aide-soignant est également mis à disposition. Ce temps a

notamment pour but d'accompagner le patient vers les différents services de l'établissement ainsi que d'effectuer des soins primaires auprès du patient. Le centre hospitalier met à disposition et rend accessible pour les publics en situation de vulnérabilité sociale (précarité et exclusion) l'ensemble de ses plateaux techniques, et en particulier: la pharmacie, le laboratoire, l'imagerie, les consultations spécialisées. Le service des urgences de l'hôpital, avec son personnel médical et para médical, reste accessible autant que de besoin tous les jours de l'année et à toute heure. Une infirmière du CeGIDD assure également une présence afin d'effectuer des actions médicales de prévention auprès des patients de la PASS.

Le public pris en charge par la PASS est en majorité français (67%). 60% viennent du secteur de Vendôme et 20% de celui de Montoire. Cela s'explique par la difficulté pour ces patients à se véhiculer. 45% des patients disposent d'un logement fixe. Parmi les patients vus par la PASS, 37% perçoivent les minimas sociaux, 32% sont à la retraite et 24% sont sans ressources. Le mode d'adressage principal des patients vers la PASS se fait par le SAU de l'établissement d'accueil (61%). 11% sont adressés par le conseil départemental, notamment les jeunes mineurs. 12% proviennent des structures d'hébergement spécifiques de demandeurs d'asile et migrants (CADA...). 46% n'ont pas de couverture médicale à l'entrée, 42% ont eu une PUMA sans complémentaire.

Il est à noter une augmentation des migrants provenant de pays du Maghreb (8%) ou d'Afrique subsaharienne (11%). Ces personnes viennent souvent en famille, n'ont aucun droit et sont hébergées chez « des compatriotes » qui assurent une partie de la traduction durant les entretiens. Constat est fait également d'une augmentation des consultations pour des suivis de grossesses chez les jeunes femmes migrantes. Les pathologies traceuses repérées chez le patient sont notamment des cas d'hépatites B, de VIH et de tuberculose.

5.3.1.9. Equipe mobile psychiatrie précarité (EMPP)

L'EMPP, créée en 2009, est placée sous la responsabilité d'un médecin psychiatre, et se compose d'un psychologue (0.5 ETP), d'un infirmier (1 ETP), et d'un éducateur spécialisé (0.5 ETP). Elle apporte une réponse aux besoins en santé mentale des publics en situation de précarité et d'exclusion. Elle est rattachée administrativement au Centre hospitalier de Blois et a une action territoriale. Elle intervient essentiellement à Blois. Elle est joignable en journée avec un numéro d'appel unique.

Elle vise en premier lieu les personnes, en souffrance psychique et en rupture de soins qui ne sont pas prises en charge, en essayant de les « amener vers les soins ». En second lieu, l'EMPP dirige son action vers les professionnels de première ligne, dont les acteurs sociaux, confrontés à ces problématiques afin de leur apporter une aide. L'EMPP assure des rencontres régulières avec le conseil départemental, le CADA, les CIAS/CCAS de Blois, Romorantin Lanthenay et Vendôme ainsi qu'avec les professionnels des établissements du GHT, et tout particulièrement avec les professionnels de la PASS. Cette équipe travaille en collaboration avec l'association « Osons nous Soigner ».

En 2018, 105 patients ont été pris en charge par l'EMPP avec 65 nouveaux cas. 20 avaient entre 18 et 25 ans et 84 entre 26 et 64 ans. 34% étaient hébergés par un organisme ou une association de façon suivie, 33% étaient à la rue. Pour 15 patients, un recours à l'interprétariat a été nécessaire pour leur prise en charge. En plus des actes de soins réalisés (19 consultations de psychologues, 135 actes infirmiers, 57 actes sociaux), 19

activités de groupe ont pu être mises en place ainsi que 30 réunions de synthèse. Des démarches pour une prise en charge de droit commun ont été menées pour 26 patients. 33% des patients ont été orientés vers les CMP, 22% vers une hospitalisation.

5.3.2. Offre médico-sociale handicap « orientée santé mentale »

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) est au centre des différents dispositifs d'accompagnement et de prise en charge des personnes en situation de handicap.

Elle a une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation des citoyens au handicap. Chaque MDPH met en place une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne handicapée et une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne dans son champ de compétences.

Le Centre médico-psycho-pédagogique, implanté sur trois sites géographiques (Blois, Vendôme, Mer), assure des consultations, des diagnostics et des soins ambulatoires.

La file active 2017 était de 617 enfants et adolescents, dont 223 reçus pour la première fois. Une liste d'attente est estimée à 449 enfants.

Le département compte plusieurs établissements et services spécialisés dans le handicap psychique dont :

- 2 SAMSAH (ALVE à Vendôme, Mutualité à Blois et Romorantin)
- 2 SAVS (ALVE à Vendôme, APAJH à Blois, Romorantin et Montrichard)
- 2 MAS (Vendômois à Naveil et CH Romorantin) qui accompagnent des personnes adultes handicapées dont un certain nombre ont plus de 60 ans (26 en MAS, 7 en SAMSAH en 2018).

Deux établissements de l'AIIIDAPHI situés à Montoire-sur-Le-Loir et Vineuil (3 places de MAS et 41 places de FAM) accueillent par ailleurs des personnes adultes présentant des troubles du spectre autistique dont 2 seulement avaient plus de 60 ans en 2018.

Il faut noter que dans les établissements et services pour personnes adultes présentant une déficience intellectuelle avec troubles associés, sont prises en charge de nombreuses personnes vieillissantes présentant des troubles psychiques associés. 4 structures sont dédiées spécifiquement aux personnes handicapées vieillissantes pour un total de 70 places (49 FO et 21 FAM situées à Vendôme, Onzain, Romorantin et Mont-Près-Chambord).

Places installées au 31.12.2016 par catégorie d'établissement⁽¹⁾ – Taux d'équipement

Type d'accueil	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Établissements d'hébergement								
Maisons d'accueil spécialisées (Mas)								
<i>nombre d'établissements</i>	4	2	6	6	4	5	27	670
<i>nombre de places installées</i>	94	89	185	196	145	182	891	27 623
Foyers d'accueil médicalisés (Fam) (2)								
<i>nombre d'établissements</i>	6	12	5	12	10	14	59	967
<i>nombre de places installées</i>	182	316	125	263	231	301	1 418	28 396
Foyers de vie								
<i>nombre d'établissements</i>	7	13	11	21	11	19	82	1 705
<i>nombre de places installées</i>	224	512	204	568	272	513	2 293	49 297
<i>dont nombre de places en accueil de jour</i>	60	84	56	187	49	165	601	12 645
Foyers d'hébergement								
<i>nombre d'établissements</i>	9	10	11	17	9	13	69	1 289
<i>nombre de places installées</i>	335	274	145	469	300	509	2 032	39 056
Foyers polyvalents (3)								
<i>nombre d'établissements</i>	0	0	0	0	0	2	2	74
<i>nombre de places installées</i>	0	0	0	0	0	35	35	2 908
Établissements expérimentaux								
<i>nombre d'établissements</i>	0	1	0	2	2	1	6	126
<i>nombre de places installées</i>	0	16	0	114	6	11	147	2 845
Structures d'accueil temporaire (4)								
<i>nombre de places installées</i>	23	14	9	28	22	51	147	3 052
Établissements de travail protégé								
Entreprises de service et d'aide par le travail (Esat)								
<i>nombre d'établissements</i>	8	14	13	16	11	22	84	1 471
<i>nombre de places installées</i>	600	787	475	1 255	598	1 222	4 937	116 107
Centres de rééducation professionnelle (CRP), Centres de préorientation (CPO), Unités d'évaluation, de ré-entraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS)								
<i>nombre d'établissements</i>	1	0	0	2	1	0	4	138
<i>nombre de places installées</i>	86	0	0	81	112	0	279	10 520
Services d'accompagnement à la vie sociale pour adultes handicapés (SAVS et Samsah) (5)								
<i>nombre de places</i>	307	267	181	481	351	361	1 948	48 322

(Données OSCAR 2018)

Concernant l'offre médico-sociale « handicap globale », le taux d'équipement en structures médico-sociales pour personnes présentant un handicap sur le 41 est globalement supérieur aux moyennes régionale et nationale.

Le déploiement actuel de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » est en cours sur le département, animée par la MDPH et impliquant l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour de 4 axes :

- La mise en place du dispositif d'orientation permanent (plan d'accompagnement global – groupes opérationnels de synthèse)
- Le déploiement d'une réponse territorialisée
- La dynamique d'accompagnement par les pairs

- L'accompagnement au changement des pratiques.

Taux d'équipement du 41 autour de 11 à 16% du taux d'équipement régional pour les structures d'hébergement

Pas de foyer polyvalent

Taux d'équipement à 8,25% de la région pour les ESAT et taux montant à 40% pour les centres de rééducation

Dépenses médicosociales/habitant : Focus « handicap »

Personnes âgées	France	Centre-Val de Loire	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loiret	Loir-et-Cher
Dépenses AM en € par habitants de 75 ans ou plus 2017								
Enveloppe médico-sociale personnes âgées (établissements et services médico-sociaux)	1641	1791	1865	1805	1832	1624	1759	1992
Dépenses USLD	160	147	235	158	168	74	165	131
Dépenses en Actes infirmiers de soins effectués en libéral	428	68	61	33	100	86	66	63
Total dépenses assurance maladie	2229	2006	2162	1996	2100	1783	1990	2186
Dépense APA 2013 en € / PA de 75 ans ou +	907	824	920	735	817	724	874	876
Enfants handicapés	France	Centre-Val de Loire	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loiret	Loir-et-Cher
Dépense CNAM et CNAF								
Dépense MS enfants en € par habitants de 0 à 19 ans - 2016	404	469	394	397	540	493	538	398
Dépenses AEEH (pour 1000 hab de 0-19 ans) - 12-2015	50	42	31	41	47	52	37	40
Taux de bénéficiaires d'AEEH (pour 100 hab de 0-19 ans) - 12-2015	1.5	1.3	1.4	1.6	1.7	1.1	1.0	1.6
Adultes handicapés	France	Centre-Val de Loire	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loiret	Loir-et-Cher
Dépense CNAM, CNAF, CNSA en € et nbre d'allocataires pour 1000 adultes de 20 à 59 ans								
Dépense Médico-sociale adultes en € par personne de 20 à 59 ans – 2016	94	91	108	73	135	72	72	149
Dépense PCH + ACTP en € par personne de 59 ans - 2015	43	35	62	26	47	38	22	40
Dépense AAH en € par personne de 20 à 59 ans - 2015	246	236	322	188	345	239	188	253
Dépense pension d'invalidité 2014 en € par personne de 0 à 59 ans – 2015	165	147	148	203	180	110	139	133
Nombre d'allocataires de l'AAH pour 100 habitants de 20 à 59 ans – 2015	3.2	3.1	4.5	2.4	5.0	3.1	2.4	3.3
Nombre d'allocataires de PCH ou ACTP pour 100 habitants de 0 à 59 ans – 2015	0.8	0.6	1.1	0.5	0.8	0.5	0.5	0.7

(Indicateurs CNSA 2015 - 2016)

Pour les personnes âgées, le total des dépenses médico-sociales assurance maladie est supérieur aux autres départements de la région et légèrement inférieur à l'échelon national

Pour les enfants handicapés, le taux de bénéficiaires d'AEEH est l'un des plus élevés de la région, mais légèrement inférieur du niveau national

Pour les adultes handicapés, la dépense médico-sociale adultes en € par personne de 20 à 59 ans en 2016 est la plus élevée de la région et elle est nettement supérieure à celle du niveau national

5.3.3. Offre pour les enfants, adolescents et jeunes

5.3.3.1. Liste et nombre de places et taux d'équipement en CMPP, CAMSP, CME, IME, SESSAD, ITEP)

Enfants handicapés	France	Centre-Val de Loire	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loiret	Loir-et-Cher
Taux d'équipement en places installées pour 10 000 habitants de moins de 20 ans SAE 12/2017								
Taux d'équipement global en établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents	6.6	7.6	7.7	8.0	10.2	7.7	6.7	7.4
Taux d'équipement global en services médico-sociaux pour enfants et adolescents	3.3	3.3	4.0	2.4	3.7	4.2	2.6	3.6
dont toutes déficiences en établissements	0.08	0.13	0.00	0.00	1.07	0.10	0.00	0.24
dont toutes déficiences en services	0.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
dont déficience intellectuelle en établissements	3.60	4.28	4.07	5.89	4.35	3.59	3.93	4.24
dont déficience intellectuelle en services	1.21	1.28	1.97	0.82	2.37	1.64	0.71	1.34
dont autisme et TED en établissements	0.50	0.64	0.73	0.35	1.25	0.79	0.50	0.68
dont autisme et TED en services	0.27	0.26	0.15	0.49	0.00	0.18	0.27	0.34
dont déficience motrice en établissements	0.42	0.40	0.82	0.00	1.12	0.41	0.48	0.00
dont déficience motrice en services	0.38	0.39	0.36	0.32	0.42	0.41	0.41	0.46
dont poly handicap en établissements	0.50	0.47	0.38	0.52	0.42	0.34	0.63	0.38
dont poly handicap en services	0.09	0.08	0.23	0.00	0.04	0.00	0.11	0.20
dont troubles du Comportement Handicap psychique en établissements	1.01	1.39	1.71	0.82	1.96	2.13	0.64	1.89
dont troubles du Comportement Handicap psychique en services	0.54	0.51	0.68	0.18	0.42	1.04	0.20	0.53
dont déficiences sensorielles en établissements	0.41	0.31	0.00	0.47	0.00	0.34	0.50	0.00
dont déficiences sensorielles en services	0.59	0.77	0.62	0.59	0.40	0.97	0.91	0.70
dont autres déficiences en établissements	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
dont autres déficiences en services	0.07	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Taux d'équipement en établissements médico-sociaux et en services médico-sociaux pour enfants et adolescents du 41 proches des taux régionaux et plus élevés que les taux nationaux

5.3.3.2. Maison des adolescents (MDA)

Dispositif de prévention, de repérage précoce, d'orientation s'adressant aux adolescents et à leurs proches, proposant un accueil gratuit, libre, confidentiel pour tous les jeunes de 11 à 21 ans et leurs proches. Ce dispositif dispose d'une équipe pluri professionnelle (éducateurs spécialisés, psychologues et infirmières) disponible pour l'accueil, l'écoute, l'orientation. La MDA propose des consultations « jeunes consommateurs » (CJC) dans les locaux 2 jours par semaine sur Blois.

Trois lieux d'accueil sont ouverts sur le territoire : Blois ouvert 5 jours sur 7 depuis 2007, Romorantin ouvert le jeudi depuis octobre 2019, Vendôme ouvert le lundi depuis 2012. Notons que la CJC est portée par trois acteurs sur le département : MDA, ANPAA, VRS.

La MDA coordonne le dispositif « Coordination adolescents départementale » depuis 2019 qui favorise les échanges et les synergies entre les différents acteurs partie prenante et l'accompagnement global pluridisciplinaire de situations de jeunes dites complexes.

Pour 2019, les ressources humaines mises à disposition se composaient des compétences suivantes : pédiatre 0.8 ETP, coordonnateur / éducateur 1 ETP, psychologue 1.8 ETP, infirmière 0.8 ETP, diététicienne 0.2 ETP, secrétaire 1 ETP, éducateur 0.8 ETP.

Quelques chiffres en 2018 : 488 jeunes accueillis dont 430 nouveaux (112 jeunes sur antenne de Vendôme dont 76 nouveaux). 510 accueils de proches. Consultation « Jeunes consommateurs » : 63 jeunes accueillis– 223 consultations réalisées.

5.3.3.3. Dispositif d'annonce et de diagnostic autisme (DADA) 41

Ouvert en 2016 et intégré au CAMPS du Centre hospitalier Simone Veil de Blois avec vocation territoriale (site principal Blois et antennes à Romorantin et à Vendôme), le DADA a des missions de repérage, diagnostic, interventions précoces et accompagnement des enfants présentant des troubles de la relation et de la communication et de leurs familles.

Après une analyse de la demande de rendez-vous en commission pluriprofessionnelle, des bilans sont proposés aux enfants (psychologique et passation d'un ADS, orthophoniste, psychomoteur, et bilan par une éducatrice de jeunes enfants) ainsi qu'une consultation avec pédiatre.

Lors de ces rendez-vous, un projet de soins et d'accompagnement est proposé à l'enfant et à ses parents.

Dans le cadre du dispositif DADA, 0.5 ETP de psychomotricienne est financé. Pour les autres compétences, ce sont les professionnels du CAMPS qui assurent les prises en charges en plus de leurs missions au CAMPS.

Quelques données :

- File active 2018 : 68 enfants soit 14% de la file active du CAMPS
- Délai moyen entre la demande parentale et le 1^{er} rendez-vous (consultation pédiatrique) environ de 6 mois
- 80% des enfants ont un dossier MDPH
- 24 enfants sont sortis du dispositif en 2018 : 18 en lien avec leur âge, 1 en lien avec son déménagement hors 41, 1 en lien avec accueil au CMP de Blois et 4 en lien avec accueil de l'UEMA de Blois.

5.3.3.4. Offre en structures relevant de la protection de l'enfance (MECS, foyers de l'enfance, accueil familial, accueil mère-enfant...)

Mesures ASE de placement et d'actions éducatives

Données	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Mesures d'Ase (mesures de placement et actions éducatives) en % des 0-20 ans* au 31.12.2016	2,3 %	2,0 %	2,6 %	1,5 %	2,5 %	2,6 %	ND	1,9 %
Part des mesures de placement (enfants confiés à l'Ase et placements directs) dans le total des mesures d'Ase (en %)* au 31.12.2016	54,7 %	52,6 %	43,9 %	52,7 %	45,2 %	29,0 %	ND	50,8 %
Part des actions éducatives à domicile, dans l'ensemble des actions éducatives (en %)* au 31.12.2016	61,1 %	28,7 %	22,8 %	30,8 %	32,5 %	64,7 %	ND	31,4 %
Part des mesures administratives dans les mesures de placement (enfants confiés à l'Ase et placements directs) (en %)* au 31.12.2016	32,4 %	18,3 %	14,0 %	12,7 %	15,6 %	13,1 %	ND	20,3 %
Part des placements directs dans les mesures de placement (en %)* au 31.12.2016	8,3 %	8,4 %	6,9 %	3,1 %	10,3 %	6,2 %	ND	9,0 %

*Sources: Insee (Indicateurs sociaux départementaux - Cnis); Drees, Enquête Aide sociale; Insee, estimations provisoires de population au 01/01/2017

La part des placements directs dans les mesures de placement, 10,3%, est la plus élevée de la région et dépasse le niveau national

Maisons d'enfants à caractère social (MECS)

Ce sont des établissements sociaux spécialisés dans l'accueil temporaire de mineurs en difficulté. Ils fonctionnent en internat complet ou en foyer ouvert, les enfants sont alors scolarisés ou reçoivent une formation professionnelle à l'extérieur. Le placement en MECS a notamment lieu dans les cas de violence familiale (physique, sexuelle ou psychologique), de difficultés psychologiques ou psychiatriques des parents, de problème d'alcoolisme, de toxicomanie, de graves conflits familiaux, de carences éducatives, de problèmes comportementaux de l'enfant, de l'isolement en France d'un enfant étranger...

Région Centre-Val de Loire : 39 MECS dont 8 dans le Loir-et-Cher

Nom de la structure	Commune
Lieu de vie et d'accueil	SAVIGNY SUR BRAYE
Centre départemental de l'enfance et de la famille	BLOIS
Centre Bougainville –Centre d'orientation et d'action éducative	BLOIS
Service d'accueil d'urgence	BLOIS
Le foyer amitié	CHAMBON SUR CISSE
Domaine des Frileuses	CHAUMONT SUR LOIRE
Unité de vie	VINEUIL
Maison d'enfants La Merisaie	PONTLEVOY

Etablissements d'accueil mère-enfant

L'accueil mère-enfant a pour objectif d'aider les femmes enceintes ou les mères isolées accompagnées d'enfants de moins de trois ans et qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, dans le but d'éviter les abandons d'enfants. Chaque département doit disposer de structures d'accueil pour ces femmes en application de l'article L221-1 du code de l'action sociale et des familles. Les femmes accueillies peuvent être hébergées en foyer collectif ou dans un réseau d'appartements et contribuent financièrement à leur prise en charge (le plus souvent grâce à l'allocation de soutien familial). Cet hébergement permet aux mères de bénéficier d'une formation professionnelle adaptée, de rechercher ou d'exercer un emploi. La durée du séjour des femmes est

initialement prévue pour une période de 6 mois renouvelable, avec un maximum de 3 ans. Le conseil départemental est gestionnaire de ces établissements ou peut en confier la gestion à une association.

Région Centre Val de Loire : 7 accueils mère-enfants dont 1 dans le Loir-et-Cher à Blois

5.3.3.5. Offre en structures sous compétence de la protection

judiciaire de la jeunesse, services de la PJJ intervenant dans le 41

Une Unité éducative de milieu ouvert (UEMO) existe sur Blois : investigations civiles/pénales, mesures éducatives, sanctions et peines (MJIE, LS, CJ, TIG, SME, suivis socio-judiciaires).

Deux Unités éducatives d'activité de jour (UEAJ) sont implantées sur 2 sites : module des acquisitions civil/pénal, mesure d'activité de jour/pénal.

Trois structures du secteur associatif sont habilitées en Loir-et-Cher :

	Services de milieu ouvert	Etablissements de placement
3 Structures du secteur associatif habilité en Loir-et-Cher	SIE de l'AIDAPHI (service d'investigation éducative)	Foyer Bougainville de l'association ACESM
	SAEMO de l'AIDAPHI (service d'action éducative de milieu ouvert)	SAU de l'association ACESM (service d'accueil d'urgence)
	SAEMO de l'ACESM (service d'action éducative de milieu ouvert)	

(Doc recap PJJ) (Données OSCARD 2018)

5.3.3.6. BAPU (Bureau d'aide psychologique universitaire)

Le seul établissement situé en région Centre-Val de Loire est à Tours (APAJH). Le BAPU défend et décline les valeurs associatives de non-discriminations de l'APAJH d'Indre-et-Loire en appliquant les principes du projet associatif de Citoyenneté, de Laïcité et de Solidarité dans l'accueil et le suivi des étudiants. A ce titre, l'équipe du BAPU accompagne les étudiants en situation de handicap et/ou connaissant des troubles psychologiques en leur garantissant l'égalité des droits. Une équipe pluridisciplinaire compose le BABU (1 médecin psychiatre, un psychomotricien-sophrologue et plusieurs psychologues). La grande majorité des étudiants attendent moins de 3 mois entre leur demande et la prise en charge. Il n'y a pas de délai entre la phase diagnostique et la phase traitement.

Il existe à Blois le service de santé universitaire située à la Maison de l'étudiant.

5.3.3.7. Autres structures ou dispositifs locaux d'intervention précoce en santé mentale

Mission locale

La Mission Locale aide les jeunes de 16 à 25 ans qui ne sont plus scolarisés à s'insérer dans leur vie professionnelle et sociale. Ses missions portent sur l'orientation, la formation, l'emploi, le logement, la santé, la mobilité, la citoyenneté, les démarches administratives... Elle touche chaque année près de 3 000 jeunes différents et assure 8 000 entretiens individuels sur l'arrondissement Blaisois.

Points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ)

Ces structures accueillent de façon inconditionnelle, gratuite et confidentielle, sans rendez-vous, seul ou en groupe, jeunes et/ ou parents souhaitant recevoir un appui, un conseil, une orientation, des lors qu'ils

rencontrent une difficulté concernant la santé de façon la plus large : mal être, souffrance, dévalorisation, échec, attitude conflictuelle, difficultés scolaires ou relationnelles, conduites de rupture, violentes ou dépendantes, décrochage social, scolaire. Cet accueil est subsidiaire aux dispositifs existants et de droit commun et n'offre pas de soin. Il en existe une dans le Loir-et-Cher, elle est située à Blois.

Protection maternelle et infantile (PMI)

La PMI est chargée d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Elle exerce un rôle de prévention dans le domaine de la santé, du développement et de l'éducation auprès des familles et des enfants.

5.3.4. Offres pour les personnes âgées

5.3.4.1. Nombre EHPAD, nombre places, taux équipement

Personnes âgées	France	Centre-Val de Loire	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loiret	Loir-et-Cher
Démographie								
Personnes âgées de 75 ans et plus en 2016	6 105 618	272 525	36 531	40 529	30 401	63 201	62 485	39 378
Projection personnes âgées de 75 ans et plus 2040	10 672 135	458 616	58 121	69 869	46 900	109 053	107 659	67 014
% Evolution projetée 2016-2040	74,8%	68,3%	59,1%	72,4%	54,3%	72,5%	72,3%	70,2%
Taux d'équipement en places installées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus 12-2017								
Hébergement médicalisé en EHPAD	97,7	106,0	112,5	103,2	108,1	99,7	103,2	116,0
dont hébergement en UHR	0,26	0,29	0,38	0,25	0,46	0,22	0,19	0,36
USLD	5,1	5,0	7,6	5,5	5,1	3,2	5,3	4,1
Hébergement non médicalisé en EHPA	20,6	15,3	17,1	9,7	9,5	24,7	13,7	11,5
SSIAD et SPASAD hors ESA	20,6	20,6	19,9	16,9	23,4	22,2	20,5	20,6
ESA (en SSIAD et SPASAD Alzheimer et maladies apparentées)	0,8	0,8	0,5	1,0	1,0	0,9	0,8	0,8
Accueil de Jour	2,5	2,0	2,2	1,4	1,5	2,5	1,9	2,4
Hébergement Temporaire	1,9	2,2	2,1	1,9	2,0	2,1	2,4	2,9
Total places médicalisées en ESMS PA	129,0	137,0	145,3	130,1	141,5	130,8	134,4	147,1

(Données CNSA 2017)

Données	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre-Val de Loire	France hexagonale
19 Nombre de personnes de 75 ans et plus vivant seules à domicile (pour 100 personnes de 75 ans et plus) en 2015	14 311 38,4 %	15 147 37,2 %	12 282 39,6 %	23 648 37,6 %	14 887 37,0 %	23 613 37,6 %	103 888 37,8 %	2 310 925 38,5 %
<i>hommes</i>	3 182 22,1 %	3 401 21,4 %	2 941 24,7 %	4 928 20,2 %	3 522 22,0 %	5 218 21,2 %	23 191 21,6 %	494 559 21,7 %
<i>femmes</i>	11 129 48,6 %	11 746 47,3 %	9 341 49,0 %	18 720 48,6 %	11 365 46,9 %	18 395 48,1 %	80 697 48,1 %	1 816 366 48,7 %
Mode d'habitation des personnes âgées de 75 ans et plus en 2015 (effectifs et en % des 75 ans et plus)								
Vivant en logement ordinaire	33 318 89,4 %	36 494 89,6 %	27 847 89,8 %	56 789 90,3 %	35 764 88,9 %	56 657 90,1 %	246 868 89,8 %	5 420 799 90,2 %
<i>hommes</i>	13 396 93,0 %	14 843 93,4 %	11 143 93,4 %	22 899 94,0 %	14 859 92,8 %	23 096 93,9 %	100 235 93,5 %	2 134 712 93,7 %
<i>femmes</i>	19 921 87,1 %	21 651 87,2 %	16 704 87,6 %	33 890 88,0 %	20 906 86,3 %	33 561 87,7 %	146 633 87,4 %	3 286 087 88,1 %
Vivant en établissement social de court séjour, dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, une maison de retraite, un foyer ou une résidence sociale	3 938 10,6 %	4 125 10,1 %	3 118 10,1 %	5 917 9,4 %	4 380 10,9 %	6 131 9,8 %	27 609 10,0 %	573 436 9,5 %
<i>hommes</i>	999 6,9 %	1 043 6,6 %	765 6,4 %	1 450 5,9 %	1 130 7,1 %	1 457 5,9 %	6 844 6,4 %	140 646 6,2 %
<i>femmes</i>	2 940 12,8 %	3 082 12,4 %	2 353 12,3 %	4 467 11,6 %	3 250 13,4 %	4 674 12,2 %	20 765 12,4 %	432 790 11,6 %
Autre	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,3 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
20 Indice de grand vieillissement en 2015 (Nombre de personnes de 80 ans et plus pour 100 personnes de 65 à 79 ans)	48,2	48,4	52,8	50,7	52,0	47,5	49,6	46,7
<i>hommes</i>	36,2	37,5	40,3	39,8	41,0	37,1	38,5	35,4
<i>femmes</i>	58,8	58,1	63,8	59,9	61,8	56,6	59,4	56,3
Part des 85 ans et plus parmi les 65 ans et plus en 2015	16,7 %	17,1 %	18,0 %	17,9 %	18,2 %	16,6 %	17,4 %	16,4 %
<i>hommes</i>	12,0 %	13,1 %	13,2 %	13,5 %	14,0 %	12,5 %	13,0 %	11,9 %
<i>femmes</i>	20,4 %	20,2 %	21,6 %	21,1 %	21,4 %	19,7 %	20,6 %	19,7 %
Espérance de vie à 60 ans au 1er janvier 2017*							ND	
<i>hommes</i>	22,6	22,8	21,9	23,8	23,2	23,1	ND	23,2
<i>femmes</i>	26,8	27,3	26,5	28,1	26,9	27,5	ND	27,6

Places installées au 31.12.2016 (publiques ou privées)

Types d'accueil	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Hébergement permanent :								
Maison de retraite non Ehpad								
<i>nombre d'établissements</i>	2	2	2	4	1	2	13	332
<i>nombre de places installées</i>	16	46	44	93	20	55	274	7 493
Résidence autonomie (1)								
<i>nombre d'établissements</i>	13	7	7	30	12	15	84	2 272
<i>nombre de places installées</i>	563	327	154	1 081	400	750	3 275	110 471
Ehpad								
<i>nombre d'établissements</i>	42	47	42	64	51	68	314	7 379
<i>nombre de places installées</i>	4 187	4 280	3 347	6 348	4 661	6 563	29 386	601 009
Hébergement temporaire								
<i>nombre de places installées (2)</i>	127	106	106	256	143	241	979	16 177
Accueil de jour								
<i>nombre de places installées (3)</i>	84	51	46	157	96	119	553	22 075
Soins de longue durée (USLD) (4)								
<i>nombre d'établissements</i>	6	4	4	2	2	5	23	590
<i>nombre de lits</i>	277	222	155	205	160	330	1 349	30 964
Taux d'équipement en places dans les structures d'hébergement non Ehpad (pour 1 000 personnes de 75 ans et plus) au 31.12.2016 (maisons de retraite, logements-foyers, USLD)	23,1 ‰	14,7 ‰	11,5 ‰	22,0 ‰	14,6 ‰	18,3 ‰	18,0 ‰	24,9 ‰
Taux d'équipement en places dans les Ehpad (pour 1 000 personnes de 75 ans et plus) au 31.12.2016	112,7 ‰	105,8 ‰	109,1 ‰	101,3 ‰	117,2 ‰	105,7 ‰	107,7 ‰	100,4 ‰

Sources : Panorama statistique 2017 Jeunesse, sports, cohésion sociale (Drees, Finess, SAE; Insee, estimations de population)

(1) Résidence autonomie anciennement logement-foyer

(2) On compte l'ensemble des places d'accueil temporaire quelle que soit la catégorie d'établissement

(3) On compte l'ensemble des places d'accueil de jour dans les établissements et services pour personnes âgées

(4) Source SAE - Établissements ayant rempli le bordereau USLD (ayant signé ou non une convention tripartite)

Le Loir-et-Cher dispose de 52 EHPAD pour un total de 4 499 places d'hébergement permanent et 114 d'hébergement temporaire

Ces dispositifs sont complétés par 10 accueils de jours Alzheimer pour une capacité totale de 96 places sur Blois, Vendôme avec une plateforme de répit, Vineuil avec une plateforme de répit, Salbris, Romorantin, Veuzain-sur-Loire, Droué, Mer, Saint Aignan, Saint Georges sur Cher

5.3.4.2. Offres spécialisées : nombre de structures et capacités (pathologies neurodégénératives, unités Alzheimer, UCC, UHR, USLD, Équipes mobiles gériatriques)

Une offre spécialisée s'est mise en place pour les prises en charges spécifiques des personnes présentant une pathologie de type Alzheimer :

- en EHPAD : 14 pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaires Alzheimer
- 4 unités d'hébergement renforcé, dont 2 sanitaires (SSR CH de Blois et Romorantin) et 2 médico-sociales (EHPAD CH de Vendôme-Montoire)
- 1 unité cognitivo-comportementale au CH de BLOIS

- 3 équipes mobiles spécialisées Alzheimer (nord, centre et sud)
- 1 Plateforme de répit sur l'agglomération de BLOIS, portée par le CIAS du Blaisois
- 3 antennes MAIA : le dispositif MAIA, géré par le conseil départemental, est déployé sur l'ensemble du département. Il favorise la coordination des acteurs pour le repérage des situations de fragilité.

Des consultations psychiatriques par convention entre les EHPAD et les établissements hospitaliers (publics et privés) existent et notamment dans le nord du département (Mondoubleau, Morée) avec le CH de Vendôme-Montoire et dans le sud (rapprochement avec la clinique de Laborde en cours).

Cette pratique n'est cependant pas généralisée et tous les besoins ne sont pas couverts, certains territoires ayant recours à des solutions alternatives telles que le recours au CMP du secteur auquel les résidents étaient rattachés avant leur entrée en EHPAD (sans convention), orientation des résidents vers les unités cognitivo-comportementale UCC (Blois et Vierzon).

5.3.5. Offres de soins pour les personnes en milieu pénitentiaire

Il existe une maison d'arrêt sur Blois qui reçoit les prévenus majeurs (détenus en attente de jugement), ainsi que les condamnés dont le reliquat de peine n'excède pas, en principe, un an, lors de leur condamnation définitive. Sa capacité est de 115 places, elle est constituée de deux quartiers de détention hommes majeurs et d'un quartier de semi-liberté. La maison d'arrêt est située dans le ressort judiciaire des tribunaux de grande instance de Blois et de la cour d'appel d'Orléans. Pour le contentieux administratif, le tribunal administratif compétent est celui d'Orléans. Elle est rattachée à la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) de Centre-Est Dijon. La maison d'arrêt de Blois est l'unique établissement pénitentiaire du département. L'établissement est géré directement par l'administration pénitentiaire.

L'Unité sanitaire (US) dépend du Centre hospitalier Simone Veil de Blois, tant pour les soins somatiques que pour les soins psychiatriques. Les premiers sont assurés par des personnels qui relèvent du service des urgences et les seconds par des personnels du service de psychiatrie. Le service est placé sous la responsabilité d'un médecin-référent et d'un cadre de santé qui appartiennent au service des urgences. Les ressources mises à disposition sont deux infirmières (1,8 ETP), placées sous l'autorité d'un médecin praticien hospitalier du centre hospitalier de Blois, lui-même présent trois demi-journées par semaine.

Pour les soins psychiatriques, 2 ETP sont mis à disposition sur 10 demi-journées du lundi au vendredi sauf jours fériés : un pour la compétence infirmière et un pour la compétence psychologue. Les compétences médicales psychiatre et addictologue ne sont plus présentes au sein de l'établissement : effectifs médicaux non complets en psychiatrie ayant modifié les organisations et impactant les disponibilités des médecins et postes vacants en addictologie pour le centre hospitalier Simone Veil de Blois. Les consultations psychiatriques d'urgences sont assurées par le psychiatre de l'équipe de psychiatrie de liaison au sein du service d'accueil des urgences avec la nécessité de mettre en œuvre le protocole d'extraction des prisonniers.

Un « parcours entrant » existe à la maison d'arrêt. La personne qui vient d'être incarcérée va rencontrer un certain nombre de professionnels pour mieux comprendre comment se déroulera la détention. Pour la santé, un rendez-vous avec une infirmière du pôle somatique a lieu dans les 24h, avec une évaluation générale de la personne et de ses besoins ainsi qu'une évaluation du choc carcéral également, d'une continuité potentielle pour des traitements médicamenteux, d'un potentiel effondrement avec un appui parfois sur l'avis médical,

quand la personne a déjà rencontré un médecin. Ensuite la personne détenue rencontrera le médecin généraliste de la maison d'arrêt, puis un rendez-vous avec l'équipe des soins psychiatriques lui sera proposé.

En cours de séjour, les personnes détenues peuvent avoir accès à différentes ressources professionnelles compétentes comme :

- une éducatrice spécialisée, compétente en addictologie, détachée du Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), spécialisée drogues illicites, de l'association Vers un réseau de soins (VRS),
- une infirmière, compétente en addictologie, détachée du CSAPA, spécialisée en alcoologie, de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA41),
- une infirmière psychiatrique rattachée au secteur de psychiatrie du centre hospitalier de Blois.

L'association VRS est porteuse également du dispositif de CSAPA référent, instauré par le plan d'actions stratégiques santé justice 2010-2014. Ce dispositif, porté par une éducatrice spécialisée à mi-temps, a pour objectif d'accompagner les détenus confrontés à une problématique addictive, quelle qu'elle soit, dans la préparation de leur projet de soins à la sortie de détention afin d'éviter toute rupture de prise en charge.

Pour des soins plus spécifiques, il est possible d'orienter vers l'Unité hospitalière de soins ambulatoires (UHSA) au centre psychiatrique de Daumezon dans le Loiret si nécessité de soins psychiatriques poussés, ou vers l'Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) si besoin de soins somatiques poussés, située en région parisienne.

Quelques chiffres pour 2018 pour les soins psychiatriques concernant les détenus :

- 238 détenus rencontrés
- 743 consultations réalisées par le psychologue
- 907 consultations réalisées par l'infirmière
- Pas de consultation de psychiatre en lien avec la vacance du poste hormis dans le cadre de l'urgence (chiffres non disponibles)
- 612 consultations programmées non réalisées
- 32 séances en activité de groupe avec 18 prisonniers y participant
- 111 usagers ont été rencontrés par l'éducatrice spécialisée du CSAPA référent, dont 67 ont été accompagnés dans l'élaboration de leur projet de soins à la sortie de détention, en lien avec des structures de soins extérieures
- 16 usagers ont été rencontrés par la psychologue de VRS
- 45 usagers rencontrés dans le cadre de 13 interventions collectives par l'infirmière de l'ANPAA 41.

5.3.6. Offres de soins pour les personnes présentant une addiction

Pour les personnes présentant une addiction, il existe une filière de soins et d'accompagnement structurée avec différents acteurs permettant une prise en soins adaptée aux besoins.

5.3.6.1. Soins ambulatoires

2 CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) avec pour chacun d'entre eux des antennes permettant des prises en charge de proximité :

- **Vers un Réseau de Soins (VRS)** : spécialisé dans la prise en charge des drogues illicites et les addictions aux jeux et addictions sans produit. Accompagne également l'entourage, avec 4 points de consultations au niveau du territoire :
 - A Blois : accueil sur rdv, du lundi au vendredi de 9h à 13h et de 14h à 19h sauf le mardi, fermeture de 14h à 16h, et mercredi fermé à 18h.
 - A Romorantin : accueil sur rdv le vendredi de 9h à 12h
 - A Vendôme : accueil sur rdv le mardi de 9h 40 à 12h 40
- **Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie en Loir-et-Cher (ANPAA 41)** : spécialisée dans la prise en charge des problématiques alcool, tabac, jeux et addictions sans produit. Accompagne également l'entourage, avec 5 points de consultations sur le territoire :
 - A Blois : accueil sur rdv du lundi au jeudi de 9h à 12h et de 14h à 18h et le vendredi de 9h à 12h et 14h à 17h
 - A Romorantin : accueil le lundi de 14h à 17h
 - A Vendôme : accueil le mardi de 14h à 17h
 - A Noyer/Cher : accueil le mercredi de 9h à 12h
 - A St Laurent Nouan : accueil le jeudi de 9h à 12h.

Unités d'addictologie de liaison hospitalière (UAL)

L'UAL de l'Hôpital de Blois : toutes addictions – accueil 5 jours sur 7

L'ELSA de l'Hôpital de Romorantin : accueil sur rdv du lundi au vendredi 8h30 à 16h30.

Consultation jeunes consommateurs (CJC) portée par le Centre Hospitalier Simone Veil de Blois (MDA), l'ANPAA 41 et VRS : accueil pour jeunes, de 12 à 25 ans, confrontés à toute problématique addictive avec 3 lieux d'accueil :

A Blois - Maison des adolescents : le lundi de 10h à 18h, le mercredi 10h à 18h

A Vendôme – CAF : le mercredi de 13h à 16h

A Romorantin – PIJ : le vendredi de 13h30 à 17h30.

Les Points de contact avancés (PDCA) portés par V.R.S : consultations avancées dans les lycées horticole de Blois, agricole de Vendôme, professionnel de Saint Aignan, Augustin Thierry de Blois, à l'école de l'hôtellerie et du tourisme à Blois et aux CFA-BTP et interprofessionnel de Blois.

Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) géré par VRS

Ses missions sont de prévenir ou réduire, en s'adaptant aux besoins locaux, les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants, y compris dans leur association avec d'autres substances psycho-actives (médicaments, alcool...), et ainsi d'améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs. Cette structure s'adresse à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou dont les modes de consommation, ou les produits qu'ils consomment, les exposent à des risques majeurs, qu'ils soient infectieux, accidentels, psychologiques, sociaux...

A Blois : accueil collectif le lundi 14h-17h, mardi 9h-12h, mercredi 14h-17h, jeudi 9h-12h, vendredi 14h-17h.

2 unités mobiles du CAARUD :

Sur le Vendômois et nord 41 : sur rdv le jeudi de 14h30 à 17h30

Sur le Romorantinais et le sud 41 : sur rdv le vendredi de 9h15 à 11h45.

5.3.6.2. Prises en charge institutionnelles

Les sevrages complexes

Des hospitalisations sont possibles dans chaque hôpital du département ; elles sont programmables pour des sevrages ou des bilans. Il n'y a pas de lits spécialisés ni d'unité hospitalière spécialisée sur l'ensemble des établissements de soins publics ou privés de Loir-et-Cher.

Pour les sevrages simples, les patients peuvent être accueillis sur les centres hospitaliers de Blois, Romorantin, Saint Aignan, Vendôme-Montoire.

Pour les sevrages complexes, les patients sont accueillis au centre hospitalier de Blois, dans deux unités de façon privilégiée : l'unité de médecine polyvalente et l'unité de gastro entérologie.

Sur le centre hospitalier de Blois il existe une procédure de consultation externe de préadmission dans le cadre d'une demande d'hospitalisation pour sevrage au titre des missions spécifiques des ELSA (équipe de liaison et de soins en addictologie).

Les soins de suite et de réadaptation en addictologie

Il n'y a pas de soins de suites spécialisés en addictologie sur le territoire. La continuité de la prise en charge si nécessaire se fait dans un des 5 SSR spécialisés de la région Centre-Val de Loire :

Dans le 18 : le CHS Georges Sand, durée du séjour 5 semaines

Dans le 28 : le CALME, durée du séjour 29 jours

Dans le 37 : le centre Louis Sevestre, durée du séjour 7 jours, 15 jours ou 90 jours ; le centre Malvau, durée du séjour 90 jours ; le Courbat : durée du séjour 60 jours

Dans le 45 : le centre de cure Paul Cezanne, durée du séjour 4 semaines.

5.3.6.3. Réseau de proximité territorial addictologique

Le dispositif d'appui territorial Santé Escalier 41 permet une accessibilité aux soins et une coordination des soins de santé de personnes en situations complexes ou isolées.

5.3.6.4.Mouvements néphalistes

Groupes d'entraide sur Blois et agglomération :

- Alcooliques anonymes : groupe de parole tous les mardis à Blois
- Alcool assistance : groupe de parole tous les 1^{ers} samedis du mois à Vineuil et les 3^{èmes} samedis du mois à Marolles
- Vie libre : groupe de parole tous les 1^{ers} samedis du mois à Blois.

Groupes d'entraide sur Romorantin-Lanthenay et sud du département :

- Al-Anon : pour l'entourage à Romorantin-Lanthenay
- Narcotic anonymes à Romorantin-Lanthenay
- Alcool assistance: groupe de parole tous les 3^{èmes} mardis et samedis du mois
- Vie libre : tous les 3^{èmes} samedis du mois sur Romorantin et les 1^{ers} samedis du mois à Saint-Aignan.

Groupe d'entraide sur Vendôme et nord du département :

- Alcool assistance : groupe de parole tous les 2^{èmes} mercredis de chaque mois à Vendôme
- Vie libre : tous les 1^{ers} vendredis du mois sur Vendôme et les 1^{ers} samedis du mois à Mondoubleau.

Quelques chiffres :

A l'ANPAA en 2018 :

CSAPA : 640 usagers accueillis et accompagnés sur le Loir-et-Cher dont :

- 438 au centre de Blois dont 157 sur les 8 ateliers thérapeutiques
- 202 sur les antennes de Vendôme, Romorantin, Noyers-sur-Cher et Saint-Laurent-Nouan
- 13 interventions collectives en maison d'arrêt, soit 45 personnes rencontrées.

A VRS en 2018 :

CSAPA : 736 usagers accueillis et accompagnés sur le Loir-et-Cher dont :

- 356 au centre de Blois
- 99 sur les antennes de Vendôme et Romorantin
- 127 à la maison d'arrêt de Blois
- 154 sur les consultations avancées en lycées et CFA.

CAARUD : 256 usagers accueillis et accompagnés sur le Loir-et-Cher dont :

- 162 au local de Blois
- 71 dans la rue à Blois, dans le cadre de l'Equipe mobile santé précarité
- 23 sur les unités mobiles du nord et du sud du département.

CJC en 2018 : 642 personnes rencontrées dans le cadre des actions collectives de « l'Aller vers » :

- Nombre de professionnels rencontrés : 251
- Nombre de jeunes rencontrés : 359
- Nombre de membres de l'entourage rencontrés : 32

109 usagers ont été reçus dans le cadre d'entretiens individuels :

- Nombre de jeunes reçus : 97
- Nombre de membres de l'entourage reçus : 12.

5.3.7. Offre d'hébergements pour les migrants

Au 1^{er} novembre 2019, le Loir-et-Cher dispose de plusieurs dispositifs d'hébergement pour les demandeurs d'asile (608 places + 160 places d'hébergement d'urgence) :

« Immigration et intégration »

Centres d'accueils pour demandeurs d'asile - CADA (390 places)

Association gestionnaire	Structure	Capacité	Observations
FTDA - France terre d'asile	CADA Blois	123	En appartements diffus sur Blois
FTDA - France terre d'asile	CADA Vendôme	112	En appartements diffus sur Vendôme
FTDA - France terre d'asile	CADA Romorantin-Salbris	95	En appartements diffus sur Romorantin et Salbris
COALLIA	CADA Salbris	60	En regroupé sur Salbris

Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile - HUDA (168 places)

Association gestionnaire	Structure	Capacité	Observations
ASLD - Association d'accueil, de soutien et de lutte contre les détreesses	HUDA Blois	150	En appartements diffus sur Blois
Emmaüs Solidarité	HUDA Mer	18	Chambres dans un bâtiment de deux étages

"Accompagnement des réfugiés"

Centre Provisoire d'Hébergement - CPH (50 places)

Association gestionnaire	Structure	Capacité	Observations
ASLD - Association d'accueil, de soutien et de lutte contre les détreesses	CPH - jeunes de moins de 25 ans (Blois)	24	En appartements regroupés rue Godineau à Blois
ASLD - Association d'accueil, de soutien et de lutte contre les détreesses	CPH - familles (Blois, Vineuil, St Gervais, La chaussée St Victor...)	26	En appartements et pavillons sur Blois et proche agglomération

"Hébergement d'urgence"

Association gestionnaire	Structure	Capacité	Observations
ASLD - Association d'accueil, de soutien et de lutte contre les détreesses	Abri de nuit - Blois	20	Hommes seuls En appartements regroupés
ASLD - Association d'accueil, de soutien et de lutte contre les détreesses	Appartement d'urgence – Blois	54	En appartements diffus
ASLD - Association d'accueil, de soutien et de lutte contre les détreesses	Appartement de stabilisation - Blois	19	En appartements diffus
ASLD - Association d'Accueil, de Soutien et de Lutte contre les Détreesses	Nuitées hôtelières - Blois		En fonction des besoins
ASLD - Association d'accueil, de soutien et de lutte contre les détreesses	Centre d'Hébergement d'Urgence CHU - Blois	50	En appartements regroupés
Foyer des Jeunes Travailleurs La Majo – Romorantin	FJT La Majo - Romorantin	5	places au sein du FJT Public jeunes - uniquement

Foyer des Jeunes Travailleurs La Majo – Romorantin	FJT La Majo - Romorantin	1	places au sein du FJT Public jeunes - uniquement
Foyer des Jeunes Travailleurs Escale et habitat – Blois	FJT Escale et habitat – Blois	11	places au sein du FJT Public jeunes - uniquement

A ces dispositifs, s'ajoute la SPADA (Structure de premier accueil des demandeurs d'asile) qui offre un accompagnement et propose des informations relatives à la demande d'asile (sans proposer de logement).

S'agissant de la santé des migrants, une instruction ministérielle du 8/06/2018 prévoit la mise en place d'un parcours de santé avec notamment :

- Le rendez-vous santé à organiser dans les 4 mois après l'arrivée des personnes : information, prévention, dépistage, orientation, insertion dans le système de soins de droit commun
- La désignation d'une structure pivot pour accompagner l'ouverture de droits, initier le RV santé, coordonner et orienter
- La prise en compte des besoins en santé mentale avec un repérage à envisager dès le premier contact.

Dans le Loir-et-Cher, l'ensemble des acteurs concernés, relevant des sphères sociale, sanitaire et médico-sociale, se sont fortement mobilisés pour construire le parcours des migrants primo-arrivant. La structure pivot désignée est l'association « Osons nous soigner » (ONS) qui assure la coordination générale du dispositif.

Points de vigilance concernant les demandeurs d'asile :

- **Différences culturelles, la psychothérapie ne fait pas partie de la demande, certaines personnes ne veulent pas parler de leur traumatisme**
- **Difficulté pour les professionnels de première ligne d'appréhender l'état de santé mentale des migrants**
- **Absence de dispositif d'interprétariat pour prendre en compte la barrière de la langue**

5.3.8. Autres dispositifs de soutien au maintien dans le logement ou d'accès au logement ou à l'hébergement

Association ASLD (accueil, soutien et lutte contre les détresses)

L'ASLD gère de nombreux dispositifs sociaux relevant :

De la veille et de l'urgence sociale :

- Dispositifs d'hébergement d'urgence s'adressant à des personnes en situation de précarité ou de grande fragilité :

- **droit commun** : appartements d'urgence (17 898 nuitées en 2018), Abri de nuit « Le Quai » (135 personnes en 2018)

- **demandeurs d'asile** : HUDA (cf. ci-dessus) (13 ménages, soit 26 personnes en 2018),

- SIAO (service intégré d'accueil et d'orientation)/115 : 727 demandes d'hébergement traitées en 2018, soit 1 283 personnes

- Accueil de jour : lieu d'accueil en journée ouvert du lundi au vendredi de 09h00 à 16h00 pour les personnes sans abri, désocialisées ou très peu inscrites dans le lien social.

De l'hébergement d'insertion - CHRS

- Site Le Prieuré (60 places)

- Dispositif Mail Pierre CHARLOT dédié aux jeunes femmes de 18 à 25 ans (19 résidentes en 2018)
- Astrolabe en appartements diffus dédiés à un public féminin avec une spécificité pour l'accueil des femmes victimes de violences conjugales (49 adultes et 47 enfants en 2018).

Du logement accompagné :

- En direction des publics de droit commun : intermédiation locative (sous location à bail glissant), AVDL, logements de stabilisation, CHTL, Pension de famille/Maison relai (accueil au sein d'une petite unité recréant un univers familial – 37 personnes en 2018), résidence accueil (dispositif de logements adaptés en structure semi-collective pour des personnes en souffrance psychique – 13 résidents en 2018), Maison relai jeunes (accueil de personnes âgées de 18 à 20 ans ayant un contrat jeune majeur signé avec le CD – 14 jeunes en 2018),
- En direction des publics issus de la demande d'asile : CPH pour faciliter l'insertion des bénéficiaires d'une protection internationale les plus vulnérables), dispositif de Relogement des réfugiés dans le cadre de la mobilité nationale, mesures ALSH pour les réfugiés.

Du médico-social : LHSS (lits halte soins santé) pour les personnes sans domicile fixe.

De l'Insertion par l'activité économique : chantiers d'insertion.

Par ailleurs, il existe une commission pour l'orientation vers le logement et l'hébergement d'insertion (CORAHLI). Cette instance de concertation entre les partenaires recherche des solutions concernant les situations qui ne trouvent pas de réponses au logement et à l'hébergement de droit commun.

5.4. Autres dispositifs soutenant l'offre de soins

5.4.1. UNAFAM 41

L'UNAFAM 41, délégation départementale, décline les missions, définies au niveau national, à l'échelle du territoire. Elle accueille, écoute, soutient, forme, informe et accompagne les proches et l'entourage de personnes vivant avec des troubles psychiques. Elle a une reconnaissance dans les instances publiques et dans les établissements sanitaires ou médico-sociaux où elle peut siéger.

Ses membres peuvent faire le lien entre les différents partenaires participant au parcours de soins et de vie des patients, ils peuvent aussi se faire porte-parole, auprès de ces instances et des établissements, de dysfonctionnements identifiés dans les parcours (rupture dans la prise en charge, sorties non sécurisées, manque de structures d'accueil, reconnaissance du statut d'aidants des proches par les psychiatres...) et de nouveaux besoins émergents.

Pour les proches, elle propose des groupes de parole sur 3 sites avec 30 participants (Blois, Romorantin-Lanthenay et Vendôme) animés par un binôme animateur/régulateur formé. Elle assure aussi un accueil dans ses locaux avec une permanence ou sur RDV (27 accueils en 2018 et en 2019 sur 10 mois). L'accueil des proches se fait en binôme avec des bénévoles formés à cette mission. L'UNAFAM propose des formations aux proches pour mieux comprendre la maladie psychique sur une journée (1 réalisée en 2019).

Depuis plusieurs années, l'UNAFAM s'est inscrite dans un programme européen avec la mise en place des ateliers d'entraide Prospect Famille. Ces ateliers sont animés par 2 animateurs bénévoles spécialement formés à cette animation afin de développer les compétences et de trouver « la bonne distance » des aidants face à leur proche. Ils se déroulent sur 3 jours et accueillent 12 participants (3 sessions sur Blois en 2016 et en 2019).

Elle organise des manifestations « grand public » pour dé-stigmatiser les troubles psychiques, comme la « Semaine annuelle d'information sur la santé mentale » avec d'autres partenaires impliqués.

Dans ce cadre, en 2019, 2 manifestations ont été organisées dans le Loir-et-Cher :

- Mardi 19 mars 20h30 : séance ciné-débat à Blois « Celle que vous croyez », échange avec la salle avec 2 psychologues et un bénévole de l'UNAFAM. 100 spectateurs environ
- Mercredi 20 mars à Blois : conférence sur le thème « Santé mentale à l'ère numérique » animée par M. Ménard, psychologue et psychanalyste à la clinique de Saumery (il est aussi l'animateur d'un groupe de parole à l'UNAFAM). Seulement 20 participants. Causes identifiées : l'horaire choisi, de 9h30 à 11h30, et la communication insuffisante et pas assez ciblée.

Depuis 2 ans, elle co-anime la « Journée régionale de la psychiatrie », permettant aux professionnels d'échanger sur les troubles psychiques, comme le 10 décembre 2019 sur « Parcours de vie, Parcours de soins et Santé Mentale ».

Par ailleurs, l'UNAFAM a des actions tournées plus vers les professionnels avec des formats différents comme en 2019 :

- Sensibilisation des personnels soignants aux différents types de handicap (6 demi-journées dont une consacrée au handicap psychique)
- Groupe d'appui des Jeunes en santé mentale, appelé aussi Groupe guidance ados, en partenariat avec la Clinique du Centre - Saumery auprès de professionnels de santé et de l'éducation : 1 réunion mensuelle portant sur la présentation et l'analyse d'une situation complexe présentée par l'un des participants.
- Sensibilisation/Journée de présentation de l'UNAFAM à la clinique de Chesnaie.

5.4.2. Osons nous soigner (ONS)

L'association a comme objectifs de faciliter l'accès à la prévention, aux soins, aux droits des personnes en précarité et de maintenir la continuité des soins. Elle intervient sur l'ensemble du Blaisois et sur la communauté du Pays Vendômois.

Pour assurer ses missions, « Osons nous soigner » dispose d'une équipe pluri-professionnelle composée d'infirmières (dont une coordonnatrice) et d'une psychologue ainsi que d'une secrétaire.

Le rôle de médiateur articulant sanitaire et social permet de coordonner la prise en charge de proximité. ONS apporte aussi son appui aux professionnels de santé : la connaissance précise de chaque personne facilite l'accès aux médecins et acteurs paramédicaux qui sont mis en confiance et gagnent en efficacité grâce à l'équipe d'ONS.

En 2018, 602 personnes ont été rencontrées en entretien individuel et 801 en mode collectif (permanences, atelier prévention, actions de prévention). 411 personnes ont bénéficié d'un suivi régulier : 287 sur Blois et 124 sur Vendôme.

Les tournées de rue, les passages à l'abri de nuit et l'accueil de jour, l'hôtel, le 115 ont lieu dans le cadre de l'EMSP (équipe mobile santé précarité).

Afin de réaliser ses missions, l'association a noué des partenariats avec de nombreux acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux ou associatifs.

Un partenariat est effectif avec l'Equipe mobile de psychiatrie précarité avec des rencontres régulières entre l'infirmière d'ONS et l'éducateur de l'EMPP pour échanger sur les situations des personnes en grande exclusion. Ils vont à leur rencontre lors de tournées de rue et évaluent leur état de santé psychique. La

collaboration avec l'éducateur de l'EMPP a permis à des personnes d'accéder ou d'accéder de nouveau aux soins psychiatriques interrompus.

Des actions de prévention ont été proposées, en lien avec des structures (Jardin du Cœur, Régie de Quartier, maison relais ASLD) sous forme d'ateliers prévention santé (groupe constitué) et sous forme de permanences (aux Restos du cœur sur la campagne d'été) ou de participation à des actions communes (Centre culturel de Vendôme, AIEI, Journée Santé CPAM, Mutualité Française « Santé des aidants »).

Des actions de sensibilisation ont été menées (vaccination à l'accueil de jour et à l'abri de nuit de Blois, Moi(s) sans tabac, aide alimentaire à Vendôme, rencontre avec des hébergés du CADA de Vendôme et des habitants dans les halls d'immeuble à Blois dans les quartiers prioritaires).

En 2018, 21 actions de prévention ont eu lieu, elles ont permis de rencontrer 424 personnes. Dans le cadre du parcours de santé des migrants primo-arrivants, elle assure, en s'appuyant sur un large partenariat, le rôle de structure pivot afin d'inscrire les personnes migrantes primo-arrivantes dans une logique de parcours de santé.

5.4.3.France Alzheimer 41

Pour aider les personnes malades et leurs proches aidants, France Alzheimer 41 et maladies apparentées articule son action autour de différentes missions :

- Former les personnes concernées par la maladie.

Pour se faire et tout particulièrement pour venir en aide aux proches, l'association propose des cycles de formation au niveau du territoire. Cette action gratuite est déclinée en plusieurs modules : connaître la maladie d'Alzheimer, les aides ; l'accompagnement ; communiquer et comprendre ; être l'aidant familial...

- Mener des actions adaptées à l'accompagnement tant auprès des personnes malades qu'auprès des aidants

Des espaces d'accueil individuel ou des groupes de parole sont mis en place pour les aidants en différents points du territoire.

Des ateliers occupationnels peuvent être organisés pour les personnes malades en collaboration avec des équipes soignantes

- Informer et sensibiliser sur la maladie d'Alzheimer en proposant des conférences grand public avec des experts permettant d'aborder un thème spécifique entre autre
- Soutenir la recherche.

5.4.4.FRAPS

La FRAPS IREPS de Loir-et-Cher (Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé – Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) est une association qui œuvre au développement de la promotion de la santé en Loir-et-Cher.

Elle propose un centre de ressources en éducation pour la santé et met en œuvre des actions, des formations et du conseil-accompagnement méthodologique en promotion de la santé sur l'ensemble du département.

Concernant les actions en lien avec la prévention du risque suicidaire, la FRAPS anime la coordination dans le département, participe à l'organisation d'une journée annuelle de prévention suicide et travaille sur un annuaire départemental des structures de prévention du mal-être et du suicide.

Des formations de personnes-ressources sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire auprès des secteurs sanitaire, social, médico-social, éducatif et associatif ont été réalisées par la FRAPS, avec plus de 2 000 personnes formées en région (2 sessions par an et par département).

5.4.5. Groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Il existe 5 GEM sur le département dont trois destinés à des personnes en souffrance psychique : le GEM AMILA à Blois (66 adhérents), le GEM itinérant desservant les communes de Montrichard et Romorantin (24 adhérents) et le GEM de Vendôme (42 adhérents).

Le GEM est un lieu convivial, d'écoute, d'échanges, d'information et d'aide mutuelle où les personnes souffrant de troubles psychiques se retrouvent, s'entraident, organisent des activités pour favoriser leur développement personnel et créer des liens vers l'extérieur.

La participation aux activités et au développement du GEM se fait de manière volontaire. Les adhérents, en fonction de leurs capacités et de leurs envies, participent aux programmes d'activités qu'ils élaborent en collaboration avec les animatrices/animateurs. Ils peuvent également s'impliquer dans la vie de l'association.

Outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en situation de grande fragilité, le GEM contribue à assurer un meilleur accompagnement des personnes en souffrance psychique.

5.4.6. Autres associations

D'autres associations ont dans leurs missions des actions permettant une prise en charge des usagers, des patients et de leurs proches dans des approches plus spécifiques (deuil, annonce de handicap, cancer, pathologies chroniques...) mais concourant à l'amélioration du bien-être et de la santé mentale.

Les actions d'information, de réorientation, d'accueil du vécu « douloureux » en individuel ou en collectif par des bénévoles formés et/ou accompagnés de professionnels participent à la prise en charge de la santé mentale.

Toutes les citer paraît difficile sans en oublier, il semblerait toutefois important de pouvoir avoir une connaissance fine de ces associations et de pouvoir communiquer auprès du grand public car elles sont un maillage important dans les dispositifs de parcours de vie.

6. Synthèses selon les priorités

Cet état des lieux descriptif, avec des éléments essentiellement quantitatifs, est loin d'être exhaustif tant le champ de la santé mentale est vaste, avec des acteurs nombreux issus de divers horizons. A ceci s'ajoute un contexte particulier de crise sanitaire ayant impacté les usagers, les patients et leurs proches, les professionnels et les organisations.

Aussi, il a semblé important aux acteurs participant à la réflexion sur le PTSM, de revisiter les données territoriales, voire de les enrichir au travers des parcours de soins et de vie des usagers et des patients en lien avec les étapes ou thématiques identifiées comme prioritaires au niveau national, en tenant compte des publics nécessitant un regard particulier : jeunes enfants, adolescents, patients vieillissants, certaines situations spécifiques.

Ces étapes ou thématiques prioritaires sont :

- Le repérage précoce, le diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques
- L'accès aux soins somatiques et le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques
- Le parcours de santé et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique
- La prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique et l'organisation de la réponse à ces situations
- Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir, la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique
- Actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Cette déclinaison des parcours a permis d'identifier des points forts dans les parcours mais aussi des points de vigilance, voire des manques dans certains parcours. Ces analyses ont fait émerger des possibles fiches actions à développer dans la dynamique du projet territorial de santé mentale, fiches qui seront présentées quand elles ont été comme prioritaires, dans le chapitre suivant.

6.1.Éléments principaux du diagnostic

6.1.1.Repérage précoce, diagnostic et accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques

Repérage des troubles et diagnostic

Nombreux intervenants associatifs et structures participant au repérage précoce et au diagnostic, soit uniquement pour la population adulte, soit pour la population des jeunes, soit dans les deux champs jeunes/adultes, mais ces différents dispositifs ne sont pas lisibles pour les usagers, les patients, leurs proches mais aussi pour les acteurs du soin.

Couverture inégale sur le territoire pour les différents dispositifs.

Existence d'actions de sensibilisation/formation sur des thématiques spécifiques (risque suicidaire, troubles psychiques, addictions...), tournées vers différents publics (usagers, proches, acteurs du soin) et portées par différents intervenants.

Accessibilité de la population au diagnostic et aux soins

Densité médicale, tant de généralistes que de spécialistes en psychiatrie, inférieure à la moyenne régionale, voire nationale.

La densité en médecins généralistes est inférieure à la moyenne nationale (77,5 p100 000/ France 88,29). Des MSP (Maisons de Santé multi-Professionnelles) et des CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé) sont en cours de constitution sur le département, permettant à terme une meilleure accessibilité.

Le nombre de psychiatres est également inférieur à la moyenne nationale (libéraux ou mixtes : 16,5 p100 000/France, 23 en 2014). Un élément favorable à l'accessibilité pour le 41 est toutefois à souligner : 84,8 % des psychiatres sont en secteur 1, ce qui est très nettement supérieur à la moyenne nationale (60,8%). Les chiffres restent néanmoins inférieurs à la moyenne nationale s'agissant du nombre de salariés hospitaliers (5,7 p 100 000 / France 11,4) et de la densité d'ETP en psychiatrie en établissements de santé (7,1 p 100 000 /France 10,8). On note également un nombre important de postes vacants de psychiatres en établissement public (11 ETP+2 TP).

Des conférences hospitalo-universitaires sont mises en places sur la région tous les 2 ans, par le centre hospitalier universitaire de Tours et la faculté de médecine de Tours. Elles permettent la rencontre des professionnels des établissements publics supports de GHT et des échanges sur le besoin en professionnels médicaux tenant compte des postes vacants, de la réforme des études médicales et des professionnels en cours de formation sur Tours.

Densité de psychologues proche de la moyenne régionale et nationale.

(82,3 p 100 000 dont 8% psychothérapeutes pour le 41/ région 83,3). L'absence de remboursement par les caisses maladies limite l'accès à ces professionnels, particulièrement pour les patients ne disposant pas de mutuelle offrant cette prestation.

Existence de CMP sur les 3 secteurs de psychiatrie du 41 avec une organisation en antennes sur le secteur de Romorantin-Lanthenay (une sur Lamotte Beuvron et l'autre sur Montrichard).

Les moyens des CMP ont été réévalués en 2019 suite à un appel à projets.

Le CMP sur le CH de Vendôme est organisé avec des compétences infirmière et psychologue. Il est ouvert 5 jours sur 7 de 9h à 19h, 3 jours par semaine (hors période de congés des professionnels) et jusqu'à 17h30 les autres jours.

Le CMP de Romorantin-Lanthenay met à disposition les mêmes compétences avec une organisation 5 jours sur 7 sur Romorantin. Sur les antennes de Lamotte-Beuvron et de Montrichard, l'accueil est réel 4 jours par semaine de 9h30 à 15h30.

Le CMP de Blois est ouvert 5 jours sur 7, avec une amplitude de 9h à 18h, avec des compétences médicale, infirmière et psychologue.

Les délais de prise de RV dans les CMP adultes du 41 sont estimés à 17,2 j pour une moyenne régionale dans 29 CMP de 20,95 j. Le manque de psychiatres est compensé par l'organisation de l'accueil des patients par une

IDE compétente en santé mentale chargée d'évaluer et d'orienter le cas échéant le patient vers un psychiatre. Dans le Loir-et-Cher, le délai de RV d'une 1^{ère} prise en charge pour une évaluation est de 53,95 j pour une moyenne régionale de 34,5 j.

Existence de 6 établissements autorisés pour la psychiatrie adulte, avec une répartition satisfaisante sur le département.

Il existe une offre variée et complémentaire concernant les prises en charge avec les 3 centres hospitaliers (Blois, Romorantin-Lanthenay Vendôme-Montoire) et les 3 établissements privés (La Clinique de la Borde, La Clinique de la Chesnaie, et la Clinique Médicale du Centre), exerçant leur activité à partir des principes de la psychothérapie institutionnelle.

La densité de lits et de places temps plein et temps partiel en psychiatrie (97,1 pour 100 000) est supérieure à la moyenne nationale (données 2016).

Accessibilité aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

Le département compte plusieurs établissements et services spécialisés dans le handicap psychique dont 2 SAMSAH (ALVE à Vendôme, Mutualité à Blois et Romorantin), 2 SAVS (ALVE à Vendôme, APAJH à Blois, Romorantin et Montrichard), 1 FO et 2 MAS (Vendômois à Naveil et CH Romorantin) qui accompagnent des personnes adultes handicapées dont un certain nombre ont plus de 60 ans (26 en MAS, 7 en SAMSAH en 2018).

Deux établissements de l'AIIDAPHI situés à Montoire-sur-le-Loir et Vineuil (3 places de MAS et 41 places de FAM) accueillent par ailleurs des personnes adultes présentant des troubles du spectre autistique dont seulement 2 avaient plus de 60 ans en 2018.

Dans le Romorantinais, il existe un accueil familial thérapeutique de 15 places avec une formation des familles d'accueil par une infirmière référente du CMP. Ces accueils permettent une prise en charge axée sur l'évaluation de l'autonomie et la réintégration sociale. Ce dispositif est peu mis en œuvre à ce jour du fait de difficultés à trouver des familles d'accueil.

Identification des points de rupture dans le parcours des patients

Dans les parcours des patients, il est fait état de plusieurs ruptures possibles à des moments précis liés à l'âge des patients et aux changements de dispositifs dans la prise en charge : vers 6 ans, vers 18 ans et vers 65 ans. Ces moments de rupture peuvent aussi survenir à d'autres moments de vie : modification de l'état de santé avec perte d'autonomie ou pathologie somatique surajoutée ne permettant pas une prise en charge ajustée dans le lieu de vie habituel, aidant naturel ne pouvant plus assurer ses fonctions imposant un changement de prise en charge plus ou moins anticipé selon les circonstances.

Les modifications des repères et des liens avec les référents tant familiaux que professionnels sont des éléments fondamentaux pour une prise en charge la plus juste possible.

De même, il existe des ruptures de continuité de la prise en charge lorsqu'un patient hospitalisé en psychiatrie est transféré en MCO car l'équipe de soins psychiatrique n'a pas toujours la possibilité matérielle de se déplacer auprès du patient. Le coût de prise en charge mobile reste en effet actuellement totalement à la charge des établissements d'origine.

6.1.2. Accès aux soins somatiques et suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques

Les patients développent avec l'âge des pathologies somatiques dont la prise en charge est complexe tenant compte des troubles psychiques préexistants avec possible retard de diagnostic, compliance au traitement difficile... Par ailleurs, pour ces patients, des facteurs de risque majorés (tabac, diabète, maladie cardiovasculaire, iatrogénie médicamenteuse) conduisent à une diminution de l'espérance de vie par rapport à la population générale.

Dans le département, le suivi somatique de ces patients est encore faible : 25,4% des patients hospitalisés pour troubles psychotiques, bipolaires ou dépression n'ont pas déclaré de médecin traitant contre 14,5% au niveau national. Même lorsqu'un médecin traitant référent est déclaré, la coordination entre le médecin et le psychiatre n'est pas toujours effective. Le médecin traitant n'est pas toujours informé du type de prise en charge, des traitements proposés et de l'évolution de la pathologie psychiatrique. Une collaboration a toutefois été initiée au sein de la CTPS « La Salamandre » avec élaboration d'un carnet de suivi somatique des patients atteints de troubles psychiatriques sévères bénéficiant d'un traitement anti psychotique.

Certains établissements psychiatriques s'assurent par ailleurs la collaboration régulière d'un médecin somaticien généraliste. On relèvera toutefois le manque de moyens alloués pour la prise en charge somatique des patients en établissement psychiatrique.

Certains établissements privés sont toujours en quête de vacation de somaticien pour être plus en adéquation avec les besoins réels.

Le centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay a mis en place des vacations de somaticien pour intervenir au sein des unités de psychiatrie conventionnelle. Ce praticien se déplace à la demande des équipes pour la prise en charge des patients mais n'assure pas un suivi régulier avec l'intégration des actions de prévention.

Au centre hospitalier de Vendôme-Montoire, une collaboration existe entre le service de psychiatrie et le pôle de médecine permettant une prise en charge des patients sans possibilité toutefois de mettre en place un suivi régulier pour les patients.

Pour les établissements privés de la Chesnaie et de la Borde des vacations de somaticiens sont mises en places mais non en adéquation avec les besoins réels.

La prise en charge des patients le nécessitant peut être organisée auprès des spécialistes d'organe en consultations externes et en hospitalisation de jour ou conventionnelle, avec la mise en place d'un suivi si besoin.

Cependant, une hospitalisation en secteur MCO, si elle est possible, présente toutefois le risque d'une décompensation de l'équilibre psychique antérieur. Dans les établissements hospitaliers généraux MCO/SSR, une équipe mobile de psychiatrie peut être sollicitée. Ne pouvant se substituer à l'équipe référente, elle ne peut toutefois répondre que partiellement aux problèmes posés.

6.1.3. Parcours de santé et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique

Le département compte plusieurs établissements et services spécialisés dans le handicap psychique : 3 ITEP-SESSAD, 2 SAMSAH-SAVS, 2 MAS, 1 FO.

Les actes de liaison psychiatrique vers le médico-social pour les 65 ans et plus est faible (4,7 p 1000 / France 17,7).

Les personnes en situation de handicap psychique vieillissantes en perte d'autonomie rencontrent des difficultés d'accueil dans les EHPAD.

Dans le secteur du Vendômois, des conventions ont été passées entre le service de psychiatrie du centre hospitalier et les 13 EHPAD publics et privés. Il est mis en place une consultation de psychiatre sur site de chaque EHPAD mensuellement pour avoir un avis spécialisé mais aussi un temps d'échange en équipe afin d'ajuster la prise en charge des résidents présentant des troubles psychiatriques. Une équipe de secteur, composée de 2 infirmiers, se déplace à domicile et en EHPAD pour assurer la continuité de la prise en charge des patients précédemment hospitalisés en psychiatrie après avis médical. Ce dispositif permet d'assurer le lien et la continuité entre équipes lorsqu'il s'agit d'une admission en EHPAD. Ce suivi peut durer jusqu'à 3 mois de façon hebdomadaire afin de permettre l'intégration la plus ajustée pour le patient dans son nouveau lieu de vie avec les professionnels de l'établissement et les autres résidents.

Dans le secteur de Romorantin, l'équipe du CMP reste disponible pour les demandes en EHPAD sans pour autant avoir élaboré des conventions. Des actions de conseil, d'évaluation et de prévention peuvent se mettre en place suite aux sollicitations des équipes.

Dans chaque établissement, sont mis en place des ateliers, individuels ou collectifs, permettant aux patients de maintenir, voire de récupérer une autonomie tant physique que psychique et sociale. Ces ateliers peuvent proposer différentes thématiques et s'appuient sur les expertises développées par les professionnels.

Par ailleurs, des actions d'éducation sont mises en œuvre auprès des patients pour les traitements en cours.

6.1.4.Prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique et organisation de la réponse à ces situations

En cas d'urgence psychiatrique ou de situation de crise à domicile, le médecin généraliste peut être le premier sollicité. Dans le 41, une permanence de soins ambulatoires (PDSA) regroupe une centaine de médecins généralistes, répartis en 8 secteurs afin de proposer un service de consultations en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. L'organisation actuelle est en cours de révision avec création d'un binôme de garde dont un médecin « volant » pouvant se rendre à domicile pour les cas le nécessitant.

La situation d'urgence psychiatrique est souvent gérée par les services d'urgence générale avec fréquente orientation en MCO (part d'admissions en psychiatrie via les urgences : 33,5% /France13,9% ; part d'admissions par les urgences en MCO pour motif psy : 66,1% /France 44,4%).

Dans le territoire, les centres hospitaliers de Blois, Romorantin-Lanthenay et Vendôme-Montoire disposent des structures d'accueil d'urgence 24h sur 24, 7 jours sur 7 où peuvent être prises en charge les urgences psychiatriques avec, dans les 3 établissements, la possibilité d'avoir un avis psychiatrique médical via l'astreinte mise en place.

En plus de l'avis médical, les services d'urgence peuvent faire appel à l'équipe de psychiatrie de liaison. Celle-ci existe dans les 3 établissements mais n'a pas la même configuration tant en professionnels disponibles qu'en amplitude d'intervention :

Pour le CHB : Equipe pluriprofessionnelle (médecin et infirmières) disponible de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi, compétence infirmière sur la même amplitude horaire avec accès au psychiatre d'astreinte les dimanches et jours fériés.

Pour le CHRL : Disponibilité infirmière (compétence mutualisée au sein de toutes les unités du pôle) de 9h à 17h du lundi au vendredi avec un accès à la compétence médicale via le psychiatre d'astreinte.

Pour le CHVM : Disponibilité infirmière de 9h à 17h du lundi au vendredi avec l'accès à la compétence médicale via le psychiatre d'astreinte.

Pour les hospitalisations psychiatriques en urgence, il existe dans les 3 centres hospitaliers, une collaboration avec les services d'urgence pour que l'examen somatique et les investigations nécessaires soient réalisés par les urgentistes avant admission en psychiatrie.

Dans ces 3 mêmes établissements, il est possible de mettre en place une hospitalisation sous contrainte. Elle représente 21% des hospitalisations en psychiatrie, quel que soit l'âge, chiffre stable depuis 5 ans dans le 41.

Le suivi à la sortie des hospitalisations en urgence a pour but de prévenir de nouvelles situations de crise, particulièrement pour les tentatives de suicide. Il est réalisé dans le cadre de consultations de psychiatres libéraux, de consultations CMP, de suivis à domicile par des IDE expérimentées en santé mentale dépendant des CMP et par les services d'hospitalisation de jour des établissements publics comme privés.

Au niveau des CMP, des créneaux permettant un accueil semi urgent sont possibles.

Sur le CHVM : tous les jours du lundi au vendredi par la compétence infirmière avec une ré orientation discutée en pluri professionnalité le jeudi si nécessaire. La compétence médicale peut être sollicitée si nécessaire via le psychiatre de garde. Un RDV peut être donné entre 24 – 72h au CMP si nécessaire.

De même, dans le secteur vendômois, l'équipe infirmière de secteur peut, après avis du médecin psychiatre, intervenir à domicile pour évaluer une situation afin de l'orienter au mieux, suite à un appel d'un médecin traitant.

Dans le territoire, le dispositif de CUMP (Cellule d'urgence médico-psychologique) est mis en place, en lien avec le SAMU. La liste des professionnels mobilisables est disponible pour la régulation du SAMU qui déclenche le dispositif. Celui-ci est organisé en 3 antennes avec des équipes mobilisables et un équipement : Blois, Romorantin-Lanthenay et Vendôme-Montoire. Cette organisation est actée dans une convention liant les 3 établissements. Des sessions de formation pour les professionnels volontaires (niveau 1) sont mises en place au niveau territorial dont la dernière en novembre 2019.

A noter, il n'y a pas eu de déclenchement du CUMP en 2018 et 2019.

Par rapport au suicide, des actions de prévention (information, formation des personnels, formation des aidants) sont menées, notamment par la FRAPS qui anime la coordination de la prévention du suicide dans le département (journée prévention du suicide ; travail sur un annuaire départemental des structures de prévention du mal être et du suicide ; formations de personnes ressources sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire).

S'il est difficile de mesurer l'impact de ces actions, on constate néanmoins une diminution du nombre de décès par suicide à l'échelle du département. Dans la population générale, le nombre de décès par suicide en 2012-2014 est en baisse de 3,8% par rapport à la période 2003-2005 (derniers chiffres disponibles) et une baisse globale sur 10 ans du nombre de tentatives de suicide (TS) ayant conduit à hospitalisation (-1 085 entre 2008 et 2016, soit -22%, Source UREH), mais ces taux restent toutefois supérieurs aux taux régionaux et nationaux. Des organisations sont mises en place dans certains secteurs pour permettre un suivi des patients ayant fait une tentative de suicide comme une évaluation aux urgences et une réévaluation avant leur sortie s'il n'y a pas eu besoin de prolonger l'hospitalisation en secteur psychiatrique, afin de leur proposer si nécessaire un suivi. Cette action est mise en œuvre par l'équipe de liaison le plus souvent.

6.1.5. Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir, lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique

Devant l'apparition de troubles psychiques, les familles et les aidants sont souvent en grande difficulté. Ils peuvent s'appuyer sur des associations d'accompagnement et d'information (UNAFAM, association Osons nous soigner) qui mènent également des actions de lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale. Celle-ci reste une réalité qui explique, au moins pour partie, les difficultés d'accès aux structures d'accueil de type EHPAD ou aux services de médecine, et particulièrement aux soins de suite.

Dans le cadre des maladies neuro-dégénératives de type Alzheimer ou apparentées, l'association « France Alzheimer » est présente dans le département avec plusieurs antennes. Outre les missions auprès des aidants, elle réalise des actions d'information/sensibilisation auprès du grand public.

Dans le territoire, il existe 3 GEM à dimension souffrance psychique : un sur le nord du département, un sur Blois et un sur Romorantin-Lanthenay couvrant aussi Montrichard. Ces lieux d'accueil associatifs permettent aux adhérents de partager sur la maladie, les difficultés rencontrées, d'acquérir une autonomie, une auto-gérance dans le cadre de prise de responsabilités dans l'association. Ces groupes sont animés par des personnels non soignants (animateurs, coordonnateurs) ayant eu une formation spécifique.

6.1.6. Actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

L'association UNAFAM accompagne les familles et les aidants dans leur quotidien avec les malades psychiatriques. L'association « France Alzheimer » organise des réunions de rencontres entre familles et professionnels sur les conduites à tenir en présence de troubles du comportement. L'association « Osons nous soigner » travaille à faciliter l'accès aux soins somatiques et mène des actions de déstigmatisation de la maladie.

Des groupes d'entraide mutuelle sont présents à Blois, Vendôme et Montrichard.

De nombreuses actions de prévention et sensibilisation sont mises en place au niveau des collèges et lycées, et notamment sur l'acquisition des compétences psycho-sociales.

⇒ **Points Forts**

Offre de soins en psychiatrie variée et complémentaire en lien avec les établissements publics et privés existants sur le territoire

Appels à projets acceptés pour les structures ambulatoires de type CMP permettant un réajustement des effectifs et des organisations

⇒ **Problématiques**

Peu de formation à la « gestion de la crise » proposée aux professionnels devant intervenir (pompiers, forces de police, ambulanciers...)

Démographie médicale défavorable, tant en médecins généralistes qu'en spécialistes psychiatres, impactant l'offre de soins dans sa phase diagnostic et suivi

Suivis des patients présentant des troubles psychiques encore perfectibles pour limiter les crises et les passages aux urgences

Accès aux soins somatiques non formalisés dans les unités conventionnelles de psychiatrie avec un suivi et des actions de prévention auprès des patients incomplets

Difficultés à trouver des familles d'accueil, d'où une sous-utilisation de l'accueil familial thérapeutique qui n'existe par ailleurs que dans le secteur de Romorantin

6.2. Parcours « Enfants /Adolescents »

6.2.1. Repérage précoce, diagnostic et accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques

Repérage des troubles et diagnostic

Présence de nombreux acteurs sur le champ de la petite enfance et de l'enfance participant au repérage et l'évaluation précoce : Crèches, Services de l'Education Nationale, Arbre à palabre, PMI, ASE, DADA41, Maison verte, Boîte à mots, CMPP, CMSP, JES, ACESM, REAAP...
18 lieux de consultations sur le territoire pour la PMI.

Présence d'une infirmière dans chaque collège et lycée du département.

Dépistage de seconde ligne organisé pour la petite enfance par le CAMPS, le dispositif DADA 41 et la Plateforme TND.

Appui du jardin d'enfants spécialisé aux équipes de crèches et de maternelle.

Magistrats sensibilisés à la nécessité de préparer les séparations parents/enfants afin d'éviter les traumatismes.

Existence de la Maison des Adolescents (MDA) sur Blois et développement d'antennes sur Vendôme et Romorantin.

Dispositif « Les promeneurs du Net » basé au BIJ de Blois.

Mise en place d'une « Consultation jeunes consommateurs » portée par le Centre Hospitalier de Blois, l'ANPAA 41 et VRS : Accueil pour jeunes, de 12 à 25 ans, confrontés à toute problématique addictive avec 3 lieux d'accueil, Blois, Romorantin-Lanthenay et Vendôme.

Accessibilité de la population au diagnostic et aux soins

Densité médicale de médecins généralistes inférieure à la moyenne régionale, voire nationale.

La densité en médecins généralistes est inférieure à la moyenne nationale (77,5 p100 000/ France 88,29). Parmi eux, 8 pédiatres représentant une densité de 30.40 pour 100 000 habitants inférieure au niveau régional (32.56).

Cette disponibilité est mise aussi à mal pour les pédopsychiatres, tant libéraux qu'hospitaliers.

L'accès pour la population « enfants et adolescents » aux médecins psychiatres est plus faible que le niveau national avec un taux de recours aux psychotropes très supérieur, quelle que soit la classe.

La pédopsychiatrie publique est organisée en deux secteurs de pédopsychiatrie sur le département :

- le secteur Nord de Blois-Vendôme qui comprend deux filières complètes de suivi ambulatoire et d'hospitalisation de jour « enfants » et « adolescents » portées par l'équipe du CH de Blois avec des CMP et CATTP à Blois et à Vendôme et des antennes sur Montoire et Mer (accueil un jour par semaine), des hôpitaux de jour à Blois et Vendôme ;

- le secteur sud de Romorantin qui comprend également deux filières « enfants » et adolescents avec CMP et à Romorantin et des antennes à Contres, Lamotte-Beuvron, Noyers-sur-Cher et Salbris, des hôpitaux de jour et CATTP à Romorantin.

De plus un hôpital de jour « La Maison d'Artemis » situé à Blois est porté par la Clinique du centre - Saumery (Huisseau-sur-Cosson).

Des prises en charge en hospitalisation complète sont possibles dans le cadre d'une unité d'hospitalisation territoriale pour les adolescents relevant de la pédopsychiatrie au sein du service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Blois, ainsi que dans l'unité de soins et d'intégration scolaire de la Clinique du Centre-Saumery.

Des limites sont identifiées pour l'accueil des adolescents à risque de fugue et les adolescents non adhérents aux soins. Actuellement, dans le cas où l'hospitalisation s'avère nécessaire pour ces adolescents, celle-ci a lieu soit en UHTCD, soit en psychiatrie adulte pour les grands adolescents. Dans tous les cas, une équipe de liaison de pédopsychiatrie pluri professionnelle assure un passage (pédopsychiatre infirmière, psychomotricienne, psychologue) complétant la prise en charge.

Identification des points de rupture dans le parcours des patients

Identification par les professionnels de l'importance de mettre en place une prise en charge pluriprofessionnelle adaptée pour l'enfant après le diagnostic fait par l'équipe DADA.

Difficultés potentielles pour la continuité des soins et de la prise en charge à 6 ans pouvant à certains moments déstabiliser des situations cliniques et de vie.

Possible difficulté dans la continuité de la prise en soins au-delà de 16 ans avec un passage de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte. Ce passage de relais peut avoir des difficultés à s'organiser et se coordonner entre les différentes équipes avec des jeunes qui peuvent aussi avoir du mal à s'approprier, voire à adhérer au nouveau projet qui leur est proposé. Une temporalité adaptée est nécessaire et importante à inscrire pour que cette transition se passe au mieux.

6.2.2.. Accès aux soins somatiques et suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques

Le suivi somatique des jeunes enfants et des adolescents semble moins complexe à réaliser que celui des adultes.

Il existe des interventions coordonnées entre la pédopsychiatrie et la pédiatrie lors de l'hospitalisation des jeunes présentant des troubles psychiques sur les deux services de pédiatrie hospitalière.

6.2.3. Parcours de santé et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique

Mise en œuvre de la démarche Réponse accompagnée pour tous (RAPT).

Existence de supports permettant des transmissions entre partenaires différents comme par exemple les fiches navettes entre l'Education Nationale et certains acteurs.

Augmentation des moyens alloués à la pédopsychiatrie du 41 permettant le renforcement des professionnels ayant une expertise avec l'ouverture d'antennes de CMP, la structuration de dispositifs spécifiques aux adolescents, la réduction des délais de premier accueil, la mise en place d'équipes de liaison pédopsychiatrique.

Offre de soins ambulatoires (CMP, HDJ, CATTP) sur Blois, Romorantin Lanthenay et Vendôme- Montoire.

Equipe de liaison pluriprofessionnelle (pédopsychiatres, infirmières, psychologue, psychomotricien) de pédopsychiatrie située sur Blois pouvant préparer les hospitalisations et les sorties après hospitalisations sur Blois en allant vers les structures d'accueil de jeunes et les professionnels les prenant en charge (mise en place dernier trimestre 2019).

Remise en place du dispositif CADO 41 depuis 2019, à raison d'une réunion mensuelle, centrée sur la prise en charge des adolescents. Travail démarré autour de la présentation des différents acteurs afin de « mieux se connaître » pour « mieux travailler ensemble ».

6.2.4. Prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique et organisation de la réponse à ces situations

Mise en œuvre de conventions entre certains partenaires sanitaires et sociaux (exemples : convention entre la Maison d'Artémis et la MECS Domaine des Frileuse, convention entre l'IME de Naveil et le service de pédopsychiatrie du CH Blois).

Dispositif SARIA géré par le CDSAE.

Disponibilité de la MDA pour accueillir les jeunes rapidement avec 3 lieux d'accueil : Blois, Romorantin-Lanthenay et Vendôme.

Possibilité d'hospitalisation en cas de crise sur des lits dédiés au sein du service de pédiatrie au centre hospitalier de Blois avec intervention de l'équipe de pédopsychiatrie.

EN RESUME :

⇒ Points Forts

- **Nombreux acteurs engagés dans le repérage précoce et le diagnostic**
- **Dispositifs spécifiques mis en œuvre : DADA 41, MDA, CJC...**
- **Présence d'une infirmière dans chaque établissement scolaire de type collège ou lycée**
- **Renforcement des équipes de pédopsychiatrie en lien avec des appels à projet financés en 2018-2019 permettant de structurer une meilleure offre de soins sur le territoire tant en ambulatoire qu'en hospitalisation**

⇒ Problématiques

- **Démographie médicale en tension pour les pédiatres, les pédopsychiatres, les médecins scolaires et les orthophonistes**
- **Nombre de professionnels paramédicaux et médicaux non en adéquation avec les besoins dans le secteur médico-social (établissements et services)**
- **Inégalités d'accès au soin entre zones urbaines et zones rurales**
- **Difficulté pour les professionnels de première ligne de repérer les référents de 2^{ème} ligne**
- **Inadaptation de certaines orientations du fait du manque de diagnostic et de coordination des acteurs**
- **Guidance parentale non financée pour les professionnels libéraux**
- **Rupture entre le repérage/diagnostic et la mise en place des soins – délais d'attente aux CMP CMPP trop longs, avec risque d'une dégradation de l'état de santé et une modification des besoins de l'enfant**
- **Difficulté à mettre en place de façon précoce l'intervention pluridisciplinaire nécessaire aux situations complexes**
- **Manque de repérage des adolescents et jeunes adultes dont la décompensation a lieu postbac**
- **Rupture de parcours aux âges charnière à 6 ans puis à 18 ans du fait du manque de relais entre équipes des différents secteurs pour les prises en charge sanitaire, sociales et médico-sociales pouvant impacter les potentialités d'amélioration de l'état de santé**
- **Difficulté d'hospitalisation dans les lits dédiés en pédiatrie de certains adolescents en crise nécessitant de penser une organisation territoriale adaptée aux problématiques identifiées**

6.3. Parcours « Adultes Vieillissants »

6.3.1. Repérage précoce, diagnostic et accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques

Repérage des troubles et diagnostic

D'après les dernières données statistiques disponibles, les troubles psychiques chez la personne âgée sont, à l'échelle du département, ainsi recensés :

Pour les 65 ans et plus, la part des prises en charges pour une pathologie psychiatrique est de 28%

Sur 1 780 personnes prises en charge pour troubles psychotiques, 360 (20%) ont + de 65 ans.

Une évaluation Pathos 2018 regroupant 12 EHPAD retrouve près de 84% d'affections psychiatriques pour les 961 résidents évalués.

Cette fréquence risque d'augmenter car la population du département vieillit : 23% de la population a plus de 65 ans (France 17,7%), et, selon les projections INSEE 2017, les plus de 65 ans représenteront 32,9% de la population en 2050 (France 27,2%).

Le repérage des troubles psychiques chez les personnes âgées résidant à leur domicile est parfois difficile en raison de la non reconnaissance de ces troubles par les personnes elles-mêmes. Des symptômes gênants pour l'entourage peuvent apparaître mais sont souvent supportés seuls.

De même, le diagnostic initial est souvent complexe. Tout d'abord, il existe peu d'actions de dépistage des troubles psychiatriques chez la personne âgée par rapport au sujet jeune. Ensuite, l'apparition de troubles du comportement peut faire suite à des situations de ruptures existentielles, comme l'entrée en Ehpad par exemple, pouvant réactiver des symptômes anciens qui n'avaient pas précédemment d'incidence sur l'équilibre de vie. Enfin, ces troubles peuvent aussi apparaître dans le cadre de maladies neurodégénératives avec présence de troubles cognitifs en arrière-plan. Le médecin généraliste référent est souvent le premier consulté. Il pourra orienter vers un psychiatre libéral ou une consultation hospitalière spécialisée ou vers un CMP. Le taux de recours dans le département vers les psychiatres libéraux des 65 ans et plus est supérieur à la moyenne nationale (115 pour 10 000 ; France 51,8) mais les délais de consultation sont souvent longs et incompatibles avec l'urgence de la situation qui peut alors conduire à une demande d'hospitalisation. Le médecin référent peut également faire évaluer l'état cognitif de son patient en l'orientant vers une consultation spécialisée « mémoire » existant sur les centres hospitaliers de Blois, Romorantin-Lanthenay et Vendôme-Montoire.

Bien qu'il existe dans certains établissements sanitaires ou médico-sociaux des formations internes des professionnels sur les troubles du comportement, les professionnels font état de manière générale de connaissances insuffisantes sur les pathologies psychiatriques. Ce manque de formation peut conduire à des diagnostics de démence en lien avec des maladies neurodégénératives erronés, avec, pour conséquence, un défaut d'ouverture de la filière psychiatrique et une prise en charge essentiellement symptomatique par le médecin traitant, avec prescription d'anxiolytiques et d'hypnotiques. 50% des personnes ayant recours à un traitement médicamenteux psychiatrique ont plus de 65 ans.

Accessibilité de la population au diagnostic et aux soins

L'accessibilité des personnes âgées au diagnostic et aux soins en santé mentale est freinée par le phénomène de désertification médicale dans le 41.

Malgré ce déficit en professionnels, on relève une augmentation du nombre de prises en charge en ambulatoire en psychiatrie hospitalière dont 10 % concernent des personnes de plus de 65 ans (715/7 254 en 2016). Elles sont réalisées principalement au niveau des 3 CMP et de leurs antennes, permettant des consultations, des suivis externes dans le lieu habituel de la personne.

Les patients de plus de 65 ans peuvent également être accueillis dans les services d'hospitalisation de jour des cliniques de la Borde et de la Chesnaie.

S'agissant des personnes âgées, les troubles du comportement peuvent être pris en charge par des gériatres dont le nombre est proche de la moyenne nationale (14,7 p100 000/ France, 15,6 - données 2017). On ne dispose toutefois pas, à ce jour, de données relatives au nombre de professionnels, toutes compétences, qualifiés ou expérimentés en psychogériatrie.

Dans certains EHPAD, des conventions avec les CH ont permis l'accès à des consultations menées par des psychiatres ou des infirmiers compétents en santé mentale au sein même des EHPAD, mais les professionnels remarquent que ces conventions ne sont pas toujours opérationnelles.

S'agissant du suivi des patients âgés en perte d'autonomie, les acteurs s'accordent sur le fait que la prise en charge non médicamenteuse est souvent insuffisante en lien avec la densité des professionnels et les modalités de prise en charge de certaines offres de soins.

L'hospitalisation en milieu spécialisé est possible dans les 6 établissements de santé autorisés en psychiatrie. Néanmoins, aucun de ces établissements publics ou privés ne disposent de lits spécifiques à l'activité de psychogériatrie.

Les personnes âgées en perte d'autonomie présentant des troubles du comportement peuvent être en principe accueillies en EHPAD. Le 41 compte 52 EHPAD et un accueil de jour autonome (Vineuil). Cela représente 4 499 places d'hébergement permanent, 114 places temporaires, 82 places en accueil de jour et 14 places en accueil de jour autonome.

Malgré cette offre, on soulignera toutefois que les personnes handicapées psychiques vieillissantes en perte d'autonomie rencontrent des difficultés d'accueil dans les EHPAD.

Au sein de certains EHPAD, se développent des prises en charge spécifiques pour les personnes présentant une pathologie Alzheimer : 14 PASA (pôle d'activité et de soins adaptés), des accueils de jour et des propositions d'hébergement temporaire.

Par ailleurs, il existe 4 UHR (unités d'hébergement renforcé) dont 2 sanitaires (CH Blois et Romorantin-Lanthenay) et 2 médico-sociales au sein de l'EHPAD Vendôme-Montoire accueillant - parfois en admission directe (venant du domicile) - des patients atteints de maladies neurodégénératives présentant des troubles de comportement sévères. Au sein de ces UHR, le projet de soin est adapté à la personne et un projet de vie personnalisé est proposé. Les familles et les proches sont encouragés à y participer. Le séjour en UHR est toutefois limité dans le temps et ne constitue pas une solution d'accueil pérenne pour des patients pour lesquels des troubles graves du comportement persistent. Pour ces derniers, se pose le problème de l'absence de filière psycho-gériatrique organisée.

Au sein du SSR du CH de Blois, une UCC (unité cognitivo-comportementale) qui constitue une unité de soins de suite et réadaptation à visée cognitivo-comportementale, accueille des patients atteints d'une maladie neurodégénérative et présentant des troubles du comportement modérés. L'admission en UCC constitue parfois la seule solution pour gérer une crise ou des troubles importants du comportement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, vivant à domicile ou dans un établissement de type EHPAD. Les établissements psychiatriques peuvent solliciter cette unité pour la réalisation de bilans pour des patients psychotiques « jeunes vieillissants » présentant des troubles cognitifs alors que leur état psychiatrique est stabilisé et qu'ils pourraient être accueillis en EHPAD.

La densité de places en UCC est inférieure à la moyenne nationale (16,4 p 100 000 +65 ans/ France 19). Une UCC est en cours d'installation au CH de Vendôme-Montoire (ouverture en 2020).

Pour les patients vivant à domicile, 3 équipes mobiles spécialisées Alzheimer sont également réparties dans le nord, le centre et le sud du département. Les proches et aidants peuvent également s'adresser à une plateforme de répit portée par le CIAS du blaisois.

Accessibilité aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

Dans les établissements et services pour personnes adultes présentant une déficience intellectuelle avec troubles associés situés dans le Loir-et-Cher, sont prises en charge de nombreuses personnes vieillissantes présentant des troubles psychiques associés (26 en MAS, 7 en SAMSAH en 2018). 4 structures sont dédiées spécifiquement aux personnes handicapées vieillissantes pour un total de 70 places (49 FO et 21 FAM situées à Vendôme, Onzain, Romorantin et Mont-Près-Chambord). Par ailleurs, 2 résidents avaient plus de 60 ans en 2018 dans les établissements de l'AIDAPHI.

Identification des points de rupture dans le parcours des patients

Le parcours de soins et de vie des patients présentant des troubles psychiatriques et une perte d'autonomie liée à l'âge est complexe.

Pour les personnes résidant à domicile :

Les personnes de 65 ans et plus en perte d'autonomie résidant à domicile rencontrent des difficultés d'accès aux soins psychiatriques, y compris pour les patients déjà suivis. Les déplacements vers les consultations deviennent en effet plus difficiles à organiser et de véritables situations de fragilité peuvent s'installer avec des difficultés de coordination et de partage d'informations entre les acteurs du soin à domicile. Pour les cas complexes, les MAIA assurent un travail de coordination pour faciliter le partage d'informations entre les acteurs libéraux (médecins, IDE, curateurs, responsables d'associations, aides à domicile).

S'agissant des patients hospitalisés en psychiatrie :

Le taux d'hospitalisation en psychiatrie des 65 ans et plus est inférieur à la moyenne nationale (39,5 p 10 000 /France 55).

On soulignera tout d'abord qu'il n'existe à l'échelle du département, ni secteur d'hospitalisation en psychogériatrie, ni lits de psycho-gériatrie en établissement psychiatrique, alors même que ce besoin a été identifié depuis plusieurs années dans le département par plusieurs acteurs, publics comme privés. Face à la complexité de la prise en charge des patients psychiatriques vieillissants, qui nécessitent une prise en charge globale alliant soins psychiatriques et soins somatiques, les moyens dont disposent à ce jour les établissements psychiatriques sont insuffisants.

Dans les cas où un transfert d'un établissement psychiatrique vers un EHPAD peut être indiqué, les professionnels de ces établissements sont souvent réticents à accueillir ces patients y compris lorsque ceux-ci en sont demandeurs. Ces refus, souvent liés à la crainte de ne pas être en mesure d'assurer le suivi psychiatrique compte tenu des moyens existants, sont aussi et souvent la conséquence de l'image sociale encore très négative de la maladie psychique. On relève objectivement un défaut de formation des personnels des EHPAD sur les troubles psychiatriques et un manque d'expertise médicale psychiatrique dans ces lieux de vie.

Pour les patients psychotiques transférés en EHPAD, on constate des situations de ruptures existentielles : il est difficile, compte tenu des moyens actuels, de transposer « la bulle de prise en charge » des établissements psychiatriques vers les EHPAD.

Pour faire en sorte que l'accueil en EHPAD se passe au mieux pour le patient, ses proches, les autres résidents de l'établissement et les professionnels accueillant, certaines équipes de psychiatrie mettent en œuvre un accompagnement personnalisé. Celui-ci intègre un accompagnement aux visites de préadmission puis un suivi par un infirmier. Par ailleurs, ces équipes s'engagent dans la durée en terme de disponibilité pour des conseils, voire dans certains cas une réadmission du patient. Ces temps de visite dans les EHPAD des professionnels ayant une expertise psychiatrique permettent aussi des temps de sensibilisation/formation/action auprès des professionnels de première ligne autour des troubles psychiques, des modalités de prise en charge possibles. Ces modalités mises en œuvre peuvent être formalisées au travers de conventions de collaboration.

Pour les équipes ne mettant pas en œuvre une telle disposition, en lien avec des ressources insuffisantes, elles restent disponibles pour des conseils téléphoniques, voire une réadmission si nécessaire.

Qu'ils soient transférés en EHPAD ou en milieu hospitalier, ces patients ont particulièrement besoin de repères et le maintien de liens avec l'équipe soignante référente constitue un élément déterminant de la continuité des soins.

Le suivi après sortie d'hospitalisation complète peut être insuffisant notamment suite à une tentative de suicide, problématique à ne pas négliger chez les patients âgés. Il peut être assuré dans le cadre de consultations en CMP par le médecin psychiatre et parfois par des IDE expérimentées en santé mentale, ou par le biais d'une hospitalisation de jour, dans des structures publiques comme privées.

6.3.2. Accès aux soins somatiques et suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques

A l'échelle du département, les patients de plus de 65 ans représentent 28% de la population générale suivie pour troubles psychiatriques (3 420 personnes sur un total de 11 930, source rapport CTS 16 novembre 2018). S'agissant plus particulièrement des patients pris en charge pour troubles psychotiques, les plus de 65 ans représentent 20 % (360 pour 1 780, source rapport CTS 16 novembre 2018).

Ces patients développent avec l'âge des pathologies somatiques dont la prise en charge est complexe (retard de diagnostic, compliance au traitement...). Par ailleurs, pour ces patients, des facteurs de risque majorés (tabac, diabète, maladie cardio vasculaire, iatrogénie médicamenteuse) conduisent à une diminution de l'espérance de vie par rapport à la population générale.

La possibilité pour ces patients de se déplacer au cabinet du médecin peut être limitée, pouvant impacter le suivi, sachant que, pour certains médecins, les visites à domicile ne sont pas organisables. Les troubles psychiques rendent eux-mêmes difficiles l'évaluation clinique somatique avec un risque de mettre sur le compte des troubles psychiques des problèmes réellement somatiques ou de ne pas savoir réadapter des traitements psychotropes lors d'épisodes aigus somatiques.

A ce risque de rupture de la continuité du suivi psychiatrique, s'ajoutent des réticences à l'accueil de patients psychiatriques en SSR, qui plus est, lorsqu'ils sont âgés, pouvant aboutir à de véritables discriminations dans l'accès aux soins somatiques et à l'engorgement des services de MCO. La demande de retour (de MCO ou de SSR) dans l'établissement psychiatrique d'origine est parfois par ailleurs très prématurée et non coordonnée, avec les risques inhérents aux moyens limités dont disposent actuellement les établissements d'amont (moyens techniques non adaptés, manque de personnel).

6.3.3. Parcours de santé et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique

Le département compte plusieurs établissements et services spécialisés dans le handicap psychique : 3 ITEP-SESSAD, 2 SAMSAH-SAVS, 2 MAS, 1 FO.

Les actes de liaison psychiatrique vers le médico-social pour les 65 ans et plus sont faibles (4,7 p 1 000 / France 17,7).

Les handicapés psychiques vieillissants en perte d'autonomie rencontrent des difficultés d'accueil dans les EHPAD, et cela malgré les accompagnements mis en place par les équipes de psychiatrie pour favoriser leur intégration.

6.3.4. Prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique et organisation de la réponse à ces situations

Dans les Ehpad, des situations de crise et d'urgence psychiatrique peuvent survenir. Dans l'évaluation Pathos 2018 de 12 Ehpad de Loir-et-Cher, le profil P1 pour des soins psychiatriques intensifs a été retenu pour 6,87% des 961 résidents concernés pour une moyenne départementale de 1,31% et nationale de 2,35%. Ces situations d'urgence peuvent être gérées par le médecin coordonnateur en cas d'indisponibilité du médecin traitant. Mais les Ehpad n'ont pas tous de médecin coordonnateur (sur 49 EHPAD, 18 postes sont actuellement vacants). Le manque de compétences psychiatriques ne permet d'ailleurs pas toujours de faire face à la situation.

En plus du dispositif existant pour les gestions des urgences, il existe des organisations mises en place dans certaines zones départementales par les unités de psychiatrie pour « aller vers » :

Sur Romorantin, il est possible de faire intervenir une équipe de psychiatrie au domicile ou en substitut de domicile via le médecin traitant et le CMP.

Dans le vendômois, des conventions sont mises en œuvre avec les EHPAD permettant l'intervention d'une équipe de secteur au sein de l'établissement ou d'un psychiatre.

En fonction des places disponibles, des accueils directs peuvent s'organiser en cas de majoration des troubles du comportement chez les personnes âgées en UCC sur le SSR du centre hospitalier de Blois.

De plus, les UHR peuvent également accueillir les urgences psychiatriques de patients atteints de maladies neurodégénératives venant du domicile ou d'autres établissements.

Chez la personne âgée, on constate un taux de mortalité par TS en diminution mais toujours plus élevé que la moyenne nationale, de même pour le taux de recours à l'hospitalisation pour TS chez les 65 ans et plus (6,3 p 10 000 /France 5,4). Le taux de TS des 75 ans et plus dans le 41 est de 11,2 p 10 000 /France 8,2 p 10 000. Des actions de prévention (information, formation des personnels, formation des aidants) sont menées, notamment par la FRAPS qui anime la coordination de la prévention du suicide dans le département. Il y a eu des formations au repérage et à la gestion de la crise suicidaire chez les aides à domicile intervenant préférentiellement chez les personnes âgées.

6.3.5. Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir, lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique

Devant l'apparition de troubles psychiques, les familles et les aidants sont souvent en grande difficulté. Ils peuvent s'appuyer sur des associations d'accompagnement et d'information (UNAFAM, « Osons nous soigner ») qui mènent également des actions de lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale. Celle-ci reste une réalité qui explique, au moins pour partie, les difficultés d'accès aux structures d'accueil type EHPAD ou aux services de médecine et particulièrement aux soins de suite.

Dans le cadre des maladies neurodégénératives, de type Alzheimer ou apparentés, l'association « France Alzheimer » est présente dans le département avec plusieurs antennes. En plus de missions auprès des aidants, elle réalise des actions d'information/sensibilisation auprès du grand public.

6.3.6. Actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

L'association UNAFAM accompagne les familles et les aidants dans leur quotidien avec les malades psychiatriques. L'association France Alzheimer organise des réunions de rencontres entre familles et professionnels sur les conduites à tenir en présence de troubles du comportement. L'association « Osons nous soigner » travaille à faciliter l'accès aux soins somatiques et mène des actions de déstigmatisation de la maladie. Des groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont présents à Blois, Vendôme et Montrichard, même si l'accès peut être difficile pour les patients de plus de 75 ans surtout s'ils ont une perte d'autonomie physique en plus.

L'association « France Alzheimer » propose une formation auprès des aidants permettant de mieux comprendre la maladie et son impact, de préserver au mieux les relations avec son proche.

EN RESUME :

⇒ Points Forts

- Accès à des consultations « mémoire » en 3 points distincts sur le territoire
- Augmentation du nombre de prises en charge des patients de plus de 65 ans en ambulatoire
- Mise en place de conventions entre établissements et EHPAD pour favoriser les consultations de proximité
- Coordination des prises en charge complexes par les MAIA
- Collaboration avec des médecins traitants formalisée dans certains établissements
- Existence de conventions entre équipe de psychiatrie et EHPAD facilitant l'intervenant sur site dans certains secteurs du département

⇒ Problématiques

- Difficultés de repérage des troubles par les personnes âgées et leurs proches, d'où possible retard dans la prise en charge
- Complexité du diagnostic initial avec moins d'actions de dépistage et réactivation possible de troubles en lien avec événements de vie
- Formations des acteurs du soin insuffisantes par rapport aux spécificités et/ou aux populations accueillies dans les lieux de vie
- Offre de soins limitée pour la psycho-gériatrie (déficit de médecins formés, absence de filière structurée...)
- Offre de soins non médicamenteuse insuffisante
- Perte d'autonomie impactant la possibilité de consulter et le « aller vers » insuffisant
- Compétences de somaticiens insuffisantes pour assurer le suivi des personnes vieillissantes en structures psychiatriques tenant compte de leurs besoins spécifiques
- Accueil non structuré pour les patients vieillissants dans les MCO
- Sorties de MCO pas suffisamment coordonnées avec impact important pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs aidants

⇒ Leviers d'action, pistes de travail identifiées

- Développer les actions de formation auprès des acteurs du soin tenant compte des spécificités des besoins en lien avec lieu d'exercice, population prise en charge, place dans le parcours de soins et de vie, et cela en proposant différentes méthodes pédagogiques
- Faciliter l'accès à des expertises autres que médicales (psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes...)
- Développer le « aller vers » tant à domicile que dans les substituts du domicile (structures du médico-social entre autre), en créant ou renforçant les équipes mobiles et en mobilisant les moyens de la télémédecine
- Structurer la filière de psycho-gériatrie sur le territoire
- Travailler en collaboration le parcours de soins des patients âgés (entrée directe, sortie entre autre) au sein des MCO pour ne pas augmenter la fragilité des patients
- Etendre les conventions entre les équipes de psychiatrie et les EHPAD pour mettre en œuvre l'offre de soins « aller vers » sur tout le territoire

6.4. Focus sur certaines populations et situations spécifiques

6.4.1. Femmes victimes de violence

Points forts

3 réunions Grenelle sur les violences conjugales organisées en septembre 2019 par la préfecture et le procureur ayant permis de faire l'état des lieux des pratiques et d'identifier les pistes d'actions.

Mobilisation locale forte avec un tissu associatif et institutionnel engagé.

Centre de ressources régional pour les psycho-traumatismes ouvert en 2019 au CHU (consultations et organisation d'équipes départementales spécialisées).

Problématiques

Formation au repérage précoce de ces situations avec conduites à tenir des professionnels de santé difficile à mettre en œuvre du fait de leur indisponibilité.

Leviers d'actions, pistes de travail identifiées

Mettre en œuvre les mesures de santé inscrites dans le Grenelle.

Mobiliser les professionnels de santé autour du repérage des situations (en s'appuyant sur un outil de la HAS) :

- Partenariat CPAM/ARS/préfecture : visite des DAM (délégués d'Assurance maladie), relais AMELI et professionnels de santé
- UREPS
- Ordres et réunions de pairs professionnels.

Accompagner la création au sein du CH de Blois d'une UAMJ (unité d'accueil médico-judiciaire) permettant de centraliser la tenue de l'enquête (volet judiciaire) et la prise en charge des victimes (volet santé).

Réfléchir à la déclinaison territoriale de la prise en charge des psycho-traumatismes en lien avec le Centre psycho-traumatisme régional basé sur Tours, avec, dans un premier temps identification des personnes ressources pour les prises en charges au niveau du territoire, et coordonner les besoins de formation spécifique en lien avec la déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité.

6.4.2. Migrants primo-arrivants

Points forts

Prise en compte du parcours de santé des migrants par une instruction ministérielle du 8/06/2018 avec prise en compte du volet santé mentale.

Association « Osons Nous soigner » (ONS) désignée par la DD41ARS comme structure pivot pour l'accès aux soins des migrants (coordination, ouverture droits, initiation RV santé, orientation).

Parcours de santé des migrants en cours de construction avec tous les acteurs de santé concernés (CES/CPAM, CLAT, CV, CEGIDD, EMPP...) et les structures sociales, dont notamment la SPADA – structure de premier accueil des demandeurs d'asile.

Un centre ressources régional pour les psycho-traumatismes ouvert en 2019 sur Tours.

Problématiques

Différences culturelles, la psychothérapie ne fait pas partie de la demande, certaines personnes ne veulent pas parler de leur traumatisme.

Mobilisation des dispositifs de psychiatrie.

Difficulté pour les professionnels de première ligne d'appréhender l'état de santé mentale des migrants.

Nécessité de recourir à l'interprétariat pour prendre en compte la barrière de la langue.

Leviers d'actions, pistes de travail identifiées

Repérer les professionnels de santé, psychiatres notamment, souhaitant travailler dans un cadre interculturel.

Renforcer les moyens EMPP/Equipe mobile psychiatrie précarité pour participer au repérage des personnes migrantes primo-arrivantes en souffrance psychique.

Centre psycho-traumatisme Tours : cf. ci-dessus Femmes victimes de violence.

Perspective d'un appel à projet national pour mettre en place un dispositif d'aide aux professionnels de santé en matière d'interprétariat.

6.4.3. Accès maintien au logement

Points forts :

Existence de dispositifs : EMPP, résidences accueil, GEM, SAMSAH, SAVS... permettant le maintien à domicile de personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques.

Assises départementales du logement et de l'hébergement organisées en juin 2019 devant aboutir au diagnostic du futur PDALHPD (plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées).

Problématiques :

Problème de la prise en charge à domicile – entrée et maintien - des personnes souffrant de troubles psychiques, voire psychiatriques, mais ne présentant pas un trouble pour l'ordre public (au sens des soins sans consentement) et qui ne sont donc pas hospitalisées.

Parfois, proposition de logements dans un mauvais état, ce qui peut contribuer à l'isolement social.

Nécessité d'anticiper les sorties d'hospitalisation pour assurer le logement. Manque d'approche globale santé/social et de connaissance des dispositifs existants par les professionnels de la santé et du social.

Leviers d'actions, pistes de travail identifiées :

Mener des actions dans le cadre des CLS : commission pluridisciplinaire d'étude de cas.

Définir des pistes d'amélioration tenant compte du diagnostic du futur PDALHPD en cours suite aux Assises de juin 2019.

Poursuivre le déploiement des résidences accueil (DDCSPP).

6.4.4. Patients ayant une addiction

Points forts

Présence de 2 CSAPA et d'un CAARUD (accueils au sein du local, collectif et individuel, tournées de rue « aller vers » dans le cadre de l'EMSP, programme d'échange des seringues (PES)).

Sur le territoire :

- Bonne dynamique des professionnels hospitaliers et médico-sociaux – équipes ELSA mises en place
- Filière addictologie restructurée depuis 4 ans mais manque unité de sevrage complexe
- Présence d'associations de bénévoles
- Présence d'un médecin-relais désigné pour le Loir-et-Cher assurant une interface avec la Justice pour la mise en œuvre effective des mesures d'injonction thérapeutique

- Présence de points de contacts avancés dans lycées et CFA horticole de Blois, lycée agricole d'Areines à Vendôme, CFA Bâtiment et CFA interprofessionnel de Blois, lycée professionnel Val de Cher à Saint-Aignan
- Interventions à la maison d'arrêt de Blois et orientation à la sortie par l'ANPAA et VRS
- Interventions de rue au sein de l'EMSP (Equipe mobile santé précarité) avec ONS et le CIAS du Blaisois (cf. ci-dessus)
- Présence de l'Union nationale des amis et des familles de malades psychiques (UNAFAM 41) menant des actions d'information et d'entraide pour les maladies psychiques.

Plan national de lutte contre les addictions.

Diagnostic départemental de prévention et promotion de la santé de 2017 partagé entre PPMI, Education Nationale, MILDECA, CPAM et DDARS et tous les acteurs de la prévention.

Dispositif Consultations jeunes consommateurs (CJC) s'appuyant sur le triptyque ANPAA/VRS/MDA.

Actions de prévention et promotion de la santé (PPS) :

- Bon partenariat associations/EN/ARS/MILDECA dans les établissements scolaires
- Outils utilisés de plus en plus probants (selon classification Santé publique France) et développement des compétences psycho-sociales (CPS).

Mise en place en 2019 d'une fonction d'appui territoriale regroupant les 3 réseaux de santé et la MAIA, Santé Escale 41.

Mise en place de consultations avancées CSAPA dans les structures sociales gérées par l'ASLD en partenariat avec VRS.

Problématiques

- Démographie médicale en psychiatrie et en addictologie (notamment au CH de Blois)
- Impossibilité de couvrir l'ensemble du territoire avec les programmes probants répondant au cahier des charges Santé publique France
- Nombre faible de programme probants (un seul existe)
- Articulation entre le dispositif CJC et les points de contact avancés
- Pérennisation des financements de la prévention
- Risque de rupture des soins et aggravation des comorbidités au vu des délais d'attente sur le CSAPA de l'ANPAA 41
- Risque de rupture entre les sorties de post-cure et le suivi ambulatoire.

Leviers d'actions, pistes de travail identifiées

Poursuivre l'articulation du secteur social et médico-social sur le secteur blésois notamment.

Maison d'arrêt : identifier un médecin addictologue intéressé pour intervenir auprès des personnes sous-main de justice ; à noter que ce médecin dispose également de compétences en psychiatrie.

PPS : renforcer le soutien aux actions dites probantes et celles répondant au cahier des charges défini par Santé publique France.

Renforcer les actions visant à développer les CPS des jeunes dans les établissements scolaires et des personnes en situation de précarité.

Développer les formations de la FRAPS (fédération régionale des acteurs en prévention de la santé) sur le repérage de la crise suicidaire.

Santé Escale 41 : poursuivre la structuration du nouveau dispositif et la montée en charge des actions menées.

6.5. Focus sur la sensibilisation / formation des acteurs du soin

Points forts

Des formations présentes sur le territoire couvrant différentes thématiques de la santé mentale et portées par différents acteurs de la santé :

- Journée de formation et sensibilisation sur la maladie psychique CLS Blois/UNAFAM en 2015 pour professionnels et bénévoles
- Formations dans les IFSI / IFAS (intervenants extérieurs – formateurs)
- Formations référents handicap dans les établissements de santé organisées par un collectif handicap
- Formations prévention suicide FRAPS
- Formations des acteurs de première ligne en addictologie organisées par VRS et l'ANPAA41
- Formation continue des professionnels des établissements de santé
- Séminaires des cliniques EPIC....
- Ateliers PROSPECT, formation aidants pairs à pairs
- Formation de l'UAL « tous accros », du Centre Hospitalier de Blois.

Des actions d'information/sensibilisation vers le « grand public » dont la fonction principale est la rencontre et la dé-stigmatisation :

- Forums avec stands associatifs santé mentale
- Semaine de santé mentale (UNAFAM) avec l'appui des CLS
- Interventions publiques du Rézo addictions 41
- Conférences publiques UNAFAM
- Après-midi théâtre UNAFAM Espace Quinière en 2015
- Conférences santé (UNAFAM, Mutualité, Ville, CH...)
- Soirée de Croix marine.

Professionnels ayant développé des compétences spécifiques dans des domaines variés au sein du territoire, pouvant assurer à leur tour des actions de sensibilisation, de formations auprès d'autres acteurs du soin.

Problématiques

Actions de formation proposées aux personnels du soin ne s'inscrivant pas dans la régularité en termes de proposition et nécessitant un développement sur les thèmes abordés et les techniques pédagogiques proposés.

Actions de soutien aux professionnels sociaux, médico-sociaux et aux professionnels de santé libéraux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychique pas assez développées.

Absence de certains types de formation permettant de développer des compétences des professionnels des différents secteurs et d'apprendre le « travailler ensemble ».

Peu d'actions permettant de potentialiser les ressources en termes de formation au sein du territoire.

Difficultés à connaître les offres de formation existantes.

Difficultés pour reconnaître le temps de formation des professionnels comme temps de travail surtout pour les formateurs.

Leviers d'actions, pistes de travail identifiées

Centraliser le recueil des différentes formations existantes.

Communiquer et diffuser aux publics cibles l'ensemble de ces formations au travers d'un support commun (type catalogue et calendrier de formation).

Créer un pôle de formation spécifique à la santé mentale en direction des professionnels de la psychiatrie, mais également ceux du champ médico-social et des autres partenaires.

Développer les échanges de pratiques professionnelles et les actions de soutien dans les situations complexes en consolidant les missions du dispositif d'appui territorial.

Créer un comité de pilotage chargé de la coordination et de la promotion des manifestations et événements dans le champ de la santé mentale (s'appuyer sur le modèle d'organisation du collectif national des SISM).

6.6. Focus sur la prise en charge précoce de la souffrance psychique

Points forts

Richesse des acteurs dans leur pluralité, leurs missions et de leurs compétences (sanitaire, médico-social, associatif, territorial, médecins généralistes, Education nationale...).

Présence de dispositifs innovants d'accueil et de suivi (associatifs, institutionnels...).

Maillage territorial de prévention et de prise en charge évolutif avec des secteurs de spécialisation et d'amélioration des compétences.

Identification satisfaisante de certains acteurs dans le repérage et intervention précoce selon les publics : médecins généraliste, services urgences somatique et psychiatrique, Education nationale, médecine du travail...

Présence sur le territoire de structures qui repèrent et accompagnent la souffrance de l'entourage et évolution des projets de développement en lien avec l'évolution des problématiques rencontrées.

Augmentation de la dotation pour la psychiatrie en 2018 et 2019 permettant notamment un renforcement des dispositifs ambulatoires.

Problématiques

Difficulté dans le repérage clinique pour certains professionnels ou intervenants (souffrance invisible, pour une population non intégrée dans les dispositifs).

Niveau d'information et de communication insuffisant concernant :

- les ressources de prise en charge et d'accompagnement disponible au niveau du territoire
- le maillage territorial entre les différents acteurs professionnels /associatifs...
- des difficultés dans la lisibilité des capacités et des modalités d'intervention des différents acteurs
- des difficultés dans la communication entre les différents secteurs
- un manque de moyens humains et structurels avec en conséquence :
 - o des disparités de compétences sur le territoire avec une pénurie d'acteurs (notamment sur nord et le sud du département)

- des délais d'attente pour l'évaluation et la prise en charge importants (plus spécifiquement dans la population jeune)
- des difficultés d'orientation et d'organisation du parcours de soins et de prise en charge.

Leviers d'actions, pistes de travail identifiées

Renforcer la formation des acteurs dans le repérage, notamment celui de la souffrance non visible.

Développer la communication et l'information autour des ressources et du maillage déjà existants au niveau du territoire, tant auprès des usagers que des acteurs du soin.

Diminuer les disparités dans l'offre de soins en développant l'offre sur le nord et le sud du département.

Renforcer les moyens des structures accompagnant les enfants en difficultés. Créer une structure d'accueil pour adolescents en crise.

Pérenniser les moyens octroyés à la promotion de la santé mentale.

6.7. Focus sur les points de rupture ou les passerelles

Points forts

Peu de difficulté de diagnostic ou de recueil des besoins.

Développement d'outils statistiques et d'échanges d'information (via trajectoire) pour mettre en évidence le rapport entre les besoins d'admission en ESMS et le manque de place.

Des professionnels en capacité d'inventer.

Référent violence pour coordonner le parcours des personnes victimes de violence.

Présence en nombre des psychologues sur le département.

Une Démarche RAPT en place.

Curseur, juste milieu entre désinstitutionnalisation et institutionnalisation.

Séjour de rupture possible quand le patient est en crise : caractéristique du secteur public.

Existence de places d'accueil temporaire en foyer de vie, FAM et MAS.

Ouverture de certains établissements (ex : ESAT) à l'accueil de personnes présentant un autisme ou un handicap psychique sans être spécialisé.

Mise en place de conventions pour assurer le retour des personnes dans l'établissement d'origine suite à un séjour de rupture.

Possibilité de séjours de répit, pour les aidants, soignants, patients.

Création du Pôle de compétence et de prestations externalisées pour soutenir la recherche de solutions adaptées pour les personnes présentant un handicap.

Problématiques

Méconnaissance des rôles des différents acteurs et du périmètre d'actions de chacun.

Incapacité ou difficulté à assurer certains soins pour le médico-social (EHPAD ou FAM).

Recours aux psychologues limité du fait de l'absence de remboursement par l'Assurance maladie.

Manque de ciblage des actions de prévention.

Multiplicité des diagnostics sans croisement entre les institutions.

Manque d'attractivité des métiers de l'accompagnement et de la prise en charge à domicile.

Gestions des lits (paradoxe : entre la notion de parcours et l'optimisation des taux d'occupation). Engorgement généralisé des établissements.

Manque de solutions d'hébergement en sortie d'hospitalisation.

Difficulté de l'hospitalisation des mineurs.

Persistance de projets de départs en Belgique.

Leviers d'action, Pistes de travail identifiées

Connaitre le périmètre d'intervention de l'ensemble des acteurs pour éviter les situations de rupture.

Généraliser la mise en place des conventions pour permettre un réel travail à plusieurs, en alternance.

Pallier le problème de l'hyperspécialisation et éviter la création de situation d'impasse du fait de la spécialisation.

Réflexion à mener sur la fonction de co-soignant.

Mesurer, quantifier la question des coûts reportés (coût des arrêts maladie, coût de l'adaptation du milieu ordinaire).

Développer l'action précoce et permettre le remboursement des psychologues.

Favoriser une politique pour permettre la mixité des diagnostics et éviter les impasses institutionnelles.

Travailler sur la situation des EHPAD et des SAAD autour de l'attractivité des métiers.

Créer des équipes détachées des établissements spécialisés pour aider les établissements du milieu ordinaire à acquérir des savoirs faire pour l'accompagnement.

Développer des financements de formation pour permettre des formations par l'expérience de terrain dans d'autres établissements.

Développer la délégation d'actes.

Assouplir les critères d'âge et de spécialisation.

Créer des possibilités d'hospitalisation pour des mineurs adolescents.

Travailler sur la qualité des accueils temporaires afin qu'ils soient vraiment des séjours d'alternance.

Développer des projets de résidence accueil/ Maison relais pour faciliter les sorties d'hospitalisation.

Développer l'habitat inclusif et permettre une forme de mixité des publics accompagnés.

Accompagner la généralisation de l'approche « parcours » par la création de places pour la rendre effective (éviter le jeu des chaises musicales).

Penser des passerelles avec les départements limitrophes.

FICHES ACTIONS PRIORISEES SELON LES AXES STRATEGIQUES

Même si les données ne sont pas exhaustives, la démarche de diagnostic dans le cadre du projet territorial de santé mentale a permis d'identifier des points forts et des points de vigilance dans différents domaines ou pour différentes populations.

Cet état des lieux a permis aux membres de la commission de santé mentale de définir 5 axes de travail permettant de structurer des actions à mettre en œuvre :

- Prévenir et éduquer
- Coopérer, coordonner
- Garantir l'accès aux soins
- Prévenir et gérer les crises
- Organiser des parcours spécifiques.

Chaque axe a été décliné en fiches actions tenant compte des éléments du diagnostic, en particulier des points de vigilance, mais aussi des axes définis dans la politique nationale de santé mentale.

Ces fiches actions (annexe 6) sont présentées ci-dessous au travers de leurs objectifs opérationnels.

Prévenir et Eduquer

1.1. Assurer la promotion de la santé mentale sur le territoire

- Améliorer la connaissance de la population générale sur les pathologies en lien avec la santé mentale pour limiter la stigmatisation
- Améliorer la connaissance des patients et des familles sur les pathologies et les ressources disponibles pour les prises en charge
- Améliorer la connaissance des professionnels sur les dispositifs de droit commun et les ressources disponibles.

1.2. Soutenir les aidants

- Soutenir la parentalité (parent malade-enfant/parent-enfants malades)
- Repérer et accompagner les aidants en difficulté
- Limiter l'impact physique et psychique sur les aidants
- Développer la complémentarité des interventions professionnelles et familiales

1.3 Développer l'autonomie des personnes souffrant de troubles psychiques

- Mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP)
- Organiser l'accès à la réhabilitation psychosociale
- Promouvoir la pair-aidance dans les dispositifs d'accompagnement et de soins
- Développer l'entraide mutuelle.

1.4. Soutenir la citoyenneté et promouvoir les droits des personnes souffrant de troubles psychiques

- Permettre l'information et l'exercice des droits des personnes
- Soutenir leur représentation dans les instances décisionnelles et consultatives
- Développer la participation (concept d'empowerment qui définit le développement du pouvoir d'agir des individus et des groupes sur leurs conditions sociales, économiques ou politiques)
- Améliorer leurs possibilités d'accès à la cité (logement, culture, sport, éducation, emploi, transports)
- Développer la formation des professionnels aux droits des patients.

Coopérer, Coordonner

2.1. Identifier, améliorer la lisibilité des dispositifs de soins et d'accompagnement

- Identifier les ressources de proximité disponibles sur le territoire en identifiant leurs expertises
- Donner les informations sur les missions des différents acteurs, dispositifs et structures de soins existants
- Faciliter les échanges entre professionnels en optimisant l'accès aux coordonnées (n° tel, adresses postales, adresses messageries sécurisées)
- Mettre à disposition des usagers et des patients les coordonnées des ressources disponibles pour une prise en charge adaptée et de proximité.

2.2. Favoriser les formations interprofessionnelles et les échanges de pratiques

- Favoriser une prise en charge sécurisée et de qualité pour les patients et leurs proches au plus près de leurs lieux de vie
- Renforcer les liens collaboratifs entre les professionnels de 1^{ère} ligne, les autres acteurs du soin, les partenaires associatifs et les professionnels en santé mentale, permettant de limiter les ruptures dans les parcours de soins et de santé des patients
- Optimiser les compétences et les expertises des professionnels permettant un meilleur repérage des situations à risque, une orientation plus ajustée et plus précoce des patients, une continuité de la prise en charge pluri professionnelle personnalisée
- Professionnaliser les soignants exerçant dans les structures spécialisées en santé mentale, avec, à terme, un travail sur les pratiques avancées.

2.3. Mettre en place des modes et outils communs de communication pour faciliter la prise en charge du patient

- Partager les informations nécessaires à une prise en charge conjointe du patient entre professionnels de l'équipe de soins
- Améliorer les modes de communication entre professionnels mais aussi entre professionnels et usagers
- Sensibiliser et former les professionnels aux nouveaux dispositifs de coordination.

2.4. Assurer la coordination de proximité

- Organiser le travail en équipe au niveau territorial et infra territorial.

2.5. Se coordonner dans les situations complexes

- Permettre une coordination des acteurs du soin pour proposer une approche globale de la prise en charge de la personne en situation complexe.

Garantir l'accès aux soins

3.1. Adapter l'offre de proximité

- Rapprocher la prise en charge du patient psychiatrique et de ses proches de son lieu de vie pour les soins et l'accompagnement, y compris social
- Conserver et proposer des offres de soins variées et adaptées au parcours et à la pathologie du patient
- Développer le « aller vers » tant pour l'évaluation, le suivi des patients que l'accompagnement des professionnels de première ligne, permettant l'ancrage du patient dans son lieu de vie habituel.

3.2. Renforcer les équipes psychiatriques de liaison dans les structures de santé

- Faire intervenir les équipes de liaison psy dans les urgences, MCO, maternité, pédiatrie, gériatrie, SSR
- Eviter les situations de rupture en garantissant la continuité des soins et des prises en charge.

3.3. Développer une offre de soins somatiques adaptée aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques

- Organiser une approche globale du parcours de santé des patients psychiatriques intégrant la prise en charge préventive, curative, éducative, palliative des problématiques autres que psychiatriques.

3.4. Structurer l'accès aux soins post-traumatiques

- Co-construire avec les différents partenaires et ressources du département une prise en charge adaptée pour les personnes confrontées à des troubles psycho-traumatiques, en lien avec le centre régional de référence

Prévenir et gérer les crises

4.1. Définir et rendre lisible l'organisation territoriale des soins urgents et de crise

- Faire un état des lieux précis de l'existant avec les points forts et les points de vigilance selon les prises en charge, les populations à prendre en charge
- Définir une offre graduée territoriale en tenant compte des ressources existantes (professionnels, structures...)
- Mettre en commun les modalités de prise en charge de l'urgence (modalités d'intervention, protocoles, décisions d'hospitalisation...)
- Mettre en adéquation les ressources avec les besoins identifiés en particulier pour permettre une prise en charge ambulatoire rapide (renforcement des CMP, renforcement des équipes spécialisées permettant le « aller vers »...)
- Développer les nouvelles modalités de prise en charge : télé-médecine, pratiques avancées infirmières
- Informer les professionnels du soin du territoire de cette offre graduée et des modalités de sollicitation

- Mettre en place une évaluation périodique de cette offre de soins pour permettre un ajustement au plus près des besoins de la population.

4.2. Prévoir des soins non programmés dans les CMP pour répondre aux demandes urgentes

- Organiser des plages d'accueil dédiées permettant une première réponse rapide aux personnes, à leurs aidant familiaux et professionnels (plages dédiées aux urgences ressenties, numéro d'appel identifié...)
- Organiser le parcours d'accueil et le parcours de soins sous des modalités d'activité programmée et non programmée sur les CMP de référence et les antennes.

4.3. Soutenir la CUMP

- Consolider la CUMP et ses antennes afin de pouvoir répondre efficacement aux demandes
- Densifier et diversifier la participation des professionnels afin de garantir la sécurité et la qualité des accompagnements et des prises en soins.

4.4. Se coordonner dans les situations de crise

- Optimiser le parcours des patients dans le cadre de la gestion de crises
- Coordonner et finaliser les différents protocoles entre les acteurs sollicités en cas de crise
- Améliorer l'évaluation et la coordination des soins sans consentement.

Organiser les parcours spécifiques

5.1. Organiser le parcours spécifique petite enfance/enfance

- Améliorer le dépistage et la prise en charge précoce par le renforcement des liens entre les acteurs (services de maternité, pédiatrie, médecins traitants, PMI, CAMSP, santé scolaire, plateforme TND) Prévenir les troubles du comportement (appui à la scolarité par des équipes ressources EMAS, PIAL, équipe mobile psy)
- Développer le soutien aux familles par la guidance parentale
- Coordonner les soins précoces.

5.2. Organiser le parcours spécifique adolescence

- Renforcer le rôle de la Maison des adolescents (« aller vers », implantation de proximité, rôle de coordination des acteurs des secteurs socio-éducatifs, scolaires, médico-sociaux et sanitaire)
- Conforter l'appui des équipes de soin aux équipes d'accompagnement
- Développer des solutions de répit, d'accueil d'urgence, de repérages d'équipes ressources
- Développer « l'aller vers » des équipes de soins psychiatriques
- Prévenir les situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique et organiser leur réponse
- Développer la connaissance commune des différents partenaires pour une compréhension mutuelle des fonctionnements de chacun
- Adapter les organisations pour faire face à la variabilité des situations.

5.3. Organiser le parcours spécifique personnes âgées

- Améliorer l'accès aux EHPAD des personnes handicapées psychiques vieillissantes
- Adapter l'offre d'hébergement et de soins des personnes âgées présentant des troubles psychiques

- Développer les compétences des professionnels prenant en charge les PA présentant des troubles psychiques en établissements et à domicile.

5.4. Améliorer l'accompagnement des personnes confrontées à une problématique addictive en lien avec le secteur psychiatrique

- Renforcer la coordination et l'articulation entre le secteur psychiatrique et le secteur addictologique sur le département
- Renforcer l'offre d'accompagnement concernant les problématiques additives sans substance
- Renforcer l'accompagnement en addictologie des détenus en milieu pénitentiaire.

5.5. Organiser le parcours spécifique des personnes en situation de handicap

- Structurer les partenariats entre ESMS et secteurs de la psychiatrie par un conventionnement départemental
- Développer les formations croisées pour stimuler l'interconnaissance des professionnels des deux champs et la montée en compétences des ESMS dans l'accompagnement des troubles psychiques.

5.6. Organiser le parcours des personnes en situation de précarité

CONCLUSION

La rédaction du PTSM a été une opportunité pour les rencontres et les échanges entre les acteurs du soin, au sens large du terme, venant d'horizons divers, même si la crise sanitaire a pu impacter la dynamique.

Les réflexions menées ont permis d'avoir une meilleure connaissance des différents acteurs, de leurs périmètres d'actions, de partager sur les organisations avec leurs points forts, leurs points de vigilance et de penser des pistes d'amélioration au service des usagers, des patients, de leurs proches et des professionnels.

Ce travail déjà important ne témoigne que d'une partie de la dynamique existante dans le champ de la santé mentale, champ recouvrant de nombreux publics, acteurs du soin et besoins. Pendant la crise sanitaire, les professionnels ont pu réinventer des prises en charge, repenser des organisations, s'adapter à des nouveaux besoins toujours croissants.

La dynamique existe, elle est plus visible pour tous. La nomination d'un coordonnateur peut être une belle opportunité pour continuer à faire vivre ce travail en lien avec un comité de suivi pour le PTSM.

Ce dernier marque une étape pour le territoire mais doit être un document « vivant », avec un enrichissement des fiches actions, une priorisation de celles-ci au regard des besoins et des attentes des usagers, des patients, de leurs proches et des acteurs du soin, tenant compte des actions déjà mises en œuvre et des appels à projet dans le champ de la santé mentale.

Le projet territorial de santé mentale se doit d'être au service des usagers, patients, proches et acteurs de terrain, avec efficacité, pertinence et évolutivité.

Données utilisées

ADELI (Automatisation des listes des professionnels de santé)
ARS CVL (Agence régionale de santé Centre val de Loire)
ASIP Santé (Agence française de la santé numérique)
ASLD (Association d'aide, de soutien et de lutte contre les dépressives)
ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation)
Atlas santé mentale
CNAF (Caisse nationale d'allocations familiales)
CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie)
CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés)
CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)
CSAPA (Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie)
DDCSPP (Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations)
DDT (Direction départementale des territoires)
DPJJ (Direction de la protection judiciaire de la jeunesse)
DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)
FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux)
FRAPS (Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé)
INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques)
IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé)
MDPH (Maison départementale des personnes handicapées)
MSA (Mutualité sociale agricole)
OSCARD (Observation sociale croisée des acteurs régionaux et départementaux)
OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de *santé*)
RPPS (Répertoire des professionnels de santé)
SAE (Statistiques annuelle des établissements de santé)
SPF (Santé publique France)
Scan santé
SCORE Santé (Site commun d'observation régionale en santé)
SIGMED (Système d'information et de gestion des médecins hospitaliers)
SRADAR (Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés)
UREH (Union régionale d'épidémiologie hospitalière)

Liste des annexes

Annexe 1 : Membres issus des différents collèges du conseil territorial et des membres invités du territoire de santé de Loir-et-Cher

Annexe 2 : Membres de la commission spécialisée « Santé Mentale » à son installation en 2017

Annexe 3 : Programme séminaire du 16 novembre 2018 - Conseil Territorial de Santé de Loir-et-Cher – Commission « Santé Mentale » - Diagnostic territorial partagé

Annexe 4 : Modèle Fiche Action

Annexe 5 : Programme Séminaire du 20 mars 2020

Annexe 6 : Fiches actions priorisées selon les axes stratégiques

Annexe 7 : Glossaire

Annexe 1

Membres issus des différents collèges du conseil territorial et membres « invités » du territoire de santé de Loir-et-Cher

Nom	Prénom	Méi	Structure	
TURPIN	Nathalie	nathalie.turpin@ars.sante.fr	ARS DD41	
VAN WASSENHOVE	Eric	eric.vanwassenhove@ars.sante.fr	ARS DD41	
GENDRIER	Karine	karine.gendrier@ars.sante.fr	ARS DD41	
VILLANFIN	Annick	annick.villanfin@ars.sante.fr	ARS DD41	
FUCHE	Christelle	christelle.fuche@ars.sante.fr	ARS DD41	
RABILLER	Angèle	angele.rabiller@ars.sante.fr	ARS DD41	
CONS	Hélène	helene.cons@ars.sante.fr	ARS DD41	
QUATREHOMME	Agnès	agnes.quatrehomme@ars.sante.fr	ARS DD41	
LESCENE	Caroline	caroline.lescene@ars.sante.fr	ARS DD41	
PLACE	Jean-Louis	jl-place@chesnaie.com	CLINIQUE LA CHESNAIE - CHAILLES	
HAËNTJENS	Gwenaële	haentjg@ch-blois.fr	CH Blois	
GIBOTTEAU	Monique	monique.gibotteau@departement41.fr	Conseil départemental 41 - BLOIS	Collège 3
BALLAUD	Claude	claudebballaud@gmail.com	URPS	Collège 1
BERNAUD	Anne	abernaud@mgen.fr	SSR La Menaudière - Chissay en Touraine	Collège 1
BORNECH	Didier	bornecd@ch-blois.fr	CH Blois	
BRILLARD	Angélique	lhospitalet@wanadoo.fr	Directrice de l'Hospitalet à Montoire sur le Loir	Collège 1
CACHET	Claudette	claudette.cachet@assurance-maladie.fr	Responsable RPS-GDR CPAM 41	Collège 4
FAUVET	Sylviane	fauvetsylviane@neuf.fr	Administrateur UDAF	Collège 2
FESNEAU	Jean-Claude	jcl.fesneau@orange.fr	UNAFAM 41	Collège 2
GALLET	Etienne	galletetienne@yahoo.fr	MSP de la Plaine - Contres	Collège 1
GAUQUELIN	Frédérique	gauquef@ch-blois.fr	CH Blois	
HAMON	François	f.hamon@ch-romorantin.fr	CH Romorantin	
HARRIS	Michel	michelharris41@gmail.com	Vice-Président de l'association des diabétiques du 41	Collège 2
HILAL	Mounir	m.hilal@ch-vendome.fr	Président de la CME du Centre Hospitalier de Vendôme	Collège 1
HUTTEAU	Brigitte	brigitte.hutteau@wanadoo.fr	personne qualifiée	
JUBARD-NICOT	Marie-Thérèse	jubard241@hotmail.fr	UFC Que Choisir	Collège 2
LEVET	Elisabeth	afdcentre-valde Loire@orange.fr	Association des diabétiques du Centre-Val de Loire	Collège 2
MAHE	Valérie	valerie.mahe2@ac-orleans-tours.fr	Education Nationale	
MONNOT	Monique	monnot.monique@orange.fr	UDAF 41	Collège 2
NOURREDINE	Kamel	k.nourredine@ch-vendome.fr	CH Vendôme	
PULLIERO	Flore	florepulliero@cliniquedelaborde.com	Clinique de la Borde - Cour Cheverny	Collège 1
RECAMIER	Denis	d.recamier.vrs@orange.fr	Vers un Réseau de Soins - Blois	Collège 1
ROULEAU	Jean	rouleauj@wanadoo.fr	Ehpad Contres	
SAULNIER	Chloé	chloe.saulnier@mfcvl.fr	Mutualité Française	
TYTGAT	Loïc	loic.tytgat@assoaphp.fr	Association pour Personnes Handicapées du Perche – Cormenon	Collège 1
ZAMPOLIN	Laëtitia	laetitia.zampolin@anpaa.asso.fr	ANPAA 41	Collège 1

Annexe 2**Membres de la commission spécialisée « Santé Mentale » à son installation en 2017**

Collège 1 : représentants des professionnels et offreurs des services de santé		
DOHIN	Sophie	Directrice de l'EHPAD la Grande Borne – Association ANAÏS
GALLET	Etienne	Médecin – représentant des maisons de santé
GAUQUELIN	Frédérique	Présidente de la CME du CH de Blois
TYTGAT	Loïc	Directeur de l'Association pour personnes handicapées du Perche
VENTEJOU	Emmanuel	Directeur de l'Institut Médical de Sologne
ZAMPOLIN	Laëtitia	Directrice ANPAA 41
RECAMIER	Denis	Directeur association « Vers un réseau de soins »
BERNAUD	Anne	SSR La Menaudière – Chissay en Touraine
	Poste vacant	
Collège 2 : représentants des usagers et associations d'usagers du système de santé		
FESNEAU	Jean-Claude	Président délégué régional UNAFAM Centre – membre du bureau UNAFAM
LEVET	Elisabeth	Présidente de l'association des diabétiques du 41
BALLAUD	Claudette	URPS Infirmiers
	Poste vacant	
Collège 3 : représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements		
	Poste vacant	
	Poste vacant	
	Poste vacant	
Collège 4 : représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements		
BLANC	Carole	Directrice de la CPAM
	Poste vacant	

Annexe 3

Programme séminaire du 16 novembre 2018 - Conseil Territorial de Santé de Loir-et-Cher – Commission « Santé Mentale » - Diagnostic territorial partagé

Conseil Territorial de Santé du Loir et Cher - Commission « Santé Mentale » ELABORATION DU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

SEMINAIRE « DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE »

Vendredi 16 novembre 2018

8h30 – 17h

Hôtel du Département
1 Place de la République
41020 Blois Cedex

- 8h30 : accueil des participants avec café de bienvenue -
Salle Capitulaire
- 9h-9h10 : Allocution de bienvenue et présentation de la journée avec
méthodologie de travail et attendus –
Salle Kléber Lousteau
Dr Etienne GALLET, Médecin généraliste, MSP Contres
- 9h15-9h40 : Programme Territorial de Santé Mentale : Définition, objectifs,
Méthodologie d'élaboration –
Salle Kléber Lousteau
Dr Frédérique Gauquelin, praticien hospitalier CH Simone Veil de Blois
- 9h45-10h10 : La Santé Mentale dans le Loir-et-Cher : des éléments de repères
Salle Kléber Lousteau
Intervenants de l'ARS
- 10h15 : Pause
- 10h30-13h : Ateliers (choix d'un atelier lors de l'inscription à la journée)
- **Atelier 1 : Parcours spécifique Enfants/Adolescents**
Salle Lavoisier
Animateurs :
 - ✓ *Mme le Dr Gwénaële HAENTJENS, médecin (MDPH -Conseil Départemental),*
 - ✓ *Mme le Dr Brigitte HUTTEAU, médecin de santé scolaire*
 - **Atelier 2 : Parcours spécifique Adultes Vieillissants**
Salle Lavoisier
Animateurs :
 - ✓ *Mme Flore PULLIERO, Adjointe de directeur (Clinique de la Borde),*

✓ *M le Dr Jean ROULEAU, Médecin coordonnateur (Ehpad de Contres)*

• **Atelier 3 : Sensibilisation/Formation des acteurs du soin**

Salle Rochambeau

Animateurs :

- ✓ *M Denis RECAMIER, Directeur de l'Association « Vers un réseau de Soins »,*
- ✓ *M Didier BORNECH, Cadre de santé en psychiatrie (CH Simone Veil de Blois)*

• **Atelier 4 : Situations d'impasse dans les parcours de soins et de vie : Rupture ou Passerelle possible ?**

Salle La Saussaye

Animateurs :

- ✓ *M le Dr Jean-Louis PLACE, Psychiatre (Clinique de la Chesnaie)*
- ✓ *M Loïc TYTGAT, Directeur des établissements et services de l'Association pour Personnes Handicapées du Perche*

• **Atelier 5 : Prise en charge précoce de la souffrance psychique**

Salle Capitulaire

Animateurs :

- ✓ *Mme Laëtitia ZAMPOLIN, Directrice de l'ANPAA 41*
- ✓ *M le Dr Etienne GALLET, Médecin généraliste (MSP de Contres)*

13h15-14h30 : Buffet

14h30-16h30 : Restitution des ateliers avec discussion
Salle Kléber Lousteau

16h30-17h : Clôture de la journée :
Points principaux de la journée et poursuite des travaux
Salle Kléber Lousteau
Dr Frédérique Gauquelin, praticien hospitalier CH Simone Veil de Blois

1) Axe stratégique : Thématique

Fiche action n° X .X

Objectifs régionaux de référence du PRS	
Principaux éléments du diagnostic territorial	
Objectifs opérationnels de l'action	
Description de l'action	
Public cible	
Territoire d'intervention	
Pilote	
Partenaires	
Moyens	
Freins /Leviers	
Calendrier de mise en œuvre	
Indicateurs de suivi, de résultat	

Annexe 5

Programme Séminaire du 20 mars 2020

**Séminaire « Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) »
CONSTRUISONS ENSEMBLE LES ACTIONS D'AMELIORATION
au service des USAGERS, des PATIENTS et des ACTEURS DU SOIN**

Vendredi 20 mars 2020, de 9h00 à 17h00

**A l'Hôtel du Département,
1 place de la République,
41 020 Blois Cedex
Salle Lavoisier**

8h45 : Accueil café

9h15 : Introduction par *M Olivier SERVAIRE LORENZET, président du conseil territorial de santé*

9h30- 10h15 : Rappel de contexte et des objectifs du PTSM

Diagnostic partagé : Points forts, points à améliorer

Méthodologie de travail pour ce séminaire et organisation de la journée

10h30 – 12h30 : Groupes de travail (salles qui vous seront précisées sur place) –
Participation à 2 ateliers différents (un matin et un après midi).

- Thèmes :
 - Prévenir et éduquer
 - Coopérer et Coordonner
 - Garantir l'accès aux soins (1 ou 2 ateliers)
 - Prévenir et gérer les crises
 - Organiser les parcours spécifiques (1 ou 2 ateliers)

- Objectifs des ateliers :
 - Présenter les fiches actions pouvant être retenues dans le PSTM en lien avec la thématique
 - Compléter ces fiches selon le modèle proposé

12h30 : Buffet offert dans la salle Lavoisier

14h30 - 16h30 : Groupes de travail (suite)

16h30 Présentation de la suite du travail

17h Clôture de la journée

Annexe 6

Fiches actions priorit ees selon les axes stratégiques

Pr ev enir et Eduquer

- 1.1. Assurer la promotion de la santé mentale sur le territoire
- 1.2. Soutenir les aidants
- 1.3. D ev elopper l'autonomie des personnes souffrant de troubles psychiques
- 1.4. Soutenir la citoyenneté et promouvoir les droits des personnes souffrant de troubles psychiques

Coopérer, Coordonner

- 2.1. Identifier, améliorer la lisibilité des dispositifs de soins et d'accompagnement
- 2.2. Favoriser les formations interprofessionnelles et les échanges de pratiques
- 2.3. Mettre en place des modes et outils communs de communication pour faciliter la prise en charge du patient
- 2.4. Assurer la coordination de proximité
- 2.5. Se coordonner dans les situations complexes

Garantir l'accès aux soins

- 3.1. Adapter l'offre de proximité
- 3.2. Renforcer les équipes psychiatriques de liaison dans les structures de santé
- 3.3. D ev elopper une offre de soins somatiques adaptée aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques
- 3.4. Structurer l'accès aux soins post-traumatiques

Pr ev enir et gérer les crises

- 4.1. Définir et rendre lisible l'organisation territoriale des soins urgents et de crise
- 4.2. Pr ev oir des soins non programm es dans les CMP pour répondre aux demandes urgentes
- 4.3. Soutenir la CUMP
- 4.4. Se coordonner dans les situations de crise

Organiser les parcours spécifiques

- 5.1. Organiser le parcours spécifique petite enfance/enfance
- 5.2. Organiser le parcours spécifique adolescence
- 5.3. Organiser le parcours spécifique personnes âgées
- 5.4. Améliorer l'accompagnement des personnes confrontées à une problématique addictive en lien avec le secteur psychiatrique
- 5.5. Organiser le parcours spécifique des personnes en situation de handicap
- 5.6. Organiser le parcours des personnes en situation de précarité

1) Axe stratégique : Prévenir et éduquer

Fiche action n° 1.1

Assurer la promotion de la santé mentale sur le territoire

Objectifs régionaux de référence du PRS	<p><u>Objectif opérationnel n°1</u> : Réduire les inégalités sociales territoriales et environnementales de santé en renforçant la coordination des politiques publiques au plus près des besoins des populations</p> <p><u>Objectif opérationnel n°4</u> : Donner à chacun les moyens de prendre en compte et de piloter son capital-santé</p> <p><u>Objectif opérationnel n°5</u> : Préserver une équité de chances en matière de prévention</p>
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés dans le repérage clinique pour certains professionnels ou intervenants (notion de souffrance invisible, pour une population non intégrée dans les dispositifs...) - Niveau d'information et de communication insuffisant concernant : <ul style="list-style-type: none"> ➤ les ressources de prise en charge et d'accompagnement disponibles au niveau du territoire ➤ le maillage territorial entre les différents acteurs professionnels /associatifs... ➤ les capacités et les modalités d'intervention des différents acteurs - Difficultés dans la communication entre les différents secteurs - Manque de moyens humains et structurels avec en conséquence pour la population : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Des disparités de compétences sur le territoire avec une pénurie d'acteurs (notamment sur nord et le sud du département) ➤ Des délais d'attente importants pour l'évaluation et la prise en charge (plus spécifiquement dans la population jeune) ➤ Des difficultés d'orientation et d'organisation du parcours de soins et de prise en charge - Absence de pérennité des financements sur la prévention
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la connaissance de la population générale sur les pathologies en lien avec la santé mentale pour limiter la stigmatisation - Améliorer la connaissance des patients et des familles sur les pathologies et les ressources disponibles pour les prises en charge - Améliorer la connaissance des professionnels sur les dispositifs de droit commun et les ressources disponibles - Lutter contre les inégalités sociales et territoriales et agir pour l'équité
Description de l'action	<p><u>Information/communication :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Informer les professionnels et les familles sur les dispositifs existants : organisation de journées thématiques et/ou poursuite de l'inscription des acteurs dans les semaines nationales de prévention (ex : prévention du suicide, harcèlement, SISM...) - Développer la communication à destination des élus, des

	<p>CCAS/CIAS et de la population</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiser des actions d'information sur les dispositifs de soin en adaptant les informations au public visé et compléter par la mise à disposition de documents <p><u>Coordination :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Procéder à une évaluation croisée au cours de réunions inter-intervenants autour de situations concrètes (Santé escale 41, coordination santé mentale de la FRAPS, groupe guidance ado piloté par Artémis, groupe CADO...) - Dans le champ de la petite enfance, renforcer le partenariat avec l'Education Nationale afin de bien faire connaître le dispositif de santé mentale du département <p><u>Formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer la formation des acteurs de terrain professionnels mais aussi des aidants et famille via les associations (UNAFAM...) - Poursuivre les formations des acteurs en prévention du suicide au regard de la nouvelle stratégie nationale de Prévention du suicide (2018 DGS/ GEPS) - Renforcer les formations santé mentale vers les partenaires locaux (connaissance des dispositifs de santé mentale, déstigmatisation...) - Mettre en place des formations croisées, des colloques communs <p><u>Prévention promotion de la santé (PPS) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuer le développement d'actions en promotion de la santé, notamment sur le développement des compétences psychosociales (estime de soi, relation à l'autre...) - Poursuivre le déploiement des actions en promotion de la santé en prenant en compte la spécificité des territoires et des publics - Agir en s'appuyant sur les programmes probants et ou prometteur auprès des publics
Public cible	Professionnels et population de Loir-et-Cher
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>

Partenaires	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Moyens	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Freins /Leviers	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

1) Axe stratégique : Prévenir et éduquer

Fiche action n° 1.2

Soutenir les aidants

Objectifs régionaux de référence du PRS	<u>Objectif opérationnel n°36</u> : Développer une offre territorialisée pour le soutien et l'accompagnement des aidants
Principaux éléments du diagnostic territorial	<p>Besoins existants variables selon les aidants impliqués dans les différentes prises en charge allant de la périnatalité au grand âge</p> <p>Existence d'aides aux aidants portées par différents dispositifs professionnels mais aussi associatifs, pas toujours visibles pour les aidants</p> <p>Offres proposées aux aidants différentes selon les opérateurs, ne couvrant pas toujours les besoins des aidants</p> <p>Absence de répertoires des structures pouvant avoir une offre de soutien et d'accompagnement pour les aidants, permettant de connaître les offres, les modalités de mises en œuvre</p>
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la parentalité (parent malade-enfant/parent-enfants malades) - Repérer et accompagner les aidants en difficulté - Limiter l'impact physique et psychique sur les aidants - Développer la complémentarité des interventions professionnelles et familiales
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Mieux informer les aidants : assurer l'accessibilité à une information adaptée, centralisée et fiable - Mettre en œuvre sur chaque territoire de santé une fonction de plate-forme/centre de ressources et de soutien aux aidants pour mieux informer à la fois les professionnels au contact des aidés et les aidants eux-mêmes : numéro de téléphone dédié, site internet dédié, fonctions d'écoute/information et d'orientation... (ex : Centre aidant de la Mutualité Centre-Val de Loire, Dispositif d'Appui et de Coordination) - Faire connaître l'existence de la plate-forme/centre de ressources et de soutien aux aidants ainsi que les associations qui accompagnent les aidants : UNAFAM, plateforme répit... - Sur les territoires où les dispositifs existent déjà, renforcer les plateformes d'accompagnement et de répit. Actuellement, des plateformes existent et sont portées par le CIAS du Blaisois et le CCAS de Vendôme mais uniquement pour les maladies neurodégénératives (très restrictif par rapport aux besoins) - Soutenir l'organisation de journées départementales pour les aidants en parallèle de la journée nationale des aidants qui se déroule en octobre de chaque année en utilisant les supports, les contenus et les vecteurs d'information existants (Journée

	<p>régionale de psychiatrie ou forum d'aidants)</p> <p>- Mettre à disposition des outils de repérage et d'évaluation des besoins des aidants auprès des acteurs concernés et les former</p>
Public cible	Professionnels et population de Loir-et-Cher
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Partenaires	<p>Associés : UNAFAM, Conseil départemental, CAF, Professionnels petite enfance, Education Nationale</p> <p>Potentiels :</p>
Moyens	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Freins /Leviers	Stratégie nationale de protection de l'enfance
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

1) Axe stratégique : Prévenir et éduquer

Fiche action n° 1.3

Développer l'autonomie des personnes souffrant de troubles psychiques

Objectifs régionaux de référence du PRS	<u>Objectif opérationnel n°34</u> : Augmenter le nombre de bénéficiaires d'une offre d'éducation thérapeutique personnalisée, graduée et coordonnée sur les territoires de proximité, délivrée par des professionnels formés
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de lisibilité sur le l'existant (personnes et programmes) - Manque de dispositifs de formation sur la pair-aidance
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) - Organiser l'accès à la réhabilitation psychosociale - Promouvoir la pair-aidance dans les dispositifs d'accompagnement et de soins - Développer l'entraide mutuelle
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Communiquer et former sur l'ETP</u> : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaliser un recensement de l'offre de programmes et d'activités d'ETP (cartographie de l'offre en établissement et en ambulatoire) ➤ Développer une culture commune autour de l'ETP et faire connaître l'offre localement (professionnels et patients) ➤ Élaborer une campagne de communication sur l'ETP (grand public et professionnels), intégrant la diffusion et la mise à disposition de documents d'informations simples et des supports imagés ➤ Sensibiliser les professionnels à l'ETP notamment dans le cadre de la formation professionnelle continue, le cas échéant dans un cadre interprofessionnel ➤ Optimiser l'accessibilité des patients et des professionnels de santé aux programmes autorisés en identifiant et en communiquant les lieux ressources en ETP auprès de l'ensemble des partenaires ➤ Déployer l'ETP sur l'ensemble du territoire : assurer une couverture géographique et sociale équitablement répartie ➤ S'appuyer sur les acteurs de soins du territoire et sur la coordination réalisée par Escale Santé 41 ➤ Adapter les programmes existants aux personnes les plus en difficulté en vue de la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé ➤ Mettre en œuvre des pôles référents forts et structurés en ETP, lieux ressources pour les professionnels et également lieux d'ETP pour les patients complexes

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faciliter le partage d'informations entre les partenaires (malades, associations, médecins traitants, équipes de soins et d'accompagnements) - <u>Organiser l'accès à la réhabilitation psychosociale sur le territoire :</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier les actions déjà mises en place sur le territoire, les ressources existantes tant en professionnels qu'en structures et les faire connaître aux professionnels de santé et aux associations de patients ➤ Optimiser les actions en lien avec la réhabilitation en développant de nouvelles compétences et/ou organisations sur le territoire ➤ Proposer une offre de soins de réhabilitation organisée en proximité ➤ Décliner le dispositif régional de réhabilitation au niveau territorial pour répondre aux besoins des patients ➤ Poursuivre l'intégration de la démarche dans les parcours de santé et de vie des personnes bénéficiaires en prenant en compte tous les acteurs accompagnants (sanitaires, sociaux et médico-sociaux et avec les usagers et les familles) ➤ Formaliser la coordination autour de la personne ➤ Garantir des fonctions de soutien auprès de l'entourage ➤ Mettre en place des actions de formation auprès des professionnels ➤ Communiquer sur l'existence de ce dispositif auprès du public et des professionnels - <u>Promouvoir la pair-aidance dans les dispositifs d'accompagnement et de soins :</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer la formation des pairs à l'accompagnement ➤ Favoriser la reconnaissance d'utilisateur expert ➤ Informer le public et les professionnels sur les dispositifs existants - <u>Développer l'entraide mutuelle sur l'ensemble du territoire afin de lutter contre les inégalités territoriales :</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer des GEM itinérants ➤ Créer une équipe mobile de groupe d'entraides mutuelles sur le territoire ➤ Informer le public et les professionnels sur les dispositifs existants
Public cible	Professionnels et population de Loir-et-Cher
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>

Partenaires	Associés : ESSMS, équipes psy, associations d'usagers/gestionnaires de GEM, associations d'usagers (UNAFAM, handicap mental...), CHRU de Tours (support pour le déploiement de la RPS) Potentiels :
Moyens	Futur appel à projet régional pour labellisation des offres de soins de RPS de proximité
Freins /Leviers	Coordination départementale ETP
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

1) Axe stratégique : Prévenir et éduquer

Fiche action n° 1.4

Soutenir la citoyenneté et promouvoir les droits des personnes souffrant de troubles psychiques

Objectifs régionaux de référence du PRS	<u>Objectif opérationnel n°4</u> : Donner à chacun les moyens de prendre en compte et de piloter son capital-santé
Principaux éléments du diagnostic territorial	<p><u>Difficulté à exercer le droit au logement</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problème de la prise en charge à domicile – entrée et maintien - des personnes souffrant de troubles psychiques, voire psychiatriques mais ne présentant pas un trouble pour l'ordre public (au sens des soins sans consentement) et qui ne sont donc pas hospitalisées - Proposition parfois de logements dans un mauvais état, ce qui peut contribuer à l'isolement social - Nécessité d'anticiper les sorties d'hospitalisation pour assurer le logement - Manque d'approche globale santé/social et de connaissance des dispositifs existants par les professionnels de la santé et du social <p><u>Méconnaissance de leurs droits par les personnes en souffrance psychique</u></p> <p><u>Point positif</u> : certaines initiatives existantes et de longue date de participation des usagers, notamment dans les cliniques psychiatriques → pratiques inspirantes</p>
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre l'information et l'exercice des droits des personnes - Soutenir leur représentation dans les instances décisionnelles et consultatives - Développer la participation (concept d'empowerment qui définit le développement du pouvoir d'agir des individus et des groupes sur leurs conditions sociales, économiques ou politiques) - Améliorer leurs possibilités d'accès à la cité (logement, culture, sport, éducation, emploi, transports) - Développer la formation des professionnels aux droits des patients

Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser le développement des formations sur la bienveillance et la bientraitance des usagers - Former les professionnels des soins somatiques à la compréhension des pathologies et à leur accompagnement - Favoriser l'implication des associations d'usagers et aidants dans les instances participatives - Créer un Comité Local de santé mentale (CLSM) sur le territoire - Développer les logements accompagnés : un Chez soi d'abord, Appartements de coordination thérapeutique, Résidence accueil... - Sensibiliser les acteurs sociaux pouvant être en contact quotidiennement avec les usagers (agents de mairie, concierge, conducteur de bus, éducateurs sportifs, assistant(e)s social(e)s...) - Développer des actions s'appuyant sur les initiatives existantes (cf. ci-dessus)
Public cible	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Partenaires	Associés : UNAFAM, services psychiatriques des trois CH, cliniques, collectivités locales, MDPH, CD, DDCSPP, Association des maires Potentiels :
Moyens	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Freins /Leviers	Dispositif culture / santé, PDLAHI, CLSM
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

2) Axe stratégique : Coopérer, coordonner

Fiche action n° 2.1

Identifier, améliorer la lisibilité des dispositifs de soins et d'accompagnement

Objectifs régionaux de référence du PRS	<u>Objectif opérationnel n°11</u> : Optimiser le parcours de l'utilisateur et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre de santé
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Méconnaissance mutuelle des différents acteurs sur leurs capacités, expertises et périmètres d'intervention (maillage territorial des acteurs professionnels/associatifs) - Niveau d'information et de communication pas suffisamment opérationnel à l'égard de la population sur les ressources de prise en charge et d'accompagnement
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les ressources de proximité disponibles sur le territoire, en identifiant leurs expertises - Donner les informations sur les missions des différents acteurs, dispositifs et structures de soins existants - Faciliter les échanges entre professionnels en optimisant l'accès aux coordonnées (n° tel, adresses postales, adresses messageries sécurisées) - Mettre à disposition des usagers et des patients, les coordonnées des ressources disponibles pour une prise en charge adaptée et de proximité
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Optimiser la mise en lien des professionnels impliqués dans la santé mentale, tenant compte des réseaux déjà existantes et des nouveaux dispositifs mis en œuvre comme les CPTS, la DAC - Promouvoir les rencontres pluriprofessionnelles et pluri disciplinaires pour identifier les professionnels de proximité éventuellement dans le cadre du DPC (développement professionnel continu – formation) - S'appuyer sur les répertoires, les compléter, les actualiser et les faire connaître (professionnels notamment) : annuaire santé ameli.fr, annuaire santé.fr, répertoire ROR (répertoire opérationnel des ressources), dans le cadre des plateformes territoriales d'appui (PTA), portail ARS, sites internet des établissements de santé délivrant l'offre de soin des secteurs de psychiatrie - Identifier les professionnels ayant des expertises spécifiques permettant des prises en charge ajustées pour les patients, comme par exemple la liste des chirurgiens-dentistes pouvant assurer une prise en charge spécifique (MEOPA)

	<ul style="list-style-type: none"> - Constituer des répertoires de professionnels facilitant la prise en charge de proximité et faciliter la mise en lien au niveau des secteurs de psychiatrie : <ul style="list-style-type: none"> ➤ offres de soins et coordonnées des différents secteurs ➤ médecins généralistes, psychiatres et psychologues libéraux - Définir un outil de communication pour les patients et les usagers leur permettant de connaître les ressources disponibles sur le territoire selon les différentes prises en charge - Asseoir le ROR (répertoire opérationnel des ressources) en tant qu'outil des SNACs (services numériques d'appui à la coordination)
Public cible	Usagers et professionnels
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Partenaires	Associés : CPTS, PTA Potentiels :
Moyens	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Freins /Leviers	<p>Freins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complexité de la législation et évolution constante des différents dispositifs <p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualisation régulière des répertoires
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

2) Axe stratégique : Coopérer, coordonner

Fiche action n° 2.2

Favoriser les formations interprofessionnelles et les échanges de pratiques

Objectifs régionaux de référence du PRS	<u>Objectif opérationnel n° 18</u> : Agir sur les modalités de formation pour renforcer l'attractivité
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge en santé mentale définie comme une thématique prioritaire dans le projet hospitalier de territoire du GHT Santé 41, avec notamment comme axe : renforcer les liens avec les structures sociales et médico-sociales et l'offre de soins de proximité - Mise en place de la commission « Santé mentale » au sein du conseil territorial de santé du 41 avec comme objectif de proposer un programme territorial de santé mentale adapté aux besoins des usagers, intégrant un volet « formation » - Problématique de démographie médicale pour les compétences psychiatres / pédopsychiatres au sein du Loir-et-Cher. Cependant, identification des acteurs du soin et des partenaires participant à la prise en charge des patients avec des compétences et expertises complémentaires - Demande des professionnels de développer et renforcer leurs compétences et expertises pour optimiser les prises en charge des patients et de leurs proches (repérage des situations à risque, orientation des patients et suivi de ceux-ci au plus près de leur lieu de vie...)
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser une prise en charge sécurisée et de qualité pour les patients et leurs proches au plus près de leurs lieux de vie - Renforcer les liens collaboratifs entre les professionnels de 1^{ère} ligne, les autres acteurs du soin, les partenaires associatifs et les professionnels en santé mentale, permettant de limiter les ruptures dans les parcours de soins et de santé des patients - Optimiser les compétences et les expertises des professionnels permettant un meilleur repérage des situations à risque, une orientation plus ajustée et plus précoce des patients, une continuité de la prise en charge pluri professionnelle personnalisée - Professionnaliser les soignants exerçant dans les structures spécialisées en santé mentale, avec, à terme, un travail sur les pratiques avancées

Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un centre territorial de ressources métiers et compétences en santé mentale pour les acteurs du soin et les partenaires, en lien avec l'échelon régional - Optimiser une organisation territoriale permettant d'organiser des actions de sensibilisation et de formation pour les acteurs du soin du territoire, en santé mentale, tenant compte des besoins et attentes exprimés et des ressources existantes sur le territoire - Développer et renforcer les compétences et expertises des professionnels et des acteurs du soin, tenant compte des modalités, lieux d'exercice (institutions sanitaires, médico-sociales, domicile) et des compétences déjà existantes - Développer les pratiques infirmières de type IPA en harmonisant leurs rôle et missions sur le territoire - Proposer des programmes de formation gradués, avec des thématiques différentes pour répondre aux besoins du terrain et coordonner la mise en œuvre en favorisant les collaborations territoriales
Public cible	Professionnels
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Partenaires	Associés : CH, médecins généralistes, ESSMS, psychologues/psychiatres libéraux, SSIAD, IDE libérales, associations d'usagers Potentiels :
Moyens	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Freins /Leviers	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

2) Axe stratégique : Coopérer, coordonner

Fiche action n° 2.3

Mettre en place des modes et outils communs de communication pour faciliter la prise en charge du patient

Objectifs régionaux de référence du PRS	<p><u>Objectif opérationnel n°29</u> : Développer l'usage des outils numériques par les professionnels et acteurs de la santé au service de la continuité des parcours de santé</p> <p><u>Objectif opérationnel n°50</u> : Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques par la coordination étroite entre les différents acteurs concernés</p>
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Situations de rupture dans la continuité des soins par défaut dans la transmissions des informations entre les équipes devant prendre en charge le patient lors des transferts (en EHPAD, MCO et SSR) et lors du suivi post hospitalisation - Collaborations médecins traitants-psychiatres non en adéquation avec les besoins des patients pour la continuité de leur prise en charge - Difficultés pour joindre un professionnel spécialisé, avec identification d'importants délais d'attente - Insuffisance des actes de liaison psychiatrie vers le médico-social par rapport aux besoins identifiés par les professionnels de ce secteur
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Partager les informations nécessaires à une prise en charge conjointe du patient entre professionnels de l'équipe de soins - Améliorer les modes de communication entre professionnels mais aussi entre professionnels et usagers - Sensibiliser et former les professionnels aux nouveaux dispositifs de coordination
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre la communication des informations essentielles aux différents professionnels, notamment pour des prises en charge somatiques, en utilisant un cahier de liaison conservé par le patient pouvant s'intégrer dans le déploiement des outils du E Parcours - Ré-informer sur l'importance des courriers entre professionnels permettant une prise en charge plus ajustée et rapide car argumentée - Rendre obligatoire les lettres de liaison ville-établissement psychiatrique ou hôpital selon les recommandations CNQSP - Développer et optimiser l'utilisation des messageries sécurisées pour la transmission rapide des informations entre

	<p>professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser le DMP et l'alimenter pour les patients souffrant de troubles psychiatriques, avec, si possible, une synthèse annuelle par le médecin traitant - Développer la création par le pharmacien d'officine du dossier pharmaceutique permettant de connaître les médicaments délivrés au cours des 4 derniers mois - Développer les protocoles et outils pluriprofessionnels de prise en charge optimale pour certaines situations spécifiques - Permettre la prise de RDV par internet : charte de confiance avec plateformes de prise de RDV en ligne avec URPS - Mettre en place des lignes téléphoniques dédiées aux médecins généralistes au sein des services psychiatrie avec plages horaires dédiées pour faciliter les missions conseils et la prise de RDV si urgence détectée, sous réserve de financement nécessaire - Développer la télémédecine appliquée à la psychiatrie, avec la télé consultation, la télé expertise et le télé- staff à l'exemple des télé-staffs permettant de réévaluer les prises en charge des patients avec équipes de première ligne et équipe d'experts (place pour les prises en charge en EHPAD par exemple)
Public cible	Professionnels, usagers, structures d'accueil
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Partenaires	<p>Associés : CPAM, ARS, Conseil ordre des médecins, GRADES, CPTS, GIP Santé</p> <p>Potentiels : mutuelles, URPS, CNIL</p>
Moyens	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Freins /Leviers	<p>Freins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réticences des professionnels à l'échange, difficulté à sortir de la seule relation patient-soignant - Réticences des patients au partage des informations, stigmatisation de la maladie mentale - Confidentialité, obligation du secret professionnel - Réticence manque de temps et de moyens des professionnels pour une communication claire et complète <p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser le développement des communautés de pratiques

	<p>professionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implication du patient et de sa famille par éducation thérapeutique - Alliance thérapeutique patient-professionnels - Messagerie sécurisée - Obtention si possible du consentement du patient à la communication de l'information - Courriers-types définissant les informations devant être échangées en fonction des situations - Formation des professionnels aux nouveaux modes de communication
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<ul style="list-style-type: none"> - Nb de DMP ouverts - Taux d'évolution d'actes de télémédecine sur 5 ans

2) Axe stratégique : Coopérer, coordonner

Fiche action n° 2.4

Assurer la coordination de proximité

Objectifs régionaux de référence du PRS	<p><u>Objectif n°9</u> : Soutenir et promouvoir la structuration des soins primaires tout en favorisant l'organisation des parcours de santé</p> <p><u>Objectif n°50</u> : Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques par la coordination étroite entre les différents acteurs concernés</p>
Principaux éléments du diagnostic territorial	<p>Difficultés dans la communication entre les différents secteurs sanitaire, sociaux, médico-sociaux, scolaires, professionnels</p> <p>Manque d'organisation du parcours de soins et d'accompagnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ruptures de parcours aux âges charnières (6 ans, 18 ans, 60 ans) - Difficultés de coordination des soins : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manque de temps et isolement des médecins généralistes ➤ Absence de financement du temps de coordination ➤ Absence d'espaces de partage d'information entre professionnels ➤ Insuffisance de la formation des professionnels de santé à la pathologie psychiatrique ➤ Lors des transferts, pas de relais entre les équipes afin d'assurer la continuité des soins (ex :EHPAD/MCO/SSR, sortie hospitalisation après TS)
Objectifs opérationnels de l'action	<p>Organiser le travail en équipe au niveau territorial et infra territorial</p>
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Outre l'amélioration des outils de communication, favoriser la mise en place de dispositifs de soins partagés après évaluation d'un besoin dans un territoire donné - Concernant les équipes de soins primaires, assurer l'organisation coordonnée des professionnels de santé de 1^{er} recours, dont le médecin généraliste (en MSP ou non), autour d'un projet de prise en charge des patients : consultations spécialisées en psychiatrie en cabinet de soins primaires (équipe CMP, équipe mobile de psychiatrie), consultations de médecine en CMP - Mettre en œuvre des coordinations à l'initiative de professionnels de santé de ville autour d'un objectif collectif dans un territoire donné dans le cadre d'un CPTS - Mettre en place une communauté psychiatrique de territoire

	<p>(CPT) à partir des équipes des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur</p> <p>- Mettre en cohérence dans le cadre d'un Contrat local de santé mentale à créer (CLSM) des actions de santé avec les dispositifs locaux en termes d'habitat, d'accès à l'éducation, à la culture, à l'emploi, au sport...</p>
Public cible	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Partenaires	Associés : ARS pour appui logistique et financier
Moyens	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Freins /Leviers	<p>Freins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réticence au changement - Méconnaissance réciproque des rôles et compétences des différents acteurs professionnels - Manque de temps, d'espaces, de financements dédiés à la coordination - Financements non pérenne des expériences de coordination <p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement d'une culture partagée de la coordination via la formation continue, les stages et échanges de personnel entre psychiatrie et autres secteurs, information législative des professionnels par ARS - En cas de projet de coordination territoriale, savoir déterminer un leadership reconnu et accepté de tous
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

2) Axe stratégique : Coopérer, coordonner

Fiche action n° 2.5

Se coordonner dans les situations complexes

Objectifs régionaux de référence du PRS	<p><u>Objectif n°28</u> : Organiser une réponse graduée aux professionnels pour les personnes relevant d'un parcours de santé complexe : création d'une plate-forme territoriale d'appui</p> <p><u>Objectif n°50</u> : Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques, par la coordination étroite entre les différents acteurs concernés</p>
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Diversité des acteurs susceptibles d'intervenir dans le parcours de santé mentale et méconnaissance par ces mêmes acteurs des contraintes et possibilités respectives de chacun - Multiplicité des dispositifs de coordination - Difficultés de coordination dans les situations complexes impliquant plusieurs intervenants des différents secteurs sanitaire, social, médico-social, scolaire, professionnel, dues au cloisonnement entre secteurs, entre soins somatiques et psychiatriques - Difficultés dans l'échange d'informations entre professionnels - Identification de ruptures dans les parcours de soins à certains moments de la prise en charge : 6 ans, 18 ans, patients vieillissants
Objectifs opérationnels de l'action	<p>Permettre une coordination des acteurs du soin pour proposer une approche globale de la prise en charge de la personne en situation complexe</p>
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Simplifier la saisine et l'évaluation en rapprochant les instances des différents dispositifs (EN, ASE, RAPT, PTA) avec une porte d'entrée unique - Désigner des référents parcours de santé (case /care management) - Conforter ou créer une mission de coordination de parcours assurée selon les situations par les équipes des établissements sanitaires (psychiatriques, services sociaux et médico-sociaux (SAMSAH) - Développer la coordination des parcours de santé mentale dans la cadre du Dispositif départemental d'Appui à la Coordination Escalé santé 41 (DAC ex-PTA), à articuler avec le futur CLSM - Développer des conventions de partenariat - Faciliter la mise en place de réunions de concertation

	pluriprofessionnelles permettant d'élaborer les projets d'accompagnement personnalisés globaux avec le patient et ses proches et faciliter leur réévaluation
Public cible	Professionnels de santé libéraux, établissements sanitaires, médico sociaux, secteurs sociaux.
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	Escale santé 41
Partenaires	Associés : URPS, CPAM, MAIA, MDPH, CPTS, équipes mobiles Potentiels : Conseil ordre des médecins, représentant des usagers
Moyens	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Freins /Leviers	<p>Freins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Multiplicité des dispositifs de coordination - Disponibilité des professionnels nécessaires à la mise en place - Les patients et familles n'ont pas toujours conscience de la nécessité de l'intervention de plusieurs professionnels pour le parcours de vie et de soins ; souci de la confidentialité <p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tenir compte des besoins réels du territoire concerné - Tenir compte des relations inter professionnelles existantes - Formations à la coordination - Respect du secret professionnel
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

3) Axe stratégique : Garantir l'accès aux soins

Fiche action n° 3.1

Adapter l'offre de proximité

Objectifs régionaux de référence du PRS	<u>Objectif opérationnel n°49</u> : Promouvoir un parcours de santé et de vie faisant du lieu de vie le centre des prises en charges et des accompagnements
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Accès aux soins difficiles et ne répondant pas toujours aux besoins pouvant entraîner des hospitalisations non pertinentes ou inadaptées : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Problème du repérage précoce et du diagnostic : formation insuffisante des professionnels aux troubles psychiatriques ➤ Désertification médicale avec délais allongés pour une prise en charge spécialisée ➤ Absence de filière psycho-gériatrique structurée ➤ Le « aller vers » non développé sur tout le territoire - Existence de points de rupture dans le parcours des patients : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Collaboration médecins généralistes-psychiatres non adaptée aux besoins des patients ➤ Relais potentiellement difficiles à mettre en place à certains moments de la prise en charge par manque de structures ou de ressources ➤ Accès insuffisant à la consultation psychiatrique pour patients en perte d'autonomie à domicile ➤ Problème d'accessibilité aux accompagnements sociaux et médico-sociaux - Difficultés d'accueil des patients psychiatriques en EHPAD par méconnaissance de la pathologie et difficultés potentielles de suivi pour ces patients - Complémentarité des offres en psychiatrie sur le territoire : hospitalisations psy classiques / cliniques de psychothérapie institutionnelle proposant une solution alternative notamment pour les situations d'échec thérapeutique
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Rapprocher la prise en charge du patient psychiatrique, et de ses proches, de son lieu de vie pour les soins et l'accompagnement, y compris social - Conserver et proposer des offres de soins variées et adaptées au parcours et à la pathologie du patient - Développer le « aller vers » tant pour l'évaluation, le suivi des patients que l'accompagnement des professionnels de première ligne, permettant l'ancrage du patient dans son lieu de vie habituel

<p>Description de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre l'accès rapide du généraliste à une expertise psychiatrique en améliorant les moyens de communication comme mise à disposition d'un numéro spécifique - Construire de façon concertée des arbres décisionnels d'orientation des patients selon les différentes situations, permettant un positionnement clair de chaque professionnel en lien avec sa compétence ou expertise - Créer des dispositifs de soins partagés entre généralistes et psychiatres - Renforcer l'offre des CMP : plages horaires dédiées aux nouvelles demandes et urgences, antennes CMP décentralisées, suivis par IDE compétentes en santé mentale, réunions pluridisciplinaires avec possibilité d'utilisation de la télémédecine - Développer l'aller-vers par la création d'équipes mobiles permettant une évaluation et un soutien dans le suivi des patients vulnérables en lien avec les équipes de première ligne (y compris à partir des structures privées) - Créer des équipes mobiles de psycho-gériatrie pouvant se rendre à domicile, en établissement psychiatrique ou médico-social, en appui de la prise en charge habituelle pour les situations de crise et pour développer la formation des personnels - Poursuivre le développement de la télémédecine : téléconsultations, télé-expertises, télé-staffs - Promouvoir les alternatives à l'hospitalisation à temps complet : hôpitaux de jour avec offres diversifiées (soins intensifs, réhabilitation, remédiation cognitive), soins de répit programmés notamment la nuit, psychothérapie institutionnelle - Permettre une articulation souple entre les différents modes d'hospitalisation (hospitalisation complète, de jour, de nuit) dans des délais raisonnables, en fonction de l'état de santé du patient pour favoriser son autonomie - Augmenter et permettre les possibilités d'accueil en établissement médico-social pour les patients psychiatriques le nécessitant - Développer une prise en charge adaptée pour les patients psychiatriques en EHPAD (lits dédiés) en lien avec un établissement psychiatrique de proximité - Créer des lits de psychogériatrie en établissements psy liés par convention avec des EHPAD afin d'assurer la continuité des soins psychiatriques et offrir des séjours de rupture, tenant compte d'une évaluation plus précise des besoins - Favoriser les échanges entre professionnels au travers de formations/actions permettant de consolider les collaborations
---------------------------------------	---

	entre les différentes structures ou ressources, de développer les compétences et de dé stigmatiser la maladie mentale
Public cible	Patients souffrant de troubles psychiques/ psychiatriques Professionnels de santé
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Partenaires	Associés : Département, MDPH Potentiels : intercommunalités
Moyens	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Freins /Leviers	Freins : Manque de formation psychiatrique des intervenants de terrain Stigmatisation de la maladie mentale Absence de financement de lits de psychogériatrie
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

3) Axe stratégique : Garantir l'accès aux soins

Fiche action n° 3.2

Renforcer les équipes psychiatriques de liaison dans les structures de santé

Objectifs régionaux de référence du PRS	<u>Objectif opérationnel n°50</u> : Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques, par la coordination étroite des différents acteurs concernés
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Situations de rupture de la continuité des soins lors des transferts en EHPAD, urgences MCO, SSR - Mauvaise orientation initiale des patients psychiatriques en cas d'urgence car tenant plus compte de la capacité d'accueil que du lieu de soin adapté - Difficultés d'accueil en EHPAD des patients psychiatriques vieillissants - Suivi après sortie d'hospitalisation parfois insuffisant (notamment après TS) - Défaut de formation en santé mentale des personnels des EHPAD - Insuffisance des actes de liaison psychiatrie vers le médico-social ou le social
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Faire intervenir les équipes de liaison psychiatrique dans les urgences, MCO, maternité, pédiatrie, gériatrie, SSR - Eviter les situations de rupture en garantissant la continuité des soins et des prises en charge
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les équipes psychiatriques de liaison pour permettre une présence 7 jour sur 7 et élargir l'amplitude d'intervention afin de répondre le plus rapidement possible aux sollicitations - Renforcer les équipes de pédopsychiatrie de liaison pour les interventions précoces en maternité et dans le cadre de la périnatalité lors des situations de décompensation de parturientes ayant des troubles préexistants ou lors de difficultés dans le lien mère-enfant - Développer les compétences infirmières des équipes de liaison de psychiatrie dans le cadre de formation d'IPA - Préparer en amont le passage en EHPAD des patients psychiatriques, lorsqu'il paraît possible, en favorisant les échanges entre équipes autour d'une prise en charge individualisée et concertée - Renforcer la prise en charge sociale précoce notamment en cas d'hospitalisation, en intégrant des compétences assistantes sociales dans les équipes de psychiatrie de liaison

Public cible	
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Partenaires	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Moyens	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Freins /Leviers	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

3) Axe stratégique : Garantir l'accès aux soins

Fiche action n° 3.3

Développer une offre de soins somatiques adaptée aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques

Objectifs régionaux de référence du PRS	<u>Objectif opérationnel n°50</u> : Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques, par la coordination étroite des différents acteurs concernés
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de médecins traitants référents déclarés pour les patients présentant des troubles psychiques pouvant indiquer des suivis non adaptés pour les problématiques somatiques - Prise en compte insuffisante des facteurs de risque spécifiques aux malades psychiatriques - Information insuffisante des médecins traitants sur le suivi ambulatoire des patients psychiatriques ou après hospitalisation - Coordination insuffisante des autres professionnels de santé : pharmaciens, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes - Offres de soins somatiques non adaptées en ville et en établissement notamment pour les soins bucco-dentaires - Peu, voire pas de parcours de soins ou de santé adaptés aux patients présentant des troubles psychiques lors des prises en charge somatique tant préventives, de dépistage que curatives, en terme d'accompagnement - Difficultés d'accès aux SSR pouvant aboutir à des situations de discrimination - Retour prématuré et non coordonné du SSR dans l'établissement psychiatrique d'origine avec moyens insuffisants pour assurer la prise en charge somatique - Manque de moyens en établissements psychiatriques pour assurer la prise en charge somatique des patients
Objectifs opérationnels de l'action	Organiser une approche globale du parcours de santé des patients psychiatriques, intégrant la prise en charge préventive, curative, éducative, palliative des problématiques autres que psychiatriques
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer un soutien au patient et ses proches pour les formalités de déclaration de médecin traitant - Favoriser l'intervention de médecins généralistes dans les établissements psychiatriques avec des statuts adaptés - Explorer la piste des médecins généralistes retraités pouvant s'intéresser à la pathologie somatique en établissement psychiatrique avec un statut adapté à leur situation de retraité - Assurer la promotion des IDE en pratiques avancées pour le suivi de pathologies chroniques et la prévention, celles-ci

	<p>pouvant intervenir auprès des patients atteints de troubles psychiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des parcours spécifiques permettant la prise en charge somatique préventive, curative pour les patients présentant des troubles psychiques permettant un accompagnement adapté à leurs besoins - Faciliter l'intervention des équipes spécialisées en soins somatiques au sein des établissements psychiatriques avec des consultations avancées si besoin - Travailler les collaborations entre équipes du soin somatique et équipes spécialisées en soins psychiatriques pour adapter les prises en charge tenant compte du patient et de ses difficultés - Améliorer les outils de communication entre psychiatres et médecins généralistes en s'appuyant sur des dispositifs déjà existants comme les CPTS (carnet de liaison entre professionnels de santé dont les pharmaciens et paramédicaux libéraux pour le suivi somatique des patients psychiatriques) - Développer la conciliation des traitements médicamenteux aux points de transition que sont les admissions, les transferts, les sorties d'établissement - Identifier les spécialistes (ex : pour les soins dentaires) pouvant prendre en charge de façon adaptée les patients ayant des troubles psychiques et réserver les plages dédiées
Public cible	Personnes souffrant de troubles psychiques / psychiatriques
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Partenaires	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Moyens	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Freins /Leviers	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

3) Axe stratégique : Garantir l'accès aux soins

Fiche action n° 3.4

Structurer l'accès aux soins post-traumatiques

Objectifs régionaux de référence du PRS	<p><u>Objectif opérationnel n°48</u> : Développer le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques</p> <p><u>Objectif opérationnel n°50</u> : Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques par la coordination étroite entre les différents acteurs concernés</p>
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Constat de populations spécifiques confrontées à des troubles post-traumatiques, et notamment les femmes victimes de violence, les personnes en demande d'asile et réfugiées, autres populations... - Mise en place en 2019 d'un centre régional de prise en charge du psycho-traumatisme porté par le CHRU de Tours suite à un appel à projet national - Organisation en janvier 2020 à Blois d'une rencontre de l'équipe de ce centre avec tous les acteurs concernés dans le 41 pour réfléchir sur une possible déclinaison territoriale de cette prise en charge
Objectifs opérationnels de l'action	<p>Co-construire avec les différents partenaires et ressources du département une prise en charge adaptée pour les personnes confrontées à des troubles psycho-traumatiques, en lien avec le centre régional de référence</p>
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner les équipes pour sensibiliser au repérage systématique des troubles psycho-traumatiques dans les différentes populations pouvant être impactées - Mobiliser le travail en réseau avec les différents acteurs concernés : services des urgences, services de psychiatrie, médecins généralistes, PMI, professionnels de la santé scolaire et universitaire, aide sociale à l'enfance, maisons des adolescents, associations d'aide aux victimes, foyers d'accueil, centres d'hébergement, dispositifs de prise en charge des migrants - Former les professionnels de santé et les acteurs participant aux parcours de santé à la prise en charge du psycho-traumatisme, de manière à structurer un accès gradué à une prise en charge du psycho-traumatisme de proximité - Apporter un soutien aux professionnels pour les situations les plus complexes grâce notamment à la mobilité des professionnels et aux outils de la télémédecine, en lien avec le centre régional de référence - Participer aux travaux de recherche notamment en lien avec les thérapeutiques et soins innovants dans le cadre du réseau national des dispositifs spécialisés dans la prise en charge des psycho-traumatismes

Public cible	Professionnels intervenant auprès des populations présentant un risque de psycho-traumatisme
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Partenaires	Associés : urgences, psychiatrie, généralistes, PMI, professionnels de la santé scolaire et universitaire, aide sociale à l'enfance, maisons des adolescents, associations d'aide aux victimes, foyers d'accueil, centres d'hébergement, dispositifs de prise en charge des migrants, Centre Régional des psychotraumatismes de Tours
Moyens	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Freins /Leviers	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruction du 8/06/2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants - Dynamique territoriale existante (domaines des migrants et de la lutte contre les violences faites aux femmes) - Centre Régional des psychotraumatismes de Tours, dans le cadre de la formation des professionnels et l'accompagnement des territoires à la structuration d'une consultation spécialisée de proximité
Calendrier de mise en œuvre	2021
Indicateurs de suivi, de résultat	<ul style="list-style-type: none"> - Création équipe spécifique départementale - Nombre et nature des formations, nombre de professionnels formés - Nombre de situations ayant bénéficié d'un appui de l'équipe régionale

4) Axe stratégique : Prévenir et gérer les crises

Fiche action n° 4.1

Définir et rendre lisible l'organisation territoriale des soins urgents et de crise

Objectifs régionaux de référence du PRS	<u>Objectif opérationnel n° 49</u> : Promouvoir un parcours de santé et de vie faisant du lieu de vie le centre des prises en charges et des accompagnements Organiser et rendre lisible le circuit de prise en charge urgences et des crises dans chaque territoire de santé et organiser la post-crise
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Démographie médicale, tant au niveau des généralistes que des spécialistes, en dessous des moyennes nationales - Existence de 3 secteurs de psychiatrie adulte et de 2 secteurs de pédopsychiatrie sur le territoire avec accueil possible en urgence - Circuits de prise en charge (modalités de prise en charge, possibilité d'hospitalisation, de prise en charge ambulatoire...) différents avec constat de manque ou de disparité selon les zones géographiques du territoire, les populations à prendre en charge
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un état des lieux précis de l'existant avec les points forts et les points de vigilance selon les prises en charge, les populations à prendre en charge - Définir une offre graduée territoriale en tenant compte des ressources existantes (professionnels, structures...) - Mettre en commun les modalités de prise en charge de l'urgence (modalités d'intervention, protocoles, décisions d'hospitalisation...) - Mettre en adéquation les ressources avec les besoins identifiés en particulier pour permettre une prise en charge ambulatoire rapide (renforcement des CMP, renforcement des équipes spécialisées permettant le « aller vers »...) - Développer les nouvelles modalités de prise en charge : télémédecine, pratiques avancées infirmières - Informer les professionnels du soin du territoire de cette offre graduée et des modalités de sollicitation - Mettre en place une évaluation périodique de cette offre de soins pour permettre un ajustement au plus près des besoins de la population
Public cible	Public adultes et services infanto juvéniles, urgences psychiatriques et psychiatrie ambulatoire des secteurs des CH
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	Commission territoriale de santé mentale, ARS, GHT 41 Santé mentale
Partenaires	Associés : Centres hospitaliers du département, GHT 41 santé mentale

	Potentiels : ARS
Moyens	<p>Existants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urgences hospitalières avec équipe de psychiatrie dédiées ou non (équipes transversales) - Centre médico psychologique de référence et antenne CMP psychiatrie adulte et pédopsychiatrie <p>A mobiliser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des moyens d'intervention, de repérage, des équipes de secteur et développement des compétences, de la formation et de l'expertise - Plan de formation concerté au niveau départemental pour une harmonisation des pratiques soignantes
Freins /Leviers	<p><u>Leviers :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Appels à projet psychiatriques - Rebasage de la DAF (dotation annuelle de financement) de psychiatrie <p><u>Freins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de moyens financiers pérennes pour le développement des projets, des moyens humains et logistiques, au regard des besoins identifiés - Absence de lisibilité en matière de coordination des organisations et des moyens à engagés
Calendrier	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution du recours à l'urgence psychiatrique adulte et infanto juvénile (population/ professionnel, signalement...) - Provenance des demandes - Nombres et type d'intervention - Durée moyenne d'intervention - File active - FEI sur les dysfonctionnements rencontrés

4) Axe stratégique : Prévenir et gérer les crises

Fiche action n° 4.2

Prévoir des soins non programmés dans les CMP pour répondre aux demandes urgentes

Objectifs régionaux de référence du PRS	<u>Objectif opérationnel n° 49</u> : Promouvoir un parcours de santé et de vie faisant du lieu de vie le centre des prises en charges et des accompagnements - prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de repérage des structures permettant l'accueil, et méconnaissance des missions et des modalités de prise en soins (parcours de soins patient) - Délais de prises en charge non en adéquation avec les besoins des patients dans certains cas
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser des plages d'accueil dédiées permettant une première réponse rapide aux personnes, à leurs aidant familiaux et professionnels (plages dédiées aux urgences ressenties, numéro d'appel identifié...) - Organiser le parcours d'accueil et le parcours de soins sous des modalités d'activité programmée et non programmée sur les CMP de référence et les antennes
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer la situation territoriale en matière d'accueil, de délais de réponse et de prévention - Analyser la disparité des situations, les moyens humains et le niveau de compétences entre les établissements hospitaliers du département - Définir les moyens humains et matériels nécessaires au niveau de chaque structure répondant à l'accueil et la prise en soin de l'urgence, en adéquation avec les besoins identifiés - Proposer un plan d'action visant l'harmonisation des pratiques, des moyens et des compétences sur l'ensemble des établissements du département - Positionner les infirmières en pratique avancée de psychiatrie pour consolider le dispositif
Public cible	<ul style="list-style-type: none"> - Bassin de population départementale - Professionnels en psychiatrie et pédopsychiatrie des urgences psy, de la psychiatrie de liaison, et de l'ambulatoire(CMP) - Urgences (SAU)
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	Commission territoriale de santé mentale, GHT 41 santé mentale

Partenaires	Associés : CPTS, médecins psychiatres de ville, urgences Potentiels : <i>sera défini ultérieurement</i>
Moyens	Existants : chefs de pôle, psychiatre responsable de service CMP, encadrement paramédical, équipes pluridisciplinaires CMP A mobiliser : direction ou coordination des soins des établissements hospitaliers
Freins /Leviers	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<ul style="list-style-type: none"> - Délai de réponse pour les rendez-vous (IDE et médical) - Délai de réponse des prises en soins (IDE, psychiatre psychologue) - File active patients déjà suivis - File active première demande - Renouvellement de la file active / nouveaux patients - Evolution de la part des prises en charge ambulatoire/hospitalisation

4) Axe stratégique : Prévenir et gérer les crises

Fiche action n° 4.3

Soutenir la CUMP (cellule d'urgence médico-psychologique)

Objectifs régionaux de référence du PRS	<u>Objectif opérationnel n°50</u> : Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques par la coordination étroite entre les différents acteurs concernés
Principaux éléments du diagnostic territorial	Difficultés concernant l'attractivité et la mobilisation des professionnels
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Consolider la CUMP et ses antennes afin de pouvoir répondre efficacement aux demandes - Densifier et diversifier la participation des professionnels afin de garantir la sécurité et la qualité des accompagnements et des prises en soins
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'information concernant les missions de la CUMP et les modalités d'accès à l'activité (plaquette informative...) - Organiser régulièrement des sessions de formation niveau 1 pour les professionnels permettant les implications de nouveaux acteurs du soin - Consolider les expertises des professionnels déjà engagés dans la CUMP, en proposant des formations de 2^{ème} niveau, des exercices de terrain, des missions de coordination, des réunions d'information des équipes - Mettre en place un processus de supervision des équipes post intervention - Favoriser l'accès à des formations expertes en institution permettant un recours tant en santé mentale qu'en psycho-traumatisme de la CUMP - Favoriser l'évolution et l'expertise en matière de compétence pour une valorisation des activités et des exercices professionnels - Ouvrir la CUMP à une diversité de métiers conformément à ce que prévoit la réglementation - Faciliter les échanges entre les professionnels de la région engagés dans les CUMP pour le partage d'expériences
Public cible	Professionnels des services hospitaliers, en santé mentale ou non
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher

Pilote	Coordinateur CUMP 41
Partenaires	Associés : GHT 41 santé mentale, psychiatres et psychologues Potentiels : <i>sera défini ultérieurement</i>
Moyens	Existants : plateau technique CUMP A mobiliser : directions établissements hospitaliers, centre régional de psycho-traumatisme de Tours
Freins /Leviers	Freins : - Manque de professionnels - Absence de développement des formations spécialisées par un financement pérenne Leviers : - Attractivité de l'activité par des processus de formation permettant de développer des expertises - Nomination récente d'un nouveau référent CUMP pour le 41
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	Quantitatif : - Nombre et qualification des professionnels inscrits et opérationnels - Nombre de demande d'adhésion annuelle - Taux de renouvellement professionnel - Nombre de professionnels à jour de la formation CUMP - Nombre de professionnels engagés dans des formations spécialisées (non financées par la CUMP) - Nombre de saisines de la CUMP - Taux de satisfaction de l'activité CUMP par les professionnels engagés

4) Axe stratégique : Prévenir et gérer les crises

Fiche action n° 4.4	
Se coordonner dans les situations de crise	
Objectifs régionaux de référence du PRS	<p><u>Objectif opérationnel n° 49</u> : Promouvoir un parcours de santé et de vie faisant du lieu de vie le centre des prises en charge et des accompagnements - prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence</p> <p><u>Objectif opérationnel n°50</u> : Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques par la coordination étroite entre les différents acteurs concernés</p>
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Services des urgences comme recours à la problématique de démographie médicale, avec mise en jeu des astreintes de psychiatres des établissements - Prises en charge pas toujours en adéquation avec les besoins identifiés - Difficultés d'accès aux structures et ressources compétentes lors de l'identification de signes annonciateurs de décompensation avec, de ce fait, une gestion dans l'urgence de la crise
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Optimiser le parcours des patients dans le cadre de la gestion de crises - Coordonner et finaliser les différents protocoles entre les acteurs sollicités en cas de crise - Améliorer l'évaluation et la coordination des soins sans consentement
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Finaliser les protocoles de coopération, dans le cas d'une crise, entre SAMU, Police, Pompier, ATSU, équipes de soins psychiatriques - Mettre en place des actions de formation pour les professionnels intervenant lors de situations de crise pour permettre une meilleure appréhension de celle-ci et un ajustement des réponses apportées - Harmoniser les pratiques professionnelles au sein des unités d'urgences - Optimiser l'accès aux ressources et structures en cas d'identification de signes annonciateurs de crise pour limiter la prise en charge dans l'urgence comme par exemple : <ul style="list-style-type: none"> - faciliter l'accès aux CMP - renforcer les équipes mobiles permettant le « aller vers » en particulier dans les structures médico-sociales permettant un accompagnement des professionnels de première ligne - Faciliter les hospitalisations directes en psychiatrie conventionnelle si nécessaire pour permettre un réajustement de la prise en charge

Public cible	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Partenaires	Associés : <i>Sera défini ultérieurement</i> Potentiels : <i>Sera défini ultérieurement</i>
Moyens	Existants : <i>Sera défini ultérieurement</i> A mobiliser : <i>Sera défini ultérieurement</i>
Freins /Leviers	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

5) Axe stratégique : Organiser les parcours spécifiques

Fiche action n° 5.1

Organiser le parcours spécifique petite enfance/enfance

Objectifs régionaux de référence du PRS	<p><u>Objectif opérationnel n°3</u> : Réduire les inégalités d'accès à la prévention, au repérage et à la prise en charge précoce des troubles du développement chez l'enfant de 0 à 7 ans</p> <p><u>Objectif opérationnel n°48</u> : Développer le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques</p> <p><u>Objectif opérationnel n°50</u> : Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques par la coordination étroite entre les différents acteurs concernés</p>
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté pour les professionnels de première ligne de repérer les référents de 2^{ème} ligne - Délai d'attente important (plusieurs mois) pour l'accès aux soins pédopsychiatriques avec risque d'une dégradation de l'état de santé et une modification des besoins de l'enfant - Inadaptation de certaines orientations du fait du manque de diagnostic et de coordination des acteurs - Inégalités d'accès au soin entre zones urbaines et zones rurales - Difficulté à mettre en place de façon précoce l'intervention pluridisciplinaire nécessaire aux situations complexes - Guidance parentale non financée pour les professionnels libéraux
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le dépistage et la prise en charge précoce par le renforcement des liens entre les acteurs (services de maternité, pédiatrie, médecins traitants, PMI, CAMSP, santé scolaire, plateforme TND) - Prévenir les troubles du comportement (appui à la scolarité par des équipes ressources EMAS, PIAL, équipe mobile psy) - Développer le soutien aux familles par la guidance parentale - Coordonner les soins précoces
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Créer une Unité de soins petite enfance pouvant regrouper des consultations mère-enfants à la maternité, les consultations de prévention sur le thème de l'attachement, l'accueil des mères en difficultés et la liaison avec les structures s'occupant de la petite enfance - Renforcer les liens entre ceux qui établissent le diagnostic et ceux qui élaborent le plan d'intervention personnalisé pour garantir l'adéquation entre préconisations et possibilités de prise en charge

	<ul style="list-style-type: none"> - Développer « l'aller vers » des équipes de soins psychiatriques - Réduire les délais d'admission dans les CMP et CMPP - Utiliser les nouvelles technologies (télémédecine, téléstaffs) pour renforcer les échanges entre professionnels de première ligne et de seconde ligne
Public cible	Enfants de 0 à 12 ans
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Partenaires	Associés : <i>Sera défini ultérieurement</i> Potentiels : <i>Sera défini ultérieurement</i>
Moyens	Existants : <i>Sera défini ultérieurement</i> A mobiliser : <i>Sera défini ultérieurement</i>
Freins /Leviers	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

5) Axe stratégique : Organiser les parcours spécifiques

Fiche action n° 5.2

Organiser le parcours spécifique adolescence

<p>Objectifs régionaux de référence du PRS</p>	<p><u>Objectif opérationnel n°48</u> : Développer le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques</p> <p><u>Objectif opérationnel n°50</u> : Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques par la coordination étroite entre les différents acteurs concernés</p>
<p>Principaux éléments du diagnostic territorial</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de lisibilité des actions de prévention - Manque de repérage des adolescents et jeunes adultes dont la décompensation a lieu post-bac - Inégalités d'accès aux soins entre zones urbaines et zones rurales - Renoncement des acteurs du social et du médico-social à solliciter les équipes de soins psychiatriques faute de réponse suffisante - Délai d'attente important (plusieurs mois) pour l'accès aux soins pédopsychiatriques avec risque d'une dégradation de l'état de santé et une modification des besoins du jeune - Difficulté à mettre en place de façon précoce l'intervention pluridisciplinaire nécessaire aux situations complexes - Insuffisance de coordination et de partage d'information entre les professionnels de différents champs - Inadaptation de certaines orientations du fait du manque de diagnostic et de coordination des acteurs - Risque de rupture de parcours aux âges charnières : 16 à 18 ans du fait du manque de relais entre équipes des secteurs enfance et adultes pour les prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales - Différence de perception entre les acteurs sur les situations nécessitant une hospitalisation - Absence de définition commune de la notion de crise - Pas de possibilité dans le département d'hospitalisation psychiatrique des enfants et adolescents avec troubles du comportement entraînant un risque de mise en danger pour eux ou pour les autres, avec impossibilité de les hospitaliser sur les lits identifiés en pédiatrie - Situations spécifiques des jeunes suivis par la PJJ et l'ASE soumis aux décisions administratives et judiciaires de placement - Risques de renvois entre acteurs de la responsabilité de prise en charge - Difficulté des acteurs à obtenir l'adhésion des jeunes aux soins

<p>Objectifs opérationnels de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le rôle de la Maison des adolescents (« aller vers », implantation de proximité, rôle de coordination des acteurs des secteurs socio-éducatifs, scolaires, médico-sociaux et sanitaire) - Conforter l'appui des équipes de soin aux équipes d'accompagnement - Développer des solutions de répit, d'accueil d'urgence, de repérages d'équipes ressources - Développer « l'aller vers » des équipes de soins psychiatriques - Prévenir les situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique et organiser leur réponse - Développer la connaissance commune des différents partenaires pour une compréhension mutuelle des fonctionnements de chacun - Adapter les organisations pour faire face à la variabilité des situations
<p>Description de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les liens des acteurs du soin du 41 avec les structures de formation post bac - Généraliser les conventions entre les acteurs sanitaires et sociaux permettant une intervention des équipes de soins dans la prévention des épisodes de crise, l'organisation de séjours de répit, l'évaluation médicale - Développer des équipes mobiles pédopsychiatriques pour intervenir en soutien des structures et éviter les situations de crise et le recours aux urgences - Conforter le fonctionnement du CADO animé par la MDA qui a pour objectif de partager une connaissance commune des différents partenaires et une compréhension mutuelle de leur fonctionnement, de développer l'échange de pratiques entre professionnels et de favoriser l'évolution des pratiques et l'utilisation d'une variété d'outils adaptés à la variabilité des situations - Développer les dispositifs partenariaux s'appuyant sur des projets communs aux intervenants spécialisés et les structures de droit commun (ex : les Promeneurs du Net) - Développer la démarche RAPT en veillant à la mobilisation de tous les acteurs et en adaptant les dispositifs à partir de leur évaluation collective - Nommer des référents parcours dans les situations complexes - Renforcer les liens entre ceux qui établissent le diagnostic et ceux qui élaborent le plan d'intervention personnalisé pour garantir l'adéquation entre préconisations et possibilités de prise

	<p>en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiser une unité de soins psychiatrique spécifique pour les 15-25 ans - Organiser une rencontre des différents acteurs avec les autorités judiciaires - Rendre plus souples les modalités de prises en charge en soins psy et développer les prises en charge complémentaires (ex : situation d'apprentissage en journée et hospitalisation de nuit) - Mettre au point des protocoles de gestion de crise entre les acteurs sanitaires et sociaux du département - Définir des protocoles hospitaliers GHT permettant de valider entre différents établissements et différents services des parcours de santé et une graduation des soins - Travailler sur l'adhésion aux soins des 18 ans et + avec un étayage médico-social - Développer un site internet à destination des adolescents et des parents en lien avec la MDA
Public cible	Adolescents de 12 à 18 ans
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Partenaires	Associés : <i>Sera défini ultérieurement</i> Potentiels : <i>Sera défini ultérieurement</i>
Moyens	Existants : <i>Sera défini ultérieurement</i> A mobiliser : <i>Sera défini ultérieurement</i>
Freins /Leviers	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

5) Axe stratégique : organiser des parcours spécifiques

Fiche action n° 5.3

Organiser le parcours spécifique des personnes âgées

Objectifs régionaux de référence du PRS	<p><u>Objectif opérationnel n°37</u> : Repérer de façon précoce les personnes âgées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie</p> <p><u>Objectif opérationnel n°49</u> : Promouvoir un parcours de santé et de vie faisant du lieu de vie le centre des prises en charge et des accompagnements</p> <p><u>Objectif opérationnel n°50</u> : Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques par la coordination étroite entre les différents acteurs concernés</p>
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Problème de repérage et de diagnostic, insuffisance de psychogéiatres tenant compte des besoins identifiés - Ruptures dans le parcours : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Difficultés de prises en charge des troubles psychiatriques à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie ➤ « Réticence » à l'accueil des patients psychiatriques en EHPAD ➤ Difficulté de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques à domicile, en établissements psychiatriques, en établissements médico-sociaux pour handicapés ➤ Manque de moyens en établissement psychiatrique pour assurer la prise en charge somatique des patients âgés ➤ Distinction de la psychogériatrie du sujet « jeune » (démence précoce) et du sujet « âgé », et situation particulière des patients psychotiques vieillissants
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'accès aux EHPAD des personnes handicapées psychiques vieillissantes - Adapter l'offre d'hébergement et de soins des personnes âgées présentant des troubles psychiques - Développer les compétences des professionnels prenant en charge les personnes âgées présentant des troubles psychiques en établissements et à domicile
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Créer des équipes mobiles de psycho-gériatrie de proximité pouvant se rendre à domicile, en établissement psychiatrique ou médico-social, en appui de la prise en charge habituelle pour les situations de crise et pour développer la formation des personnels - Préparer en amont le passage en EHPAD des patients psychiatriques, lorsqu'il paraît possible, en favorisant les

	<p>échanges entre équipes autour d'une prise en charge individualisée et concertée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recourir à la télémédecine et aux téléstaffs - Développer la formation en psychiatrie des personnels intervenant en EHPAD, favoriser les échanges de personnels entre établissements psychiatriques et EHPAD - Développer une prise en charge adaptée pour les patients psychiatriques en EHPAD en lien avec un établissement psychiatrique de proximité - Créer des lits de psychogériatrie en établissements psychiatriques liés par convention avec des EHPAD afin d'assurer la continuité des soins psychiatriques et d'offrir des séjours de rupture - Réfléchir à l'opportunité de créer des secteurs spécialisés en EHPAD en psycho-gériatrie pour accueillir les résidents « plus jeunes » présentant des troubles démentiels précoces - Proposer une uniformisation des critères d'évaluation de la dépendance en EHPAD et en établissements psychiatriques (AVQ/GIR), sous réserve d'une évolution réglementaire
Public cible	Personnes âgées (âge à déterminer) souffrant de troubles psychiques/ psychiatriques
Territoire d'intervention	Le département du Loir-et-Cher
Pilote	<p>Groupe pilote à définir intégrant des représentants des acteurs concernés :</p> <p>A minima :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 représentant médical d'EHPAD, 1 représentant médical d'établissement psy privé, 1 représentant médical d'établissement psy public - 1 représentant Direction EHPAD, 1 représentant Direction Etablissement pst public, 1 représentant Direction établissement psy privé - 1 médecin généraliste avec expertise gériatrique - 1 représentant des familles
Partenaires	<p>Associés : ARS, E-SANTE, CPTS, SEPIA 41, GHT 41 (UCC/UHR), Centres de formation</p> <p>Potentiels : UDAF 41, ERVMA, URML, Associations d'usagers et des familles d'usagers, Mutuelles</p>
Moyens	<p>Existants : <i>sera défini ultérieurement</i></p> <p>A mobiliser : moyens à définir en cohérence avec la réforme du financement de la psychiatrie, la prise en charge actuelle et à venir de la perte d'autonomie et des établissements médico-sociaux</p>

<p>Freins /Leviers</p>	<p>Leviers :</p> <p>Prise de conscience progressive des acteurs sanitaires et médico-sociaux de la nécessité de coopérer</p> <p>Volonté de développer des solutions de proximité (CPTS, projets de partenariats médico-social/ sanitaire)</p> <p>Reconnaissance de la pertinence d'un parcours de soins de proximité</p> <p>Freins :</p> <p>Absence d'unicité des critères d'évaluation de la dépendance (GIR/AVQ) – absence de prise en compte des AVQ pour le financement des prises en charge en établissement psy</p> <p>« Réticence » à l'accueil des patients psy en établissements médico-sociaux</p> <p>Manque de formation spécifiques psy et gériatrique</p> <p>Cloisonnement des financements sanitaire/médico-social</p> <p>Manque de disponibilité des acteurs pour les prises en charges complexes</p> <p>Difficulté à valoriser des initiatives locales et propositions de solutions (infra-départementale)</p>
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>Fin du premier semestre 2021 : création d'un groupe pilote</p> <p>Fin du second semestre 2021 : structuration du projet avec les partenaires associés</p>
<p>Indicateurs de suivi, de résultat</p>	<p>Nombre de personnes prises en charges dans le cadre du dispositif (équipe mobile, séjours coordonnés dans le cadre d'un partenariat)</p> <p>Nombre de professionnels formés en situation de travail</p> <p>Nombre de conventions inter-établissements ou structures</p> <p>Nombre et types d'actes de télémédecine</p>

5) Axe stratégique : Organiser des parcours spécifiques

Fiche action n° 5.4

Améliorer l'accompagnement des personnes confrontées à une problématique addictive en lien avec le secteur psychiatrique

Objectifs régionaux de référence du PRS	<p><u>Objectif opérationnel n° 45</u> : Développer une culture de la prévention, collective et individuelle, des conduites addictives et favoriser sa mise en œuvre</p> <p><u>Objectif opérationnel n° 47</u> : Développer une culture du lien pour favoriser les soins et l'accompagnement des personnes présentant une conduite addictive (et ses comorbidités) et favoriser sa mise en œuvre</p> <p><u>Objectif opérationnel n° 50</u> : Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques, par la coordination étroite entre les différents acteurs concernés</p>
Principaux éléments du diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés importantes rencontrées par les établissements médico-sociaux spécialisés en addictologie pour orienter des usagers vers le secteur psychiatrique (CMP, services psychiatriques des Centres hospitaliers de Blois, Vendôme et Romorantin) - Insuffisance des liens entre les établissements médico-sociaux spécialisés en addictologie et les 3 cliniques psychiatriques du Loir-et-Cher - Manque de moyens dédiés à l'accompagnement des problématiques additives sans substance à tous les niveaux de la filière de prise en charge (médico-social et sanitaire) - Insuffisance de moyens à la Maison d'arrêt de Blois : <ul style="list-style-type: none"> • 0,05 ETP de VRS dans le cadre de l'accompagnement des problématiques addictives liées aux produits illicites • 0,05 ETP de l'ANPAA dans le cadre de l'accompagnement des problématiques addictives liées à l'alcool
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la coordination et l'articulation entre le secteur psychiatrique et le secteur addictologique sur le département - Renforcer l'offre d'accompagnement concernant les problématiques additives sans substance - Renforcer l'accompagnement en addictologie des détenus en milieu pénitentiaire
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser des temps de rencontre entre les acteurs des deux secteurs dans le cadre de la continuité de parcours de la population sur le champ de l'addictologie et de la psychiatrie - Promouvoir sur ces temps de rencontre une clinique commune de l'approche en psychiatrie et en addictologie - Développer des outils innovants favorisant le partenariat - Etudier l'opportunité de renforcer l'accompagnement d'un point de vue psychologique des personnes à la maison d'arrêt

Description de l'action	<p>- Augmenter les moyens humains des secteurs médico-sociaux et sanitaires pour l'offre d'accompagnement concernant les problématiques addictives sans substance</p> <p>- Augmenter les moyens humains de l'offre d'accompagnement en addictologie sur la maison d'arrêt de Blois</p>
Public cible	Personnes souffrant à la fois de conduites addictives et d'une pathologie psychiatrique
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Partenaires	<p>Associés : Secteurs de l'addictologie et de la psychiatrie : ANPAA, VRS, ARS, Santé Escale 41, centres hospitaliers de Blois, Vendôme, Romorantin-Lanthenay, cliniques psychiatriques de la Borde, la Chesnaie et Saumery, polyclinique de Blois</p> <p>Potentiels : Autres acteurs utiles : Théraé</p>
Moyens	<p>Existants : <i>Sera défini ultérieurement</i></p> <p>A mobiliser : <i>Sera défini ultérieurement</i></p>
Freins /Leviers	<p>Leviers :</p> <p>Instance de coordination de la santé mentale, à venir</p>
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

5) Axe stratégique : Organiser les parcours spécifiques

Fiche action n° 5.5

Organiser le parcours spécifique des personnes en situation de handicap

Objectifs régionaux de référence du PRS	<p><u>Objectif opérationnel n°48</u> : Développer le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques</p> <p><u>Objectif opérationnel n°50</u> : Organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques par la coordination étroite entre les différents acteurs concernés</p>
Principaux éléments du diagnostic territorial	<p>Les troubles psychiques sont souvent imbriqués avec d'autres problématiques des personnes en situation de handicap, rendant les accompagnements complexes. Ainsi, les structures médico-sociales, mobilisées dans l'accompagnement du handicap ont besoin d'être soutenues dans l'approche des troubles psychiques. L'accès à cette expertise leur permettra d'accompagner les personnes en situation de handicap dans leur globalité.</p>
Objectifs opérationnels de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Structurer les partenariats entre ESMS et secteurs de la psychiatrie par un conventionnement départemental - Développer de formations croisées pour stimuler l'interconnaissance des professionnels des deux champs et la montée en compétences des ESMS dans l'accompagnement des troubles psychiques
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un état des lieux des relations, des partenariats déjà existants faisant apparaître les points forts et les points à améliorer - Développer les conventions entre les acteurs de la psychiatrie et les ESMS du champ adulte, les ESMS du champ de l'enfance et la pédopsychiatrie - Prévoir des formations pour les ESMS afin de partager une culture préventive d'accompagnement des troubles psychiques
Public cible	Personnes en situation de handicap
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Partenaires	<p>Associés : Etablissements en psychiatrie, ESMS adultes, ESMS enfants, GEM</p> <p>Potentiels : <i>Sera défini ultérieurement</i></p>
Moyens	<p>Existants : <i>Sera défini ultérieurement</i></p> <p>A mobiliser : <i>Sera défini ultérieurement</i></p>

Freins /Leviers	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

5 Axe stratégique : Organiser des parcours spécifiques

Fiche action n° 5.6

Organiser le parcours des personnes vulnérables

<p>Objectifs régionaux de référence du PRS</p>	<p><u>Objectifs opérationnels PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mieux connaître les personnes les plus éloignées du système de santé pour mieux répondre à leurs attentes et à leurs besoins - Adapter les structures, les dispositifs et les pratiques professionnelles à l'évolution des attentes et des besoins des personnes les plus éloignées du système de santé - Prévenir les situations de rupture des personnes les plus éloignées du système de santé
<p>Principaux éléments du diagnostic territorial</p>	<p><u>Accès/maintien logement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de dispositifs : EMPP, résidences accueil, GEM, SAMSAH, SAVS... permettant le maintien à domicile de personnes souffrant de troubles psychiatriques/psychiques - Problème de la prise en charge à domicile – entrée et maintien - des personnes souffrant de troubles psychiques - Logements proposés parfois dans un mauvais état, ce qui peut contribuer à l'isolement social - Appartements de coordination thérapeutique (ACT) : beaucoup de résidents consommateurs de produits psychoactifs en lien avec des troubles psychiques, constituant un frein à la gestion de leur pathologie, à leur autonomie, ainsi qu'à la construction et au maintien du lien thérapeutique <p><u>Migrants primo-arrivants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Différences culturelles, la psychothérapie ne fait pas partie de la demande, certaines personnes ne veulent pas parler de leur traumatisme - Difficulté pour les professionnels de première ligne d'appréhender l'état de santé mentale des migrants - Absence de dispositif d'interprétariat pour prendre en compte la barrière de la langue <p><u>Femmes victimes de violences :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous les 2 ou 3 jours, une femme est tuée par son conjoint ou ex-conjoint sur le plan national - Formation des professionnels de santé difficile à mettre en œuvre du fait de leur indisponibilité
<p>Objectifs opérationnels de l'action et description de l'action</p>	<p><u>Accès/maintien logement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anticiper les sorties d'hospitalisation pour assurer le logement en ayant une approche globale santé/social pour une connaissance des dispositifs existants par les professionnels de la santé et du social - A l'instar de certains CLS, inciter les CLS à mener des actions favorisant l'accès et le maintien dans le logement (ex : commission pluridisciplinaire d'étude de cas) - Poursuivre le déploiement du logement adapté (résidences

	<p>accueil notamment) sous l'égide de l'Etat/DDCSPP</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACT : afin de prévenir la dégradation de l'état de santé des usagers, proposer un accompagnement psychiatrique renforcé au sein des ACT - Soutenir un projet d'accompagnement de personnes en situation de grande marginalité dans le cadre d'un lieu de vie innovant à dimension collective <p><u>Migrants primo-arrivants :</u> Poursuivre la construction du parcours de santé des migrants avec tous les acteurs de santé concernés (Osons nous soigner, CES/CPAM, CLAT, CV, CEGIDD, EMPP...) et les structures sociales (et notamment la SPADA – structure de premier accueil des demandeurs d'asile), et notamment pour la santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un dispositif d'aide aux professionnels de santé en matière d'interprétariat - Repérer les professionnels de santé, psychiatres notamment, souhaitant travailler dans un cadre interculturel - Renforcer les moyens EMPP/Equipe mobile psychiatrie précarité pour participer au repérage des personnes migrantes primo-arrivantes en souffrance psychique <p><u>Femmes victimes de violences :</u> Décliner à l'échelle du département les mesures de santé inscrites dans le Grenelle des violences faites aux femmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les professionnels de santé autour du repérage des situations (en s'appuyant sur un outil de la HAS) : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Partenariat CPAM / ARS : visite des DAM (délégués d'Assurance maladie), relais AMELI et professionnels de santé ➤ UREPS ➤ Ordres et réunions de pairs professionnels - Accompagner la Création au sein du CH de Blois d'une UAMJ (unité d'accueil médico-judiciaire) permettant de centraliser la tenue de l'enquête (volet judiciaire) et la prise en charge des victimes (volet santé) <p><u>Pour toutes les populations qui en ont besoin :</u> Recourir au centre régional de psycho-traumatisme du CHU de Tours (cf. fiche action 3.4 : Structurer l'accès aux soins post-traumatiques) puis aux consultations spécialisées qui seront proposées dans le 41</p>
Public cible	<p>Public précaire, migrants primo-arrivants, femmes victimes de violence</p> <p>Une attention particulière devra également être accordée aux publics en voie de précarisation (classes moyennes à bas revenus)</p>
Territoire d'intervention	Le département de Loir-et-Cher
Pilote	ARS
Partenaires	Associés :

	<p>- Acteurs de la santé, du médico-social et du social</p> <p>- Autres : déléguée départementale aux droits des femmes, conseil départemental, DDCSPP, bailleurs sociaux, EPCI, CLS</p> <p>Potentiels : <i>Sera défini ultérieurement</i></p>
Moyens	<p>Existants : <i>Sera défini ultérieurement</i></p> <p>A mobiliser : <i>Sera défini ultérieurement</i></p>
Freins /Leviers	<p>Leviers :</p> <p><u>Accès/maintien logement :</u> Réflexion en cours pour le renouvellement du PDALHPD (plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées)</p> <p><u>Migrants primo-arrivants :</u> Dynamique territoriale autour de la construction du parcours de santé des migrants primo-arrivants (instruction ministérielle du 8/06/2018 avec prise en compte du volet santé mentale)</p> <p><u>Femmes victimes de violences :</u> Forte mobilisation territoriale suite au Grenelle de 2019</p>
Calendrier de mise en œuvre	<i>Sera défini ultérieurement</i>
Indicateurs de suivi, de résultat	<i>Sera défini ultérieurement</i>

Annexe 7

Glossaire

AAH : Allocation aux adultes handicapés

ACESM : Association des centres éducatifs et de sauvegarde des mineures et jeunes majeurs

ACT : Appartement de coordination thérapeutique

ADELI : Automatisation des listes des professionnels de santé

ADS : L'affirmation de soi

AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (ex AES)

AEMO : Action éducative en milieu ouvert

AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

AFPA : Agence nationale pour la formation professionnelle des adultes

AGGIR : Autonomie gérontologique groupe iso-ressources (évaluation de la dépendance des personnes âgées)

AIDAPHI : Association interdépartementale pour le développement des actions en faveur des personnes handicapées et inadaptées

AJ : Accueil de jour

ALD : Affection de longue durée

ALSH : Accueil social au logement et à l'hébergement

AME : Aide médicale de l'État

AMELI : Assurance maladie en ligne

AMI : Acte Médical d'Infirmier

AMU : Aide médicale d'urgence

ANAP : l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

APAJH : Association pour adultes et jeunes handicapés

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

ASIP : Agence française de la santé numérique

ASLD : Association d'accueil, de soutien et de lutte contre les dépressives

AT : Appartement thérapeutique ou Accident du Travail

ATIH : Agence technique de l'Information sur l'hospitalisation

AVDL : Accompagnement vers et dans le logement

BDSP : Banque de données en santé publique

BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire (édité par InVS)

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CAO : Centre d'accueil et d'orientation

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CATTP : Centre d'activité thérapeutique à temps partiel

CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CGSS : Caisse générale de sécurité sociale

CH : Centre hospitalier

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHT : Communauté hospitalière de territoire

CHTL : Centre d'hébergement temporaire et de logement

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIAS : Centre Intercommunal d'action sociale

CIH : Comité international du handicap

CIRAD : Centre d'installation du rein artificiel à domicile

CIRDD : Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances

CJ : Contrôle judiciaire

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CLS : Contrats locaux de santé

CME : Centre médico éducatif

CMP : Centre médico psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CMS : Centres médico-sociaux

CMU : Couverture médicale universelle

CMU-c : Couverture maladie universelle – complémentaire

CNAF : Caisse nationale d'allocations familiales

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNH : Conférence nationale du handicap

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CNS : Conférence nationale de santé

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CODAMUPS : Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

CODES : Comité départemental d'éducation pour la santé

CORAHLI : Commission pour l'orientation vers le logement et l'hébergement d'insertion

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPH : Centre provisoire d'hébergement

CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie (a rejoint l'ARS pour partie et la CARSAT)

CRS : Conférence régionale de santé

CRSA : Conférence régionale de santé et d'autonomie

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSI : Centre de soins infirmiers

CSP : Code de la santé publique

CSST : Centre de soins spécialisés aux toxicomanes

CT : Communauté thérapeutique

CTE : Comité technique d'établissement

CTRA : Comité technique régional sur l'autisme

DADA : Dispositif d'annonce et de diagnostic autisme

DDCSPP : Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations

DDPP : Direction départementale de la protection des populations

DDRM : Document départemental des risques majeurs

DDSV : Direction départementale des services vétérinaires (devenue DDCSPP)

DDT : Direction départementale des territoires

DGS : Direction générale de la santé

DMH : Durée moyenne d'hospitalisation

DMP : Dossier médical partagé

DPJJ : Direction de la protection judiciaire et de la jeunesse

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EDGAR : Entretien, démarche, groupe, accompagnement et réunion (grille)

EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMG : Équipe mobile de gériatrie

EMPP : Équipe mobile psychiatrie précarité

EMSP : Équipe mobile de soins palliatifs

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

ESAT : Établissement et service d'aide par le travail

ESMS : Établissements sociaux et médico-sociaux

ESP : Équipe de soins primaires

ESPIC : Établissements de santé privés d'intérêt collectif

ETP : Équivalent temps plein

ETP : Education thérapeutique du patient

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FAU : Forfait d'accueil des urgences

FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FNES : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé

FNMF : Fédération nationale de la mutualité française

FRAPS : Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé

FSL : Fonds de solidarité logement

FSV : Fonds de solidarité vieillesse

GEM : Groupes d'entraide mutuelle

GOS : Groupe opérationnel de synthèse

HAD : Hospitalisation à domicile

HJ : Hôpital de jour

HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers

HID : Handicap incapacité dépendance

HO : Hospitalisation d'office

HOPE : Hébergement, orientation et parcours vers l'emploi

HPST : Hôpital patients santé territoires (loi HPST 2009-879 du 21/07/2009)

HT : Hébergement temporaire

HUDA : Hébergement des demandeurs d'asile

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IME : Institut médico-éducatif

INPES : Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut de veille sanitaire

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

IREPS : Institut régional en éducation et promotion de la santé

LHPST : Loi hôpital patient santé territoire

LHSS : Lits halte soins santé

LISP : Lits identifiés en soins palliatifs

MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration pour les malades d'Alzheimer

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MCO : Médecine – Chirurgie - Obstétrique

MDA : Maison des adolescents

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MECS : Maison d'enfants à caractère social

MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

MG : Médecin généraliste

MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

MJIE : Mesure judiciaire d'investigation éducative

MMG : Maison médicale de garde

MP : Maladie professionnelle

MSA : Mutualité sociale agricole

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OFT : Office français de prévention du tabagisme

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

ORS : Observatoire régional de santé

OSCARD : Observation sociale croisée des acteurs régionaux et départementaux

OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de *santé*

PABU : Bureau d'aide psychologique pour les étudiants

PAG : Plan d'accompagnement global

PAPA : Préservation de l'autonomie des personnes âgées

PASA : Pôles d'activité et de soins adaptés

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé (dans le cadre du PRAPS)

PCAP : Période comparable de l'année précédente

PCPE : Pôles de compétences et de prestations externalisées

PDALHPD : Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées

PDS : Permanence des Soins

PDSA : Permanence des soins ambulatoire

PDSH : Permanence des soins hospitalière

PDU : Plan de déplacement urbain

PH : Praticien hospitalier

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

PPMI : Prévention et protection maternelle infantile

PNSE : Plan national en santé environnement

PPS : Prévention promotion de la santé

PRIAC : Programme régional et interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : Programme régional de santé

PRSE : Programme régional santé environnement

PS : Professionnels de santé

PSGA : Plan solidarité grand âge

PSL : Professionnels de santé libéraux

PSRS : Plan stratégique régional de santé

PTA : Plateforme territoriale d'appui

PTSM : Projet territorial de santé mentale

RIM-P : Recueil d'information médicalisée en psychiatrie

RMESS : Répertoire mutualisé des entités sanitaires et sociales (remplaçant futur de FINESS)

ROR : Répertoire opérationnel des ressources

RP : Recensement de la population (INSEE)

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

RPS : Relations avec les professionnels de santé

RRU : Réseau régional d'urgence

RSA : Revenu solidarité active

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SEMO : Service d'action éducative de milieu ouvert

SAMSAH : Service d'accompagnement médico- social pour adultes handicapés qui propose une assistance ou accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de la vie ainsi qu'un suivi médical en milieu ouvert. Ces prestations visent l'apprentissage de l'autonomie en milieu ouvert.

SAMU : Services d'aide médicale urgente, il répond à la demande d'aide médicale urgente (AMU). Il comprend un centre de réception et de régulation des appels (CRRA). Il est organisé à l'échelle départementale

SAU : Service d'accueil des urgences

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale, qui accompagne des adultes handicapés pour vivre en milieu ordinaire

SESSAD : Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile

SDRE : Soins à la demande d'un représentant de l'État

SDT : Soins sur demande d'un tiers

SDTU : Soins sur demande d'un tiers en urgence

SI : Systèmes d'information

SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation

SIE : Service d'investigation éducative

SIGMED : Système d'information et de gestion des médecins hospitaliers

SIOS : Schéma Interrégional d'organisation sanitaire

SL : Soins libres

SLD : Soins de longue durée

SME : Sursis avec mise à l'épreuve

SMUR : Services mobiles d'urgence et de réanimation (service hospitalier qui possède une ou plusieurs unités de traitement)

SNACs : Services numériques d'appui à la coordination

SP : Soins palliatifs

SPASAD : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SPF : Santé publique France

SPI : Soins en cas de péril imminent

SPJPI : Soins pour des personnes jugées pénalement irresponsables

SRADAR : Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés

SREPS : Schéma Régional d'éducation pour la santé

SROMS : Schéma régional d'organisation médico-sociale

SROSA : SROS volet ambulatoire

SROSH : SROS volet hospitalier

SSAD : Service de soins à domicile

SSC : Soins sans consentement

SSIAD : Services de soins Infirmiers à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

STATISS : Statistiques et indicateurs de la santé et du social

TIG : Travail d'intérêt général

TS : Tentative de suicide

UCANSS : Union des caisses nationales de sécurité sociale

UCC : Unités cognitives-comportementales

UCSA : Unité de consultation et de soins ambulatoires

UEM : Unités d'enseignement en maternelle

UHCD : Unité d'hébergement de courte durée

UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée

UHSI : Unité hospitalière sécurisée et interrégionale

UHR : Unité d'hébergement renforcé

UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée

UMD : Unité pour malades difficiles

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

UREH : Union régionale d'épidémiologie hospitalière

URML : Union régionale des médecins libéraux

URPS : Union régionale des professionnels de santé

USI : Unité de soins intensifs

USLD : Unité de soins de longue durée

USP : Unité de soins palliatifs

USSA : Unité de soins spécifiques Alzheimer

VRS : Vers un réseau de soins

ZRR : Zones de revitalisation rurale