

# SANTÉ MENTALE

Les problématiques de l'autisme et handicaps mentaux sont traitées dans des parcours spécifiques adhoc.

## OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°48



### DÉVELOPPER LE REPÉRAGE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES

#### › Contexte et enjeux

L'article 69 de la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 modifie la législation relative à la santé mentale. Les orientations du Conseil national de la santé mentale ainsi que la stratégie nationale de santé mentale en font un enjeu de santé majeur.

En effet, la santé mentale figure parmi les cinq priorités nationales de santé : on estime qu'une personne sur cinq sera un jour atteinte d'une maladie psychique.

Classés au troisième rang des maladies après les cancers et les pathologies cardiovasculaires, les troubles psychiques et les maladies mentales tiennent une place importante dans la vie d'au moins un quart de la population française, compte tenu de leurs conséquences sur l'entourage immédiat des patients.

1% de la population française souffre de troubles schizophréniques et 2% de troubles de l'humeur.

Chaque année, environ 200 000 personnes font une tentative de suicide et 11 000 en décèdent, le suicide s'avérant la première cause de mortalité chez les personnes âgées entre 25 et 34 ans.

Quand ils sont sévères, dans le cas notamment des schizophrénies et des troubles bipolaires, les troubles peuvent induire des problématiques sociales importantes et engendrer des situations de handicap.

La notion de « handicap psychique » est reconnue en France depuis la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

De nombreux travaux ont largement démontré que la plus grande attention devait être portée à la réduction du délai entre les premiers signes de la maladie, la formulation du diagnostic et la mise en place d'une stratégie thérapeutique spécifique. En effet, les cinq premières années de la maladie sont considérées comme une phase critique au cours de laquelle les chances de rémission sont les plus grandes et la réponse aux traitements la meilleure.

La précocité du diagnostic et de la prise en charge, pour autant que les troubles soient repérés de manière précoce, sont donc primordiales pour traiter les troubles, réduire les symptômes, limiter l'impact psycho-social, éviter les passages à l'acte suicidaire et l'apparition du handicap.

La prise en charge précoce des troubles psychiques et psychiatriques nécessite un renforcement des capacités de repérage de signes de souffrance ou de troubles psychiques par les acteurs de première ligne et les professionnels de soins primaires ainsi qu'une articulation effective et rapide avec les professionnels établissant le diagnostic et mettant en œuvre la prise en charge.

Une attention particulière sera accordée aux plus jeunes.

En effet, la petite enfance, l'enfance et l'adolescence constituent des phases de développement cognitif, affectif et social qui détermineront à court, moyen et long terme la santé physique et mentale des individus.

Des signes de mal-être et de souffrance peuvent apparaître à cette période.

Par ailleurs, près de la moitié des troubles psychiques qui perdurent se manifestent avant l'âge de 14 ans et près des trois quarts avant l'âge de 25 ans.

Un repérage et une prise en charge précoce peuvent aider à prévenir l'apparition de troubles psychologiques et comportementaux chez les enfants et les jeunes (troubles anxio-dépressifs, troubles du comportement, de l'attention, violences, décrochage scolaire, consommation de substances psychoactives...).

Le continuum des troubles peut être interrompu, et ceux-ci disparaître.

Les acteurs susceptibles de repérer les troubles psychiques sont diversifiés et nécessitent d'être sensibilisés et formés à ce repérage.

En cas de détection de problématiques de cet ordre, se pose la question cruciale de l'articulation effective avec un diagnostic et une prise en charge rapide par les professionnels spécialisés.

Une prise en charge précoce repose sur :

#### ► **La lisibilité de l'offre existante sur les différents territoires et l'accès à ces informations**

Des travaux doivent être initiés en ce sens pour mieux cartographier l'offre, identifier les centres spécialisés et les prises en charge spécifiques, ainsi que mettre en œuvre un accès facile à ces informations, tant pour les professionnels que pour la population.

#### ► **Des délais de rendez-vous limités**

Les rapports relatifs à la psychiatrie et la santé mentale en France font état de délais d'accès importants à une première consultation spécialisée, pouvant aller jusqu'à 6 mois dans certains cas.

Le délai de diagnostic, quant à lui, se compte en année pour certaines pathologies : 7 ans en moyenne pour les troubles schizophrènes et 10 ans pour les troubles bipolaires.

La région Centre-Val de Loire, région souffrant, qui plus est, de raréfaction des ressources médicales, n'échappe pas à ces problématiques.

Une enquête sera menée auprès notamment des centres-médoco-psychologiques (CMP), structures de premier recours spécialisées, afin d'objectiver les difficultés et prendre des mesures adéquates.

L'accessibilité géographique et la question du maillage de la région en CMP sera abordée.

#### ► **Des outils de coordination entre les professionnels**

Les modalités de coordination devront être définies sur chaque territoire dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale.

Des dispositifs prévus par la réglementation, notamment : conseils locaux de santé mentale (CLSM), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, devraient pouvoir faciliter la coordination et améliorer l'accessibilité à la prise en charge.

### ► Description de la situation actuelle

D'après l'enquête citoyenne menée par l'ARS en avril 2017, « le repérage et la prise en charge des souffrances psychiques » fait partie des 6 premières préoccupations de la population régionale (29,8% des répondants)

De nombreux acteurs sont susceptibles de repérer les troubles et d'orienter vers une prise en charge spécialisée:

► **Population générale** : médecins généralistes, forces de l'ordre, bailleurs sociaux, conseils départementaux, Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)/Maison départementale de l'autonomie (MDA), monde de l'entreprise (médecins du travail/infirmiers service de santé au travail), CPTS, CLSM

► **Enfants** : pédiatres, PMI, Éducation nationale, PJJ, ASE, Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)/Maison départementale de l'autonomie (MDA),

► **Adolescents/jeunes adultes** : enseignement supérieur, PAEJ, missions locales, MDPH/MDA, etc.

► **Personnes âgées** : EHPAD, SSIAD, service social départemental et services à domicile, CD

► **Secteur médico-social** : SAMSAH, IME, MECS, ITEP...

► **Familles** : UNAFAM

► **Personnes en situation de précarité** : centres d'exams de santé, acteurs du champ social et associatif, PASS, hébergement social, CD, MDPH...

► **Réseaux** (Prévention suicide, troubles de la conduite alimentaire...)

Les acteurs de la prise en charge spécialisée sont diversifiés selon les catégories de population :

► **Adultes** : CMP adultes, psychiatres et psychologues libéraux

► **Enfants** : CMP infanto-juvénile, CMPP, CAMSP, médecins, infirmières, psychologues scolaires, psychiatres et psychologues libéraux

► **Adolescents** : CMP infanto-juvénile ou adultes, médecins, infirmières, psychologues scolaires, psychiatres et psychologues libéraux

► **Personnes en situation de précarité** : équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Des centres médoco-psychologiques (CMP) sont présents dans chaque territoire, avec des conditions d'accès variables (jours, horaires) et des délais pouvant être longs du fait de l'augmentation de la population à suivre et de la raréfaction des ressources médicales. La prévalence des troubles du comportement chez l'adolescent est constatée comme un problème majeur dans les services de pédopsychiatrie. Les services, y compris les maisons des adolescents, doivent s'adapter à une demande croissante de cette population et à son expression (refus scolaire anxieux).

### ► Description de l'objectif

**L'objectif se décline en 2 sous-objectifs :**

► Améliorer le repérage des troubles psychiques,

► Organiser un accès rapide au diagnostic et à une prise en charge adéquate.

### › Modalités de mise en œuvre

Les pistes identifiées sont les suivantes :

#### Concernant le repérage des troubles psychiques

- › Sensibiliser/former les acteurs susceptibles de repérer les troubles psychiques (notamment : professionnels de la petite enfance, éducation nationale, enseignement supérieur, aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse),
- › Organiser les conditions du repérage précoce sur chaque territoire de santé (PTSM).

#### Concernant l'organisation d'un accès rapide au diagnostic et à une prise en charge adéquate

- › Faciliter l'orientation des personnes en rendant lisible la cartographie des acteurs du soin,
- › Faciliter l'accès à une première consultation et réduire les délais de rdv notamment en CMP,

- › Organiser un accès rapide à un avis spécialisé pour les professionnels du 1<sup>er</sup> recours (PTSM) et institutionnels.

Une solution pour réduire les délais de rendez-vous pourrait être de développer les pratiques avancées, c'est-à-dire mettre en place un premier entretien par un infirmier compétent en psychiatrie (voire psychologue) permettant de réaliser un premier accueil, de dépister les situations urgentes et d'organiser la prise en charge ultérieure.

Cet aspect se dégage également de l'enquête citoyenne puisque 23,6% des répondants souhaitent « permettre la délégation de certains professionnels paramédicaux formés en toute confiance et sécurité ».

#### Concernant la coordination des acteurs (sanitaire, médico-social, libéral, institutionnels, associations, usagers)

- › Élaborer une cartographie des acteurs (qui, où, comment et quoi ?),
- › Diffuser cette cartographie (ROR),
- › Soutenir la coordination des professionnels dès le repérage (fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, CPTS).

### › Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018	Finalisation du plan d'actions régional santé mentale
2 <sup>ème</sup> semestre 2018	Enquête régionale sur les délais d'attente en CMP
2019	Réalisation de la cartographie des acteurs sur chaque territoire

### › Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultat suivant :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Taux de médecins généralistes sensibilisés au repérage des troubles psychiques			50% à 75%

Cet objectif sera également évalué au regard de la diminution des délais d'accès en Centre médico-psychologique (CMP)

### **PROMOUVOIR UN PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE FAISANT DU LIEU DE VIE LE CENTRE DES PRISES EN CHARGE ET DES ACCOMPAGNEMENTS**

#### ► Contexte et enjeux

Pour les personnes souffrant de troubles psychiques, les conséquences sociales de leur maladie peuvent être importantes (restrictions à la citoyenneté, perte de qualité de vie...).

L'enjeu est de permettre aux personnes souffrant de troubles psychiques même les plus sévères, à risque ou en situation de handicap psychique d'être des individus à part entière avant de n'être que des malades et d'organiser les prises en charge et les accompagnements leur permettant de vivre leur vie à l'intérieur de la cité, sans être stigmatisés.

Dans cette perspective, le centre de gravité du dispositif de soins et d'accompagnement doit être le domicile (ou le lieu de vie) et l'hôpital l'exception : l'hospitalisation, notamment en temps complet, doit pouvoir être limitée aux personnes dont l'état de santé nécessite une prise en charge intensive dans la phase aiguë de la maladie.

Or, il peut être difficile d'accéder à des lits d'hospitalisation, qui pour certains sont occupés par des patients dont l'état de santé ne justifie plus le maintien en hospitalisation psychiatrique aiguë mais y sont accueillis à défaut de pouvoir être accueillis au sein de structures adaptées.

L'hôpital n'est pas un lieu de vie et ne doit pas le devenir.

Plusieurs études montrent qu'il existe en France, un retard à la « désinstitutionnalisation » des patients hospitalisés dans les services de psychiatrie.

Une enquête a déterminé que 30 % des hospitalisations en psychiatrie relevaient du « long cours » (durée d'hospitalisation d'une année ou plus), dont 60 % à 70 % étaient considérées comme inadéquates.

En région Centre-Val de Loire, ce sont plus de 500 personnes qui sont hospitalisées à temps plein depuis plus d'un an (donnée 2015) et une quarantaine d'enfants.

Il peut s'agir d'hospitalisations par défaut, c'est-à-dire des personnes maintenues à l'hôpital faute de places en aval, ce qu'il conviendra de vérifier sur la période du PRS et de faire évoluer vers des prises en charges adaptées.

Par ailleurs, la durée moyenne d'hospitalisation est supérieure dans notre région au niveau national et le taux de recours à l'hospitalisation en temps plein varie de manière significative d'un territoire à l'autre, ce qui peut interroger sur la pertinence de toutes les hospitalisations et soulève la question des hospitalisations évitables.

En outre, alors que le taux de recours régional à l'hospitalisation en temps partiel est conforme à la moyenne nationale, le recours à l'ambulatoire (CMP, CATTP, ateliers thérapeutiques) dans notre région semble en revanche moins développé.

De même, le suivi des patients en libéral par des psychiatres et psychologues est rendu plus difficile compte tenu d'une démographie défavorable des professionnels dans notre région.

Enfin, la prise en charge de la santé mentale ne tient pas assez compte des différentes dimensions de la vie quotidienne (hébergement, accès à l'emploi, à la formation, notamment) alors qu'elles participent fortement à la qualité de vie et au maintien ou à l'intégration sociale des personnes confrontées à un trouble psychique.

Les personnes porteuses de troubles psychiques souffrent souvent d'isolement, de rupture des liens sociaux et de difficultés à assumer les actes et relations de la vie quotidienne. Ces situations de handicap conjuguées à des hospitalisations répétées ou prolongées amènent fréquemment les personnes à perdre leur logement, à l'errance, voire à l'exclusion sociale.

Le maintien du patient dans la cité nécessite une organisation de la réponse aux situations de crise et situations d'urgence, à la fois en termes de prise en charge mais aussi de prévention.

Compte tenu de sa prévalence en France, la problématique du suicide figure parmi les priorités nationales en santé mentale. Un trouble psychique est associé à 90 % des suicides (INSERM). Le risque suicidaire est beaucoup plus élevé chez les personnes ayant des troubles dépressifs, anxieux, schizophréniques et addictifs qu'en population générale. Les antécédents de comportements suicidaires sont également des indicateurs d'un risque accru.

Des enjeux se posent, notamment en termes de prévention, de post-prévention, d'analyse des facteurs de risque ou encore l'amélioration de la mesure des suicides.

#### ► Description de la situation actuelle

Il existe les alternatives suivantes à l'hospitalisation temps plein : 43 hôpitaux de jour, 51 CMP, 35 CATTP, 6 placements familiaux thérapeutiques, 5 appartements thérapeutiques, 10 ateliers thérapeutiques.

Concernant la prise en charge à domicile, les CMP ont vocation à réaliser des visites à domicile et développent, pour certains d'entre eux, des équipes mobiles.

Par ailleurs, créés sous l'impulsion d'associations de familles et d'usagers de la psychiatrie, les groupes d'entraide mutuelle (GEM) permettent aux personnes souffrant de troubles psychiques de rompre leur isolement, de s'entraider et de reprendre une place dans la cité (18 GEM en région).

Pour les adultes handicapés, des structures (SAMSAH, SAVS) permettent un accompagnement à la vie sociale.

L'insuffisance de capacité d'hébergement dans les structures médico-sociales pour les patients le nécessitant sera à évaluer sur chaque territoire. En région, le taux moyen d'équipement en établissements et services médico-sociaux pour adultes souffrant de handicap psychique est comparable à la moyenne nationale mais des disparités territoriales existent.

### › Description de l'objectif

#### L'objectif se décline en 3 sous-objectifs

- › Développer les alternatives à l'hospitalisation complète, notamment l'ambulatoire, et réduire les prises en charge inadéquates,
- › Favoriser l'insertion et l'inclusion sociale, notamment pour les personnes souffrant de troubles sévères et persistants, à risque ou en situation de handicap psychique,
- › Organiser la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

### › Modalités de mise en œuvre

Les pistes identifiées à ce stade sont les suivantes :

#### Concernant le développement des alternatives à l'hospitalisation complète et la réduction des prises en charge inadéquates

- › Redéploiement des moyens sur l'ambulatoire et le temps partiel (maillage et renforcement des CMP, CATT et hospitalisation à temps partiel),
- › Développer l'aller-vers des équipes de psychiatrie (à domicile et dans les structures médicosociales) afin d'éviter les hospitalisations et prévenir les situations d'urgence ; en complément des équipes de secteur, développement de dispositifs intersectoriels d'équipes mobiles dédiées (infanto-juvénile/adultes/personnes âgées),
- › Analyse de la justification des hospitalisations au long cours et réorientation le cas échéant.

#### Concernant l'insertion et l'inclusion sociale

- › Soutenir et impliquer les patients et les familles,
- › Lutter contre la stigmatisation relative aux troubles psychiques,
- › Favoriser l'accès et le maintien au logement, à l'emploi et l'insertion dans la cité (renforcer l'accompagnement à domicile via des SAVS, SAMSAH, auxiliaires de vie..., développer les appartements thérapeutiques, développer la coordination des acteurs via les conseils locaux de santé mentale...),
- › Développer la réhabilitation psychosociale et l'éducation thérapeutique.

#### Concernant la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

- › Le développement du suivi en ambulatoire, renforcé en cas de besoin, ainsi que le développement de l'aller-vers est de nature à prévenir les crises et les situations d'urgences,
- › Organiser et rendre lisible le circuit de prise en charge des urgences et des crises dans chaque territoire de santé et organiser la post-crise.

### › Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018	Finalisation du plan d'actions régional
2019	Identification des hospitalisations inadéquates dans chaque établissement de psychiatrie

### › Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Augmenter la part des prises en charge en ambulatoire (file active ambulatoire exclusive/file active totale hors patients ambulatoires exclusifs)	78,1%		85%
2	Réduire de moitié les hospitalisations inadéquates dans les 5 ans	la valeur initiale sera déterminée par l'enquête programmée en 2019		Réduction de moitié

## OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°50

### ORGANISER LA CONTINUITÉ DU PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES, PAR LA COORDINATION ÉTROITE ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS CONCERNÉS

#### ► Contexte et enjeux

« Pour une bonne part de nos concitoyens ayant besoin de soins psychiatriques, ces parcours sont longs et complexes. Ils associent des temps de soins (dépistage de la maladie, interventions d'urgence ou de crise, soins hospitaliers et ambulatoires du patient, aide aux familles et aux proches) destinés à obtenir au minimum le rétablissement du patient, au mieux sa guérison, et des temps d'accompagnement médico-social, de réhabilitation psycho-sociale.

Dans ces parcours longs et complexes, il est indispensable que tous les acteurs puissent réfléchir et agir dans la complémentarité la plus parfaite, sauf à développer des pratiques maltraitantes ».

(M. Laforcade-rapport octobre 2016)

La diversité des acteurs susceptibles d'intervenir dans le parcours en santé mentale (relevant de champs ordinairement séparés : sanitaire, ville, hôpital, médico-social, social, éducatif, judiciaire, institutions) pose la problématique de la coopération et de la coordination de ces acteurs.

Ces acteurs doivent au préalable se connaître, connaître et reconnaître leur rôle respectif.

La coordination des acteurs est particulièrement importante au regard des points de rupture « classiquement » cités dans le parcours santé mentale et liés à un cloisonnement entre la psychiatrie et :

#### ► les soins somatiques et la médecine générale en ville :

l'espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques/psychiques est diminuée du fait des risques suicidaires d'une part, mais aussi de l'insuffisance de prise en charge de la dimension somatique des patients psychiatriques. C'est une problématique dont on doit pouvoir tenir compte dans les établissements médicosociaux et dans les hôpitaux.

► **le médico-social** : la collaboration entre services de psychiatrie et structures médico-sociales est nécessaire au bon parcours de vie des usagers les plus handicapés ou celui des personnes âgées (personnes atteintes de troubles psychiatriques vieillissantes ou les personnes âgées présentant des troubles apparentés aux troubles psychiatriques).

► **le social** : la coordination socio-sanitaire est primordiale dans le parcours des personnes se trouvant souvent en situation d'isolement ou de précarité du fait de leurs troubles (prévalence importante des troubles psychiatriques et mentaux au sein des populations précaires) : accès au logement, à la scolarisation et à la formation professionnelle, au travail et accès aux droits sociaux.

► **la justice/administration pénitentiaire** : dans le cadre des soins psychiatriques aux détenus (en détention et à la levée d'écrou), de la mise en œuvre des soins sans consentement, de la prise en charge des mineurs suivis par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Les cas les plus complexes (notamment les personnes souffrant de handicap psychique) doivent pouvoir faire l'objet d'une attention particulière et nécessiter d'un dispositif de coordination ad hoc (fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, CPTS, gestionnaires de cas complexes, CLSM...).

Enfin, la coordination des acteurs est particulièrement importante lors du passage aux différents âges de la vie, transitions qui peuvent être source de ruptures de prise en charge (périnatalité/enfance-enfance/adolescence-adolescence / âge adulte-âge adulte/vieillesse, institutions médico-sociales accessibles pour certaines tranches d'âge).

#### ► Description de la situation actuelle

Il existe une certaine complémentarité entre les secteurs sanitaire et médico-social qui ont passé des conventions portant sur les sorties d'hospitalisation, l'évaluation sur le traitement de la personne, et pour organiser les séjours de ruptures. Ces conventions restent à développer.

Par ailleurs, des coordinations locales de santé mentale existent sur plusieurs territoires et une dizaine de projets de conseils locaux de santé mentale (CLSM) arrivent à maturité dans la région, non encore pourvue de tels dispositifs de concertation et de coordination.

La prise en charge globale du patient doit pouvoir devenir une priorité pour tous les acteurs. Cependant, de manière générale, l'articulation entre les différents champs d'intervention est reconnue comme insuffisante, ce qui favorise la rupture du parcours du patient dans sa prise en charge.

Il existe un manque d'interconnaissance des acteurs, de leurs contraintes, de leurs possibilités respectives, ce qui ne facilite pas les échanges d'informations et rend l'acquisition d'une culture commune difficile.

Par ailleurs, la faible disponibilité des acteurs doit être prise en compte, de même qu'un manque de dispositifs permettant ces échanges.

La gestion des cas complexes reste notamment à organiser selon un dispositif spécifique à identifier sur chaque territoire.

Enfin, le positionnement de chaque acteur suscite des questionnements.

Il en est ainsi de la question de la répartition des rôles entre psychiatres et psychologues, de la place des professionnels libéraux, eu égard aux prises en charge effectuées en établissement.

Le rôle et la place des familles dans les parcours doit aussi pouvoir être mieux pris en compte.

### › Description de l'objectif

L'objectif se décline en 3 sous-objectifs :

- › Développer la prise en charge somatique des patients de psychiatrie,
- › Garantir la continuité des soins et des prises en charge,
- › Renforcer la coopération et l'articulation entre les acteurs des différents champs.

### › Modalités de mise en œuvre

Les pistes identifiées à ce stade sont :

#### **Concernant le développement de la prise en charge somatique des patients de psychiatrie :**

- › Développer l'intervention de somaticiens en psychiatrie,
- › Développer la collaboration avec les médecins généralistes (suivis coordonnés, transmission des informations),

### › Échéances intermédiaires

ANNÉE	INTITULÉ ACTION
2018	Finalisation du plan d'actions régional

### › Modalités d'évaluation

L'objectif défini est évalué à 5 ans avec l'indicateur de résultats suivants :

N°	INTITULÉ INDICATEUR DE RÉSULTATS	VALEUR CIBLE INITIALE 2016	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE À 5 ANS
1	Pourcentage de courriers de sortie d'hospitalisation en psychiatrie transmis dans les 8 jours			80 % (indicateur IPAQSS)
2	Taux de population couverte par un CLSM			50 à 75 %

- › Promouvoir les actions de prévention et de promotion de la santé (tabac, toxique, surveillance syndrome métabolique, nutrition, exercice physique...) des patients pris en charge dans le dispositif de soins psychiatriques.

#### **Concernant la continuité des soins et des prises en charge :**

- › Prévenir les ruptures liées à l'âge,
- › Mieux anticiper les sorties d'hospitalisation avec les dispositifs d'aval (médico-social, social),
- › Développer le suivi régulier des patients et organiser la gestion des cas complexes.

#### **Concernant les actions visant à renforcer la coordination des acteurs :**

- › Mettre en place des formations croisées communes aux professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social,
- › Développer les échanges de pratiques innovantes et les bonnes pratiques, retours d'expérience autour d'une thématique donnée,
- › Instaurer des stages des personnels médicaux et paramédicaux dans le secteur médico-social,
- › Mobiliser et déployer les dispositifs de coordination (conseils locaux de santé mentale, CPTS, fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes : organisation à définir en fonction des réalités territoriales).