

# PROJET TERRITORIAL de SANTE MENTALE d'INDRE-et-LOIRE



Version finale



FEVRIER 2020

# SOMMAIRE

<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>4</b>
<b>PARTIE 1 DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE DU PTSM EN INDRE-ET-LOIRE.....</b>	<b>6</b>
METHODOLOGIE DE TRAVAIL : UNE DEMARCHE ENGAGEE DES 2018.....	9
<b>PRÉSENTATION DU TERRITOIRE .....</b>	<b>11</b>
Données géographiques .....	11
Caractéristiques socio démographiques de la population.....	11
Démographie des professionnels de santé .....	15
Offre sanitaire et médico-sociale .....	16
OFFRE SANITAIRE.....	16
DONNÉES D'ACTIVITÉ ET DE RECOURS À L'OFFRE.....	17
OFFRE SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE .....	23
<b>POINTS REMARQUABLES.....</b>	<b>26</b>
<b>PARTIE 2 DOCUMENT SYNTHESE DES GROUPES DE TRAVAIL RESTITUTION DU DIAGNOSTIC..</b>	<b>28</b>
<b>GRUPE 1 : METTRE EN PLACE UN REPERAGE PRECOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ÉLABORATION D'UN DIAGNOSTIC ET L'ACCES AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS NECESSAIRES. ....</b>	<b>29</b>
Présentation du Groupe de travail et de sa méthode de travail .....	29
Repérage.....	29
Accès aux soins : quelques constats dans le groupe de travail.....	31
<b>GRUPE 2 : ORGANISER LE PARCOURS DE SANTE ET DE VIE DE QUALITE ET SANS RUPTURE (TROUBLES PSYCHIQUES GRAVES, EN SITUATION OU A RISQUE DE HANDICAP PSYCHIQUE) EN VUE DE LEUR RETABLISSEMENT ET DE LEUR INSERTION SOCIALE .....</b>	<b>32</b>
Présentation du groupe de travail et de sa méthode de travail.....	32
Organisation de la réflexion au sein du groupe de travail .....	32
<b>GRUPE 3 : PERMETTRE L'ACCES A DES SOINS SOMATIQUES .....</b>	<b>36</b>
Présentation du Groupe de travail et de sa méthode de travail .....	36
Organisation de la réflexion au sein du groupe de travail .....	37
<b>GRUPE 4 : PREVENIR ET PRENDRE EN CHARGE LES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE.....</b>	<b>44</b>
Présentation du Groupe de travail et de sa méthode de travail .....	44
Etat des lieux de la couverture Hospitalière .....	44
Points forts relevés par le groupe de travail :.....	55
<b>GRUPE 5 : PROMOUVOIR LES DROITS, RENFORCER LE POUVOIR DE DECISION ET D'ACTION DES PERSONNES SOUFFRANTS DE TROUBLES PSYCHIQUE ET LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION.....</b>	<b>57</b>
Présentation du Groupe de travail et de sa méthode de travail .....	57
ANALYSES.....	59
<b>GRUPE 6 : AGIR SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX DE SANTE MENTALE .....</b>	<b>66</b>
Présentation du Groupe de travail : .....	66
Constitution du Groupe de travail : .....	67
Organisation de la réflexion au sein du groupe de travail .....	68
<b>PARTIE 3 ANALYSE DES QUESTIONNAIRES : SYNTHESE.....</b>	<b>85</b>
Questionnaire Usagers.....	86
Questionnaire Aidants .....	90
Questionnaire Institutions .....	94

<b>PARTIE 4 ANNEXES.....</b>	<b>97</b>
<b>ANNEXE 1 : INSTRUCTION DGOS 5 JUIN 2018.....</b>	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
<b>ANNEXE 2 : DECRET N° 2017-1200 DU 27 JUILLET 2017 RELATIF AU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE.....</b>	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
<b>ANNEXE 3 : DOCUMENTS ET INDICATEURS DIVERS .....</b>	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
<b>ANNEXE 4 : COMPTES RENDUS DES GROUPES .....</b>	<b>98</b>
Comptes rendus : Groupe 1 .....	98
Comptes rendus : Groupe 2 .....	100
Comptes rendus : Groupe 3 .....	112
Comptes rendus : Groupe 5 .....	115
Comptes rendus : Groupe 6 .....	119
Comptes rendus : COPIL PTSM .....	128
<b>ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRES DU GROUPE 5.....</b>	<b>144</b>
Questionnaire Aidants .....	144
Questionnaire Usagers.....	157
Questionnaire Structures.....	169
<b>ANNEXE 6 : CONTRIBUTION CLSM .....</b>	<b>180</b>

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ALD	Affection de Longue Durée
AME	Aide Médicale de l'État
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ATIL	Association Tutélaire d'Indre et Loire
AT-SA	Accueil Temporaire Service de l'Asile
CAC	Centre d'Accueil et de Crise
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CAES	Centres d'Accueil et d'Examen des Situations
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAO	Centre d'Accueil et d'Orientation
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CDS	Cadre de Santé
CH	Centre Hospitalier
CHC	Centre Hospitalier de Chinon
CHIC ACR	Centre Hospitalier Inter Communal Amboise Château-Renault
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CIO	Centre d'Information et d'Orientation
CLS	Conseil Local de Santé
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CMP	Centre Médico-Pédagogique
CODAMU	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente
CPH	Centre Provisoire d'Hébergement
CPS	Compétences PsychoSociales
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CPU	Clinique Psychiatrique Universitaire
CRePSY	Centre Ressource dédié au handicap d'origine PSYchique
CRP	Centre de Référence du Psychotraumatisme
CTS	Conseil Territorial de Santé
CUMP	Cellules d'Urgence Médico-Psychologique
DD	Délégation Départementale
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi.
DMP	Dossier Médical Partagé
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DMU	Départements Médico-Universitaires
DPP	Dossier Partagé Patient
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMPP	Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité
EMPPE	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité et Exclusion
ESAT	Etablissement de Service et d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissement Social Et Médico-Social
ETP	Equivalent Temps Plein
ETP*	Education Thérapeutique du Patient
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FRAPS	Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé
GEM	Groupes d'Entraide Mutuelles
GHT TVL	Groupement Hospitalier de Territoire Touraine-Val de Loire
HAD	Hospitalisation À Domicile

HdF	Hauts-de-France
HDJ	Hôpital De Jour
HUDA	Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRSA	Institut inter Régional pour la Santé
ITEP	Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MFCVL	Mutualité Française Centre Val de Loire
MG	Médecin Généraliste
PASS-PSY	Permanence d'Accès aux Soins de Santé en milieu Psychiatrique
PdL	Pays de la Loire
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoires
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPS	Prévention et Promotion de la Santé
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PSM	Pôle Santé Mentale
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
RASED	Réseau d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficulté
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAVS	Services d'Accompagnement à la Vie Sociale
SCUIO	Service Commun Universitaire d'Information et d'Orientation
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SIPrev	Stratégies d'Interventions Probantes en prévention
SPDRE	Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État
SPDT	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
SPDTU	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence
SPPI	Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent
SRR	Soins de Suite et de Réadaptation
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales
UNAFAM	Union Nationale des Amis et Familles de Maladies psychiques
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

# **PARTIE 1**

## **DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE DU PTSM EN INDRE-ET-LOIRE**

La loi du 26 janvier 2016 dite loi de modernisation de notre système de santé par son article 69 fait évoluer la politique de santé mentale en prévoyant la mise en œuvre de projets territoriaux de santé mentale (PTSM).

Ces projets sont élaborés par l'ensemble des acteurs concourant à la politique de santé mentale.

Les PTSM ont pour objectif premier de favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social des personnes dans leur milieu de vie ordinaire, mais surtout de permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge, et enfin de déterminer la coordination de second recours ou niveau en lien avec les missions de psychiatrie de secteur.

D'une manière générale, il s'agira de développer ou promouvoir les modalités de prise en charge diversifiées visant la promotion de la santé, l'amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne.

Le décret numéro 2017-1200 du 27 juillet 2017 fixe les modalités d'élaboration et les priorités du projet territorial de santé mentale qui sont au nombre de six :

1. Mettre en place un repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements nécessaires
2. Organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture (troubles psychiques graves, en situation ou à risque de handicap psychique) en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale
3. Permettre l'accès à des soins somatiques
4. Prévenir et prendre en charge les situations de crise et d'urgence
5. Promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrants de troubles psychiques et lutter contre la stigmatisation
6. Agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale

L'échelon départemental a été reconnu comme pertinent par l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire pour poursuivre les objectifs des projets territoriaux de santé mentale. Cette échelle est en cohérence avec les politiques départementales, le rôle des préfets de département dans les soins sans consentement, les territoires de démocratie sanitaire (Conseil Territorial de Santé), les territoires de santé et les GHT.

L'élaboration du projet territorial de santé mentale et son assise territoriale doit permettre l'association de l'ensemble des acteurs de la santé mentale. L'objectif n'est pas de répondre à un schéma pré établi, mais d'élaborer un projet porté par l'ensemble des acteurs du territoire, apportant des réponses en termes d'action ou d'engagement des acteurs à une amélioration des parcours des personnes.

En Indre-et-Loire, le Conseil territorial de santé, sa Commission de santé mentale et le GHT (Groupement hospitalier de territoire) se sont accordés pour être à l'initiative du projet territorial de santé mentale, avec appui de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire.

Les six priorités du projet territorial de santé mentale, socle obligatoire, sont au cœur d'une démarche partenariale rassemblant l'ensemble des acteurs du territoire pour établir des constats partagés en santé mentale et co construire un projet.

La gouvernance et le pilotage du projet est dirigé par un Comité de pilotage restreint, une quinzaine de membres, animé par Monsieur Pascal Oréal, Président du CTS (Conseil Territorial de Santé), accompagné par Madame Dominique Osu, Coordinatrice du GHT Touraine-Val de Loire, et Monsieur Claude Edery, Coordinateur du Secrétariat Permanent de Psychiatrie.

Avec le soutien méthodologique de l'Agence Régionale de Santé (ARS) apporté par Madame Laëtitia Chevalier, Responsable du pôle offre sanitaire et médico-sociale – ARS - Délégation Départementale 37 (DD37), il a pour rôle de réunir les acteurs et de les faire travailler ensemble à partir d'éléments de diagnostic.

#### **COMPOSITION du Comité de pilotage :**

- **M. OREAL Pascal** – Président du Conseil Territorial de Santé (CTS)
- **Mme CHEVALIER Laetitia** – Responsable du pôle offre sanitaire et médico-sociale-ARS-DD37
- **Mme OSU Dominique** – Directrice coordinatrice du GHT TVL
- **Mme SALLY-SCANZI Myriam** – ARS - Déléguée départementale d'Indre-et-Loire
- **Dr GRAUX Jérôme** – Psychiatre hospitalier
- **M. HURTEVENT Jean-Serge** – Maire de Cheillé
- **Dr PERRAIN Alice** – Présidente de la commission santé mentale du CTS
- **Mme CHABANNE Catherine** – Bénévole de l'UNAFAM37
- **M. DEBOUDT Dimitri** – Représentant de l'Etat (Préfecture/ Direction départementale de la cohésion sociale) - Directeur des sécurités de la Préfecture d'Indre-et-Loire
- **Mme PLATET Laurence** – Représentante Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)
- **M. QUIOC Vincent** – Directeur de la Clinique de Vontes
- **Mme SERGENT Lysiane** – Chef du service Action sociale territoriale du Conseil départemental
- **Dr LEGAY Emilie** – Psychiatre libéral, identifiée par le biais des CPTS
- **Mme PORTAT Marion** – Directrice d'AGEVIE Tours
- **M. MISPOULET Thierry** – Directeur par intérim de la M.D.P.H. / Directeur de la Direction de l'autonomie d'Indre-et-Loire
- **Mme HIRN Anne-Laure** – Chargée de mission – FRAPS IREPS AT 37
- **Dr BARBE Pierre-Guillaume** – Praticien Hospitalier au C.H.R.U. de Tours
- **M. BEUREL Steven** – Représentant Secteur PH - Directeur Général d'Enfances et Pluriel
- **M. EDERY Claude** – Représentant du GHT - Directeur du CHIC Amboise-Château-Renault
- **M. LE PAGE Éric** – Représentant secteur précarité - Entraide et Solidarité
- **Dr ASPE Gilles** – Psychiatre à la Clinique de Vontes
- **Dr DUBOIS-CARMAGNAT Florence** – Psychiatre au C.H.R.U. de Trousseau

Ainsi chaque priorité du PTSM a donné lieu à la constitution d'un groupe de travail animé par un à trois pilotes dont un médecin et/ou un membre du comité de pilotage :

- Groupe 1, priorité 1, Repérage - accès aux soins : **Madame Platet, Dr Perrain, Dr Graux**
- Groupe 2, priorité 2, Parcours - rupture - inclusion : **M. Beurel, Dr Aspe (Médecin coordonnateur La confluence)**
- Groupe 3, priorité 3, Accès aux soins somatiques : **Dr Legay, Dr Barbe**
- Groupe 4, priorité 4, Urgence/crise : **Dr Dubois-Carmagnat (responsable du CAC), M. Quioc, M. Hurtevent**
- Groupe 5, priorité 5, Accès aux droits - Empowerment : **Mme Osu, Mme Chabanne**
- Groupe 6, priorité 6, Actions sur les déterminants de santé : **Mme Hirn (Chargée de mission FRAPS)**



Ces groupes sont composés d'acteurs du sanitaire, social et médico-social, de représentants d'usagers, des collectivités territoriales, des représentants des Conseils Locaux de Santé (CLS), et Conseil Local de Santé Mentale (CLSM).

Les groupes de travail sont chargés d'établir une cartographie des ressources, d'évaluer les dispositifs existants et de déterminer ce qui doit encore être mis en place en rapport avec la priorité qui leur a été confiée.

Il s'agit d'une phase de concertation élargie et essentielle car doivent être identifiés les besoins et les ressentis des personnes à risque, ou présentant des troubles ou des handicaps psychiques, des proches ou aidants, des structures accueillant des personnes avec des troubles psychiques, et de la population générale concernée directement ou indirectement par le PTSM (les représentants usagers CTS, les conseils citoyens, les acteurs des politiques de la ville, les représentants de l'hébergement d'urgence, ...).

**La démarche PTSM doit être et rester une approche ascendante, à la main des acteurs locaux en santé mentale, et centrée sur la réponse aux besoins et attentes des personnes souffrant de troubles psychiques et à risque de souffrance psychique.**

Le diagnostic territorial partagé constitue la première étape du projet territorial de santé : c'est une démarche participative et qualitative qui permet aux acteurs de santé du territoire d'élaborer une vision partagée des dispositifs qui existent en réponse aux besoins et aux aspirations des personnes, de déterminer ceux qui sont pertinents, ceux qui peuvent être améliorés et d'imaginer ceux qui font défaut. L'objectif du diagnostic territorial partagé est d'identifier les leviers d'amélioration et de changement à mobiliser au sein du projet territorial de santé.

## **METHODOLOGIE DE TRAVAIL : UNE DEMARCHE ENGAGEE DES 2018**

---

Une première réunion préparatoire a été organisée à l'initiative de la Délégation Départementale d'Indre-et-Loire de l'ARS le 17/10/2018. Elle a permis d'arrêter les principes fondateurs du travail à engager, en précisant les pilotes : le Conseil Territorial de Santé à travers la personne de son Président Monsieur Pascal Oréal, la Commission de Santé Mentale du CTS, tout particulièrement Madame le Docteur Perrain qui l'anime, et le GHT Touraine-Val de Loire.

Cette proposition a été présentée en CTS le 12 décembre 2018 qui l'a validée.

Après quelques temps de rencontre des pilotes, accompagné par Madame Chevalier de la DD37, le comité de pilotage s'est réuni une première fois le 12 mars 2019, ce qui a permis de présenter les attendus et surtout de lancer la composition des six groupes de travail thématiques et d'en choisir les pilotes.

En tout pour cette phase diagnostic ce sont plusieurs rencontres qui ont été organisées par l'ensemble des pilotes, permettant à plus de 100 professionnels (112 exactement) d'origine très diverses de pouvoir dialoguer, et surtout partager des constats.

Enfin, il ne faut pas oublier le rôle des Contrats Locaux de Santé, et de leur engagement au quotidien sur un territoire qui vient, bien entendu, nourrir cette première phase d'état des lieux.

De plus, il est apparu important de donner la parole à l'ensemble de ces acteurs de santé pour avoir leur sentiment, voir leur ressenti. Pour ce faire, trois questionnaires ont été constitués. Même si la réalisation de ces questionnaires amène possiblement certains biais, l'enrichissement qu'ils procurent en matière de ressenti de terrain reste primordial.

Il n'est pas habituel, à l'échelle départementale, d'essayer de recueillir cette parole.

Les pilotes du groupe 5 accompagnés de la FRAPS, ont établi ces questionnaires :

- un premier concernant les usagers adultes uniquement, son renseignement étant accompagné par un professionnel ;
- un second à destination des aidants (familiaux ou proches) à renseigner en ligne ;
- un troisième destiné aux institutions, à renseigner en équipe.

Ces questionnaires ont été préalablement testés et diffusés le plus largement possible, accompagnés d'une note explicative, afin de permettre, car c'est leur objectif, de mieux personnaliser les grandes lignes du diagnostic.

Pour animer ces groupes, un premier niveau d'informations leur a été donné en termes d'indicateurs, ainsi que les grandes questions à se poser pour chacune des priorités.

La difficulté a résidé dans l'animation de rencontres de professionnels/usagers/élus qui ne se côtoient pas au quotidien, et dans la nécessité de recueillir des éléments qui ne restent pas génériques, mais sous tendent à terme, à être des engagements généraux certes, mais à dimension opérationnelle.

### Données géographiques

---

Le département d'Indre-et-Loire, situé au Sud de la Région Centre-Val de Loire, s'étend sur 6 126,7 km<sup>2</sup> et comprend 272 communes.

### Caractéristiques socio démographiques de la population

---

L'Indre-et-Loire est le 2<sup>ème</sup> département le plus peuplé de la région Centre-Val de Loire avec 606 511 habitants en 2017<sup>1</sup> soit 23,54 % de la population régionale. Il est le plus densément peuplé avec une densité de 100 habitants au km<sup>2</sup>, ce qui est proche de la moyenne nationale de 99 habitants au km<sup>2</sup>.

Une progression et un vieillissement de la population sont à prévoir dans le département d'ici 2040 : un tiers des habitants aura plus de 65 ans et la population des plus de 75 ans va doubler. Ainsi l'Indre-et-Loire devrait accueillir 688 000 habitants, avec un indice de vieillissement de la population de 129<sup>2</sup> versus 89,5 en 2018. Les projections de l'INSEE prévoient une augmentation de la population de 75 ans ou plus de 71,82% soit 109 053 personnes alors qu'elles étaient 63 471 en 2018<sup>3</sup>.

Le département compte actuellement presque un quart des moins de 20 ans de la région avec 146 184 personnes qui représentent 23,9 % de la population départementale.

En 2016, on note 18 885 familles monoparentales ayant des enfants de moins de 25 ans ce qui revient à dire que, pour 100 familles en Indre et Loire, 23,3% d'entre elles sont monoparentales soit présentant un taux supérieur à la moyenne régionale (22.4%) et qui se rapproche du taux national (24%)<sup>4</sup>.

On décompte 37,6% de ménages seuls soit 104 189 personnes, taux plus important en moyenne qu'au niveau régional et national.

En 2018, le taux de chômage en Indre-et-Loire était de 8%, inférieur aux moyennes régionale et nationale avec respectivement 8,3% en Centre-Val de Loire et 8,5% sur le territoire national.

Deux contrats de ville sont en vigueur en Indre-et-Loire : le premier englobe les 10 quartiers prioritaires relevant de la politique de la ville de l'agglomération Tours Métropole Val de Loire et comprend 35 338 habitants, le second situé à Amboise compte 2 724 habitants. À eux deux, ils représentent 6,34% de la population départementale et 24,23% des personnes résidant en quartier prioritaire dans la région<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Source : INSEE 2017 - recensement de la population

<sup>2</sup> Source : INSEE, Recensement de la population, Omphale 2017 - scénario central et scénario attractivité

<sup>3</sup> Source : INSEE, PANORAMA STATISTIQUE Jeunesse Sports Cohésion sociale 2018 - estimation de population 2018

<sup>4</sup> Source : OSCARD 2019 - Observation Sociale Croisée Des Acteurs Régionaux Et Départementaux - INSEE (RP 2010, 2016)

<sup>5</sup> Source : Atlas QPV-CVL (2017), INSEE - Dossier Centre-Val de Loire N° 1 Paru le 22/03/2017

L'Indre-et-Loire se démarque sur plusieurs points en rapport avec l'emploi et la précarité financière :

### Indicateurs de pauvreté / précarité

- 2 923 jeunes de 20 à 24 ans sont sortis du système scolaire sans diplôme soit 15,2% de cette tranche d'âge, taux le plus bas de la région et plus faible qu'au niveau national (17,9%). En 2018, la part de jeunes non insérés occupait la 22<sup>ème</sup> place et s'élevait à 20,2%, proportion la plus basse au niveau régional (22,7%), également inférieur au niveau national<sup>6</sup>.
- Le taux de pauvreté monétaire à 60%<sup>7</sup> était également inférieur au taux national en 2016, avec un taux à 12,8% en Indre-et-Loire et à 14,7% en France métropolitaine. Les taux de pauvreté de la population à couvrir par secteur psychiatrique hospitalier sont de 7,99% à Amboise/Château-Renault, 3,85% à Loches, 8,52% à Chinon et 14,6% à Tours.
- Le département comprend plus d'1/5<sup>ème</sup> (21,82%) des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) de la région soit 39 219 personnes en 2018, avec un taux par habitant s'élevant à 6,5%. Ce dernier est inférieur aux taux de la région et du territoire national de respectivement de 0,6 et 1,1 point. Le nombre de bénéficiaires d'une aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) au cours de l'année 2017 (régime général) (pour 100 habitants) ressort à 1300 personnes, taux identique au niveau régional et national à plus 0.1 point près. Cette même année, le nombre de bénéficiaires de l'AME s'élevait à 1 741 personnes soit 28,33% des bénéficiaires de l'AME de la région.

Au total, 65 950 résidents d'Indre-et-Loire ont bénéficié d'au moins une allocation logement (allocation logement sociale, allocation logement familiale, allocation logement personnalisée) en 2018, ce qui représente 237,8 bénéficiaires pour 1000 ménages (65 950 allocataires) 201,7‰ au niveau régional 224,0‰ au niveau hexagonal, ces taux de bénéficiaires étant étroitement liés à l'offre de logement social.

L'Indre-et-Loire est le département de la région Centre-Val de Loire où résident le plus d'allocataires de l'allocation adulte handicapé (AAH) en 2018 : avec 10 250 allocataires, le taux du département ne se démarque pas des niveaux régional et national avec 3,1% allocataires pour 100 adultes de 20 à 64 ans.

### Données sanitaires Indicateurs de santé de la population

- En 2018, l'espérance de vie en Indre-et-Loire était de 86,2 ans pour les femmes et de 79,9 ans pour les hommes soit 0,8 ans de plus que la moyenne nationale chez les femmes et 0,6 ans de plus que la moyenne nationale chez les hommes<sup>8</sup>. La France a enregistré une nette baisse des morts par suicides sur la période 2012/2014 avec un taux de 14,4 pour 100 000 habitants, soit une baisse de 3,3 par rapport à la période 2003/2005. Cette baisse est encore plus significative en Indre-et-Loire (-4,8) mais le taux de mort par suicide du département, qui est à 16,3, est toujours supérieur à la moyenne nationale alors qu'il est le 2<sup>ème</sup> plus bas de la région après le Loiret<sup>9</sup>.
- L'Indre-et-Loire se démarque par le plus grand nombre de décès de personnes ayant des pathologies liées à l'alcool dans la région. En 2013, sur 26 décès de femmes liés à la consommation d'alcool dans la région

<sup>6</sup> Source : OSCARD 2019 - INSEE RP 2016, *Rectorat de l'académie Orléans-Tours, Indicateurs sociaux départementaux - Cnis*

<sup>7</sup> « Personnes vivant sous le seuil de pauvreté retenu à 60% de la médiane des niveaux de vie »

<sup>8</sup> Source : DREES ; Insee, estimation de population 2018 (données provisoires), État civil - Sources : DREES ; Insee, estimation de population 2018 (données provisoires), État civil Insee, estimation de population 2018 (données provisoires), État civil

<sup>9</sup> Source : UREH –TS et Suicide en région CVL 2008-2014 – 29 Nov 2016

Centre Val de Loire, 9 d'entre elles résidaient dans le département soit 34,62% des décès de la région. Sur 117 décès d'hommes, 28 d'entre eux résidaient dans le département soit 23,93% des décès de la région<sup>10</sup>.

- Le taux standardisé de personnes admises en ALD 23 « troubles psychiatriques de longue durée » en 2006-2014 en Indre-et-Loire est constaté à 151,4 ; 3<sup>ème</sup> taux le plus bas de la région après le Loir-et-Cher et le Cher, d'un niveau plus bas que le taux régional (163,9) ce qui représente environ 866 personnes par an en moyenne. Ces taux sont nettement inférieurs à celui constaté au niveau national (190,4)<sup>11</sup>.  
Chez les personnes de plus de 75 ans, 1,9% des ALD les concernant relèvent d'affections psychiatriques de longue durée (89 nouvelles admissions annuelles). Par comparaison, le pourcentage des nouvelles ALD pour la maladie d'Alzheimer et autres démences est 6 fois plus important (573 nouvelles admissions par an, taux plus faible qu'au niveau national (12,8% soit 58148 admissions).
- L'Indre-et-Loire figure, en 2018, parmi les dix départements de France dont le taux de recours aux soins psychiatriques en établissement de santé pour une population de 1 000 habitants âgés de 18 à 64 ans quelles qu'en soient les modalités (hospitalisation à temps plein, partielle ou ambulatoire, est le plus bas). Le recours à une prise en charge hospitalière y est malgré tout plus important qu'en suivi par les psychiatres libéraux pour lequel le département présente un taux de recours plus faible que celui constaté au niveau national.
  - Concernant les motifs d'admission, les troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère sont les plus fréquents. Le taux constaté au niveau départemental s'élève à 7,2<sup>0</sup>/<sub>00</sub> soit 0,2 de plus que le taux de la région Centre-Val de Loire mais bien en deçà du taux national de 1,5 point (8,72<sup>0</sup>/<sub>00</sub>). Le taux de recours standardisé en hospitalisation complète pour ces troubles est plus fréquent en Indre-et-Loire qu'au niveau de la France (3,1 2<sup>0</sup>/<sub>00</sub> / 2,9<sup>0</sup>/<sub>00</sub>), la prise en charge en ville s'établissant à 5,6 9<sup>0</sup>/<sub>00</sub> en taux standardisé contre 7,6 9<sup>0</sup>/<sub>00</sub> au niveau national.
  - Concernant les troubles de l'humeur, le constat est le même avec respectivement des taux d'hospitalisation de 8 <sup>0</sup>/<sub>00</sub> patients du département tandis qu'au niveau régional le taux est de 10 <sup>0</sup>/<sub>00</sub> et au niveau national de 11,7<sup>0</sup>/<sub>00</sub><sup>12</sup>. L'Hospitalisation à temps complet s'établit à 2,3<sup>0</sup>/<sub>00</sub> et le suivi en ville à 6,1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>.
  - Le suivi des patients pour cause d'addiction est plus faible en Indre-et-Loire qu'au niveau régional et national. En effet, 1,4 <sup>0</sup>/<sub>00</sub> patients d'Indre-et-Loire ont été pris en charge en milieu hospitalier quelle que soit la modalité alors qu'au niveau régional le taux est de 3,4 <sup>0</sup>/<sub>00</sub> et au niveau national, de 3,2 <sup>0</sup>/<sub>00</sub>. La part d'hospitalisation à temps plein est également moindre : elle présente un taux de recours standardisé départemental de 0,5<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. S'agissant du suivi en ville, le taux de recours y est plus faible : pour 1000 habitants de 18 à 64 ans le taux standardisé du département ne dépasse pas les 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> tandis que la région atteint les 2,9<sup>0</sup>/<sub>00</sub> et 2,8 pour le taux national.
  - Les Troubles Envahissants du Développement (TED), déficiences et autres troubles mentaux sévères présentent, un taux standardisé de recours en établissement atteignant 1,2 aussi bien au niveau régional que national, le taux départemental ne leur étant que légèrement inférieur de 0,1<sup>13</sup>.

En revanche, s'agissant des enfants et adolescents, le taux de recours aux soins psychiatriques est plus significatif. En effet, concernant les enfants de moins de 11 ans, le taux de recours tant en établissement hospitalier qu'en ville est nettement plus élevé qu'au niveau régional et national (en établissement hospitalier 359,2 enfants sur 10 000 contre 241,7 en région et 315,9 au niveau national et en médecine de ville 170,2 enfants / 94,7 / 88). Le taux de recours aux soins en milieu hospitalier des 12-17 ans avec 403,9 adolescents pour

<sup>10</sup> Source : STATISS 2016

<sup>11</sup> Source : Inserm CépiDc, Insee, Cnamts, CCMSA, RSI, Certificat de Santé du 8e jour (Conseils départementaux)  
*Taux standardisé sur l'âge - Population de référence : France hexagonale RP 2006 - Taux pour 100 000 habitants*

<sup>12</sup> Source : Atlas Santé 2018 – santé mentale – population générale – le recours en établissement de santé Source : RIM-P, Insee - 2015

<sup>13</sup> Source : Atlas Santé 2018 – santé mentale – population générale – le recours en établissement de santé Source : RIM-P, Insee - 2015

10 000 reste supérieur à la moyenne régionale de 354,8<sup>0</sup>/<sub>000</sub> mais se trouve en deçà du taux national qui atteint 423,9<sup>0</sup>/<sub>000</sub><sup>14</sup>.

Le taux d'hospitalisation en psychiatrie des personnes de plus de 65 ans est également très inférieur au taux régional et au taux national : pour 10 000 habitants de 65 ans et plus, il est à 45,2 dans la région, de 55 en France métropolitaine et à seulement 42,9<sup>0</sup>/<sub>00</sub> en Indre-et-Loire<sup>15</sup>. La part de séjours en psychiatrie orientés par un service des urgences pour 10 000 personnes de plus de 65 ans en Indre-et-Loire est plus basse qu'au niveau régional et national (8,9%/ 9,2%/13,9%) ; en revanche, les séjours hospitaliers en MCO (Médecine- Chirurgie- Obstétrique) de cette même population pour un motif d'ordre psychiatrique est plus élevée pour le département (66,6% contre respectivement 63,5% pour la région et 44,4% pour le niveau hexagonal).

- La consommation de médicaments à des fins de soins psychiques en Indre-et-Loire est inférieure aux moyennes de la région ou de la France en ce qui les taux d'adultes consommant des anxiolytiques (64.7<sup>0</sup>/<sub>00</sub>), des hypnotiques (30.4<sup>0</sup>/<sub>00</sub>) ou des neuroleptiques (14.1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>) à l'exception du taux d'adultes consommant des antidépresseurs légèrement supérieurs dans le département de plus 0,2.
- En Indre-et-Loire, 73,8% des patients hospitalisés pour des troubles mentaux sévères, ont eu une prescription de 1 à 4 délivrances d'antidépresseurs dans les 6 mois qui suivent la sortie d'hospitalisation. Cette donnée est inférieure au niveau régional (75,8%).

42,6% de ces mêmes patients ont eu plus de 9 délivrances de thymorégulateurs dans les 12 mois après la sortie d'hospitalisation alors qu'au niveau régional, cela concerne 46,9% des patients.

Plus de la moitié (51,1%) ont eu plus de 9 délivrances d'antipsychotiques dans les 12 mois après la sortie d'hospitalisation contre seulement 47,8% des patients au niveau régional<sup>16</sup>.

La part de mineurs consommant des psychotropes en Indre-et-Loire est également inférieure aux niveaux régional et national : 43,7 mineurs sur 10 000 consomment des psychotropes en Indre-et-Loire contre 53,0<sup>0</sup>/<sub>000</sub> pour la région Centre-Val de Loire et 48,8<sup>0</sup>/<sub>000</sub> en France. Parmi les psychotropes, il est possible de comparer les chiffres pour les antidépresseurs, les anxiolytiques et les neuroleptiques : pour les antidépresseurs, la part de mineurs consommant des antidépresseurs est de 10,5<sup>0</sup>/<sub>000</sub> en Indre-et-Loire (taux le plus bas de la région) contre 15,4<sup>0</sup>/<sub>000</sub> en moyenne dans la région et 14,0<sup>0</sup>/<sub>000</sub> sur la France entière pour 10 000 mineurs.

Pour les anxiolytiques, la part de mineurs consommant des anxiolytiques au niveau départemental est inférieure au taux régional avec 20,7<sup>0</sup>/<sub>000</sub> contre 22,9<sup>0</sup>/<sub>000</sub> mais est cependant supérieure au taux national à 19,3<sup>0</sup>/<sub>000</sub> pour 10 000 mineurs.

Pour les neuroleptiques, la part de mineurs consommant des neuroleptiques est très inférieure dans le département : avec un taux à 19,0<sup>0</sup>/<sub>000</sub>, c'est 7,4 de moins que la moyenne régionale et 6,7 de moins que la moyenne nationale pour 10 000 mineurs<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup>Source : Atlas Santé 2019 - Source : RIM-P – 2015 + CNAMTS - 2015

<sup>15</sup>Source : Atlas sante 2015 Source : RIM-P – 2015

<sup>16</sup> Source : Atlas santé RIM-P 2015

<sup>17</sup> Source : Atlas santé 2014

## Démographie des professionnels de santé

---

Au 1<sup>er</sup> janvier 2019, l'Indre et Loire dispose de 984 médecins libéraux dont 623 exercent uniquement en libéral, 56 en exercice mixte, 178 en secteur hospitalier et 127 dans d'autres structures. Ils représentent 30,75% des médecins généralistes de la région Centre Val de Loire (3 179) et 0,97% au niveau national (102 169).

La densité de médecins généralistes en Indre et Loire en 2019 atteint tout mode d'exercice confondu, 161,87 médecins pour 100 000 habitants, supérieure au niveau régional et national avec respectivement 123,62 et 152,74 médecins généralistes<sup>18</sup>. La densité en Indre-et-Loire est en légère amélioration en comparaison à l'année 2018.

L'âge moyen des médecins généralistes en Indre et Loire est de 49,8 ans. Ils sont en moyenne plus jeunes que leurs homologues au niveau national (51,2 ans) et régional (53,2 ans) avec cependant une tendance au vieillissement<sup>19</sup>.

A cette même date, l'Indre et Loire dispose de 646 psychologues dont 234 exercent exclusivement en libéral ou en activité mixte, 109 sont des salariés hospitaliers et 303 sont salariés dans d'autres structures<sup>20</sup>. Cela représente le plus grand effectif de la population régionale en psychologue soit 28,41% et 0,93% au niveau national ce qui correspond à une densité de psychologues de 106,27 pour 100 000 habitants, pour 104,24 au niveau national) et seulement 88,43 au niveau régional.

L'âge moyen des psychologues en 2019 en Indre et Loire est de 41,6 ans, ce qui le place parmi les départements de la Région ayant des psychologues avec une jeune moyenne d'âge. De plus, le département a une tendance au rajeunissement de cette population. Au niveau régional, la moyenne d'âge est de 42,2 ans et de 44 ans pour le niveau national.

L'Indre et Loire compte 25,2 psychiatres pour 100 000 habitants ce qui est proche du taux national (23 pour 100 000) et très au-dessus du taux régional (15,9 pour 100 000) et de surcroît, ils sont en proportion plus jeunes : 36,7% des psychiatres libéraux du département sont âgés de 55 ans et plus, soit une proportion nettement plus basse qu'au niveau national (50,3%) et régional (51,1%)<sup>21</sup>. De plus, la grande majorité d'entre eux exerçait en secteur 1 (84,1% contre 66,8% en France en 2016).

En mars 2019, 10 temps pleins et 2 temps partiels étaient vacants en Indre-et-Loire sur les postes de psychiatres en établissements publics, sur la totalité de la région 88 temps pleins et 18 temps partiels étaient vacants.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2019, 6 475 infirmiers sont présents en Indre et Loire dont 709 exercent dans un cadre libéral ou mixte. 4 363 sont des salariés hospitaliers et 1 403 travaillent dans d'autres structures<sup>22</sup>. Ils représentent 27,77% des effectifs d'infirmiers au niveau régional et 0,90% au niveau national. Parmi cette population, 198 infirmiers présentent une spécialité psychiatrie en Indre et Loire<sup>23</sup>.

La densité d'infirmiers pour 100 000 habitants en Indre et Loire en 2019 est de 1 065,17 ce qui rend le département le mieux fourni en infirmier de la région qui a une densité à 906,66 infirmiers mais restant à une densité légèrement inférieure au niveau national (1 080,23).

---

<sup>18</sup> Source : DREES 2019 : *Source* : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1<sup>er</sup> janvier 2018

<sup>19</sup> Source : Atlas de la démographie médicale en France – situation au 1<sup>er</sup> janvier 2018 – Conseil National de L'Ordre des Médecins

<sup>20</sup> Source : DREES 2019 : *Source* : Répertoire ADELI- Drees, données au 1<sup>er</sup> janvier 2019

<sup>21</sup> Source : Atlas santé - RPPS, Insee - 2017

<sup>22</sup> Source : DRESS 2019 : *Source* : Répertoire ADELI- Drees, données au 1<sup>er</sup> janvier 2019

<sup>23</sup> Source : Répertoire ADELI 37 en février 2020

## Offre sanitaire et médico-sociale

---

Le département d'Indre-et-Loire est divisé en 7 secteurs pour la psychiatrie générale et de 3 secteurs pour la psychiatrie infanto-juvénile.

En Indre-et-Loire, en psychiatrie générale, la densité de lits en hospitalisation complète est de 120,1, 107,4 dans la région et 105,8 sur le territoire national<sup>24</sup>.

L'Indre-et-Loire se démarque par une densité importante en places alternatives au temps complet avec 77 places pour 100 000 habitants alors que la densité régionale est de 35,1 pour 100 000 habitants et la densité nationale ne dépasse pas 13,3 pour 100 000 habitants. Quant à l'hospitalisation partielle (jour ou nuit), elle y est plus développée avec 48,3 pour 100 000 habitants alors que la densité régionale est de 40 et la densité nationale de 37,3.<sup>25</sup>

Pour les établissements mono disciplinaires, la proportion de lits en hospitalisation partielle est plus faible au niveau départemental qu'au niveau régional avec 52,6 contre 65,4 pour 100 000 habitants. Ces données sont inférieures à la proportion nationale estimée à 73,6 lits pour 100 000 habitants, soit 13,3% des habitants du département vivent à 30 minutes ou plus d'une unité hospitalière à temps plein : c'est 8,5% de moins que la moyenne régionale et 3,1% de moins que la moyenne nationale.

2,4% des habitants du département se trouvent à plus de 45 minutes d'une unité hospitalière à temps plein, c'est 0,1% de moins que la moyenne régionale et 2,2% de moins que la moyenne nationale<sup>26</sup>.

### OFFRE SANITAIRE

En Indre-et-Loire, il existe 16 CMP et 4 CATTP pour la psychiatrie générale pour adultes ainsi que 10 CMP et 2 CATTP pour la psychiatrie infanto-juvénile. Parmi ces CMP, 4 sont ouverts le weekend en psychiatrie générale et 8 le sont en psychiatrie infanto-juvénile<sup>27</sup>.

Le département dispose de 9 structures d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale représentant 612 lits ou places. L'Indre et Loire possède 322 lits et places dans les établissements publics et 101 lits et places dans les établissements privés à but lucratif. Le nombre de places en hospitalisation de jour en psychiatrie générale s'élève à 293 places. En hospitalisation de nuit, en psychiatrie générale, les établissements proposent 15 places. Seul le secteur public propose un accueil en appartement thérapeutique avec 3 lits disponibles dans le département.

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, seuls 3 établissements publics du département proposent des lits ou places. 24 lits sont disponibles en hospitalisation temps plein, 75 places sont accessibles en hospitalisation de jour et une seule de nuit pour l'ensemble de la région<sup>28</sup>.

Il n'existe qu'un seul lit en placement thérapeutique familial en psychiatrie générale<sup>29</sup>.

Pour la prise en charge des addictions au sein du département trois établissements SSR et sanitaires sont spécialisés en addictologie.

---

<sup>24</sup> Source : Atlas santé 2018 –SAE 2015

<sup>25</sup> Source : Atlas santé 2018 –SAE 2015

<sup>26</sup> Source : Atlas santé 2015 –INSEE, METRIC, SAE 2015

<sup>27</sup> Source : PRS 2 – SAE 2015

<sup>28</sup> Source : PRS 2 – P170 et s. et DREES 2008

<sup>29</sup> Source : PRS 2



Le département dispose également des offres spécialisées suivantes :

- Un Centre d'Accueil et de Crise ouvert en 2015 sur le site Trouseau
- Une USLD Psychiatrie, Pôle Santé Mentale La Confluence
- Une EMPP et une PASS psy
- Une équipe pédopsychiatrique de liaison
- Une équipe mobile soins-études pour les jeunes souffrant de troubles scolaires anxieux
- Une équipe mobile de prévention du suicide des jeunes
- Un hôpital pédiatrique
- Le centre d'expertise et de prise en charge du psycho-traumatisme depuis 2019
- Une équipe mobile liaison-accompagnement (EMLA) pour l'évaluation des personnes à domicile en rupture de soin ou dans le refus de soin
- Une structuration de l'offre de réhabilitation psycho-sociale en psychiatrie

## **DONNÉES D'ACTIVITÉ ET DE RECOURS À L'OFFRE**

### **○ Données d'activités par type de prise en charge :**

Parmi les patients vus au moins une fois durant l'année 2018, la psychiatrie générale a accueilli 11 085 personnes et la psychiatrie infanto-juvénile 5 454 soit un total de file active atteignant 16 578 sans double compte. Les patients de psychiatrie générale soignés exclusivement en soins ambulatoires étaient 6 952, ceux hospitalisés à temps plein 2 789 et ceux hospitalisés depuis plus d'un an 116. En psychiatrie infanto-juvénile, 5 086 patients ont été soignés en ambulatoire uniquement et 191 patients l'ont été durant une hospitalisation à temps plein. Au total et sans double compte en Indre-et-Loire en 2018, 12 077 patients de psychiatrie ont été pris en charge en ambulatoire et 2 436 ont été hospitalisés à temps plein.

Les différents établissements de santé du département ont les durées moyennes de prise en charge suivantes :

- La clinique de Vontes a une moyenne de 47,99 jours
- La clinique Ronsard a une moyenne de 53,17 jours
- La clinique Champgault a une moyenne de 47,24 jours
- La clinique du Val de Loire a une moyenne de 46,63 jours
- Le CHU de Tours a une moyenne de 51,35 jours pour la psychiatrie
- Le CH InterCommunal Amboise - Château-Renault a une moyenne de 85,07 jours
- Le CH du Chinonais a une moyenne de 37,35 jours

Ainsi, le secteur privé a une moyenne de 48,76 jours d'hospitalisation temps plein et le secteur public une moyenne de 57,92 jours.

En 2018, dans le département, en psychiatrie générale, il y a eu 199 928 jours d'hospitalisation à temps plein durant 5 914 séjours, 227 jours en accueil en appartement thérapeutique et 83 jours en séjours thérapeutiques. La même année, les patients de psychiatrie infanto-juvénile d'Indre-et-Loire ont passé 5 221 jours en hospitalisation à temps plein correspondant à 740 séjours.

En psychiatrie générale, les patients pris en charge à temps partiel ont effectué 49 472 venues de jour et 2 645 venues de nuit et en psychiatrie infanto-juvénile, les patients ont effectué 11 518 venues en hospitalisation de jour et 48 en hospitalisation de nuit.

Les patients de psychiatrie générale ont bénéficié de 32 346 actes de soins ou interventions en CMP, 22 879 en Unité de consultation des services de psychiatrie et 7 969 en CATTP. 18 179 actes de soins ou interventions ont également été effectués à domicile ou en institution substitutive au domicile, 1 145 en établissement social ou médico-social et 3 974 en unité d'hospitalisation somatique, y compris en services d'urgences.

En psychiatrie infanto-juvénile, 49 174 actes de soins ou interventions ont été réalisés sur des patients en CMP, 6 556 en Unité de consultation des services de psychiatrie et 2 703 en CATTP. Les patients ont également bénéficié de 2 190 actes de soins ou interventions à domicile ou en institution substitutive au domicile, 151 en établissement social ou médico-social, 2 446 en unité d'hospitalisation somatique y compris en services d'urgence et 816 en établissement médico-éducatif, en PMI ou en milieu scolaire<sup>30</sup>.

#### ○ **Recours aux soins psychiatriques en ambulatoire**

Parmi les patients pris en charge pour une addiction, 57,2% sont exclusivement traités en ambulatoire en Indre et Loire soit une part moins importante qu'au niveau national avec 68,7% et qu'au niveau régional avec 69,5%. Concernant les patients ayant des troubles de l'humeur, 66,9% sont exclusivement traités en ambulatoire ce qui est également moins qu'au niveau national avec 77,3% et qu'au niveau régional avec 73,3%.

Pour les patients atteints de troubles sévères (psychotiques, bipolaires, dépressions sévères), 16,4% d'entre eux sont exclusivement traités en ambulatoire, ce qui représente une part plus importante qu'au niveau national (9,9%) et régional (13,4%). De même pour les TMS, 17,3% des patients sont traités en ambulatoire exclusivement en Indre et Loire, ce qui représente 6,7% de plus qu'au niveau national et 13,5% de plus qu'en région<sup>31</sup>.

#### ○ **Données d'activités par type de pathologie :**

En Indre-et-Loire, en 2018, 9,4% des personnes prises en charge pour troubles de l'humeur ont été admises par les urgences : ce taux est supérieur à la moyenne régionale égale à 5,5% mais inférieur à la moyenne nationale égale à 11,7%. Parmi les personnes prises en charge pour addiction, 6,8% d'entre elles ont été admises par les urgences en Indre-et-Loire soit 0,2% de plus qu'au niveau régional et 5,3% qu'au niveau national. Les personnes prises en charge pour troubles psychotiques, bipolaires et dépressions sévères ont été à 10,5% admises par les urgences dans le département, un taux supérieur au taux régional de 3,7% et inférieur au taux national de 2,2%<sup>32</sup>.

La durée moyenne annuelle d'une prise en charge en hospitalisation en temps plein en Indre-et-Loire est de 40,2 jours pour une prise en charge liée aux troubles de l'humeur, soit respectivement 4 et 7 jours de plus que la moyenne régionale et nationale. Concernant l'addiction, la prise en charge est plus longue en Indre-et-Loire : 41,6 jours tandis qu'au niveau régional, elle est de 36,1 jours et national à 33,2 jours<sup>33</sup>.

La durée d'hospitalisation pour troubles psychotiques, bipolaires et dépressions sévères est cependant plus courte en Indre-et-Loire : la moyenne régionale est à 74,8 jours contre 69,1 jours dans le département, plus proche de la moyenne nationale à 70,5 jours. Par rapport au niveau régional, les hospitalisations pour d'autres troubles mentaux sévères (troubles envahissants du développement ou déficiences) sont en moyenne plus longues de 17,5 jours en Indre-et-Loire avec une moyenne à 150,3 jours d'hospitalisations, qui représente 23 jours de plus que la moyenne nationale.

Le taux de ré hospitalisation à 15 jours après la sortie en Indre-et-Loire est de 7,9 pour les troubles de l'humeur et de 8,6 pour les addictions. Les taux nationaux sont tous deux inférieurs avec respectivement 6,6 et 7,9 ainsi

<sup>30</sup> [Source](#) : SAE 2018 enquête en Indre et Loire et Centre Val de Loire

<sup>31</sup> [Source](#) : Atlas Santé 2018 –RIM-P 2015

<sup>32</sup> [Source](#) : Atlas santé – Source : Rim-P 2015

<sup>33</sup> [Source](#) : Atlas santé – source : Rim-P 2015

que le taux régional de ré hospitalisation pour les troubles de l'humeur avec 6,7. Cependant, le taux régional de ré hospitalisation pour les addictions est supérieur à la moyenne départementale de 8,6 avec un taux de 12,4.

Les différentes pathologies de troubles psychiques donnent lieu à des prises en charge différentes basées sur une articulation ville-hôpital. Celles-ci peuvent être mesurées par des données statistiques établies à propos des troubles de l'humeur, des addictions, des troubles mentaux sévères (troubles psychotiques, bipolaires, dépressions sévères), et d'autres troubles mentaux sévères (troubles envahissants du développement et déficiences)<sup>34</sup>.

#### Articulation ville-hôpital des troubles de l'humeur en 2012/2013

Les patients sans suivi spécialisé en amont (avec un médecin généraliste, un psychiatre ou en CMP) représentent 12,4% des personnes soignées pour troubles de l'humeur en Indre-et-Loire contre 13,8% dans la région et 14,1% sur le territoire national.

Le taux de patients sans suivi spécialisé en aval l'année suivant une hospitalisation est de 48,7% dans le département alors qu'il est de 35,8% dans la région. Il est cependant inférieur au taux national de 4,2%.

Les séjours suivis d'une consultation chez un médecin généraliste, un psychiatre ou dans un CMP dans les 15 jours après la sortie atteignent les 48,7% en Indre-et-Loire soit un taux très légèrement supérieur à la moyenne régionale à 48,5% et légèrement inférieur à la moyenne nationale à 49,4%.

Parmi les patients hospitalisés pour troubles de l'humeur, 4,2% d'entre eux n'ont pas déclaré de médecin traitant en 2012, un taux très proche du niveau régional à 4,5% et du niveau national à 4%.

Après la sortie, 52,1% de ces derniers n'ont eu aucun contact avec ce médecin dans les 2 mois : c'est 0,7% de moins qu'au niveau régional et 1,6% de plus qu'au niveau national.

#### Articulation ville-hôpital concernant les addictions en 2012/2013

Les patients sans suivi spécialisé en amont (avec un médecin généraliste, un psychiatre ou en CMP) représentent 18,6% des personnes soignées pour addiction en Indre-et-Loire contre 16,5% dans la région et 16,3% sur le territoire national.

Le taux de patients sans suivi spécialisé en aval l'année suivant une hospitalisation est de 47,7% dans le département alors qu'il est de 47,5% dans la région. Il est cependant inférieur au taux national de 3,9%.

Les séjours suivis d'une consultation chez un médecin généraliste, un psychiatre ou dans un CMP dans les 15 jours après la sortie atteignent les 44,2% en Indre-et-Loire soit un taux supérieur à la moyenne régionale à 41% et à la moyenne nationale à 43,8%.

Après la sortie, 58,8% de ces derniers n'ont eu aucun contact avec ce médecin dans les 2 mois : c'est 3,5% de moins qu'au niveau régional et 0,8% de plus qu'au niveau national.

Parmi les patients hospitalisés, 10,1% d'entre eux n'ont pas déclaré de médecin traitant en 2012, un taux supérieur au niveau régional à 8,3% et au niveau national à 6,5%.

#### Articulation ville-hôpital concernant les troubles mentaux sévères (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère en 2012/2013

Les patients sans suivi spécialisé en amont (avec un médecin généraliste, un psychiatre ou en CMP) représentent 17,3% des personnes soignées pour troubles mentaux sévères en Indre-et-Loire contre 20,9% dans la région et 20% sur le territoire national.

Le taux de patients sans suivi spécialisé en aval l'année suivant une hospitalisation est de 25,8% dans le département soit un taux bien inférieur à celui de la région qui est de 35,1% et du taux national à 40%.

---

<sup>34</sup> Source : Atlas santé Indre et Loire 2018 - RIM-P - 2015

Les séjours suivis d'une consultation chez un médecin généraliste, un psychiatre ou dans un CMP dans les 15 jours après la sortie atteignent les 51,5% en Indre-et-Loire soit un taux supérieur à la moyenne régionale à 44,3% et à la moyenne nationale à 44,4%.

Parmi les patients hospitalisés, 12,7% d'entre eux n'ont pas déclaré de médecin traitant en 2012, un taux inférieur au niveau régional à 17,6% et au niveau national à 14,5%.

Après la sortie, 63,5% de ces derniers n'ont eu aucun contact avec ce médecin dans les 2 mois : c'est 6,2% de moins qu'au niveau régional et 3,3 de moins qu'au niveau national.

#### Articulation ville-hôpital des autres troubles mentaux sévères (troubles envahissants du développement et déficiences) en 2012/2013

Les patients sans suivi spécialisé en amont (avec un médecin généraliste, un psychiatre ou en CMP) représentent 41,1% des personnes soignées en Indre-et-Loire pour d'autres troubles mentaux sévères comme des troubles envahissants du développement ou des déficiences contre 41,4% dans la région et 39% sur le territoire national.

Le taux de patients sans suivi spécialisé en aval l'année suivant une hospitalisation est de 66,9% dans le département soit un taux supérieur à celui de la région qui est de 64,8% et du taux national à 63,7%.

Les séjours suivis d'une consultation chez un médecin généraliste, un psychiatre ou dans un CMP dans les 15 jours après la sortie atteignent les 21% en Indre-et-Loire soit un taux inférieur à la moyenne régionale à 23,3% et à la moyenne nationale à 27,7%.

Parmi les patients hospitalisés, 36,3% d'entre eux n'ont pas déclaré de médecin traitant en 2012, un taux inférieur au niveau régional à 37,5% et supérieur au niveau national à 34,6%.

Après la sortie, 80,6% de ces derniers n'ont eu aucun contact avec ce médecin dans les 2 mois : c'est 1,1% de moins qu'au niveau régional et 5,5% de plus qu'au niveau national<sup>35</sup>.

#### ○ Soins et prévention somatique des patients atteints de pathologies psychiques :

Des données statistiques ont été établies en 2012/2013 à propos de l'accès à la prévention et aux soins somatiques pour les personnes souffrant de troubles psychiques tels que des troubles de l'humeur, des addictions, des troubles mentaux sévères (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère), et d'autres troubles mentaux sévères (troubles envahissants du développement et déficiences).

#### L'accès à la prévention et aux soins somatiques pour les personnes atteintes de troubles de l'humeur en 2012/2013

La part de patients admis pour troubles de l'humeur et ayant eu les 3 actes de prévention classique (hémogramme, glycémie et cholestérol) dans les deux ans qui suivent la sortie de l'hospitalisation est de 55,3% en Indre-et-Loire contre 52,6% en Centre-Val de Loire et 53,9% dans la France entière.

17,8% des patients avec des troubles de l'humeur ont eu des actes de prévention complémentaires (ECG, bilan rénal, ...) soit un taux similaire au taux régional à 17,6% et au taux national à 18,4%.

Les patients ayant eu des actes de dépistage et de vaccination dans les 2 ans après l'hospitalisation représentent 30,7% des patients atteints de troubles de l'humeur en Indre-et-Loire soit 1,6% de moins que la moyenne régionale et 2,7% de moins que la moyenne nationale.

---

<sup>35</sup> Source : atlas santé 2018 – utilisant les données SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013

Parmi les patients atteints de troubles de l'humeur, 48,7% d'entre eux ont reçu des soins somatiques courants, tels que des soins dentaires, gynécologiques ou ophtalmologiques, dans les 2 ans après l'hospitalisation : c'est 0,9% de moins qu'au niveau régional et 0,2% de moins qu'au niveau national.

#### L'accès à la prévention et aux soins somatiques pour les personnes souffrant d'addictions en 2012/2013

La part de patients admis pour addiction et ayant eu les 3 actes de prévention classique (hémogramme, glycémie et cholestérol) dans les deux ans qui suivent la sortie de l'hospitalisation est de 41,7% en Indre-et-Loire contre 44% en Centre-Val de Loire et 46,8% dans la France entière.

21,1% des patients souffrant d'addiction ont eu des actes de prévention complémentaires (ECG, bilan rénal, ...) soit un taux supérieur aux taux régional à 16% et national à 17,2%.

Les patients ayant eu des actes de dépistage et de vaccination dans les 2 ans après l'hospitalisation représentent 16,1% des patients souffrant d'addiction en Indre-et-Loire soit 0,5% de moins que la moyenne régionale et 0,7% de moins que la moyenne nationale.

Parmi les patients atteints d'addiction, 43,2% d'entre eux ont reçu des soins somatiques courants, tels que des soins dentaires, gynécologiques ou ophtalmologiques, dans les 2 ans après l'hospitalisation : c'est 1,1% de plus qu'au niveau régional et 2,3% de plus qu'au niveau national.

#### L'accès à la prévention et aux soins somatiques pour les personnes souffrant de troubles mentaux sévères (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère) en 2012/2013

La part de patients admis pour troubles mentaux sévères et ayant eu les 3 actes de prévention classique (hémogramme, glycémie et cholestérol) dans les deux ans qui suivent la sortie d'hospitalisation est de 47,4% en Indre-et-Loire contre 40,9% en Centre-Val de Loire et 43,6% dans la France entière.

18,1% des patients avec des troubles mentaux sévères ont bénéficié d'actes de prévention complémentaires (ECG, bilan rénal, ...) soit un taux supérieur aux taux régional à 14,8% et national à 15,3%.

Les patients ayant eu des actes de dépistage et de vaccination dans les 2 ans après l'hospitalisation représentent 23% des patients atteints de troubles mentaux sévères en Indre-et-Loire soit 1,1% de plus que la moyenne régionale et 0,1% de plus que la moyenne nationale.

Parmi les patients atteints de troubles mentaux sévères, 40,5% d'entre eux ont reçu des soins somatiques courants, tels que des soins dentaires, gynécologiques ou ophtalmologiques, dans les 2 ans après l'hospitalisation : c'est 0,4% de plus qu'au niveau régional et 0,3% de plus qu'au niveau national.

#### L'accès à la prévention et aux soins somatiques pour les personnes souffrant d'autres troubles mentaux sévères (troubles envahissants du développement et déficiences) en 2012/2013

La part de patients admis pour d'autres troubles mentaux sévères et ayant eu les 3 actes de prévention classique (hémogramme, glycémie et cholestérol) dans les deux ans qui suivent la sortie d'hospitalisation est de 29,8% en Indre-et-Loire contre 25,6% en Centre-Val de Loire et 30,1% dans la France entière.

12,1% des patients avec d'autres troubles mentaux sévères ont eu des actes de prévention complémentaires (ECG, bilan rénal, ...) soit un taux identique au taux régional et supérieur au taux national à 10,9%.

Les patients ayant bénéficié d'actes de dépistage et de vaccination dans les 2 ans après hospitalisation représentent 14,5% des patients atteints d'autres troubles mentaux sévères en Indre-et-Loire soit 0,5% de plus que la moyenne régionale et 1,1% de plus que la moyenne nationale.

Parmi les patients atteints d'autres troubles mentaux sévères, 30.6% d'entre eux ont reçu des soins somatiques courants, tels que des soins dentaires, gynécologiques ou ophtalmologiques, dans les 2 ans après hospitalisation : c'est 2.5% de plus qu'au niveau régional et 0,9% de plus qu'au niveau national<sup>36</sup>.

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient en matière de troubles psychologiques sont au nombre de 3 au niveau départemental et de 5 au niveau régional. L'Indre et Loire dispose donc de 66 % des ressources du territoire régional et dispose d'un programme spécialisé dans l'éducation thérapeutique à destination des patients schizophrènes (symptômes, traitement et rétablissement).

### ○ Soins sans consentement

Le taux de recours aux soins sans consentement (hors UMD) pour 100 000 habitants est de 99,7 dans le département soit 4,10 de plus que la moyenne régionale et 33,2 de moins que la moyenne nationale. Parmi les patients ayant recours aux soins sans consentement, ceux admis sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) représentent 11,3 personnes pour 100 000 habitants en Indre-et-Loire, un taux inférieur de 6,6 au taux régional et de 11,8 au taux national. Les patients admis à la demande d'un tiers (SPDT) sont 82,1 pour le même nombre d'habitants, soit un taux très supérieur à la moyenne régionale (67) mais inférieur à la moyenne nationale (87,2). Les patients ayant recours aux soins psychiatriques sans consentement en cas de péril imminent et sans tiers (SPPI) atteignent les 14,6 personnes pour 100 000 habitants dans le département contre 14,3 dans la région et 28,5 en France.

Le taux d'hospitalisation sans consentement pour 100 000 habitants est de 83,9 en Indre-et-Loire contre 78,1 en Centre-Val de Loire et 114,7 dans la France entière. Parmi les patients hospitalisés sans consentement dans le département, 7,1 personnes sur 100 000 habitants sont admises sur décision du représentant de l'Etat, soit 6,1 de moins que la moyenne régionale et 10,2 de moins que la moyenne nationale. Les patients hospitalisés à la demande d'un tiers atteignent un taux pour ce même nombre d'habitants de 66,4 en Indre-et-Loire alors que le taux régional est de 54,2 et que le taux national est à 75,9. Les patients hospitalisés en soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers représentent 13,9 personnes sur 100 000 habitants soit 0,8 de plus par rapport à la région et 12,6 de moins par rapport à la France entière.

En Indre-et-Loire, parmi les patients hospitalisés sans consentement en psychiatrie, 38,8% d'entre eux sont en programme de soins contre 46,3% en région Centre-Val de Loire et 40,5% au niveau national.

La part de patients hospitalisés à temps plein mis à l'isolement s'élève à 5,5% dans le département soit 2,7% de moins qu'au niveau régional et 2% de moins qu'au niveau national. La part de journées d'hospitalisation temps plein avec mise à l'isolement est ainsi de 3,4% en Indre-et-Loire, 4,2% dans la région et 5,3% sur le territoire national.

Parmi les patients hospitalisés pour des soins sans consentement, 8,9% d'entre eux bénéficient d'une mainlevée du Juge des libertés et de la détention dans le département, c'est 0,5% de moins que la part régionale et 0,2% de plus que la part nationale<sup>37</sup>.

<sup>36</sup> Atlas santé 2015 – données 2012/2013

<sup>37</sup> Source : Atlas santé 2018 - Source : RIM-P + RIm-P - 2015

## OFFRE SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

### Offre pour les personnes handicapées adultes :

Parmi les établissements et services médico-sociaux, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus en 2017 :

- Avec 77 places de SAMSAH dont 10 dédiées à un profil psychiatrique et 27 places en « tout type de déficience » en 2019, l'Indre et Loire présente une densité de places en SAMSAH de 16,7 pour 20,4 en région Centre-Val de Loire et 20,3 sur le territoire national. La densité de places en SAVS atteint 86,5 dans le département soit 6,7 de moins que dans la région entière et 7,3 de plus que sur l'ensemble de la France. L'Indre et Loire propose ainsi 404 places de SAVS.
- Avec une densité de places en ESAT de 275,4, supérieure dans le département que dans la région (252,7) et la France entière (240,4), l'Indre et Loire dispose de 1255 places en 2019 mais aucune n'est spécifiquement attribuée aux profils psychiatriques.
- La densité de places en foyers de vie et d'hébergement est également importante en Indre-et-Loire : avec 129, c'est 10,6 de plus que la densité régionale et 25,7 de plus que la densité nationale. Le département offre 451 places en foyer d'hébergement et 554 places en foyer de vie.
- La densité de places en FAM est cependant peu importante dans le département : si la moyenne nationale est de 60,9 et la moyenne régionale égale à 76,2, elle est seulement à 56,4 en Indre-et-Loire. En 2019, 274 places existent en Indre et Loire dont 60 attribuées aux troubles psychiques ainsi que 70 en catégorie « tout type de déficience ».
- La densité de places en MAS dans le département s'élevant à 42,6 est inférieure à la densité régionale de 2,7 ainsi qu'à la densité nationale de 16<sup>38</sup>.

### Offre pour les enfants, adolescents, jeunes :

L'Indre et Loire dispose de 891 places parmi les divers établissements d'aide sociale à l'enfance (Etablissement d'accueil mère-enfant, foyer de l'enfance, maisons d'enfants à caractère social, lieux de vie et d'accueil et village d'enfants). Cela représente 29,48% des places disponibles sur le territoire régional et 1,24% sur le territoire national.

Pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans, le taux d'équipement en établissement d'Aide Sociale à l'Enfance s'élève à 6,1/00 dans le département ce qui est plus élevé qu'au niveau national qui dispose de 4,6<sup>0</sup>/00 places et qu'au niveau régional avec 4,9<sup>0</sup>/00<sup>39</sup>.

Parmi la population âgée de 0 à 20 ans au 31 décembre 2017, 1,5% ont fait l'objet de mesure de l'ASE (mesures de placements et actions éducatives) en Indre et Loire, soit 0,4% de moins qu'au niveau national.

Avec un taux d'équipement global en établissement pour enfants en situation de handicap de 7,7 pour 1000 jeunes de moins de 20 ans et 4,24 ‰ en services d'accompagnement, l'Indre et Loire dispose d'un taux d'équipement favorable par rapport au niveau régional et national. A noter la présence d'une offre d'accompagnement pour les étudiants avec un Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU), qui est le seul au niveau régional sur les 17 présents sur le territoire national.

---

<sup>38</sup> Source : FINESS 2017

<sup>39</sup> Source : OSCARD 2019 - Panorama statistique 2018 Jeunesse, sports, cohésion sociale (Drees, Finess ; DRDJSCS ; Insee, estimation de population 2018)

### Offre pour les personnes âgées :

Le nombre d'EHPAD est de 64 dans le département avec un total de 6 351 de places : c'est 21,60% des places de la région répartie dans 315 établissements.

Le taux d'équipement en places dans les EHPAD, pour 1000 personnes de 75 ans et plus, est proche de la moyenne nationale en Indre-et-Loire avec 100,1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> soit 0,1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> de moins. Ce taux départemental est cependant inférieur de 7,9<sup>0</sup>/<sub>00</sub> du taux régional.

A noter, l'autorisation d'une seule unité géronto-psychiatrique en EHPAD dans le département à Fondettes (au clos du Mûrier)<sup>40</sup>.

### Emploi

Le nombre d'ESAT s'élève à 16 dans le département soit 1255 places au total. Ainsi le département compte 25,42% des places de la région sur les 4937 places des 84 ESAT du Centre-Val de Loire.

De plus, le dispositif INTERFACE propose depuis mai 2017 un accompagnement individuel à l'insertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques, avec pour objectifs de :

- Offrir aux entreprises un service personnalisé de qualité pour cibler au mieux leurs attentes et y répondre de manière efficace
- Proposer une méthode rassurante pour les entreprises en garantissant des candidats compétents qui sont suivis individuellement dans leurs parcours
- Accompagner et maintenir dans l'emploi des personnes ayant besoin de soutien pour intégrer le monde du travail
- Offrir un service de proximité gratuit et personnalisé aux personnes souhaitant s'insérer dans la vie active

Le dispositif repose sur une équipe commune mutualisée entre le secteur sanitaire (pôle psychiatrique du CHRU de Tours) et le médico-social (SAVS de la Mutualité Française Centre Val de Loire)<sup>41</sup>.

Il existe également un dispositif Emploi Accompagné pour accompagner dans l'emploi en milieu ordinaire les personnes handicapées et une entreprise d'insertion spécifique : Cafétéria Cinéma « Studio » qui embauche 7 employés en situation de handicap psychique.

### Scolarité, formation et enseignement supérieur :

La proportion d'élèves en situation de handicap parmi les élèves scolarisés dans le 1<sup>er</sup> degré représentait 2,7% pour l'année scolaire 2018- 2019 et 2,8% pour le 2<sup>nd</sup> degré, avec 72,5 % en classe ordinaire pour le 1<sup>er</sup> degré et 74,9% pour le 2<sup>nd</sup> degré.<sup>42</sup>

Parmi les élèves du 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degré en situation de handicap et scolarisés dans le département pendant l'année scolaire 2015/2016, 21,7% d'entre eux étaient en situation de handicap psychique, soit 3,1% de plus que la moyenne régionale. Ces enfants vivant en Indre-et-Loire représentaient ainsi 30,03% des élèves en situation de handicap psychique de la région en 2015/2016<sup>43</sup>.

---

<sup>40</sup> Source : OSCARD 2019 : Panorama statistique 2018 Jeunesse, sports, cohésion sociale (Drees, Finess, SAE ; Insee, estimations de population)

<sup>41</sup> Source : OSCARD 2019 - Sources : Panorama statistique 2018 Jeunesse, sports, cohésion sociale (Drees, Finess ; Insee, estimations de population).

<sup>42</sup> Source : OSCARD 2019 : source Rectorat de l'Académie Orléans-Tours

<sup>43</sup> Source : OSCARD 2018



On peut citer l'action des psychologues scolaires au sein des CIO et du SUIO, du RAZED, et du CMPP.

### Lutte contre la précarité et l'exclusion

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, pour 100 résidences principales en Indre-et-Loire, 17,9% étaient une offre dans le parc locatif social (49 623 logements sociaux) soit la densité la plus élevée dans la région dont la moyenne était de 16,7 % pour une densité nationale de 17,0%.

Pour les adultes en difficultés, l'offre d'hébergement social dans le département comprend 1004 places soit 21.88% des 4589 places de la région. Parmi ces 1004 places d'hébergement social situées dans en Indre-et-Loire :

- 252 d'entre elles sont en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale soit 21,99% des 1146 places en CHRS de la région.
- 260 d'entre elles sont en Centre d'accueil des demandeurs d'asile soit 13,94% des 1865 places en CADA de la région.
- 64 d'entre elles sont en Centre Provisoire d'Hébergement soit 61,54% des 104 places en CPH de la région.
- 428 d'entre elles sont en centre non conventionné au titre de l'aide sociale soit 29,04% des 1474 places en centre non convention au titre de l'aide sociale de la région.
- Le département dispose de 1127 places en logement accompagné. C'est 21,92% des places de la région qui en compte 5141. Ces logements sont les maisons relais, les pensions de famille, les foyers jeunes travailleurs, les foyers de travailleurs migrants et les autres résidences sociales. Au 31 décembre 2019, les 9 pensions de famille et résidence accueil destinées à des personnes isolées socialement pouvant avoir des difficultés psychologiques, ayant des difficultés à assumer seules un logement, avec un faible niveau de ressources proposent un total de 184 places, soit 24,72% des places disponibles au niveau régional. La densité de ces logements accompagnés pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans est de 2,3 ‰ dans le département soit 0,2 de plus que la densité régionale et 0,2 de moins que la densité nationale<sup>44</sup>.

### Pairs, associations

Il existe 4 Groupement d'Entraide Mutuelle en Indre-et-Loire et 23 en région Centre-Val de Loire ainsi 17,39% des GEM de la région sont localisés dans le département. 3 sont à destination des personnes souffrant de troubles psychiatriques et le dernier à destination des traumatisés crâniens.

### Etat des lieux des coopérations / dispositifs de coordination existants généralistes ou spécialisés

En Indre-et-Loire, il existe un Conseil local en Santé Mentale (CLSM) sur l'agglomération tourangelle mis en place dans le cadre du Contrat Ville de de Tours Métropole Val de Loire et une coordination en santé mentale s'initie dans le cadre du Contrat Local de Santé du lochois.

---

<sup>44</sup> Source : OSCARD 2019 - Sources : Panorama statistique 2018 Jeunesse, sports, cohésion sociale (Sources : Drees, Finess ; Insee, RP exploitation complémentaire, estimation de population 2017 ; DRJSCS ; DGCS), Fonds CMU, \*CPAM

## POINTS REMARQUABLES

- **Fort taux de moins de 20 ans** : « Le département compte actuellement presque un quart des moins de 20 ans de la région avec 146 184 personnes qui représentent 23,9% de la population départementale »
- **Faible taux de recours aux soins psychiatriques** : « L'Indre-et-Loire figure parmi les dix départements de France dont le taux standardisé de recours aux soins psychiatriques est le plus bas : avec un taux à 151,4 pour 1000 habitants, inférieur au taux régional à 163,9 et au taux national à 190,4 »
- **Faible taux de recours en psychiatrie en établissements de santé pour les personnes de 65 ans et plus** : « Le taux de recours en psychiatrie en établissements de santé pour les personnes de plus de 65 ans est également très inférieur au taux régional et au taux national : pour 10 000 habitants, il est à 45,2 dans la région, 55 en France métropolitaine et à seulement 42,9 en Indre-et-Loire »
- **Taux élevé de recours en psychiatrie en établissement de santé pour les enfants de 0-11 ans** : « le département présente un taux très élevé de recours en psychiatrie en établissements de santé pour les enfants de 11 ans et moins : sur 100 000 habitants, le taux des 0-11 ans atteignait 359,2 en 2015 contre 241,7 pour la région Centre-Val de Loire et 315,2 pour la France entière »
- **Faible taux de recours aux soins en établissement pour addiction et troubles de l'humeur** : « Le taux de recours global en établissements pour addiction est inférieur aux moyennes nationale et régionale de respectivement 3,4 et 3,2 avec un taux de 1,4 en Indre-et-Loire. Ce taux est de 8 dans le département pour le taux de recours en établissement pour les troubles de l'humeur alors qu'il est à 10 et 11,7 dans la région et sur le territoire national. »
- **Faible taux de recours aux soins ambulatoires pour addiction et troubles de l'humeur** : « Pour le recours ambulatoire pour addiction, le taux standardisé du département ne dépasse pas les 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> tandis que la région atteint les 2,9<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, 0,1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> de moins que le taux national. Les taux standardisés de recours ambulatoire pour troubles de l'humeur varient davantage aux niveaux départemental, régional et national avec des taux à respectivement 6,1%, 8,6% et 10,4%. »
- **Faible part de mineurs consommant des psychotropes** : « La part de mineurs consommant des psychotropes en Indre-et-Loire est également inférieure aux niveaux régional et national : pour 10 000 mineurs, 43,7 consomment des psychotropes en Indre-et-Loire contre 53,0 pour la région Centre-Val de Loire et 48,8 en France. »
- **Forte densité de médecins généralistes** : « La densité de médecins généralistes est bien supérieure au niveau départemental par rapport au niveau régional : avec une densité à 158 pour 100 000 habitants contre seulement 124, celle-ci est également supérieure à la densité nationale de 153. »
- **Plus d'1/3 des psychiatres de la région et moyenne d'âge des psychiatres la plus basse de France métropolitaine** : « Le département dénombrait également en 2018 153 psychiatres soit plus d'1/3 des psychiatres de la région. Avec une densité départementale à 25,2 pour 100 000 habitants, l'Indre-et-Loire est légèrement au-dessus de la moyenne nationale à 23 et très au-delà de la moyenne régionale à

seulement 15,9. Les psychiatres du département sont les plus jeunes de France métropolitaine avec une moyenne d'âge à 46,5 ans soit 5,8 et 6 ans de moins qu'au niveau régional et au niveau national. »

- **Forte densité de psychologues libéraux ou mixtes dans le département :** « La densité de psychologues dans le département est de 106.27 pour 100 000 habitants ce qui est légèrement plus élevé qu'au niveau national (104.24) et bien plus important qu'au niveau régional qui a une densité à seulement 88.43 ».
- **Faible nombre de postes vacants :** « En mars 2019, 10 temps plein et 2 temps partiels étaient vacants en Indre-et-Loire sur les postes de psychiatres en établissements publics alors que sur la totalité de la région 88 temps pleins et 18 temps partiels étaient vacants. »
- **Densité de places en hospitalisation partielle ou en temps complet :** « En Indre-et-Loire, la densité de places en hospitalisation partielle (jour ou nuit) est de 48,3 pour 100 000 habitants alors que la densité régionale n'est que de 40 et la densité nationale de 37,3. La densité de lit en temps complet pour le même nombre d'habitants est quant à elle à 120,1 en Indre-et-Loire, 107,4 dans la région et 105,8 sur le territoire national. »
- **Faible proportion de lits en secteur privé lucratif :** « Pour le secteur privé lucratif, le département a une proportion de lits inférieure aux moyennes régionale et nationale avec 43,8 pour 100 000 habitants soit 9,5 et 20,6 places de moins que ces dernières. »
- **Forte densité en places à temps complet :** « L'Indre-et-Loire se démarque par une densité importante en places alternatives en temps complet avec 48,3 places pour 100 000 habitants dans le département alors que la densité régionale est 40 et la densité nationale ne dépasse pas 37,3.
- **Taux de suicides supérieur à la moyenne nationale :** « Au niveau national, la France a un taux de suicide de 14.4 pour 100 000 habitants, soit une baisse de 3,3. Au niveau départemental, une baisse a été constatée de 4,8 mais reste supérieur avec 16,3 suicides pour 100 000 habitants.
- **Nombre important de décès liés à l'abus d'alcool :** « L'Indre-et-Loire se démarque par le plus grand nombre de décès de pathologies liées à l'alcool dans la région : en 2013, sur 26 décès de femmes liés à l'alcool, 9 d'entre elles résidaient dans le département soit 34,62% des décès de la région liée à l'alcool et sur 117 décès d'hommes, 28 d'entre eux résidaient dans le département soit 23,93% des décès de la région liée à l'alcool. »
- **Nombre élevé d'allocataires de l'AAH :** L'Indre-et-Loire est le département de la région Centre-Val de Loire où résident le plus d'allocataires de l'allocation adulte handicapé (AAH) : avec 10 250 allocataires, le taux du département est à 3,1% allocataires pour 100 adultes de 20 à 64 ans est cependant le même que le taux régional et le taux national.
- **Forte densité d'infirmiers :** La densité d'infirmiers pour 100 000 habitants en Indre et Loire en 2019 est de 1 065.17 ce qui rend le département le mieux fourni en infirmier de la région qui a une densité à 906.66 infirmiers mais restant à une densité légèrement inférieure au niveau national (1 080.23).

**PARTIE 2**  
**DOCUMENT SYNTHÈSE DES GROUPES DE TRAVAIL**  
**RESTITUTION DU DIAGNOSTIC**

**GROUPE 1 : Mettre en place un repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements nécessaires.**

**Présentation du Groupe de travail et de sa méthode de travail**

<b>RÉFÉRENTS</b>	Mme Laurence PLATET – Infirmière libérale, Représentante CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé)
	Dr Alice PERRAIN – Médecin généraliste, Présidente de la Commission Santé Mentale du CTS
	Dr Jérôme GRAUX – Psychiatre hospitalier – CHRU de Tours
<b>USAGER</b>	M. Alain Doulay – UNAFAM
<b>PROFESSIONNELS DE SANTÉ HOSPITALIERS</b>	Dr Marc FILLATRE – Psychiatre hospitalier – CHRU de Tours
	Dr Pascal LENOIR – Pédopsychiatre – Centre Oreste – CH du Chinonais
	Dr Fanny PUEL – Psychiatre Hospitalier – CHIC d'Amboise Château-Renault
	Equipe mobile de psychiatrie
<b>PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX</b>	Christelle HAMELIN, psychologue libérale
<b>PROFESSIONNELS MÉDICO-SOCIAUX</b>	Guillaume MASSET – APAJH 37
	Sandrine RABATE – Directrice Pôle Social et service à la Personne ASSAD-HAD
	Laure BLANC – ADMR
	FV Léopold Bellan
<b>PROFESSIONNELS SOCIAUX</b>	CRF - Maraude
<b>INSTITUTIONS</b>	Nathalie GASNIER CD37
<b>CLS</b>	Fanny PALLARES (Pays Loire Nature)
<b>MÉDECIN DU TRAVAIL</b>	Dr Bernadette LE NOACH – APST 37

**Repérage**

Le groupe qui s'est réuni deux fois.

La première question posée a été la différence entre le repérage et le diagnostic. Ce sont deux temps différents de la prise en charge, le diagnostic venant souvent beaucoup plus tard après le temps de repérage, certaines fois même des années après. Repérage et diagnostic ne se font pas forcément par les mêmes acteurs.

**Les acteurs du repérage :**

Ce sont bien entendu et tout d'abord l'entourage du patient et les aidants familiaux ou les proches. Mais aussi, ce sont les professionnels de santé qui exercent en ambulatoire ou dans des structures de soins. On peut citer aussi les psychologues libéraux, les acteurs du social : les assistantes sociales, les éducateurs...

Finalement : tout le monde peut repérer !

### **Les lieux du repérage :**

En fait, l'ensemble des lieux de vie et de soins.

Il paraît opportun de citer tout particulièrement par rapport à des populations "cible" :

- les lieux où on peut rencontrer des jeunes : la Maison des Adolescents, l'Espace Santé Jeunes, la crèche et les systèmes de garderie de la petite enfance, les écoles diverses suivant l'âge des jeunes accueillis, mais aussi la faculté.
- Les lieux de travail et les lieux de soins et d'accompagnement social et médico-social au sens large du terme.
- les lieux d'accueil des personnes en précarité

### **Les caractéristiques du repérage :**

En fait, on ne repère pas une pathologie mais une situation autour ou concernant un usager, même si bien entendu, on peut imaginer que certaines pathologies sont plus prégnantes et ont des retentissements au niveau sociétal. Ce qui amène à se poser la question de la priorisation des pathologies et dans ce cadre avec quels indicateurs : fréquence, âge, retentissement psycho-social.

En ce qui concerne l'addiction ou les pratiques addictives au sens large du terme, il semble nécessaire de s'interroger sur leurs « intrications » avec des pathologies psychiatriques.

Il est proposé, dans un premier temps, de retenir la dépression, le suicide, et de cibler l'analyse pour partie sur les jeunes entre 15 et 25 ans.

### **Le repérage : comment faciliter cette démarche**

On est tous à un moment donné de notre vie face à une personne de notre entourage, un collègue, un membre de la famille, que l'on sent en difficulté : cette personne apparaît triste, se renfermer... très souvent, on n'ose pas dépasser le stade de la simple interrogation du « comment ça va ? », et essayer vraiment de comprendre la malaise de cette personne.

Le repérage pour l'ensemble du groupe nécessite une sensibilisation et des connaissances à apporter au plus grand nombre de personnes, puisque tout le monde peut repérer dans l'ensemble des lieux de vie et de soins.

Le groupe propose de mettre en place et de travailler en lien avec les représentants des usagers, à une formation aux gestes de premiers secours en santé mentale. Deux types de formations seront développés. Une première qui correspond à une formation sensibilisation de base proposée à un public large de non-soignant, une seconde spécifique et dédiée aux professionnels de santé.

### **Quelques mots sur le temps du diagnostic :**

L'évaluation psychiatrique peut être réalisée par une infirmière formée et pas forcément par un médecin psychiatre.

Par contre, le diagnostic doit être vraiment médical.

Pour pallier le manque de médecins psychiatres exerçant en Indre-et-Loire, même si le département n'est pas si touché par la pénurie qui n'y paraît, et pour répondre pour partie aux demandes de prises en charge en CMP (Centre Médico-Pédagogique) qui ne peuvent être honorées dans des délais compatibles aux attentes des usagers, il est proposé de travailler à un projet reposant sur la collaboration de psychologues hospitaliers et libéraux sur le territoire en lien avec les CPTS pour une prise en charge par groupes de personnes en attente d'un suivi CMP, si ce dernier est nécessaire, mais qui souhaitent avoir un suivi psychique.

Un dossier a été déposé dernièrement en ce sens dans le cadre d'un appel à projet national, bien entendu, il inscrit sur le territoire d'autres actions accompagnant la structuration de ces groupes de parole/prise en charge par des psychologues formés.

### **Accès aux soins : quelques constats dans le groupe de travail**

---

Des services hospitaliers proposant pour certains patients l'hospitalisation au long court par manque de structure d'aval. Toutefois, une offre d'hospitalisation privée intéressante.

Des psychologues libéraux peu identifiés (qui fait quoi ?), si bien que l'on ne sait pas qui peut prendre de nouveaux patients, à noter le fait que les consultations auprès d'un psychologue ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie.

Des délais d'attente en CMP vraiment très importants.

Les CPTS du 37 et les CMP ont répondu à l'appel à projet psychiatrie innovation fin 2019. Ce projet "coordination des soins psychiatriques" a été retenu pour un financement.

## **Présentation du groupe de travail et de sa méthode de travail**

---

Le groupe de travail s'est réuni 6 fois sur des séances de 2 à 3 heures chacune. Il fût composé des personnes suivantes :

- Dr Aspe, PSM « La Confluence », Clinique de Vontes (Pilote)
- Dr Edom, CHIC Amboise
- Mme Guibert, association AIR
- Dr Laborderie, Maison d'arrêt de Tours
- Mme Lemeux, STEMO (Services Territoriaux Educatifs de Milieu Ouvert) (Protection Judiciaire de la Jeunesse)
- Mme Livera, Entraide et Solidarité
- Mme Doulay, UNAFAM
- M. Doulay, UNAFAM
- M. Sekulovski, Enfance & Pluriel
- M. Beurel, Enfance & Pluriel (Pilote)
- Mme Hoinard, SOLIHA Hameau St Michel
- Mme Le Roc, AGEVIE
- Mme Gueguen, Protection Judiciaire de la Jeunesse
- Mme Guitiere, Cap'emploi
- Mme Baraud, Fondation Anaïs

Les séances ont eu lieu les : 11/7 ; 15/7 ; 3/10 ; 4/10 ; 10/10 ; 18/10/2019

## **Organisation de la réflexion au sein du groupe de travail**

---

*Présentation de la thématique et de la façon dont le groupe de travail a organisé sa réflexion : point de départ, identification de sous-thématiques, problématiques posées par la thématique, etc.*

Le travail nous a amené à partir de constats croisés sur la situation de la santé mentale en 37 et de présenter les enjeux et la méthode de ce groupe de travail. Voici les axes qui ressortent de nos échanges.

- La question du **territoire** est essentielle (« la santé mentale doit être à portée de main »), avec des acteurs qui se connaissent et interviennent en concertation, dans le respect et la complémentarité de leur domaine de compétences : ces éléments constituent un terreau favorable à l'organisation de parcours de santé mentale de qualité et « sans ruptures » (manque de connaissance réciproque des acteurs)
- Les **Contrats Locaux de Santé** sont des leviers importants pour permettre de réunir les acteurs autour d'une même table, de manière à construire des maillages, des solutions innovantes qui **combinent l'institutionnel**



et **l'inclusif** dans les parcours de santé mentale (l'institution apporte de l'apaisement à moyen terme mais peut constituer un frein à l'autonomie à long terme...). **Besoin de coordination**, d'ingénierie et de l'octroi de moyens pour la mise en place des actions...

- La **santé mentale est une question de société majeure** (3<sup>ème</sup> poste de dépenses après le cancer et les maladies cardio-vasculaires) qui doit impliquer l'ensemble des acteurs dans une démarche volontariste (volonté d'avoir plus d'élus dans les groupes de travail organisés dans le cadre des PTSM). Des conférences sur la santé mentale ont lieu chaque année (Voir : <https://www.santementale.fr/agenda/dates/>).
- **Importance de déstigmatiser, de réduire les représentations** (échanger sur les représentations fait partie du soin...), de savoir reconnaître les premiers symptômes et quelle attitude avoir (prévention de la dépression, du suicide, sensibilisation aux « premiers gestes de secours en santé mentale » ...). Démarche qui suppose également d'intervenir sur les déterminants de la santé (ex : moins de précarité = moins de problèmes de santé mentale) : actions moins centrées sur les troubles qui impliquent l'ensemble de la société. Nécessité d'avoir des données épidémiologiques pour cerner les causalités de ces troubles.
- **L'enfance et l'âge adulte relèvent de problématiques et de réseaux partenariaux différents** (proposition de scinder le groupe de travail en 2 sous-groupes). **La transition entre ces 2 catégories d'âge est déterminante** (les 18-25 ans représentent une tranche de population particulièrement sensible) et reste un point essentiel à aborder dans les 2 sous-groupes à constituer.
- La question de **l'accès au diagnostic et de l'aide à son acceptation** est majeure dans l'organisation des parcours en santé mentale : aujourd'hui c'est le statut de la personne qui conditionne son accès aux accompagnements adaptés. Le groupe de travail constate une différence entre le **parcours « optimal »** dès lors que le diagnostic est posé et accepté du **parcours « fragile »**, quand les troubles, la maladie ou le handicap ne sont pas diagnostiqués, acceptés. Ces personnes se trouvent alors souvent à l'interstice du social, médico-social et sanitaire : errance de parcours, beaucoup de ruptures : problématiques comportementales. La composition de **l'environnement** de la personne est fondamentale pour caractériser les types de parcours en santé mentale.
- **Besoin d'assouplissement** à certaines prestations pour des personnes qui n'entrent pas dans le statut défini mais dont les troubles psychiques sont identifiés (ex : Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)). L'organisation du travail et de l'accompagnement **en « dispositif »** est alors à construire pour des réponses davantage personnalisées et modulables facilitant les **transitions** entre le « dans les murs » et l'ambulatoire, sur la base du respect et de la complémentarité des domaines de compétence de chacun.
- L'organisation du parcours de santé mentale de qualité passe par une **meilleure interconnaissance des acteurs**, la constitution de la dynamique de réseau. Une instance de co-construction, de coordination des interventions, sanitaires, médico-sociales, sociales, judiciaires et d'insertion, pilotée et animée par un **« chef de file »** qui a une légitimité reconnue est nécessaire : ex : les CREPSY (centre ressource dédié au handicap d'origine psychique sur la région) en Pays de la Loire ou Hauts de France peut assumer cette fonction et alimenter les réseaux locaux types PTA (Plateforme Territoriale d'Appui), CLS (Contrat Local de Santé), CLSM (Contrat Local de Santé Mental), ou réseaux santé mentale.

- Des découplages passent aussi par des **cofinancements de projets innovants** qui amènent les acteurs à se rencontrer, travailler ensemble dans un registre de co-construction.
- Des **formations communes intersectorielles** doivent être mises en place, ainsi que des **systèmes d'information partagés** (ex : CRePSY Pays de Loire, une structure régionale d'appui et d'expertise financée par l'ARS Pays de la Loire, dispositif dont l'objet est « l'amélioration des parcours et de la qualité de vie des personnes en situation de handicap psychique et de leurs proches »).
- La **cohérence des découpages des territoires d'intervention** apparaît comme un élément important pour la co-construction et le déploiement de réponses coordonnées (meilleure interconnaissance des acteurs, construction de réponses coordonnées. L'échelle des territoires des CLS ou CLSM semble indiquée. Nécessité d'une meilleure clarification des différentes instances pour éviter de diluer les espaces de travail et la superposition des réponses (ex : PTSM/CLSM...)).
- Le développement des actions de **prévention** passe par l'organisation de journées annuelles d'information sur les troubles psychiques (campagne nationale ? ; grande cause ?;...) La notion de repérage et la sensibilisation telle que proposée par la formation des premiers gestes proposée par l'UNAFAM semble pertinent à diffuser plus largement, au-delà des acteurs concernés par le sujet de la santé mentale. Besoin de ressources internet dédiées (site, tutoriels, vidéo ex black dog, témoignages...).
- Pertinence des dispositifs existants, notamment pour les personnes en « parcours fragiles » les équipes mobiles formées à « l'aller vers ».
- **La notion de secteur sur un territoire cohérent et fonctionnel peut être un élément structurant de l'offre.** La coordination des services de secteur psychiatriques avec l'ensemble des acteurs privés ou associatifs est essentiel. Elle nécessite une articulation des prises en charge entre les structures de soins privés, les médecins libéraux (soma et psyché) (ex : monde de l'insertion, du logement, du travail de l'école et de la formation) : conventionnement, nécessité d'une animation réseau. Le secteur de psychiatrie ne doit pas être seul à suivre un patient, notamment pour les parcours « fragiles ».
- Développement de **plusieurs et nouvelles modalités d'accueil et d'accompagnement** par les services de psychiatrie et/ou partenaires sociaux et médicosociaux (ex : les appartements thérapeutiques, familles d'accueils, pensions de famille, équipes mobiles, pair-aidance, patient expert, GEM...).
- Nécessité d'**aller au-delà du diagnostic clinique pour caractériser les besoins des personnes** ayant des troubles psychiques et notamment de dissocier les personnes à risque de parcours « fragiles » : analyse pluridisciplinaire. Ces personnes embolissent les places de psychiatrie faute d'accompagnements adaptés à leurs besoins et non à leurs pathologies. **Hypothèses d'accompagnements renforcés et en dispositif.**
- **Travail spécifique pour les 18/25 ans** : ne pas perdre l'histoire de vie et capitaliser sur le parcours. (Besoin spécifique d'un travail de l'ASE et la PJJ avec les acteurs en santé mentale pour mieux appréhender leurs vulnérabilités). Importance de l'environnement et de **préserver les compétences parentales comme fondement d'une logique de prévention** du risque de rupture de parcours au passage à l'âge adulte. Nécessité de réunir les professionnels concernés pour accompagner en « maillage serré » les publics jeunes adultes en parcours fragiles.

➤ Fonction de « repérage » à développer dans le secteur enfant particulièrement.

SYNTHÈSE GROUPE DE TRAVAIL 2 PARCOURS		
POINTS FORTS	POINTS A AMELIORER	LEVIERS D'ACTION, PISTES DE TRAVAIL IDENTIFIEES, AXES D'AMELIORATION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiplicité et compétence des acteurs</li> <li>• Des acteurs engagés dans une logique de coopération et de conventionnement</li> <li>• Une bonne connaissance des questions de santé mentale par les acteurs</li> </ul>	1 Articulation des acteurs sur des Territoires cohérents et identifiés	1.1 Utiliser les CLS ou CLSM pour coordonner les acteurs ; 1.2 Instituer des Territoires de Santé Mentale ; 1.3 Favoriser l'interconnaissance des acteurs en santé mentale par des réunions régulières de liaison ; 1.4 Positionner des « chef de file » par territoires ;
	2 Mieux repérer les « parcours fragiles » et ajuster les moyens d'accompagnement	2.1 Renforcer l'accompagnement dans les passages à risque de rupture (enfant/adulte, vieillissement...) ; 2.2 Faciliter et prioriser l'accès aux droits et l'accès aux aides pour les personnes considérées en « parcours fragiles » ; 2.3 Autoriser les adaptations réglementaires et financières pour éviter les ruptures de parcours « fragiles ».
	3 Sensibiliser la société ordinaire à la question de la santé mentale	3.1 Développer les formations de premiers gestes en santé mentale ; 3.2 Campagne de formation et d'information notamment sur la sphère du numérique et des réseaux sociaux ; 3.3 S'inspirer du modèle CRePSY PdL ou HdF
	4 Maintenir ou rétablir les moyens de psychiatrie au sein de l'hôpital public, privé et associatif pour une meilleure coordination avec les acteurs sociaux et médico-sociaux	4.1 Mettre en adéquation les moyens d'intervention avec les besoins au regard de l'évolution des sollicitations des services de santé mentale et non des moyennes régionales ou nationales ; 4.2 Permettre l'intervention des secteurs de psychiatrie dans les institutions sociales et médico-sociales pour favoriser les liaisons ; 4.3 Co-construire des modalités d'accompagnement adaptées et partager une vision commune des niveaux d'intervention de chaque acteur (dépasser les représentations des uns et des autres)

## Présentation du Groupe de travail et de sa méthode de travail

---

### Présentation du groupe de travail :

Les participants au groupe 3 sont :

*Référents* : Dr Emilie Legay (Professionnel de santé libérale, psychiatre), Dr Pierre-Guillaume Barbe (professionnel de santé hospitalier, psychiatre)

*Professionnels de santé hospitaliers* : Dr Hélène Hénique (médecin interniste), Dr Romain Chantebel (psychiatre), Dominique Osu (coordinatrice GHT), Nicolas Didier (CDS), Julie Brugerolle (CDS), Dr Frédéric Denis (chirurgien-dentiste), Tony-Marc Camus (ASSAD HAD),

*Professionnels de santé libéraux* : Dr Marie-Laurence Barruet (MG), Dr Maxime Pautrat (MG), Dr Boris Samko (MG), Dr Nathalie Gervaise (endocrinologue), Me Kalfa-Michaud (MG),

*Professionnels du secteur médicosocial* : Chloé Saulnier (MFCVL), Isabelle Marpeau (MFCVL), Lydy DaSilva-Lagarto (association Entraide et Solidarités)

*Usagers* : Asuzuena Santos (UNAFAM), Alain Larivière (UNAFAM)

### Méthode de travail :

L'ensemble du groupe s'est réuni le 13 mai 2019 pour un premier échange.

- Cette réunion a permis d'aborder les points d'attention concernant cette problématique pour les différents intervenants. Ces points relevés sont :
  - L'importance de la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire, des soins dentaires, de la douleur
  - Les limites d'accès aux soins (et de prise en charge) pour les personnes ne parlant pas le français
  - Les difficultés d'articulation des soins somatiques pour les patients sortant d'établissement psychiatrique (dans la mise en place d'HAD par exemple)
  - Le questionnement autour de la place de la télémédecine dans les prises en charge somatiques des patients souffrant de trouble psychiatrique.
  - Le questionnement autour de l'intérêt de développer un réseau de praticiens (généraliste, dentiste, gynéco, etc.) impliqués dans les prises en charges de patients souffrant de troubles psychiatriques pour faciliter les relais (sorties d'établissement, ambulatoire) et de l'organisation de la mise à jour d'un tel outil.
  - L'importance pour certains patients (notamment en établissement sanitaire ou relevant du médico-social) de la préparation aux soins somatiques par les équipes (spécialisées ?), afin faciliter l'accès, d'en limiter la durée, et le retentissement sur la personne (appréhension anxieuse par ex.)
  - La problématique de la prise en charge des transports pour accéder aux soins somatiques chez les patients pris en charge en établissement.

- Au cours de cette première réunion la méthodologie de travail du groupe 3 a été déterminée. Ensuite une réunion de chaque sous-groupe a eu lieu, et le travail s'est poursuivi entre les participants de chaque sous-groupe par email. Enfin une rencontre des pilotes de chaque sous-groupe a eu lieu pour permettre la synthèse du travail de chaque sous-groupe.

## **Organisation de la réflexion au sein du groupe de travail**

---

Afin de réaliser le diagnostic de l'accès aux soins somatiques au sein du département, des sous-thématiques permettant de cibler les problématiques liées aux différents niveaux d'intervention et de relais ont été définies. Les points forts et difficultés dans l'accès aux soins somatiques des patients souffrant de maladie mentale aux différents moments de leur parcours de soins a ainsi pu être établis. Le groupe s'est réuni le 22/05/2019, et a organisé le travail à travers 3 sous-groupes, ayant pour mission de réaliser le diagnostic sur une sous-thématique :

- 1- Prise en charge somatique des patients atteints de troubles mentaux en établissement
- 2- Prise en charge somatique des patients atteints de troubles mentaux en ambulatoire
- 3- Articulation des prises en charge entre établissement et ambulatoire

Les modalités du diagnostic pour chacun des sous-groupes sont les suivantes :

### **1- Prise en charge somatique des patients atteints de troubles mentaux en établissement**

Un travail important a été réalisé dans le cadre de la démarche qualité du CHU sur la prise en charge somatique et la facilitation en termes de consultations ou d'hospitalisations des patients de psychiatrie du CHU. Un médecin somaticien a été embauché début 2019, ce qui facilite encore le relationnel avec les équipes de spécialités. Pour les autres établissements d'hospitalisation, un temps de médecin somaticien permet de faire le point sur l'état de santé du patient à chaque entrée et le lien nécessaire pendant l'hospitalisation et après avec la médecine de ville.

### **2- Prise en charge somatique des patients atteints de troubles mentaux en ambulatoire**

*La première étape du diagnostic a été le temps d'échanges des différents intervenants du sous-groupe. Cette rencontre a eu lieu le 4 juin 2019.*

#### **Les points forts :**

- Les patients souffrant de troubles psychiques, déjà pris en charge par le secteur (CMP ou HDJ), ont en majorité un médecin traitant déclaré. Les IDE de secteur ou l'hôpital de jour permettent notamment le lien avec le médecin traitant.

- Le patient bien stabilisé sur le plan psychique vient davantage de lui-même consulter son médecin traitant. Les patients jeunes seraient davantage suivis que les plus âgés.
- Les patients résidant aussi en maison relais sont accompagnés, le lien avec le médecin généraliste est également fait.

Les points faibles :

- Les patients sans suivi IDE de secteur, davantage isolés, sont moins suivis sur la prise en charge de leurs soins somatiques. Leurs difficultés psychiques ne leur permettent pas de prendre conscience de la nécessité de leur suivi somatique, ils n'ont en général pas de demandes.
- La difficulté dans l'articulation médecin généraliste- médecin spécialiste est aussi soulignée : difficulté dans le fonctionnement du réseau. La sécurisation des données médicales bien qu'indispensable peut aussi être un frein à la communication. Faible utilisation actuelle du DMP.
- Des bilans de santé par l'IRSA sont proposés à la population générale, permettant un dépistage d'un certain nombre de pathologies. Ces bilans mériteraient d'être davantage proposés.
- Difficultés à l'accès aux médecins généralistes et spécialistes qui n'acceptent plus de nouveaux patients, problématique de la démographie médicale.
- Difficultés dans le coût des soins et dans le délai de prise en charge.
- Difficultés à l'accès des soins dentaires, prise en charge souvent très anxiogène pour une part des patients souffrant de troubles mentaux.
- Difficultés également dans l'accès aux examens complémentaires notamment radiographies, angoisse de découvrir une pathologie grave, crainte du pronostic et d'une hospitalisation.

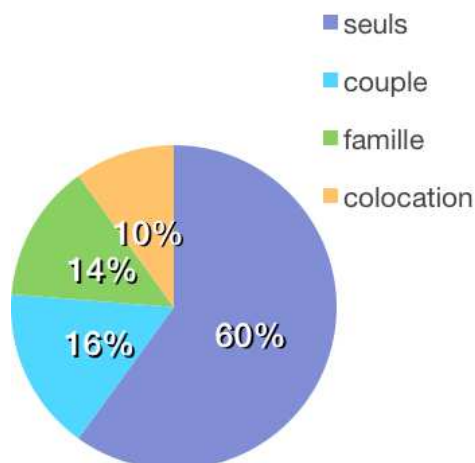
*A l'issue de cette réunion, une enquête a été proposée, basée sur le volontariat, afin de connaître les besoins de soins physiques des personnes souffrant de troubles psychiques. Cette enquête a été diffusée du 11 au 23 juin 2019 dans les sites du GEM 37, dans un cabinet de médecine générale, dans un cabinet de psychiatrie et par l'intermédiaire de l'UNAFAM 37 auprès des usagers. 83 questionnaires ont été recueillis.*

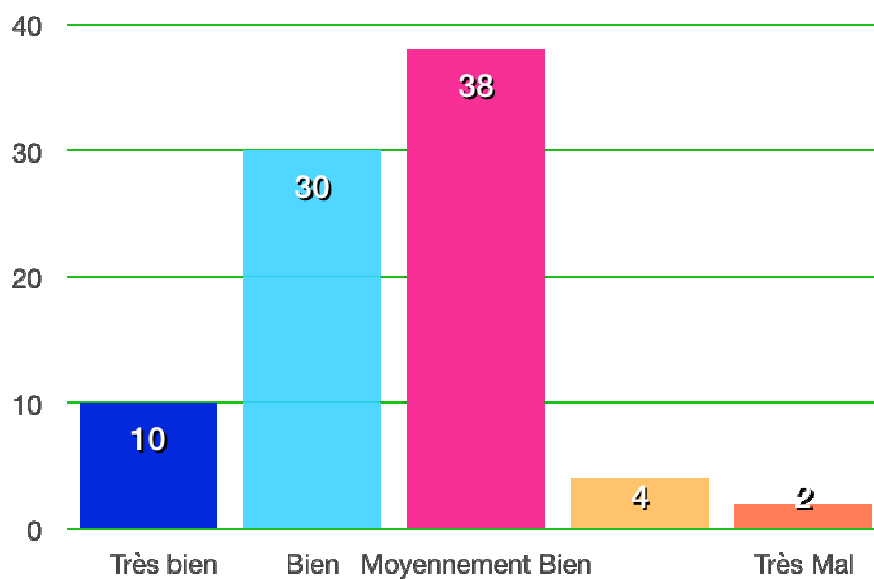
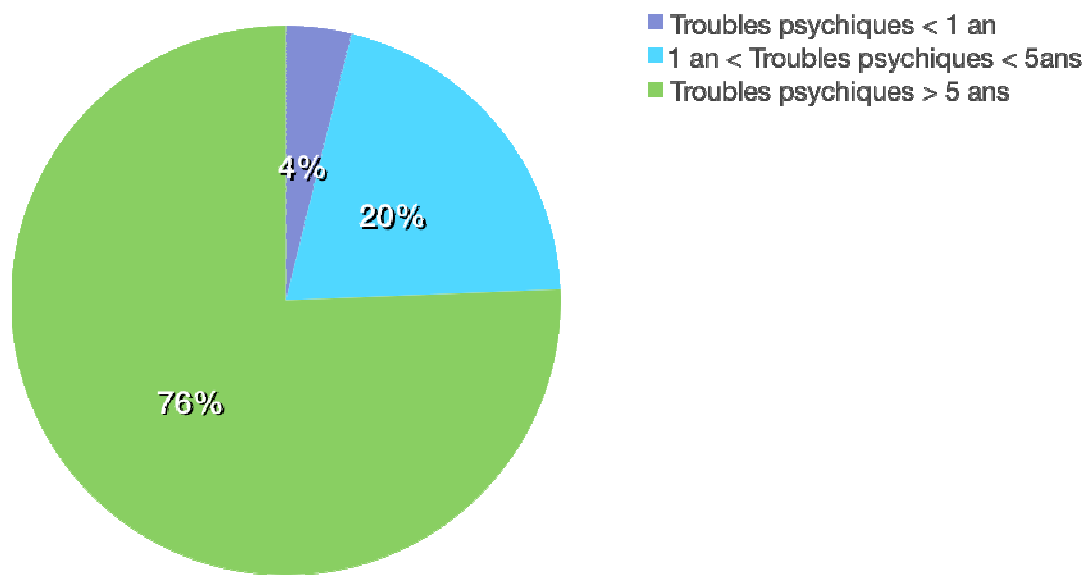
**Résultats du questionnaire réalisé par le sous-groupe 2 :**

83 questionnaires ont été recueillis, la répartition entre les hommes et femmes est équivalente.

66% font partie de l'agglomération tourangelle.

La moyenne d'âge est de 49 ans.





Ressenti de leur santé physique (nombre de patients)

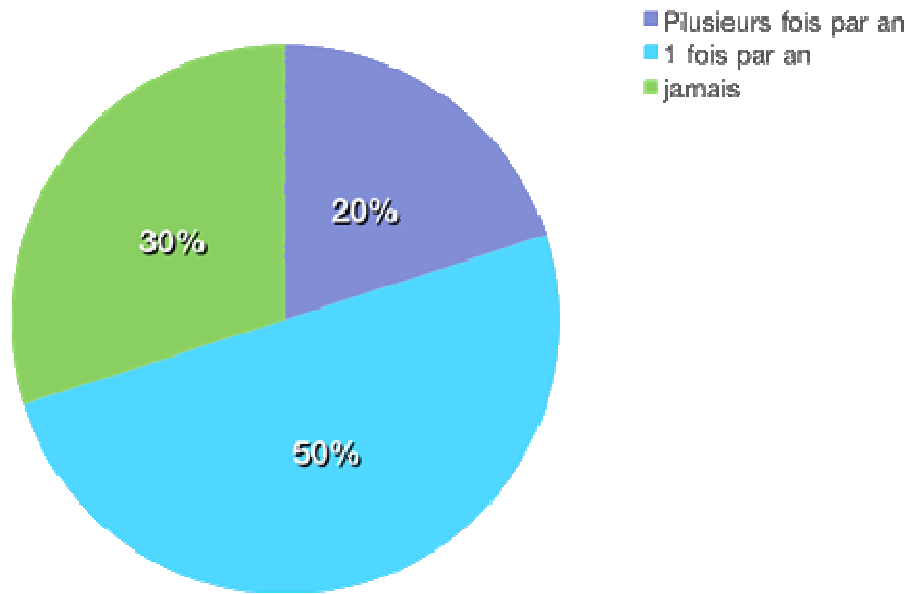
82 % d'entre eux ont un médecin généraliste.

87% ont un suivi par un médecin spécialiste.

60% d'entre eux prennent des traitements autres que psychiatriques.

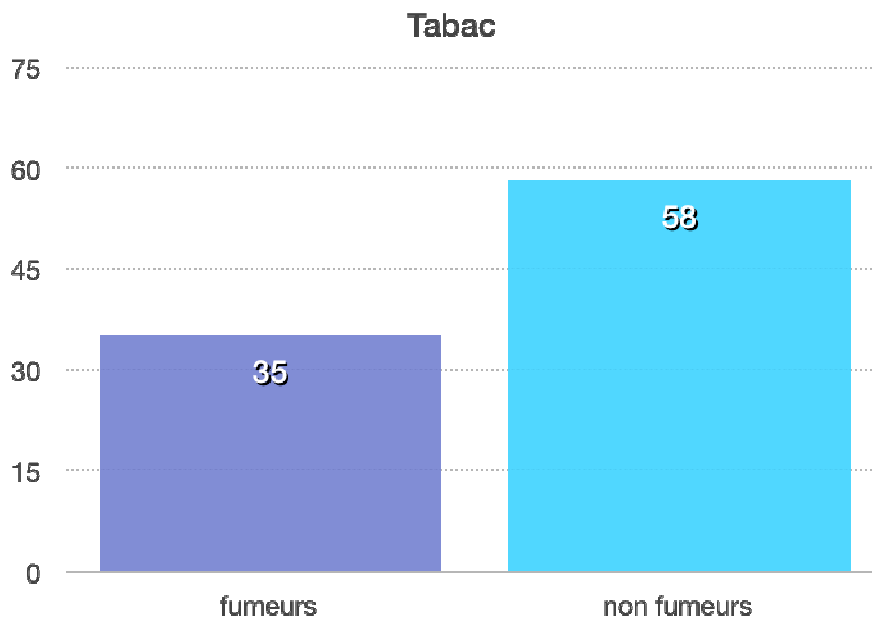
71 % font un bilan sanguin tous les ans.

La moitié seulement des femmes ont un suivi gynécologique.



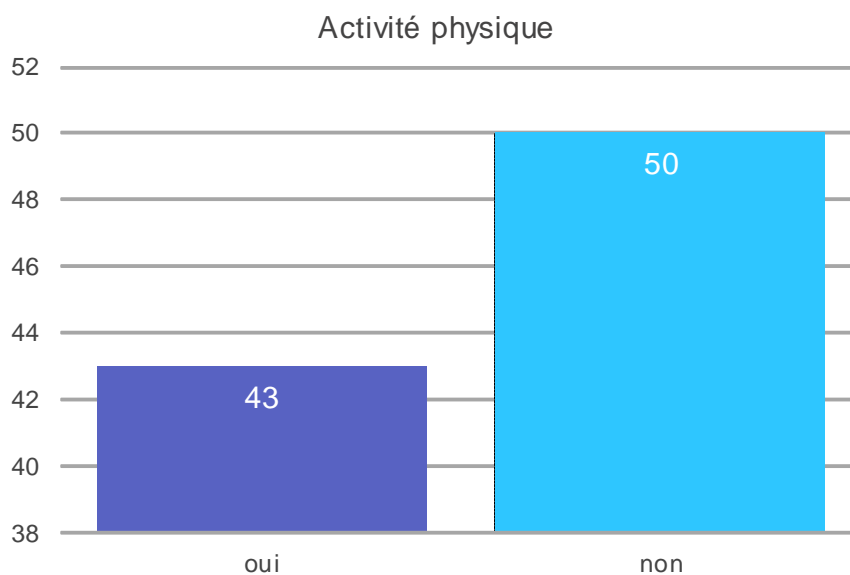
Consultation chez le dentiste

90 % d'entre eux connaissent leur poids.



1/3 dit consommer de l'alcool mais la régularité n'était pas demandée.  
9,6% consomment d'autres toxiques.





15% des interrogés évoquent rencontrer des difficultés financières pour se soigner.

Les principales propositions faites par les personnes interrogées pour améliorer leur état de santé physiques sont :

- pratiquer du sport
- maigrir
- arrêt du tabac
- suivi des facteurs de risque cardio-vasculaires
- soigner les douleurs chroniques : massages
- relaxation
- moins d'attente de délai de prise en charge chez le spécialiste

**Leviers d'action :**

- Repérer les patients isolés de prise en charge somatique
- Améliorer l'accompagnement des patients souffrant de troubles psychiques (IDE secteur, SAMSAH...) afin de favoriser la prise en charge somatique
- Articulation à développer davantage entre médecin traitant et équipe psychiatrique
- Accès au sport pour les patients souffrant de troubles psychiques

### **3- Articulation des prises en charge entre établissement et ambulatoire**

*La première étape du diagnostic a été le temps d'échanges le 03/06/2019 des différents intervenants du sous-groupe.*

#### **Les points forts :**

- Pour les patients stables sur le plan psychiatrique mais peu autonomes, les accompagnements pour les soins somatiques (préparation, suivi des rdv, réassurance, rappel des informations, etc.) par SAVS, SAMSAH, IDE de secteur permettent de limiter les rendez-vous auxquels les patients ne se rendent pas, de rassurer les patients, de réaliser les consultations/ examens dans de meilleures conditions et de limiter les pertes d'informations.
- La filière spécifique de gérontopsychiatrie, avec des intervenants connus des structures et la possibilité de téléconsultation, est bien identifiée et facilite les demandes d'avis et d'orientation par les médecins généralistes.
- Les admissions demandées par les médecins généralistes pour soins MCO, soins de suite, etc. de patients souffrant de trouble mental stabilisé se déroulent sans difficultés

#### **Les points faibles :**

##### **Pour les sorties d'hospitalisation :**

- Pas de courrier systématique à la sortie d'hospitalisation (de même que lors du suivi ambulatoire)
- Peu d'information sur le contenu du suivi psychiatrique, et peu d'implication des médecins traitants dans la prise en charge psychiatrique.
- Difficultés pour les patients à aller (ou retourner) vers le médecin traitant.
- Il n'y a pas de temps dédié pour les liaisons médicales au sein des établissements, et le temps n'est pas pris du fait de la saturation de l'activité et de l'augmentation des tâches administratives (ex : certificats médicaux)
- Pas de filière spécifique pour les patients accompagnés, et pas de moyens spécifiques pour les accompagnements longs (attente aux urgences, etc.)

##### **Pour les demandes d'avis/orientation par le médecin traitant :**

Organisation des soins psychiatriques et addictologiques mal connue par les médecins généralistes. Nécessité de plus de communication et d'outils pour connaître les secteurs psychiatriques de leurs patients et les filières spécifiques (addictologie par ex.).

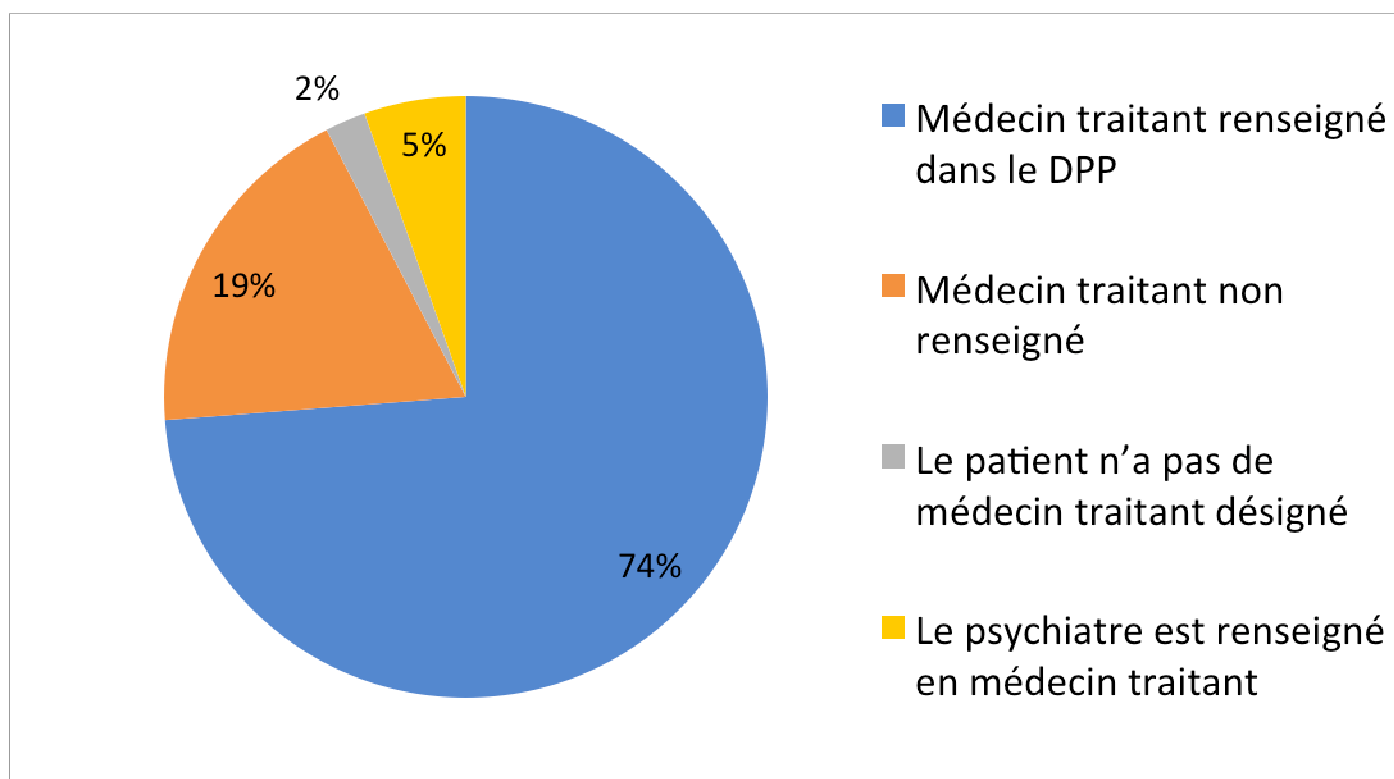
*La deuxième étape du travail de ce sous-groupe a été la réalisation d'une enquête de terrain. Cette enquête, réalisée par Julie Brugerolle, est un recueil transversal des données concernant le médecin traitant contenues dans les dossiers médicaux de tous les patients hospitalisés le 14/09/2019 dans les services de psychiatrie du CHRU de Tours, soit 183 patients. Un contact par e-mail a aussi été pris avec chacun des cadres de santé des différentes unités d'hospitalisation du CHRU de Tours afin de connaître les délais moyens d'envoi des compte rendus d'hospitalisation au médecin traitant.*

##### **Résultats de l'enquête de terrain réalisée par le sous-groupe 3 :**

**Questionnement :** Le médecin traitant est-il renseigné sur le Dossier Partagé Patient (DPP) au sein du CHRU de Tours ?

- Sondage fait sur l'ensemble des patients actuellement hospitalisés dans les différents secteurs de la psychiatrie du CHRU de Tours, soit 183 patients le 14/09/2019

	Médecin traitant renseigné dans le DPP	Médecin traitant non renseigné	Le patient n'a pas de médecin traitant désigné	Le psychiatre est renseigné en médecin traitant	Total
<u>Total</u>	<u>135</u>	<u>34</u>	<u>4</u>	<u>10</u>	<u>183</u>



**Figure 1 :** Vision générale de la psychiatrie au CHRU de TOURS sur la traçabilité du médecin traitant dans le dossier partagé du patient.

Questionnement : Quel est le délai d'envoi du compte rendu d'hospitalisation au médecin traitant ?

- Sondage effectué par mail aux cadres de santé des unités de la psychiatrie du CHRU de TOURS

Les cadres de santé de 2 des 4 services ont répondu à cette enquête.

Les délais d'envoi et le contenu des compte rendus sont dépendants des médecins.

Les délais varient de 1 semaine à 3 ans

Le contenu varie entre les compte rendus type classiques à des extraits des observations médicales de l'hospitalisation transmis directement au médecin traitant.

## **Présentation du Groupe de travail et de sa méthode de travail**

---

### **Les participants au Groupe de travail :**

Mr Laurent SALMON représentant 2 établissements ITEP  
Mme Laetitia CHEREAU chef de projet CLS Loches Sud Touraine  
Mr Jean-Serge HURTEVENT représentant des maires, membre du CLS, participe au groupe élus confronté aux hospitalisations sans consentement  
Marie Asuzena SANTOS représentant les familles de l'UNAFAM  
Mme le Dr Marion BAUDRY médecin psychiatre, chef de service et chef de Pôle de psychiatrie du CH de CHINON  
Mr le Dr Antoine BRAY Médecin Psychiatre, Référent CUMP 37  
Mme le Dr Florence DUBOIS CARMAGNAT, chef de service Urgences Psychiatriques CHU Tours  
Mme Esther DAVID cabinet de la préfète cheffe de bureau de l'ordre public  
Mr le Dr Jean-François BODIN, responsable adjoint SAMU de TOURS  
Mr le Dr Alexandre JEZIORNY, PH DMU Tours  
Mr Stéphane FRANCOIS, Directeur Les Maisonnées  
Mr Vincent QUIOC, Directeur Clinique de Vontes et Pôle Santé Mentale la Confluence

Nous constatons un manque de connaissances des organisations et du rôle de chacun sur le territoire.  
Nous partageons les organisations en place sur le territoire et ainsi mieux connaître le rôle des institutions et alimenter la réflexion du groupe.

Définition d'une Urgence psychiatrique :

### **Est une urgence psychiatrique :**

- Décompensation ou phase aigüe de la maladie diagnostiquée d'un patient
- Dépression sévère
- Tentative de suicide

### **N'est pas une urgence :**

La personne dont on ne sait pas quoi faire et qui est adressée aux urgences psychiatriques notamment :

- Patient âgé, avec trouble du comportement, hospitalisé à la demande des proches
- Trouble neurologique adressé en psychiatrie

## **Etat des lieux de la couverture Hospitalière**

---

Le territoire de l'Indre-et-Loire est couvert par 4 hôpitaux et 3 Cliniques privées.

**Centre Hospitalier de Loches** qui ne possède pas de lits d'hospitalisation psychiatriques, l'accueil se fait au service des urgences générales. La gestion des urgences en journée est habituellement assurée par les psychiatres de Loches.

Une organisation est mise en place avec le CHU de Tours sur la période de la permanence des soins (avis d'un psychiatre des urgences pris téléphoniquement entre 17h30-8h00 et weekend et jours fériés).

Il est actuellement difficile voire impossible d'admettre aux Urgences de Loches en horaire de PDSA (Permanence Des Soins Ambulatoires) un patient psychiatrique.

En cas de nécessité d'hospitalisation, les patients de psychiatrie sont transférés au CHRU de Tours

Un certain nombre de patients viennent directement aux urgences psychiatriques du CHRU de Tours, ou le patient peut être directement adressé à Tours par le SAMU ou le médecin adresseur, alors que la première évaluation et l'indication d'hospitaliser en psychiatrie doit être posée en jours ouvrables par le psychiatre de Loches.

Demande au SAMU de transfert direct au CHU de TOURS, ce qui ne devrait pas se faire.

15 places d'hospitalisation de jour et consultations de CMP

**Centre Hospitalier de Chinon** avec lits d'hospitalisation, l'accueil des patients se fait aux urgences générales. Un avis est demandé à l'équipe de psychiatrie de Chinon par les urgentistes. Il existe une ligne d'astreinte soir, weekend et férié assuré par l'équipe des psychiatres du CHC.

Les hospitalisations se font sur les lits d'hospitalisation de psychiatrie du CHC.

Capacités 63 lits d'hospitalisation et 84 places d'Hôpital de Jour et consultations au CMP.

#### **Le Centre Hospitalier Inter Communal Amboise Château-Renault**

Il accueille les urgences psychiatriques aux urgences somatiques d'Amboise.

Un psychiatre d'astreinte se déplace aux urgences.

Les patients nécessitant une hospitalisation en service de psychiatrie sont transférés sur les lits d'hospitalisation de psychiatrie du CHICAC.

Capacités 50 lits d'hospitalisation et 30 places d'Hôpital de Jour et consultations au CMP

Sur Chinon et Château Renault peuvent recevoir en secteur adultes les adolescents de leur secteur de plus de 15 et 3 mois.

#### **Le CHRU de Tours**

Le CHRU couvre 4 secteurs avec des lits d'hospitalisation complète : psychiatrie A, B, D, CPU soit 216 lits d'hospitalisation complète et 101 places d'Hôpital de Jour.

Le service des urgences psychiatriques de Tours est situé au sein des urgences générales : avec des locaux dédiés. Il accueille les patients de plus de 15 ans et 3 mois Les patients, quand ils nécessitent une hospitalisation, sont adressés sur le secteur d'hospitalisation de Tours ou vers les cliniques privées.

Le service d'urgences psychiatriques est complété par 4 lits de centre d'accueil et de crise de 24 à 72 heures d'hospitalisation.

L'activité est multiple :

Consultations de patients arrivant directement aux urgences psychiatriques pour avis (venant d'eux-mêmes, adressés par un médecin, amenés par les forces de l'ordre et les pompiers)

Consultations de liaison de psychiatrie au sein même des urgences générales (TS, agitations, désorientation confusion, douleurs récidivantes, alcoolisation, ...) et dans les box carcéraux

Consultation de liaison dans la tour de Trousseau pour les suicidants

Avis téléphoniques pour les médecins du territoire

Accueil téléphonique des patients ou de leur famille (accueil direct ou transféré par le SAMU)  
Appels du service des urgences générales de Loches

Les urgences somatiques liées à une urgence psychiatrique sont orientées vers le service des urgences somatiques (alcoolisation massive, intoxication, plaies diverses, ...)

A la suite de la consultation ou de la prise en charge au CAC, le patient repart à domicile ou est hospitalisé en secteur public ou privé.

Les hospitalisations sous contrainte sont transférées uniquement sur le secteur public de même que les patients mineurs.

Les services de psychiatrie fonctionnent par secteur géographique (sectorisation) qui est défini par le lieu d'habitation du patient qui arrive aux urgences.

#### **Activités du CAC :**

Désamorçage de la crise  
Evaluation clinique et comportementale  
Bilan  
Désamorçage suicidaire  
Mise en place d'une prise en charge

Rappel des suicidants à J+3 et consultation post-urgence pour les suicidants

#### **Les box :**

Prise en charge immédiates de patients pour quelques heures

Avant 15 ans, les patients sont orientés à l'hôpital pédiatrique Clocheville. Il n'existe pas de lits de pédopsychiatrie, et les enfants ou adolescents qui nécessitent une hospitalisation sont hospitalisés soit au service adolescent de la CPU soit en pédiatrie.

#### **Activité 2018 :**

- 7439 passages, soit une moyenne de 20 patients par jour à prendre en charge
- 10 000 consultations médicales par an
- 11 000 entretiens infirmiers
- 12 480 communications par an paramédicales motifs variés, chaque appel allant de 5 à 30 minutes en fonction de la situation. A noter 300 communications transférées par le SAMU.
- Taux de remplissage du CAC 110 à 120% avec des passages à 140%
- L'activité progresse régulièrement depuis l'ouverture des urgences psychiatriques
- CAC : TO 126%, 1017 patients, 1240 séjours, 1847 journées d'hospitalisation soit une DMS de 1,5 jours

#### **Présentation et fonctionnement du service des Urgences Psychiatriques de Trousseau :**

Les urgences psychiatriques de Trousseau sont composées de :

- 2 Bureaux de consultations

- 2 box = 1 brancard par box
- Au premier décembre 2014, un Centre d'Accueil et de Crise a ouvert constitué de 4 lits. Cette ouverture a pu se faire grâce à la mutualisation du personnel avec l'équipe des urgences psychiatriques
- Un box d'isolement
- Une infirmerie
- 1 salle d'attente
- 1 petite cour

La même équipe médicale et paramédicale fait fonctionner l'ensemble du service des urgences psychiatriques et du CAC.

Les activités des Urgences Psychiatriques de Tours :

En augmentation régulière depuis plusieurs années, à noter sur le premier semestre 2019 : taux de remplissage du CAC à 140 %...

Le CAC accueille en moyenne 20 patients par jour

### **Prise en charge des adolescents :**

Urgences générales ou Urgences psychiatriques pour les patients de plus de 15 ans et 3 mois

Hospitalisation pour les adolescents à la CPU dans la mesure des places disponibles

Si manque de place transfert de préférence vers un autre service pour les adolescents

Eviter les hospitalisations sur un secteur adultes

Prise en charge pédopsychiatrie en urgence :

Sur Tours les patients sont adressés à l'Hôpital Clocheville

Ils sont pris en charge par un pédopsychiatre de liaison et en cas de besoin d'hospitalisation ils sont orientés soit vers le service adolescent soit vers les services de pédiatrie

### **Les Etablissements privés**

Les établissements privés accueillent les patients connus en circuit court après évaluation par un service de psychiatrie, un psychiatre libéral, un médecin généraliste ou psychiatre de l'équipe.

Les patients arrivés par les urgences psychiatriques peuvent être adressés aux établissements privés si les soins sont consentis et si l'état du patient est compatible avec une hospitalisation libre.

La clinique de Vontes a ouvert des lits de post-urgence pour l'accueil des patients en sortie des services d'urgences et de la réanimation, plus particulièrement avec le service des urgences psychiatriques du CHRU.

Les cliniques du Val de Loire et Ronsard possèdent un HDJ respectivement de 12 places et 30 places

La clinique Ronsard possède une orientation de gérontopsychiatrie

Les cliniques privées ne possèdent pas de service d'urgence ni d'autorisation d'hospitalisation sous contrainte.

### **Permanence des Soins Ambulatoires :**

Permanence des Soins Ambulatoires, Hors Agglomération Tours :

- du lundi au vendredi : 1 médecin mobile pour le nord et un mobile pour le sud du département de 20h à 0h (rien sur le créneau 0h à 8h)
- Samedi matin : aucun moyen officiel.
- Samedi après-midi : idem dimanche et jour férié

- Dimanche et jour férié : 7 secteurs de garde fixe sur le département de 8h à 20h  
1 médecin mobile pour le nord et un sur le sud de 8h à 0h.

Permanence des Soins Ambulatoires Agglomération Tours :

- SOS médecin non dédié uniquement à l'activité SAMU et dont la disponibilité est dépendante de leur activité (consultation et visites). S'ajoute à ce dispositif la maison médicale de garde sur le site de SOS pour des consultations uniquement samedi, dimanche et jour férié (jusqu'à 20h).
- Régulation Médicale SAMU 37 : du lundi au vendredi 1 médecin hospitalier et 1 médecin libéral de 20h à 0h, 1 seul régulateur hospitalier de 0h à 8h
- Samedi, dimanche et jour férié : 1 médecin hospitalier et un médecin libéral de 8h à 0h, 1 seul médecin hospitalier de 0h à 8h

Appels téléphoniques 35 à 40 appels psychiatriques par jour

### **Gestion des urgences psychiatriques par les Médecins Généralistes :**

Difficulté d'évaluation des urgences du fait d'un manque de connaissance du patient

Les patients avec pathologie psychiatrique chronique viennent difficilement au rendez-vous en cabinet, ils sont perdus de vue par le médecin traitant quand ils en ont un.

Lorsque le patient est pris en charge par un secteur de psychiatrie, il ne fréquente plus la consultation médicale du médecin traitant.

Pas de référence clinique de base d'où la difficulté d'évaluer la situation d'urgence pour le patient psychiatrique.

Les MG sont régulièrement sollicités dans des cas de crise de patient psychiatrique (IDE, travailleurs sociaux, tuteur, curateur, entourage). Evaluation difficile à faire lorsque le MG n'est pas le médecin traitant, visite à domicile lorsque c'est possible.

Souvent confronté aux personnes âgées avec un mélange de troubles cognitifs et troubles psychiatriques. Evaluation complexe.

Nécessité d'avoir une évaluation rapide avec les urgences psychiatriques car difficulté d'avoir un interlocuteur médical psychiatre en amont.

Difficultés d'obtenir les coordonnées du secteur qui suit le patient notamment sur la métropole. Lien à faire entre secteur et médecin traitant (compte rendu périodique 2 à 3 fois par an).

Propose des rendez-vous de suivi rapprochés en attendant prise en charge en psychiatrie, rendez-vous avec IDE ou Interne

Identifier la demande du médecin généraliste qui appelle le secteur pour savoir s'il souhaite une évaluation ou un suivi pour le patient

Nécessité de la formation des internes MG en stage en établissement de psychiatrie

Rappel SMS pour les premières consultations rendez-vous de suivi en psychiatrie

Terrain de stage pour éducateurs spécialisés, et tous les intervenants du médico sociaux.



## **Gestion des urgences dans les institutions médico-sociales :**

Les maisonnées : accueil pour adultes autistes 55 résidents temps complet sur différents lieux d'habitation  
Les prises en charge par les pompiers permettent de désamorcer certaines situations de crise

UNAFAM :

Le lien avec le médecin traitant est important pour gérer la crise par un professionnel qui connaît le patient  
Pour les patients qui sont en appartement autonome, le lien avec la famille permet également de limiter le recours aux services d'urgence.

Le voisinage peut faire appel, problème d'identification des causes, les situations se détériorent  
Les urgences psychiatriques prennent le relai dans ces situations critiques

Proximité des ITEP avec le secteur sanitaire :

Médicalisation des prises en charge sociales

Problématique de gestion de la crise clastique : manque de formation des professionnels des ITEP pour éviter et contenir les situations de crise

L'envoi aux urgences a un effet pour contenir la crise

En général dans ces cas, pas d'hospitalisation à suivre, sortie dès le lendemain

Pour les résidents suivis en psychiatrie il existe un soutien du secteur. Le suivi régulier par le service de psychiatrie aide à prévenir les situations de crises et d'urgence

Situation sur le territoire rural :

Mesure d'hospitalisation sous contrainte demandée aux élus par les forces de l'ordre

Les élus qui font cette démarche le font à bonne escient

Se pose parfois la situation de la garde à vue si hétéro agressivité

Demande d'hospitalisation en cas d'auto agressivité

Appel aux forces de l'ordre pour les SPDRE

## **Dispositifs de prévention, de dépistage et de prise en charge du psychotraumatisme :**

- CUMP : cellule d'urgence médico psychologique

La CUMP, unité fonctionnelle rattachée au SAMU, assure la prise en charge médico-psychologique précoce des victimes et des sauveteurs en cas de catastrophes, d'accidents impliquant un grand nombre de victimes ou d'événements susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques. La CUMP intervient dans une temporalité immédiate (sur le terrain) et/ou post-immédiate (différée de quelques jours à plusieurs semaines, jusqu'à un mois). Son objectif principal est de traiter et de prévenir la constitution de séquelles psychiques.

Les CUMP sont organisées en un réseau national comprenant : la CUMP nationale, les CUMP Zonales, les CUMP régionales, les CUMP départementales renforcées, et les CUMP départementales.

Les CUMP départementales fonctionnent sans moyens spécifique dédiés à l'activité (pas de financements).

Les CUMP départementales renforcées, sont désignées par l'ARS sur des territoires stratégiques, et bénéficient de moyens permanents (½ tps psychiatre, ½ tps psychologue ou IDE, et ½ tps secrétariat). Leurs missions comprennent celles des CUMP départementales et apportent une aide à la CUMP régionale sur certaines missions, notamment de formation.

- Centre de référence du Psychotraumatisme ouvert depuis juin 2019

Le CRP, unité de soins ambulatoire, a pour missions : de prendre en charge en ambulatoire les personnes présentant un syndrome de stress post-traumatique (venues spontanément, adressées par leur médecin traitant, par le psychiatre traitant, ou par la CUMP), de repérer et de former les professionnels dans la région, et d'avoir un rôle de recours et d'expertise.

### **Dispositifs de prévention :**

EMLA : équipe mobile Liaison accompagnement

Son rôle est d'évaluer les situations critiques à domicile en lien avec les bailleurs sociaux et d'orienter si besoin vers un dispositif de soins adapté

EMPPE

Equipe mobile précarité

Repérage de personne ayant des troubles psychiatriques dans la rue

Accompagne des patients vers les urgences psychiatriques ou vers les soins ambulatoires

PASS PSY

Personnes sans papier qui n'ont pas d'accès aux soins et problématique sociale

Il peut y avoir des consultations ou avis psychiatrique

### **Les transports**

Les pompiers sont 2 dans la cellule sanitaire contrairement aux ambulances privées.

Les forces de l'ordre ne veulent pas monter dans la cellule sanitaire, les textes sont en évolution et permettraient de faire évoluer la position du SDIS.

Si déplacement des pompiers utilisation de la carence de transport privé avec facturation au CHU

### **Les indicateurs du CHRU de Tours :**

Le taux de suicides est en diminution suivant la tendance nationale

Le taux d'hospitalisation suite passage aux urgences somatiques et psy sur l'ensemble du département

Taux d'hospitalisation directe suite à passage aux urgences psychiatriques de Tours :

Vers le CAC 32,7%

Transferts vers secteurs CHRU 15,54%

Transferts vers autres secteurs 1,3%

Transferts vers clinique privées 2,6%

Retour à domicile 47,47%

Dans les 32,7% certains repartent à domicile, d'autres sont orientés vers les cliniques ou les services de psychiatrie publique

Taux d'appels aux psychiatres pour les urgences somatiques (Chinon, Amboise Château Renault, Loches)

Taux de recours la nuit et période de permanence des soins

Nombre d'appels au 112

Appels SAMU : 12000 appels pour les urgences psychiatriques

Délai d'accès à une première consultation en CMP sur les secteurs de la métropole :

Délai moyen de premier entretien infirmier 8 semaines

Délai moyen de première consultation avec un psychiatre : 22 semaines

Le délai moyen ne reflète pas les délais constatés par secteur pouvant aller de 4 à 16 semaines pour un entretien IDE et de 8 à 22 semaines selon le contexte de pénurie médicale des certains secteurs

Pourcentage des patients hospitalisés sans consentement sur le CHRU de Tours

SPDT : 21 soit 2%

SPDTU : 239 soit 19%

SPRE : 21 soit 2%

SPPI : 30 soit 2%

Soit une moyenne d'une mesure de contrainte par jour nécessitant de détacher un soignant dans le service d'hospitalisation, avec une durée de 1h00 en moyenne et des transferts allant jusqu'à une demi-journée si manque de place sur le CHRU.

80% des patients sont en soins libres

Nombre de patients avec passage multiples aux urgences CHRU :

338 patients sont passés plus de 2 fois aux urgences psychiatriques du CHRU

2907 patients ont effectué 1 ou 2 passages aux urgences psychiatriques du CHRU

Durée d'hospitalisation des patients depuis 10 ans par secteur

Pour tous les secteurs du CHRU, la DMS a évolué de 2015 à 2018 :

- 2018 = 34,4 jours,
- 2017 = 30,2 jours
- 2016 = 31,1 jours
- 2015 = 30,1 jours

### **Les difficultés rencontrées par les professionnels et les usagers :**

Les problèmes rencontrés par les urgences psychiatriques sont :

- Absence chronique de place d'hospitalisation complète sur les secteurs de Tours, et il est très difficile de respecter la sectorisation pour l'hospitalisation.
- Temps perdu à rechercher des places
- Temps passé au téléphone trop important
- Absence de consultations en amont avec un psychiatre, délai de premier rendez-vous avec psychiatre libéral ou accès au CMP
- pas de possibilité de consultations rapides en aval (d'où passage par les urgences) ce qui peut entraîner une demande d'hospitalisation complète, problème de suivi pour les urgences plus modérées.
- Activité de liaison des suicidants dans la tour de Trousseau ajouté sans moyens supplémentaires, activité non programmée qui s'ajoute aux activités non programmées, délai court
- Equipe épuisée, changement de 50% de l'équipe en 2018 et départ de praticien hospitalier

- Impossibilité d'effectuer un travail complet régulier de désamorçage de crise auprès des patients du CAC : l'IDE du CAC est « happé » sur les urgences
- Moments de tension par surcharge de plus en plus importants, taux d'activité au CAC les activités progressent avec des pics d'activité de plus en plus élevés et de plus en plus fréquents

En cas de manque de places pour l'aval des urgences les transferts se font dans la mesure du possible vers les hôpitaux du département CH Chinon, le CHIC Amboise Château Renault, puis vers les départements limitrophes CH de Blois, CH de Vendôme, CHU de Poitiers, ...

La recherche d'une place pour un patient demande souvent plusieurs heures, les patients peuvent alors stagner plusieurs jours dans les urgences, ils dorment alors dans le couloir. Certaines hospitalisations sous contraintes peuvent rester plusieurs jours aux urgences, car il n'y a aucune place dans un rayon de 100 kms, ou qu'il n'y a aucune chambre d'isolement disponible.

Difficultés de saisonnalité avec des besoins croissants de prise en charge de psychiatrie simultanés pour tous les établissements et les professionnels du territoire.

Le CAC qui est un lieu de désamorçage de la crise devient alors un lieu d'hébergement en attendant une place. Par ailleurs le travail de désamorçage de crise qui doit être effectué par les IDE ne peut plus être effectué en raison du nombre importants de patients dans les locaux. Des journées à 30 patients (ayant un trouble aigu) avec 2 IDE de matin, 2 IDE d'après-midi + 1 IDE de coupe (chevauchement d'équipe sur la journée)

Le service n'est pas dimensionné pour recevoir autant de patients, et le nombre de professionnels n'est plus alors suffisant.

Il a été évoqué le manque de place permanent aux urgences, comme des établissements et services saturés. Cependant, lorsqu'une personne retourne à son domicile, les difficultés perdurent et sont remises entre les mains des familles, de l'entourage, des élus et des travailleurs sociaux, des personnes qui n'ont pas les connaissances et compétences nécessaires pour accompagner la personne de la manière la plus adaptée à ses besoins.

Temps passé au téléphone trop important (multiples appels de patients les urgences suppléent en SOS amitié, transmission des coordonnées des urgences transmises aux patients sortants en cas de détresse psychologique, renseignement aux familles, renseignement aux confrères psychiatres et appels des médecins généralistes qui souhaitent une évaluation rapide ou conseils thérapeutiques, appels téléphoniques transférés sur les urgences psychiatriques qui ne devraient pas l'être

A noter, les appels téléphoniques sont nombreux, l'IDE ayant le téléphone doit se réserver à cette activité. Les thèmes des appels sont multiples (avis de collègues, demandes des collègues, recherche de place, renseignements des familles, demandes de médecins, transfert du SAMU, ...)

Les cas sont plus complexes et chronophages pour les équipes d'urgence : intrication des problématiques psychiatriques, somatiques et sociales  
Ajouté au temps lié à l'utilisation de l'informatique, recherche de solution d'aval, prescription et programmation de transport

Passage itératifs de patients identiques aux urgences pour lesquels il n'y a pas de solution de prise en soins.

Les consultations aux urgences ont parfois des demandes qui ne sont pas psychiatriques, mais qui peuvent être sociales, qui arrivent aux urgences psychiatriques car aucune autre solution n'a pu être trouvée en amont.

Lorsque les dispositifs d'hébergement médico-sociaux ferment pour les weekends et vacances, les familles font appel aux urgences lors de situation de crise.

Cela nécessite une évaluation par un médecin psychiatre des urgences alors que la situation n'est pas psychiatrique.

### **Difficultés rencontrées par le SAMU**

Bilan et évolution de la couverture ambulatoire du territoire :

La couverture du département est compliquée en ce qui concerne les visites avec un seul médecin volant pour chacun des secteurs nord et sud entraînant des envois d'ambulance par défaut de disponibilité (secteur trop vaste).

Pour Tours et Agglomération, la disponibilité de SOS médecin est dépendante de leur activité propre ; le SAMU ne dispose pas actuellement d'effecteur libéral dédié pour ce secteur. Enfin, en matière de Régulation Médicale, nous avons une activité nécessitant la présence de 3 Régulateurs médicaux sur certains créneaux horaires notamment samedi, dimanche et jour férié en journée (combien en ont-ils réellement).

D'autre part l'absence de système de téléphonie avancée et un logiciel de régulation obsolète pénalisent notre activité.

Les problématiques de transport sur le territoire, pour les personnes agitées :

Le SDIS refuse cette mission et demande à transférer cette activité aux ambulances privées.

Pour ce qui est de la prise en charge des patients dits "agités/opposants", le SDIS 37 a clairement exprimé son opposition récemment de façon unilatérale sans concertation préalable contrairement à la convention tripartite.

Cette prise de position a entraîné des incompréhensions des différents acteurs. Une discussion est en cours sous couvert préfectoral pour trouver une solution commune.

Parallèlement, les forces de l'ordre sont intégrées dans ces discussions et accepteraient dans certaines situations de monter dans les VSAV mais pas dans les Ambulances Privées.

Une solution devrait aboutir avant la fin de l'année.

Les sorties précoces d'hospitalisation entraînent des difficultés par la suite et de nouveaux passages aux urgences.

Médecin de ville : difficulté d'avoir des rendez-vous rapides chez un psychiatre.

Difficulté de convaincre le patient pour entrer dans un parcours de soins psychiatrique.

Difficulté à évaluer une urgence pour un patient psychiatrique connu, suivi par le secteur : le médecin perd le patient pris en charge sur le secteur et est amené à le voir ponctuellement dans des situations de crise sans connaître l'état clinique de base du patient

Difficulté à connaître le secteur psychiatrique du patient et manque un lien entre le secteur et le médecin généraliste

Manque de formation en psychiatrie des médecins généralistes

## **Prise en charge du psychotraumatisme :**

La problématique à ce jour est que l'Indre-et-Loire n'a pas été désignée comme siège de CUMP renforcée. Pourtant la région Centre est étendue géographiquement et bipolarisée sur un axe Nord-Est / Sud-Ouest par Orléans et Tours, avec des besoins de soutiens interventionnels et de formation dans les différents départements, et plus spécifiquement, le département 37 comporte de nombreux sites à risque (9 sites Seveso seuil haut, centrale nucléaire de Chinon), nœud ferroviaire (LGV et axe vers ouest) et autoroutier (A10, A85, A28), un aéroport, et de multiples sites touristiques.

## **Aggravation de la situation :**

Carence médicale : réforme de l'internat qui agit sur les stages, la 4<sup>ème</sup> année est prévue pour des stages dans des territoires éloignés et isolés pour combler le déficit de ces territoires (chiffres à récupérer) d'où les premiers semestres restant sur le CHU ce qui aggrave le déficit médical.

Les praticiens hospitaliers quittent l'Hôpital et difficultés de recrutement de recrutement.

Les infirmiers d'un service ne peuvent pas se déplacer pour rechercher un patient qui est sorti à l'insu de l'équipe, problème de responsabilité.

## **Propositions :**

- Pas de fermeture de lits sans possibilité de pouvoir s'organiser autrement avec les moyens humains nécessaires
- Mettre à flot le personnel ide des urgences, et du CAC, et médical, de par l'augmentation de l'activité
- Avoir en plus des temps infirmiers supplémentaires qui pourraient si cela était nécessaire du moins en journée accompagner l'équipe du SAMU sur les patients décompensant sur le plan psychiatrique
- Augmenter les possibilités de consultations avec un psychiatre en CMP
- Créer un poste de veille sanitaire qui aurait sur le département l'état des places disponibles, privés, publics et chambre d'isolement (cela limiterait le temps perdu à chercher des places)
- Mettre en place une consultation de premier recours qui permettrait de proposer une consultation rapide, dans les 8 jours aux patients adressés par un médecin traitant, cela permettrait de donner un avis thérapeutique au médecin par exemple afin que le patient puisse attendre son rendez-vous avec un psychiatre
- A cela, un médecin coordonnateur pourrait au téléphone, trier, orienter et conseiller pour les soins
- Plus une équipe mobile, IDE, médecins qui pourrait se déplacer sur des situations se détériorant (mais qui ne sont pas urgentes) dans tout le département afin d'évaluer la situation et d'amener le patient vers les soins progressivement si cela était nécessaire. Cela se ferait en collaboration avec l'EMLA°
- Nécessité d'avoir le temps médical suffisant pour développer une consultation axée sur les idées suicidaires et la consultation post-urgences pour les patients ayant des idées suicidaires (elle n'existe actuellement que pour les suicidants)
- Développement de vigilan's

En matière d'évolution, une discussion est en cours au niveau CODAMU pour un effecteur médical dédié sur Tours et Agglomération. Une réflexion est également en cours pour l'acquisition d'un nouveau Logiciel de Régulation et d'une téléphonie avancée.

Travail avec les généralistes pour un meilleur adressage

## Programme de formation premier secours en santé mentale

L'UNAFAM national, associé avec INFIPP et Santé mentale France, s'organisent pour construire une formation de formateurs, pour les soins de premiers secours en santé mentale en France.

Des premières personnes ont été formées en 2018 et ont rédigé le guide de référence français, pour qu'ensuite en 2019, de nouvelles personnes puissent être formées : des aidants dans les régions pilotes, des étudiants grâce à leur cursus de formation et le grand public, dans le but d'avoir ainsi un impact sur les représentations et les comportements.

<http://www.unafam.org/Formation-Premiers-Secours-en.html>

### **Points forts relevés par le groupe de travail :**

---

Mise en place de vigilan's (apporter une annexe descriptive)

Projet sur le territoire de Tours puis diffusion sur les autres territoires du département

Ce qui est déjà fait par le service des urgences du CHRU : Rappel des suicidants en sortie des urgences, le patient part avec une carte pour rappel entre 10h et 18h

Pour entrer dans ce dispositif, il faut que le patient ait fait 1 tentative de suicide et être passé par un service d'urgences

Rappel à 10-12 jours puis à 6 mois

Objectif de coordination des professionnels, remettre le patient dans le soin s'il en sort

Projet d'associer les médecins traitants pour intégrer un patient dans le processus vigilance

Dispositif de prévention :

Conseil médical spécialisé pour les médecins généralistes, définition de protocoles conduites à tenir, feuilles de route

Veille téléphonique possible

Objectif réduire les demandes d'ambulatoire

Filtre des demandes des généralistes pour mieux répondre et limiter les adressages aux urgences

Ce qui est déjà existant en termes de formation ARS, déléguée et portée par VIES37 :

Prévention du suicide depuis plus de 18 ans : formation ROCS qui s'adresse à tous les professionnels de santé et du secteur médico-social

Cette formation doit être transformée en 3 modules :

- Module intervention de crise pour les professionnels de psychiatrie
- Module d'évaluation pour tout public confondu des professionnels de santé et du secteur médico-social
- Module sentinelle pour les non-professionnels de santé

Intégrer ces formations dans les projets institutionnels sur le territoire

### **Accès DMP**

Travail pour que les patients déclarent un médecin traitant.

Besoins de développer les consultations rapides

La prévention est aussi améliorée par les dispositifs d'aval

Les CMP sont au cœur de la prévention ainsi que les psychiatres libéraux qui assurent le suivi des patients.

Rôle à jouer du grand public : Dr DUBOIS CARMAGNAT présente la formation des sentinelles sur le territoire qui est une orientation nationale. Ce dispositif existe pour le risque suicidaire

Présence du CMP à la CLS de Loches pour conseiller et évaluer les situations avec les travailleurs sociaux.

Moyen de repérage de la maladie mentale => concevoir un dispositif de consultation en amont

Avoir des référents pour améliorer le suivi

**Proposition d'amélioration pour la gestion des cas d'urgence par les médecins généralistes :**

- Possibilité d'avoir recours à une équipe mobile de psychiatrie sur demande du MG
- Avoir un outil informatique qui donne le secteur du patient en entrant son adresse (en construction par le CHRU)
- Accompagnement des patients par les IDE de secteur pour suivi somatique des patients chroniques.
- Ces patients devraient avoir un lien régulier avec le MG qui peut être sollicité lors des situations de crise
- Formation des MG à l'évaluation du risque suicidaire
- Formation des professionnels médico-sociaux et sociaux

Certains CMP proposent des rendez-vous d'évaluation rapides et peuvent donner des conseils aux MG.



## **Présentation du Groupe de travail et de sa méthode de travail**

---

- **Mme ANDRE Emmanuelle** – Accueil de jour & PFR AGEVIE
- **Dr BARBE Pierre-Guillaume** – Psychiatre - Praticien Hospitalier au C.H.R.U. de Tours
- **Mme CHABANNE Catherine** – UNAFAM37
- **Mme CHAMPEIL Nathalie** – Responsable Relais Cajou - Plateforme de répit Bulle d'air à la Mutualité Française Centre-Val de Loire VYV Care
- **Mme CHEREAU Laetitia** – Chef de projet santé et politiques sociales de la Communauté de communes Loches Sud Touraine
- **M. CHEVILLON Sébastien** – Directeur de l'Association tutélaire d'Indre-et-Loire (ATIL)
- **Mme DUVERGER Sylvie** – I.D.E. - Pôle Psychiatrie au C.H.R.U. de Tours
- **Mme FERNANDEZ Carole** – Cadre Supérieure Socio-éducatif au C.H.R.U. de Tours
- **Mme GILLET Claudine** – Responsable de service à l'UDAF 37
- **Mme HERMELIN Clarisse** – Coordinatrice CLSM de la Métropole Tourangelle
- **Mme KOLUCH Delphine** – Adjoint des cadres / Soins sans consentement - Pôle Psychiatrie au C.H.R.U. de Tours
- **Mme LAUMONIER Nelly** – Coordinatrice PFR AGEVIE
- **M. LE PAGE Éric** – Entraide et Solidarité
- **M. LORILLEUX SAMUEL** – Responsable de service à l'UDAF 37
- **Médiateur République**
- **Mme MEPLAUX Véronique** – Cadre supérieur - Pôle Psychiatrie au C.H.R.U. de Tours
- **Mme MOREAU Nathalie** – Médiatrice au CPAM d'Indre-et-Loire
- **Mme OSU Dominique** – Directrice coordonnatrice du GHT TVL
- **Mme PAILLARD Charlotte** – Responsable du service Mineurs Non Accompagnés (MNA)
- **Mme SAULNIER Chloé** – Mutualité Française Centre-Val de Loire
- **SESSAD Trisomie 21**

Le groupe s'est réuni deux fois. Une première rencontre a permis d'arrêter la méthodologie qui a reposé sur la mise en commun d'un document de base reprenant les différents thèmes à analyser dans le cadre du PTSM concernant la promotion des droits, empowerment, et la lutte contre la stigmatisation. Un tableau que vous trouverez en annexe a été complété par les différents membres du groupe proposant face à chaque thématique des modalités pour renseigner le diagnostic territorial. C'est l'ensemble des membres du groupe à qui il a été proposé de renseigner ce tableau.

Parallèlement, il a été décidé en accord avec le comité de pilotage, de mettre en place trois questionnaires. Le temps du diagnostic territorial du PTSM étant vraiment un temps de dialogue et de partage qui doit amener l'ensemble des contributeurs y compris les usagers et surtout les usagers à témoigner de leurs sentiments et besoins. Les résultats de ces enquêtes n'ont pas pour but d'établir des données statistiques précises sur la prise

en charge des personnes atteintes de troubles psychiques en Indre-et-Loire mais ils seront utilisés pour compléter et surtout donner la parole aux usagers souffrant de pathologies psychiques, à leurs proches et aux professionnels les prenant en charge.

Madame Chabanne, représentant l'UNAFAM, ainsi que Madame Osu, Directrice Coordonnatrice du GHT, accompagnées par Madame Colas, responsable territorial et chargée de mission à la FRAPS, se sont réunies à de nombreuses reprises, aidées par une stagiaire en sciences politiques, et ont pu proposer pour une phase test les trois questionnaires :

- Un questionnaire usagers : premier questionnaire qui a été adressé très largement à l'ensemble des partenaires connus. Les personnes à interroger sont des personnes majeures diagnostiquées souffrant de troubles psychiques, c'est-à-dire de schizophrénie, de troubles bipolaires, de dépression sévère ou d'addictions, qu'elles aient un handicap psychique ou non. L'entretien doit être réalisé par un professionnel de santé ou un accompagnateur qui n'est pas le référent de la personne interrogée mais en qui elle peut avoir confiance : cette étude a pour objectif de donner la parole aux personnes atteintes de troubles psychiques pour qu'elles fassent part de leur vécu et leurs attentes. Cette parole doit être respectée, en cela il faut bien entendu leur signifier que cet entretien est et restera confidentiel. Il est essentiel de préserver l'anonymat et la confidentialité de la personne interrogée. La personne qui réalise l'entretien doit avoir des connaissances sur les troubles psychiques. Les formulations proposées doivent permettre une homogénéité dans le traitement de cette enquête. Il est possible de reformuler autant que nécessaire de manière à être le plus explicite possible pour l'utilisateur. Le questionnaire est composé de six sections.
- Un questionnaire aidants : On considère pour ce questionnaire comme aidant : la famille, les proches (connaissances ou amis). Il ne s'agit pas d'aidants professionnels. Ce questionnaire pouvait être renseigné directement en ligne ou sous format papier. Il a été largement diffusé auprès des adhérents de l'Association famille/usager et d'autres partenaires.
- Le troisième questionnaire concernait les structures : destiné aux professionnels uniquement. Ce questionnaire est générique. Certaines parties ne concernent que certaines structures mais c'est indiqué au fil de l'eau et du questionnaire qui est à renseigner en ligne. Il doit être rempli en équipe lors d'un staff ou d'une rencontre de l'équipe organisée à cet effet. Les réponses renseignées doivent représenter l'avis de l'ensemble des personnes présentes lors du staff.

Au final, ont été recueillis 50 questionnaires usagers, 61 concernant les aidants, et 46 les structures. Ces chiffres permettent une analyse menée par un petit groupe resserré composé de Madame le Dr Perrain, Madame Dubois de l'ARS, Monsieur Oréal, Madame Colas, et Mesdames Chabanne et Osu.

Les résultats de cette analyse sont portés à la connaissance des différents groupes.

Thèmes	Proposition modalités de diagnostic	Proposition d'actions
<p><b>Implication des personnes, de leurs proches et des familles dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement</b></p>	<p>Il est important de relayer les témoignages de famille proche qui témoignent lors de groupes de paroles ou lors de thérapie familiale.</p> <p>Pour l'<b>Association famille/usager</b>, parmi les 57 familles accueillies en 2018, il y a très peu de témoignage validant l'implication des familles dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins.</p> <p>Les questionnaires envoyés aux aidants et renseignés par les usagers permettent de compléter ce thème.</p> <p>On note très souvent des situations difficiles en ce qui concerne les soins sous-contraintes car les familles signent la demande d'hospitalisation, ce qui rend le retour dans les familles très difficiles.</p> <p>Cet état des lieux pourrait être complété au premier semestre 2020 par l'interview 3 à 4 psychiatres concernant l'association des familles aux soins.</p> <p>On note encore des blocages entre l'équipe soignante, le patient et l'aidant.</p> <p>Il faut faciliter l'alliance thérapeutique.</p>	<p>Proposition : projet test entre l'équipe sanitaire d'un établissement et une association de familles (UNAFAM) pour une information systématique aux familles de l'existence d'associations d'aidants afin de contribuer à une meilleure alliance thérapeutique usager/soignant/famille quand nécessaire.</p>

<p>Accès à l'éducation thérapeutique</p>	<p>Les différents établissements du sanitaire ont été interrogés quant à leurs offres d'Education Thérapeutique du Patient (ETP).</p> <p><b>Clinique de Vontes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ETP Psychoéducation : objectif connaitre la maladie Bipolaire</li> <li>- ETP Syndrome métabolique : objectif prévenir l'apparition du syndrome métabolique</li> <li>- ETP dépression du sujet âgé : objectif connaitre la dépression du sujet âgé</li> <li>- ETP Benzodiazépine : objectif : proposer des stratégies pour faciliter l'arrêt des benzodiazépines</li> </ul> <p><b>La Confluence :</b> Éducation et motivation à l'hygiène bucco-dentaire, USLD psy.</p> <p><b>HDJ PSY D CHU Tours :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe métacognition schizophrénie</li> <li>- Groupe métacognition boderline</li> <li>- Groupe psychoéducation tabac</li> <li>- Groupe psychoéducation cannabis</li> <li>- Groupe psychoéducation des troubles du sommeil dans la schizophrénie (fait l'objet lettre d'intention PHRC)</li> <li>- Groupe ETP schizophrénie (labellisé ARS)</li> <li>- Groupe profamille (refus de labellisation, labellisation dans certaines régions)</li> <li>- Groupe psychoéducation bipolaire (CPU)</li> <li>- Groupe michael's games</li> <li>- Groupe psychoéducation diététique pour des sujets jeunes</li> </ul> <p><b>Des formations professionnelles</b> délivrées par l'Organisme de formation de l'UNAFAM National, sont proposées aux professionnels du médico-social et social.</p>	<p>Mise en place de la coordination départementale ETP (CLET37)</p> <p>Dans ce cadre, proposition de développer en santé mentale une offre ETP en ville.</p>
--	--	--

	<p><u>Accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.</u>  <i>Approches des maladies et du handicap psychique, accompagnement</i></p> <p><u>Accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap psychique.</u> SAVS</p>	
<p><b>Modalités d'appui aux proches et aux familles dans leur rôle d'aidants de proximité</b></p>	<p>Liste des actions proposées aux proches et aux familles dans leur rôle d'aidant de proximité.</p> <p>Concernant l'<b>Association famille/usager en Indre et Loire</b> :</p> <p><u>Accueil des familles</u> sur rendez-vous à Tours, Château-Renault, Amboise (Chinon, en cours de création) par deux bénévoles formés à l'accueil.  Les bénévoles bénéficient de 3 supervisions par an et une journée régionale par an.  Promouvoir le rôle de l'Association famille/usager.  Il faut communiquer de manière ciblée sur l'accueil au sein de groupes de travail et lutter pour la déstigmatisation.</p> <p><u>2 groupes de parole mensuels</u> animés par des professionnels.</p> <p>« Atelier d'Entraide Prospect » soutenu financièrement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).  2 bénévoles formés animent un atelier de 3 jours consécutifs réunissant une quinzaine de familles. Ou comment faire face, dans la durée, à la maladie psychique d'un proche ? Un grand succès pour cet atelier. Peut-être faut-il former plus de formateur.</p> <p>« Journée d'Informations sur les troubles Psychiques » animée</p>	<p>Comment l'information de l'existence d'accueil aux familles, d'atelier d'entraide, de journées d'informations sur les troubles psychiques, sur les troubles de comportements de l'enfant et de l'adolescent, de la dépression résistante, etc. peut être relayée par les équipes de secteur, le médico-social et tous les partenaires du médico-social ?</p> <p>Mettre en place un CLSM dans tous les CLS.</p> <p>Favoriser l'étude de cas complexes à l'intérieur des CLSM (comme cela est mis en place sur le territoire du lochois) certainement en lien avec la PTA.</p>

par un professionnel (psychologue clinicien.ne et un.e bénévole formé.e). Informations sur les troubles psychiques et sur les structures sanitaires, médico-sociales et sociales de **l'Indre et Loire**. Des besoins certainement complémentaires.

**Actions possibles à l'Association famille/usager mais dans d'autres départements...**

*Toutes ces journées sont gratuites, elles sont animées par un professionnel du soin et un bénévole formé.*

« Troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent ».

Mieux connaître le développement psychique de l'enfant et de l'ado. A quel professionnel s'adresser et comment le faire ?

« Troubles du comportement et parcours scolaire ». Dispositifs

de soutien et d'accompagnement proposés par le système scolaire. Parcours alternatifs et choix d'orientation.

« Journée d'Informations sur la dépression résistante ».

Explication sur une forme particulière de dépression, comment aider au mieux son proche et se préserver ?

Un référent national à l'Association famille/usager. Comment accompagner ou aider les proches ou familles de personnes incarcérées ayant des troubles psychiques.

CLS 2 Loches Sud Touraine : une Fiche Action « Soutien des aidants » portée par Familles Rurales – Mise en place de cafés des aidants.

CLS 1 Loches Sud Touraine : Partenariat EHPAD pour la constitution du GCMS (Groupement de Coopération Médico-Sociale) et l'ouverture de Marjolaine au Grand Pressigny.

Groupe de parole famille/aidants CPU PSY D.

Groupe d'accompagnement des familles en pédopsychiatrie.

ADAPEI (Association départementale de parents et amis de

	personnes handicapées mentales) est en train de former tous ses professionnels.	
<b>Modalités d'entraide par les pairs, tels que les groupes d'entraide mutuelle</b>	<p><b>GEM 37</b> : ouverture d'une antenne GEM 37 sur Loches et une sur Descartes.</p> <p><b>Les pairs aidants</b> : projet de développement dans le 37 : une jeune femme actuellement suit le Diplôme Universitaire à Lyon.</p>	<p>Comment promouvoir les GEM à la sortie d'hospitalisation.</p> <p>Intégration d'un pair aidant dans une équipe de secteur.</p>
<b>Modalités d'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits et l'accès aux droits</b>	<p>Charte du patient hospitalisé – Livret d'accueil</p> <p>Loi de 2002 sur les droits des patients : accès au dossier médical. Désignation Personne de confiance.</p> <p>Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 modifiée Loi 27.9.2013 : notification au patient des arrêtés pris, et décisions, charte de l'utilisateur en Santé Mentale.</p> <p>La protection juridique des majeurs.</p> <p>Signature d'un contrat de séjour (ESMS).</p> <p>Saisie de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP).</p> <p>Existence Comité des Usagers, associations partenaires, Espace Usagers, ou CVS (Conseil de la Vie Sociale) qui donnent de l'Information.</p> <p>Confidentialité des informations (code déontologie, arrêt de la cour de cassation du 25 mai 2013 (une personne hospitalisée pour troubles mentaux en psychiatrie : même droits que tout</p>	<p>Repérer ce qui existe comme documents faciles et lisibles sur les droits et accès aux droits des usagers et de leur proche dans d'autres régions (par exemple Sainte Anne a créé des documents qui font références, le Psycom...) et si nécessaire, créer de nouveaux documents en partenariat avec des usagers, familles, magistrat (CDSP), soignants...</p>

	<p>patient quelle que soit la pathologie).</p> <p>Droit à une vie sexuelle (art. 8 de la Convention Européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.</p> <p>Art 9 Code Civil. L3211-3 CSP</p> <p>Droits en psychiatrie de « Psycom ».</p> <p>Désignation d'une personne de confiance.</p>	
<p><b>Actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et l'information du grand public sur la santé mentale (SISM, actions des CLSM ou coordinations de santé mentale du territoire, UNAFAM...</b></p>	<p>Travail initié dans le cadre des CLSM.</p> <p><b>SISM</b> (Semaines d'Informations Sur les Troubles Psychiques) Collectif constitué des partenaires suivants : GEM 37, l'UNAFAM 37, la MFCVL, CHRU de Tours, la Ville de Tours, la MGEN, la FRAPS et la FEHAP.</p> <p>Chaque année en mars, un thème est choisi par le collectif national.</p> <p>Le collectif 37 organise :</p> <p><u>Un événement grand public,</u></p> <p><u>Une matinée destinée aux professionnels,</u></p> <p><u>Un ciné-débat</u> sur deux sites (les Studio et Descartes)</p> <p><b>Psycyclette</b> : 6<sup>e</sup> édition. Faire participer des personnes vivant avec des troubles psychiques, des soignants, des bénévoles de l'UNAFAM et des cyclotouristes avertis à une randonnée cyclotouriste de 1.500 km pour lutter contre les idées reçues.</p> <p><b><u>Travail initié dans le cadre des CLSM.</u></b></p> <p><b>CLS Loches Sud Touraine :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Construction et diffusion d'une plaquette « Sur le chemin de la santé mentale » à destination des professionnels et</li> </ul>	<p>Action de formation « Premier Secours en Santé Mentale » formation développée en 2019 (IFIPP, Santé Mentale France et Unafam)</p> <p>Proposition d'un partenariat entre les services de communication des CHU, MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), ATIL (Association Tutélaire d'Indre et Loire), UDAF (Union Départementale des Associations Familiales), ATIL, UDAF... pour communiquer sur le handicap psychiques (par exemple projet de micro-scénettes à diffuser largement chez les professionnels et le grand public).</p>



	<p>bénévoles accueillant du public</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 3 à 4 réunions par an depuis 2013 permettant échanges, réflexions et interconnaissances entre professionnels</li><li>- Mise à jour régulière d'un annuaire en santé mentale sur le territoire</li><li>- Accueil de la journée départementale de santé mentale organisée par VIES 37 une année</li><li>- Organisation une formation en santé mentale en 2017</li><li>- Construction d'un annuaire à destination des agriculteurs et exploitants</li><li>- Participation à la SISM (Semaine d'informations de la santé mentale) 2019 : financement d'un vidéaste pour conserver les interventions de la matinée du 30/03 à Tours pour organiser des débats sur le territoire par la suite + Organisation par GEM 37 d'un ciné débat à Descartes.</li></ul>	
--	---	--

### Présentation du Groupe de travail :

---

En premier lieu, il a été décidé de réaliser un travail de recherche documentaire sur les concepts et les données disponibles autour de la prévention et de la promotion en santé mentale afin d'obtenir un langage et une culture commune entre les acteurs amenés à intervenir pour la prévention et la promotion de la santé mentale.

Ce travail de recherche documentaire a été réalisé par les membres du GT et a permis la production d'un **document de synthèse** (cf. Annexe). Les recherches ont été orientées sur :

- Des définitions des principes et concepts en promotion de la santé mentale et de ses déterminants,
- Des données déjà connues, en identifiant les données probantes (SIPrev : <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante> ),
- Les recommandations OMS,
- Des documents de références sur les stratégies en place ou à mettre en œuvre (Programme pluriannuel psychiatrie et santé mentale 2018-2023, PRS, PRAPS, PTS),
- Un listing des acteurs de prévention sur le département d'Indre-et-Loire, les réseaux, expérimentations,

En second lieu, les contours des axes d'amélioration à proposer par le groupe de travail, au regard des autres groupes de travail existants (GT 1 et 5), ont été proposés pour ne pas faire doublon.

Nous avons choisi d'orienter nos réflexions sur les **milieux de vie** dans lesquels gravite la population générale et dans un objectif d'**universalisme proportionné** nous avons choisi de nous interroger particulièrement sur les milieux de vie où les personnes vulnérables sont les plus présentes. Ainsi, les **milieux de vie** tels que ceux de l'éducation, de garde d'enfants (tout mode confondu), des types de logements/ hébergements, communautés, du travail, famille, de santé au travail ont retenus notre attention.

De la même façon, nous avons identifiées **certaines populations** comme particulièrement vulnérables tels que les aidants, les usagers, mais aussi des **périodes de vie** pouvant être sources de vulnérabilité tels que la parentalité, séparation, deuil, accident de la vie, perte d'emploi, perte d'autonomie, déménagement, retraite, ...

Ces populations, ces milieux de vie et ces périodes devant être les cibles de l'amélioration des déterminants de santé mentale que nous avons identifiés par notre premier travail de synthèse, les professionnels des structures identifiées sur le territoire ont été sollicités pour intégrer le GT, en participant notamment à des entretiens individuels visant à l'identification des freins et des leviers d'actions par les acteurs eux-mêmes.

Aussi, des **territoires prioritaires** ayant fait leurs diagnostics ont aussi été sollicités : quartiers prioritaires de la ville, contrats locaux de santé, conseil local en santé mentale de la métropole tourangelle.

Par conséquent, ont été invités à rejoindre le groupe de travail des Représentants d'usagers, des professionnels de santé (hospitaliers et libéraux), des professionnels médico-sociaux, des professionnels sociaux et des institutions pour établir des pistes de réflexions sur les axes d'amélioration possibles et atteignables.

## Constitution du Groupe de travail :

---

### Composition des personnes ayant contribué au groupe de travail 6 :

- UNAFAM 37, Mme Chabanne
- COPEX (DDCS 37), Mme Baudoin
- CPTS O'Tours, Mme Bauduin
- Mission locale, Mme Sochon
- Préfecture QPV (Quartiers Prioritaires Politiques de la Ville), Mme Marianne
- Education Nationale, Dr Lary
- GHT, Dr Ledorze, Pédiopsychiatre
- Service de Santé Universitaire (SSU), Dr Arnault
- SOLIHA (SOLIDaires pour l'HABitat) / FICOSIL (Filiale Immobilière Commune des Organismes Sociaux d'Indre et Loire), Mme Picard, M. Fleury
- MFCVL, pôle handicap psychique, Mme Saulnier
- Enfance et pluriel, M. Borel
- Service PPS de la PJJ, Mme Gueguen
- APST 37 (Association de Prévention de Santé au Travail), Dr Merle
- CLCV (Consommation, Logement et Cadre de Vie), M. Meilleur et Mme Février
- Union Fédérale des Consommateurs (UFC) Que Choisir, Mme Charbonnier
- Conseil Départemental (Direction Prévention Petite Enfance), Mme Gouin
- DIRECCTE 37 (Plan Local d'Insertion des Travailleurs Handicapés - PLITH 37), M. Sehki
- Interface
- CLS Pays Loire Nature, Mme Debon
- CLS Pays Loches Sud Touraine, Mme Chéreau
- CLSM Métropole Tourangelle, Mme Hermelin
- Obin ' Tours, Mme Chevallier

### Calendrier du GT 6

Une recherche bibliographique et de données probantes en prévention promotion de la santé mentale.

Un document de synthèse réalisé en amont par le pilote (mai 2019) pour un langage commun.

Seize rencontres individuelles : 16 fiches synthétiques de points forts/faibles et priorités réalisées par le pilote (juin/juillet 2019).

Deux réunions collectives organisées et animées par le pilote (septembre et décembre 2019) : 2 comptes rendus validés.

Echanges mails et téléphoniques réguliers.

Participations du pilote aux COPIL du PTSM37.

Travaux de synthèse (décembre 2019, janvier et février 2020).

Création d'une base de données commune par le pilote ; tous les documents du GT sont accessibles en ligne : page web du GT (<https://drive.google.com/drive/folders/1aSX50dWlyM3fFs5GaVKN55KoAjKxAdTs> ).

## Travail 1 / Recherche documentaire : Points clés

### 1/ représentations

Les représentations de la santé mentale restent stigmatisante et médico centrées <sup>1</sup> (psychiatrie). 2 Français sur 5 associent les maladies mentales à la folie. Les Français émettent des réserves sur la capacité des malades à s'intégrer en société. Une majorité des Français se déclare affectée par les maladies mentales<sup>2</sup> (58%). Ils ne maîtrisent pas le sujet mais sont conscients de leur manque d'information. Les maladies mentales sont confondues avec les maladies neurologiques

Nous bénéficions cependant d'une grande connaissance des facteurs de protection et de vulnérabilité en santé mentale (recherche et neurosciences)<sup>3</sup>

La création d'un Conseil de déontologie journalistique et de médiation <sup>4</sup>est en cours et une opportunité pour travailler ces représentations.

Selon les données démographiques du territoire les jeunes et personnes âgées sont nombreux.

En effet, 30% de la population aura plus de 60 ans en 2040 en Indre-et-Loire

Le département compte actuellement presque un quart des moins de 20 ans de la région avec 145 698 personnes qui représentent 24,1% de la population départementale

---

<sup>1</sup> [Sondage Insoq](#) pour FondaMental et Klesia 2014, Rapport Gollac

<sup>2</sup> Schizophrénie, Paranoïa, Anorexie mentale, Troubles obsessionnels compulsifs (TOC), Maladies maniaco-dépressives/bipolarité, Autisme, Phobies et troubles anxieux, Dépression.

<sup>3</sup> <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/>

<sup>4</sup> <https://www.odj.media/> ; <https://www.franceculture.fr/emissions/la-fabrique-mediatique/conseil-de-deontologie-journalistique-un-tribunal-pour-la-presse>

## 2/ stratégies intersectorielles à mettre en œuvre

« La promotion de la santé mentale repose pour une large part sur des stratégies intersectorielles. Parmi les moyens concrets propres à favoriser la santé mentale, on peut citer :

- les interventions dans la petite enfance (p. ex. visites à domicile pour les femmes enceintes, activités psychosociales avant la scolarisation, interventions combinant aide nutritionnelle et aide psychosociale à l'intention des populations défavorisées) ; (...)
- accompagnement social des personnes âgées (p. ex. initiatives visant à favoriser les contacts amicaux, centres communautaires de jour pour les aînés) ;
- programmes à l'intention des groupes vulnérables, notamment les minorités, les populations autochtones, les migrants et les victimes de conflits et de catastrophes (p. ex. interventions psychosociales au lendemain de catastrophes) ;(...)
- interventions en santé mentale sur le lieu de travail (p. ex. programmes de prévention du stress); politiques du logement (p. ex. amélioration du logement); programmes de prévention de la violence (p. ex. réduire l'accessibilité de l'alcool et des armes);(...)<sup>5</sup>

**Les déterminants sociaux sont prioritaires en santé mentale**

Les leviers connus sont :  
utiliser des données probantes  
développer au plus tôt les compétences psychosociales de façon proportionnée  
réduire les inégalités sociales de santé,  
« communiquer pour tous » : médiation/ interprétariat en santé

### Les PRS en faveur de la santé mentale

*Objectifs opérationnel n°4* : Donner à chacun les moyens de prendre en compte et de piloter son capital-santé (développement des CPS et de la littératie en santé)

Populations identifiées : Femmes enceintes/ jeunes parents/enfants de moins de 3 ans/enfants

En milieu scolaire, le parcours éducatif de santé ; L'aller vers les plus fragiles, les plus éloignés

*Objectifs opérationnel n°5* : préserver une équité de chances en matière de prévention

Faire évoluer les comportements face à un risque potentiel

La réduction des risques (autonomie, solidarité, confidentialité, justice)

Promotion de l'activité physique comme facteur de protection de la santé

Formations initiales et continues transdisciplinaire

*Objectifs opérationnel n°8* : prévenir les situations de rupture des personnes les plus

Éloignées du système de santé

*Objectifs opérationnel n°14* : favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale

*Objectifs opérationnel n°48* : développer le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques

*Objectifs opérationnel n°49* : promouvoir un parcours de santé et de vie faisant du lieu de

Vie le centre des prises en charge et des accompagnements

### PRAPS

Taux de pauvreté en Indre-et-Loire en 2016 <sup>6</sup>: 12.8%

*Personnes vulnérables* : personnes caractérisées par des désavantages majeurs en termes de revenus, de logement, d'emploi, d'utilisation des services, de lien social, etc... il s'agit notamment des personnes sans domicile fixe, en recherche de travail, vivant dans un habitat dégradé, migrantes, placées sous-main de justice, sous tutelle, en situation de handicap, gens du voyages, femmes en situation de précarité par exemple...

<sup>5</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>; cf. Annexes 1 et 2

<sup>6</sup> INSEE

### 3/ contexte en région et en département

#### Actions de prévention en faveur de la santé mentale mis en œuvre sur le département d'Indre-et-Loire

Programme de formations à la prévention du suicide

Programmes de développement des CPS

Formation des acteurs aux CPS

Programmes d'ETP

Projet d'actions contre la stigmatisation des problèmes de santé mentale (GT 5)

Projet « Stop Blues » porté par l'INSERM en lien avec le CLSM Métropole tourangelle

#### Hébergement/logement

50 040 logements sociaux

787 places d'hébergement social

1155 places en logement accompagné

Nombre d'allocataires de l'aide personnalisée au logement (APL) et de l'allocation de logement à caractère social sont supérieures au national et à la région

Plan logement d'abord : accès direct au logement avec un accompagnement social et médical adapté aux besoins des personnes (un "chez soi d'abord").

Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD)

#### Familles

Source : Portraits social CAF Touraine Août 2018

119 183 allocataires CAF Touraine

Proportion importante de personnes isolées (48 % contre 41 % au niveau national).

12 360 étudiants bénéficient d'une aide, soit 10 % de l'ensemble des allocataires.

36 700 foyers allocataires vivent sous le seuil de bas revenus avec un niveau de vie inférieur à 1 052 €

L'offre des assistants maternels couvre les ¾ des places.

449 Allocataires consacrent au moins 40 % de leurs revenus au paiement du loyer et des charges

54% des bénéficiaires de la prime d'activité sont des personnes isolées ; 18% ont moins de 25 ans

5 900 allocataires bénéficiaires de l'Allocation de Soutien Familial, concernant 9 200 enfants.

Rapport Laforcade relatif à la santé mentale des personnes malades (2016)<sup>7</sup>

Plan Pauvreté et d'accès à l'emploi signé en Indre et Loire

#### Au travail, à l'école

Les risques psychosociaux au travail sont préoccupants<sup>8</sup>(6 critères de mesures : Intensité du travail et temps de travail, Exigences émotionnelles, Autonomie Rapports sociaux au travail, Conflits de valeurs, Insécurité de la situation de travail)

Nombreux dispositifs de soutien : RASED, CMPP, psychologues scolaires au sein des CIO et du SUIO, SSU, PJJ, ...

## Travail 2/ Axes d'amélioration prioritaires

Le premier temps de travail a donc permis aux membres du GT d'observer une importante dynamique territoriale en termes d'offres de loisirs (activité physique, culturelle, ...), de dispositifs en place (4 GEM, Programmes d'ETP, COPEX, PLITH, ...). Toutefois celle-ci a été nuancée par un constat partagé : le manque d'interconnaissance des acteurs. Ainsi, un premier besoin soulevé a été de réaliser un annuaire régional commun, décroisé en « Santé »

<sup>7</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_rapport\\_laforcade\\_mission\\_sante\\_mentale\\_011016.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf)

<sup>8</sup> Gollac et Bodier (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *La Documentation française*.



### 3/ contexte en région et en département

#### Actions de prévention en faveur de la santé mentale mis en œuvre sur le département d'Indre-et-Loire

Programme de formations à la prévention du suicide

Programmes de développement des CPS

Formation des acteurs aux CPS

Programmes d'ETP

Projet d'actions contre la stigmatisation des problèmes de santé mentale (GT 5)

Projet « Stop Blues » porté par l'INSERM en lien avec le CLSM Métropole tourangelle

#### Hébergement/logement

50 040 logements sociaux

787 places d'hébergement social

1155 places en logement accompagné

Nombre d'allocataires de l'aide personnalisée au logement (APL) et de l'allocation de logement à caractère social sont supérieures au national et à la région

Plan logement d'abord : accès direct au logement avec un accompagnement social et médical adapté aux besoins des personnes (un "chez soi d'abord").

Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD)

#### Familles

Source : Portraits social CAF Touraine Août 2018

119 183 allocataires CAF Touraine

Proportion importante de personnes isolées (48 % contre 41 % au niveau national).

12 360 étudiants bénéficient d'une aide, soit 10 % de l'ensemble des allocataires.

36 700 foyers allocataires vivent sous le seuil de bas revenus avec un niveau de vie inférieur à 1 052 €

L'offre des assistants maternels couvre les ¾ des places.

449 Allocataires consacrent au moins 40 % de leurs revenus au paiement du loyer et des charges

54% des bénéficiaires de la prime d'activité sont des personnes isolées ; 18% ont moins de 25 ans

5 900 allocataires bénéficiaires de l'Allocation de Soutien Familial, concernant 9 200 enfants.

Rapport Laforcade relatif à la santé mentale des personnes malades (2016)<sup>7</sup>

Plan Pauvreté et d'accès à l'emploi signé en Indre et Loire

#### Au travail, à l'école

Les risques psychosociaux au travail sont préoccupants<sup>8</sup>(6 critères de mesures : Intensité du travail et temps de travail, Exigences émotionnelles, Autonomie Rapports sociaux au travail, Conflits de valeurs, Insécurité de la situation de travail)

Nombreux dispositifs de soutien : RASED, CMPP, psychologues scolaires au sein des CIO et du SUIO, SSU, PJJ, ...

## Travail 2/ Axes d'amélioration prioritaires

Le premier temps de travail a donc permis aux membres du GT d'observer une importante dynamique territoriale en termes d'offres de loisirs (activité physique, culturelle, ...), de dispositifs en place (4 GEM, Programmes d'ETP, COPEX, PLITH, ...). Toutefois celle-ci a été nuancée par un constat partagé : le manque d'interconnaissance des acteurs. Ainsi, un premier besoin soulevé a été de réaliser un annuaire régional commun, décloisonné en « Santé »

<sup>7</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_rapport\\_laforcade\\_mission\\_sante\\_mentale\\_011016.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf)

<sup>8</sup> Gollac et Bodier (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *La Documentation française*.

(physique, mental et social). Sa réalisation au titre du GT n'a pas été retenue (infaisabilité unanime) et d'autres priorités ont été proposées lors des entretiens individuels.

## Entretiens individuels – Priorités/axes

### APST 37 (santé au travail)

Limiter les **risques psychosociaux** en priorité dans les milieux sociaux, médico sociaux et de santé

Augmenter les effectifs

Permettre aux salariés de mieux gérer leur **parcours professionnel**

Plus prendre en compte la **pénibilité au travail** (aides à domicile, restauration, BTP, ...)

La **qualité de vie au travail** des entreprises pourrait devenir un argument de vente pour les consommateurs (appli « OurCompany », « déclinaison de TripAdvisor dans l'entreprise » ; <https://ourco.io/>).

### DDCSPP37 (comité de prévention des expulsions locatives)

Participation d'un **réfèrent parcours de soins** (somatiques et psychique) de l'ARS au sein des commissions de prévention des **expulsions locatives**, suivant la complexité des situations examinées avec une composante « soin »

### DIRECCTE (plan local d'insertion des travailleurs handicapé)

**Faire plus de liens avec Pôle Emploi**

Démarcher les entreprises pour l'accueil des PH

### Enfance et pluriel (accompagnement des jeunes en situation de handicap)

Soutenir et valoriser des **expérimentations de liaisons** sur des territoires entre hôpital/MS/milieu ordinaire

Cartographie des ressources et des besoins à jour avec une présentation annuelle des acteurs en santé mentale (labellisation ?)

Créer via les CLS ou CLSM des **communautés interinstitutionnelles d'acteurs en santé mentale** qui se regroupent régulièrement et organisent sur leurs territoires des manifestations ex : journées d'études, échanges de pratiques ou stages d'accueils croisés

### Interface37 (job coach et accompagnement des entreprises)

Problèmes de **mobilités** des usagers pour se rendre sur leur lieu de travail

**Représentation** des entreprises des personnes ayant des troubles psychiques

### PJJ (service de promotion de la santé)

Evaluation des situations complexes à cerner pour les équipes de la PJJ : cognitif, pathologique,

Carences éducatives

**Accompagnement des professionnels PJJ :**

Accompagner les professionnels en particulier dans les situations complexes avec une symptomatologie bruyante

**Formations** de type « acteur de 1ère ligne » autour de la santé mentale si cela existe ou se développe.

Pérenniser les actions développement des CPS (financements).

### SAVS MCVL

Faire du lien avec le futur CLTS, la PTA

Développer les FALC, facile à comprendre

Développer le **lien social**, préserver les liens avec la famille

Développer la **formation** initiale et continue en SM

Améliorer les **délais d'attentes** pour les soins en SM

Augmenter les places en SAVS et SAMSAH

V\_07\_02\_2020\_ALH\_CF

Page 5 sur 18



### Soliha (logements, pension de famille)

Développer **Housing first**<sup>9</sup>, un chez soi d'abord (exemple de Marseille) en lien avec le Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD)

Prise en charge pour l'anticipation des crises par le réseau

Plus d'**aller vers et de coordination** du réseau

Anticiper le **vieillessement** des personnes

Modifier les **représentations** des GEM

### UNAFAM (représentants des usagers et aidants)

Meilleure connaissance par la population des signes qui doivent amener à consulter.

Accompagner les **médecins généralistes** dans les diagnostics SM (« outils cliniques simples et rapides, signes d'alerte, rôles des acteurs du territoire, PTA

Réseaux MT et psychiatres (exemples CHU Clermont-Ferrand, Yvelines, Val de Marne, Saint-Nazaire...)

Action de prévention de l'apparition et de l'aggravation des troubles psychiques

**Formations à la prise de poste aux « Premiers Secours en Santé Mentale »** (enseignants, AS et IDE des établissements scolaire et universitaires, pompiers, gendarmes, accueil des services public, gardiens d'immeubles...).(modèle australien)

### Contrats Locaux de Santé Pays Loire Nature et Pays Loire Touraine

Promouvoir la **bienveillance** dans toutes les situations de la vie quotidienne

Promouvoir le **lien social**

### Contrat Local de Santé de la Communauté de Communes Loches Sud Touraine

et Conseil Local en santé mentale de la métropole tourangelle (La Riche, Tours, Joué-Lès-Tours, Saint pierre des Corps)

**Transversalité, interconnaissance** (« vis ma vie »)

Santé mentale inscrite dans les projets d'établissement ; Charte d'engagement des acteurs en santé mentale

### Mission locale (formation/emploi pour 16 -25 ans et pour les entreprises)

Développer les **CPS** des jeunes

Repérer plus précocement leur souffrance mentale

Eviter les **ruptures de parcours** des jeunes

### Bois Gibert (établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif spécialisé en soins de suite et de réadaptation cardio-vasculaires)

Faciliter les **activités physiques régulières** pour diminuer le stress

Développer les **CPS** et protéger du stress

Développer le **soutien lors de la reprise du travail**

### Préfecture (déléguée de la Préfète aux Quartiers Prioritaire de la Ville)

Accompagnement à la **parentalité** (compétences parentales, psychosociales)

Santé communautaire,

Renforcer le **lien social**

Médiation en santé et interprétariat en santé

<sup>9</sup> <https://housingfirsteurope.eu/fr/le-guide/lapproche-logement-dabord/1-2-lhistoire-du-logement-dabord/>

**Service de santé Universitaire**

Eviter les ruptures dans les parcours d'accompagnements sociaux (appel à 1 mois par exemple)

Répondre à la demande de consultations (liste attente SSU, partenaires surchargés)

Poursuivre et renforcer la communication : « dé-tabouiser » le mal-être, lutter contre les idées reçues sur le soutien psy, le suicide et les pathologies mentales...

Poursuivre et renforcer la sensibilisation/formation des acteurs en 1ère ligne pour le repérage : chacun est acteur, chacun est concerné et peut faire quelque chose, quelle que soit sa place et sa situation

Faciliter l'accès aux aides humaines nécessaires pour la poursuite des études dans certaines situation (TSA notamment) : lien avec la MDPH complexe, problématique du financement de ces accompagnements lourds (parfois nécessaires sur l'intégralité du temps de cours) alors-même que le dispositif d'AVS du secondaire cesse dans l'enseignement supérieur.

## CONCLUSION

En conclusion de cette synthèse des travaux réalisés par le GT 6 « Agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale », nous proposons un tableau récapitulant les principaux points forts et axes d'amélioration à soutenir par les différents acteurs pour une meilleure prévention et promotion en santé mentale.

Synthèse diagnostic GT 6		
POINTS FORTS	POINTS A AMELIORER	LEVIERS D'ACTION, PISTES DE TRAVAIL IDENTIFIEES, AXES D'AMELIORATION : « Aller vers/faire avec »
Politiques publiques territoriales favorables à la santé mentale	Interconnaissance des acteurs de première ligne  Créer des parcours pour les personnes vulnérables  Diminuer les inégalités sociales de santé	Développer le soutien social (CPS, solidarité, communication non violente, bienveillance, ...)  Soutenir l'entourage des personnes en souffrance psychique par exemple  Mieux orienter la population vers des offres de cohésion sociale, offres supports  Les acteurs de première ligne connaîtront les dispositifs de soutien
Nombreux acteurs, réseaux et dispositifs favorables à la santé mentale	Langage et culture commune en santé mentale	Travailler sur les représentations de la santé mentale de toute la population (liens avec le GT 5)

<p>Implication des acteurs pour la santé mentale</p>	<p>Développer les facteurs protecteurs de la santé mentale</p> <p>Développer le soutien social</p> <p>Mieux accompagner chacun dans les périodes de vie "vulnérables"</p>	<p>Proposer des formations initiales /continues pour les acteurs de premières lignes (Notamment déterminants et facteurs protecteurs de la santé mentale)</p> <p>Mettre en place des dispositifs de veille et d'accompagnement durant les périodes de vie « vulnérables » / au travail (RPS)</p> <p>Utiliser des projets prometteurs, données probantes (SIPREV<sup>10</sup>) en : médiation en santé (projet pilote de la Case de Santé à Toulouse), programmes de développement des Compétences Psychosociales</p>
--	---	--

[vices Interventions probantes ou prometteuses en prévention et promotion de la santé](#)

\_02\_2020\_ALH\_CF

Page 8 sur 18

## Annexe 1 : Déterminants de la santé mentale

Source du tableau<sup>11</sup>

Tableau 1 Les déterminants de la santé mentale

Niveau	Facteurs préjudiciables		Facteurs favorables
Ressources psychiques individuelles	Peu d'estime de soi	↔	Estime de soi, confiance
	Immaturité cognitive et/ou émotionnelle	↔	Aptitude à résoudre les problèmes et à surmonter le stress ou l'adversité
	Difficultés à communiquer	↔	Qualités de communication
	Maladie, consommation de substances	↔	Bonne santé/forme physique
Contexte social	Solitude, deuil	↔	Soutien social de la famille et des amis
	Négligence, conflit familial	↔	Bonne interaction parents/famille
	Maltraitance/violence	↔	Sécurité physique et sûreté
	Faible revenu et pauvreté	↔	Sécurité économique
	Difficultés ou échec scolaire	↔	Réussite scolaire
	Tension au travail, chômage	↔	Satisfaction et réussite professionnelle
Facteurs environnementaux	Accès difficile aux services de base	↔	Égalité dans l'accès aux services de base
	Injustice et discrimination	↔	Justice sociale, tolérance, intégration
	Inégalités sociales entre les sexes	↔	Égalité sociale entre les sexes
	Situation de guerre ou de catastrophe	↔	Sécurité physique et sûreté

<sup>11</sup> Les risques pour la santé mentale : Aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque

Document de base établi par le secrétariat de l'oms en vue de l'élaboration d'un plan d'action global sur la santé mentale , 27 août 2012, OMS



Tableau 2 Principales orientations des interventions de promotion et de protection de la santé mentale

<i>Orientation stratégique</i>	<i>Principales interventions</i>
Développement et protection des ressources psychiques de chaque individu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mères et nourrissons</i> : Favoriser un lien d'attachement précoce, apporter une formation adaptée aux parents et des soins à la naissance (y compris les soins en cas de dépression postnatale), instaurer une relation sûre, stable et épanouissante entre les enfants et leurs parents ou les soignants ;</li> <li>• <i>Enfants et adolescents</i> : Assurer une nutrition et une stimulation suffisantes ;</li> <li>• <i>Personnes âgées</i> : Politiques permettant de vieillir en bonne santé et activités communautaires ;</li> <li>• <i>Tous les groupes d'âge</i> : Exercice physique régulier / alimentation saine, décourager / restreindre la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances psychoactives.</li> </ul>
Soutien aux ménages et aux communautés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Familles</i> : Offrir des conditions de vie sécurisantes aux enfants et aux adolescents, cibler les mesures de prévention sur ceux présentant des troubles du comportement ou dont un parent est atteint d'un trouble mental, prévenir la violence exercée par un partenaire intime ;</li> <li>• <i>Travailleurs / employés</i> : Favoriser de plus larges perspectives d'emploi et promouvoir des conditions de travail favorables (notamment la gestion du stress) ;</li> <li>• <i>Ménages à faible revenu</i> : Comblent les besoins primaires (abri, eau et assainissement), offrir une protection sociale et financière ;</li> <li>• <i>Communautés</i> : Rendre les quartiers sûrs, promouvoir les valeurs civiques / les réseaux sociaux, restreindre l'accès à l'alcool, aux drogues et au tabac.</li> </ul>
Soutien aux groupes vulnérables dans la société	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer et mettre en œuvre des politiques d'intégration sociale ;</li> <li>• Faire appliquer les lois et politiques antidiscriminatoires ;</li> <li>• Rendre l'éducation disponible et accessible à tous ;</li> <li>• Promouvoir les droits et la liberté de la femme et les politiques favorisant l'égalité entre les sexes ;</li> <li>• Intervenir le plus tôt possible auprès des réfugiés à la suite de traumatismes (y compris ceux qui se trouvent pris dans des conflits) ;</li> <li>• Mettre en place des campagnes de sensibilisation ;</li> <li>• Développer le sens des responsabilités des médias en matière de publication d'informations.</li> </ul>

<sup>12</sup> Les risques pour la santé mentale : Aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque

Document de base établi par le secrétariat de l'oms en vue de l'élaboration d'un plan d'action global sur la santé mentale , 27 août 2012, OMS

## Annexe 2 : acteurs de la PPS en Indre-et-Loire (non exhaustif)

Héka  
Synergie 2A  
Diététicienne nutritionniste  
Familles Rurale Indre et Loire  
REseau de Prise en charge du Surpoids et de l'Obésité  
Association Familles de Victimes des Accidents de la Circulation  
Ob'in Tours  
Sport Anim 37  
Psy sans frontières  
Institut du Travail Social  
Entr'Aide Ouvrière  
Maison de santé pluridisciplinaire du Pays de Richelieu  
Maison de santé pluridisciplinaire d'Avoine  
Association d'insertion par la restauration  
Cours d'esthétique à option humanitaire et sociale  
Fédération française de randonnée comité départemental 37  
Flamme en Rose  
Réseau territoriale de cancérologie d'Indre-Et-Loire  
CANCérologie du CENTre  
Centre Hospitalier Régional Universitaire  
Pôle Santé Léonard de Vinci  
Centre Hospitalier Luynes  
Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Fonctionnelle Le Clos Saint Victor  
Centre Municipal de santé et de médecine du sport  
Centre Bois Gibert Mutualité Française Centre-Val de Loire  
Association Régionale d'Aide aux Urémiques du Centre-Val de Loire  
Institut de Formation des professionnels de Santé  
Centre Hospitalier Louis Sevestre  
GEM  
Groupement d'animateurs préventeurs en prévention des risques  
Société d'Étude de Protection et d'Aménagement de la Nature en Touraine  
Compagnie Ophélie de Tours  
Association Prévention Routière d'Indre et Loire  
Union Départementale des Sapeurs-Pompiers d'Indre-et-Loire  
Compagnie Barroco d'Indre-et-Loire  
Mouvement du Nid - délégation d'Indre-et-Loire  
Association Départementale de Protection Civile d'Indre-et-Loire  
Établissement Français du Sang d'Indre-et-Loire  
Comité Départemental Handisport d'Indre-et-Loire  
Institut de Rééducation et d'Éducation pour la Communication l'Ouïe et la Vue  
Centre Régional d'AudioPhonologie Infantile  
Centre de Médecine Physique et de Réadaptation de Bel-Air  
Délégation Départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité  
Association pour la Prévention Routière - Indre-et-Loire  
Union Française de Soins Bucco-Dentaires de Tours  
Centre du sommeil à l'hôpital Bretonneau  
Slow Food Tours - Val de Loire  
Association pour le Développement la Recherche en Education pour la Santé  
Fédération Française d'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire  
Le Planning Familial d'Indre-et-Loire  
L'Espace du Souffle  
Point Information Jeunesse de Tours Nord  
Point Information Jeunesse de Saint-Paterne-Racan  
Point Information Jeunesse de Montlouis-sur-Loire  
Point Information Jeunesse de La Ville-aux-Dames  
Point Information Jeunesse de Joué-lès-Tours  
Point Information Jeunesse de la Communauté de communes du Véron  
Point Information Jeunesse de Chinon  
Point Information Jeunesse de Courteline  
Point Information Jeunesse de Bléré  
Point Information Jeunesse d'Amboise

V\_07\_02\_2020\_ALH\_CF

Page 11 sur 18

Mission locale  
 AIDES - DD 37  
 Réseau NEUROCENTRE  
 Maison des Adolescents d'Indre-et-Loire  
 Réseau régional de soins palliatifs  
 Réseau de Périnatalité de la région Centre  
 OncoCentre  
 Permanence d'Accès aux Soins de Santé d'Amboise  
 Permanence d'Accès aux Soins de Santé en Psychiatrie de Tours  
 Institut interrégional pour la Santé  
 Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Indre-et-Loire  
 Oncologie 37  
 Association Française des Diabétiques de Touraine  
 Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques - Indre-et-Loire  
 Secours Populaire Français - Indre-et-Loire  
 Secours Catholique - délégation d'Indre-et-Loire  
 Les Restos du Coeur d'Indre-et-Loire  
 Ligue contre le Cancer - Comité départemental d'Indre-et-Loire  
 Croix Rouge française - Délégation Régionale Centre-Val de Loire  
 Association des Paralysés de France d'Indre-et-Loire  
 Centre de Coordination des Dépistages des Cancers d'Indre-et-Loire  
 Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation d'Indre-et-Loire  
 Institut de Formation aux Soins Infirmiers d'Amboise  
 Maison médicale de Genillé  
 Maison de santé pluridisciplinaire du Véron  
 Agence régionale de Santé - Indre-et-Loire  
 Mouvement Vie Libre 37  
 UNAFAM  
 Unité de Coordination de Tabacologie  
 Service de Santé Universitaire  
 Centre Lesbien Gay Bi Trans et Intersexué de Touraine  
 Laboratoire de Santé Publique et de Promotion de la Santé  
 Croix Rouge française - Délégation Départementale Indre-et-Loire  
 Centre Ressources Autisme - région Centre-Val de Loire  
 Espace Santé Jeunes - Point Accueil Ecoute Jeunes 37  
 France Rein - Centre Val de Loire  
 Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé - Antenne d'Indre-et-Loire et COPEX (DDCS37),  
 CLCV,  
 CPTS O'Tours,  
 UFC Que Choisir  
 Mission locale,  
 Conseil départemental  
 Préfecture QPV  
 DIRECCTE 37 (PLITH 37)  
 Education Nationale  
 Interface  
 SSU  
 4 CLS/CLSM  
 Bailleurs sociaux  
 Hébergement social  
 Soliha/Ficosil,  
 Mutuelles  
 Enfance et pluriel,  
 Service PPS de la PJJ

## Les programmes de développement des compétences psychosociales en région

Financement FIR Prévention et Fonds addictions

	Début	Territoire	Acteur	Evaluation
Hors milieu scolaire				
Programme de soutien aux familles et à la parentalité	2019	Loiret	Apléat-Acep	Nationale en cours
En milieu scolaire				
Tina et Toni	2017	Loiret et Cher	Apléat-Acep	2020 Université Nantes
Good Behavior Game	2018	Loiret	Apléat-Acep	Nationale en cours
Unplugged	2017	Loiret et Cher Loir-et-Cher	Apléat-Acep Vers un Réseau de Soins	2016-2017 SpF-MILDECA

V\_07\_02\_2020\_ALH\_CF

Page 12 sur 18



**Annexe3 :**  
**Données probantes**  
(issues notamment de Santé Publique  
France)([inpes.santepubliquefrance.fr/registre\\_interventions/liste.asp](https://inpes.santepubliquefrance.fr/registre_interventions/liste.asp))

**Santé mentale**

OSTA

**Thème :** Prévention du suicide

**Objectif :** Suivre et optimiser la continuité du traitement après sortie des urgences après tentative de suicide ; diminuer la récurrence des actes suicidaires ; améliorer l'engagement dans les soins de santé

**Type d'intervention :** Protocole de suivi, interventions par téléphone et visites

**Etat d'avancement :** Pas de différence significative entre le groupe intervention et le groupe témoin SEYLE "Saving and Empowering Young Lives in Europe"

**Thème :** Suicide, adolescents

**Objectif :** Evaluer l'état de la santé mentale des adolescents et l'effet de différentes approches en prévention du suicide et promotion de la santé en milieu scolaire.

**Type d'intervention :** Dépistage systématique via des questionnaires, formation des enseignants, programme de sensibilisation en santé mentale (= « YAM program » : voir à ce nom)

**Etat d'avancement :** Recherche et étude de cohorte financée par l'Union européenne

YAM "Youth Aware of Mental Health"

**Thème :** Suicide, conduites à risques, adolescents

**Objectif :** Améliorer la santé mentale des jeunes 13-16 ans et prévenir les conduites à risques ; augmenter les compétences psychosociales ; diminuer les premières tentatives de suicide

**Type d'intervention :** Ateliers participatifs en classe avec un Formateur certifié (YAM Instructor) et un assistant

**Etat d'avancement :** Diminution de 50% des pensées suicidaires graves et des tentatives de suicide. Autres effets en cours d'évaluation. Dissémination en Suède, Autriche et USA

Cartable des compétences psychosociales

**Thème :** Compétences psychosociales, enfants

**Objectif :** Renforcer les compétences psychosociales et la promotion de la santé en milieu scolaire quand les problèmes de santé sont liés à un comportement ou une incapacité à répondre au stress

**Type d'intervention :** Activités et parcours pédagogiques

**Etat d'avancement :** Evaluation de processus uniquement ; déploiement de nouvelles prestations dans le cadre de « En santé à l'école »

Printemps Stop blues "Programme de Recherche INTerventionnelle et Evaluative Mené pour la Prévention du Suicide"

**Thème :** Suicide, adultes

**Objectif :** Démontrer l'efficacité d'une intervention de prévention primaire du suicide incluant un site web et une application pour smartphone promue par les villes

**Type d'intervention :** Application pour smartphone avec collecte des données sur 18 mois

**Etat d'avancement :** Recherche en cours

SIAM "Suicide Intervention Assisted by Messages"

**Thème :** Suicide, adultes

**Objectif :** Réduire le risque de récurrence suicidaire après sortie des soins ou automutilation

**Type d'intervention :** Messages textes à intervalles réguliers sur 12 mois

**Etat d'avancement :** Publication du protocole

Vigilans

**Thème :** Suicide, adultes

**Objectif :** Prévention du suicide et des récurrences suicidaires

**Type d'intervention :** Dispositif de veille, d'accompagnement et de suivi par appels téléphoniques et messages textes

**Etat d'avancement :** Déploiement du réseau en région ; évaluation 2017 en Nord-Pas de Calais

V\_07\_02\_2020\_ALH\_CF

Page 13 sur 18



MBSR Mindfulness Based Stress Reduction

**Thème** : Santé mentale, compétences psychosociales et promotion de la santé

**Objectif** : Réduction du stress et de l'anxiété basée sur la Pleine conscience dans le cadre de soins médicaux

**Type d'intervention** : Promotion de la santé basée sur la Pleine conscience

**Etat d'avancement** : Régulation émotionnelle et réduction des risques de rechute dépressive

MBCP Naissance et Parentalité en pleine conscience

**Thème** : Santé mentale, périnatalité

**Objectif** : Accompagner la grossesse, l'accouchement et le début de la parentalité en réduisant le stress ou l'anxiété

**Type d'intervention** : Accompagnement, cours et exercices basés sur la Pleine conscience

**Etat d'avancement** : Régulation émotionnelle et réduction des douleurs

MBCT Mindfulness Based Cognitive Therapy

**Thème** : Santé mentale, troubles anxieux et dépressifs

**Objectif** : Prévenir la rechute dépressive

**Type d'intervention** : Thérapie cognitive

**Etat d'avancement** : Réduction des risques de rechute dépressive incluant le burn-out et amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant de douleurs chroniques

MSC Mindful Self-Compassion

**Thème** : Santé mentale

**Objectif** : Permettre aux participants de mobiliser et développer leur capacité de bienveillance et de compassion et plus particulièrement l'auto-compassion

**Type d'intervention** : Accompagnement, cours et exercices basés sur la Pleine conscience

**Etat d'avancement** : Plus grande cohérence de l'activité cérébrale dans le groupe de méditants expérimentés vs méditants novices.

### **Promotion de la santé**

ABMA "Aller bien pour mieux apprendre"

**Thème** : Santé en milieu scolaire

**Objectif** : Promouvoir la santé à l'école via des écoles promotrices

**Type d'intervention** : Intervention à visée éducative basée sur des actions spécifiques à l'établissement

**Etat d'avancement** : Evaluation de processus, pas d'évaluation d'impact

Apprendre à mieux vivre ensemble

**Thème** : Santé en milieu scolaire

**Objectif** : Permettre aux élèves d'acquérir les compétences nécessaires pour effectuer des choix libres et responsables en matière sanitaire en créant des environnements promoteurs de santé

**Type d'intervention** : Pratiques pédagogiques, formation et accompagnement des éducateurs

**Etat d'avancement** : Préconisations méthodologiques, pas d'évaluation d'impact publiée

Sécupliqué

**Thème** : Accès aux soins, services de santé

**Objectif** : Evaluer les connaissances des étudiants sur la sécurité sociale ainsi que leur intérêt pour le sujet, et de mesurer l'impact de la vidéo 1 « Sécurité sociale étudiante » sur ces deux objets.

**Type d'intervention** : Evaluation avant-après

**Etat d'avancement** : Amélioration des connaissances en sécurité sociale chez les étudiants

Servi-Share

**Thème** : Littératie en santé, santé numérique

**Objectif** : Augmenter la littératie des étudiants vis-à-vis des services et du système de santé local et faciliter leur accès aux services de santé

**Type d'intervention** : Recherche-action

**Etat d'avancement** : Amélioration de la littératie en services de santé. Discussions en cours avec Bordeaux Métropole pour la suite du projet qui figure dans le Contrat Local de Santé

### **Santé au travail**

EBS "Entreprise en bonne santé"

**Thème** : Santé en entreprise

**Objectif** : Corriger les inégalités liées au niveau d'éducation, améliorer le contrôle des facteurs de risque sur le lieu de travail, agir sur la nutrition, l'activité physique et la prévention du mal de dos

**Type d'intervention** : Communication générale, ateliers de groupes et coaching individuel  
**Etat d'avancement** : Résultats déclaratifs avant-après sur des changements de comportement  
APRAND

**Thème** : Anxiété, dépression, adultes en entreprise

**Objectif** : Améliorer la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs par un programme de détection et d'information par des médecins conseils d'un régime spécial (EDF GDF)

**Type d'intervention** : Education à la santé en consultation (explication des troubles, remise des résultats du test MINI, et remise d'un dépliant ; étude multicentrique)

**Etat d'avancement** : Résultats positifs de 10 à 15% par rapport aux sites témoins

### **Précarité**

Un chez-soi d'abord "Housing first"

**Thème** : Attribution directe de logement aux sans-abris à risque

**Objectif** : améliorer sensiblement la durée d'occupation d'un logement chez les sans-abri chroniques souffrant d'addictions ou de pathologie mentale avec le modèle Pathways Housing First.

**Type d'intervention** : Repérage des sans-abris, prise en charge et attribution directe

**Etat d'avancement** : Evaluations avant-après réalisées dans plusieurs pays européens ;

transférabilité à l'étude pour la France

TAPAJ "Travail alternatif payé à la journée"

**Thème** : Précarité, conduites addictives, jeunes adultes

**Objectif** : Lutter contre la dépendance économique touchant les jeunes 18-25 ans en situation de précarité. Il permet à raison de quelques heures de travail par semaine de retrouver une socialisation et un contact avec le monde du travail

**Type d'intervention** : Réinsertion sociale par expérimentation de chantiers

**Etat d'avancement** : Adaptation du programme dans 13 villes françaises

### **Réductions des inégalités**

AAPRISS "Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé"

**Thème** : Inégalités sociales de santé

**Objectif** : Co-construction de projets autour des déterminants visant à réduire les inégalités sociales de santé

**Type d'intervention** : Méta-programme

**Etat d'avancement** : Recherche interventionnelle basée sur 5 projets en cours d'analyse

## Annexe 4 : synthèse schématique des constats partagés du GT

### Les point forts



V\_07\_02\_2020\_ALH\_CF

Page 16 sur 18

## Annexe 5 : synthèse schématique des constats partagés du GT

### Les points à améliorer

#### Fonctionnement des réseaux et dispositifs :

Manque de place au 115  
Mêmes lieux d'accueil pour migrants et « SDF »  
Dossiers administratifs complexes (pôle emploi, domiciliation, AME...),  
Au travail : RPS, Conciliation vie pro/perso compliquée, pénibilité au travail non rémunérée, outils de travail changent régulièrement (logiciels)  
Chômage, travail, précaire  
Manque de formation en Santé Mentale (initial, continu) des personnes recevant du public (ex : CS, école, pompiers, gendarmes, bailleurs, EN...), des professionnels de santé et des médias  
Repérage des personnes vulnérable, populations à risque à améliorer  
Manque d'accueil des migrants : besoins de compétences en interculturalité des accueillis  
Manque de professionnels, DESMS, faible démographie médicale : longs délais d'attente  
Augmenter les réseaux et interconnaissance des acteurs en santé (milieu/territoire)  
Aménagement du territoire peu favorable à la SM (mobilités douces, verdure)  
Manque d'offre pour la mobilité pour accéder aux réseaux (vacances, ...)  
Multiples annales et cartographies des acteurs (siège et non envergure des actions)  
Crainte des remises en question des pratiques professionnelles  
Manque d'appui et d'engagement des directeurs, des institutions (décideurs loin du terrain)  
Encore cloisonnement, Staff médico centré (manque social et médico-social)  
Parcours pas toujours fluides (post-ITEP, urgences...)  
Organisation des soins (interne référents changent (6 mois)  
Manque d'accompagnement SM des aidants (enfants, parents, ...)  
Manque d'accompagnement des professionnels, acteurs (supervisions ?)

#### Contexte global :

Facteurs économiques : niveau de revenus, statut, emploi,  
Accès à certains soins pas ou peu pris en charge, chômage,  
Diminution des places en formation « ROCS »  
Baisse des financements  
Facteurs démographiques : vieillissement de la population (MIND), isolement  
Facteurs Sociaux et culturels : représentation négative de la santé mentale, tabou et stigmatisation dans les troubles psychiques (au travail ; par ex. isolement (géographique, social par manque d'argent et l'individualisme  
Augmentation des phobies scolaires  
Fragilité des familles monoparentales notamment  
Environnement naturel et écosystèmes : changements climatiques anxiogènes  
Différentes pollutions : qualité de l'air, eau, ...  
Manque de végétation dans les villes  
Augmentation des TMS par baisse des temps de pause au travail  
Forts besoins de soutien la parentalité (concilier perso et pro, crèches parentales...)  
Augmentation de la délinquance et des violences  
Augmentation des jeunes en souffrance psychique  
Manque d'inclusion des personnes « différentes » : isolement, social des personnes en difficulté  
Représentations Santé Mentale (insertion sociale, emploi, isolement), manque de connaissance  
Liens : Comportements à risques, mortalité prématurée et SM

#### Vulnérabilités :

Habitats insalubres, Prédispositions génétiques et biologiques, expériences de la petite enfance, habitudes de vie, aptitudes des personnes, ressources physiques, psychologiques, sociales, Estime de soi, CP5, traumatisme, carence affective, type de personnalité (A et D), sensibilité au stress, dépression facteur de risque cardiovasculaire  
Périodes de vie : parentalité, deuil, perte d'emploi, maladie, déménagement, séparation, ...

# **PARTIE 3**

## **ANALYSE DES QUESTIONNAIRES : SYNTHÈSE**



Afin de permettre une expression du terrain différente et qualitative, il a été décidé de diffuser trois questionnaires, à savoir :

- L'un pour les usagers,
- L'autre pour les aidants,
- Le dernier à destination des institutions.

## **Questionnaire Usagers**

---

Complété par 50 personnes avec une légère majorité d'homme (54%), les entretiens menés ne s'adressaient qu'à des adultes habitant pour un peu moins de la moitié sur la grande agglomération tourangelle.

Six thèmes majeurs ont été abordés lors des entretiens : santé, ressources, logement, activités, protection juridique et aidants. Ces thèmes sont traversés par les questions transversales de l'empowerment (capacité de décider et d'agir) et de la stigmatisation.

### **Santé**

92% des usagers interrogés déclarent avoir un médecin traitant et 72% avoir été accompagnés, le plus souvent par la famille (20 répondants), pour certains (17 répondants) par un professionnel (pompiers, médecin traitant, infirmière...) et parfois les deux (5 répondants).

L'arrivée des premières difficultés semble avoir été surtout ressentie sur le créneau d'âge 7/30 ans (68%) dont 42 % entre 19 et 30 ans.

L'entrée dans le système de soins pour remédier aux difficultés psychiques semble très diverse, la formulation de la question donnant lieu à deux types d'interprétation.

Parmi les 61 commentaires, la plupart des répondants (31) restent factuels et donne la raison concrète ou le contexte de leur entrée dans le soin.

Ainsi, 18 personnes sont passées par une hospitalisation (conseillée par un professionnel de santé ou un proche) et 9 par les urgences, sans préciser si cela a été suivi d'une hospitalisation.

Une vingtaine expriment davantage ou également leur ressenti :

- Négatifs pour 10 d'entre eux : « compliqué », « dur », « angoissant », « violent » ...
- Positifs pour 8 autres : « s'est bien passé » (cité 7 fois), « naturellement », « rassurant » ....

Sur 90 % des usagers interrogés ayant à ce jour un diagnostic, 45 % d'entre eux (20 répondants) ont eu connaissance de leur maladie dans les trois ans suivant l'apparition des premières difficultés, 18 % entre 4 et 10 ans, et enfin, 37 % plus de 10 ans après, voire jusqu'à plus de 20 ans (17 usagers).

On constate que, plus l'âge de l'utilisateur est élevé, plus le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes et l'annonce du diagnostic semble important.

L'annonce du diagnostic est plus ou moins bien vécue par les usagers sur la vingtaine de commentaires associés :

- 9 sont plutôt positifs (soulagement, je m'y attendais, bien, bon vécu, j'ai bien compris, bien passé (cité 3 fois...),
- 13 sont plutôt négatifs (peur, inquiétude, incompréhension, difficulté à l'accepter, dur à encaisser, je ne comprenais pas trop les termes employés...).

De nombreux usagers se sont exprimés pour décrire leurs ressentis sur la façon dont les professionnels leur ont parlé de leurs troubles pour la première fois. Parmi les 53 commentaires recueillis :

- 27 restituent les explications qu'on leur a donné sur la maladie, les symptômes ou les traitements (« le psychiatre m'a donné un livre sur mon trouble, on m'a expliqué les voix, les hallucinations, la tristesse de l'humeur, les bénéfices du traitement régulateur de l'humeur, l'essai de plusieurs traitements pour stabiliser la maladie », etc.),
- 12 expriment une plainte par rapport au manque d'explications ou de tact (« peu ou pas d'explication (cité 4 fois), juste le nom de la maladie, on ne m'a jamais parlé de mes troubles, de manière brutale, pas chaleureux ni rassurant »... »),
- Pendant que 7 autres commentaires évoquent plutôt des points positifs (« de façon diplomate et claire, dans la douceur, avec justesse, correctement, de manière calme, rassurant »...),
- A noter que 4 usagers ont fait des recherches par eux-mêmes sur Internet, en lisant des ouvrages ou en posant des questions autour d'eux. Puis dans un second temps sont revenus auprès des professionnels de santé pour valider les informations,
- Et enfin 3 réponses « ne sais ou ne me souviens plus ».

A 73%, les usagers déclarent avoir parfois arrêté les soins durant quelques temps, la reprise faisant souvent suite à une ré-hospitalisation, souvent grâce à l'accompagnement d'un professionnel de santé (dans 58 % des cas) ou d'un proche (44 %). A noter que pour 4 usagers le retour s'est fait par leur propre décision.

### **Ressources**

A 61% les usagers déclarent vivre d'aide uniquement (58% bénéficient de l'AAH cumulé dans 50% des cas avec des aides sociales ou allocations logement). Ces aides sont obtenues majoritairement avec l'accompagnement d'un professionnel.

24 % vivent grâce à un salaire ou une retraite et 10 % n'ont aucune source de revenus.

11% des usagers percevant des aides bénéficient en plus d'aide de la famille.

### **Logement**

A 85% les usagers déclarent avoir un logement essentiellement personnel (82%) ou dans leur famille (9%). Ils vivent seuls dans 80% des cas.

Leur satisfaction concernant leur logement a été mesuré sur une échelle de 0 à 10 points,

81% des répondants donnent une valeur de 6 à 10 points à leur logement.

38 commentaires ont permis de repérer trois types de satisfaction :

- Le lieu et l'environnement sont énoncés 19 fois (la proximité du centre-ville, proche des transports, lieu tranquille, la campagne (cité 3 fois), c'est près de l'hôpital, près du jardin botanique, ...) -en fonction des préférences de chacun-,
- Le confort ou l'agencement du logement cité 15 fois (la clarté, le confort, l'espace, la décoration, l'agencement, la terrasse, la salle à manger plein sud...),

- L'autonomie avec 5 commentaires (je suis libre et autonome, j'ai acheté des meubles personnellement, bonne insertion, bonne relation avec les locataires...).

A la question : « comment avez-vous trouvé votre logement ? », les réponses sont nombreuses (44 commentaires) et particulièrement renseignées sur les aides procurées.

24 réponses indiquent que l'aide apportée vient d'un professionnel (assistante sociale, curateur ou tuteur, soignants, mairie, OPAC, Val Touraine, travail, etc) et 12 de la famille ou d'un proche.

Sinon, la recherche s'est faite seule, plus ou moins facilement sur les 8 réponses restantes

Ils ont choisi leur logement pour 74% et ont été consultés (de un peu à beaucoup) à 90%.

### **Activité**

88% des usagers interrogés ont déjà eu un travail dans le passé.

Actuellement, 90% déclarent être sans emploi et ne pas en chercher à 82%.

Cette situation au regard de l'emploi semble leur convenir à 70%.

A la question « Qu'est-ce qui vous plaît ou vous plairait dans un éventuel travail ? », leur motivation s'organise autour du travail en lui-même ou du gain qu'il procure.

A la question : « Dans l'idéal que voudriez-vous faire et de quoi auriez-vous besoin ? », sur les 31 répondants, plus de la moitié expriment le souhait de retravailler et 17 d'entre eux évoquent un projet ou un métier (informatique (cité 3 fois), mécanique, espaces verts ou paysagiste, poursuivre les études, auxiliaire de puériculture, employé de bureau, à l'APF, hôtesse de caisse (cité 2 fois), vendeur, etc.).

Au niveau des besoins (besoin de connaissances, de mes jambes, d'une stabilité de mon état de santé (cité 2 fois), une baisse de mon traitement médicamenteux, une formation (cité 3 fois), de la chance, un CAP, une formation, un diplôme, de fonds, de CAP Emploi etc.)

A 59%, les usagers déclarent réaliser des activités thérapeutiques immédiatement suivies par les activités sportives à 43%, puis artistiques et culturelles. D'autres activités sont ajoutées comme le bénévolat cité 3 fois.

Leur rapport avec les structures est bon ou correct à 86% et avec les autres participants, bon ou correct à 95%. Pour ceux ne pratiquant aucune activité, les raisons les plus citées sont l'incapacité physique ou psychique (44%) et le manque d'envie (33%).

### **Protection juridique**

Un peu moins de la moitié des répondants (44%) sont sous mesure de protection (curatelle ou tutelle) et lorsque c'est le cas, celle-ci est majoritairement réalisée par un professionnel (86%) avec souvent un ressenti positif.

Plus de 68 % trouvent la mesure de protection justifiée mais 53% déclarent tout de même être gênés de temps en temps par la mesure. Aussi, plus de 52 % estiment la visite du curateur ou tuteur rare ou insuffisante. 92% des usagers n'étant pas sous mesure de protection n'en ressentent pas le besoin « mes ressources et mes besoins ont toujours été équilibrés », « Ma retraite me suffit et j'arrive à gérer moi-même mes revenus ».



### **Aidants**

Les usagers déclarent par ailleurs être aidés par un professionnel de santé (65%) et/ou leur entourage (55%) notamment pour les tâches administratives et les soins (prise du traitement, rappel des rendez-vous, ...).

Ils déclarent à 25% qu'il leur est déjà arrivé de se retrouver dans une situation de refus d'aide de tiers quand ils en avaient besoin, malgré leur demande, et sans qu'ils en comprennent la raison (à 50%).

## Questionnaire Aidants

---

Le questionnaire à destination des aidants a été complété par 61 personnes. Les mêmes thèmes majeurs ont été abordés. A noter toutefois qu'il ne s'agit pas des proches des usagers qui ont répondu au questionnaire des usagers.

Très majoritairement, les aidants ayant répondu à ce questionnaire sont les pères ou les mères d'usagers (83%), et ensuite leurs frères ou sœurs (10%).

La moyenne d'âge des usagers accompagnés par ces aidants est de 38 ans, s'étalant de 7 à 85 ans avec une médiane de 35 ans.

Les aidants interrogés sont membres d'une association à 81%, ce qui constitue un biais lié au mode de diffusion du questionnaire.

### Soins

Parmi les aidants, 91.5% déclarent que leurs proches usagers bénéficient de l'accompagnement d'un médecin traitant. Ce constat se rapproche de celui issu des questionnaires des usagers.

Parmi les 5 (8.5%) usagers qui n'auraient pas de médecin traitant selon les aidants, 2 d'entre eux auraient un suivi assuré par un spécialiste, 2 ne souhaiteraient pas de médecin traitant et 1 seul n'en trouverait pas.

Dans tous les cas, les aidants déclarent que leur proche est suivi à 95% par un psychiatre.

80% des aidants affirment avoir connaissance du diagnostic établi pour leur proche.

Ce diagnostic n'est pas encore clair ou fait l'objet d'avis différents pour 13 %.

7% des aidants affirment donc n'avoir pas d'information sur les troubles de leurs proches.

Sans surprise, ce diagnostic leur a été annoncé majoritairement par un professionnel de santé (76%), secondairement par leur proche (16%).

Parmi les aidants qui ont répondu à cet item, 40 (74%) ont été associés au moins en partie à l'étape de diagnostic.

Pour ces derniers, sur 33 commentaires notés, 20 indiquent avoir été informés dans le cadre d'une rencontre (entretien/rendez-vous/synthèse/accompagnement ou réunion...) avec le psychiatre, l'infirmière ou l'équipe soignante. Les retours précisés sont majoritairement positifs vis à vis de leurs interlocuteurs. On peut ajouter que pour certains c'est la survenue de symptômes qui a entraîné l'implication de la famille, dans un contexte d'hospitalisation voire d'urgence ou non.

Pour les personnes qui n'ont pas été associées à cette étape, une dizaine de commentaires en expliquent sommairement les raisons :

- 5 par opposition des soignants, invoquant le secret médical et la confidentialité ou sans explication formulée,
- 3 pour lien insuffisant avec le patient ou en raison de l'âge,
- 2 situations où le diagnostic a été annoncé plusieurs mois après la première consultation ou hospitalisation.

Selon les 53 aidants ayant répondu à la question concernant le délai entre les premiers symptômes de leur proche et le diagnostic : 23 (43.4%) aidants déclarent que le diagnostic de leur proche a été établi dans les 3 ans suivant les premiers symptômes et 16 (30.2%) entre 4 et 9 ans.

14 aidants ont répondu avoir eu le diagnostic au-delà de 10 ans dont 4 plus de 20 ans après les premiers symptômes de leur proche.

Les éléments transmis par les aidants sur leur proche dans ce questionnaire semblent plutôt comparables aux éléments donnés par les usagers eux-mêmes dans le questionnaire ad-hoc même s'il ne s'agit pas des proches correspondants.

D'importantes disparités en termes de délai au diagnostic sont à relever, ainsi que d'importantes errances diagnostic pour certains.

De même, les aidants affirment avoir été associés, au moins en partie, à l'étape d'entrée dans les soins à 85%.

Dans cette enquête, 49 % des aidants déclarent que leur proche, à un moment donné, a arrêté son accompagnement ou ses soins. A noter que de leur côté, les usagers interrogés dans l'autre enquête que nous avons menés sont 73% à déclarer un arrêt de leurs soins (pour rappel, ces derniers ne sont pas les proches des aidants interrogés).

Tous ces aidants ont laissé un commentaire sur la façon dont leur proche a repris le chemin du soin : très largement par une ré-hospitalisation (24 réponses) et par un accompagnement personnalisé pour les 4 autres. Ceci est plutôt en accord avec les résultats de notre enquête menée auprès d'usagers qui déclarent majoritairement une reprise des soins le plus souvent par ré-hospitalisation.

A la suite, les aidants déclarent à 82% avoir été associés à l'étape de la reprise des soins de leur proche en précisant pour la moitié d'entre eux que la reprise effective des soins a été demandée par la famille (appel du médecin ou demande d'HDT).

4 réponses nomment clairement un psychiatre ou une équipe soignante ayant demandé le retour aux soins.

### **Ressources**

Près de 33 % des aidants signalent que les ressources financières de leur proche proviennent d'un salaire ou d'une retraite. Ils sont 19% à apporter une aide financière à leur proche.

Leur proche bénéficie d'aide sociale (AAH, RSA, énergie, mutuelle, allocation logement) obtenue avec leur concours complet ou partiel (76%).

5 % n'ont aucun revenu.

21% des aidants disent effectuer les demandes d'aide à la place de leur proche pendant que 29% affirment le faire avec leur proche.

27% accompagnent leur proche à distance.

Enfin, 29% déclarent que leur proche fait ses démarches lui-même.

La situation financière actuelle convient globalement pour 50 % des aidants. Parmi ces aidants 25 % ont leur proche sous curatelle

18 autres aidants souhaitent voir la situation de leur proche s'améliorer notamment dans l'aide dont il-elle aurait besoin.

Trois sujets sont évoqués d'une façon régulière et parfaitement proportionnelle (6 fois) :

- l'accompagnement administratif,
- l'aide à la personne pour l'hygiène et les soins,

- le soutien au développement social.

### **Logement**

Les aidants affirment que leur proche habite un logement de manière stable (84%), que ce soit un logement personnel (66%) ou en famille (17%).

Si 13 % des familles ont cherché le logement à la place de leur proche, 25 % de ces derniers ont obtenu leur logement en totale autonomie (agence immobilière, internet, mairie, employeur...).

64 % ont dû être accompagnés dans leur recherche (41% par les aidants et 23 % via un relais aide social ou sanitaire, curateur...).

43 % des aidants déclarent que la situation actuelle convient.

Parmi ces réponses positives, tous ces proches ont un logement personnel.

Les aidants déclarent qu'il leur arrive encore d'accueillir ponctuellement leur proche (1 fois par semaine ou lors de situations spéciales) mais sans difficulté particulière.

Pour les autres (57 %), la situation de logement ne convient pas par manque d'accompagnement à la gestion du quotidien (difficultés d'entretien du logement, de repas, de gestion administrative, de solitude, de phobies, de prise des médicaments, de refus d'aide).

Parmi ces aidants, 9 d'entre eux accueillent leurs proches chez eux par manque de solutions et 3 autres ont leur proche dans une structure médico-sociale ou régulièrement hospitalisé. .

4 aidants estiment que l'intégration de leur proche dans une structure ou un logement accompagné (maisons relais...) serait nécessaire.

### **Activités**

25 % des aidants déclarent que leur proche travaille actuellement et 3 que leur proche fait des études ou suit une formation. A noter que 50 % des aidants déclarant une situation actuelle autre (ne correspondant ni à du travail, ni apprentissage, ni formation ou étude).

21 répondants expriment ou ressentent une incapacité de travailler chez leur proche.

Parmi les 70 % indiquant que leur proche est sans travail, 95 % de ces aidants précisent que leur proche n'est pas en recherche d'emploi.

Pour mémoire, les usagers interrogés dans l'enquête correspondante déclarent travailler à 10%.

Enfin, il apparaît que 53% des usagers ont occupé un travail par le passé. Dans les commentaires ajoutés à la question de l'activité professionnelle, 30% des aidants pensent qu'une activité professionnelle serait encore possible s'il existait un vrai accompagnement dans la recherche d'un travail.

Ils s'accordent à constater la pratique majoritaire d'activités sportives à 43%, suivie des activités thérapeutiques à 41% puis artistiques et culturelles à 26% chacune.

Dans le cadre de ces activités, les aidants ne constatent pas de mauvais rapport ni avec la structure, ni avec les autres accompagnants.

Ces rapports sont plutôt vécus par les aidants comme globalement bons avec les autres usagers, à améliorer pour 19%.

L'empêchement à réaliser des activités s'articule autour de 2 raisons majeures, le manque d'accompagnement et le manque d'envie.

Viennent en deuxième et troisième position, l'incapacité physique ou psychique et l'offre insatisfaisante. La peur du jugement des autres tient pour 20 % des causes.

### **Protection juridique**

Les aidants rejoignant les usagers, déclarent à 48% un placement sous mesure de justice, majoritairement exercée par un tiers extérieur (70%).

Les échanges avec le tuteur/curateur s'organisent dans tous les cas par mail ou téléphone et physiquement dans 32 % des cas.

16 % des aidants n'ont aucun contact avec le tuteur/curateur.

Lorsque ces échanges existent, ils sont annuellement multi-fréquents à hauteur de 70% et surtout lors de problèmes ponctuels.

A 100%, les aidants jugent la mesure de protection de leur proche justifiée.

### **Aidants**

Les aidants ont le sentiment d'un investissement total dans leur rôle à 59% et partiel à 30%.

Ils sont seuls à s'investir dans 42% des cas.

Ils ont le sentiment de participer à toutes ou parties des décisions et orientations de prise en charge de leur proche à 71% et, si tel n'est pas le cas, c'est essentiellement parce que leur proche ne le souhaite pas.

Ils sont 65% à ressentir des difficultés dans leur rôle d'aidant s'organisant essentiellement autour de la fatigue et l'épuisement physique ou émotionnel, l'isolement, la peur ou l'angoisse.

Les autres raisons principalement évoquées sont la méconnaissance du handicap psychique par l'entourage et les professionnels (famille, MDPH, monde du travail, secrétariat médical ou institutionnel...).

Ils déclarent connaître :

- A 65 % les aides spécifiques destinés aux aidants (groupes de parole, Profamille, séjours répit)
- A 95 % les associations de familles.

56 % d'entre eux ont recours à ces aides.

Un tiers se sentent aidés la « plupart du temps », et plus de la moitié se sentent aidés en partie par des professionnels de santé (52%) et par l'entourage (47%).

A l'inverse des usagers, ils n'éprouvent pas un sentiment de refus d'aide à 91%.

Les 59 aidants ont témoigné de l'influence de la pathologie de leur proche sur leur vie de famille ou amicale à travers quatre « catégories » de commentaires :

- L'incompréhension de la pathologie par l'entourage et l'isolement qui s'en suit,
- Les perturbations émotionnelles et le repli sur soi,
- Le soutien indéfectible de la famille et de certains amis,
- Les changements de priorité, la réorganisation de la vie.

## Questionnaire Institutions

---

Le questionnaire à destination des institutions a été complété par 47 établissements, incluant au total 171 répondants, de 1 personne à 12 personne(s) représentée(s) par établissement.

Il convient de souligner qu'un large panorama d'institutions a complété ce questionnaire.

Les types d'établissements dans lesquelles le questionnaire a été le plus complété sont des établissements sanitaires (Hôpital, clinique ou services d'hospitalisation), une diversité d'établissements d'accueil pour personnes en situation de handicap et des EHPAD.

**Parmi les 45 institutions, 4 structures accueillent uniquement des mineurs et 16 sont des structures d'hébergement.**

### Santé

45 de ces 47 institutions accueillent des personnes ayant des troubles psychiques et pour 47% d'entre elles, ce public représente 100% de leur activité.

Elles évaluent très majoritairement (87% des structures) que ce public dispose d'un médecin traitant et confirment l'existence d'un contact avec ce médecin traitant à 76%.

Le plus souvent ce lien se fait à distance, majoritairement par téléphone (73.5% des structures) mais aussi par mail/courrier (58.8% des structures) une ou plusieurs fois dans l'année (96% des structures) et à l'occasion de problème ponctuel (76% des structures), d'une synthèse périodique (59%) ou d'une urgence (47%).

Il convient donc de souligner ici que cette évaluation concorde peu ou prou avec les réponses obtenues en matière de médecin traitant dans les questionnaires usagers et aidants.

Il apparaît ensuite que, dans une moindre mesure, les structures (53%) estiment que les usagers disposent d'un médecin spécialiste référent dans la majorité des cas et davantage de structures estiment que les usagers disposent « en moyenne » d'un référent (17.8% des structures) ou rarement (22.2%).

Lorsqu'un médecin spécialiste référent existe, les institutions (81%) sont globalement en contact avec.

Si là aussi, un lien à distance est le plus fréquemment mentionné par les structures (téléphone et mail ou courrier), 50% d'entre elles déclarent aussi organiser des rendez-vous physiques.

Les structures déclarent très majoritairement (91%) que les contacts sont réalisés au moins annuellement, voire plusieurs fois dans l'année pour 61.8% des structures.

Là encore, les contacts s'engagent à l'occasion d'un problème ponctuel, d'une synthèse périodique ou d'une urgence.

Parmi les structures estimant qu'elles n'ont globalement pas de contact avec le médecin traitant (11 structures) et/ou avec le médecin référent spécialiste (8 structures), la raison la plus souvent invoquée est l'absence de nécessité (respectivement 7 et 3 structures), un manque de disponibilité, ou le fait que l'utilisateur s'y oppose, dans une moindre mesure.

## **Ressources**

Parmi les 41 structures accueillant des personnes majeures, 90% des structures indiquent que les répondants connaissent dans la majorité des cas les ressources de leurs usagers tout en précisant qu'ils leur posent la question pour 76% des structures.

Cette approche de la question des ressources ne semble pas être exclusivement portée par les assistants sociaux mais plutôt par de multiples intervenants y compris administratif (directeur, secrétaire, agent des admissions...).

Dans l'hypothèse d'absence de ressources, les retours des répondants indiquent que 77% des structures proposent un accompagnement à la personne dans ses démarches, 63% des structures proposent une orientation vers les services sociaux et 51% contactent son entourage.

L'ensemble des structures indiquent que l'accord de la personne accompagnée est sollicité et 95% des structures indiquent être informés des suites des démarches engagées.

En matière de logements, 62% des structures indiquent que les usagers en ambulatoire disposent dans la majorité des cas d'un logement stable dans le temps, et 38% des structures estiment qu'ils en disposent seulement « en moyenne ».

## **Activité**

L'ensemble des structures non professionnelles ou d'accompagnement au travail indique connaître la situation professionnelle des usagers.

Elles indiquent qu'aucun usager ne travaille (30%), seulement quelques-uns (30%) ou la moitié seulement (30%).

Seules 3 structures (12.5%) indiquent que la majorité des usagers travaillent.

78% des structures estiment que les usagers suivis participent à des activités thérapeutiques, et 69% estiment qu'ils pratiquent d'autres types d'activités.

Le plus souvent, elles estiment qu'il s'agit d'activités culturelles (90% des structures), artistiques (80%) ou sportives (77%), puis enfin sociale à 71%.

Parmi les activités thérapeutiques, divers types sont cités pour la plupart des structures :

- Activités manuelles (bricolage, art-thérapie, cuisine),
- Pratiques sportives (balnéothérapie, sport, randonnées),
- Snoezelen,
- Pratiques de relaxation, sophrologie, bien-être,
- Médiation animale, équithérapie,
- Activités socioculturelles.

Il pourrait être intéressant de préciser les césures entre activités artistiques, culturelles et sociales pour en apprendre davantage sur l'intérêt des usagers pour la pratique d'activités.

Dans 41 des structures (91%), les répondants indiquent proposer des activités.

La plupart (80%) sont des activités à visée thérapeutique puis un peu moins de structures proposent des activités sportives (71%), sociales (68%), artistiques (66%) et culturelles (63%).

L'incapacité physique ou psychique est la limite à la pratique d'une activité des usagers la plus fréquemment citée par les structures (89%), puis le manque d'envie (68.9% des structures), et dans une moindre mesure la peur du jugement des autres (53%) et les difficultés de transport (53%).

Il s'agit là d'un retour cohérent avec les autres questionnaires en ce qui concerne l'incapacité.

Il convient de noter cependant que les questionnaires usagers et aidants révèlent que les usagers pratiquant une activité indiquent une bonne intégration dans les groupes d'activité, ce qui est intéressant à confronter au sentiment de peur de jugement des autres.

### **Protection**

A 95% les répondants indiquent que leurs structures accueillent des usagers placés sous mandat de protection juridique.

La proportion de ce public sous mandat de justice est de 25% ou moins pour 34% des structures et entre 25 et 50% pour 24% d'entre elles.

Dans ce cas, pour 95% des structures, les répondants indiquent que le tuteur ou curateur est identifié et permet pour 92% d'entre elles des contacts réguliers, occasionnellement (88% des structures) ou annuelle (12% des structures), le plus souvent par téléphone (42% des structures). Il s'agit alors, sans surprise, de régler un problème ponctuel (36%) ou de réaliser un bilan périodique (33%).

Pour les usagers qui ne sont pas sous mesure de protection juridique, les répondants indiquent, pour 77% des structures, être enclin à engager une démarche visant à protéger l'utilisateur si besoin.

### **Aidants**

L'utilisateur bénéficie d'un référent interne désigné dans 71% des structures. Sa fonction peut être variée : infirmier, moniteur-éducateur, assistant social, aide médico-psychologique, éducateur spécialisé, médecin, formateur, Agent des Services Hospitaliers Qualifié, aide-soignant, animateur, etc. Sa mission est souvent centrée sur l'accompagnement du résident au quotidien ou le suivi du projet personnalisé.

Lorsque l'utilisateur est accompagné par un aidant extérieur, 97% des structures déclarent connaître cet aidant et être en contact avec, essentiellement lors de rencontre physique (91%) et d'échanges téléphoniques (84%) ou aussi par mails et courriers (53%) et en très grande majorité (94%) plusieurs fois dans l'année.

Les contacts permettent de régler un problème ponctuel (85%), de réaliser une synthèse périodique (60%) ou de régler une urgence (50%).

Les répondants indiquent que les aidants ne sont présents qu'à 60% lors de décision visant à la prise en charge ou l'accompagnement de la personne. Les raisons évoquées en cas d'absence peuvent être :

- que l'utilisateur ne le souhaite pas,
- que la personne est majeure et autonome,
- que la décision est prise puis la famille informée dans un second temps,
- etc.

Les répondants notent cependant l'épuisement des aidants (78%), leur peur (64%), leur isolement (56%) et remarquent une difficulté économique (49%).

Ils indiquent connaître à 69% les aides destinées aux aidants, notamment les groupes de parole (61%), l'action des associations (61%) et les y orientent dans 90% des cas.



# **PARTIE 4**

# **ANNEXES**

## Comptes rendus : Groupe 1

---

### Excusés :

- Fanny Pallares coordonnatrice CLS Pays Loire Nature
- Bernadette Le Noac'h médecin du travail APST 37
- Sandrine Rabate directrice Pole Social et service à la Personne ASSAD HAD

## 1. Repérage

### Définition du repérage

Différence avec le diagnostic

### Qui repère ?

- entourage, aidants familiaux
- professionnels de santé en ambulatoire et des structures de soin
- psychologues libéraux
- sociaux : assistantes sociales, éducateurs
- professionnels de l'éducation
- assistantes maternelles

### Où repère t-on ?

- Maison des adolescents, Espace Santé Jeunes
- Ecoles, faculté, crèches
- Travail
- Dans les lieux de soins, en ambulatoire et en établissement

### Qu'est ce qui est repéré ?

Priorisation des pathologies ? Quels critères ? (fréquence, retentissement psychosocial, âge...)

Pas l'addiction qui est souvent (toujours ?) intriquée avec des pathologies psychiatriques.

### Propositions :

- la dépression
- les jeunes entre 15 et 25 ans
- Le suicide

### Comment s'est repéré ?

Outils

Formation

## 2. Accès aux soins

Liste des dispositifs existants, sous l'angle forces et faiblesses par rapport à l'accès aux soins

Tableau avec 3 colonnes : dispositif/forces/faiblesses

- services hospitaliers : hospitalisations au long court, manque d'aval
- psychiatres libéraux peu nombreux, on ne sait pas qui prend des nouveaux patients, on ne sait pas qui suit des enfants
- Les psychologues sont nombreux ; non remboursés

- CMP : délai d'attente
- Les établissements privés : 3 cliniques

Cela ne suffit pas ! Travail sur les points de rupture dans l'accès aux soins

- Articulation entre repérage et accès aux soins
- Coordination des soins, lien entre 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> recours
- Répartition des ressources sur tout le territoire

<b>Compte rendu de réunion du groupe de travail</b> <b>Projet Territorial de Santé Mentale</b> <b>Thématique 2 : organiser le parcours de santé</b>	<b>Date : 11.07.2019</b>  Animé par S. Beurel	Réf : CR1 GT2-PTSM  Rédigé par S. Sekulovski
---	---	--

## Participants

**Dr ASPE** - Médecin *psychiatre* et Directeur médical - Pôle de santé mentale « la Confluence » (Saint - Cyr sur Loire) - Clinique de Vontes (Esvres sur Indre) - INICEA

**M. BEUREL** - Directeur Général - Association Enfance & Pluriel

**Dr. EDOM** - Pédopsychiatre - Centre Hospitalier Inter Communal (*Amboise*)

**M. SEKULOVSKI** - Conseiller technique - Association Enfance & Pluriel

**Mme GUIBERT** - Association d'Insertion par la Restauration AIR (Tours)

**M. et Mme DOULAY** - UNAFAM

**Mme GUEGUEN** - Conseillère technique Santé - PJJ

**Mme GUITIERE** - Coordinatrice - Cap'Emploi et Emploi Accompagné ARPS

**Mme LE ROCH** - Relai SEPIA Savigné S/ Lathan- AGEVIE

**Mme HOINARD** - Directrice Hameau St Michel - SOLIHA FICOSIL

**Mme LIVERA** - Responsable Pôle Santé - Entraide et Solidarités

## Ordre du jour / objectifs

- Établir un diagnostic territorial partagé, identifier les besoins afin de mettre en œuvre « un plan d'action ou feuille de route » visant à « organiser le parcours de santé mentale » dans notre département
- Avoir une approche la plus élargie possible de la question de la santé mentale
- Définir une méthodologie pour répondre à cette « commande »

## Rappel du contexte de mise en œuvre du PTSM

- L'organisation de ce groupe de travail répond à une « commande publique » : dans le cadre de la Loi de modernisation de notre système de santé du 26.01.2016, chaque territoire doit définir un projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), « dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture » (article 69)
- Le PTSM doit se faire sur la base d'un « diagnostic territorial partagé » laissé « à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale », ainsi que sa mise en œuvre (principe de « démocratie sanitaire » selon lequel la politique de santé mentale ne se définit pas exclusivement par une administration, mais par concertation entre les différents acteurs concernés).
- Plusieurs groupes de travail ont été organisés par l'ARS Centre VDL sur des thématiques différentes (ex : le groupe 1 travaille sur la mise en place du repérage précoce des troubles...). L'objectif de ce groupe 2 sur « l'organisation du parcours de santé mentale » est fortement lié aux autres thématiques.
- Le rendu de ce travail doit se faire en octobre prochain : nécessité de définir une méthodologie et de planifier plusieurs réunions d'ici là.
- Une première réunion s'est tenue à l'ARS avec des pilotes pressentis pour présenter la démarche, réfléchir sur la notion de parcours (de la personne et de ses « aidants ») et la méthode à employer pour mener ce diagnostic partagé.

## Méthodologie

- Proposition d'identifier les manques, les besoins, les freins existant à l'organisation de parcours de santé mentale de qualité, « sans ruptures », mais également de pouvoir aussi valoriser les « circuits » qui fonctionnent bien actuellement et de repérer quels peuvent être les conditions et invariants qui ressortent de ces expériences positives.
- Proposition de prendre appui sur des supports méthodologiques, comme ceux mis à disposition par l'ANAP pour mener ce diagnostic partagé. (Voir : ANAP - « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Tome 2 : retour d'expériences » - Mars 2019)

## Premiers constats

Démarche PTSM qui s'inscrit pleinement dans les logiques actuelles des « parcours sans ruptures, de l'interinstitutionnalité, du décloisonnement, du « virage inclusif », de la place des aidants, de la prévention ... : une période au cours de laquelle le secteur médico-social est en pleine mue (politique de « transformation de l'offre ») au même titre que celui de la santé, avec un risque « d'empiètement » entre les différentes instances mises en place dans ce contexte (ex : PTSM et Conseils Locaux de Santé

Mentale...)

- Les représentations sur le handicap, la psychiatrie font partie des freins existant. Le repérage des personnes qui ont besoin d'accompagnement est une question de société, qui concerne l'ensemble de la population (ex : les bailleurs sociaux, l'école, les entreprises...). Idée de sensibiliser sur les « premiers gestes de secours en santé mentale ».
- Repérage qui se fait de plus en plus précocement (exemple de l'ouverture de « l'unité parent-bébé » ou « Pôle mère-enfant » qui intervient sur le secteur d'Amboise). Mais par ailleurs les CAMSPS sont de plus en plus « embolisés » par les situations complexes. Ils doivent définir des critères de priorité. Des enfants doivent quitter leurs effectifs avant l'âge de 6 ans. Ces situations sont souvent réorientées vers les CMP dans un contexte où les places en ITEP et en IME manquent actuellement.
- Questionnements sur la cohérence des découpages territoriaux entre les différents secteurs d'intervention, ainsi que sur la correspondance des missions avec les besoins sur chacun de ces territoires. Exemple : il n'y plus d'antenne de pédopsychiatrie à Clocheville ce qui conduit à beaucoup de déplacements pour les équipes mobiles assez petites et ne permet pas un accompagnement de qualité.
- Les difficultés présentées par le public ITEP amènent à élaborer des solutions qui dépassent en partie la question des secteurs géographiques d'intervention notamment depuis l'organisation en dispositif ITEP. Pour autant des jeunes sont parfois très violents et les établissements ne peuvent rester seuls avec ces situations. Celles-ci doivent d'abord être institutionnellement reconnues. L'obligation de « bricoler » des réponses amène parfois à des choses pertinentes, mais face à la complexité il faut avoir le réflexe de se dire qu'il y a matière à construire autre chose, à plusieurs plutôt que chacun ne se retranche dans son domaine.
- Pas d'hôpital de jour pour adolescents en Indre et Loire (hormis la CPU destiné à l'accueil d'un public très spécifique présentant des problématiques liées à l'adolescence). Le Centre Oreste spécialisé dans l'accompagnement thérapeutique des 14-18 ans ne peut palier seul aux besoins importants. Besoin d'un « chef de file » en matière de psychiatrie infanto-juvénile sur notre territoire, qui ait une légitimité à piloter et coordonner les interventions.
- Proposition faite à l'ARS de créer une modalité d'accompagnement « hybride » (à mi-chemin entre Hôpital de jour et ITEP ou IME avec accompagnement thérapeutique renforcé pour ces situations de jeunes avec troubles psychiques ou de la personnalité ou autre pathologie) : la question des différences de circuits de financements ou de modalités de tarification entre le médico-social et le sanitaire constitue également un frein à ce type d'initiatives.
- Beaucoup de familles expriment auprès de la MDPH leur sentiment d'être démunis en l'absence de place dans les structures d'accueil. Elles ne comprennent pas les difficultés qu'ont le médical et le médico-social à travailler ensemble, à se passer les informations.

Familles qui sont perdues dans ces rouages (obligation de répéter leur situation à plusieurs spécialistes). Une des premières difficultés est le cloisonnement des interventions, même si des Groupes Opérationnels de Synthèses se mettent en place avec les différents acteurs à la MDPH dans le cadre des Plans d'Accompagnements Globaux. Le développement de l'école inclusive est également un levier important.

- Précisions du médecin psychiatre : la violence exprimée par certains jeunes n'est pas liée qu'à leur environnement, mais parfois à des processus psychiques même lorsque ceux-ci évoluent dans un environnement bienveillant.
- Réflexion sur les déterminants de la santé (thématique de travail du groupe 6 dans le cadre du PTSM). La Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé (FRAPS) : réseau constitué qui s'adresse à l'ensemble des professionnels du sanitaire, du social, du médico-social (antenne en Indre et Loire) et qui met à disposition des ressources pour la prévention et l'éducation pour la santé.
- Importance de trouver des maillages cohérents à proposer aux familles. Quand un partenariat est bien porté et que les places de chacun des acteurs sont respectées, les choses peuvent bien fonctionner (exemple du Lochois : territoire rural où des rencontres ont nécessairement lieu entre les acteurs du social, médico-social et du sanitaire du fait d'une offre de service plus réduite). Le fait de se connaître facilite les choses, avec une difficulté malgré tout à concilier les emplois du temps de professionnels très sollicités (ex : médecins qui doivent gérer essentiellement les situations d'urgence...)
- Les transitions d'âge sont des moments clés (risques de rupture importants), notamment le passage à l'âge adulte. Le groupe de travail propose de structurer les prochaines réunions en dissociant les réflexions concernant l'enfance et l'adolescence de celles qui concernent l'âge adulte et les personnes âgées (réseaux et besoins différents). La question de la transition entre ces 2 grandes catégories d'âge est particulièrement à prendre en considération (ex : jeunes majeurs qui rentrent dans le champ de l'exclusion parce qu'ils n'ont plus d'aidants pour les accompagner, ou ceux qui relèvent de l'amendement Creton...).
- Dans le secteur de la psychiatrie adulte, des rencontres sont organisées régulièrement entre CMP, Hôpital de jour, acteurs du logement. Cela fonctionne mais il manque du temps, des moyens... Du fait des spécificités de la CPU en Indre et Loire qui ne dispose que de 8 lits, des adolescents sont parfois accueillis dans des services de psychiatrie adulte.
- Les usagers atteints de schizophrénie ou « bipolaires » expriment également le souhait de travailler dans le milieu ordinaire. C'est le rôle par exemple de l'association AIR (association de réinsertion par la restauration) et des chantiers d'insertion qui sont des étapes pour aller vers l'emploi. Quand la maladie psychique se révèle, il y a le deuil d'un avant à faire. Il faut pouvoir accompagner ce temps pour aider les personnes à reconstruire un projet de vie
- L'organisation du parcours de santé pose aussi la question de l'accès au diagnostic, de la

connaissance par la personne de ses symptômes et pour avoir des indications sur les dispositifs dont elle relève (quelle « porte d'entrée » pour se faire accompagner ?).

- Précisions du médecin psychiatre : les symptômes relèvent parfois d'une souffrance sociale, pas d'une pathologie. Il n'est parfois pas possible d'établir un diagnostic médical mais simplement d'apporter des éléments cliniques...
- Question des situations de « ruptures » lors des passages entre hôpital de jour et les établissements ou services de gérontologie. La psychiatrie n'intervient plus en gérontologie auprès de personnes habituées à ce suivi en hôpital de jour (besoin de psychiatres ou de spécialistes de la santé mentale).
- Les infirmiers en psychiatrie de secteur peuvent intervenir également auprès de ce public. Il peut être exigé au moment de l'accueil de la personne que « le secteur » continue à intervenir.
- Les mêmes questions se posent dans le champ de l'insertion par le logement ou de « l'hébergement solidaire » (ex du Hameau Saint Michel et de la FICOSIL) lorsqu'il s'agit de mettre en place des suivis adaptés (difficultés à institutionnaliser le lien avec les soignants). Ex : les infirmières de l'EMPPE (Équipe mobile psychiatrie, précarité, exclusion) du CHRU n'intervient pas dans les CHRS ou à « La Barque » (café associatif de Tours dont l'objet est de lutter contre les exclusions). La seule orientation possible des personnes est vers un CMP. Durées d'hébergement d'urgence très courtes. Publics qui cumulent des problématiques multiples (ex : pas de couverture sociale, non maîtrise du français...). Difficultés qui ne permettent pas de trouver des solutions individualisées avec un étayage commun entre plusieurs acteurs.
- Le PDALHPD (Plan Départemental d'Actions pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées) encourage les rencontres dans le cadre des mesures pour l'habitat inclusif mais chacun a souvent plus obligation à être là où il est qu'à se réunir avec d'autres partenaires (risque inhérent au PTSM ou au CLSM alors que ces instances sont des leviers importants). L'habitat inclusif comme l'emploi inclusif nécessitent des moyens, des étayages spécifiques pour permettre la réalisation de ces objectifs.
- Précisions du médecin psychiatre : L'organisation du parcours de santé mentale repose la question de « ce qui fait soin » ? Nécessité de maintenir une dichotomie entre éducatif et psychiatrie car on ne peut pas s'improviser dans ce champ au risque d'être trop intrusif. Importance de la symbolique (quand c'est le docteur qui prescrit, le patient a tendance à accepter plus facilement). Nous avons souvent l'impression que la psychiatrie peut tout résoudre, mais l'éducatif est complémentaire. C'est le tout qui fait soin (principes de la psychiatrie institutionnelle aujourd'hui contestés alors que ce sont toujours sur ceux-ci que reposent par exemple les groupes d'échanges). La psychiatrie est un lieu de soin pas un lieu de vie.



## Synthèse – Conclusion de la séance

- La question du territoire est essentielle (« la santé mentale doit être à portée de main »), avec des acteurs qui se connaissent et interviennent en concertation, dans le respect et la complémentarité de leur domaine de compétences : ces éléments constituent un terreau favorable à l'organisation de parcours de santé mentale de qualité et « sans ruptures » (manque de connaissance réciproque des acteurs)
- Les Contrats Locaux de Santé sont des leviers importants pour permettre de réunir les acteurs autour d'une même table, de manière à construire des maillages, des solutions innovantes qui combinent l'institutionnel et l'inclusif dans les parcours de santé mentale (l'institution apporte de l'apaisement à moyen terme mais peut constituer un frein à l'autonomie à long terme...). Besoin de coordination, d'ingénierie et de l'octroi de moyens pour la mise en place des actions...
- La santé mentale est une question de société majeure (3<sup>ème</sup> poste de dépenses après le cancer et les maladies cardio-vasculaires) qui doit impliquer l'ensemble des acteurs dans une démarche volontariste (volonté d'avoir plus d'élus dans les groupes de travail organisés dans le cadre des PTSM). Des conférences sur la santé mentale ont lieu chaque année (Voir : <https://www.santementale.fr/agenda/dates/>).
- Importance de déstigmatiser, de réduire les représentations (échanger sur les représentations fait partie du soin...), de savoir reconnaître les premiers symptômes et quelle attitude avoir (prévention de la dépression, du suicide, sensibilisation aux « premiers gestes de secours en santé mentale » ...). Démarche qui suppose également d'intervenir sur les déterminants de la santé (ex : moins de précarité = moins de problèmes de santé mentale) : actions moins centrées sur les troubles qui impliquent l'ensemble de la société. Nécessité d'avoir des données épidémiologiques pour cerner les causalités de ces troubles.
- L'enfance et l'âge adulte relèvent de problématiques et de réseaux partenariaux différents (proposition de scinder le groupe de travail en 2 sous-groupes). La transition entre ces 2 catégories d'âge est déterminante (les 18-25 ans représentent une tranche de population particulièrement sensible) et reste un point essentiel à aborder dans les 2 sous-groupes à constituer.

**Prochaine réunion le 15.07.2019 de 9h à 12h à l'ITEP l'Éveil de Tours**

<b>Compte rendu de réunion du groupe de travail</b>	<b>Date : 15.07.2019</b>	Réf : CR2 GT2-PTSM
<b>Projet Territorial de Santé Mentale</b>		
<b>Thématique 2 : organiser le parcours de santé</b>	Animé par S. Beurel	Rédigé par S. Sekulovski

## Participants

**Dr Gilles ASPE** - Médecin *psychiatre* et Directeur médical - Pôle de santé mentale « la Confluence » (Saint - Cyr sur Loire) - Clinique de Vontes (Esvres sur Indre) - INICEA

**M. Steven BEUREL** - Directeur Général - Association Enfance & Pluriel

**Dr. EDOM MAGDALENA** - Pédiopsychiatre - Centre Hospitalier Inter Communal (*Amboise*)

**M. Sacha SEKULOVSKI** - Conseiller technique - Association Enfance & Pluriel

**Mme Josiane GUIBERT** - Association d'Insertion par la Restauration AIR (Tours)

**Dr Sarah LABORDERIE** - Médecin *psychiatre* - *Maison d'arrêt de Tours*

**Mme Dolorès LEMEUX** – Responsable de l'unité éducative du **STEMO** (service territorial éducatif de milieu ouvert – PJJ) de Tours

**Mme Véronique LIVERA** – Responsable Secteur Santé - Association Entraide & Solidarités

Dr ..... - Médecin de santé au travail

**M. et Mme DOULAY** – Bénévoles représentant les usagers UNAFAM 37 (Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux)

## Ordre du jour / objectifs

- Synthèse des réflexions menées et des constats réalisés lors de la précédente réunion
- Poursuite du travail d'identification des manques, des besoins, des expériences qui fonctionnent bien en matière « d'organisation du parcours de santé mentale » dans le cadre de cette phase de « diagnostic territorial partagé » du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)

## Sujets abordés

- Retour sur la question de l'accès au diagnostic : difficultés rencontrées quand les personnes n'ont pas conscience de leurs troubles et qui, en l'absence de maladie énoncée, n'entrent pas dans le soin.
- Précisions du médecin psychiatre : quand un trouble du comportement est isolé sans pathologie associée, il est effectivement difficile de mettre ces personnes dans la « boucle du soin », on ne sait pas faire. Quand il n'y a pas de maladie identifiée, ces personnes ne

relèvent pas de la psychiatrie mais il peut y avoir quand même nécessité de mise en place de soins ambulatoires. Les institutions ont tendance à se protéger en ne prenant pas des personnes qui posent des problèmes importants en collectivité.

- Le secteur adulte est assez bien structuré dès lors qu'un diagnostic a été posé pour la personne, différent du champ de l'enfance public pour lequel on ne peut souvent pas énoncer une pathologie précise
- Questionnement sur la notion « d'état limite » ? Précisions du médecin psychiatre : concept flou souvent utilisés pour des enfants « caractériels » ou dits « borderline » qui ont des troubles de la personnalité. L'état limite renvoie aussi aux limites de la société...
- Les troubles du comportement à l'adolescence n'entrent pas dans le champ de la maladie mentale...
- Retour sur le principe selon lequel « tout fait soin » et de l'importance du cadre symbolique dans lequel sont menées les interventions lorsque celui-ci est porté par une autorité qui l'incarne ou par quelqu'un de l'extérieur (ex : plus facile de demander à une personne de prendre sa douche si c'est le médecin qui lui prescrit). Le cadre symbolique de la loi porté par les représentants de la justice (exemple des soins pénalement ordonnés...). Le cadre symbolique mis en place dans le cadre du dispositif ITEP est structurant pour les jeunes accompagnés.
- Manque d'appui d'éducateurs dans le champ du sanitaire
- STEMO : dérive qui consiste à faire pression pour que certains jeunes soient incarcérés, alors que ce n'est pas un cadre qui « fait soin »
- Il y a davantage de structures pour des jeunes qui relèvent du champ du handicap
- Des commissions (comparables aux commissions des situations complexes ou « groupes opérationnels de synthèse » organisées à la MDPH) sont organisées dans le cadre de la PJJ dès lors qu'un jeune qui relève de troubles du comportement importants commence à poser problème à plusieurs endroits. Des interventions sont mises en place pour éviter que la situation ne dégénère.
- La mise en place du dispositif ITEP apporte certaines avancées : place des parents renforcées, mobilisation des ressources du territoire, davantage d'adaptabilité (ajustement des modalités d'accompagnement sans créer de ruptures). Ce système constitue un « filet » plus souple mais plus solide. Ce qui manque aujourd'hui c'est l'avant et l'après...
- L'accueil en institution contribue à l'apaisement notamment pour les plus jeunes (plus difficile à l'adolescence) avec un risque à long terme de confrontation difficile à la réalité quand il n'y a plus que l'institution. Souplesse à trouver pour passer plus facilement du « dans les murs » à l'ambulatoire comme c'est le cas par exemple dans le cadre du dispositif ITEP
- Problème des jeunes qui relèvent de l'ASE dont le parcours est souvent marqué par des

tentatives à répétition de retours en famille qui ne peuvent tenir sur la durée, avec la problématique du passage à l'âge adulte lorsqu'ils ne sont plus accompagnés

- Assouplissement général qui évolue avec la notion de dispositif, qui s'organise avec la mise en place de notifications mixtes, mais des adultes peuvent rester longtemps sans accompagnement du fait de la longueur des délais d'instruction des dossiers de demandes d'AAH, de PCH ou de RQTH... La MDPH ne peut pas notifier « accueil en FAM et travail en milieu ordinaire » par exemple...
- L'équipe du Dr Graux de l'hôpital de jour de Bretonneau assure l'interface pour des personnes qui trouvent un emploi dans le milieu ordinaire. « Un logement et un emploi d'abord » : principe à défendre dès le repérage des personnes
- La notion de handicap est difficile à situer, notamment au moment de l'enfance où le diagnostic n'est pas toujours possible. Des moyens doivent être donnés pour des jeunes qui ne relèvent pas du handicap mais qui présentent des troubles du comportement (ex d'enfants qui passent très tôt des temps importants devant des écrans et qui développent des troubles par manque de stimulation éducative ou sensorielle...)
- Concernant les adultes, la psychiatrie fait sortir certains adultes du RSA et de la précarité pour les faire entrer dans l'AAH. Elles n'ont de ce fait plus toutes les démarches d'insertion à effectuer. Ce statut peut être sécurisant pour ces personnes, d'un autre côté il y a quelque chose de définitif qui s'installe, avec un travail de « deuil » à faire également lorsque celles-ci entrent dans le champ du handicap
- Proposition de solliciter des effets « filet » par l'instauration d'une plus grande souplesse, que ce soit au niveau de la MDPH comme de celui de la CAF. Importance de sécuriser la personne dans son logement et son revenu pour ne pas qu'elle retourne dans la précarité
- Questionnement sur l'articulation entre le PTSM et le « Plan pauvreté » dont l'Indre et Loire est département pilote pour sa première phase d'expérimentation. Quelle articulation également entre le Plan pauvreté, le PTSM et la politique de la ville ? Plusieurs instances discutent des mêmes thématiques sans s'articuler. Un des objectifs du plan pauvreté est qu'il n'y ait plus de jeunes majeurs à la rue...
- Importance de l'entourage de la personne : on ne peut pas traiter la personne sans impliquer son entourage (exemple des violences conjugales). Les psychiatres sont frustrés de ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer aux familles. Il faudrait développer les thérapies familiales (exemple du programme « Profamille » promu par l'UNAFAM)
- La maladie psychiatrique isole et cet isolement renforce la maladie. Un cheminement doit se faire après l'annonce de cette maladie. Il y a des familles avec lesquelles on peut coopérer d'autres non car elles sont à l'origine ou jouent un rôle dans cette souffrance.
- STEMO : pour ce qui concerne les mineurs, la famille est souvent mise de côté au nom du

secret médical

- Précisions du médecin psychiatre : tendance liée à une façon de considérer les parents comme défaillants (mandat de « toute puissance » ou « d'impuissance » donné dans le cadre de l'ASE) il est possible de dire aux familles « là où on en est » dans la réflexion même s'il n'y a pas eu de diagnostic posé sur les .
- Jeunes qui relèvent du dispositif ITEP : on ne peut pas mettre les parents (ou détenteurs de l'autorité parentale) à l'écart. Les jeunes développent des postures défensives quand c'est le cas. Une orientation en ITEP avec internat peut se traduire par un « déchargement » de la part de l'ASE, alors que ce ne sont pas les mêmes missions et que celles-ci sont complémentaires. D'où les enjeux du diagnostic...
- Dimension préventive à investir davantage. Exemple du SITEP mis en place dans la Sarthe (classifié SESSAD, mais intervention auprès de jeunes qui n'ont pas de notification CDAPH sur saisine de l'Éducation Nationale sur une période de 6 mois : financement par l'ARS et dans le cadre de la Politique de la Ville). Ce service intervient quelque peu sur le champ des RASED mais constitue une aide complémentaire de par l'extériorité apportée
- Importance de réunir les acteurs des différents champs sur un même territoire pour mettre en place des coopérations opérantes. L'hôpital doit pouvoir inviter des acteurs du médico-social pour prévenir les ruptures.
- Difficulté à faire intervenir le médico-social quand les personnes ne relèvent pas de la MDPH. Des dispositifs innovants sont à créer pour les personnes qui ne relèvent pas du handicap ou d'une maladie diagnostiquée. Continuité des accompagnements à penser quand plusieurs acteurs sont impliqués
- Reprise des préconisations de l'ANAP concernant l'organisation des parcours de santé mentale (voir document présenté dans le CR de la réunion précédente) :
  - Favoriser la connaissance et l'interconnaissance pour la mise en place d'interventions concertées auprès de personnes présentant des troubles psychiques (variété des troubles et des établissements)
  - Amélioration de la connaissance des phénomènes autour du handicap psychique (organisation de rencontres annuelles)
  - Harmonisation des pratiques professionnelles et des organisations (dans le respect des domaines d'intervention de chacun)
  - Améliorer l'offre : cohérence, homogénéité, égalité d'accès (exemple des personnes détenues)
  - Fluidité des parcours et gradation de la réponse (ne pas présenter les choses sous forme de pyramide, mais un éventail de réponses modulables sur le principe que tout le monde peut avoir besoin de tout à partir de ce que chacun peut apporter...)

- Mise en réseau et coordination des acteurs (avec des référents)
- Place des usagers (travailler davantage avec les familles, l'entourage, les aidants...)
- Modèle du CSAPA présenté en exemple : accompagnement dans et hors les murs, « l'aller vers » des territoires moins pourvus, financement mixte (sanitaire et médico-social)
- Retour sur l'importance de la cohérence des découpages territoriaux : les territoires d'intervention de la psychiatrie ne sont pas les mêmes que ceux des Conseils Locaux de Santé Mentale, pédopsychiatrie répartie sur 3 inter secteurs dans notre département. Intérêt à développer des solutions communes sur les territoires, plutôt que « chacun ne se renvoie la balle » comme c'est actuellement souvent le cas. Le PTSM donne l'occasion de faire partie d'une « communauté »
- Spécificité de l'Indre et Loire : 3 cliniques psychiatriques qui représentent autant de lits que le CHU, mais qui n'ont pas le droit d'assurer un accueil de nuit. Urgences psychiatriques et Centre d'Accueil de Crise qui permet de prévenir les hospitalisations sous contrainte (possibilité d'accueil sur 2 ou 3 jours au CAC pour des situations de crises psycho-sociales...)
- Le sanitaire est très sectorisé. Pas de vision d'ensemble. Un secrétariat permanent de la psychiatrie dans lequel tous les secteurs avaient envoyé des délégués avait été créé pour articuler public et privé. La population de Tours augmente alors que le nombre de soignants diminue. Chaque psychiatre travaille actuellement en flux tendu dans le registre de l'urgence. La MDA et le Centre ORESTE ne sont pas vraiment des lieux d'accueil adaptés aux publics les plus en difficulté
- Importance de développer l'appui au maintien en milieu ordinaire pour le secteur sanitaire. Idée de faire tourner les personnels (tout en prenant en compte le fait que tout le monde ne soit pas « interchangeable ») pour faciliter l'inter connaissance ou de fixer des durées de travail limitées (exemple : 3 ans) sur des postes exposés aux situations de crises. Le fait de travailler sur plusieurs unités facilite les liens...
- Proposition de faire une cartographie des liens par réseaux des modalités d'accueil ou d'accompagnement en établissement et « en ambulatoire ».
- Le travail en réseau est très chronophage et n'est pas comptabilisé dans l'activité. Il manque une solution technique et humaine pour gérer l'animation du réseau, le coordonner (usagers, GHT, social et médico-social). Est-ce le rôle des CLSM ? des *Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS auxquelles certaines associations du médico-social commencent à participer)* ? Quels retentissements ont ces instances sur le terrain ? (Certains acteurs du sanitaire n'ont pas connaissance de leur existence). Quels liens avec les PTA (plutôt à destination des médecins libéraux en recherche de solutions) ? Avec les MAIA (à destination des personnes âgées) ?
- Proposition de solliciter le GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) Touraine Val de Loire pour recueillir des éléments sur les situations traitées dans le cadre des PAG (Plan

## Prochaines réunions

- Jeudi 3 Octobre : Groupe de travail « Parcours de santé mentale Adultes » 14h-17h à l'ITEP l'Éveil de Tours (18, rue Georget)
- Vendredi 4 octobre : Groupe de travail « Parcours de santé mentale Enfance » 9h-12h à l'ITEP l'Éveil de Tours
- Jeudi 10 octobre : 2ème groupe de travail « Parcours de santé mentale Adultes » 14h-17h à l'ITEP l'Éveil de Tours
- Vendredi 18 octobre : Mise en commun et diagnostic partagé sur la situation des 18-25 ans 9h-12h à l'ITEP l'Éveil de Tours

**Objectifs de ces groupes de travail :** poursuite du diagnostic partagé (retours d'expérience et préconisations d'actions sur l'organisation du parcours de santé mentale en fonction des catégories d'âge définies) pour restitution à l'ARS

## Comptes rendus : Groupe 3

---

### Première réunion du groupe 3 : 13 mai 2019

#### Éléments abordés lors de la première réunion :

- Importance de la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire, des soins dentaires, de la douleur.
- Limites d'accès aux soins (et de prise en charge) pour les personnes ne parlant pas le français.
- Difficultés d'articulation des soins somatiques pour les patients sortant d'établissement psychiatrique (notamment dans la mise en place d'HAD).
- Quelle place de la télémédecine dans les prises en charge somatiques des patients souffrant de trouble psychiatrique ?
- Intérêt de développer un réseau de praticiens (généraliste, dentiste, gynéco, etc.) impliqués dans les prises en charges de patients souffrant de troubles psychiatrique pour faciliter les relais (sorties d'établissement, ambulatoire). Si annuaire, quid de la mise à jour ?
- Importance pour certains patients (notamment en établissement sanitaire ou relevant du médico-social) de la préparation aux soins somatiques par les équipes (spécialisées ?), afin faciliter l'accès, d'en limiter la durée, et le retentissement sur la personne (appréhension anxieuse par ex.).
- Problématique de la prise en charge des transports pour accéder aux soins somatiques chez les patients pris en charge en établissement.

---

#### Récapitulatif des sous-groupes de travail, avec les dates et participants :

-Sous-groupe 1 : prise en charge des troubles somatiques des patients atteints de troubles mentaux en établissement

Réunion le 17 juin à 17H30 pour le sous-groupe 1. Site Bretonneau, bâtiment B3, 3<sup>ème</sup> étage, grande salle ORL (à la sortie des ascenseurs).

*Participants* : Marie-Laurence Barruet, Tony-Marc Camus, Hélène Hénique, Romain Chantebel, Alain Larivière, Dominique Osu

-sous-groupe 2 : la prise en charge des troubles somatiques des patients atteints de troubles mentaux en ambulatoire

Réunion le mardi 4 juin à 18h30 au Sava de Joue les Tours.

*Participants* : Me Santos, Chloé Saulnier, Lydy DaSilva-Lagarto, Emilie Legay, Nicolas Didier, Nathalie Gervaise

-sous-groupe 3 : l'articulation de cette prise en charge entre les 2, ambulatoire et établissement.

Réunion le 3 juin à 18h, à Bretonneau (salle à déterminer)

*Participants* : Me Kalfa-Michaud, Isabelle Marpeau, Julie Brugerolle, Pierre-Guillaume Barbe, Maxime Pautrat, Frédéric Denis



Pour cette première phase de travail (évaluation de l'existant), nous vous joignons un document de travail. Afin de faciliter le travail des sous-groupes, ce document\* propose une reprise du "guide" de l'ARS, et des premières idées, que chacun pourra corriger, commenter et enrichir d'ici les premières réunions.

A l'issue de la 1ère rencontre des sous-groupes, une synthèse du travail réalisé sera envoyée (par un rapporteur de chaque sous-groupe) par mail à l'ensemble du groupe pour préparer la rencontre de septembre.

\* **Document guide**

Préparation du travail des sous- groupes (phase de diagnostic) :

**1- Prise en charge somatique des patients atteints de troubles mentaux en établissement :**

- Éléments à récupérer auprès de l'ARS :

- Consommation de soins hospitaliers MCO par les personnes avec ALD psy par rapport à la population générale.

- Taux de patients hospitalisés ayant bénéficié de soins somatiques.

- nombre d'équipe de psychiatrie et pédopsychiatrie de liaison, et files actives

- Taux de patients de la file active psychiatrique sans médecin traitant : (aussi groupe 2 et 3) cf. Atlas de santé mentale : [http://santementale.atlasante.fr/GC\\_preport.php?lang=fr&codgeo=37&nivgeo=dep&id\\_rep=r05](http://santementale.atlasante.fr/GC_preport.php?lang=fr&codgeo=37&nivgeo=dep&id_rep=r05)
- Existe –il un médecin somaticien au sein de l'établissement ? Ratio temps médical/ nombre de patients ? Existe-t-il des protocoles de suivi, pec somatique ?
- Modalité d'organisation (ou non) du relais / médecin traitant (concerne aussi groupe 3)
- PEC psy des patients hospitalisés en MCO : Intérêt d'un questionnaire adressé aux services de MCO (à qui l'adresser : médecin ? équipe IDE ? Cadre ? ) ?:

*Questionnaire :*

*- avez-vous connaissance de patients hospitalisés dans votre établissement/ service qui souffrent de troubles mentaux ?*

*- rencontrez-vous des difficultés particulières lors de la prise en charge de personnes souffrant de troubles mentaux ?*

*Si oui... : difficultés d'accès aux soins psy ? Difficulté à obtenir un avis ? Difficulté à organiser un relais psychiatrique ambulatoire ? Difficultés liées à des troubles du comportement ? Si oui, de quel type ? Difficultés en lien avec la durée d'hospitalisation ? Difficultés en lien avec le ttt psychotrope ? Autres difficultés ? Ou craintes ?*

## **2- Prise en charge somatique des patients atteints de troubles mentaux en ambulatoire :**

- Consommation de soins de ville des personnes avec ALD psy par rapport à la population générale.

Données Atlas santé sur l'accès à la prévention (cf. lien précédent)

- Intérêt d'un questionnaire à destination des usagers (via GEM) ?  
+/- de leur famille/ leurs proches (via UNAFAM)  
+/- accompagnants de patients (SAMSAH)

*Questionnaire :*

*Bénéficiez-vous d'un suivi par médecin généraliste ?*

*Bénéficiez-vous d'un suivi par médecin spécialiste ?*

*Êtes-vous informé des actes de prévention dont vous pouvez bénéficier (risque cardio vasculaire, gynéco, dig, vaccins, dentaires, etc.) ?*

*Si oui, qui vous en a informé : méd. généraliste, médecin spécialiste, proches, autre ?*

*Avez-vous déjà bénéficié d'un de ces actes de prévention ?*

*Êtes-vous, ou avez-vous été, confronté à des difficultés pour être suivi, ou dans le cadre de votre suivi, par un médecin généraliste, Spécialiste ? Si oui lesquelles ?*

*Avez-vous des propositions visant à améliorer l'accès aux soins, le suivi, la prévention ?*

## **3- Articulation des prises en charge entre établissement et ambulatoire :**

- Modalités de relais des suivis en sortie d'établissement : contact téléphonique, envoi des CRH, lettres de liaison ?
- Intérêt d'un réseau, d'un annuaire de méd. généralistes, spécialistes ?
- Difficultés rencontrées par méd. ttt pour mettre en place un suivi psy, une hospitalisation ? Quelles conduites mises en place ?
- Difficultés rencontrées par méd. traitant pour mettre en place un suivi somatique spécialisé et/ou une hospitalisation en MCO pour des patients souffrant de trouble mental ?

*( → Intérêt d'un questionnaire pour les méd. ttt ? )*



## Projet Territorial de Santé Mentale GROUPE 5

Compte-rendu de la 2<sup>e</sup> séance du 1<sup>er</sup> juillet 2019

Le groupe de travail 5 du PTSM 37 s'est réuni le 1<sup>er</sup> juillet 2019 de 15h à 17h dans les locaux du C.H.R.U. de Tours afin d'organiser la phase « diagnostic » du PTSM. La priorité du Groupe 5 est de « promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrants de troubles psychiques et lutter contre la stigmatisation ».

### Présents :

- **Mme CHABANNE Catherine** – Unafam37
- **Mme CHAMPEIL Nathalie** – Responsable Relais Cajou - Plateforme de répit Bulle d'air à la Mutualité Française Centre-Val de Loire VYV Care
- **Mme CHEREAU Laetitia** – Chef de projet santé et politiques sociales de la Communauté de communes Loches Sud Touraine
- **Mme FERNANDEZ Carole** – Cadre Supérieure Socio-éducatif au C.H.R.U. de Tours
- **Mme GILLET Claudine** – Responsable de service à l'UDAF 37
- **Mme KOLUCH Delphine** – Adjoint des cadres / Soins sans consentement - Pôle Psychiatrie au C.H.R.U. de Tours
- **Mme LAUMONIER Nelly** – Coordinatrice PFR AGEVIE
- **M. LORILLEUX SAMUEL** – Responsable de service à l'UDAF 37
- **Mme MEPLAUX Véronique** – Cadre supérieur - Pôle Psychiatrie au C.H.R.U. de Tours
- **Mme MOREAU Nathalie** – Médiatrice au CPAM d'Indre-et-Loire
- **Mme OSU Dominique** – Directrice coordonnatrice du GHT TVL

### Membres absents excusés :

- M. CHEVILLON Sébastien – Directeur de l'Association tutélaire d'Indre-et-Loire (ATIL)
- Mme DUVERGER Sylvie – I.D.E. - Pôle Psychiatrie au C.H.R.U. de Tours
- Mme HERMELIN Clarisse – Coordinatrice CLSM de la Métropole Tourangelle
- Mme PAILLARD Charlotte – Responsable du service Mineurs Non Accompagnés (MNA)
- Mme SAULNIER Chloé – Mutualité Française Centre-Val de Loire

## Membres absents :

- Mme ANDRE Emmanuelle – Accueil de jour & PFR AGEVIE
- Dr BARBE Pierre-Guillaume – Psychiatre - Praticien Hospitalier au C.H.R.U. de Tours
- M. LE PAGE Éric – Entraide et Solidarité
- SESSAD Trisomie 21
- Médiateur République

.....

### **1 – Présentation rapide du PTSM et de la priorité du Groupe 5**

### **2 – Proposition modalités de diagnostic pour le Thème 1 : Implication des personnes, de leurs proches et des familles dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement**

Mme GILLET de l'UDAF s'interroge sur comment faciliter l'accès au soin pour les familles et accompagnants réticents à aller vers le soin

L'UDAF évoque un besoin d'information et de sensibilisation sur les procédures juridiques en cas de prise en charge sans consentement. Les familles manquent d'informations et sont tenues responsables par les patients. L'UDAF signale également le manque de clarté sur les droits à accorder aux patients ou aux familles dans ce même cas, ainsi que les risques de poursuites judiciaires pour la transmission d'informations médicales d'un patient adulte à sa famille.

La PJJ et la MDA sont suggérés pour participer au projet. Les EHPAD ayant des résidents atteints de troubles psychiques sont également cités.

### **3 – Proposition modalités de diagnostic pour le Thème 2 : Accès à l'éducation thérapeutique**

La mise en œuvre d'une coordination départementale pour les personnes polyopathologiques ayant des troubles psychiques est évoquée, le CHRU a déposé sa candidature et répondu à un AIE.

L'ASEPT, qui est porté par la MSA, est suggéré pour participer au projet. Il souhaite travailler avec un intervenant non hospitalier.

### **4 – Proposition modalités de diagnostic pour le Thème 3 : Modalités d'appui aux proches et aux familles dans leur rôle d'aidants de proximité**

Les actions de l'UNAFAM en Indre-et-Loire qui correspondent au Thème 3 sont présentées, ainsi que celles existantes dans d'autres départements.

Le Bistrot mémoire du Relais Cajou de Tours est cité ainsi que l'Association Nationale des Aidants.

Le problème de l'accès à l'offre d'aide pour les aidants est évoqué : ceux-ci manquent de temps pour demander de l'aide et/ou ne savent pas où s'adresser, il faut donc aller au plus près des familles, au plus près du domicile. L'offre apparaît également insuffisante.

#### **5 – Proposition modalités de diagnostic pour le Thème 4 : Modalités d'entraide par les pairs, tels que les groupes d'entraide mutuelle**

Les GEM sont définis comme des groupes d'entraide mutuelle proposés par des associations et animés par des animateurs. Ils sont au nombre de trois en Indre-et-Loire en rapport avec la santé mentale.

Les associations des services hospitaliers sont citées ainsi que Entraide et Solidarité

#### **6 – Proposition modalités pour le Thème 5 : Modalités d'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits et l'accès aux droits**

Les Maisons de la solidarité (MDS) et les Maisons de service au public (MSAP) sont citées.

La responsabilité des professionnels de santé à ce sujet est rappelée.

Les assistant(e)s sociaux(les) présent(e)s dans chaque service hospitalier, dont le service psychiatrique, sont évoquées.

#### **7 – Proposition modalités pour le Thème 6 : Actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et l'information du grand public sur la santé mentale (SISM, actions des CLSM ou coordinations de santé mentale du territoire, UNAFAM, etc.)**

Des formations pour des personnes travaillant hors du champ médico-social mais qui sont susceptibles de côtoyer des personnes atteintes de troubles psychiques sont suggérées.

La semaine de la Santé mentale ayant lieu tous les ans en Mars est rappelée.

Le lien, effectué par la CPAM, entre assurance et assurés avec des troubles psychiques est évoqué.

L'UDAF se déclare d'accord avec la proposition de Mme Sylvie DUVERGER à propos du travail à effectuer avec leur service de communication au sujet de l'encouragement des usages et des familles à parler du handicap psychique.

Mme MOREAU propose son contact aux autres personnes présentes et qui sont intéressées par le contact d'une médiatrice à la CPAM.

Mme OSU propose aux personnes présentes d'emporter la feuille polycopiée pour y ajouter plus tard les éléments omis pendant la réunion, puis de la faire parvenir complétée.

## **8 – Les enquêtes prévues pour l'ensemble des groupes de travail du PTSM**

Mme OSU présente les 3 différentes enquêtes prévues pour la phase « diagnostic » du PTSM. Elle précise que celles-ci sont communes et génériques et qu'elles seront mises en place avec le comité de pilotage.

La première enquête concerne les usagers. Elle dure environ trente minutes et doit être menée auprès des usagers par des professionnels en lesquels ils ont confiance. Les usagers interrogés devront présenter des troubles psychiques mais devront être capables de répondre aux questions. L'enquête usager comprend sept parties :

- Ressources
- Soins
- Logement
- Activités professionnelles ou non
- Protection juridique
- Aide aux aidants
- Accompagnement adapté

La deuxième enquête concerne les structures. Un questionnaire sera confié à une équipe pour réponse lors d'un staff.

La troisième enquête est encore à l'état de projet et devrait concerner les proches.

Les questionnaires devraient être envoyés en août.

### **Rétroplanning :**

- La date de la prochaine réunion n'est pas encore fixée mais elle devrait se dérouler durant la deuxième quinzaine de septembre.

Mme OSU remercie les participants et lève la séance à 16h55.

**1<sup>ère</sup> réunion Groupe de Travail 6 (GT) PTSM 37**  
**Le 09/10/2019, de 10h à 12h**

**Personnes excusées**

1. Mme Chevalier, DD ARS 37
2. Mme Chabanne, UNAFAM
3. Mme David, CLS PLT
4. Mme Menoury, MSA Berry-Touraine
5. Dr Kubas, Centre Bois Gibert
6. M. Beurel, enfance et pluriel
7. M. Belet, GEM 37
8. Mme Picard, Soliha
9. Mme Marianne, Préfecture
10. Mme Merle, APST 37
11. Mme Lize, CPTS agglo

**Personnes présentes**

1. Mme Arnault, SSU
2. Mme Hermelin, CLSM Métropole Tourangelle
3. Mme Delorze, CH Chinon
4. M. Fleury, Soliha/ficosil
5. Mme Chereau, CLS CC Loches Sud Touraine
6. Mme Sochon, ML de Touraine
7. Mme Février Dupin, CLCV
8. Mme Charbonnier, UFC Que Choisir
9. Mme Gueguen, PJJ
10. Mme Bauduin, CPTS agglo Tours
11. Mme Gouin, CD 37
12. Mme Lary, DSDEN médecine scolaire
13. Mme Adjemi, CPAM 37
14. M. Pillore APST 37
15. Anne-Laure Hirn, FRAPS

**Les 5 autres GT du PTSM7 :**

GT1 Repérage précoce des troubles psychiques, diagnostic, orientation

GT2 Organiser le parcours de santé et de vie

GT3 Permettre l'accès à des soins somatiques

GT4 Prévenir et prendre en charge les situations de crise et d'urgence

GT5 Promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action souffrants de troubles psychiques et lutter contre la stigmatisation

**Ordre du jour**

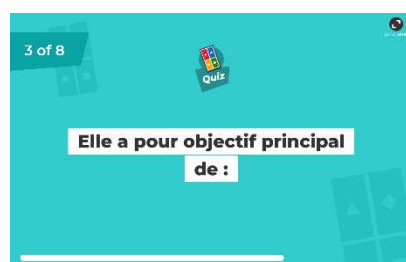
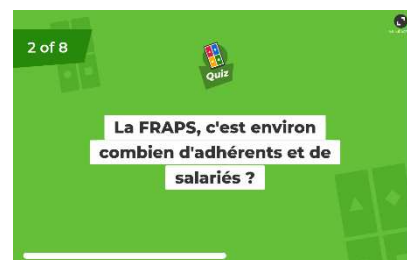
Actualités, informations, présentation de la FRAPS

Synthèse des forces, faiblesses et priorités recensées lors des rendez-vous individuels

Propositions stratégies

- Organisation du GT 6
- Questions diverses

## Actualités, informations, présentation de la FRAPS



Document de travail FRAPS de mai sera retransmis

Dernier COFIL PTSM le 9/9 :2019

Réunion GT 6 du 6/9 annulée

Membres du GT 6 PTSM 37 sont invités au prochain groupe de travail du CLSM Métropole tourangelle (26/11, espace Jacques Villeret, de 9h30 à 12h00)

- Lien pour consulter les documents du groupe GT 6\_ PPS:

<https://drive.google.com/open?id=1aSX50dWlyM3fFs5GaVKN55KoAjKxAdTs>

Rencontre régionale des acteurs de la santé mentale à Blois le 8 novembre 2019

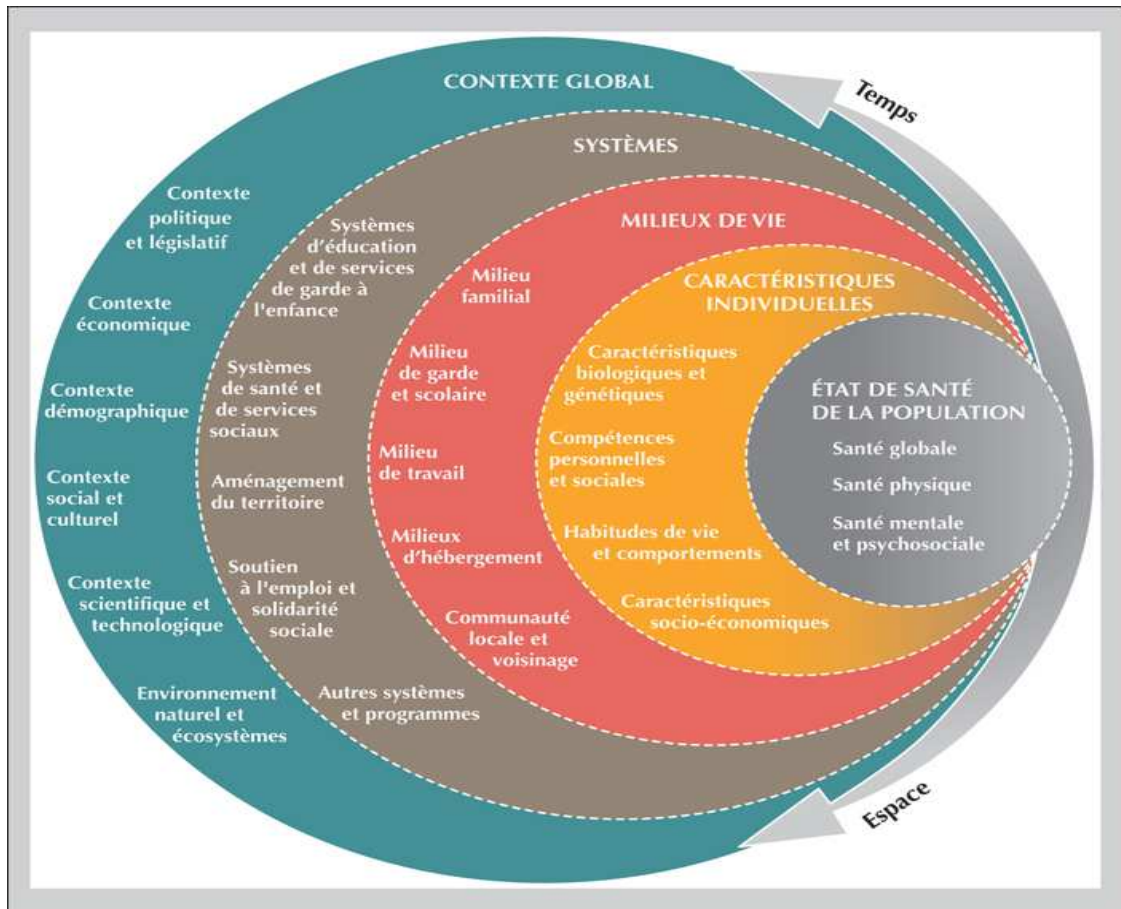
Pas de synthèse départementales des analyses des besoins sociaux des CCAS en Indre-et-Loire

Merci aux structures ci-dessous pour nos échanges individuels:

APST, DDCS, DIRECCTE, Enfance et pluriel, Interface, PJJ, SAVS MCVL, Soliha, UNAFAM, CLS PLT, CLS PLN, CLS Loches Sud Touraine, CLSM métropole tourangelle, mission locale, Bois Gibert, Préfecture, CPTS agglomération et le SSU



## Les déterminants de la santé mentale



45

## Synthèse des forces, faiblesses et priorités recensées

### Synthèse des forces

#### Dispositifs nationaux :

[Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS](#)

[Plan d'action Européen sur la santé mentale \(2015\)](#)

[Principaux repères sur la santé mentale](#)

#### SPF

**Numéros nationaux** : fil santé jeune, ligne azur, SOS amitié france, SOS suicide phénix, suicide écoute, phare enfants - parents

Programme pluriannuel psychiatrie et santé mentale 2018-2023

Cadre d'orientation stratégique (COS) CVDL : réduire les inégalités, préserver et améliorer l'état de santé

45

« La santé et ses déterminants – mieux comprendre pour mieux agir »  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

Parcours de santé spécifique "santé mentale" dans le Projet Régional de Santé (PRS) CVDL  
Programme Régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) CVDL: « déterminants sociaux »,  
« universalisme proportionné »,p.13, « compétences psychosociales (CPS) », « littératie en santé »,  
"aller-vers", "faire avec"  
Services de soins (CMP, CMPP, offre libérale, établissements de santé privé/public,....)  
Création d'une plateforme pour les personnes ayant subi des traumatismes  
Assurances santé complémentaires  
Nombreux acteurs en santé mentale, association : croix rouge, secours populaire, secours catholique,  
emmaus  
Lien stress et maladies cardiovasculaires connu  
Virage inclusif, prise en compte des aidants  
Développement des médecine intégratives  
Communication non violente,  
Egalité des genres  
Formations initiales (SeSa ou SSA = service sanitaire)  
Démocratie sanitaire (empowerment, aidants)  
Commission de coordination des Politiques Publiques en Prévention et Promotion de la Santé (PPS)  
Plateforme Territoriales d'Appui (PTA)  
Annuaire  
Réseau Sport Santé Bien-être  
Res'ado37-Maison des Adolescents (MDA), Espace santé jeunes, Foyer des jeunes travailleurs,  
CD 37, PMI, MDS, MDPH, CPEF, CEGIDD, centre de planification (CPEF) , tzigane 37, CIDFF,  
promeneurs du net,  
Grpmt pour l'amélioration de l'aide alimentaire (G3A) - FRAPS, R2S – FRAPS, réseau santé sexuelle,  
PMP des GHT,  
Commission de prévention des expulsions locatives (Copex), Plan Local d'Insertion professionnelle  
des Travailleurs Handicapés (PLITH) - RAPT (Réponse Accompagnée pour Tous),  
Insertion par le travail, Plan local d'insertion par l'emploi (PLI),  
Quartiers Priorité de la Ville (QPV)  
Zone de Revitalisation Rurale (ZRR)  
Label "Quartier reconquête Républicaine" (QRR),  
Interface,  
Cap emploi,  
Dispositif départemental de lutte contre les violences,  
Prise en compte des problèmes de mobilité  
Prise en compte des Troubles Musculosquelettiques (TMS)  
Prise en compte des Risques PSychosociaux  
Prise en compte de la conciliation vie privée/professionnelle  
REseau d'Appui à la Parentalité (REAPP),  
Projet d'évaluation psychologique rapide au CHRU  
Actions pour le dvlpt pre /postvention du suicide  
Commission d'accompagnement des étudiants (Université)  
Etudiants relai santé,  
Virage numériques (e santé, télémédecine, ...)

Figure 2 Schéma des forces



Synthèse des faiblesses

Contexte global

Facteurs économiques : niveau de revenus, statut, emploi,  
Accès à certains soins pas ou peu prise en charge, chômage,  
Diminution des places en formation « ROCS »

Baisse des financements

Facteurs démographiques :

Viellissement de la population (MND), isolement

Facteurs Sociaux et culturels :

Représentation négative de la santé mentale

Tabou et stigmatisation dans les troubles psychiques (au travail ; par ex.)

Diminuer l'isolement (géographique, social par manque d'argent ; et l'individualisme : numérique  
comme solution ; problème de paiement des cantines des enfants ;

Augmentation des phobie scolaires

Fragilité des familles monoparentales notamment

Facteurs scientifiques et technologiques :

Développement des neurosciences

Environnement naturel et écosystèmes :

Changements climatiques anxiogènes

**Différentes pollutions : qualité de l'air, eau**

**Manque de végétaux dans les villes**

**Habitats insalubres**

Manque de place au 115 ; Mêmes lieux d'accueil pour migrants et « SDF »

Activités de survie (mendicité, prostitution)

Manque d'apprentissage du français pour les personnes allophones

Dossiers administratifs complexes (pole emploi, domiciliation, AME, ...)

Manque de reconnaissance des salariés ,RPS

Conciliation vie pro/perso compliquée

Pénibilité au travail non rémunérée

Outils de travail changent régulièrement (logiciels)

Augmentation des TMS par baisse des temps de pause au travail

Forts besoins de soutien la parentalité (concilier perso et pro, cptces parentales....)

Augmentation de la délinquance et des violences

Augmentation des jeunes en souffrance psychique

Manque d'inclusion des personnes « différentes » : isolement social des personnes en difficulté

Représentations Santé Mentale (insertion sociale, emploi, isolement), manque de connaissance

**Systèmes de santé et services sociaux** :

Formation en SM (initial, continu) des personnes recevant du public (ex : CS, école, pompiers,  
gendarmes, bailleurs, EN, ) et des professionnels de santé, des médias

Repérage des personnes vulnérable, populations à risque

Manque d'accueil des migrants : besoinsde compétences en interculturalité des accueils,

Manque de professionnels, d'ESMS, faible démographie médicale : longs délais d'attente

Augmenter les réseaux et interconnaissance des acteurs en santé (millefeuille)

Aménagement du territoire

Manque d'offre pour la mobilité pour accéder aux offre (vacances, ....)

Aménagements non favorables aux mobilités douces

Cartographie des acteurs (siège et non envergure des actions)

Crainte des remises en question des pratiques professionnelles

Manque d'appui et d'engagement des directions, des institutions (décideurs loin du terrain)

Encore cloisonnement, Staff médico centré (manque soc et médico soc)

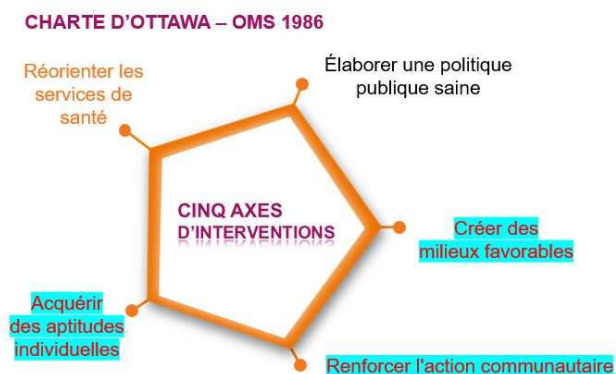
Parcours pas toujours fluide (post ITEP, urgences,)

Organisation des soins (interne référents changent /6mois)  
 Plus de prise en compte et préservation de la SM par les acteurs  
 Plus d'accompagnement des professionnels, acteurs (supervisions ?)



Figure 3 Schéma des faiblesses

## Pour nous aider 5 axes d'intervention



### **Meilleure connaissance des facteurs individuels :**

Prédispositions génétiques et biologiques, expériences de la petite enfance, habitudes de vie, aptitudes des personnes, ressources physiques, psychologiques, sociales, Estime de soi, CPS

**Facteurs de vulnérabilité :** traumatisme, carence affective, type de personnalité (A et D), sensibilité au stress, dépression facteur de risque cardiovasculaire

### **Comportements à risques et SM**

#### **Mortalité prématurée et SM**

#### **Projet prometteurs et probants**

Projet PANJO, Promotion de l'attachement et de la santé des jeunes parents

Programme Perl, « Petite enfance : Recherche action dans le Lunévillois »

Marketing social

Programme Mindful Self-Compassion

YAM Youth Aware of Mental Health

Cartable des compétences psychosociales, PRODAS (PROgramme de Développement Affectif et Social)

AAPRISS "Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé"

Thème : Inégalités sociales de santé

Objectif : Co-construction de projets autour des déterminants visant à réduire les inégalités sociales de santé

Type d'intervention : Méta-programme

Etat d'avancement : Recherche interventionnelle basée sur 5 projets en cours d'analyse

Changer les regards sur la santé mentale ; Comment lutter contre la stigmatisation ?

Evaluation différents outils d'intervention (communication, actions de proximité, etc.)

résultats plus favorables :

auprès de petits groupes

de publics ciblés (écoles, monde du travail, mairies)

Arbre aux idées reçues (outil Psycom)

réflexion et débat sur la santé mentale

Caria Aude, Arfeuillere Sophie, Loubieres Céline La Santé en action, 2017, n°. 439, p. 38-40

## Propositions 3 stratégies pour 2 priorités

### Propositions stratégiques, Milieux de vie :

1. Santé mentale et travail (demandeurs d'emplois compris)
2. Santé mentale et familles
3. Santé mentale et structures d'accueil des jeunes

### Propositions stratégiques : Parcours de vie

1. Santé mentale des jeunes
2. Santé mentale des adultes
3. Santé mentale et vieillissement

### Propositions stratégiques : Transversal

1. ~~Travailler sur les représentations de la santé mentale de toute la population (fait par le GT 5 )~~
2. Développer le soutien social (CPS, solidarité, communication non violente, bienveillance, ...);  
Soutenir l'entourage des personnes en souffrance psychique
3. Diminuer les inégalités sociales de santé

### CHOIX DES PARTICIPANTS :

**AXE 1**  
**Développer le soutien social**  
**(CPS, solidarité, communication non violente, bienveillance, ...);**  
**Soutenir l'entourage des personnes en souffrance psychique**

**AXE 2**  
**Diminuer les inégalités sociales de santé**

**Le besoin d'un annuaire global des actions en région est prioritaire ; qu'en est-il du répertoire opérationnelle des Ressources (ROR) ?**

**besoins des acteurs d'un annuaire commun santé (professionnels libéraux, ....)**

<https://www.ror-centre.f>

**Les données d'ORRA (FRAPS) seront transférées, en attendant :**

<http://orra.frapscentre.org/>

### Organisation du GT 6

**Doodle pour prochaine réunion physique**

### En pièces jointes à ce mail :

- Ce document
- Document GT 6 « travail préparatoire »
- CR du dernier COPIL
- Feuille d'émargement

*Merci pour votre implication !*



# Le Projet Territorial de Santé Mentale en Indre-et-Loire

## Compte-rendu 1er comité de pilotage 12 mars 2019

### Composition des groupes de travail par priorité Calendrier de travail



### 1ère priorité : Mettre en place un repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements nécessaires

Thèmes	
Repérage : Qui repère ? comment ? - actions de sensibilisation au repérage - formations au repérage	<u>Référent (s) COPIL</u> Mme PLATET Dr PERRAIN Dr GRAUX ?
Gradation de l'offre sur le territoire : - Démographie des professionnels - maillage territorial des CMP et des zones géographiques isolées - offres/ techniques proposées sur le territoire	<u>Composition GT</u> Dr FILLATRE Dr LENOIR Dr PUEL APAJH SSIAD-SSAD Cabinet médical
Accessibilité de la population au diagnostic et aux soins	CRF ...





## 2ème priorité : Organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

Thèmes	
<p><b>Identification des points de rupture dans le parcours des patients en lien avec :</b>                      les catégories d'âge ; le lieu de prise en charge ; les changements de lieux de vie ; l'hospitalisation (entrée ou sortie) ; le passage de l'hospitalisation en secteur fermé au secteur ouvert ; Les changements de soignants référents : les réévaluations de l'état de santé / niveau de handicap qui sont nécessaires. Situations de non-recours, de refus de soins ou rupture totale</p> <p>Continuité et coordination des prises en charge et des accompagnements prenant en compte les réponses à apporter lors du passage à l'âge adulte et celles liées au vieillissement</p>	<p><u>Référent (s) COPIL</u>                      M. BEUREL                      Mme CHABANNE                      Dr ASP ?                      Dr SIVET ?</p> <p><u>Composition GT</u>                      Dr SIVET                      Dr ASP                      Dr Laborderie (maison d'arrêt)                      Entraide et Solidarités                      AGEVIE                      ...</p>
<p>Accessibilité aux accompagnements sociaux et médico-sociaux                      Situation de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes                      Actions/ dispositifs déployés par la démarche RAPT pour les personnes sans solution</p>	
<p>Accès aux services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• au logement (Lien avec le PDALPD et le PDLHI)</li> <li>• à la scolarisation, aux études</li> <li>• à l'emploi (DEA, Interface, SET, EA-ESAT, etc.)</li> <li>• et à la vie sociale</li> </ul>	
<p>Soutien de la psychiatrie aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques</p>	
<p>Modalités de coordination des acteurs autour du parcours de ces personnes, notamment en cas de situations dites « complexes »                      (lien avec CLSM, MDPH, PTA, dispositifs spécifiques handicap)</p>	



## 3ème priorité : Permettre l'accès à des soins somatiques

Thèmes	
<p>Suivi somatique des personnes à domicile</p>	<p><u>Référent (s) COPIL</u>                      Dr LEGAY                      Mme OSU</p> <p><u>Composition GT</u>                      Médecins CPTS                      Médecins GHT                      ...</p>
<p>Suivi somatique des patients hospitalisés en psychiatrie (présence d'un médecin somaticien dans les services de psychiatrie ?)</p>	
<p>Prise en charge des patients psy dans les services MCO</p>	
<p>Soins somatiques pour la prévention des facteurs de co-morbidités liés aux pathologies</p>	
<p>Prévention des troubles métaboliques induits par les traitements anti-psychotiques</p>	



#### 4<sup>ème</sup> priorité - Prévenir et prendre en charge les situations de crise et d'urgence

Thèmes	
Intervention de la psychiatrie à domicile et sur les autres lieux de vie en prévention de l'urgence psychiatrique et en cas d'urgence/crise	<u>Référent (s) COPIL</u> M. QUIOC Dr DUBOIS-CARMAGNAT
Prise en charge des patients arrivant dans les services d'urgences générales, centres accueil et de crise...	<u>Composition GT</u> Réseau Vies 37 Clinique UNAFAM
Accueil en urgence dans les CMP	Dr BRAIS (CUMP) Préfecture
Organisation des soins sans consentement	1 médecin urgentiste + SAMU SOS médecins
Organisation du suivi en post-hospitalisation, notamment spécifiquement suite à une tentative de suicide	SDIS – police-gendarmerie Entraide et Solidarités Maire Cheillé Mme PINSON élue Loches ? ...



#### 5<sup>ème</sup> priorité : Promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrants de troubles psychique et lutter contre la stigmatisation

Thèmes	
Implication des personnes, de leurs proches et des familles dans l'élaboration et la mise en oeuvre du projet de soins et d'accompagnement	<u>Référent (s) COPIL</u> Un usager ? Dr BARBE
Accès à l'éducation thérapeutique	<u>Composition GT</u> Services tutélaires
Modalités d'appui aux proches et aux familles dans leur rôle d'aidants de proximité	Mutualité/ GEM UNAFAM
Modalités d'entraide par les pairs, tels que les groupes d'entraide mutuelle	CLSM Médiateur République Médiateur CPAM
Modalités d'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits et l'accès aux droits	Josiane GUIBERT (AIR) ...
Actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et l'information du grand public sur la santé mentale (SISM, actions des CLSM, UNAFAM...)	



## 6<sup>ème</sup> priorité : Agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale

Attention particulière à porter à la situation des quartiers prioritaires de politique de la ville

Thèmes	
Actions de promotion de la santé mentale, éducation à la santé	<u>Référent (s) COPIIL</u> M. HURTEVENT ? Déléguée du Préfet ?
Développement des compétences psychosociales dans les milieux de vie (écoles, études supérieures, éducation (parentalité), au travail)	<u>Composition GT</u> M. BEUREL UNAFAM FRAPS M. DE GERMAV
Actions de prévention de l'apparition et de l'aggravation des troubles psychiques	Médecine du travail Médecine scolaire – Dr LARY-COUSINEY Médecine universitaire CAF CPAM Collectif SISM Consultation souffrance au travail (Dr Haguenoer) ? Métropole Tours (Clara Mousseau)



## Rétroplanning

2019

- Pour 29 mars : Retour des membres du copil à l'ARS-DD37 pour finaliser la composition des GT
- Avril-mi mai : réunion de chaque GT pour définir méthodologie spécifique à chaque priorité. Proposition à remonter à l'ARS-DD37 pour le 13/05.
- 2<sup>ème</sup> COPIIL PTSM : 15 mai 15h pour valider la méthodologie globale
- Suite du calendrier à valider lors du 2<sup>ème</sup> copil
- *Mi-mai– août: Réalisation du diagnostic (GT, entretiens, questionnaires, etc.)*
- *Septembre : Analyse des données et rédaction synthèse par chaque GT*
- *Oct.: Présentation diagnostic au CTS avant remontée à l'ARS*



<h2 style="text-align: center;">Comité de pilotage du Projet Territorial de Santé Mentale du 5 juillet 2019</h2>
--

Le comité de pilotage du Projet Territorial de Santé Mentale 37 s'est réuni le 5 juillet 2019 dans les locaux de la DD d'Indre-et-Loire de l'ARS afin d'organiser la phase « diagnostic » du PTSM.

Présents :

- **Dr BARBE Pierre-Guillaume** –Praticien Hospitalier au C.H.R.U. de Tours
- **Mme CHABANNE Catherine** – Présidente de l'Unafam37
- **Mme CHEVALIER Laetitia** –Responsable du pôle offre sanitaire et médico-sociale -ARS-DD37
- **M. DEBOUDT Dimitri** – Représentant de l'Etat (Préfecture/DDCS) - Directeur des sécurités de la Préfecture d'Indre-et-Loire
- **Mme DUBURC Vicky**, étudiante en sciences politiques à l'Université de Lille effectuant un stage auprès du GHT et de l'ARS durant les mois de juillet et août 2019
- **Mme HIRN Anne-Laure** – Chargée de mission de la FRAPS
- **M. OREAL Pascal** – Président du Conseil Territorial de Santé (CTS)
- **Mme OSU Dominique** – Directrice coordinatrice du GHT TVL
- **Mme PORTAT Marion** –Directrice d'AGEVIE Tours
- **M. QUIOC Vincent** – Directeur de la Clinique de Vontes
- **Mme SALLY-SCANZI Myriam** – ARS - Déléguée départementale d'Indre-et-Loire

Absents excusés :

- Dr GRAUX Jérôme – Psychiatre hospitalier
- M. HURTEVENT Jean-Serge – Maire de Cheillé
- Dr PERRAIN Alice – Présidente de la commission santé mentale du CTS
- Mme PLATET Laurence – Représentante CPTS

Absents :

- Dr ASPE Gilles – Psychiatre à la Clinique de Vontes
- M. BEUREL Steven – Représentant Secteur PH - Directeur Général d'Enfances et Pluriel
- M. EDERY Claude – Représentant du GHT - Directeur du CHIC Amboise-Château-Renault
- Dr DUBOIS-CARMAGNAT Florence – Psychiatre au C.H.R.U. de Trousseau
- Mme LECOURT Christine – Représentante MDPH - Directrice déléguée établissements, services aux personnes et coordination d'Indre et Loire
- Dr LEGAY Emilie – Psychiatre libéral, identifiée par le biais des CPTS
- M. LE PAGE Éric – Représentant secteur précarité - Entraide et Solidarité
- M. MISPOULET Thierry – Directeur par intérim de la M.D.P.H. / Directeur de la Direction de l'autonomie d'Indre-et-Loire
- Mme SERGENT Lysiane –Chef du service Action sociale territoriale du Conseil départemental

### **1. Suivi du Groupe 3 « Permettre l'accès à des soins somatiques »**

Le Dr BARBE co-pilote du Groupe 3 « Permettre l'accès à des soins somatiques » explique que son groupe a été scindé en 3 sous-groupes de réflexion :

- 1) Réflexion et diagnostic sur les troubles somatiques en établissement
- 2) Réflexion et diagnostic sur les troubles somatiques en ambulatoire
- 3) Réflexion et diagnostic sur l'articulation entre soins en établissement et en ambulatoire

Les 3 sous-groupes se sont réunis et une réunion plénière est envisagée en septembre pour mettre en commun les conclusions de chacun des sous-groupes.

Le sous-groupe 1) s'interroge sur la présence d'un somaticien en établissement et sur l'organisation de son activité.

Le sous-groupe 3) a rédigé un court questionnaire qui a déjà été envoyé à 40 personnes relevant du secteur de psy D sur leur santé physique et dans le but de déterminer notamment si le contact d'un médecin généraliste est pris par les établissements lors de la prise en charge d'une personne atteinte de troubles psychiques.

Sur Château-Renault : une fiche 400 MG a été élaborée entre le CHIC et la MSP.

### **2. Suivi du Groupe 6 « Agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale »**

Mme HIRN de la FRAPS rapporte que le groupe 6 rencontrant des difficultés pour se réunir, des entretiens individuels ont été organisés (Soliah, directrice, ddcsp, pjj).

Des fiches à compléter ont été rédigées et sont en cours de validation. Ces fiches se présentent sous la forme de points forts, de points faibles et de priorités déterminés par le groupe. Parmi les points forts, le bon réseau dont bénéficie le territoire et parmi les points faibles, les offres et l'emploi précaires, le manque d'accueil dans les entreprises.

Des réunions ont été programmées pour que le groupe se réunisse en septembre et en octobre.

### **3. Suivi du Groupe 1 « Mettre en place un repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements nécessaires »**

Les représentants du Groupe 1 ne pouvant pas assister à la réunion, le Dr PERRAIN a fait parvenir à Mme CHEVALIER un diaporama récapitulatif des avancées de ce groupe qui s'est réuni le lundi 1<sup>er</sup> Juillet. Mme CHEVALIER a présenté le diaporama du Dr PERRAIN au Comité de pilotage.

10 membres du groupe étaient présents à cette réunion du 1<sup>er</sup> Juillet

Le Groupe 1 a établi que son objectif est de réduire le délai pour l'accès au diagnostic et aux soins. Les participants du groupe ont été invités à contribuer au document de travail du groupe via Google Drive.

Le Groupe 1 distingue le repérage des troubles du diagnostic, il s'est interrogé sur la définition du repérage et a tenté de déterminer envers qui, où et comment doit être dirigée la réflexion sur le repérage des troubles psychiques. Des listes répondant à ces différentes questions ont commencé à être établies et des idées de formations ont été suggérées.

À propos du diagnostic, le Groupe 1 s'est demandé quelle structure ou quel professionnel peut être à l'origine du premier diagnostic et qui soigne les personnes atteintes de troubles psychiques une fois que le diagnostic a été établi.

Une réflexion à propos des forces et faiblesses des dispositifs existants pour le repérage et le diagnostic a été amorcée ainsi que sur l'articulation entre repérage et soins. Trois recommandations ont été établies :

- Ne pas limiter l'articulation entre repérage et diagnostic
- Eviter les ruptures de parcours avec une meilleure coordination des soins entre les différents acteurs
- Penser une répartition des ressources sur tout le territoire

Certains points sont évoqués à l'occasion de la présentation du diaporama du Dr PERRAIN.

- Il est établi par les membres du Comité de pilotage que le sujet de la rupture des soins doit être traité lorsqu'elle a lieu entre le repérage et le diagnostic car le Groupe 2 est déjà chargé de la question lorsque la rupture intervient durant le parcours de soin.
- La question du périmètre du PTSM est posée : il est établi que les questions de l'autisme, troubles du neuro-développement (TND) et des addictions relèvent bien de la santé mentale et pourront donc être abordés dans le PTSM. En revanche, il apparaît que ces projets relèveront d'autres sources de financement tel que par exemple le plan Autisme et des neuro-développements.

#### **4. Suivi du Groupe 5 « promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrants de troubles psychiques et lutter contre la stigmatisation »**

Mmes OSU et CHABANNE, co-pilotes du Groupe 5 ont présenté les avancées de leur groupe qui s'est réuni le 1<sup>er</sup> juillet. Un tableau de sous-thèmes a été confié aux participants du groupe pour qu'ils le remplissent durant et après la réunion. Les participants ont été invités à renvoyer le document une fois complété.

Le Groupe 5 a fait le choix de ne pas se subdiviser en des sous-groupes de travail.

Le Groupe 5 prévoit 3 enquêtes distinctes à destination des usagers, des structures accueillant des personnes atteintes de troubles psychiques et des aidants. Les questionnaires destinés aux usagers et aux structures sont en cours d'élaboration par Mesdames OSU, CHABANNE et par Mme COLAS de la FRAPS. Le 1<sup>er</sup> questionnaire pour les usagers doit être mené par un interviewer en qui l'utilisateur peut avoir confiance et qui doit avoir des connaissances sur les troubles psychiques.

Le Dr BARBE recommande que l'interviewer ne puisse pas être le référent de l'utilisateur interrogé pour permettre à ce dernier de parler plus librement de son vécu et ses attentes sans crainte des conséquences de ses propos. Des critères de sélection des professionnels en charge des entretiens sont proposés par UNAFAP tels qu'une bonne connaissance des troubles psychiques et un professionnalisme suffisant pour ne pas influencer les usagers ou orienter leurs réponses.

Le 2<sup>e</sup> questionnaire pour les structures accueillant des personnes atteintes de troubles psychiques doit être rempli par équipe. Le 3<sup>e</sup> questionnaire pour les aidants n'a pas encore été rédigé. Les questionnaires devraient être distribués durant le mois d'août 2019.

Les questionnaires ont 6 sections portant sur les soins, les ressources, le logement, les activités, la protection juridique et les aidants. Les thématiques de l'accompagnement adapté, de l'empowerment et de la stigmatisation sont intégrées aux questions des 6 sections précédemment citées. Chaque questionnaire comprend une trentaine de questions et peuvent être complétés dans une durée d'approximativement 45 minutes.

Mme OSU déclare qu'environ 80 questionnaires d'utilisateurs atteints de troubles psychiques et diagnostiqués pourraient être attendus.

Mesdames OSU, CHABANNE et COLAS se réuniront le 18 juillet suivant pour la rédaction des questionnaires qui seront testés avant d'être envoyés.

Les questionnaires étant des feuillets à remplir de façon manuscrite, la question du traitement des données est posée. M. OREAL propose de se renseigner auprès de son secrétariat si ce dernier peut effectuer la saisie des résultats des questionnaires pour les traiter à l'aide du logiciel Sphinx.

M. OREAL demande si l'accès à ce logiciel est possible en dehors du C.H.U. Mme OSU lui répond qu'il est possible d'accéder au logiciel en dehors du réseau de l'hôpital avec des codes d'accès.

L'idée de diffuser le questionnaire à destination des structures par voie numérique est suggérée. Mesdames OSU et CHABANNE disent que cela est possible pour le questionnaire à destination des structures. Mme CHABANNE déclare que la solution n'est cependant pas envisageable pour le questionnaire destiné aux usagers car l'utilisation d'un ordinateur risquerait de nuire à l'échange entre l'interviewer et l'utilisateur. L'objectif des copilotes du Groupe 5 est rappelé : « donner la parole aux gens ».

## **5. Suivi du Groupe 4 « prévenir et prendre en charge les situations de crise et d'urgence »**

Une réunion du Groupe 4 s'est tenue une quinzaine de jour avant le Comité de pilotage de ce jour.

M. QUIOC, co-pilote du groupe, rapporte que les participants ont effectué une présentation des différents dispositifs d'urgence existants et notamment des dispositifs de prise en charge.

Le comité de pilotage s'interroge sur une définition de l'urgence psychiatrique pour identifier ce qui n'en relève pas.

Le groupe 4 s'est demandé comment un patient rentre aux urgences. Le rôle des adresseurs a été évoqué mais aussi et surtout le rôle des acteurs participant au transport. Le groupe alerte sur l'urgence de la question du transport des patients présentant des troubles psychiques en particulier depuis que les pompiers refusent d'intervenir pour ce type d'urgences.

Le rôle du médecin généraliste, qui doit donner son avis, a été évoqué durant la réunion du Groupe 4. Le Groupe 4 a établi 4 priorités :

- Pallier le manque de médecins traitants
- Réfléchir à des équipes de psychiatres effectuant des déplacements à domicile
- Revoir le lien entre structures d'hébergement et services médicaux pour un suivi plus efficace.
- Mettre en place des formations de base à destination des familles et des personnes ayant des contacts directs avec des usagers présentant des troubles psychiques pour faire face aux situations de crise et d'urgence.

Le Comité de pilotage fait remarquer qu'il est sûrement peu pertinent de mettre en place une formation adressée aux aidants sur le repérage des crises car ceux-ci disposent d'un savoir expérimental mais qu'il pourrait être fourni aux aidants un éventail de solutions de recours.

Une prochaine réunion est prévue mi-septembre.

Au moment de la rédaction du diagnostic, il conviendra de faire l'articulation entre le GT départemental sur les « agités » piloté par la Préfecture et le GT 6.

**Le Groupe 2 « Organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture (troubles psychiques graves, en situation ou à risque de handicap psychique) en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale » n'étant pas parvenu à se réunir, Mme CHEVALIER clôt la discussion autour du suivi des Groupes de travail du PTSM.**

## **6. Contribution des CLSM**

La coordination locale en santé mentale de Loches s'est réunie le 5 juillet matin pour travailler sur son diagnostic, sur la base du recueil des difficultés rencontrées par les acteurs locaux dans leurs accompagnements et rencontres en lien avec la santé mentale. Ce recueil a été réalisé à partir d'un questionnaire habituellement utilisé dans le cadre de l'échange de pratiques. Il est acté par le copil que la synthèse de ce travail devra être davantage structurée par rapport aux priorités du PTSM et faire ressortir les points saillants spécifiques au territoire.

L. Chevalier reprendra contact avec L. Cherreau.

## **7. Appui stagiaire dans la phase diagnostic du PTSM**

Mme CHEVALIER présente au Comité de Pilotage du PTSM le rôle de Vicky DUBURC, étudiante en sciences politiques à l'Université de Lille, effectuant un stage durant les mois de juillet et août 2019 auprès de Mme OSU et de Mme CHEVALIER. Mme DUBURC participera en août à la rédaction du diagnostic du PTSM, du préambule et de la fiche de présentation du territoire. Mme OSU précise que Mme DUBURC travaille actuellement sur la création des questionnaires usagers, structures et aidants du Groupe 5 du PTSM.

## **8. Rétroplanning :**

Le Comité de pilotage fixe sa prochaine réunion au Lundi 9 Septembre à 9h30 à la Délégation départementale d'Indre-et-Loire de l'ARS.



<b>Comité de pilotage du Projet Territorial de Santé Mentale du 9 septembre 2019</b>
--

Présents :

- **Dr GRAUX Jérôme** – Psychiatre hospitalier
- **M. HURTEVENT Jean-Serge** – Maire de Cheillé
- **Dr PERRAIN Alice** – Présidente de la commission santé mentale du CTS
- **Mme CHABANNE Catherine** – Bénévole de l'Unafam37
- **Mme CHEVALIER Laetitia** – Responsable du pôle offre sanitaire et médico-sociale -ARS-DD37
- **M. DEBOUDT Dimitri** – Représentant de l'Etat (Préfecture/DDCS) - Directeur des sécurités de la Préfecture d'Indre-et-Loire
- **M. OREAL Pascal** – Président du Conseil Territorial de Santé (CTS)
- **Mme PLATET Laurence** – Représentante CPTS
- **Mme OSU Dominique** – Directrice coordinatrice du GHT TVL
- **M. QUIOC Vincent** – Directeur de la Clinique de Vontes
- **Mme SALLY-SCANZI Myriam** – ARS - Déléguée départementale d'Indre-et-Loire
- **Mme SERGENT Lysiane** – Chef du service Action sociale territoriale du Conseil départemental
- **Dr LEGAY Emilie** – Psychiatre libéral, identifiée par le biais des CPTS

Excusés :

- **Mme PORTAT Marion** – Directrice d'AGEVIE Tours
- **Mme HIRN Anne-Laure** – Chargée de mission de la FRAPS
- **M. MISPOULET Thierry** – Directeur par intérim de la M.D.P.H. / Directeur de la Direction de l'autonomie d'Indre-et-Loire

Absents :

- **Dr BARBE Pierre-Guillaume** – Praticien Hospitalier au C.H.R.U. de Tours
- **Dr ASPE Gilles** – Psychiatre à la Clinique de Vontes
- **M. BEUREL Steven** – Représentant Secteur PH - Directeur Général d'Enfances et Pluriel
- **M. EDERY Claude** – Représentant du GHT - Directeur du CHIC Amboise-Château-Renault
- **Dr DUBOIS-CARMAGNAT Florence** – Psychiatre au C.H.R.U. de Trousseau
- **M. LE PAGE Éric** – Représentant secteur précarité - Entraide et Solidarité

## 9. Suivi du Groupe 1 - Repérage – accès aux soins

Repérage : définir le repérage car ce n'est pas le diagnostic. Listing des personnes qui peuvent repérer et au final tout le monde peut être acteur de repérage. Chaque fois que la population est en contact avec un professionnel, sur son lieu de travail, ...On ne repère pas une pathologie mais une situation autour d'un usager avec un focus sur les âges : classification la plus facilement utilisable. 0-13 ans ; 14 à 25 ans ; 25 ans et plus et se pose la question de l'existence d'une problématique spécifique pour les personnes âgées ?

M. Hurtevent : Ne faut-il pas raisonner en termes d'environnement de ces classes d'âge ? Pour faciliter le ciblage des professionnels concernés par chaque classe d'âge.

Le repérage nécessite une sensibilisation et des connaissances : Proposition d'une formation aux gestes de premier recours en santé mentale à l'attention du grand public et des professionnels. Pour avoir information

sur signes d'alerte et savoir quelles ressources orienter. Faire lien avec formations réseau Vies 37 et CSAPA. Ecrire le programme de formation en se basant sur l'existant, mais avec une adaptation aux spécificités/ besoins du 37. Formation de formateurs. Formation à adapter/ graduer en fonction des publics (population/ élus/ professionnels).

Formation de perfectionnement pour les assistantes sociales du Conseil départemental - Montpellier - 4 jours.

*Exemple de l'AVC : communication très large sur le repérage des symptômes et l'orientation vers le 15.*

L'évaluation n'est pas forcément réalisée par un médecin ; elle devra confirmer ou infirmer le repérage. Puis orientation. Proposition d'une évaluation psychiatrique par une IDE pour confirmer le repérage et la primo-orientation.

Le diagnostic de 1<sup>er</sup> recours doit être réalisé par un médecin ; ne pas limiter au médecin traitant, ouvrir les possibilités en articulation avec le CMP (diagnostic de 2<sup>nd</sup> recours ?).

*Les ressources pour le repérage et le diagnostic sont à identifier par territoires et implique une réflexion sur le dimensionnement des CMP, hôpitaux de jour, hôpitaux de nuit.*

Accès aux soins Qui soigne ? Ce n'est pas forcément celui qui fait le diagnostic – problématique accès aux soins – communication des intervenants entre eux. Définir organisation optimale des soins, en prenant en compte le fait que la psychiatrie libérale se trouve hors parcours de soins « médecin traitant ».

L'expérimentation du financement dérogatoire consultations psychologues (pilotage CPAM) soulève les points suivants :

- Dispositif très lourd sur le plan administratif pour les médecins (coordination) ; consultations insuffisamment rémunérées ;
- Retour patients positifs

Proposition par le Dr Graux d'une autre piste : s'appuyer sur les psychologues hospitaliers pour organiser des prises en charge groupales (15 pers.), qui seraient plus efficaces et moins coûteuses. Partenariat psychologues libéraux-hospitaliers (ou autres soignants) avec un financement. Inclure cette proposition dans le projet art. 51 de la CPTS Asclépios pour le redéposer.

## **10. Suivi Groupe 2 – Parcours – rupture - inclusion**

2 réunions – groupe de 10 pers.

La densité de l'offre n'est pas la garantie d'un parcours sans rupture.

La responsabilisation des acteurs et le droit à s'autoriser : stimulation des acteurs – lien avec CLS pour portage.

- Notion de chef de file des « institutions » légitimes – répartition du pilotage / coopération entre acteurs (cf. RAPT)
- Déstigmatiser – formé : avoir une entrée plus inclusive

Formation gestes de premier secours en santé mentale identifié comme un enjeu fort.

Principale zone de rupture identifiée : passage à l'âge adulte avec la difficulté du diagnostic, qui lorsqu'il est posé facilite la prise en charge ; tourner autour des symptômes entraîne des pertes de chance ; parcours PJJ-ASE tellement « chahutés » qu'ils créent du troubles : il faut apprendre à connaître ces parcours pour en tirer de l'expérience ; le travail dans le secteur adulte se fait dans des conditions plus stables.

Aspect personnes âgées vu à travers l'expérience de l'unité géronto-psychiatrique de l'EHPAD le Clos du Mûrier à Fondettes.

2 sous-groupes

- Passage à l'âge adulte

- Passage entre âge adulte et vieillissement

Prochaine réunion début octobre.

### **11. Suivi Groupe 3 – accès aux soins somatiques**

Découpage en 3 sous-groupes

Sous-groupe sur le suivi somatique des personnes hospitalisées en psychiatrie : constat général : utilité des médecins somaticiens intervenant en psychiatrie (exemple d'une interniste à Tours) ; demande de consultation de spécialiste ou accès plateau technique aussi difficile qu'en population générale. Question du lien entre MT et somaticien et infos qui doivent être relayées (CR annuel ? CR somatique introduit dans bilan psy ?)

Diffusion d'un questionnaire sur la santé physique des personnes prises en charge en ambulatoire (100 questionnaires remplis). Exploitation : Personnes vivant majoritairement seules. La majorité des répondants sont suivis pour leur pathologie depuis plus de 5 ans. Suivi par un médecin généraliste (80%). 2/3 ont un suivi par un spécialiste. 60 à 70% ont un bilan sanguin annuel. 50% des femmes ont un suivi gynécologique. 90% connaissent leur poids. 1/3 fument (entre 25 et 40%). 10% consomment des toxiques. 15% rencontrent des difficultés financières pour se soigner. 50% pratiquent une activité physique. Souhaits pour améliorer leur santé physique : pratiquer du sport ; arrêter de fumer ; perdre du poids (suivi diet) ; avoir moins de difficulté pour délai une prise en charge par un spécialiste.

### **12. Suivi Groupe 4 – Urgence/ crise**

Echanges par mail durant l'été. Synthèse en cours – réunion 30 sept.-19 pour finalisation du diagnostic.

Organisation des urgences en fonction des ES

Travail avec les familles pour éviter les passages aux urgences

Travail sur les places d'aval pour éviter l'embolisation des lits d'urgence

Lien avec le 15 pour l'orientation des patients et éviter le recours au CAC

Définir un parcours de soins évitant le passage systématique au CAC

Problématique des dispositifs d'hébergement pour les enfants et jeunes adultes lors des périodes de fermeture.

Travail avec les services d'urgence/ problématique transport des personnes agitées.

Réorganiser les transports : quel type de transport pour quel patient ?

Programme de formation pour intervenants notamment pour grand public (formation sentinelle)

Problématique des patients âgés avec troubles du comportement

Dispositif de rappel pour éviter réhospitalisation

M. Oréal - Inspection du travail de plus en plus pressante. Obligation de résultat en termes de sécurité des professionnels. Niveau de tolérance des jeunes/ anciens professionnels de l'aide à domicile différent. Trouver des stratégies.

M. Quioc : sujet identifié : des situations courantes sont transformées en situation d'urgence pour lesquels la formation des professionnels sociaux et médico-sociaux peut être une solution.

M. Oréal : Ou identification de professionnels référents valorisés. Sujet financement complémentaire CD : les réunions de concertation impliquent valorisation des professionnels libéraux participants.

Cf. ESP spécialisés créées par la loi santé 2019

### **13. Suivi Groupe 5 – Accès aux droits - Empowerment**

3 questionnaires élaborés pendant l'été et 2 diffusés durant l'été : Questionnaire aidants - Questionnaire usager – anonymat avec retour possible de l'analyse aux répondants. Retour attendu pour le 29/09.

L'envoi du questionnaire structures nécessite d'élaborer la liste de distribution

L'exploitation et la synthèse des questionnaires seront réalisées par un groupe comportant des psychiatres (Dr Barbe volontaire).  
Appui proposé par M. Oréal pour la saisine des questionnaires et l'exploitation.

#### **14. Suivi Groupe 6 – Actions sur les déterminants de santé**

GT non abordé en raison de l'absence excusée de Mme Hirn.

\*\*\*\*\*

Il apparait un besoin d'information des acteurs sur l'architecture globale CPTS – GHT – CLS  
Sujet à étudier dans le cadre du CTS / démocratie sanitaire pour communiquer sur ces dispositifs et leur articulation, y compris à l'attention des élus. Image de la démocratie sanitaire en Indre-et-Loire. Présentation flash des différents acteurs et à quel moment les acteurs interviennent dans le parcours.

Sur le PTSM, un plan de communication est à prévoir basé sur les ressources du territoire et l'état des lieux santé mentale à l'attention grand public.

Trame de diagnostic à envoyer en septembre pour retour fin octobre.  
Contribution des CLS à solliciter sur la base d'une trame commune.  
Présentation du diagnostic au CTS le vendredi 13 décembre matin.

<p style="text-align: center;"><b>7ème Comité de pilotage du Projet Territorial de Santé Mentale du 24 janvier 2020</b></p>
---

Présents :

- **Mme CHABANNE Catherine** – Bénévole de l'Unafam37
- **M. MAZURIER Frédéric** – Directeur du Centre Hospitalier intercommunal d'Amboise-Château-Renault
- **M. MISPOULET Thierry** – Directeur par intérim de la M.D.P.H. / Directeur de la Direction de l'autonomie d'Indre-et-Loire
- **Mme HIRN Anne-Laure** – Chargée de mission de la FRAPS  
**Mme LOVATI Chantal** – Future Directrice coordinatrice du GHT TVL et Directrice du CH de Luynes
- **M. OREAL Pascal** – Président du Conseil Territorial de Santé (CTS)
- **M. QUIOC Vincent** – Directeur de la Clinique de Vontes
- **Mme SALLY-SCANZI Myriam** – ARS - Déléguée départementale d'Indre-et-Loire
- **Mme THENOT Anne** - Secrétaire GHT Touraine-Val de Loire
- **Mme KAMMES Elise** – gestionnaire administrative et budgétaire – secteur offre sanitaire

Excusés :

- **M. BEUREL Steven** – Représentant Secteur PH - Directeur Général d'Enfances et Pluriel
- **Dr GRAUX Jérôme** – Psychiatre hospitalier
- **M. HURTEVENT Jean-Serge** – Maire de Cheillé
- **Dr PERRAIN Alice** – Présidente de la commission santé mentale du CTS
- **M. DEBOUDT Dimitri** – Représentant de l'Etat (Préfecture/DDCS) - Directeur des sécurités de la Préfecture d'Indre-et-Loire
- **Dr DUBOIS-CARMAGNAT Florence** – Psychiatre au C.H.R.U. de Trousseau
- **Mme PLATET Laurence** – Représentante CPTS
- **Mme SERGENT Lysiane** – Chef du service Action sociale territoriale du Conseil départemental
- **Dr LEGAY Emilie** – Psychiatre libéral, identifiée par le biais des CPTS

Absents :

- **Dr BARBE Pierre-Guillaume** –Praticien Hospitalier au C.H.R.U. de Tours
- **Dr ASPE Gilles** – Psychiatre à la Clinique de Vontes
- **Mme PORTAT Marion** –Directrice d'AGEVIE Tours
- **M. LE PAGE Éric** – Représentant secteur précarité - Entraide et Solidarité

**M. OREAL** précise que le CTS s'est engagé sur la problématique de la santé mentale en Indre et Loire. Ils étaient initialement trois pilotes : Mme CHEVALIER, Mme OSU et lui-même avec l'aide du secrétariat en relai entre l'ARS et le GHT.

Ce COFIL a pour but de signer la fin du diagnostic avant validation de celui-ci au cours du prochain CTS. La séance permet de valider les parties terminées du diagnostic et de poser des questions en cas d'incompréhension ou d'oubli dans les synthèses des groupes de travail respectifs. L'adoption se fait page par page.

Le diagnostic se décompose en trois parties :

- Le diagnostic de territoire partagé
- Une synthèse des groupes de travail
- Une synthèse des trois questionnaires

## **Partie I : le diagnostic de territoire partagé**

A ce stade plusieurs questions et remarques ont été soulevées :

- Les sources statistiques doivent être mentionnées et ajoutées au diagnostic
- Les chiffres concernant les délais d'attente en CMP adulte n'ont pas été inscrits et aucunes données n'ont été ajoutées concernant la population adolescente.
- L'offre d'accueil social devrait avoir des statistiques
- Une vérification est nécessaire quant au nombre d'infirmiers libéraux dans le département
- Quelle est la différence entre le temps plein et le temps complet ?
- L'unité de géronto-psy présent au Clos du Murier est à ajouter
- AIR (studio) est également à ajouter en précisant le nombre de personne en situation de handicap embauchée.
- Inclure les résidences sociales dans l'offre de logement et d'hébergement
- Vérifier les statistiques concernant les recours aux soins psychiatriques
- Vérifier les statistiques concernant le nombre d'allocataire AAH

**Sous réserve de ses vérifications par Mme SALLY SCANZI et modifications, la première partie est validée en COPIL avant envoi à M. OREAL et Mme OSU.**

## **Partie II : synthèse des groupes de travail**

### **1. Suivi du Groupe 1 - Repérage – accès aux soins**

Aucun commentaire – validé par le COPIL

### **2. Suivi Groupe 2 – Parcours – rupture - inclusion**

Aucun commentaire - validé par le COPIL

### **3. Suivi Groupe 3 – accès aux soins somatiques**

Aucun commentaire- validé par le COPIL

### **4. Suivi Groupe 4 – Urgence/ crise**

Aucun commentaire- validé par le COPIL

### **5. Suivi Groupe 5 – Accès aux droits - Empowerment**

Aucun commentaire- validé par le COPIL

### **6. Suivi Groupe 6 – Actions sur les déterminants de santé**

Des modifications de la synthèse seront apportées par Mme HIRN suite à plusieurs échanges avant validation.

### **Partie III : synthèse des trois questionnaires**

La synthèse des questionnaires n'est pas finalisée notamment pour la partie institution qui sera réalisée par **M. OREAL et Mme LOVATI** puis amendée par **Mme CHABANNE**.

\*\*\*\*\*

Il est précisé que **Mme THENOT** réalisera un glossaire des termes contenus dans ce diagnostic.

Le CTS est reportée au 27 février 2020 à 14H00 pour la validation du diagnostic.

**M. OREAL** s'engage à relire les questionnaires aidant/aidés et de réaliser la synthèse du questionnaire en rapport avec les institutions avec **Mme CHABANNE**.

Sous 10 jours, il faut avoir terminé les modifications pour validation par le CTS du diagnostic.

## Questionnaire Aidants

---

### ENQUETE PTSM Groupe 5 AIDANTS

---

Le comité de pilotage animé par Monsieur le Président du Conseil Territorial de Santé d'Indre-et-Loire et Madame la Coordinatrice du Groupement Hospitalier de Territoire Touraine Val-de-Loire est en charge d'élaborer le Projet Territorial de Santé Mentale d'Indre-et-Loire. Le PTSM a pour objectif d'organiser une coordination territoriale basée sur la prévention, les modalités de soin et de prise en charge, ainsi que l'accompagnement et l'insertion sociale.

Il comporte 6 priorités :

1. Mettre en place un repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements nécessaires
2. Organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture (troubles psychiques graves, en situation ou à risque de handicap psychique) en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale
3. Permettre l'accès à des soins somatiques
4. Prévenir et prendre en charge les situations de crise et d'urgence
5. Promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrants de troubles psychiques et lutter contre la stigmatisation
6. Agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale

Dans le cadre du PTSM, les pilotes du groupe de travail 5 : « Promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrants de troubles psychiques et lutter contre la stigmatisation » ont pour mission de mettre en œuvre des enquêtes autour de la santé mentale. Trois enquêtes sont proposées : la première s'adresse aux usagers présentant des troubles psychiques, la seconde est à destination des aidants et la troisième concerne les professionnels prenant en charge des personnes avec des troubles psychiques. Ces trois enquêtes permettront d'alimenter le diagnostic du PTSM.

Les résultats de ces enquêtes n'ont pas pour objectif d'établir des données statistiques précises sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques en Indre-et-Loire mais seront utilisées pour compléter le bilan du PTSM et surtout donner la parole aux usagers souffrant de pathologies psychiques, à leurs proches et aux professionnels les prenant en charge.

Ce questionnaire est anonyme. Il est destiné uniquement aux aidants et aux familles de personnes souffrant de pathologies psychiques.

La personne pour laquelle vous répondez au questionnaire sera désignée comme « votre proche ».

Elle doit être complétée et adressée au secrétariat du CHU de Tours par mail à l'adresse suivante : [secretariat.gh37@chu-tours.fr](mailto:secretariat.gh37@chu-tours.fr) ou par courrier : CHU de Tours, GHT 37 secrétariat, 2 boulevard Tonnelé, 37 044 Tours Cedex 9.





**1.2. Votre proche a-t-il un médecin référent (psychiatre) ?**

- OUI  NON

**1.3. Avez-vous connaissance du diagnostic concernant votre proche ?**

- OUI, il y a un diagnostic établi  NON => 1.4.  
 OUI, mais le diagnostic n'est pas encore très clair  
 il y a encore des avis différents

**1.3.1. Si un diagnostic ou un début de diagnostic a été établi, depuis combien de temps environ a-t-il été établi ?**

- ..... An(s)  Ne sait pas

**1.3.2. Si un diagnostic ou un début de diagnostic a été établi, par qui l'avez-vous su ?**

- Un professionnel de santé  Votre proche  
 Un autre proche  Autre : .....

**1.3.3. Si un diagnostic ou un début de diagnostic a été établi, quelle a été la durée entre l'apparition des premiers symptômes et l'établissement de ce diagnostic ? (période au cours de laquelle le diagnostic s'est fait attendre, ou simplement période au cours de laquelle il n'a pas été fait de diagnostic pertinent = errance diagnostique)**

- ..... An(s)  Ne sait pas

**1.3.4. Si un diagnostic ou un début de diagnostic a été établi, avez-vous été intégré ou associé à l'étape de diagnostic ?**

- OUI, totalement  NON => 1.3.4.2.  
 OUI, en partie

**1.3.4.1. Si vous avez été intégré ou associé à l'étape de diagnostic, comment l'avez-vous été ?**

.....

Après avoir répondu à la question => passez à la question 1.4

**1.3.4.2. Si vous n'avez pas été intégré ou associé à l'étape de diagnostic, pour quelle(s) raison(s) ne l'avez-vous pas été ?**

.....  
.....

**1.4. Qu'est-ce qui a permis ou provoqué une entrée dans le soin pour votre proche pour ses difficultés psychiques ?**

.....  
.....

**1.5. Avez-vous été intégré ou associé à l'étape d'entrée dans le soin ?**

- OUI, totalement  NON => 1.5.2.  
 OUI, en partie

**1.5.1. Si vous avez été intégré ou associé à l'étape d'entrée dans le soin, comment l'avez-vous été ?**

.....

Après avoir répondu à la question => passez à la question 1.6

**1.5.2. Si vous n'avez pas été intégré ou associé à l'étape d'entrée dans le soin, pour quelle(s) raison(s) ne l'avez-vous pas été ?**

.....

**1.6. À un moment donné, votre proche a-t-il arrêté son accompagnement ou ses soins ?**

- OUI  NON => passez à la section **2. RESSOURCES**

**1.6.1. Si votre proche a déjà arrêté son accompagnement ou ses soins, quand et comment a-t-il repris son accompagnement ou ses soins ?**

.....

**1.6.2. Si votre proche a déjà arrêté son accompagnement ou ses soins, avez-vous été intégré ou associé à l'étape de reprise du parcours de soins ?**

- OUI, totalement  NON => 1.6.2.2.  
 OUI, en partie

**1.6.2.1. Si vous avez été intégré ou associé à l'étape de reprise du parcours de soins, comment l'avez-vous été ?**

.....

Après avoir répondu à la question => passez à la section **2. RESSOURCES**

**1.6.2.2. Si vous n'avez pas été associé ou intégré à l'étape de reprise du parcours de soins, pour quelle(s) raison(s) ne l'avez-vous pas été ?**

.....

## 2. RESSOURCES

### **Attention !**

**Dans cette section, **merci de** répondre aux questions en fonction de votre **situation actuelle** et pas de votre situation passée.**

**MOINS DE 18 ANS UNIQUEMENT : Si votre proche est majeur => passez à la question 2.2.**

### **2.1. Percevez-vous des aides financières par rapport à la pathologie de votre enfant ?**

- OUI, précisez lesquelles : .....
- NON

**PLUS DE 18 ANS UNIQUEMENT : Si votre proche est mineur => passez à la section **3. LOGEMENT****

### **2.2. Quelles sont les sources de revenus de votre proche ?**

Répondez aux questions correspondant à chacune de vos réponses puis => passez à la question 2.3.

- Salaire ou retraite                       Aide financière de la famille                       Ne sait pas
- Autres types d'aides : Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), RSA, énergie, mutuelle, allocation logement, APL,... => **2.2.1**
- Aucune source de revenu => **2.2.2. et 2.2.3.**

#### **2.2.1. Si votre proche perçoit des aides, comment faites-vous les démarches de demande d'aides ?**

- Vous les faites à la place de votre proche                       Vous les faites avec votre proche
- Vous l'accompagnez à distance (via un relai)                       Votre proche les fait sans vous

#### **2.2.2. Si votre proche n'a aucune source de revenu, pour quelle(s) raison(s) votre proche ne bénéficie-t-il pas d'aides ?**

- Votre proche :
- Votre proche n'a pas osé faire de demandes
- Les démarches apparaissent trop compliquées à votre proche

- Les personnes à qui votre proche s'est adressé n'ont pas voulu lui répondre, n'en ont pas été capables ou se sont montrées désagréables
- Votre proche a le sentiment d'être stigmatisé ou qu'il pourrait l'être en effectuant ces démarches
- Votre proche ne sait pas comment effectuer ces démarches
- Vous proche refuse d'effectuer ces démarches
- Autre : .....

- Vous-même :

- Vous n'avez pas osé faire de demandes
- Les démarches vous paraissent trop compliquées
- Les personnes à qui vous vous êtes adressé n'ont pas voulu vous répondre, n'en ont pas été capables ou se sont montrées désagréables
- Vous avez le sentiment d'être stigmatisé ou que vous pourriez l'être en effectuant ces démarches
- Vous ne savez pas comment effectuer ces démarches
- Votre proche n'a pas souhaité que vous l'accompagniez dans ces démarches
- Autre : .....

**2.2.3. Si votre proche n'a aucune source de revenu, comment fait votre proche ?**

.....

**2.3. Dans quelle mesure la situation vous convient-elle ? Souhaiteriez-vous l'améliorer et si oui, comment ?**

.....

### 3. LOGEMENT

**Attention !**

**Dans cette section, nous vous demandons de répondre aux questions en fonction de votre situation actuelle et pas de votre situation passée.**

**MOINS DE 18 ANS UNIQUEMENT : Si votre proche est majeur => passez à la question 3.2.**

**3.1. Votre proche vit :**

- Au domicile de ses parents
- En structure
- Les 2
- Autre : .....

**PLUS DE 18 ANS UNIQUEMENT : Si votre proche est mineur => passez à la section 4. ACTIVITÉS**

**3.2. Votre proche a-t-il un logement stable dans le temps ?**

- OUI
- NON => 3.2.4.

**3.2.1. Si votre proche a un logement stable, où habite-t-il ?**

- Chez lui  Dans sa famille  
 Dans une institution (foyer,...)  Dans une famille d'accueil  
 Autre : .....

**3.2.2. Si votre proche a un logement stable, comment avez-vous trouvé ce logement ?**

.....

**3.2.3. Si votre proche a un logement stable, l'avez-vous accompagné dans sa recherche de logement ?**

- Vous l'avez faite à la place de votre proche  Vous l'avez faite avec votre proche  
 Vous l'avez accompagné à distance (via un relai)  Votre proche l'a faite sans vous

Après avoir répondu à la question =>  **passez à la question 3.3**

**3.2.4. Si votre proche n'a pas de logement stable, comment faites-vous ?**

.....

**3.3. Dans quelle mesure la situation vous convient-elle ? Souhaiteriez-vous l'améliorer et si oui, comment ?**

.....

## 4. ACTIVITÉS

***Attention !***

***Dans cette section, nous vous demandons de répondre aux questions en fonction de votre situation actuelle et pas de votre situation passée.***

**MOINS DE 18 ANS UNIQUEMENT : Si votre proche est majeur =>  **passez à la question 4.2.****

**4.1. Votre proche est-il scolarisé ?**

- OUI  NON => **4.1.7.**

**4.1.1. Si votre proche est scolarisé, il va :**

- À l'école/collège/lycée/...  En structure  École à domicile

**4.1.2. Si votre proche est scolarisé, bénéficie-t-il d'un dispositif d'accompagnement particulier ?**

- OUI (AESH, PAP, PPRE, PPS, PPA, PIA, ...) => 4.1.3.  NON

**4.1.2.1. Si votre proche ne bénéficie pas de dispositif d'accompagnement, pour quelle(s) raison(s) n'en bénéficie-t-il pas ?**

- Il n'en a pas besoin  Aucun dispositif n'était disponible  
 L'école n'était pas d'accord  Autre : .....

**4.1.3. Si votre proche est scolarisé, comment s'est déroulé le parcours pour arriver à la scolarisation ?**

.....

**4.1.4. Si votre proche est scolarisé, comment sont vos rapports avec l'équipe éducative ?**

- Bons  Corrects  À améliorer  Inexistants

**4.1.5. Si votre proche est scolarisé, comment sont vos rapports avec les parents ou les proches des autres enfants scolarisés ?**

- Bons  Corrects  À améliorer  Inexistants

**4.1.6. Si votre proche est scolarisé, comment sont les rapports de votre proche avec les autres enfants scolarisés ?**

- Bons  Corrects  À améliorer  Inexistants

Après avoir répondu à la question => passez à la question 4.4.

**4.1.7. Si votre proche n'est pas scolarisé, pour quelle(s) raison(s) ne l'est-il pas ?**

.....  
.....

**PLUS DE 18 ANS UNIQUEMENT** : Si votre proche est mineur => passez à la question 4.4.

**4.2. Quelle est la situation de votre proche ?**

- Il est en apprentissage  Il suit une formation  Autre situation  
 Il fait des études  Il travaille

=> 4.3.

**4.2.1. Si votre proche est dans une autre situation, pour quelle(s) raison(s) ne travaille-t-il pas ?**

---

**4.2.2. Si votre proche est dans une autre situation, a-t-il déjà eu un travail ?**

OUI  NON

**4.2.3. Si votre proche est dans une autre situation, est-il en recherche d'emploi ?**

OUI  NON => 4.3

**4.2.3.1. Si votre proche est en recherche d'emploi, l'accompagnez-vous dans sa recherche d'emploi?**

OUI  NON

**4.3. Dans quelle mesure la situation de votre proche vous convient-elle ? Souhaiteriez-vous l'améliorer et si oui, comment ?**

---

## **MINEURS et MAJEURS**

**4.4. À quel type d'activités votre proche participe-t-il ?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Activités thérapeutiques                    | <input type="checkbox"/> Activités sportives   |
| <input type="checkbox"/> Activités artistiques                       | <input type="checkbox"/> Activités culturelles |
| <input type="checkbox"/> Formation professionnelle ou accompagnement | <input type="checkbox"/> Autre : .....         |
| <input type="checkbox"/> Activités en autonomie                      | <input type="checkbox"/> Aucune => 4.4.4.      |

**Si votre proche pratique uniquement des activités en autonomie => passez à la question 4.4.4.**

**4.4.1. Si votre proche participe à des activités, comment sont vos rapports avec la ou les structure(s) ?**

Bons  Corrects  À améliorer  Inexistants

**4.4.2. Si votre proche participe à des activités, comment sont vos rapports avec les autres accompagnants ou aidants ?**

Bons  Corrects  À améliorer  Inexistants



**4.4.3. Si votre proche participe à des activités, comment sont les rapports de votre proche avec les autres participants dans le cadre de ces activités ?**

- Bons  Corrects  À améliorer  Inexistants

Après avoir répondu à la question => passez à la section **5. PROTECTION JURIDIQUE**

**4.4.4. Si votre proche ne participe à aucune activité ou uniquement en autonomie, qu'est-ce qui l'empêche de faire des activités selon vous ?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Incapacité physique ou psychique       | <input type="checkbox"/> Offre insatisfaisante               |
| <input type="checkbox"/> Manque d'accompagnement individuel     | <input type="checkbox"/> Manque de temps                     |
| <input type="checkbox"/> Méconnaissance des activités proposées | <input type="checkbox"/> Problème de transport               |
| <input type="checkbox"/> Peur du jugement de la part des autres | <input type="checkbox"/> Pas envie de pratiquer une activité |
| <input type="checkbox"/> Raison financière                      | <input type="checkbox"/> Autre : .....                       |

## 5. PROTECTION JURIDIQUE

***Attention !***

***Dans cette section, nous vous demandons de répondre aux questions en fonction de votre situation actuelle et pas de votre situation passée.***

**PLUS DE 18 ANS UNIQUEMENT** : Si votre proche est mineur => passez à la section **6. AIDANTS**

**5.1. Votre proche a-t-il un curateur ou un tuteur ?**

- OUI => 5.1.2.  NON

**5.1.1. Si votre proche n'a pas de curateur ou de tuteur, pensez-vous qu'une mise sous protection juridique serait nécessaire ?**

- OUI  NON

Après avoir répondu à la question => passez à la section **6. AIDANTS**

**5.1.2. Si votre proche a un curateur ou un tuteur, est-ce vous ?**

- OUI  NON => 5.1.2.2.

**5.1.2.1. Si vous êtes le curateur ou le tuteur de votre proche, pourquoi l'êtes-vous ?**

- Vous l'avez demandé  
 Vous n'aviez pas le choix, personne d'autre ne voulait le faire  
 Autre : .....

Après avoir répondu à la question => passez à la question 5.1.3.

**5.1.2.2. Si vous n'êtes pas le curateur ou le tuteur de votre proche, par quel biais échangez-vous avec son curateur ou tuteur ?**

- Nous n'avons pas de contacts
- Échanges par mail ou courrier
- Échanges par téléphone
- Rendez-vous physique
- Autre : .....

=> 5.1.2.3.

**5.1.2.2.1. Si vous n'avez pas de contacts avec le curateur ou le tuteur de votre proche, pour quelle(s) raison(s) n'en avez-vous pas?**

- Cela n'est pas nécessaire
- Le curateur/tuteur n'est pas joignable
- Autre : .....
- Votre proche s'y oppose
- Le curateur/tuteur s'y oppose

**5.1.2.3. Si vous n'êtes pas le curateur ou le tuteur de votre proche, à quelle fréquence échangez-vous avec ce dernier ?**

- Plus d'une fois par an
- Une fois par an
- Une fois tous les 2-3 ans

**5.1.2.4. Si vous n'êtes pas le curateur ou le tuteur de votre proche, à quelle occasion échangez-vous avec ce dernier ?**

- Bilan ou synthèse périodique
- Urgence
- Problème ponctuel
- Autre : .....

**5.1.3. Si votre proche a un curateur ou un tuteur, cette mesure vous paraît-elle complètement justifiée ?**

- OUI => passez à la section **6. AIDANTS**
- NON

**5.1.3.1. Si cette mesure ne vous paraît pas complètement justifiée, pour quelle(s) raison(s) ne l'est-elle pas selon vous ?**

.....

## 6. AIDANTS

### **Attention à la terminologie !**

Le terme « aidant » désigne ici un aidant familial ou un proche.

#### 6.1. Dans quelle mesure vous sentez-vous aidant ?

- Complètement  Partiellement, de temps en temps  
 Très peu, exceptionnellement  Je ne me sens pas aidant => 6.8.

#### 6.2. Êtes-vous le seul aidant ?

- OUI  NON

#### 6.3. Êtes-vous présent lors des décisions et orientations concernant la prise en charge / l'accompagnement de votre proche ?

- OUI, pour toutes  NON

OUI, en partie

=> 6.4.

##### 6.3.1. **Si vous n'êtes pas présent lors des décisions et orientations concernant votre proche, pour quelle(s) raison(s) ne l'êtes-vous pas ?**

- Mon proche ne le souhaite pas  L'équipe ne le souhaite pas  
 Je ne le souhaite pas  Autre : .....

#### 6.4. Rencontrez-vous des difficultés dans votre rôle d'aidant ?

- OUI  NON => 6.5

##### 6.4.1. **Si vous rencontrez des difficultés dans votre rôle d'aidant, laquelle ou lesquelles rencontrez-vous ?**

- Fatigue, épuisement physique et/ou émotionnel  Isolement  
 Peur, angoisse  Difficultés économiques  
 Manque de temps ou de disponibilité  Autre : .....

#### 6.5. Quels types d'aides destinées aux aidants connaissez-vous ?

- Activités spécifiques (type groupes de parole)  
 Associations de familles (type UNAFAM)  
 Dédommagement financier d'arrêt d'activité professionnelle pour soutenir un proche en difficulté

- Aucune => 6.6.
- Autre : .....

**6.5.1. Si vous connaissez des aides destinées aux aidants, avez-vous recours à certaines de ces aides ?**

- OUI => 6.6.  NON

**6.5.1.1. Si vous n’avez pas recours à certaines de ces aides, pour quelle(s) raison(s) n’y avez-vous pas recours ?**

.....

**6.6. Vous sentez-vous aidé ?**

- OUI, la plupart du temps  OUI, en partie  NON => 6.7

**6.6.1. Si vous vous sentez aidé, par qui vous sentez-vous aidé ?**

- Professionnel de santé  Entourage
- Bénévole  Autre : .....

**6.6.2. Si vous vous sentez aidé, à quelle(s) occasion(s) vous sentez-vous aidé ?**

.....

**6.7. Vous a-t-on refusé de l’aide récemment ?**

- OUI  NON => 6.8

**6.7.1. Si on vous a refusé de l’aide récemment, pour quelle(s) raison(s) cette aide vous a-t-elle été refusée ?**

.....

**6.8. Quelle est/a été l’influence de la pathologie de votre proche sur votre vie de famille ou amicale ?**

.....

.....

.....

**Merci d’avoir répondu à ce questionnaire.**

## ENQUETE PTSM Groupe 5

### QUESTIONNAIRE USAGERS

---

À l'attention de l'interviewer :

A QUI LE QUESTIONNAIRE S'ADRESSE-T-IL ?

Les personnes à interroger sont des personnes majeures souffrant de troubles psychiques, c'est-à-dire de schizophrénie, de troubles bipolaires, de dépression sévère ou d'addictions, qu'elles aient un handicap psychique ou non.

Notre cible est de 80 personnes interrogées à minima.

COMMENT MENER L'ENTRETIEN ?

L'entretien doit être réalisé par un professionnel de santé ou un accompagnateur qui n'est pas le référent de la personne interrogée mais en qui elle peut avoir confiance : cette étude a pour objectif de donner la parole aux personnes atteintes de troubles psychiques pour qu'elles fassent part de leur vécu et leurs attentes. Cette parole doit être respectée, en cela il faut bien entendu leur signifier que cet entretien est et restera confidentiel.

Il est important de préserver l'anonymat et la confidentialité de la personne interrogée.

La personne qui réalise l'entretien doit avoir des connaissances sur les troubles psychiques.

Les formulations qui vous sont proposées doivent permettre une homogénéité dans le traitement de cette enquête. Vous pouvez bien sûr reformuler autant que de fois que cela est nécessaire de manière à être le plus explicite possible pour l'utilisateur.

Le questionnaire est composé de 6 sections

1. **SOINS** (cette section porte sur l'apparition des premiers symptômes, le délai de diagnostic, les arrêts de traitement, ...)
2. **RESSOURCES** (ce sujet peut être sensible)
3. **LOGEMENT**
4. **ACTIVITES** (professionnelles et autres)
5. **PROTECTION JURIDIQUE**
6. **AIDANTS**

Un espace libre est présent en fin de chaque section pour recueillir en détails les informations données par l'utilisateur. Ces éléments d'ordre qualitatif permettront de mieux comprendre la situation et faciliteront l'analyse.

L'entretien a une durée maximum de 30 min. Du fait de certains renvois complexes, il est nécessaire de lire le questionnaire pour se l'approprier avant de mener l'entretien.

Lorsque que votre réponse est suivie d'une indication comme celle-ci « => 1.1. », cela signifie que vous devez passer certaines questions jusqu'à celle dont le numéro est indiqué au bout de la flèche pour continuer de répondre au questionnaire.

Les mentions « *Après avoir répondu à la question => passez à la question X.X.* » ou « *Après avoir répondu à la question => passez à la section X. ...* » vous invitent également à suivre les renvois pour passer des questions auxquelles il ne vous ait pas demandé de répondre.

Il est possible pour la personne interrogée de fournir une adresse mail ou postale à laquelle elle souhaiterait recevoir les résultats de l'enquête. N'hésitez pas à l'informer qu'il se passera un peu de temps avant la réception de ces résultats.

#### QUEL EST L'OBJECTIF DE CETTE ENQUETE ?

Le comité de pilotage animé par Monsieur le Président du Conseil Territorial de Santé d'Indre-et-Loire et Madame la coordinatrice du Groupement Hospitalier de Territoire Touraine Val-de-Loire est en charge d'élaborer le Projet Territorial de Santé Mentale d'Indre-et-Loire. Le PTSM a pour objectif d'organiser une coordination territoriale basée sur la prévention, les modalités de soin et de prise en charge, ainsi que l'accompagnement et l'insertion sociale.

Il comporte 6 priorités :

1. Mettre en place un repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements nécessaires
2. Organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture (troubles psychiques graves, en situation ou à risque de handicap psychique) en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale
3. Permettre l'accès à des soins somatiques
4. Prévenir et prendre en charge les situations de crise et d'urgence
5. Promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrants de troubles psychiques et lutter contre la stigmatisation
6. Agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale

Dans le cadre du PTSM, les pilotes du groupe de travail 5 : « Promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrants de troubles psychiques et lutter contre la stigmatisation » ont pour mission de mettre en œuvre des enquêtes autour de la santé mentale. Trois enquêtes sont proposées : la première s'adresse aux usagers présentant des troubles psychiques, la seconde est à destination des aidants et la troisième concerne les professionnels prenant en charge des personnes avec des troubles psychiques. Ces trois enquêtes permettront d'alimenter le diagnostic du PTSM.

Les résultats de ces enquêtes n'ont pas pour objectif d'établir des données statistiques précises sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques en Indre-et-Loire mais seront utilisées pour compléter le bilan du PTSM et surtout donner la parole aux usagers souffrant de pathologies psychiques, à leurs proches et aux professionnels les prenant en charge.

Cela prend environ 30 minutes.

Ce questionnaire a été préalablement testé.

La grille d'entretien doit être renvoyée au plus tard le 27/09/2019

Elle doit être complétée et adressée au secrétariat du CHU de Tours par mail à l'adresse suivante : [secretariat.gh37@chu-tours.fr](mailto:secretariat.gh37@chu-tours.fr)

ou par courrier : CHU de Tours, GHT 37 secrétariat, 2 boulevard Tonnellé, 37 044 Tours Cedex 9

## À propos de l'utilisateur :

À lire à l'utilisateur avant le début des questions :

« Actuellement, un groupe de professionnels comprenant les représentants de personnes atteintes de troubles psychiques et de leurs familles se réunit pour travailler autour de l'offre de soins sur le territoire. L'objectif de ces réunions est d'imaginer des projets et/ou des actions pour améliorer la prise en charge et l'accompagnement. C'est pourquoi nous vous demandons votre avis aujourd'hui. Il n'y aura pas de jugement. Vos réponses ne seront pas transmises avec votre nom.»

SEXE : .....

AGE : .....

Lieu de résidence (commune) : .....

Adresse mail si souhaite avoir un retour de l'enquête : .....

## 1. SOINS

### 1.1. Avez-vous un médecin traitant ?

*Voyez-vous régulièrement un médecin généraliste ?*

OUI

NON

Ne sait pas

### 1.2. Comment s'est passée votre entrée dans le soin pour vos difficultés psychiques ?

*Comment avez-vous été soigné la première fois ?*

.....

### 1.3. Avez-vous été accompagné ?

OUI

NON => 1.3.2.

**1.3.1. Si vous avez été accompagné, par qui l'avez-vous été ?**  *votre famille, un proche, un professionnel ?*

**Comment cela s'est-il passé ?**

.....

*Après avoir répondu à la question => passez à la question 1.4.*

**1.3.2. Si n'avez pas été accompagné, comment cela s'est-il passé ?**

.....

**1.4. À quel âge avez-vous ressenti vos premières difficultés ?**

..... Ans

**1.5. Combien de temps est passé entre l'apparition de vos premières difficultés et l'annonce de votre maladie (diagnostic) ?**

..... An(s)

Pas encore de diagnostic => 1.6.

**1.5.1. Si un diagnostic a été établi, comment s'est passée l'annonce de votre diagnostic ?**

.....

**1.6. Comment vous a-t-on parlé de vos troubles pour la première fois ?**

*Comment vous a-t-on expliqué votre maladie ?*

.....

**1.7. Comme beaucoup de personnes, vous est-il déjà arrivé d'arrêter vos soins pendant quelques temps ?**

*Vous est-il déjà arrivé de ne plus aller en consultation ou d'arrêter de prendre un traitement pendant quelques temps ?*

OUI

NON => passez à la section **2. RESSOURCES**

**1.7.1. Si cela vous est déjà arrivé, quand/comment avez-vous repris votre accompagnement ou vos soins ?**

.....

**1.7.2. Si cela vous est déjà arrivé, qui vous a accompagné lorsque vous avez repris votre accompagnement ou vos soins ?**

Entourage

Professionnels de santé

Travailleurs sociaux

Seul

Autre : .....

**COMMENTAIRES OU PRECISIONS :**

***Informations données par l'usager et nécessaires à la compréhension de sa situation***

.....  
.....



## 2. RESSOURCES

### **Attention !**

***Les questions suivantes sont délicates : certains usagers peuvent craindre que leurs réponses provoquent une perte de leurs aides. Rappelez à la personne que vous interviewez que ses réponses sont anonymes et que ce qu'elle peut vous dire n'aura aucune conséquence après l'entretien.***

### **2.1. Quelles sont vos sources de revenus ?**

*Avez-vous un salaire ou des aides financières pour vivre ?*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Salaire/ retraite uniquement => <b>2.1.4.</b> | <input type="checkbox"/> Aides uniquement                         |
| <input type="checkbox"/> Salaire/Retraite + aides                      | <input type="checkbox"/> Aucune source de revenu => <b>2.1.3.</b> |
| <input type="checkbox"/> Ne sait pas => <b>3. LOGEMENT</b>             |   |

#### **2.1.1. Si vous percevez des aides, lesquelles percevez-vous ?**

*Avez-vous par exemple des aides du type AAH, un soutien de votre famille, le RSA, ... ?*

- Allocations aux Adultes Handicapés (AAH)
- Aides sociales (RSA, énergie, mutuelle, allocations logement, APL...)
- Aide de la famille
- Autre : .....

#### **2.1.2. Si vous percevez des aides, êtes-vous accompagné pour faire les démarches de demande d'aides ?**

*Est-ce que quelqu'un vous aide à faire la demande et/ou le renouvellement pour avoir ces aides ?*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> OUI, par votre entourage/par un aidant | <input type="checkbox"/> NON, vous faites les démarches seul |
| <input type="checkbox"/> OUI par un professionnel               |  |
| <input type="checkbox"/> OUI, autre : .....                     |  |

*Après avoir répondu à la question => **3. LOGEMENT***

#### **2.1.3. Si vous n'avez aucune source de revenu, comment faites-vous ?**

.....

#### **2.1.4. Si vous ne percevez aucune aide, pour quelle(s) raison(s) n'en percevez-vous pas ?**

*Pourquoi n'avez-vous pas d'aides financières ?*

- Vous ne pouvez pas en bénéficier
- Vous n'avez pas osé faire de demandes
- Les démarches vous paraissent trop compliquées
- Les personnes à qui vous vous êtes adressé n'ont pas voulu vous répondre, n'en ont pas été capables ou se sont montrées désagréables

- Vous avez le sentiment d'être stigmatisé ou que vous pourriez l'être en effectuant ces démarches
- Vous ne savez pas comment effectuer ces démarches
- Vos aidants n'ont pas voulu vous accompagner dans ces démarches
- Autre : .....

**COMMENTAIRES OU PRECISIONS :**

*Informations données par l'usager et nécessaires à la compréhension de sa situation*

.....

### 3. LOGEMENT

#### 3.1. Avez-vous un logement ?

- OUI => 3.1.2.
- NON

##### 3.1.1. Si vous n'avez pas de logement, comment faites-vous ?

.....

Après avoir répondu à la question => passez à la section **4. ACTIVITES**

##### 3.1.2. Si vous avez un logement, où habitez-vous ?

*Vivez-vous dans votre famille, dans votre logement, dans un foyer, etc ?*

- Chez vous
- Dans votre famille
- Dans une institution (foyer...)
- Dans une famille d'accueil
- Autre : .....

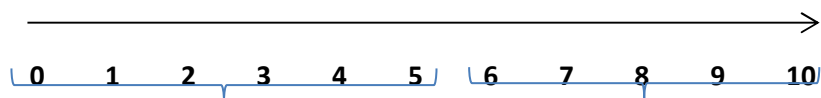
=> passez à la question 3.2.

##### 3.1.2.1. Si vous vivez chez vous, vivez-vous seul ou avec quelqu'un ?

- Seul
- Avec un conjoint
- Autre : .....

### 3.2. Est-ce que votre logement vous convient ?

Sur une échelle de 0 à 10, entourez la réponse (0 : ne me convient pas du tout, 10 : me convient totalement).



Ne sait pas => 3.3.

Pas ou peu satisfait

Satisfait ou tout à fait satisfait

=> 3.2.2.

#### 3.2.1. Si vous n'êtes pas satisfait de votre logement, qu'est-ce que vous aimeriez ?

Quelle serait la meilleure solution pour vous ?

.....

Après avoir répondu à la question => passez à la question 3.3.

#### 3.2.2. Si vous êtes satisfait de votre logement, qu'est-ce qui vous plait ?

Qu'est-ce qui vous plait le plus dans le lieu où vous vivez ?

.....

### 3.3. Comment avez-vous trouvé votre logement ?

Est-ce que c'était facile/difficile ? On vous a aidé ?

.....

### 3.4. Est-ce vous qui l'avez choisi ?

OUI

NON

### 3.5. Est-ce qu'on vous a demandé votre avis ?

OUI, un peu

OUI, beaucoup

NON

### COMMENTAIRES OU PRECISIONS :

Informations données par l'usager et nécessaires à la compréhension de sa situation

.....

## 4. ACTIVITES

### 4.1. Avez-vous un travail actuellement ?

- OUI  NON => 4.1.4

#### 4.1.1. Si vous avez un travail, êtes-vous accompagné dans votre travail ? Par qui ?

- OUI, entourage  NON, je ne suis pas accompagné  
 OUI, professionnel de santé => 4.2.  
 OUI, professionnel de l'entreprise  
 OUI, autre : .....

#### 4.1.2. Si vous avez un travail, avez-vous l'impression d'être reconnu dans votre travail ?

- OUI  NON  Ne sait pas

#### 4.1.3. Si vous avez un travail, pensez-vous pouvoir évoluer dans votre travail ?

- OUI  NON  Ne sait pas

Après avoir répondu à cette question =>  **passez à la question 4.2.**

#### 4.1.4. Si vous n'avez pas de travail, est-ce que vous avez déjà eu un travail ?

- OUI  NON

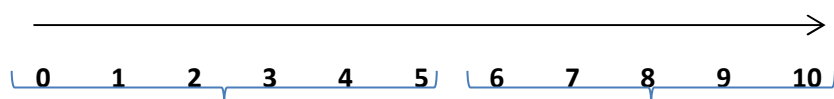
#### 4.1.5. Si vous n'avez pas de travail, êtes-vous en recherche d'emploi ? Êtes-vous accompagné ?

*Si vous cherchez du travail, est-ce que quelqu'un vous aide à chercher ?*

- Vous cherchez du travail et vous êtes accompagné  Vous ne cherchez pas de travail  
 Vous cherchez du travail mais vous n'êtes pas accompagné

### 4.2. Est-ce que cette situation vous convient ?

Sur une échelle de 0 à 10, entourez la réponse (0 : ne me convient pas du tout, 10 : me convient totalement).



Ne sait pas

Pas ou peu satisfait

Satisfait ou tout à fait satisfait

**4.2.1. Qu'est-ce qui vous plaît dans votre travail ou vous plairait dans un éventuel travail ?**

*Qu'est-ce que vous aimez le plus dans votre travail ?*

- Collègues/ambiance                       Gagner de l'argent                       Le travail en lui-même  
 Autre : .....

**4.2.2. Qu'est-ce qui vous gêne dans votre travail ou vous gênerait dans un éventuel travail ?**

*Qu'est-ce que vous aimez le moins dans votre travail ?*

- Collègues/ambiance                       Gagner de l'argent                       Le travail en lui-même  
 Autre : .....

**4.2.3. Dans l'idéal que voudriez-vous faire ? De quoi auriez-vous besoin pour y arriver ?**

.....

**4.3. À quel type d'activités participez-vous ?**

- Activités thérapeutiques                       Activités sportives  
 Activités artistiques                       Activités culturelles  
 Formation professionnelle ou accompagnement                       Autre : .....  
 Activités en autonomie                       Aucune => 4.3.3.

**Si l'usager pratique uniquement des activités en autonomie => passez à la question 4.3.3.**

**4.3.1. Si vous participez à des activités, comment sont vos rapports avec la ou les structure(s) ?**

- Bons                       Corrects                       À améliorer                       Inexistants

**4.3.2. Si vous participez à des activités, comment sont vos rapports avec les autres participants dans le cadre de ces activités ?**

- Bons                       Corrects                       À améliorer                       Inexistants

Après avoir répondu à la question => passez à la section **5. PROTECTION JURIDIQUE**

**4.3.3. Si vous ne participez à aucune activité ou seulement en autonomie, qu'est-ce qui vous empêche de faire des activités ?**

- Incapacité physique ou psychique                       Offre insatisfaisante  
 Manque d'accompagnement individuel                       Manque de temps  
 Méconnaissance des activités proposées                       Problème de transport  
 Peur du jugement de la part des autres                       Pas envie de pratiquer une activité  
 Raison financière                       Autre : .....

## COMMENTAIRES OU PRECISIONS :

Informations données par l'usager et nécessaires à la compréhension de sa situation

---

## 5. PROTECTION JURIDIQUE

### 5.1. Êtes-vous sous curatelle ou tutelle ?

Avez-vous un curateur ? Avez-vous un tuteur ?

- OUI, un curateur                       NON => 5.1.5  
 OUI, un tuteur                       Ne sait pas => passez à la section 6. AIDANTS

#### 5.1.1. Si vous avez un curateur ou un tuteur, qui est-il ?

Votre curateur/tuteur, est-ce quelqu'un de votre famille, un professionnel ?

- Entourage                       Professionnel

#### 5.1.2. Si vous avez un curateur ou un tuteur, comment ça se passe avec lui/elle ?

Est-ce que ça se passe bien avec votre curateur/tuteur ?

---

#### 5.1.3. Si vous avez un curateur ou un tuteur, le/la voyez-vous souvent ?

Est-ce que vous trouvez que vous le/la voyez suffisamment souvent ?

- OUI, suffisamment                       OUI, mais pas suffisamment                       NON

#### 5.1.4. Si vous un curateur ou un tuteur, trouvez-vous la mesure de protection justifiée ?

- OUI                       NON => 5.1.4.2.  
 Ne sait pas => passez à la section 6. AIDANTS

##### 5.1.4.1. Si vous trouvez que la mesure est justifiée, est-ce que ça vous gêne de temps en temps ?

Pour vous, c'est positif ou négatif d'avoir un curateur/tuteur ? Qu'est-ce qui vous fait penser ça ?

- OUI                       NON                       Ne sait pas

Après avoir répondu à la question => passez à la section 6. AIDANTS

**5.1.4.2. Si vous ne trouvez pas que le mesure est justifiée, pour quelle(s) raison(s) pensez-vous cela ?**

.....

Après avoir répondu à la question => passez à la section **6. AIDANTS**

**5.1.5. Si vous n'avez pas de curateur ou de tuteur, en ressentez-vous le besoin ?**

*Est-ce que vous pensez que vous auriez besoin d'avoir un curateur/tuteur ?*

OUI

NON

Ne sait pas

=> passez à la section **6. AIDANTS**

**5.1.5.1. Si vous ressentez le besoin d'avoir un curateur ou un tuteur, pourquoi pensez-vous qu'une protection juridique vous serait nécessaire ?**

Gestion argent

Autre : .....

**COMMENTAIRES OU PRECISIONS :**

*Informations données par l'usager et nécessaires à la compréhension de sa situation*

.....

## 6. AIDANTS

**6.1. Vous sentez-vous aidé ? Par qui ?**

*Quand vous en avez besoin, avez-vous un proche ou quelqu'un qui peut vous aider ?*

OUI, par un professionnel de santé

OUI, par un bénévole

OUI, par une/des personne(s) de votre entourage

OUI, autre : .....

NON, par personne => **6.2.**

**6.1.1. Si vous vous sentez aidé, dans quelles circonstances vous sentez-vous aidé ?**

*À quelle occasion, avez-vous besoin d'aide ?*

Aide administrative  Pour vous déplacer

Aide dans vos soins (prise du traitement, rappel des rendez-vous, ...)

Autre : .....

**6.2. Est-ce qu'on vous a déjà refusé une aide quand vous en aviez besoin ?**

OUI

NON

Ne sait pas

=> [Fin du questionnaire](#)

**6.2.1. Si on vous a déjà refusé de l'aide, savez-vous pourquoi cette aide vous a été refusée ?**

*Qu'est-ce qui s'est passé ? Pour quelles raisons on vous a refusé cette aide ?*

Votre demande était trop compliquée

La personne sollicitée s'est plainte de fatigue/de lassitude

Ne sait pas

Autre : .....

**COMMENTAIRES OU PRECISIONS :**

*Informations données par l'utilisateur et nécessaires à la compréhension de sa situation*

.....  
.....  
.....  
.....

**Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.**



# Projet Territorial de Santé Mentale

## Questionnaire à destination des structures

Le comité de pilotage animé par Monsieur le Président du Conseil Territorial de Santé d'Indre-et-Loire et Madame la coordinatrice du Groupement Hospitalier de Territoire Touraine Val-de-Loire est en charge d'élaborer le Projet Territorial de Santé Mentale d'Indre-et-Loire. Le PTSM a pour objectif d'organiser une coordination territoriale basée sur la prévention, les modalités de soin et de prise en charge, ainsi que l'accompagnement et l'insertion sociale.

Il comporte 6 priorités :

1. Mettre en place un repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements nécessaires
2. Organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture (troubles psychiques graves, en situation ou à risque de handicap psychique) en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale
3. Permettre l'accès à des soins somatiques
4. Prévenir et prendre en charge les situations de crise et d'urgence
5. Promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrants de troubles psychiques et lutter contre la stigmatisation
6. Agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale

Dans le cadre du PTSM, les pilotes du groupe de travail 5 : « Promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrants de troubles psychiques et lutter contre la stigmatisation » ont pour mission de mettre en œuvre des enquêtes autour de la santé mentale. Trois enquêtes sont proposées : la première s'adresse aux usagers présentant des troubles psychiques, la seconde est à destination des aidants et la troisième concerne les professionnels prenant en charge des personnes avec des troubles psychiques. Ces trois enquêtes permettront d'alimenter le diagnostic du PTSM.

Les résultats de ces enquêtes n'ont pas pour objectif d'établir des données statistiques précises sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques en Indre-et-Loire mais seront utilisées pour compléter le bilan du PTSM et surtout donner la parole aux usagers souffrant de pathologies psychiques, à leurs proches et aux professionnels les prenant en charge.

Ce questionnaire est générique, certaines parties ne concernent que certaines structures.

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire en équipe, les réponses renseignées doivent représenter l'ensemble des personnes répondantes. Cela prend environ 20 minutes.

## Questionnaire Structures

### À propos de la structure :

NOM DE LA STRUCTURE :

CATÉGORIE DE LA STRUCTURE :

NOMBRE DE RÉPONDANTS AU QUESTIONNAIRE :

I. Accueillez-vous ou prenez-vous en charge des personnes ayant des troubles psychiques ?

- OUI  
 NON

II. Quelle part de votre public ces personnes représentent-elles ?

- 25% ou moins     Entre 25 et 50%     De 50 à 75%     Entre 75 et 100%     100%

# 1. Soins

## 1.1. Ont-elles un médecin traitant ? (médecin généraliste)

- OUI, dans la majorité des cas
- OUI, en moyenne
- OUI, rarement
- NON

## 1.1.2. Globalement, avez-vous un lien/contact avec ce médecin traitant ?

- OUI
- NON

### 1.1.2.1. Si OUI, par quel biais ?

- Echanges par mail ou courrier
- Echanges par téléphone
- Rendez-vous physique
- Visiophonie/Visioconférence (Skype, WhatsApp,...)
- Autre

### 1.1.2.2. Si OUI, à quelle fréquence ?

- Plusieurs fois dans l'année
- Une fois par an
- Une fois tous les 2-3 ans

### 1.1.2.3. Si OUI, à quelle occasion ?

- Bilan ou synthèse périodique
- Problème ponctuel
- Urgence
- Autre

### 1.1.2.4. Si NON, pourquoi ?

- Pas nécessaire
- Le médecin n'est pas joignable
- La personne s'y oppose
- Autre

**1.2. Ont-elles un médecin référent ? (spécialiste)**

- OUI, dans la majorité des cas
- OUI, en moyenne
- OUI, rarement
- NON

**1.2.1. Globalement, avez-vous un lien/contact avec ce médecin référent ?**

- OUI
- NON

**1.2.1.1. Si OUI, par quel biais ?**

- Echanges par mail ou courrier
- Echanges par téléphone
- Rendez-vous physique
- Visiophonie/Visioconférence (Skype, WhatsApp,...)
- Autre

**1.2.1.2. Si OUI, à quelle fréquence ?**

- Plusieurs fois dans l'année
- Une fois par an
- Une fois tous les 2-3 ans

**1.2.1.3. Si OUI, à quelle occasion ?**

- Bilan ou synthèse périodique
- Problème ponctuel
- Urgence
- Autre

**1.2.1.4. Si NON, pourquoi ?**

- Pas nécessaire
- Ce médecin n'est pas joignable
- La personne s'y oppose
- Autre

## 2. Ressources

### Public adulte uniquement.

Si votre structure n'accueille que des personnes mineures, passez cette section. Sinon, cliquer sur continuer.

CONTINUER

PASSER

### 2.1. Connaissez-vous l'état de leurs ressources ?

- OUI, dans la majorité des cas
- OUI, en moyenne
- OUI, rarement
- NON

### 2.2. Leur posez-vous la question ?

- OUI
- NON

### 2.2.1. Si OUI, qui leur pose la question ?

- Assistant(e) social(e)
- Médecin
- Autre

### 2.3. Que faites-vous si la personne n'a pas de ressources ?

- Lien avec un travailleur social ou une association
- Contact avec l'entourage
- Accompagnement dans ses démarches
- Je n'engage aucune démarche
- Autre

### 2.4. Sollicitez-vous l'accord de la personne ?

- OUI
- NON

### 2.5. Êtes-vous informés des suites des démarches engagées ?

- OUI
- NON

### 2.5.1. Si OUI, comment ?

### 2.5.2. Si NON, pour quelle(s) raison(s) ?

### 3. Logement

**Hors structures d'hébergement.**

**Si votre structure est une structure d'hébergement, passer cette section. Sinon, cliquer sur continuer.**

CONTINUER

PASSER

**3.1. Ces personnes ont-elles un logement stable dans le temps ?**

- OUI, dans la majorité des cas
- OUI, en moyenne
- OUI, rarement
- NON

**3.1.1. Si NON, que faites-vous ?**

- Lien avec un travailleur social ou une association
- Contact avec l'entourage
- Accompagnement dans ses démarches
- Je n'engage aucune démarche
- Autre

**3.1.2. Êtes-vous informés des suites des démarches engagées ?**

- OUI
- NON

**3.1.2.1. Si OUI, comment ?**

**3.1.2.2. Si NON, pour quelle(s) raison(s) ?**

### 3. Logement

**Structures sanitaires uniquement.**

**Si votre structure n'est pas une structure sanitaire, passez cette section. Sinon, cliquer sur continuer.**

CONTINUER

PASSER

**3.2. Parmi les personnes que vous prenez en charge, combien sont hospitalisées depuis plus d'un an sans rupture ?**

**3.3. Ces patients ont-ils encore un domicile propre ?**

- OUI
- NON

## 4. Activités professionnelles

**Hors structures professionnelles et d'accompagnement au travail.**

**Si votre structure est une structure professionnelle ou d'accompagnement au travail, passez cette section. Sinon, cliquez sur continuer.**

CONTINUER

PASSER

**4.1. Connaissez-vous la situation professionnelle des personnes que vous accueillez ou que vous accompagnez ?**

- OUI
- NON

**4.1.1. Si OUI, combien d'entre elles travaillent ou sont en formation ?**

- La majorité d'entre elles
- La moitié d'entre elles
- Seulement quelques-unes
- Aucune

## 4. Activités

**4.2. Les personnes que vous prenez en charge participent-elles à des activités thérapeutiques (Une activité thérapeutique est une activité encadrée par un soignant permettant de continuer de développer le travail thérapeutique) ?**

- OUI
- NON
- Ne sait pas

**4.2.1. Si OUI, lesquelles ?**

**4.3. Les personnes que vous prenez en charge participent-elles à d'autres activités ?**

- OUI
- NON
- Ne sait pas

**4.3.1. Si OUI, lesquelles ?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Activités sportives                         | <input type="checkbox"/> Activités artistiques |
| <input type="checkbox"/> Activités culturelles                       | <input type="checkbox"/> Activités sociales    |
| <input type="checkbox"/> Formation professionnelle ou accompagnement | <input type="checkbox"/> Autre                 |

**4.4. Proposez-vous des activités ?**

- OUI
- NON

#### 4.4.1. Si OUI, lesquelles ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Activités thérapeutiques | <input type="checkbox"/> Activités sportives                         |
| <input type="checkbox"/> Activités artistiques    | <input type="checkbox"/> Activités culturelles                       |
| <input type="checkbox"/> Activités sociales       | <input type="checkbox"/> Formation professionnelle ou accompagnement |
| <input type="checkbox"/> Autre                    |  |

#### 4.5. À votre avis, qu'est-ce qui pourrait les empêcher de faire des activités ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Incapacité physique ou psychique à pratiquer une activité | <input type="checkbox"/> Offre insatisfaisante               |
| <input type="checkbox"/> Méconnaissance des activités proposées                    | <input type="checkbox"/> Manque d'accompagnement individuel  |
| <input type="checkbox"/> Manque de temps   | <input type="checkbox"/> Problème de transport               |
| <input type="checkbox"/> Peur du jugement de la part des autres                    | <input type="checkbox"/> Pas envie de pratiquer une activité |
| <input type="checkbox"/> Autre   |  |

## 5. Protection juridique

### Hors organismes tutélaire.

Si votre structure est un organisme tutélaire, passez cette section. Sinon, cliquez sur continuer.

CONTINUER

PASSER

#### 5.1. Accueillez-vous ou accompagnez-vous des personnes placées sous protection juridique ?

- OUI  
 NON

#### 5.1.1. Si OUI, quelle proportion de votre public est placée sous protection juridique ?

- 25% ou moins     Entre 25 et 50%     De 50 à 75%     Entre 75 et 100%     100%

#### 5.1.2. Si OUI, connaissez-vous leurs tuteurs ou curateurs ?

- OUI  
 NON

#### 5.1.2.1 Si OUI, Avez-vous des contacts réguliers avec eux ?

- OUI  
 NON

#### 5.1.2.1. Si OUI, à quelle fréquence ?

- Occasionnellement     Une fois par an     Moins souvent

**5.1.2.3. Si OUI, par quel biais ?**

- Echanges par mail ou courrier     Echanges par téléphone     Rendez-vous physique  
 Autre

**5.1.2.4. Si OUI, à quelle occasion ?**

- Bilan ou synthèse périodique     Problème ponctuel     Urgence  
 Autre

**5.1.2.5. Si NON, pour quelle(s) raison(s) ?**

**5.2. Si nécessaire, engagez-vous la démarche de mise sous protection juridique ?**

- OUI  
 NON

**5.2.1. Si NON, pourquoi ?**



## 6. Aidants / Référents

### Attention à la terminologie !

Dans les questions suivantes, le terme « référent » représente un aidant professionnel désigné responsable d'une personne prise en charge par votre structure. Le terme « aidant » désigne un aidant familial ou un proche.

**6.1. Au sein de votre structure avez-vous désigné un référent pour chaque personne accompagnée ?**

- OUI
- NON

**6.1.1. Si OUI, quelle est sa fonction ?**

**6.1.2. Si OUI, quelle est sa mission en interne ? En externe ?**

**6.2. Les personnes que vous accueillez ont-elles des aidants ?**

- OUI
- NON

**6.2.1. Si OUI, les connaissez-vous ?**

- OUI
- NON

**6.2.2. Si OUI, avez-vous des contacts ?**

- OUI
- NON

**6.2.2.1 Si OUI, par quel biais ?**

- Echanges par mail ou courrier     Echanges par téléphone     Rendez-vous physique     Visioconférence/Visioconférence (Skype, WhatsApp,...)  
 Autre

**6.2.2.2 Si OUI, à quelle fréquence ?**

- Plusieurs fois dans l'année     Une fois par an     Une fois tous les 2-3 ans

**6.2.2.3. Si OUI, à quelle occasion ?**

- Bilan ou synthèse périodique     Problème ponctuel     Urgence  
 Autre

**6.2.2.4. Si NON, pour quelle(s) raison(s) ?**

**6.3. Les aidants sont-ils présents lors des décisions et orientations concernant la prise en charge / l'accompagnement de la personne ?**

- OUI  
 NON

**6.3.1. Si NON, pour quelle(s) raison(s) ?**

- La personne ne le souhaite pas     L'équipe ne le souhaite pas  
 Les aidants ne le souhaitent pas     Autre

**6.4. Quel type de difficultés observez-vous chez les aidants ?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fatigue, épuisement physique et/ou émotionnel | <input type="checkbox"/> Isolement               |
| <input type="checkbox"/> Peur, angoisse                                | <input type="checkbox"/> Difficultés économiques |
| <input type="checkbox"/> Manque de temps ou de disponibilité           | <input type="checkbox"/> Aucune difficulté       |
| <input type="checkbox"/> Autre   |  |

**6.5. Connaissez-vous des aides destinées aux aidants ?**

- OUI  
 NON

**6.5.1. Si OUI, lesquelles ?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Activités spécifiques (type groupes de parole) | <input type="checkbox"/> Associations type UNAFAM |
| <input type="checkbox"/> Autre  |   |

**6.5.2. Si OUI, orientez-vous les aidants vers ces aides ?**

- OUI  
 NON

*Contribution des territoires au diagnostic du PTSM d'Indre-et-Loire  
Conseil local en santé mentale de la métropole  
Coordinations locales en santé mentale  
Conseils locaux de santé*

*Chaque CLSM/ CLS est invité à remonter une synthèse présentant les forces et problématiques de son territoire en termes de réponse aux besoins en santé mentale et d'organisation du parcours de santé et de vie des habitants du territoire, et identifiant les leviers d'action et pistes de travail pour les 5 années à venir.*

*La méthodologie pour collecter les éléments attendus est laissée à la discrétion de chaque CLSM/ CLS.*

1- Repérage précoce, diagnostic et accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques		
POINTS FORTS	PROBLEMATIQUES	LEVIERS D'ACTION, PISTES DE TRAVAIL IDENTIFIEES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau VIES 37 : formation repérage crise suicidaire</li> <li>• CSAPA : formation auprès des acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne</li> <li>• SSU : investi dans action de prévention et formation des professionnels pour repérage étudiant en mal-être</li> </ul>	1/ Enfant : manque de connaissances des médecins généralistes repérage et orienter vers des structures spécialisées (CAMPS)	Sensibiliser et/ou former les professionnels de la petite enfance et le corps enseignant sur le repérage des troubles du comportement et/ou de pathologies psychiques et la crise suicidaire afin d'être en éveil sur le sujet mais également de les informer des réseaux existants localement pour pouvoir réorienter les familles le cas échéant.
	2/ Les 12-24 ans : suicidaires +++	
	3/ Entreprises : intervention sur les RPS +++	Formation 1 <sup>er</sup> secours santé mentale Déployer des actions de prévention du suicide et addictions au sein des entreprises
	4/ Publics précaires (addictions +++ ; public migrant en augmentation)	Orienter les personnes n'ayant plus ou peu les moyens d'accéder aux soins vers le PFIDASS/ Faire connaître ce dispositif Mettre en place conventionnement ARS/ psychologue pour remboursement consultation Besoin d'interprète et/ou lien avec association d'aide aux migrants Former les professionnels accompagnants des publics fragilisés sur le lien entre santé mentale et pauvreté. (objectif de faciliter le repérage d'éventuels troubles )
	5/ Personne âgée : manque d'approfondissement des examens car troubles associés à vieillissement et non recherche éventuelle d'une pathologie mentale	Développer le repérage des personnes que les structures ne voient plus pour favoriser l'accès aux soins
	6/ Orientations des publics vers la psychiatrie inappropriées	Remettre à jour des espaces d'écoutes : augmenter les lieux d'accueil et d'échanges au lieu d'un seul endroit Formation 1 <sup>er</sup> secours santé mentale S'appuyer davantage sur les associations comme 1 <sup>ère</sup> étape de détection et de prévention

7/ Acteurs de 1 <sup>ère</sup> ligne démunis et ne savent pas orienter	Formation 1 <sup>er</sup> secours santé mentale
--	---

## 2- Accès aux soins somatiques et le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques

POINTS FORTS	PROBLEMATIQUES	LEVIERS D'ACTION, PISTES DE TRAVAIL IDENTIFIEES
	1/ Stigmatisation +++	Donner davantage la parole aux personnes en souffrance
	2/ Peu ou pas de suivis par médecin généraliste	Avoir avis des spécialistes de la psychiatrie pour privilégier lien entre professionnels de santé de 1er et 2ème recours Besoin d'information et d'échange avec institutions pour améliorer la gestion des dossiers (notamment sur référentiel de prestations de la MDPH par exemple) Besoins de supports cliniques communs entre la psychiatrie hospitalière et les libéraux (ex : à Lille, le généraliste reçoit l'observation complète psychiatrique et du coup il peut prescrire les médicaments) Déployer des actions avec CPTS

## 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

POINTS FORTS	PROBLEMATIQUES	LEVIERS D'ACTION, PISTES DE TRAVAIL IDENTIFIEES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appartements associatifs inclusifs</li> <li>• CHRU : commission des sorties difficiles</li> <li>• PJJ : commission « Anticipation des parcours »</li> <li>• SISM</li> </ul>	1/ Communication (interprofessionnels, entre famille et professionnels, entre usagers et professionnels, manque de transparence, secret partagé, manque d'anticipation des besoins)	Impulser plus de transversalité entre les professionnels: besoin de coordination et d'interconnaissance Impulser des temps de rencontre entre professionnels pour analyser les pratiques Favoriser la visibilité sur les différents dispositifs Avoir une liste des structures avec un référent et vice versa pour faciliter la communication entre les structures Enrichir connaissances psychiatriques des professionnels du médico-social: avoir un poste partagé entre sanitaire et médico-social ou une équipe de liaison Favoriser la transparence sur informations données sur les situations des personnes pour pouvoir les loger dans un environnement adapté (pas besoin de connaître pathologie, avoir des recommandations)



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cordia conseil : prévention des expulsions du logement</li> <li>• Service d'évaluation par le travail (ESAT Les Vallées)</li> </ul>		Inciter l'ouverture des prises en charge sanitaire : notamment faire du lien entre les formations sur les troubles psychiques et le sevrage en cas d'addictions
	2/ Stigmatisation des usagers et des professionnels par professionnels du soins	Déploiement d'actions dans le cadre du GT « lutter contre la stigmatisation » du CLSM Développer le co-accompagnement (santé, scolaire, social) Intervention du CAARUD auprès des professionnels de l'hôpital pour lutter contre les discriminations de prise en charge des personnes droguées et sur connaissance de son capital veineux
	3/ Pénurie de professionnels (QPV +++) Pas de psychiatre et de CMP sur Saint Pierre des Corps, présence d'une seule psychologue (qui adapte ces tarifs selon les besoins)	
	4/ Temporalité (de l'usagers, du système sanitaire, des procédures sociales)	Conventionnement pour pérenniser les partenariats ? revoir procédure selon contrainte de la personne pour moins de violence et moins de rupture Avoir un lien entre les accueils de jour et les hébergements d'urgence sans passer par le 115 (moins de rigidité dans la procédure d'attribution des places)
	5/ Coordination défaillante (temporalité, manque de connaissance, méfiance des usagers)	PTA Avoir un lien entre les accueils de jour et les hébergements d'urgence sans passer par le 115 (moins de rigidité dans la procédure d'attribution des places) Renforcer l'accompagnement des personnes en souffrance psychiques ayant une orientation vers l'emploi en ESAT (pas de suivi spécifique à ce jour, délais d'attente long, parcours long pour avoir une place) Important de s'appuyer sur associations de patients existantes (en cours de disparition)
	6/ Manque de structures adaptées (pour accompagner les personnes ayant un handicap psychique dans leur rôle de parents par exemple)	Un chez soi d'abord Développer un CMP Ado Créer des lieux d'observation ouverts où les familles et les enfants pourraient être observés dans leurs comportements, soutenus et conseillés (ex: les cafés famille, sur une semaine de vacances) Avoir des moyens financiers plus importants dans les hôpitaux psychiatriques pour diversifier les activités auprès des patients (éviter la sur-médication) Permettre aux patients de tester des techniques alternatives de soins comme l'hypnose, la méditation, etc. Instituer le remboursement de thérapies psychiatriques pour permettre aux patients qui le souhaitent de pouvoir y accéder plus facilement Impliquer davantage les familles dans le parcours de soin de leur enfant afin de savoir davantage comment appréhender et réagir face aux comportements de celui-ci Mettre l'accent sur les 15 à 25 ans et leur famille, avoir quelque chose de plus solide autour du patient et son entourage en terme d'accompagnement de la psychiatrie Envisager un fond d'aide mutualisé pour les problèmes de salubrité Besoin de plus de logement pour intermédiation locative et plus de temps d'accompagnement Favoriser les appartements thérapeutiques au sein de logements autonomes

#### 4-Prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique et organisation de la réponse à ces situations

POINTS FORTS	PROBLEMATIQUES	LEVIERS D'ACTION, PISTES DE TRAVAIL IDENTIFIEES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Xx</li> <li>• Xx</li> <li>• Xx</li> <li>• Xx</li> </ul>	1/ Alerte tardive	EMLA
	2/ Besoin d'en arriver à des situation d'urgence pour la situation bouge	<p>EMLA</p> <p>Accompagnement de la psychiatrie auprès des professionnels du médico-social et social pour déterminer la limite sur l'intimité de la personne dans son logement et à quel moment il intervient s'il constate que les troubles sont ou peuvent être dangereux.</p> <p>Impulser une cellule de concertation pour prévenir l'aggravation de certaines situations avec la mobilisation des acteurs (ex: syndrome de Diogène)</p> <p>Mettre les moyens sur l'identification des premières décompensations pour éviter dégradation de la situation</p>
	3/ Défiance des professionnels de l'urgence	
	4/ Limite du système	Avoir une cellule de concertation sur situation d'urgence où il n'y a pas d'hébergement suite à expulsion d'une structure d'hébergement d'urgence.

#### 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

POINTS FORTS	PROBLEMATIQUES	LEVIERS D'ACTION, PISTES DE TRAVAIL IDENTIFIEES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SISM</li> <li>• Espace Santé Jeunes</li> <li>• Centre LGBTI</li> <li>• UNAFAM</li> <li>• InterFace 37</li> </ul>	1/ Stigmatisation +++	<p>Former les professionnels des ESAT (manque de connaissance et mixité des pathologies psy, positionnement du moniteur)</p> <p>Former les professionnels des centres de réadaptation et soins de suites (difficultés de prise en charge des patients avec troubles psychiques)</p> <p>Sensibiliser et former les professionnels de l'accompagnement vers l'emploi (connaissances et orientation)</p> <p>Informar, sensibiliser et former les agents de 1ère ligne (gardiens de jour et de nuit, agents d'entretien, agent d'accueil dans agences, etc.)</p> <p>Intervention du CAARUD auprès de la police pourrait être envisagée par rapport aux troubles dus aux drogues</p> <p>Sensibiliser les surveillants / gardiens d'immeubles</p> <p>Sensibiliser les acteurs (droit commun : commerçant, banque...)</p> <p>Favoriser l'intermédiation (dans le logement, emploi)</p> <p>Impulser des actions de déstigmatisation auprès de certains partenaires (ESAT, entreprise adaptées) car excès de bienveillance et / ou méconnaissance peut devenir maltraitant</p>



	<p>Interpeller les médias pour dédramatiser la maladie, apprendre à la reconnaître et savoir quelle attitude adopter vis à vis d'un malade et sensibiliser sur le langage et les terminologies utilisées</p> <p>Action de sensibilisation et d'information auprès du grand public</p> <p>Communication auprès du voisinage</p> <p>Impliquer les usagers dans les réflexions : favoriser les formations de pairs aidants</p> <p>Organiser un séminaire autour de la déstigmatisation pour les agents d'accueil et autres professionnels de 1ère ligne (éducateurs, assistantes sociales, etc.)</p>
2/ Autostigmatisation +++	<p>Prendre en compte et s'appuyer sur le parcours « d'enfants témoins » : les jeunes arrivent dans les structures avec leur histoire et leurs souffrances</p> <p>Favoriser une image moins estampillée sanitaire des CMP et aller davantage vers le médico-social</p> <p>Impliquer les usagers dans les réflexions : favoriser les formations de pairs aidants</p>
3/ Rendre acteurs les personnes porteurs d'un handicap psychique	<p>Pour l'entourage : besoin de connaissances des institutions Inscrire les malades en tant qu'acteur afin de donner une place dans la société 2→ Commission Offre de soins de l'UNAFAM</p>
4 / Avoir des prestations de droit commun adaptées à ce public	<p>Mettre en place un accompagnement adapté pour les personnes ayant des pathologies psychiatriques au niveau de leur droit de visite auprès de leurs enfants de manière pertinente et approfondie</p>

## 6- Actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

POINTS FORTS	PROBLEMATIQUES	LEVIERS D'ACTION, PISTES DE TRAVAIL IDENTIFIEES
1/ public jeune : écrans +++		<p>Programme de réussite éducative ne pourrait-il pas permettre le repérage des situations nécessitant un suivi psy (pour enfants et écrans) ? Quid des ressources disponibles en proximité ?</p> <p>Permettre un contact avec un psychologue autour des questions de la parentalité dans lieu de multi-accueil pour enfant en lien avec médecin de la PMI</p> <p>Favoriser les consultations pour enfants auprès des psychiatres pour prévenir l'aggravation des troubles</p>
2/ cloisonnement des quartiers		<p>Favoriser actions en proximité des quartiers : café citoyen / jardin collectif / plus de communication</p> <p>Cibler des actions auprès de citoyens non usagers des filières sanitaires : commerçants de quartiers par exemple</p> <p>Favoriser les actions inclusives des publics concernés</p> <p>Baser les actions sur des sujets qui rapprochent ( art, sport, etc.)</p> <p>Proposer des actions santé mentale dans appel à projet politique de la ville</p>



3/ isolement social +++	Manque de structure pour recevoir des personnes isolées mais personnes très volatiles/aléatoire; qui ont des difficultés d'intégration sociale (ne pouvant être accueillies dans associations)
4/ violences +++	

