

Projet Territorial de Santé Mentale de la Somme

Feuille de route

15 décembre 2020

*Du diagnostic partagé aux fiches actions,
une dynamique départementale enclenchée...*

Introduction

I.	RAPPEL DU CONTEXTE ET CADRE D'INTERVENTION	P 4
1.	Une politique de santé mentale territorialisée	
2.	Le PTSM : améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale	
3.	Le territoire du PTSM : le département de la Somme	
II.	ELEMENTS DE METHODE	p 7
1.	L'élaboration de la démarche	
2.	La gouvernance	
	Le comité de pilotage, objectifs et composition	
	Une dynamique de production à partir de 3 groupes de travail	
3.	Le calendrier général	
III.	LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE	P 14
1.	Les données	
2.	Le PTSM et son interaction avec les autres dispositifs existants	
IV.	LA PRODUCTION DES GROUPES	p 27
1.	Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.....	P 27
2.	L'accès aux soins somatiques.....	p 30
3.	La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.....	p 33
	Les enfants et les jeunes : la transversalité du thème	P 37
V.	LES FICHES ACTION	p 39
	Porteurs et contributeurs	p 40
	Présentation des Fiches projet	P 43

Glossaire

Introduction

Le Projet Territorial de Santé Mentale de la Somme est un outil de déclinaison de la politique de santé mentale élaboré à l'initiative des acteurs locaux. Son objectif est d'améliorer l'accès des personnes concernées à des **parcours de santé et de vie** de qualité, sécurisés et sans ruptures.

Co-construite avec l'ensemble des acteurs, la feuille de route **est le résultat d'un travail d'échange, de coopération et de priorisation des acteurs eux-mêmes. Il aboutit à la proposition d'un ensemble cohérent d'actions, nécessitant ou non des financements, et se déployant sur les cinq années à venir.**

Cette feuille de route, dernière étape de l'élaboration du PTSM, constitue la synthèse des travaux. Elle **n'est pas un aboutissement, mais le point de départ d'une action renforcée** dans le champ de la santé mentale dans le département de la Somme. Elle **se veut évolutive** et s'enrichira au fil du temps, pour inscrire dans la durée, les acteurs et les usagers de santé dans une dynamique territoriale commune.

La **démarche participative engagée** par les membres du comité de pilotage, sous l'animation et la vigilance de sa référente, a su rassembler un nombre important de professionnels et de bénévoles, croiser des approches diversifiées, favoriser un climat productif d'idées.

Si la crise sanitaire liée à la pandémie COVID-19 a prolongé les échéances initialement fixées pour le rendu de ce travail, elle a aussi vu naître des initiatives nouvelles dans le champ de la santé mentale. Ayant vocation à se pérenniser, ces dernières ont été intégrées à la feuille de route.

Régulièrement abordées dans chacun des groupes de travail, la coordination des acteurs, la formation, la communication font l'objet de plusieurs propositions d'actions.

A l'instar du **Comité de pilotage** représentatif d'un décloisonnement des champs, la production est marquée par une vraie attention portée aux besoins, à **la place de l'utilisateur**, aux **parcours de vie et de santé des personnes**.

Le PTSM offre de nouvelles perspectives et de **réelles volontés à travailler ensemble**. De vrais choix ont été opérés tout au long de la démarche. La cohérence du PTSM avec les dispositifs existants (GHT, PRS 2, CTS, CLSM...), la référence systématique aux constats établis lors du diagnostic territorial, la recherche d'efficacité et la traduction en actions aux ambitions raisonnées, le souci de couvrir l'entièreté du département de la Somme en sont quelques exemples.

Au-delà du rappel du contexte et du cadre d'intervention, des éléments de méthode, de la synthèse du diagnostic territorial, cette feuille de route présente la production des groupes de travail et les **fiches actions** qui en résulte.

Nos vifs remerciements à l'ensemble des personnes qui se sont investies dans les différents niveaux de travail, pour la qualité de leur questionnement et la pertinence de leurs propositions.

I. RAPPEL DU CONTEXTE ET CADRE D'INTERVENTION

Une politique de santé mentale territorialisée

La loi de modernisation de notre système de santé fait évoluer la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie en reconnaissant le caractère transversal de la santé mentale et en prévoyant la mise en œuvre dans les territoires de projets territoriaux de santé mentale (PTSM) élaborés par l'ensemble des acteurs concourant à cette politique.

Cette loi du 26 janvier 2016 pose les bases d'une politique de santé mentale territorialisée, centrée sur l'accès pour tous à des parcours de santé et de vie sans ruptures.

La politique de santé mentale comprend désormais des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, les médecins libéraux, les établissements médico-sociaux et l'ensemble des acteurs de la prévention, de l'hébergement et de l'insertion.

Une distinction est opérée entre la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie, la santé mentale n'étant pas de la responsabilité exclusive de la psychiatrie, mais la psychiatrie devant s'intégrer dans une politique de santé mentale. Ceci permet une clarification des responsabilités des différents acteurs qui interviennent dans le champ de la santé mentale, et inscrit la santé mentale dans un cadre coopératif large incarné par le projet territorial de santé mentale.

Le projet Territorial de Santé Mentale : améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale

Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) a pour objet d'améliorer l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à des parcours de santé et de vie de qualité.

A ce titre, et comme le précise le décret du 27 juillet 2017, il doit :

- Favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social
- Permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social
- Déterminer le cadre de la coordination de second niveau et la décliner dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

Ces objectifs sont par ailleurs repris dans la Stratégie Nationale de Santé pour la période 2018-2022.

Le PTSM est élaboré à l'initiative des professionnels et des établissements et services des champs sanitaire, social et médico-social, en collaboration avec les représentants des patients et des familles.

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, après avis des Conseils Locaux de Santé Mentale et du Conseil Territorial de Santé, arrête le **diagnostic territorial partagé** et le **projet territorial de santé mentale**. Les actions tendant à mettre en œuvre le PTSM font l'objet d'un **contrat territorial de santé mentale**, d'une durée de cinq ans, conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions. Celui-ci définit l'action assurée par ses signataires,



leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

L'organisation du PTSM suppose que soit mise en œuvre sur chaque territoire une organisation graduée globale répondant à l'ensemble des besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques tout au long de leur parcours de santé et de vie : de la prévention jusqu'aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale, en passant par le soin.

L'article L.3221-2 définit le projet territorial de santé mentale et son décret de juillet 2017 en fixe **6 priorités** :

- Mettre en place un repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements nécessaires
- 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
- Permettre l'accès à des soins somatiques
- Prévenir et prendre en charge les situations de crise et d'urgence
- Promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrant de troubles psychique et lutter contre la stigmatisation
- Agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale.

Le territoire du PTSM : le département de la Somme

Le territoire de santé mentale est défini à l'article L.3221-1 du Code de la Santé Publique comme un niveau suffisant pour permettre : l'association de l'ensemble des acteurs (les établissements de santé autorisés en psychiatrie, les médecins libéraux, les psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion) ; l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.

Le territoire concerné par le PTSM 80 est celui de **la démocratie sanitaire** : le département de la Somme.

Le département répond à l'un des impératifs posés par le cadre normatif, à savoir **la couverture de l'entièreté des secteurs de psychiatrie générale adulte et de psychiatrie infanto-juvénile**. A cet égard, le département couvre bien les secteurs de psychiatrie adulte (80G01, 80G02, 80G03, 80G04, 80G08 rattachés au CH Philippe Pinel ; 80G05 rattaché au CH de Péronne ; 80G06 et 80G07 rattachés au CH d'Abbeville) et ceux de psychiatrie infanto-juvénile (80I01 et 80I02 rattachés au CH Philippe Pinel, 80I03 rattaché au CH de Péronne et 80I04 rattaché au CH d'Abbeville).

Par ailleurs, ce **choix territorial pertinent** intègre une offre diversifiée sociale, médico-sociale, associative et sanitaire en santé mentale (établissements de santé, établissements et services sociaux et médico-sociaux, médecins de ville et professionnels d'exercice libéral, psychologues, conseils locaux de santé mentale, groupe d'entraide mutuelle, acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, acteurs du logement et de l'hébergement, de l'emploi, de l'inclusion sociale et citoyenne, association de patients et de familles...) et des partenaires associés (MDPH, PJJ...), ayant engagé des coopérations formalisées ou non de manière à garantir, l'accessibilité à des soins diversifiés et à la construction des parcours de vie.

Ce niveau territorial apparaît aussi pertinent, à la fois pour les **acteurs sanitaires** du fait de la présence de la délégation territoriale de l'ARS et du **GHT Somme Littoral Sud**.

Pour les **acteurs sociaux et médico-sociaux**, le département est un lieu de définition de plusieurs politiques contribuant à la santé mentale (politiques départementales relatives à la cohésion sociale : enfance, jeunesse, aide sociale, emploi, handicap, grand âge, précarité et exclusion...).

Les échanges au sein de la **Commission territoriale de santé mentale de la Somme élargie** ont enfin démontré le besoin de s’interfacer encore davantage, et de dépasser les clivages qui perdurent parfois en matière de coopération, d’où cette nécessité de retenir le département comme territoire de projet et d’engagement des acteurs.



9

II. ELEMENTS DE METHODE

1. L'ELABORATION DE LA DEMARCHE

Les membres du comité de pilotage sont très fortement mobilisés autour **d'ambitions raisonnables** et mesurées pour construire la feuille de route, autour d'une **opérationnalité effective**, de l'inscription de cibles et de la **capacité à démontrer, par le travail collectif, à sortir des silos, pour mieux aller vers la notion de parcours**.

Le comité de pilotage a été unanime, sur la base du diagnostic, et dès le départ, pour orienter chacun des groupes de travail vers la question du parcours. Il a conclu à la nécessité d'aborder certains **parcours spécifiques** (enfants et adolescents, suicidants, personnes âgées).

Le comité de pilotage s'est interrogé sur la constitution de groupes de travail spécifiques par population cible. Un risque a cependant d'emblée été identifié, celui d'un fonctionnement ne permettant pas de lever les problématiques liées au risque de rupture dans ces parcours.

Les premières réunions du comité de pilotage ont rapidement mis en exergue plusieurs éléments :

- La nécessité de **composer avec pertinence les groupes de travail** : à la fois dans un équilibre territorial pour limiter la centralité liée à Amiens, s'agissant aussi de la présence d'acteurs dits incontournables pour apport de contribution et d'expertise, et de la recherche itérative de la participation des acteurs concernés
- La nécessité à **prioriser et resserrer le champ de la réflexion** qui peut être vaste : priorités régionales comme critère d'inclusion (enfant et ados), segments déjà travaillés par d'autres (réfugiés par exemple) comme critère d'exclusion
- La nécessité à **identifier ce qui existe déjà**, ce qui fonctionne, ce qui peut être reproductible (RAPT ou la formation des institutions au repérage autistique par le CLSM d'Abbeville par exemples)
- La nécessité à **renforcer la transversalité, le « travailler ensemble »** et la fluidité des parcours de vie
- La nécessité à **investiguer les périodes charnières et les points de rupture** qui peuvent être identifiés dans les parcours.

Parcours de santé et de vie

Fortement soulignée par les membres du Comité de pilotage, l'approche Parcours de santé et de vie positionne la dynamique de la démarche PTSM de la Somme et tend à renforcer sa dimension inter partenariale.

Aujourd'hui, un parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux. **Le parcours de santé** articule les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile. **Le parcours de vie** envisage la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...



La mobilisation des acteurs

Pour mobiliser et inciter les acteurs à rejoindre les groupes de travail, plusieurs leviers ont été mobilisés :

- La réalisation d'un document de communication intitulé « Eléments de langage » pour présenter ce qu'est un PTSM, les objectifs des groupes de travail et leur mode de fonctionnement
- Le rappel en Comité de pilotage que ses membres sont les premiers ambassadeurs du PTSM pour aider à composer ces mêmes groupes de travail
- L'utilisation de la liste des acteurs ayant manifesté leur intérêt pour participer aux groupes de travail lors de l'appel à initiative
- La mobilisation du référent PTSM en appui des pilotes des groupes pour la recherche de participants
- Des points d'étape en comité de pilotage sur la composition des groupes pour s'assurer de leur bonne composition et représentation

Au total, dans le département de la Somme, le comité de pilotage et les groupes de travail ont mobilisés plus de 80 personnes.

2. LA GOUVERNANCE

La gouvernance du PTSM de la Somme s'inscrit dans une procédure de gestion de projet, avec deux niveaux d'intervention : **niveau décisionnel** et **niveau opérationnel**.

Le comité de pilotage, objectifs et composition

Le **niveau décisionnel** est incarné par un **comité de pilotage** dont plusieurs membres sont issus de la commission santé mentale élargie de la Somme. Installé en septembre 2019 et composé d'une vingtaine de personnes (sanitaire, social, médico-social, associatif, institutionnel), il s'est depuis, réuni mensuellement.

Le comité de pilotage est animé par son **référent(e)** (Peggy Vuillin, Directrice de la stratégie, des affaires médicales, du système d'information, de la communication et des affaires générales - Directrice référente des Pôles filières / réhabilitation et de pédopsychiatrie - EPSM de la Somme | Centre Hospitalier Philippe Pinel – Amiens). Celle-ci a bénéficié des services de l'ANAP et de ses différentes sessions lui permettant d'aider à l'élaboration du PTSM : appui destiné aux pilotes, réponses aux questions concrètes, webinaire portant sur la méthode et les outils.

Le comité de pilotage est consulté tout au long de la démarche d'élaboration et de suivi du PTSM et notamment lors de la rédaction du diagnostic territorial, de la mise en place de groupes de travail et de la formalisation du plan d'actions.

Objectifs du comité de pilotage

- Définir la stratégie et suivre les grandes avancées du projet
- Valider les grandes étapes
- Rédiger et transmettre la feuille de route



Rôle de l'ARS dans l'élaboration du PTSM puis du CTSM

- Rôle d'animation globale via le secrétariat de la commission Santé Mentale du CTS
- Aide financière ponctuelle à l'ingénierie du PTSM
- Arrête le PTSM après avis des CLSM et du Conseil Territorial de Santé de la Somme
- Sur le fondement du PTSM, l'ARS conclue avec les acteurs de terrain un contrat territorial de santé mentale (CTSM). Ce document définit les missions, les engagements, les moyens, modalités de suivi et d'évaluation des acteurs pour mettre en œuvre le PTSM.



Liste des membres du comité de pilotage

Isabelle DE WAZIERS, vice-présidente Conseil Départemental 80
Anne SALMON, UNAFAM
Sébastien BIL, président UDAF de la Somme, président Unafam 80
Sabine LAMY, Directrice Clinique du Campus
Ludovic ROUSSEL, Directeur adjoint ADAPEI 80
Dr Maryse BURGER, Médecin Conseiller Technique, DSDEN
Maxime DURIEZ, EPSOMS
Estelle BARDET, représentante EPISSOS/EPSOMS
Magali CAPY, Chef de service EPSOMS
Carine LEROY, Chef de service EPISSOS
Sabine HOUBRON, Directrice adjointe, DDSCS
Angélique MESNARD, Cadre du Pôle de pédopsychiatrie, CH Péronne
Franck MALRIC, Cadre du Pôle de psychiatrie, CH Péronne
Brigitte GODARD, Directrice MDPH
Stéphanie LEPERE, IDE, DTPJJ
Dr Raïfa MAKDASSI, Amiens Métropole
Bénédicte LOUVION, Cadre supérieur de santé, Pole psychiatrie CH Abbeville
Dr François TIREL, Psychiatre, Pole psychiatrie CH Abbeville
Lineda CHERTIOUA, Directrice adjointe CHU Amiens
Pr Alain DERVAUX, CHU Amiens
Dr Manar KSRA CHIMR
Peggy VUILLIN, Directrice adjointe, EPSM Somme
Dr Valérie YON, EPSM Somme, Présidente Commission Santé Mentale élargie
Pr Jean-Marc GUILLE, Chef de pôle pédopsychiatrie, EPSM Somme
Dr Alexandre TISON, EPSM Somme
Emmanuel DUCLERCQ, Président Espoir 80
Sabine DAUCHET, Responsable coordinatrice MDA
Personnes invitées :
Hélène TAILLANDIER, Directrice Départementale Somme ARS Hauts-de-France
Anne MILLE, Directrice adjointe Somme ARS Hauts-de-France

L'évaluation : 1ers retours...

Dialogue constructif, esprit de partage, pluridisciplinaire, riche de ses partenariats, engagé, mobilisé, impliqué... : les qualificatifs liés au fonctionnement du comité de pilotage, à sa composition et son organisation traduisent une dynamique de travail.

Les retours mettent en évidence une bonne fréquence de rencontre, un rythme de travail qui a permis d'avancer, qui a servi la mobilisation et l'implication, la valorisation des travaux des différents groupes de travail. Sont mis en évidence la participation des usagers dans ces mêmes groupes, le décroisement entre secteurs sanitaire, social et médico-social...

A partir de 2021, l'actuel Comité de pilotage deviendra **le comité de suivi et d'évaluation**. Avec l'accord de l'ensemble des participants, cette assemblée restera garante de la mise en œuvre du PTSM.

Une dynamique de production à partir de 3 groupes de travail

Parmi les 6 priorités du PTSM qui définissent le PTSM, 3 d'entre elles ont fait l'objet d'un **groupe de travail opérationnel** :

- Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux
- L'accès aux soins somatiques
- La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

Pour chaque groupe, d'autres questions ont pu être abordés transversalement. Ce choix a été d'emblée porté par le comité de pilotage :

- **La place et le rôle des usagers, aidants et familles.** Le respect et la promotion des **droits des personnes** présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.
- **La coopération et coordination des acteurs**, la nécessité de renforcer la transversalité, le travailler ensemble et la fluidité des parcours.
- La place de certains **publics explicitement ciblés** : les enfants et les adolescents, les suicidants, les personnes âgées...

Sous couvert du comité de pilotage, ces trois groupes ont été constitués pour **définir les priorités et les actions du futur PTSM 80**. Des passerelles pouvant exister entre leurs productions respectives, les avancées ont été communiquées régulièrement au comité de pilotage.

L'ensemble des travaux des groupes a été accompagné par un prestataire extérieur (Luc Hincelin, consultant en santé publique - LH Conseil).

Les objectifs de l'accompagnement méthodologique :

- Veiller à une bonne cohésion entre les pilotes/co-pilotes et les directives du comité de pilotage
- Contribuer à installer une dynamique d'échange entre acteurs

- Accompagner la production concrète des groupes
- Faire de la Somme un terreau d'innovation dans le domaine de la Santé Mentale, en réponse aux besoins des professionnels et des habitants

Il a été nécessaire de veiller à la **représentativité du PTSM** dans la composition et l'animation de ces groupes. Pour chacun d'entre eux, un **pilote** et un **copilote** aux horizons professionnels et/ou associatifs différents ont été nommés. Référents, ils ont contribué à son bon déroulement.

Les retours du comité de pilotage sur la production des groupes

Dense, importante, richesse de la production liée à la diversité des acteurs, volonté partagée de faire cause commune, faire avancer les choses dans le concret, volonté de penser aux usagers...

3. LE CALENDRIER GENERAL

La poursuite de la démarche durant la crise sanitaire

La continuité est un enjeu important en santé et notamment sur les questions de santé mentale. Cette continuité a été mise en œuvre dans le cadre des travaux du PTSM, malgré la crise sanitaire du Covid. Les comités de pilotage se sont tenus à distance pendant cette période et les réflexions ont été maintenues. Cette continuité s'est réalisée également dans les accompagnements en santé mentale. Des enseignements sont ainsi à retenir et enrichissent les fiches actions (créativité-adaptation-innovation). **Rédaction d'une fiche action** «Retours et partages d'expérience COVID 19 ».

Conseil Territorial de Santé de la Somme - Commission territoriale de santé mentale

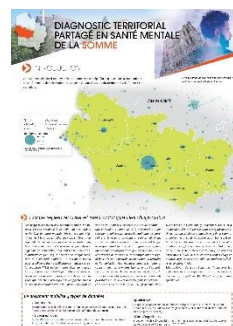
Appel à initiative ARS Hauts-de-France



Etape 1. Le diagnostic territorial

Réalisation fin 2017

Restitution juin 2018



Etape 2. Production des groupes

La progression : 3 moments clés

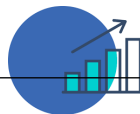
Rencontre 1

Des réflexions aux constats



Rencontre 2

Des constats aux priorités



Rencontre 3

Des priorités aux actions



Rencontre 1

- Présentation d'une méthode de travail : discussion, validation, mise en œuvre, répartition des tâches
- Exploration du thème (argumentaire du thème / lien avec les conclusions du diagnostic/croisement avec les priorités départementales et régionales)
- Les constats : ce qu'il apparaît essentiel au groupe ?
Ce que chacun connaît de cette priorité ? Comment les participants l'appréhende-t-elle ? Comment est-elle partagée ?
- Atouts & faiblesses repérés
- Pré cadrage des priorités, en lien avec le thème et les public(s)

Décembre 2019



31 Janvier 2020

Journée régionale Santé mentale & Psychiatrie - Amiens

Rencontre 2

- Compléments dans l'exploration du thème
- Elargissement à d'autres participants (*si nécessaire*)
- Déclinaison des axes

Janvier 2020

Rencontre 3

- Vers les pistes d'actions ? Préfiguration d'actions
- Repérer les marges de progression/d'adaptation des actions existantes
- Proposition des actions complémentaires
- Pré-rédaction des fiches

Mars 2020

(*) Compte tenu de la crise sanitaire et des conditions de réunion, la troisième réunion du groupe 3 a été remplacée par un questionnaire et des échanges en ligne.



Etape 3. Pour une vision partagée

Mai - Septembre 2020

Rédaction des fiches actions. Mise à contribution des acteurs

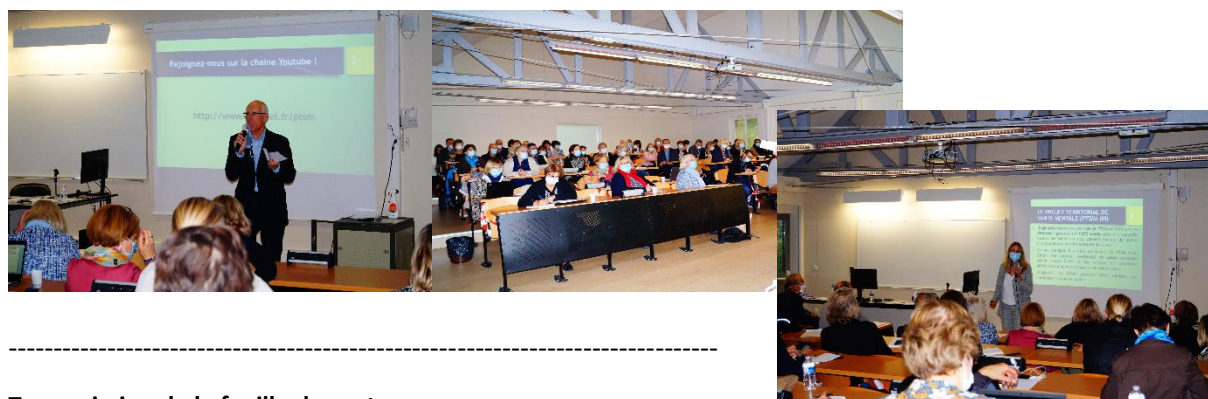
25 septembre 2020

Journée de restitution



Objectifs :

- Rassembler les participants et parties prenantes à la démarche d'élaboration du PTSM 80
- Mettre en évidence le résultat de la production des groupes de travail : présenter les fiches actions et proposer une vision d'ensemble
- Solliciter – confirmer les porteurs /co-porteurs et les contributeurs des fiches
- Mettre en perspectives les suites à donner



Transmission de la feuille de route

Décret du 17 août 2020 modifiant le délai prévu pour l'élaboration du premier projet territorial de santé mentale. Le décret prolonge de cinq mois, en raison de l'épidémie de covid-19, le délai d'élaboration du premier projet territorial de santé mentale, en portant de 36 à 41 mois le délai maximum de sa transmission au directeur général de l'Agence Régionale de Santé : nouveau délai **15 décembre 2020**

Les consultations au niveau territorial

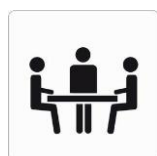
Après vérification du PTSM, le DG ARS sollicitera dans un délai de 2 mois, l'avis des 2 conseils locaux de santé mentale de la Somme (Abbeville et Amiens) et du Conseil Territorial de Santé. A des fins d'anticipation, les coordonnateurs de CLSM ont été associés en amont aux travaux du PTSM.

La validation et révision du PTSM

Au terme du délai de consultation le DG ARS arrêtera le PTSM pour une durée de 5 ans et publiera l'arrêté. Le PTSM pourra être révisé selon la même procédure que celle prévue pour son élaboration et après les mêmes consultations.

L'information de l'instance régionale de démocratie en santé

A l'échelon régional, le DG ARS informera la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) des projets territoriaux de santé mentale.



Comités de pilotage : une fréquence mensuelle

soit 13 comités de pilotage tenus **entre septembre 2019 et décembre 2020**.

2019 : 20 septembre, 16 octobre, 18 novembre, 18 décembre

2020 : 17 janvier, 14 février, 10 mars, 13 mai (*), 16 juin (*), 21 septembre (*), 16 octobre (*), 23 novembre (*), 14 décembre (*)

Différents lieux de tenue du comité de pilotage : Foyer de vie Flixecourt, GEM Péronne/Espoir 80, EPSM Somme.

(*) : tenu en distanciel, rencontre téléphonique et/ou visioconférence

III. LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE

Le diagnostic territorial partagé en santé mentale constitue l'étape préalable à la définition du PTSM tel que prévu par le décret du 27 juillet 2017.

La Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France (F2RSMPSY) a été missionnée par l'ARS Hauts-de-France pour réaliser ce diagnostic, quantitatif et qualitatif, à l'échelle du territoire de démocratie sanitaire. Les personnes invitées à participer à la démarche diagnostique ont été choisies pour leur appartenance à la Commission santé mentale du Conseil Territorial de santé et/ou leur expertise sur le sujet abordé.

Réalisé fin 2017, le diagnostic de la Somme a été restitué en juin 2018 à partir d'une méthodologie mixte résultant d'une synthèse de données socio-épidémiologiques sur la population et la santé mentale dans la Somme et du point de vue d'acteurs du territoire réunis sur ces sujets : données quantitatives (mobilisation d'un SI préexistant Cartopsy), données qualitatives (recueil oral et écrit / groupes focaux), rapports existants (Insee, OR2S, CD, ARS...).

En novembre 2018, un point a été réalisé au sein de la Commission Territoriale Santé Mentale Elargie sur le contenu du diagnostic et les éléments nécessaires pour le compléter.

Le **travail de complément et son enrichissement** par une analyse documentaire, réglementaire et de terrain a été réalisé par le référent PTSM :

- Partie documentaire : reprise du diagnostic F2RSMPSY, analyse des documents cadre du Conseil départemental, du PRS2 HDF, des éléments des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), du Projet Médical Partagé GHT
- Partie réglementaire : reprise des 10 indicateurs définis réglementairement et attendus au sein du diagnostic
- Partie qualitative ou analyse de terrain : reprise des éléments exprimés par les groupes focaux, les groupes de travail des CLSM et du CLS2

A l'issue de la présentation du diagnostic enrichi au 1^{er} Comité de pilotage du PTSM, il est nettement apparu que certains publics étaient explicitement ciblés (les enfants et les adolescents, les suicidants, les personnes âgées en raison des aspects démographiques), et des pratiques visées, dans le sens d'une amélioration attendue (partenariats, articulations, coordination).

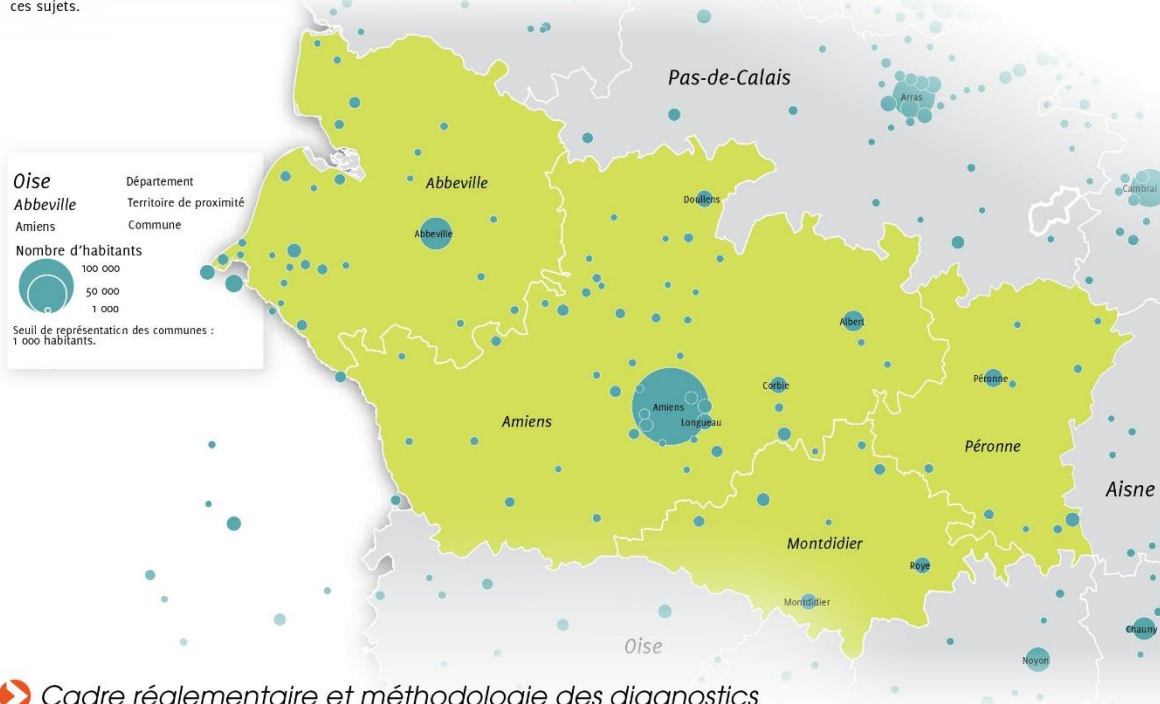


DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ EN SANTÉ MENTALE DE LA SOMME

INTRODUCTION

Ce document résulte d'une synthèse de données socio-épidémiologiques sur la population et la santé mentale dans la Somme et du point de vue d'acteurs du territoire réunis fin 2017 sur ces sujets.

Carte 1. Communes de 1000 habitants et plus, et territoires de proximité de la Somme.



Cadre réglementaire et méthodologie des diagnostics

Les diagnostics territoriaux de santé mentale constituent l'étape préalable à la définition des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), tels que définis par le Décret du 27 juillet 2017 (4). La Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France a été missionnée par l'Agence régionale de santé (ARS) pour réaliser un diagnostic, quantitatif et qualitatif, à l'échelle de chaque territoire de démocratie sanitaire – le périmètre retenu pour ces diagnostics ne préfigurant en aucun cas celui des futurs PTSM, puisqu'il appartient aux acteurs locaux de proposer à l'ARS le périmètre et le contenu. Les personnes invitées à participer à la démarche diagnostique ont été choisies pour leur appartenance à la Commission santé mentale du Conseil territorial de

santé et/ou pour leur expertise sur le sujet abordé. Une 1^{re} réunion a donné lieu à la présentation d'une sélection d'indicateurs sur les déterminants de santé, l'offre et le recours aux soins et services, ainsi que sur les conduites suicidaires ; dans un second temps, ainsi que durant la 2^e réunion du groupe focal, avec une technique s'inspirant des groupes nominaux pour la recherche de consensus, les échanges ont été organisés sur la santé mentale des habitants du territoire et l'organisation des réponses apportées (offre et coopérations). Les éléments énoncés ont été complétés par des points de vue consignés par écrit sur la situation du territoire, les questions de santé mentale prioritaires et les leviers à activer pour l'améliorer. En plus de l'ARS et de la FzRSM Psy, 31 acteurs (dont

16 présents aux 2 réunions, 7 uniquement à la 1^{re} et 8 uniquement à la 2^{de}) représentant 24 organismes distincts ont participé aux groupes focaux de la Somme, organisés les 7 et 28 novembre 2017. Les représentants des établissements de santé ont été les plus nombreux (n=9), suivis des services de l'État (n=6), de ceux du secteur médico-social (n=4) et d'autres associations (n=4), des collectivités locales (n=3) et d'autres organismes (n=3), enfin des professions libérales de santé (n=2).

Sujets relevant de la santé mentale, l'autisme et les addictions ne sont cependant pas traités dans ce document ; ils font en effet l'objet de programmes spécifiques.

Ce document mobilise 4 types de données

Statistiques

les indicateurs sont définis dans le feuillet annexe et l'appel se fait par une [lettre entre crochets]. Ex. [a] renvoie à la définition de la densité.

Bibliographiques

les (chiffres entre parenthèses) renvoient à la liste des références mobilisées. Ex. (1) se réfère au Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017

Qualitatives

il s'agit de propos tenus ou de phrases rédigées durant 2 réunions (cf. encart) ; ils sont repris « en italiques entre guillemets » et la fonction du locuteur est indiquée [entre crochets].

Sites d'organismes

Ils peuvent avoir été consultés ; leur lien figure alors en note de bas de page et l'appel de note se fait par un chiffre en exposant.

En 2015, 571 879 Samariens peuplent le département de la Somme, devenu également territoire de démocratie sanitaire en 2016, pour une superficie de 6207 km², soit une densité de 92 habitants au km², la plus faible, après celle de l'Aisne, dans les Hauts-de-France [a]. À 1138 habitants près, la population de la Somme n'a pas évolué entre 2010 et 2015, quand celle de la région connaissait

un accroissement de 0,2% et celle de la France une hausse de 0,5% ; la part des moins de 20 ans (24,9% de la population) et la part des 65 ans et plus (17,3%) sont respectivement la plus faible et la plus élevée dans les Hauts-de-France, d'où un indice de vieillissement élevé (0,69 vs 0,59 en région).

Entre 2010 et 2015, les 2 communes de plus de 10

000 habitants perdent des habitants : -0,1% pour Amiens et -0,7% pour Abbeville. Ce mouvement concerne au total 7 des 10 communes les plus peuplées de la Somme, alors que la périurbanisation se poursuit (2). Département rural, la Somme est traversée par un réseau autoroutier qui la relie aux grands centres urbains de Lille et de Paris, mais également au littoral normand et à l'Aisne.

Une situation socio-économique intermédiaire

Avec l'Aisne, la Somme occupe une position intermédiaire entre les zones peuplées du nord et du sud des Hauts-de-France. L'agriculture y est plus répandue et occupe 3,8% de la population active du département en 2013, alors que les exploitations agricoles constituent 12,2% des établissements qui y sont implantés (3). 17,2%

de la population samarienne connaît une situation de pauvreté [c] ; c'est un peu moins qu'en région (18,2%), mais plus qu'en France métropolitaine (14,5%). La pauvreté est particulièrement élevée à Abbeville, Amiens, Doullens et Péronne. Cette situation intermédiaire est retrouvée pour la médiane du niveau de vie [d] (19 060 € pour la

Somme, 18 812 € pour la région et 20 369 € pour le pays) et le taux de chômage [e] (respectivement 11,1%, 11,7% et 9,2%). La part de la population sans diplôme ou titulaire d'un brevet des collèges [e] est par contre supérieure à celle des Hauts-de-France (40,2% vs 37,0%).

OFFRE SANITAIRE, MÉDICO-SOCIALE ET ASSOCIATIVE EN SANTÉ MENTALE

La santé mentale est un état dépendant de nombreux facteurs et interventions dont celles des soignants. Ceux-ci exercent en établissements ou en

cabinets, au sein des établissements et services médico-sociaux –certains ont spécialisé leur intervention en direction des personnes porteuses de

handicap psychique. Les associations d'usagers et de familles concourent également à la santé mentale de la population.

Établissements de santé

Six établissements de santé ont une activité de psychiatrie dans la Somme, dont 5 publics et 4 participant à la psychiatrie sectorisée. Implanté à Dury, au sud d'Amiens, le Centre hospitalier (CH) Pinel est un Établissement public de santé mentale (EPSM), créé à la fin du XIX^e siècle. Il gère les 4 secteurs de psychiatrie adulte et les 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du centre du département ; il a développé de nombreuses activités spécifiques intersectorielles. Il assure également l'ensemble des hospitalisations des adolescents du département et les hospitalisations de psychiatrie générale du secteur de Montdidier ; celui-ci est géré par le Centre hospitalier intercommunal de Montdidier-Roye. Les activités qui y sont développées concernent exclusivement des consultations en CMP. Les autres secteurs de la Somme sont gérés, à l'ouest, par le CH d'Abbeville et, à l'est, par celui de Péronne. Le CHU d'Amiens assure quant à lui des consultations et une activité de liaison.

Les formes d'intervention de la psychiatrie publique sont multiples : les 15 Centres médico-psychologiques (CMP) constituent les « portes d'entrée du secteur » ; l'accueil y est en général programmé. Dans les Services d'accueil d'urgence (SAU) et dans l'Unité d'accueil et d'orientation (UAO) du CH Pinel sont prises en charge les urgences psychiatriques et les situations de crise, notamment les tentatives de suicide. Dans les 16 Centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), les patients bénéficient de soutien et d'actions thérapeutiques de groupe durant des demi-journées, ayant pour support la création artistique, l'activité physique adaptée ...

Toujours au CH Pinel, en psychiatrie infanto-juvénile, l'offre comprend notamment des accueils familiaux thérapeutiques, un hôpital de jour et un CATTP pour adolescents autistes et des unités petite enfance.

De nombreuses unités intersectorielles ont été créées par les services de psychiatrie publique,

comme au CH Pinel- des Équipes mobiles de soins intensifs psychiatriques d'intervention à domicile (Empsid), l'une au nord et l'autre au sud, se rendent aussi dans les établissements médico-sociaux.

La Permanence d'accès aux soins de santé en psychiatrie (Pass Psy) couvre les 3 départements de l'ancienne Picardie ; l'antenne de la Somme est implantée au sein du CH Pinel ; selon la circulaire de 2013 (11), sa mission est de faciliter l'accompagnement de la personne en lien, notamment, avec les équipes soignantes, les centres d'hébergement, la MDPH, l'assurance-maladie et de contribuer à l'accès et à la continuité des soins. Dans ce cadre, le CH Pinel a signé une convention avec la CPAM en 2015.

L'équipe mobile psychiatrique de prévention et d'accès aux soins (Émpas) a pour mission d'aller « vers » les publics en situation de précarité et/ou d'exclusion pour faciliter la prévention, l'orientation et l'accès aux soins. Cette équipe assure l'interface entre la psychiatrie et les autres équipes sanitaires, médico-sociales et sociales.

À la Maison d'arrêt d'Amiens, les entrants sont accueillis et peuvent être suivis au sein de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire, dont le personnel

psychiatrique dépend du CH Pinel, notamment en hôpital de jour (7 places) ou en centre d'activité (de type CATTP). Le CH Pinel est aussi le siège du Groupement de coopération sanitaire gérant le **Centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles** (Criavs), créé en 2009, avec le CHU d'Amiens et les EPSM de l'Aisne et de l'Oise.

La **Clinique du Campus** a été créée en 2016 à Amiens ; elle propose une hospitalisation, complète, de jour ou de nuit, à des personnes anxio-dépressives, présentant des pathologies fonctionnelles, des troubles du sommeil ou du comportement alimentaire (TCA, projet 2018).

Fin 2016, 578 lits ou places d'hospitalisation psychiatrique sont implantés dans la Somme, soit 10 pour 10 000 habitants (contre 12 en moyenne régionale) ; ce type d'offre concerne surtout les adultes (cf. Tableau 1). Seul 1 établissement dispose de 12 lits d'hospitalisation à temps complet pour enfants ou/et adolescents, qu'il destine aux adolescents (il n'y a donc pas d'hospitalisation complète pour les moins de 12 ans dans la Somme).

Le Projet médical partagé (PMP) du Groupement hospitalier de territoire (GHT) Somme - Littoral sud, regroupant 10 établissements de santé, dont

Tableau 1. Lits et places de psychiatrie dans la Somme. Chiffres-clés

	Sectorisée		Non sectorisée	
	Générale	IJ*	Générale	IJ*
Établissements	4	3	2	2
Secteurs	8	4		
CMP	10	5		
CATTP	9	7		
Lits temps plein	300	12	52	15
Places jour/nuit	99	70	30	
Hôpitaux de jour	5**	4	1	

* Infanto-juvénile ** Dont 1 au SMPR (maison d'arrêt d'Amiens)

Carte 2. Implantation du siège des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, par type.



5 ayant une activité de psychiatrie (CH d'Abbeville, de Montdidier-Roye, de l'arrondissement de Montreuil, CHU et CH Pinel) comprend un volet consacré à cette discipline médicale. Le PMP se fixe

pour objectifs généraux l'amélioration de l'accès aux soins et l'efficacité du système de santé ; les alternatives à l'hospitalisation, les coopérations avec les médecins généralistes sont promues,

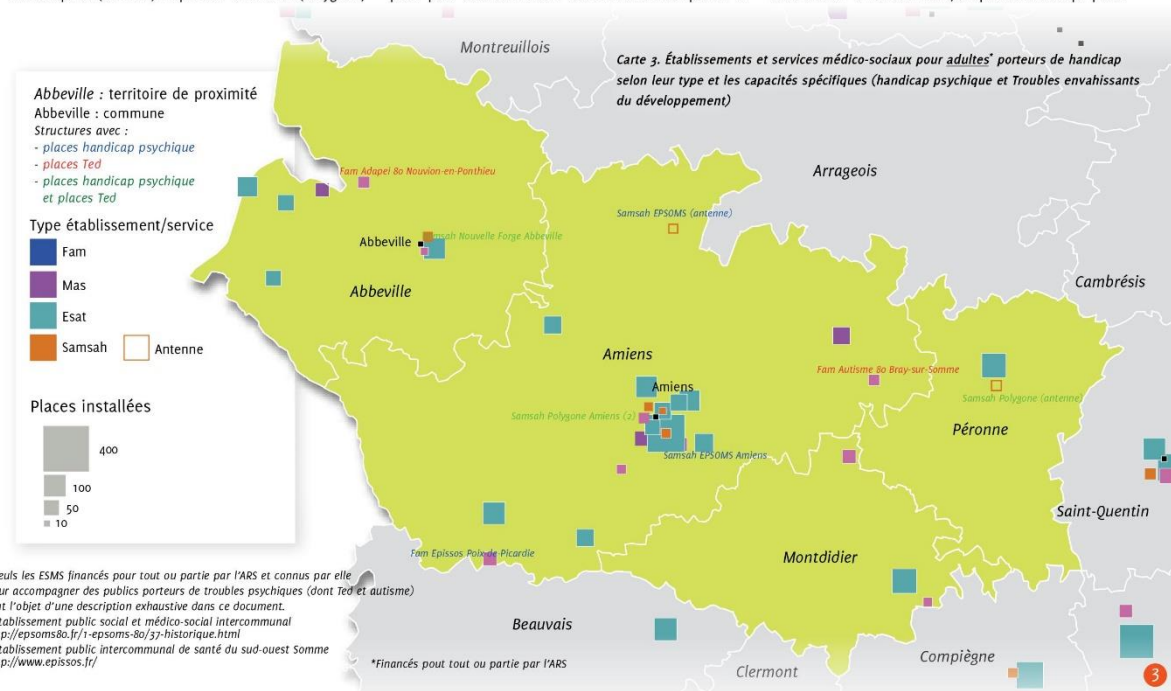
alors qu'une gestion collégiale des emplois est prévue, afin de relever le « *défi démographique* » (4).

Les Établissements et services médico-sociaux

Depuis la reconnaissance du handicap psychique dans la loi française en 2005 (5), des établissements et services ont créé ou affecté des places à des personnes souffrant de handicap psychique. Dans la Somme, le secteur associatif gestionnaire est, pour partie, issu des parents et familles des personnes handicapées. Pour les adultes, l'ARS¹ recense 3 Services médico-sociaux d'accompagnement pour personnes adultes handicapées (Samsah) implantés à Amiens (Polygone,

installé sur 2 sites et l'établissement public Epsoms², 1 service) et à Abbeville (La Nouvelle Forge) qui totalisent 54 places dédiées à des personnes porteuses de handicap psychique. 1 Foyer d'accueil médicalisé (Fam), géré par l'établissement public Epissos³ à Poix-de-Picardie (Frocourt) offre 12 places à des personnes souffrant de handicap psychique. Cet établissement précise qu'il est de plus en plus fréquemment interpellé pour des demandes de situations complexes à

gérer et/ou à accompagner, en lien avec des troubles d'origine psychique. L'Association départementale des amis et parents d'enfants inadaptés (Adapei, Papillons blancs) à Nouvion-en-Ponthieu offre des places pour des personnes autistes ou porteuses de Troubles envahissants du développement (TED). C'est le cas également pour le Fam à Bray-sur-Somme. Un psychiatre intervient au sein des structures et services de l'association à hauteur de 0,6 Équivalents temps plein



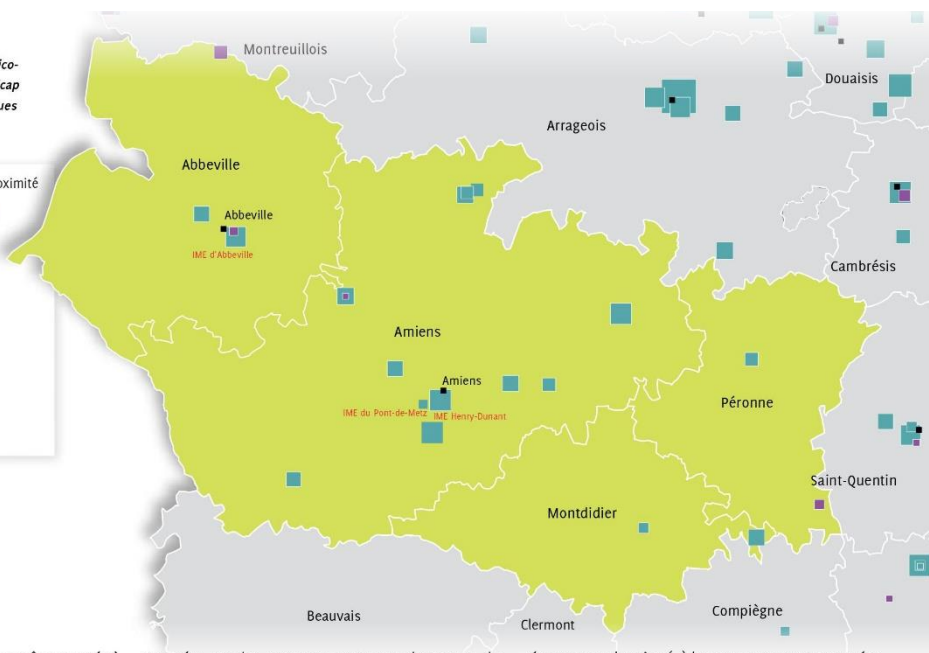
* Seuls les ESMS financés pour tout ou partie par l'ARS et connus par elle pour accompagner des publics porteurs de troubles psychiques (dont Ted et autisme) font l'objet d'une description exhaustive dans ce document.

¹ Établissement public social et médico-social intercommunal <http://epsoms80.fr/1-epsoms-80/37-historique.html>

² Établissement public intercommunal de santé du sud-ouest Somme <http://www.epissos.fr/>

*Financés pour tout ou partie par l'ARS

Carte 4. Établissements et services médico-sociaux pour **enfants** porteurs de handicap selon leur type et les capacités spécifiques (autisme)



*Financés tout ou partie par l'ARS

(ETP). D'autres Fam généralistes peuvent être amenés à accueillir des personnes en situation de handicap psychique. En tout, le département compte 7 Fam pour un total de 192 places, tous types de handicap confondus. En effet, il existe de nombreux ESMS qui accueillent des personnes en situation de handicap psychique ; c'est le cas du foyer de vie Le château blanc à Flixecourt, géré par l'Adapei 80 ou celui de Belloy, géré par Epsoms. Les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) interviennent également auprès de personnes porteuses d'un handicap psychique. Pour ces différents services, l'absence d'agrément spécifique et les difficultés de diagnostic rendent difficile le recensement des places

occupées par des personnes porteuses de ce type de handicap.

Polygone accueille majoritairement un public de jeunes adultes ayant de nombreux troubles : « 75% des personnes que nous accompagnons ont un suivi de soins [psychiatriques] » [GF] ; un psychiatre effectue une vacation dans l'établissement.

La continuité des parcours de vie des personnes n'est pas toujours facilitée : « Un accompagnement mixte et souple, psychiatrique et médico-social, est nécessaire (...), les foyers de vie ont leurs limites (...), on n'a pas de places dédiées handicap psychique sans les ESMS (...) on n'a pas les réponses adaptées et on a une réalité grandissante qui fait qu'on ne trouve pas forcément de

réponses aux besoins (...) les personnes sont renvoyées dans le vide » [GF].

Pour les **enfants**, l'ARS recense 16 Instituts médico-éducatifs (IME), dont 3 totalisent 76 places pour enfants porteurs d'autisme dans la Somme : « les listes d'attente sont déjà conséquentes et le nombre d'extensions de places envisagé (tant pour les IME que pour les Sésad) ne pourra répondre à l'augmentation des notifications de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) en matière de Troubles du spectre autistique » [Psychiatrie]. Entre 2007 et 2013, celle de la Somme a enregistré une augmentation de 116% des demandes (6).

Les associations de patients et de familles

Deux Groupes d'entraide mutuelle (Gem) proposent un soutien par leurs pairs aux personnes fragilisées par une maladie mentale ou un handicap psychique dans la Somme : le Passage à Amiens et l'Interlude à Abbeville.

L'Unafam représente les familles et défend leurs intérêts dans différentes instances sanitaires et de concertation. Elle mène une « activité d'accueil, de formation et de défense des droits » des

personnes souffrant de « troubles psychiques sévères » (7), de leurs familles et de leurs proches. L'Unafam tient des permanences et s'appuie sur les antennes locales d'Abbeville, de Péronne et d'Amiens où un fonds documentaire sur les pathologies mentales peut être consulté sur rendez-vous. L'Unafam de la Somme organise des rencontres conviviales et des conférences dans lesquelles des professionnels spécialisés du dé

partement interviennent. L'association propose aussi plusieurs thématiques de formation à destination des professionnels. Elle organise des journées d'information sur les troubles psychiques, des ateliers d'entraide Prospect (8) et une formation « mieux communiquer avec son proche bipolaire » pour les aidants familiaux. Des groupes de parole ont lieu à Abbeville et Amiens. En partenariat avec le CH Pinel, l'Unafam promeut la formation Profamille (9).

Une démographie professionnelle particulièrement déficitaire

En 2016, la Somme compte 104 psychiatres, dont 79 salariés (76,0%), 14 libéraux (13,5%) et 11 en exercice mixte (10,6%), soit une densité de 18 psychiatres pour 100 000 habitants (14 pour les salariés et 4 pour les libéraux ou mixtes), densité inférieure à celle de la France métropolitaine, qui compte 24 psychiatres pour 100 000 habitants (19 pour les salariés et 5 pour les libéraux) [h]. Fin 2016, travaillent dans les services de psychiatrie, publics ou privés, 49 psychiatres à temps complet et 27 à temps partiel, représentant 58,2 équivalents temps plein (ETP), dont 40,7 en service de psychiatrie adulte, 15,8 en psychiatrie infanto-juvénile et 1,7 en milieu pénitentiaire (10) ; 21,3 ETP exercent en unité d'hospitalisation temps plein,

Tableau 2. Capacités des ESMS financés par l'ARS selon leur type et leur public [g].

Type	Capacité autorisée	Capacité installée	Handicap psychique	Ted	Autres places adultes	Autisme	Autres places enfants
Enfants	IME	956	948			76	872
	Itep	129	129				129
	Sésad	515	515			22	493
	Ensemble	1600	1592			98	1494
Adultes	Ésat	1386	1381		1381		
	Fam	192	192	12	51	129	
	MAS	279	279			279	
	Samsah	84	84	54	10	20	
	SSIAD	122	122			122	
	Ensemble	2063	2058	66	61	1931	493

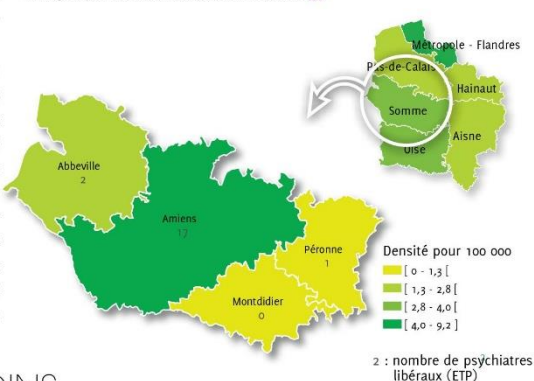
soit 36,6% du temps de psychiatre.

Fin 2017, dans les services de psychiatrie du département, 70% des postes de praticiens hospitaliers à temps plein sont pourvus par un titulaire (52 sur 74), proportion légèrement inférieure à celle enregistrée en moyenne régionale (73%) [k] ; l'insuffisance en ressources humaines a été largement soulignée durant les groupes focaux ; celles-ci se répartissent mal sur le territoire départemental, tant pour les psychiatres libéraux (cf. Carte 5) que pour les généralistes, très concentrés eux aussi autour d'Amiens (11). Une partie importante du travail porte sur la souffrance psychique

ou la maladie mentale de leurs patients (12) et plus de 9 médicaments psychotropes sur 10 sont prescrits par eux (13).

La même année, le territoire recense 451 psychologues (soit une densité de 79 pour 100 000 habitants, de 5% supérieure à celle de la région et de 12% inférieure à celle de la France métropolitaine), dont 373 salariés (82,7%), 46 libéraux (10,2%) et 32 en exercice mixte (7,1%). Les services de psychiatrie des établissements de santé comptent 73,6 ETP de psychologues fin 2016, dont 38,4 en service adulte, 32,2 en psychiatrie infanto-juvénile et 3,1 en milieu pénitentiaire.

Carte 5. Psychiatres libéraux. Nombre et densité [8].



COOPÉRATIONS ET ACCÈS AUX SOINS

De multiples coopérations, réglementées ou non, ont été formalisées dans le champ de la santé mentale dans la Somme. En ressort une volonté affirmée et consensuelle de poursuivre et de consolider le travail engagé pour améliorer les parcours de soins et de vie des personnes et de leurs proches : « on a déjà un maillage, on a envie de coopérer mais on est au milieu du gué, on en a encore besoin » [directeur ESSMS].

De nombreuses conventions ont été signées avec le CH Pinel ; ainsi, celle signée en 2015 et renouvelée en 2017 avec l'établissement Epissos, qui formalise les partenariats entre l'hôpital et ses ESSMS. Elle vise à améliorer le recours aux soins en CMP et dans les CATP ; des protocoles facilitent les hospitalisations programmées en service de psychiatrie et des fiches de liaison ont été mises en place.

Avec l'association Polygone la convention vise à « éviter des points de blocage (...), facilite notre objectif qui est la vraie socialisation et la vie dans la cité » [directeur ESSMS]. Des conventions ont également été signées avec le Foyer de vie (FV) de Tilloloy, les établissements Epissos, Epissos, et le Fam/FV d'Harbonnières, alors que des outils communs (annuaire, guide de bonnes pratiques ...), entre les établissements médico-sociaux et la psychiatrie générale, à l'initiative du Conseil départemental et du CH Pinel, sont en cours de validation. La vie dans la cité, c'est aussi la possibilité d'obtenir un logement. L'association Espoir 80, créée en 2015 à l'initiative de l'Unafam, loue, depuis le 1^{er} janvier 2017, 90 logements dans la métropole d'Amiens à des personnes porteuses d'un trouble mental et stabilisées. Une convention avec le CH Pinel précise les contours du suivi de soins par les services de psychiatrie en lien avec l'équipe d'accompagnement médico-social d'Espoir 80.

Trente-huit conventions ont également été pas-

sées entre le CH Pinel et des Ehpad ou maisons de retraite du département, « les conventions CH Pinel- Ehpad, ça marche ! (...) Cette double culture gériatrique et psy, c'est une double culture à dupliquer dans tout le champ de la santé mentale » [GF]. Cependant, les questions sur la prise en charge et l'accompagnement en géronto-psychiatrie sont nombreuses : « qui doit s'occuper de la psychogériatrie ? La gériatrie ou la psychiatrie ? (...) Comment prendre en charge les personnes handicapées psychiques vieillissantes (...), comment accompagner leur prise en charge à domicile ? » [GF]. Ces questions sont d'autant plus prégnantes que l'indice de vieillissement de la Somme est le plus élevé de la région. Le CH d'Abbeville et le CHU d'Amiens ont également signé ce type de conventions.

Une démarche partenariale a été engagée dans la Somme en septembre 2017 dans le cadre du dispositif **Réponse accompagnée pour tous (Rapt)** ; des groupes de travail ont été organisés avec les différents partenaires. L'un d'entre eux porte sur l'accompagnement au changement des pratiques ; il est piloté par l'ARS, la MDPH, le Conseil départemental, l'Éducation nationale et les associations gestionnaires. L'Apajh a été retenue par l'ARS pour porter le Pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE), créé en septembre 2017. Les PCPE ont pour mission de soutenir et guider les familles et les aidants, notamment pour le suivi et la coordination du parcours. Parmi les partenaires du PCPE de la Somme, on peut citer le CH Pinel, le CHU d'Amiens, l'Éducation nationale et le Conseil départemental.

Une charte de collaboration a été signée entre le CH Pinel, l'ARS, la Préfecture, les services pénitentiaires, de police et de gendarmerie en 2012. Se proposant de fixer les « conduites à tenir » aux différents signataires, ce document « fait [actuellement] l'objet d'évaluations ce qui permet

d'assouplir certaines articulations » [psychiatre]. Les établissements publics ayant une activité de psychiatrie ont signé un protocole départemental de coordination pour la prévention et la protection de l'enfance, il « permet de formaliser le circuit des informations préoccupantes, le rôle central de l'espace des droits de l'enfant, (...) il favorise l'existence d'une charte de bonnes pratiques entre le Conseil départemental et les services de psychiatrie pour les ados hospitalisés » [GF].

Deux groupes santé-social ont été mis en place, en vue de « créer des outils et dispositifs facilitant l'accès aux droits et aux soins », l'un à Amiens en 2012, l'autre à Abbeville en 2016. Ils sont coanimés par l'ARS et la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) ; les services psychiatriques publics de ces communes sont engagés dans ces démarches de rapprochement entre établissements sanitaires et sociaux.

Une charte « santé-social » a été signée entre le CHPP et les établissements sociaux. Celle-ci a pour vocation de développer des outils communs de travail. À partir de celle-ci un annuaire a été créé et une convention a été passée entre le CH Philippe Pinel et l'association.

Deux Maisons départementales pour adolescents (MDA), à Abbeville et à Amiens, « disposent d'une équipe de professionnels qualifiés dans les domaines du sanitaire, du social, de l'éducatif, et du juridique. Elles reposent sur un réseau favorisant les coopérations et les articulations entre les professionnels de la santé, de l'action sociale du Conseil départemental de la Somme, des services de l'État, au travers des services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et de l'Inspection Académique de la Somme »⁶. Plus généralement, un consensus s'est dégagé pour affirmer que le secteur social, dans son ensemble, contribuait au succès et à la qualité des parcours de vie.

Des partenariats souhaités et à optimiser

Malgré l'existence de ces coopérations formalisées, réglementées ou non, les groupes focaux ont permis de dégager un consensus sur la nécessaire amélioration des articulations. A été constaté « un manque d'articulations entre tous les acteurs

du sanitaire public sectorisé, public non sectorisé (CHU) et privé (...) Comment créer des passerelles entre le non-médical et le médical ? » [GF], « Quid des partenariats autres que médico-sociaux ? Avec le judiciaire, avec l'administratif, avec la cité »

[Psychiatre], « quel lien santé social ? » [DDCS]. Les bailleurs sociaux sont « une des portes d'entrée, sans avoir les connaissances, [or] ils sont confrontés à des populations à risque » [GF]. « Il faut décloisonner et renforcer les transversalités

⁴ Une discrétisation par quartiles est une répartition en 4 groupes de taille équivalente.

⁵ http://www.pfzs.fr/picardie/index.php?option=com_content&view=article&id=566:groupe-sante-social-dans-la-somme&catid=130&Itemid=121

⁶ <http://www.maisondesadolescents.somme.fr/index.php/mentions-legales/z-ado/75-le-site-de-la-maison-des-adolescents-est-a-nouveau-fonctionnel>

pour éviter les étiquettes et les cases, [affirmer] l'importance d'un parcours holistique, partagé, personnalisé, (...) l'importance du projet de vie autour d'un partage d'informations, (...) l'importance d'un parcours repéré, repérable par tous » [GF]. Cependant, il « manque de coordination entre les organisations, les réseaux et les [acteurs de 1^{re}] ligne : les aidants, la famille » [GF]. Les familles sont des ressources et participent au « maillage » [GF]. Pour autant, elles se disent en « grande difficulté, (...) sans possibilité d'hospitalisation ni de relais » [GF] lorsque leur proche va mal. L'importance d'une coordination et du « savoir faire des

équipes lors des retours au domicile » dans ce territoire essentiellement rural a été aussi soulignée. Une des questions posées est : « comment optimiser la fluidité des parcours et la réactivité des réponses aux besoins identifiés alors que les contraintes techniques, législatives, économiques sont toujours d'actualité dans leur forme actuelle ? » [ESMS]. Des difficultés de transmission/partage d'informations sont aussi citées, entre autres à la sortie de l'hôpital. Il existe une « charte entre médecins généralistes et psychiatres ; il faudrait la faire vivre ... après il faudrait voir les moyens en place » [GF]. Un professionnel suggère de

« travailler ensemble sur chaque filière pour s'améliorer en permanence : handicap, gérontopsychiatrie, tentatives de suicide » [GF].

Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) pourraient être des instances favorisant les coopérations et les partenariats entre les organismes concernés par la santé mentale, dont les associations d'usagers et de familles. À Abbeville, porté par la Communauté de communes de l'agglomération de la Baie de Somme, un CLSM a été créé en 2017, alors que la Ville d'Amiens a commandité un diagnostic pour mesurer la faisabilité de ce type d'instance.

➤ La formation, une réponse aux difficultés des professionnels ?

Face au manque de connaissance des troubles psychiques, aux difficultés de partenariat et aux cloisonnements évoqués, la formation est citée de manière consensuelle par les professionnels comme occasion d'y apporter des réponses. Les stages de formation croisée permettent de

« faire évoluer les représentations (...), ils sont une vraie plus-value » [GF]. « La formation continue est pauvre en offre dans le champ de la santé mentale, dans le champ de la psychiatrie, dans le champ de la prévention du suicide (...) la formation des enseignants [est importante] pour le

repérage précoce (...), [il y a] nécessité de former les équipes des ESMS sur les troubles du comportement (...), [il y a un] besoin de formation et d'aide pour les soignants et les aidants » [GF]. La souffrance des soignants est abordée et confirmée par les proches d'usagers.

➤ RECOURS AUX SOINS ET MORBI-MORTALITÉ

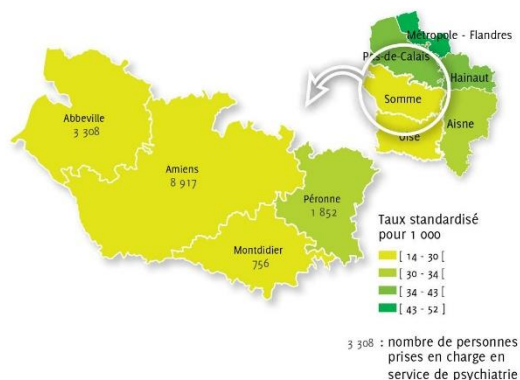
➤ Une population moins prise en charge qu'en moyenne régionale

La notion de parcours, de soins et de vie, est de plus en plus présente dans les textes en santé publique ; les patients doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge précoce, continue et coordonnée ; pourtant, des difficultés persistent dans la Somme. Un consensus s'est dégagé pour considérer que les délais de rendez-vous en CMP étaient trop longs dans bon nombre de lieux du département. Or, « plus les prises en charge sont importantes et précoces et moins les places en établissements spécialisés sont nécessaires » [GF].

L'accès aux soins des plus jeunes a également été commenté. « Il est important de pouvoir « améliorer l'accès aux soins des 0-18 ans, (...) il faudrait un projet territorial en santé mentale pour les 0-16 ans » [GF]. L'accès aux soins des jeunes en situation complexe semble particulièrement problématique : pour « les adolescents, suivis par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), il n'y a pas de lieux d'accueil médico-social adapté ... (...) comment organiser les relais en fin de prise en charge, Ase ou PJJ et la transition vers l'âge adulte ? » [GF].

Les familles évoquent des difficultés d'accès aux places auxquelles leurs proches peuvent prétendre avec leur orientation de la MDPH, faute de places adaptées en ESMS. Pourtant, « l'utilisation du triptyque MDPH¹ est à développer car parfois encore méconnue » [GF]. La ruralité du territoire rend difficile l'accès aux soins, d'autant que les transports en commun sont jugés très insuffisants et que « beaucoup de personnes n'ont pas de moyens de locomotion propres ».

Carte 6. Prise en charge en service de psychiatrie. Nombre de personnes et taux standardisé pour 1000 personnes [1].



14 833 personnes distinctes ont été prises en charge, en ambulatoire ou/et en séjour, en psychiatrie en 2015 dans la Somme, soit 2,7% de la population². La lecture du tableau 3 fait apparaître que la Somme présente de faibles niveaux de prise en charge en service de psychiatrie (2,7 vs 3,7% en région), un recours exclusif aux soins ambulatoires moins fréquent (76,8 vs 82,4%) et aux soins sans consentement plus fréquent (0,57 vs 0,53%). Les affections psychiatriques de longue durée touchent une part plus élevée de la population (2,2 vs 1,8%), de même que les troubles psychotiques (0,51 vs 0,48%), mais pas les troubles dépressifs (1,8 vs 2,0%).

Alors même que les indicateurs de morbi-mortalité sont élevés (suicide, taux d'ALD), on constate que la prise en soins est plutôt faible au regard

des besoins de santé mentale. Ce fait n'est pas sans rapport avec les difficultés liées à la démographie sanitaire du territoire. Près de la moitié des participants confirment cette difficulté : ce qui est un vrai problème c'est « la faiblesse de la démographie médicale, la faiblesse de l'offre de soins et ESSM (...), les moyens ne permettent pas de répondre à l'ensemble des besoins repérés (...) le pourcentage d'ALD est non proportionnel au nombre de médecins, (...) il y a une pénurie médicale forte avec un problème d'attractivité » [GF]. Cet écueil complexifie le recours aux soins en santé mentale des personnes mais aussi leur parcours de vie.

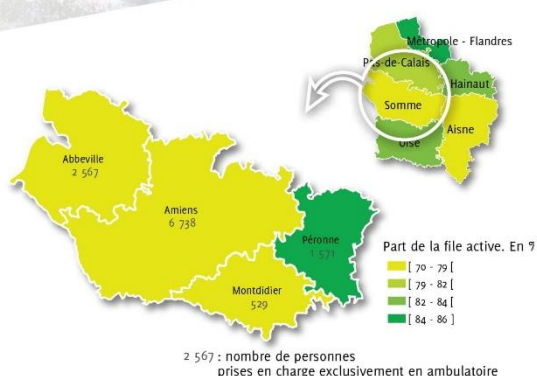
L'insuffisance en ressources humaines peut contribuer à la souffrance des soignants, évoquée lors d'un groupe focal.

¹ Ensemble de trois documents destiné à l'instruction des demandes <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/illustrations/article/utilisation-d-un-triptyque-pour-accompagner-une-demande-a-la-mdph-78-formulee>

² Ce chiffre est sous-estimé du fait de l'absence de l'activité du CHU d'Amiens dans le Recueil d'Informations Médicalisé en psychiatrie (RimP), source employée pour les indicateurs de prise en charge psychiatrique.



Carte 7. Part de la file active des services de psychiatrie prise en charge exclusivement en ambulatoire [o].



Carte 8. Troubles psychotiques. Nombre et taux standardisés de prise en charge [s].

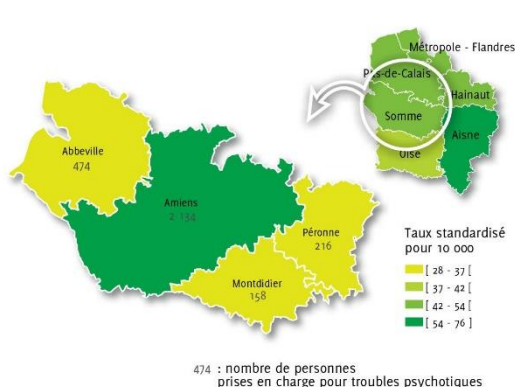
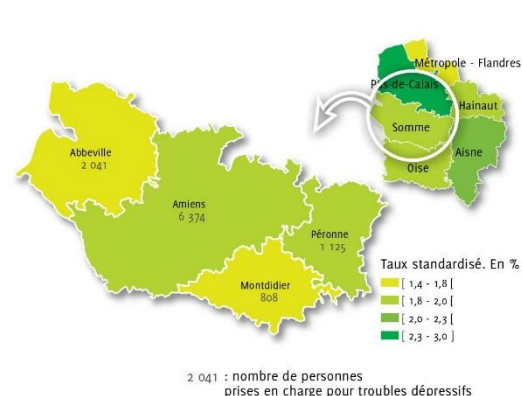


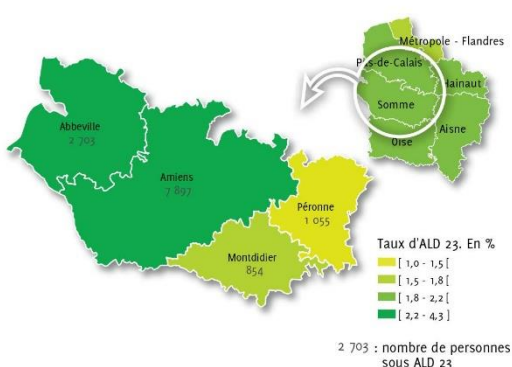
Tableau 3. Niveaux de prise en charge et de recours.

Indicateur de prise en charge/recours	Somme	Hauts-de-France
Part de la population prise en charge en service de psychiatrie [l]	2,7%	3,7%
Part de la population prise en charge en service de psychiatrie sous contrainte [m]	0,57%	0,53%
Part de la population prise en charge en service de psychiatrie en ambulatoire [n]	2,5%	3,4%
Part de la population prise en charge en service de psychiatrie exclusivement en ambulatoire [o]	76,8%	82,4%
Part de l'activité ambulatoire des services de psychiatrie à domicile [p]	12,9%	13,3%
Part de la population sous ALD 23 [q]	2,2%	1,8%
Part de la population prise en charge/traitement pour troubles dépressifs [r]	1,8%	2,0%
Part de la population prise en charge/traitement pour troubles psychotiques [s]	0,51%	0,48%

Carte 9. Troubles dépressifs. Nombre et taux standardisés de prise en charge [r].



Carte 10. Affections psychiatriques de longue durée (ALD 23). Nombre et taux standardisés de prise en charges [q].



Une forte morbi-mortalité suicidaire

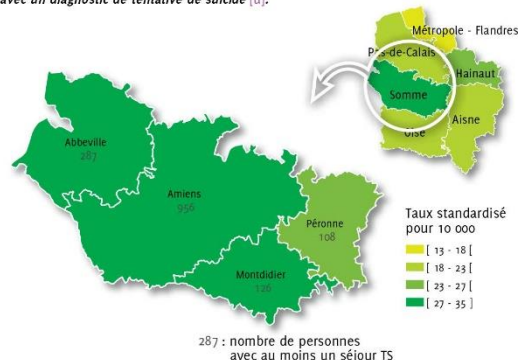
Avec 1478 personnes hospitalisées en service de médecine-chirurgie avec un diagnostic de tentative de suicide en 2015 [u], la Somme se caractérise par une forte morbidité suicidaire (taux standardisé de 31,5 pour 10 000 vs 21,7 dans les Hauts-de-France, région connaissant les plus forts

taux en France en 2015, tant pour les femmes que pour les hommes [14].

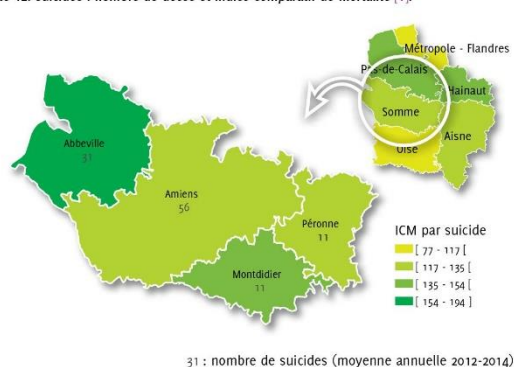
109 décès sont enregistrés annuellement dans ce département entre 2012 et 2014, soit une surmortalité de 31% par rapport à la France métropolitaine [v] ; durant le groupe focal, le manque

de coordination entre les acteurs de la prise en charge des suicidants a été souligné alors que 7 professionnels constatent que « le taux de suicide est alarmant » [GF].

Carte 11. Taux de personnes ayant connu un séjour en médecine-chirurgie avec un diagnostic de tentative de suicide [u].



Carte 12. Suicides : nombre de décès et indice comparatif de mortalité [v].



CONCLUSION

Le diagnostic territorial partagé de la Somme a permis à différents acteurs, professionnels, usagers et familles, d'échanger à partir de données statistiques et épidémiologiques, mais aussi de leurs constats qualitatifs sur les problèmes psychiques des populations du territoire et des réponses apportées. La limite méthodologique des groupes focaux (en général) est liée au nombre somme toute restreint d'acteurs associés ; leurs propos, dont nous avons relaté les plus significatifs, sont exprimés à partir de leur expérience. S'ils sont utiles pour mettre à jour des figures (de coopérations, de blocages ...), ils ne peuvent prétendre les quantifier (un problème peut marquer par son acuité et être relaté, sans que sa fréquence soit élevée ; inversement des problèmes peuvent être courants mais bien gérés et ne pas donner lieu à une évocation).

Autre limite : le secteur médico-social n'est pas doté d'un système d'information apte à décrire l'ensemble des personnes porteuses d'un handicap psychique qu'il prend en charge et les places qui leur sont dédiées ; *a fortiori*, les parcours de vie et de soins ne peuvent faire l'objet d'approches statistiques.

Les indicateurs socio-économiques situent la Somme, le plus souvent, en situation légèrement plus favorable qu'en moyenne régionale, mais nettement moins bonne qu'en moyenne nationale. La ruralité d'une très large partie du département et la mauvaise répartition de l'offre médicale, très déficiente, contribuent sans doute aux faibles taux de prise en charge psychiatrique enregistrés dans le département, alors que la morbidité y est plus élevée, notamment les taux de tentatives de suicide. Les temps d'accès aux CMP et les délais de rendez-vous sont élevés dans de nombreux endroits, ce qui limite l'accès ou la continuité des soins. L'offre médico-sociale en direction des personnes porteuses de troubles psychiques est, elle aussi, déficiente.

La volonté de coopération entre psychiatrie et services médico-sociaux est réelle et a déjà donné lieu à un certain nombre de conventions ou accords : un CLSM a été constitué à Abbeville (et une étude de faisabilité d'un tel conseil est en cours à Amiens), une Commission santé mentale a été constituée au sein du Conseil territorial de santé, un Pôle de compétences et de prestations externa-

lisées (PCPE) a été créé par l'ARS ; il s'inscrit dans le dispositif Rapt et vise « à travers une approche systémique mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, à créer les conditions nécessaires permettant d'assurer la continuité des parcours des personnes handicapées, et d'éviter notamment que leur situation ne devienne critique du fait de l'absence d'une réponse adaptée » (15). Entre établissements de santé, des accords existent également ; de nouveaux ont été définis dans le cadre du GHT Somme - Littoral sud.

Ce sont autant d'instances propices à la création ou au développement de coopérations, favorables des parcours de soins et de vie coordonnés, auxquels les médecins généralistes doivent également être associés ; de même, les formations croisées sont favorables à la meilleure articulation entre professionnels de différents champs. La faiblesse en ressources humaines constitue cependant une limite au développement de ces partenariats ; bien que peu évoquées, les possibilités offertes par la télémedecine mériteraient d'être expérimentées.

Bibliographie

1. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/7/27/SSAH1710848D/jo/texte>
2. Hennebert P, Pucher O. 572 000 habitants dans la Somme au 1er janvier 2015. 27 déc 2017;(36). Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3291538>
3. Garbé L, Le Scouëzec P. Un portrait de la Somme. Un lien entre les zones peuplées du nord et du sud de la région. déc 2016; Disponible sur : https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1506971/1/IA_HF_37.pdf
4. Groupement hospitalier de territoire Somme - Littoral Sud. Convention constitutive. 2016. Disponible sur : https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/convention_constitutive_du_GHT_Somme_Littoral_o.pdf
5. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 févr 11, 2005.
6. Conseil Général de la Somme. Schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap 2010- 2014. 2010. Disponible sur : http://www.somme.fr/sites/www.prod/files/assets/files/schema_ph_somme_2010-2014_v2707.pdf
7. Unafam. Association Unafam. 2018. Disponible sur : <http://www.unafam.org/>
8. Unafam. Atelier Prospect Famille. 2018. Disponible sur : http://www.unafam.org/IMG/pdf/Atelier_PROSPECT_famille-2.pdf
9. Unafam 80. Disponible sur : <https://unafam80.org/>
10. Drees. Statistique d'activité des établissements (SAE). 2018.
11. Thomas N, Debuissier S. Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France. Territoires de proximité. OR2S; 2017. Disponible sur : http://www.orzs.fr/images/PRS/2017_DiagnosticTerritorialiseDesHautsDeFrance_PRS2_HautsDeFrance.pdf
12. Rivière M, Plancke L, Leroyer A, Blanchon T, Prazuck T, Prouvost H, et al. Prevalence of work-related common psychiatric disorders in primary care: The French Héralès study. Psychiatry Res. 1 janv 2018;259:579-86.
13. Plancke L, Benoît E, Chantelou M-L, Amarie A, Vaiva G. Le recours aux médicaments psychotropes dans le Nord - Pas-de-Calais (France). Thérapie. Juill 2009;64(4):279-87.
14. Observatoire National du Suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 2018. Disponible sur : <http://www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>
15. Conseil Départemental de la Somme. Le Pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE) : un nouvel outil pour éviter les ruptures de parcours. 2017. Disponible sur : <http://www.somme.fr/pcpe-nouvel-outil-eviter-ruptures-parcours>



Juin 2018. Laurent Plancke, Marie-Noëlle Cadou, Alina Amarie - 3, rue Malpart - 59000 Lille - France - Tél. : + 33 (0)3 20 44 10 34 - contact@fzrsmpsy.fr - Site : www.fzrsmpsy.fr

Les données : quelques éléments de synthèse

- **Pas d'évolution de la population de la Somme** entre 2010 et 2015 : les 2 communes de plus de 10 000 habitants (Abbeville et Amiens) perdent des habitants, mouvement qui concerne au total 7 des 10 communes les plus peuplées de la Somme
- **Part des moins de 20 ans (24,9%) la plus faible des Hauts-de-France**
- **Part des plus de 65 ans (17,3%) la plus élevée des Hauts-de-France**
- **Indice de vieillissement élevé** (0,69 vs 0,59 en HDF)
- Les **indicateurs socio-économiques** situent la Somme, le plus souvent, en **situation** légèrement plus favorable qu'en moyenne régionale, mais nettement **moins bonne qu'en moyenne nationale**
- La **ruralité** d'une très large partie du département et la **mauvaise répartition de l'offre médicale, très déficitaire**, contribuent sans doute aux **faibles taux de prise en charge psychiatrique** enregistrés, alors que la **morbidité y est plus élevée, notamment les taux de tentative de suicide**
- Les **temps d'accès aux CMP et les délais de RDV** sont élevés dans de nombreux endroits, ce qui **limite l'accès ou la continuité** des soins
- **L'offre médico-sociale** en direction des personnes porteuses de troubles psychiques est elle aussi **déficitaire**

Couvrir l'entièreté du département de la Somme, des compléments...

Ultérieurement à la réalisation du diagnostic territorial, et au regard de l'offre de soin existante sur le département, il est utile de compléter et de préciser les ressources présentes sur le **secteur de Montdidier-Roye**. Les unités de la psychiatrie du CHIMR sont le CMP (7200 actes par an), le CATTP (file active de 91 patients), l'unité de thérapie familiale et de couple, la psychiatrie de liaison et intervention aux urgences, la prise en charge ambulatoire des patients du secteur 80G03, la psychiatrie de la personne âgée (EHPAD du CHIMR, foyers de vie, ESAT), le médico-social... du **territoire du GRAND ROYE**.

Par ailleurs, depuis décembre 2019, il existe une convention cadre entre le CHIMR et l'EPSM de la Somme. Celle-ci précise les liens existants entre les 2 établissements et la fondation du partenariat renouvelé, le cadre de coopération et le développement des initiatives territoriales.

Le PTSM de la Somme et son interaction avec les autres dispositifs



Projet Régional de Santé (PRS) 2

En lien étroit avec l'ARS Hauts-de-France, le PTSM assure la cohérence avec les priorités retenues dans le PRS 2 et ses objectifs définis dans le cadre du chantier « santé mentale » :

- Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire
- Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre dans le champ sanitaire, social et médico-social
- Coordonner les démarches de soins et d'accompagnement social et médico-social
- Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents
- Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité



Objectif n°1 : déployer sur les cinq départements de la région la démarche réponse accompagnée pour tous

- Résultats attendus à 5 ans : **articulation et des partenariats plus structurés**, au sein de chaque territoire, **entre les acteurs du médico-social, de la psychiatrie (notamment de la pédopsychiatrie)** ainsi que de **l'aide sociale à l'enfance (ASE)**, afin de se mettre, collectivement, en capacité de solutionner les **situations les plus complexes**

Objectif n°4 : cibler les femmes-mères-enfants les plus vulnérables

- Des **ruptures** constatées à différents stades du parcours de santé (accès à la **prévention**, au **repérage** et au **soin**) **des femmes avec facteurs de risques** pour leur santé en pré-per et post-partum, **voire pour l'enfant** à naître (violences, addictions, obésité, pathologies chroniques comme diabète, hypertension artérielle, maladies neurologiques, **santé mentale ou handicap**).
- La LMSS a mis en place un **parcours** de soins des enfants dont l'organisation peut être inadaptée pour la mise en œuvre des mesures de prévention et d'accompagnement des enfants, notamment des "**nouveau-nés vulnérables**" **prématurés** et **enfants à risque de troubles du développement**. Or, contrairement à la majorité des régions de France, leur suivi n'est, à ce jour, pas structuré au niveau des Hauts-de-France.
- Identification sur le territoire régional, d'une inégalité d'accès au **repérage et au suivi des enfants avec troubles neuro- développementaux** (sensoriels, troubles de langage,...), (...) **aux prises en charge spécialisées** (... **psychiatrie infanto juvénile**...) ainsi qu'à un parcours de soins coordonné pour les enfants ayant une pathologie chronique
- (...) Enfin, **l'organisation fragile de la prise en charge des adolescents** présentant des pathologies chroniques ou **relevant de la santé mentale** pose des **difficultés d'orientation aux professionnels de première ligne**

Objectif n°5 : rendre effective la possibilité d'inscription de tous les enfants en situation de handicap dans un parcours de scolarisation et de vie sans rupture

- Résultats attendus à 5 ans : l'élaboration de plans territoriaux partagés d'adaptation de l'offre d'accompagnement médico-social et scolaire contribuera à la recherche d'une équité en matière de répartition de cette offre ainsi qu'à son adaptation aux besoins. L'objectif poursuivi consiste à s'assurer que sur chaque territoire existe une palette de réponses diversifiées, en priorisant en matière de développement de l'offre, ceux des territoires les moins bien pourvus; avec un focus systématique sur les troubles du Spectre Autistique, les Troubles de la Conduite et du Comportement et le polyhandicap (**réalisation du diagnostic dans le cadre du projet territorial de santé mentale en ce qui concerne le handicap psychique**).

Objectif n° 6 : adapter et/ou développer l'offre d'accompagnement en établissements aux besoins des adultes en situation de handicap

Objectif n°9 : favoriser le parcours de vie en santé mentale en veillant à limiter les hospitalisations :

- **Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire** (action phare : extension du dispositif VIGILANS)
- Développer les **prises en charge ambulatoires** en adaptant l'offre dans le champ sanitaire, social et médico-social (action phare : développer les équipes mobiles EMPP, équipes de pédopsychiatrie)
- **Coordonner les démarches de soins et d'accompagnement social et médico-social** (action phare : accompagnement des PTSM qui vise à soutenir des projets de parcours de soins et de vie)
- **Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents à risque** (action phare : améliorer le recours et l'organisation de l'hospitalisation des adolescents)
- **Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité** (action phare : développer les CLSM)



Conseil Territorial de Santé de la Somme



Instance créée en 2017 par la loi de modernisation du système de santé, le conseil territorial de santé (CTS) est amené à prendre une place majeure dans le fonctionnement de la démocratie en santé. Il est constitué sur le territoire de démocratie sanitaire (Département de la Somme).

Lieu d'expression et de proposition qui s'inscrit dans la proximité, le CTS vise à faire dialoguer l'ensemble des acteurs de la santé, pour mieux cerner les besoins du territoire et permettre l'émergence d'une expertise partagée.

Le conseil territorial de santé a pour missions de :

- Participer à la réalisation du diagnostic territorial partagé,
- Contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé,
- Veiller à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales fondées sur la participation des habitants,
- Être informé des créations de plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes ainsi que de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé.
- Participer à l'évaluation, d'une part, des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers et, d'autre part, de la qualité des prises en charge et des accompagnements.



Commission territoriale de santé mentale de la Somme

La Commission santé mentale du Conseil territorial de santé et une émanation du CTS. A des fins de diagnostic, une 1^{re} réunion a donné lieu à la présentation d'une sélection d'indicateurs sur les déterminants de santé, l'offre et le recours aux soins et services, ainsi que sur les conduites suicidaires.

Le PTSM de la Somme est réalisé à partir d'un diagnostic territorial partagé. Cette démarche a été conduite avec le conseil territorial de santé et la commission spécialisée en santé mentale du territoire.

L'état d'avancement du PTSM a été présenté régulièrement au CTS et à sa commission territoriale de santé mentale élargie (novembre 2018, octobre 2019 et octobre 2020).



Les Conseils Locaux en Santé Mentale d'Amiens et d'Abbeville

Les liens entre PTSM et CLSM sont évidents et importants (actions communes aux programmes de travail PTSM et CLSM). Retrouvant les mêmes problématiques sur une échelle territoriale différente, les priorités sont à repérer, à croiser, à s'enrichir. Les doublons, à éviter.

Le PTSM de la Somme, dans son cadre territorial, valorise l'implication des CLSM d'Amiens et d'Abbeville.

D'autres initiatives peuvent rejoindre la démarche territoriale, notamment l'Est du département dépourvu de CLSM, territoire désertifié sur le plan de la psychiatrie.

Au-delà des textes qui régissent les nécessaires liaisons à établir entre le PTSM de la Somme et les CLSM qui existent sur son territoire, l'implication des acteurs, les réflexions en amont des coordinatrices, la participation aux groupes de travail et à la journée de restitution permettent d'anticiper ces interactions attendues.

La territorialité questionnée lors de la journée de restitution souligne les efforts produits pour couvrir l'ensemble des territoires du département. Les villes de Péronne (Est du département) et de Montdidier sont notamment ciblées, leurs acteurs, professionnels et établissements de santé, fortement sollicités pour rejoindre les travaux du PTSM.



GHT Somme Littoral Sud

Le Groupement Hospitalier Territorial Somme Littoral Sud regroupe 10 établissements dont 5 ayant une activité de psychiatrie (CH Abbeville, CHIMR, CHAM, CHU et CHPP). Il comprend un volet consacré à la filière santé mentale, psychiatrie générale et infanto-juvénile.

Les objectifs généraux du Projet Médical Partagé:

- Amélioration de l'accès aux soins psychiatriques à tous les âges de la vie (réponse aux situations d'urgence, graduation des soins, articulation avec les acteurs, accompagnement social et médico-social)
- Développement des alternatives à l'hospitalisation
- Promotion de la coopération avec les médecins généralistes
- Gestion collégiale des emplois et compétences médicales

Des améliorations souhaitées :

- Sanitaire **sectorisé** – privé, entre le médical et le non médical, **partenariats** avec le judiciaire, l'administratif, avec la cité ; entre la santé et le social ; avec les bailleurs sociaux ; avec les familles (souvent « en grande difficulté (...) sans possibilité d'hospitalisation, ni de relais »)
- Consensus aussi sur les difficultés rencontrées en matière de **prise en charge précoce** (délais de RDV en CMP)
- Sur la question de **l'accès aux soins** : un public ciblé par les groupes focaux (**les plus jeunes et les jeunes en situation complexe**) et des questionnements associés (relais en fin de prise en charge, transition vers l'âge adulte), difficulté d'accès aux places malgré une orientation MDPH (cf. famille), peu de places adaptées en ESMS, ruralité du territoire et transports en commun
- **Consensus sur la nécessaire amélioration des articulations** (manque de coordination entre les organisations, réseaux, acteurs de 1^{ère} ligne, famille, aidants ; lors du retour à domicile ; pour la prise en charge des suicidants)

Face au manque de connaissance des troubles psychiques, aux difficultés de partenariat et cloisonnements évoqués, la **formation est citée de manière consensuelle** : stages de formation croisés (évolution des représentations), formation des enseignants (repérage précoce), formation des équipes des ESMS.



Schéma départemental de l'autonomie de la somme (2018 – 2022)

- **Etude psychique au sein des foyers de vie et des FAM** (groupe OR2S sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap)
- Fiche action n°6.2 : soutenir les dynamiques de transformation de l'offre : EHPAD de demain, ouverture sur l'extérieur, **liens avec la psychiatrie**
 - Encourager les partenariats entre les établissements (des domaines de la gérontologie et du handicap) et les acteurs de la psychiatrie (CMP, CH...)
 - Engager un travail avec les CH : organiser des formations réciproques des personnels pour partager la culture de chaque secteur, assurer la transmission des informations suite aux hospitalisations, en s'appuyant sur l'équipe de liaison de l'hôpital
 - Encourager le développement des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pouvant intervenir dans plusieurs structures



Schéma départemental de prévention et de protection de l'enfance et de la famille

- **Fiche action 14** : coordonner les actions interinstitutionnelles et pluridisciplinaires pour améliorer la prise en charge des jeunes en **situations dites complexes**, en lien notamment avec les services de pédopsychiatrie
- **Fiche action 15** : poursuivre le travail de coordination entre la Direction enfance famille et la MDPH pour améliorer la prise en charge des enfants en situation de handicap accompagnés en protection de l'enfance
 - Action 1 : Décliner opérationnellement dans le cadre du dispositif de la RAPT le partenariat renforcé mis en place entre la Direction Enfance Famille et la MDPH, notamment **en direction des enfants présentant des troubles psychiques et nécessitant un accompagnement partagé avec un établissement de santé mentale**

IV. LA PRODUCTION DES GROUPES

Les différents **lieux de rencontre des groupes** : EPSM Somme, ESAT La table du maraicher, DRPJ, MDPH, IME Dury... Au-delà de la découverte des services et/ou institutions, ces déplacements traduisent une volonté d'ouvrir, de décroiser, de mieux connaître les différents champs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et leurs acteurs. Cette démarche répond également à la **volonté de décentraliser les lieux de rencontre et d'échange**.

Un souhait : tenir compte de l'existant, des ressources régionales et départementales (CREHPSY, MDPH...) comme des démarches territorialisées (CLSM Amiens, Abbeville)

Une préoccupation partagée : viser l'opérationnalité

Un leitmotiv : centrer les échanges sur *ce qu'on apporte à l'habitant, à l'utilisateur, au patient...*

Des orientations fortes, communes aux 3 groupes :

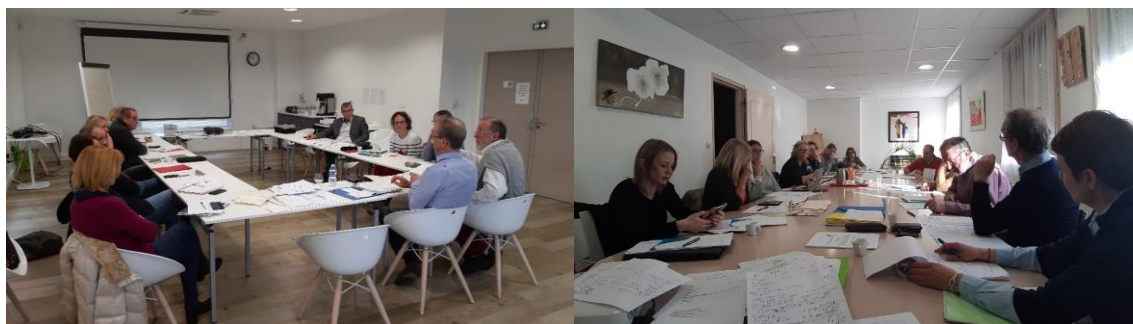
- La nécessaire **connaissance** réciproque des acteurs (communication)
- Un besoin important de **coordination** entre professionnels
- Des besoins conséquents de **formation** pour faire face à la méconnaissance relative de certains acteurs vis-à-vis des problématiques de santé mentale
- L'importante place à accorder aux familles

Groupe 1



Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux

L'intervention précoce doit permettre la mise en place de prises en charge adaptées -dès l'apparition des premiers symptômes d'une pathologie-, afin de prévenir son aggravation et les conséquences qui y sont associées. Elle se distingue de la prévention, qui vise à lutter contre les facteurs identifiés comme pouvant contribuer au développement de troubles psychiques (risques psychosociaux, négligences parentales, exposition au stress, consommation de substances psychoactives...).



(photos prises avant la pandémie)

Groupe de travail n°1 – Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux	
✓	13 décembre 2019 restaurant « La table du maraîcher » Amiens (EPSOMS)
✓	24 janvier 2020 (MDPH)
✓	13 février 2020 (Institut Médico-Educatif de la Somme, Dury)
Représentants des usagers et leur entourage	
Usager UNAFAM - M. DUCLERCQ Emmanuel	
Institutions/structures transversales	
IENASH (adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés)	
DTPJJ – Mme LEPERE Stéphanie, IDE ; Mme VERGEOT Camille, psychologue PJJ (unité d'hébergement collectif Amiens)	
MDPH – Mme GODARD Brigitte, Directrice MDPH	
Education nationale (service de santé scolaire), Dr LECLERE Virginie, Médecin de l'Education Nationale ; Mme GUYOT Virginie, IDE Education nationale, Chargée de mission auprès de M. POURCHEZ DSDEN santé scolaire	
CLSM Amiens/Abbeville – Mme GODET Valérie	
CREHPSY – Mme DEVAUCHELLE Marie-Laure, psychologue	
PMI – Dr DUMENIL Sophie, Pôle Direction famille, CD80, Protection de l'enfance/PMI	
MDA – Mme DAUCHET Sabine, Responsable Coordinatrice MDA Amiens	
Sanitaire	
CAMSP CHU Amiens – Mme BROCQUEVIELLE Rachel, assistante sociale	
CH Abbeville – Dr TIREL Jean-François	
CHU Amiens – Dr SIMMONOT Anaïs, Pr GUILLE	
CH Péronne (Dr HUET)	
Médico-social, social, insertion, logement, emploi...	
service de protection juridique des majeurs (Association Tutélaire de la Somme) – M. CAUSSIN Alain, Directeur	
association départementale pour la sauvegarde de l'enfant à l'adulte de la Somme (ADSEA) – ITEP et IME – M. ETEVE Thierry, Directeur pôle enfance et autonomie	
APRADIS (formation) – Mme BAUDE Amandine, Responsable formation continue	
EPSOMS 80 – M. DURIEZ Maxime, Chef de service	
ESPOIR 80 – M. DUCLERCQ Emmanuel	
APREMIS (insertion sociale - CHRS	
CMPP (APAJH)	



Réaliser un panorama des acteurs, des services, des institutions, des dispositifs

Expliciter le « *Qui fait quoi ?* », « *Qui intervient quand ?* » **rôle et mission de chacun.**

Jusqu'où commence et va la mission de l'autre... ? Notion de subsidiarité

Rendre visible les lieux et les structures

Champ très large. Il existe beaucoup d'acteurs. Acteurs du soin. Acteurs du médico-social. Acteurs de la cité.

Sont mis en évidence les travaux des CLSM d'Abbeville et d'Amiens. Il existe des guides sur ces territoires. Abbeville : *Informer, orienter et accompagner les jeunes en souffrance psychique et/ou en situation de handicap* – Guide à destination des professionnels. Projet élaboré dans le cadre du CLSM. Amiens : *Guide pratique en santé mentale : soins et structures sur Amiens*

Tenir compte des dispositifs existants. Place des centres ressources (exemple : CREHPSY). Notion de centre ressource importante. MDPH : site internet existant

Chacun a son propre annuaire...

Un préalable à la **mise en réseau**. Viser une dynamique de complémentarité

Sur son secteur, chacun connaît les acteurs, mais sur les autres territoires ?

Travailler en réseau, « se refiler les tuyaux... »

Une difficulté : le turn-over des personnels

L'**informatique** peut être une réponse, type centre de ressources. L'outil informatique ne doit pas remplacer le papier

Doit être **générateur de liens, de coopérations, une aide à la rencontre**

A croiser avec les problématiques existantes et les parcours des personnes. Recenser les missions de chacun : des aides possibles à aller chercher

- **Outils de communication entre professionnels.**

Viser des assemblages, des supports à la concertation, en réunion pluridisciplinaire, autour de cas cliniques

Faire le lien avec la démarche de parcours, à partir de situations concrètes

Notion de coordonnateur de parcours

Entretenir les échanges partenariaux, sur la base de bonnes pratiques. Repérage – Transmission des informations - Orientation

Renforcer une culture de santé mentale. Former les acteurs

Changer les représentations. Construire des **passerelles**

Construction d'une culture commune (Exemple de la MDA)

Liens avec **la recherche**

Adoscreen (télémédecine en psychiatrie/action expérimentale)...

Télépsychiatrie : une Fiche-Action : une expérimentation sur un secteur du département ? Outil de formation, sujet en correspondance avec la télémédecine

Des outils : une représentation mutuelle des champs sanitaires et sociaux

Développer la **formation des acteurs**, dans leur diversité, professionnels du médico-social, équipes des établissements, professionnels en proximité avec les usagers, bénéficiaires des services

Exemples d'initiatives existantes : formation des enseignants Abbeville – repérage / CLSM

Exemples de dispositifs existants : MDPH, CREHPSY

Formation auprès des équipes éducatives. Dédramatiser - mieux connaître la maladie mentale – mieux appréhender la communication. Travailler l'adhésion aux soins
Inventer de nouveaux standards de formation : l'immersion réciproque (aller travailler dans le champ de l'autre). Visites sur sites. Echanges de pratiques. Co-constructions. Groupe de travail sur la formation territoriale : des réponses « à la carte »

Développer l'accompagnement des aidants

Il existe beaucoup de choses...mais à développer...
Le rôle et la place de la famille. Le soutien familial.
Guidance parentale, familiale. La pair aideance : à développer
Des solutions alternatives : cafés des aidants.
Des orientations : ex : MDSI du Département
Education thérapeutique des familles
Place des aidants dans la formation (lien avec priorité 2)
Fiche action : identifier les réels besoins. Encourager les initiatives, les promouvoir

A noter...

- La place du médecin généraliste : renvoie aux travaux du groupe Accès aux soins somatiques. C'est l'interlocuteur premier !
- La plateforme diagnostic : plateforme d'appui en santé mentale (coordination et orientation) Vers un meilleur accès au diagnostic et aux interventions précoces pour les enfants de -7 ans avec des troubles du neuro-développement et notamment avec troubles du spectre de l'autisme. Un modèle à suivre pour les adultes ?
- S'inspirer du Plan Autisme : une guidance partenariale. Un modèle à suivre ?
Plateforme de coordination et d'orientation : proposer un meilleur accès au diagnostic et aux interventions précoces pour les enfants de -7 ans avec des troubles du neuro-développement et notamment avec troubles du spectre de l'autisme.
Rechercher ce qui peut être modélisable
- Les étudiants : une difficulté pour appréhender problématiques et publics. Sujet mal connu. Antenne du CROUS, Le Mail, ANPAA...Quelle porte d'entrée ?
- Réaffirmer la place de l'école : des enfants en réelle souffrance. L'inclusion : en progrès, mais les difficultés demeurent. Préparation indispensable de l'enfant, de sa famille. Très difficile avec les collégiens. Changer le regard des enseignants. Formation des enseignants
Viser une scolarisation en milieu ordinaire
- Equipe mobile psychiatrie précarité : réflexion travaillée au niveau départemental. Mise en œuvre sur Abbeville par le CH. Existant au CH Pinel, qui vient aussi en appui aux personnels. Mieux définir la précarité : quel langage commun ? Renforcer le « aller vers »
- **Replacer l'importance des âges « charnière »**

Groupe 2



L'accès aux soins somatiques

Les soins somatiques ne relèvent pas de psychiatrie mais du champ de la médecine générale, au sens large, incluant la prévention et le curatif.

Beaucoup de personnes relevant de pathologies mentales ou troubles psychiques peuvent associer d'autres symptômes et problèmes de santé. Il y a, par ailleurs, interaction entre une bonne santé générale et une bonne santé psychique ou mentale.

C'est la nécessaire prise en compte de la globalité de la personne qui est concernée. Bien des personnes ne sont pas intégrées dans le maillage de type médecin traitant ou prévention, voire soins dentaires. Par ailleurs, le fréquent déni de soins des usagers concernés ou l'absence d'ouverture des droits sociaux... sont autant de facteurs pouvant complexifier l'accès aux soins somatiques.



(photo prise avant la pandémie)

Groupe de travail n°2 – L'accès aux soins somatiques	
✓	9 janvier 2020 CH Philippe PINEL
✓	13 février 2020 CH Philippe PINEL
✓	12 mars 2020 à CH Philippe PINEL
Représentants des usagers et leur entourage	
Mme Francine LACOYE (co-pilote, UNAFAM)	
Mme Martine GRANDSERT (UNAFAM)	
Mr Christophe CANTILLON (résident <i>Foyer de vie Château Blanc ADAPEI 80</i>)	
Institutions/structures transversales	
URPS (Dr Lydie BERTRAND, MG)	
URPS ML (Mme Stéphanie CUISSETTE)	
ASE (M. LECAT)	
CREHPSY (Mme Marie-Noëlle CADOU Directrice, Mr Lionel EUSTACHE)	
Education Nationale (Dr Maryse BURGER)	
Sanitaire	
CHU Amiens Handiconsult (Mme FAUCHER)	
CRA (Mme Bénédicte VEREECKE)	
PASS CHU Amiens (Mme KIGLICH) /	
CHPP EMPPAS (Mme Catherine OBRY, Mr Aurélien DUFRENOY)	
PASS CHPP (Mme HAMMANI)	
CH Pinel (Dr Valérie BEAUDOIN, Dr Valérie YON)	
CH Pinel (Dr Alexandre TISON)	
MG (Dr Marc BOCQUILLON)	
Médico-social, social, insertion, logement, emploi...	
ADAPEI (Mme Alice CARTON)	
Association le Mail (Dr Patricia JEANSON)	
Polygone (M. Philippe BRAY)	
SAMSAH " La nouvelle Forge " d'Abbeville (Mme LIEVIN, Mr VILLIERS)	
Croix rouge française (M. GOUBET)	
UDAF (Mme LEGLISE)	

Pilote Dr Alexandre Tison, CH Pinel

Co-pilote Mme LACOYE Francine, UNAFAM



La place du médecin généraliste

L'importance de cette place, au regard des situations d'urgence

Un MG référent quand les professionnels du médico-social sont confrontés à l'urgence.

Acteur-coordonnateur de soin du territoire

Lien avec les CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) et la ruralité

Prise en charge de la personne, dans sa globalité

Suivi dans le temps

La difficulté pour les médecins généralistes de s'y repérer dans les dispositifs, les services

Une méconnaissance de l'existant

Une nécessaire collaboration avec les médecins généralistes du département

Développer la sensibilisation auprès des médecins libéraux

Un appui nécessaire pour les cas complexes, une cellule pour aider les patients/cas complexes, à l'échelle du territoire

Comment le MG peut s'occuper de ces cas complexes, se reposer sur quelles ressources ?

Que peut-on proposer aux MG pour éviter qu'ils se sentent moins isolés dans leurs prises en charge ?
Réflexion quant à une reconnaissance/valorisation/tarifification spécifique des suivis (reconnus comme chronophage)

Accompagner la personne vers le soin

Une vraie nécessité d'être accompagné : améliore la qualité des soins

Un recours aux soins somatiques moindre qu'ailleurs

Eviter les moments de rupture et prévenir les récurrences

Un rappel : la pénurie de médecins généralistes sur le département

En pratique, « Comment ? »

Tisser des partenariats opérants pour un accompagnement

Assouplir l'accès de l'utilisateur aux dispositifs existants

Monter un dispositif spécifique pour les moments de rupture : bilan de la situation, proposition de soutien, orientation

L'accompagnement infirmier est très important

Des moyens informatiques pour gagner du temps : coopération, coordination

Recenser les professionnels qui interviennent, entre soins somatiques et soins en santé mentale. Liens avec le parcours de santé.

Repérer les professionnels sensibilisés. Mailler le département.

Comment se connaître mutuellement ?

Former les équipes

Répondre aux méconnaissances des acteurs. Quel appui sur les dispositifs et offres existants ? Quels standards de formation ? Intégration de la parole des usagers.

Sensibiliser aux questions de la santé mentale et de la psychiatrie dans la formation initiale des MG / IDE / Educateurs

Utiliser les possibilités de formation non utilisées

Militer pour développer les terrains de stages en psychiatrie

Développer les thématiques Psychiatrie et santé mentale dans les formations continues/EPU.

La présence des MG : un système de rémunération pour s'y investir ?

Distinguer la sensibilisation de la formation

Co-construire

Formation d'aidants

Les formations : un support à la rencontre

Echanger entre professionnels issus du champ sanitaire et professionnels du médico-social

Les différents horizons sont une richesse, mais aussi une difficulté (ne se connaissent pas, ne coopèrent pas...)

Travailler à la coordination : Les MG libéraux ne prennent (pour l'instant) pas le temps de passer du temps à la structuration d'une coordination (rôle des futurs CPTS ?)

Travailler avec les MSP

Lieu unique, ressource en santé globale, lieu de proposition, lieu de rencontre avec les professionnels de santé ?

Trouver les moyens de la rencontre

Il faut une vraie impulsion des institutions

Une cellule avec des professionnels experts, à partir de situations concrètes rencontrées.

Aller au-delà du « *Qui fait quoi ?* »

Veiller à pérenniser, valoriser et développer l'existence des ressources, structures, dispositifs et initiatives déjà en place dans le Département de la Somme.

Recenser l'existant (Exemples : Equipes mobiles et de liaison CH Pinel, dispositif RAPT, HandiConsult, Centre Ressource Autisme, Maison des adolescents, CREHPSY...)

Etre en veille sur des modèles transférables dans le département de la Somme. Des innovations et/ou des modèles existent hors région.

S'inspirer de ce qui se fait ailleurs, s'appuyer sur de nouvelles idées (Maison des enfants et des familles sur le modèle Maison des Adolescents, Microstructures médicales pour l'approche des addictions ...) ou sur d'autres thématiques et portes d'entrée (Exemple : Programme *Un chez soi d'abord*...)

ET AUSSI...

Renforcer les CMP, les soins généraux dans les EPSM et services de psychiatrie des CH

Favoriser les partenariats

Développer la psychoéducation et la réhabilitation psychosociale. Intégrer une vision plus globale de la prise en charge

Etre au plus près des patients.

Apporter de la mobilité (Continuité des soins, à la rencontre des personnes isolées)

Rendre accessible les documents (faciles à lire et comprendre pour les personnes en situation de handicap)

Groupe 3



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

Les situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique s'expriment, le plus souvent, par des épisodes de crise sévère pour l'utilisateur concerné et une grande détresse voire une grande impuissance de l'entourage. L'organisation de la réponse à ces situations renvoie à la fédération des acteurs et à la lisibilité du (des) dispositif(s). Elle demande, au-delà de la gestion de crise, un suivi et un accompagnement pluridisciplinaire dans la durée.

Cette thématique sous-tend notamment l'organisation de la permanence des soins, de la psychiatrie de liaison dans les services d'urgence, du suivi à la suite d'une tentative de suicide. La psychiatrie d'urgence, les CMP, les partenariats (formalisés ou non) entre acteurs hospitaliers et médico-sociaux constituent des points d'ancrage à la réflexion. Le dialogue avec la Cité (élus, travailleurs sociaux, professionnels libéraux, bailleurs sociaux...) est à identifier, en terme de relations de travail, de partage de bonnes pratiques, de connaissances à minima communes de ces pathologies et troubles.



(photo prise avant la pandémie)

Groupe de travail n°3 – La prévention et la prise en charge des situations de crise et d’urgence	
✓	13 janvier 2020 DTPJJ
✓	2 mars 2020 DTPJJ
✓	mars 2020 (questionnaire en ligne/distanciel)
Représentants des usagers et leur entourage	
UNAFAM (Mme Anne SALMON)	
M. Jean-Noel GRUEZ, GEM Le Passage	
Institutions/structures transversales	
Pompiers (Olivier FRANCK SDIS)	
Police (Yann COLUNGO)	
CREHPSY (Marie-Laure DEVAUCHELLE)	
F2RSMPSY (Laurent PLANCKE)	
URPS ML Stéphanie CUISSETTE	
PJJ	
CLSM Abbeville (Mme JOBREDEAUX)	
Education Nationale (Docteur Claudia RALAINIRINA, Madame Amélie DELANOY)	
URPS (Dr Lydia BERTRAND)	
Sanitaire	
SAMU / urgences (Dr DOMISSE)	
CH Abbeville (Mme LOUVION, Dr DELGRANGE)	
CHPP (Dr GUILLAUMONT, Dr Ugo PACE	
CHU Amiens (Pr DERVAUX, Dr LARIVIERE, Mme CHERTIOUA)	
Médico-social, social, insertion, logement, emploi...	
ESPOIR 80 (M. Silvio SARNATARO)	
ADAPEI (Mme CARTON)	
UDAUS 80 (M. GIVERDON, Mounia FLAMAND)	
ANPAA (Mme BIDARD)	

Pilote : Pr Alain DERVAUX, CHU Amiens

Co-pilote : Anne SALMON, UNAFAM

Les échanges, en résumé...



Urgence, crise, prévention, risque suicidaire : mieux comprendre

Une difficulté : quelle définition retenir ? Quelle(s) perception(s) de l’urgence, de la situation de crise ? La situation de crise suicidaire ? Il est souligné l’importance de dissocier le risque suicidaire des autres types d’urgences.

Il est utile de différencier les notions de crise et d'urgence :

- **L'urgence psychiatrique** nécessite une prise en charge mixte somatique et psychiatrique : tentatives de suicide, intoxications médicamenteuses volontaires sans volonté suicidaire, états d'agitation psychomotrice, troubles confusionnels, troubles du comportement, troubles somatiques à expression psychiatrique, troubles dépressifs.
- **La crise** : polarité ou expression psychiatrique prédominante. Il s'agit de pathologies aiguës, sans pathologie organique associée, correspondant à des crises survenant chez des patients connus ou non des services de psychiatrie, présentant un 1^{er} épisode ou une décompensation d'une pathologie chronique, y compris des idées suicidaires. Les principales pathologies rencontrées dans ce cadre sont des troubles dépressifs, des troubles bipolaires, des troubles psychotiques, notamment des troubles schizophréniques, des troubles post traumatiques, des troubles graves de la personnalité, des troubles anxieux et des situations de crise familiales.

Repérer les 2 filières, les 2 parcours : urgence qui nécessite un plateau technique, crise qui n'en nécessite pas mais qui suppose soit une intervention de proximité (CAC, CMP), soit le déplacement de médecins généralistes ou apparentés.

La gestion de l'urgence

La confrontation des professionnels du médico-social au traitement de l'urgence. « *On sait faire, mais quand il y a urgence... ?* ». L'importance, la nécessité d'une évaluation avant le moment de crise.

L'intérêt d'un médecin référent, quand les professionnels du médico-social sont confrontés à l'urgence.

Il existe des échanges entre le médico-social et le personnel soignant, mais toujours dans le cadre de l'urgence. Développer ces échanges hors situations d'urgence(s) ?

Les professionnels du médico-social sont inquiets quant aux traitements, aux effets secondaires, quand ils n'ont pas eux-mêmes de connaissances suffisantes dans ce domaine.

Les problèmes se surajoutent lorsqu'il faut traiter en même temps un autre problème. Exemple : addiction...

Il existe un **groupe de travail national** (un 15 « psy ») en cours de définition.

L'attention est portée sur les **résultats du diagnostic** au regard de la thématique du groupe de travail. Il est suggéré pour les personnes qui n'ont pas encore eu l'occasion de parcourir ces données de le faire. Sont mis en évidence les hauts niveaux de morbidité et mortalité pour le département de la Somme, comme le haut niveau pour les gestes suicidaires.

D'autres remarques viennent compléter cette présentation comme la faiblesse des taux de prise en charge et le déficit de l'offre libérale (lien avec la désertification médicale). Enfin, est souligné le peu d'approche de ces questions par les acteurs sociaux.

La place des familles.

1^{ère} remarque de la rencontre : la place des familles : intéressant !

La place des familles, désarmées, en grande souffrance. La famille qui cherche des réponses aux raisons de cette situation. Vers une recherche d'aide.

Aller vers les familles : Comment ?

Communication difficile. Viser une fluidité de la communication

Et pour les personnes qui n'ont pas de famille ?

Pour **les aidants** : lieux de répit. Est-ce que ça existe ? A échanger avec les familles

Il existe un lieu d'accueil au CH Pinel. Il existe un groupe de travail, des groupes de parole, mais ils restent méconnus.

Le travail avec les familles est à faire connaître. Exemple : Profamille qui aide les familles à gérer les situations (CH Pinel), programme psycho-éducatif, destiné aux familles et proches de patients souffrant de schizophrénie ou de troubles apparentés. Profamille a démontré son efficacité en réduisant les ré-hospitalisations des malades, en favorisant leur accès à l'emploi, en améliorant la qualité de vie et la santé des familles et en réduisant le nombre de tentatives de suicides des malades.

L'action de Profamille est différente de l'urgence. Pas d'intervention dans l'urgence.

La question de l'amont. Travailler la précocité. Plus la situation est gérée en amont, plus la réponse est adaptée.

La **prévention** : se donner les moyens d'éviter la survenue de la crise (formation et anticipation, ADAPEI forme par exemple ses personnels à l'anticipation et à la gestion de la crise)

Qu'est-ce qu'on fait concrètement en prévention de la crise ?

Des situations complexes. Tant que le sujet est consentant, moins de problème. La difficulté apparaît lorsque la personne ne reconnaît pas le problème et refuse le soin.

Le recours au soin sans consentement des patients. Quel est le % des patients accueillis à l'hôpital sans consentement ? Un chiffre intéressant à connaître...

Lien avec le programme Vigilans

Dispositif de veille des suicidants sur une période de 6 mois. Une carte comprenant le numéro d'appel de ressource régional est initialement transmis à chaque participant. Les médecins traitants, psychiatres et psychologues traitants des suicidants sont prévenus de la mise en place du dispositif de veille. Des recontacts téléphoniques et des envois de cartes postales sont prévus pour les patients récidivistes.

La formation des acteurs

Il existe des formations à une meilleure connaissance des filières de soin, aux risques aigus, à l'appréciation du risque suicidaire. Formation ouverte aux soignants (très peu de places)

Le CREHPSY propose un ensemble de formations.

PJJ : formation initiale ? Former les familles d'accueil

Les **pompiers (SDIS)** : un service d'urgence. Il existe de très nombreuses interventions par an. Dans la Somme, 2 000 pompiers volontaires et 400 professionnels. Interviennent sur les familles en détresse. Surpris que les soignants ne connaissent pas toutes les aides existantes. Pour un sapeur-pompier, il est complexe de repérer les approches, les aides.

Comment bénéficier de ce qui est à sa disposition, à quel moment de la prise en charge (Parcours de santé) ?

Beaucoup de pompiers volontaires... Pas de formation.

Bien connaître les professionnels à qui l'on s'adresse. Comment **mieux se connaître** ? Un **réseau** pas connu...

La souffrance psychique dans le monde rural

Ruralité / milieu urbain : les questions ne sont pas les mêmes. Renvoie à davantage d'isolement, de prévention. Pour autant, ce sont les mêmes attentes.

Pas d'interconnaissance entre l'ensemble des intervenants. A cela, se surajoute l'aspect « campagne ».

En milieu rural, la place de la commune est plus importante. Niveau pertinent. Travailler avec les maires. Positionnement quelquefois difficile avec les habitants, du fait de la proximité de l' élu.

En zone rurale, les ressources sont moindres, mais la communication entre les professionnels y apparaîtrait comme plus facile (les acteurs se connaissent mieux). Presque un paradoxe ? Moins de moyens, mais mieux connus ?

Autres points mis au débat :

Il n'y a pas suffisamment de **CLSM** dans le département de la Somme. A Abbeville, il existe une commission qui travaille sur les cas concrets.

Au regard des questions liées au logement, il existe un accompagnement social (CD 80). Pour la personne avec des troubles psychiques, l'**Accompagnement Social Lié au Logement (ASLL)** se réalise par une **approche spécifique de la problématique logement**, sur la base d'entretiens individuels, prioritairement à son domicile. C'est ainsi que le professionnel peut travailler sur le cadre de vie et **accompagner la personne dans ses démarches en favorisant son intégration dans son environnement**.

Les personnels de l'**Education nationale** constatent des troubles du comportement en hausse. Lorsque la crise est importante, ils font appel au Samu. C'est difficile d'aller vers les soins. Essai d'accompagnement vers le service social. Equipes démunies. Trouver des réponses constructives, adaptées, en lien avec la scolarisation.

Renforcer les actions du **CMP** (Il y en a partout !).

Il est mis en évidence le manque de psychiatres et les problèmes engendrés par cette situation.

Les enfants et les jeunes : la transversalité du thème



Les objectifs du PRS 2 Hauts-de-France, les documents cadres du Conseil Départemental, les groupes focaux déployés lors du diagnostic territorial partagé et des CLSM témoignent de la nécessité à approcher le parcours des jeunes. A ce titre, sont explicitement cités : la question du repérage précoce, la prise en charge des jeunes en situation complexe ou à risque, le suivi des enfants TND, l'orientation, l'accès aux soins, la transition vers l'âge adulte.

En évolution, la file active de psychiatrie infanto juvénile augmente fortement dans la Somme, soit +103 % entre 2008 et 2017 (le plus fort taux de la région).

Les CLSM ont établi des priorités très convergentes. Le CLSM d'Amiens : santé mentale des jeunes (repérage précoce, vigilance sur l'accès et les modalités d'accompagnement aux soins (absence de demande, coordination) → lien avec objectif n°9 du PRS2 (assurer la prise en charge des enfants et ados à risque, repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire) et le CLSM d'Abbeville : la coordination des acteurs en santé mentale et des dispositifs d'accompagnement pour les enfants et les adolescents.

Le comité de pilotage a été unanime, sur la base du diagnostic, pour orienter chacun des groupes de travail vers la question du parcours et a conclu à la nécessité d'aborder notamment celui du public jeune.

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux

Pour ce public jeune, les enjeux du dépistage et d'une prise en charge précoce sont très prégnants. Le repérage précoce de certaines pathologies peut en effet aboutir à des résultats positifs en termes d'atténuation des troubles et d'intégration scolaire ou sociale.

L'important, c'est de repérer et mettre en œuvre les prises en charge et les accompagnements le plus en amont possible. Le repérage, c'est le point d'entrée principal dans le parcours. Après le repérage, c'est l'orientation.

En conséquence, c'est dans ce groupe de travail que l'on retrouve le plus d'acteurs mobilisés autour de la question du **parcours des jeunes**. Celui-ci est d'autant plus un sujet de complexité que les tranches d'âge appellent des réponses thérapeutiques, éducatives et sociales différentes. Ce sont alors plusieurs parcours à investiguer.

Sur le plan de l'accès précoce au dépistage, aux diagnostics précoces et aux soins psychiatriques, la prévention de l'apparition de troubles psychiatriques devrait intervenir dès la périnatalité, c'est-à-dire dès l'accompagnement des futurs parents, y compris le temps de la grossesse.

En ce qui concerne **les enfants**, les pédiatres et les généralistes ne détectent pas nécessairement, ni précocement certains troubles ; enfin, l'école peut favoriser la révélation des symptômes mais les principaux acteurs (enseignants) ne disposent pas ou peu d'outils adéquats.

Pour **les ados et jeunes adultes**, on sait que l'adolescence constitue un autre moment clé du dépistage, et il faut tenir compte de la rupture souvent observée dans la transition vers le passage adulte.

Sur l'accès au suivi des soins et des accompagnements, les **CMP et les CMPP** sont en première ligne. Dans la Somme, on observe une saturation et un délai d'accès long, source de rupture dans la prise en charge précoce. Peut-être imputable aux organisations des structures ? En tous les cas, l'évolution des demandes témoigne, non pas nécessairement d'une hausse des prévalences, mais d'un besoin accru de prise en compte de ce qui apparaît comme un trouble. Les besoins progressent aussi avec notamment des problématiques nouvelles ou émergentes (rajeunissement).

On sait aussi ici l'importance du **travail en réseau**, les pathologies pédopsychiatriques prises en charge en CMP impliquant un travail en collaboration avec une multitude d'acteurs médicaux, médico-sociaux ou éducatifs.

Le groupe de travail a souligné les éléments suivants : ne pas réduire le repérage aux seuls enfants, le diagnostic précoce peut survenir à tous âges, a pointé les jeunes dont les troubles psychiques n'ont jamais été pris en charge, a souligné l'importante place des bilans de santé, la sensibilisation des crèches au repérage, la place des parents, la réaffirmation du rôle de l'école. Il se questionne par ailleurs sur la place des étudiants.

L'accès aux soins somatiques

Sans minimiser l'importance de la prise en charge somatique, celle-ci est organisée pour les jeunes enfants de façon légale. C'est dans le cadre du suivi des soins et des accompagnements que cette prise en charge peut s'avérer plus problématique, notamment au moment du passage à l'âge adulte. Néanmoins, l'accès aux droits sociaux ou les mesures tutélaires ont été soulignés comme des éléments pouvant contribuer au retard de la prise en charge, ou à un non-recours aux soins.

La prévention et la gestion de la crise et de l'urgence

Dispositifs sanitaires organisés et coordonnés (fonctionnalité de la filière urgences pédopsychiatriques), à l'est (1^{er} niveau hôpital général de Péronne), à l'ouest (filière incomplète car ressources humaines médicales en pénurie d'où garde de psy adulte qui reçoit les ados). Eléments départementaux : UMA qui agit comme un CAC, unité Henri Ey sans admission en urgences, lits de post crise à la Clinique à partir de 16 ans, UPA qui prend exceptionnellement à 17 ans. La MDA n'est pas un lieu d'urgence, cependant ados/parents arrivent parfois de manière impromptue, réorientation vers les dispositifs existants (présence de professionnels sanitaires à la MDA = évaluation et orientation). Crise et urgence appellent une réponse identique pour les enfants = dispositifs sanitaires qui prennent en charge.

Les acteurs du parcours des jeunes dans la Somme sont représentés au sein des groupes de travail :

- Education nationale et services de santé scolaire = acteur incontournable pour cette population, avec un rôle important dans le repérage, mais également dans l'inclusion scolaire
- Il est également indispensable de tenir compte de la justice, à la fois dans son rôle de protection des mineurs et dans celui des sanctions à leur encontre (d'où la présence de la DTPJJ)
- Tous les acteurs en contact avec les jeunes : (MDA), MDPH, ASE, PMI et CD, coordinatrices des CLSM abbevillois et Amiénois du fait des priorités thématiques retenues, acteurs institutionnels tels que médecins et IDE de l'EN (IENASH (adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés), CDEF (centre départemental de l'enfance et de la famille), et associatif (1 association départementale pour la sauvegarde de l'enfant à l'adulte de la Somme (ADSEA) – ITEP et IME, APAJH, la pédopsychiatrie de secteur, CAMSP CHU, représentant des familles (UNAFAM) et des parents (ADAPEI)

V. LES FICHES ACTION

Les priorités actées et retravaillées ont fait l'objet d'allers et retours entre les participants, les pilotes, les membres du comité de pilotage.

Après avoir rappelé l'axe à laquelle elle appartient, chaque Fiche-Action présente son contenu en **13 rubriques** :

Arbre des objectifs (Objectif général - Objectifs spécifiques - Objectifs opérationnels) - Public cible - Approche Parcours de santé et de vie - Justification de l'action - Liens avec le diagnostic territorial - Détails de l'action, étapes, modalités pratiques - Porteur/Co-porteurs - Contributeur(s) - Place des usagers - Ressources nécessaires - Indicateurs de suivi et d'évaluation – Calendrier – liens avec le PRS et autres dispositifs

Au-delà de la présentation habituelle d'une fiche action, plusieurs rubriques font l'objet d'une présentation singulière et caractérisent la production du PTSM de la Somme :

- L'approche « **Parcours de santé et de vie** »
- La **place des usagers/le droit des personnes**
- Les **rubriques Porteur/co-porteur(s) et Contributeurs** ont été l'objet de nombreuses interpellations et sollicitations de la part du référent PTSM pour activer, générer une prise de responsabilité au sein des fiches actions en devenir.
- La **justification de l'action** et le **lien avec le diagnostic territorial** rappellent la cohérence d'ensemble entre les différentes étapes de l'élaboration du PTSM.
- La **rubrique « Liens avec le PRS et autres dispositifs »**, travaillée avec l'ARS - DD Somme, souligne l'importance de la démarche PTSM au sein d'autres organisations et facilite le croisement entre priorités régionales et territoriales. Cette rubrique apporte une lisibilité et une cohérence d'ensemble.

Le calendrier prévisionnel : vers la priorisation des actions

Alors que les membres du Comité de pilotage sont soucieux d'une **opérationnalité rapide**, chaque Fiche Action intègre un calendrier prévisionnel (parfois serré).

Plusieurs pistes ont été évoquées en matière de priorisation, et n'ont pu être conclusives.

A titre d'exemple, le **critère de faisabilité**, le **caractère d'urgence pour les usagers**, la **transversalité de certaines fiches action**, des **thématiques déjà en cours de réflexion ou complémentaires à d'autres groupes de travail** et l'**accompagnement financier**.

Ces aspects seront affinés lors de la signature du contrat territorial de santé mentale. Il est également précisé que le recrutement d'un coordonnateur devrait faciliter l'évaluation des calendriers prévisionnels pour chaque fiche action.

14 fiches actions : porteurs et contributeurs

2 fiches transversales et 12 fiches regroupées sous les 3 axes composent l'actuel contenu de la feuille de route. Il est rappelé que cette configuration peut changer dans le temps et qu'avec la souplesse attendue, **celles-ci seront amenées à être précisé, à évoluer**. D'autres porteurs et contributeurs seront invités à rejoindre l'une ou l'autre des fiches actions présentées ci-après.

Mise à jour au 14/12/2020

Thématique concernée	N° de fiche action	Titre de la fiche action	Porteurs	Co-porteurs	Contributeurs
	F0	Organiser la coordination du PTSM			ARS
Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux	F1	Réaliser une plateforme / panorama des acteurs	EPSM Somme (service socio éducatif) CH Abbeville	ESPOIR 80 (M. DUCLERCQ)	ARS CLSM Amiens (Valérie GODET) MDA (Sabine DAUCHET) CLSM Abbeville (Clémentine JOBREDEAUX) Territoire Picardie Maritime du CD (Mme LENNE ou Mme COURTOIS) MDPH MAIA Est (Aurore PIAT) Coordination nationale des microstructures CNRSM (Dr Patricia JEANSON)
Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux	F2	Développer la formation des acteurs	EPSM Somme (JF GICQUEL, DRH) CHU Amiens (Dr Xavier BENAROUS)	EPSM Somme (Dr Valérie YON)	ARS CLSM Amiens (Valérie GODET) DSDEN 80 CLSM Abbeville (Clémentine JOBREDEAUX) Territoire Picardie Maritime du CD (Mme LENNE ou Mme COURTOIS) CH Péronne (M. MALRIC, Mme MESNARD) CH PERONNE (Mme WAYMEL, Mme MESNARD) Coordination nationale des microstructures CNRSM (Dr Patricia JEANSON)
Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux	F3	Promouvoir et accompagner l'aide aux aidants	EPSM Somme	UNAFAM (Mme SALMON)	ARS CLSM Amiens (contribution moins prioritaire) ESPOIR 80 (M. DUCLERCQ) MDPH EPISSOS (Carine LEROY) CLSM Abbeville (Clémentine JOBREDEAUX) Territoire Picardie Maritime du CD (Mme LENNE ou Mme COURTOIS)
Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux	F4	Développer les équipes mobiles	ARS	EPSM Somme Mme SALMON, UNAFAM CH ABBEVILLE CH PERONNE	CLSM Amiens (contribution moins prioritaire) CLSM Abbeville (Clémentine JOBREDEAUX) Territoire Picardie Maritime du CD (Mme LENNE ou Mme COURTOIS) MDPH CH PERONNE (M. MALRIC, Mme MESNARD)

				(Dr HUET, M. MALRIC)	MAIA Est (Aurore PIAT)
Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence	F5	Harmoniser les réponses aux situations de crise et d'urgence	EPSM Somme (Dr GUILLAUMONT) CHU Amiens (Pr DERVAUX)	CHU Amiens (Pr GUILE)	ARS CLSM Amiens (Valérie GODET) CHU Amiens (Dr Bernard ANGERVILLE (CHU Amiens) et/ou Dr Cécile LALANNE) CHU Amiens (Lineda CHERTIOUA) CHU Amiens (Dr Laure DOMISSE) ESPOIR 80 (M. DUCLERCQ) Clinique du campus (Mme LAMY) CLSM Abbeville (Clémentine JOBREDEAUX) CH DOULLENS UNAFAM (Anne SALMON) MAIA Est (Aurore PIAT) CH ABBEVILLE CH PERONNE (M. MALRIC, Mme LECLERC) EPSM Somme (Dr Valérie YON)
Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence	F6	Renforcer la prévention et la prise en charge du risque suicidaire	EPSM Somme (Dr Valérie YON) CHU Amiens (Pr DERVAUX) CH ABBEVILLE	CHU Amiens (Pr GUILE)	ARS CLSM Amiens (Valérie GODET) DSDEN80 CHU Amiens (Dr Bernard ANGERVILLE et/ou Dr Cécile LALANNE) CHU Amiens (Mme Lineda CHERTIOUA) CHU Amiens (Dr Laure DOMISSE) MDA (médecin) Clinique du Campus (Mme LAMY) CLSM Abbeville (Clémentine JOBREDEAUX) CH DOULLENS CH PERONNE (M. MERIC)
Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence	F7	Travailler en réseau	COPIL PTSM EPSM Somme (Dr Valérie YON)	MAIA Est (Mme PIAT)	ARS PJJ (Stéphanie LEPERE) CLSM Amiens (Valérie GODET) DSDEN80 Sabine DAUCHET, MDA Clinique du Campus (Mme LAMY) CLSM Abbeville (Clémentine JOBREDEAUX) Territoire Picardie Maritime du CD (Mme LENNE ou Mme COURTOIS) UNAFAM (Mme SALMON) CH PERONNE (M. MALRIC, Mme MESNARD) CH ABBEVILLE
Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence	F8	Ruralité et santé mentale	EPSM Somme (Dr DEMARCY) CH ABBEVILLE	CHIMR (Dr KSRA)	ARS EPSOMS (Mme CAPY) CHIMR (Dr Charles-Edouard BETHEMBOS) DSDEN80 MDA (Sabine DAUCHET) CLSM Abbeville (Clémentine JOBREDEAUX)

					Territoire Picardie Maritime du CD (Mme LENNE ou Mme COURTOIS) CHU Amiens (Mme Lineda CHERTIOUA) CH DOULLENS CH PERONNE (M. MALRIC, Mme MESNARD) Coordination nationale des microstructures CNRSM (Dr Patricia Jeanson) EPSM Somme (Dr Valérie YON)
L'accès aux soins somatiques	F9	Favoriser l'accès à un médecin généraliste, acteur de soins primaires et coordonnateur de soins	EPSM Somme (Dr TISON) CH ABBEVILLE		ARS CHIMR (Dr Charles-Edouard) Service santé de la CABS CHU Amiens (Lineda CHERTIOUA) CH DOULLENS
L'accès aux soins somatiques	F10	Favoriser l'accès à des soins somatiques secondaires et tertiaires de qualité	EPSM Somme (Dr TISON)		ARS (DAC) CHU Amiens (Sandrine FAUCHER) Service santé de la CABS CH DOULLENS
L'accès aux soins somatiques	F11	Soutenir les professionnels de santé des soins primaires dans la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux	EPSM Somme (Dr TISON) CH ABBEVILLE		ARS (DAC) Service santé de la CABS EPSM (Dr Valérie YON)
L'accès aux soins somatiques	F12	Promouvoir des actions de prévention ciblées sur la santé physique et l'éducation à la santé des personnes suivies pour des maladies psychiatriques chroniques	EPSM Somme (Dr TISON) CH ABBEVILLE		ARS DSDEN 80 Service santé de la CABS EPSM Somme (Dr Valérie YON)
	F13	Retours et partage d'expériences Covid 19	EPSM Somme (Dr GUILLAUMONT)	MAIA Est (Aurore PIAT)	ARS CH Péronne (M. MALRIC, Mme MESNARD)

Organiser la coordination du PTSM

Objectif général

- ① Coordonner dans la durée l'ensemble des travaux du Projet Territorial de Santé Mentale de la Somme

Objectifs spécifiques

- ① Relier dans une programmation cohérente et pluri annuelle les actions qui composent le PTSM
- ① Mettre en œuvre les activités de développement du PTSM
- ① Faciliter la transmission d'informations entre partenaires issus des champs d'intervention différents

Objectifs opérationnels

- ① Préparer et suivre les directives relevées par l'instance de décision du PTSM
- ① Contribuer au maintien de la dynamique d'acteurs enclenchée lors de la conception du PTSM par un processus de co-construction permanent
- ① Animer les groupes de travail et relier les différentes productions
- ① Elaborer un support partagé d'informations adapté

Public cible

Tout acteur impliqué au sein du PTSM

Justification de l'action

L'interconnaissance des acteurs, l'articulation, la coordination et le renouvellement des modes de coopération, la formation interprofessionnelle sont les 3 thématiques davantage mises en évidence dans l'ensemble des échanges des groupes de travail. Ces priorités ont toutes un fort besoin de coordination pour réussir.

Un personnel compétent, dédié est alors sollicité pour répondre aux nombreuses tâches liées à l'opérationnalité des actions du PTSM.

A ce jour, il n'existe pas d'instance de pilotage déclarée dans la durée. Au-delà de ces actuelles prérogatives, l'actuel Comité de pilotage est amené à se prononcer sur les conditions de succès et les meilleurs choix de fonctionnement dans la durée.

Actuellement peu d'acteurs du territoire ont une vision globale des dispositifs existants. La nécessité d'une coordination s'impose, non seulement pour faciliter une meilleure articulation entre les dispositifs, mais aussi pour initier les actions illustrées par les fiches actions, et communiquer efficacement sur son suivi.

Il apparaît nécessaire au plus grand nombre de participants aux groupes de travail d'instaurer une coordination spécifique au PTSM, en lien avec les partenaires régionaux, départementaux et locaux.

Liens avec le diagnostic territorial

De multiples coopérations, réglementées ou non, ont été formalisées dans le champ de la santé mentale dans la Somme. En ressort une volonté affirmée et consensuelle de poursuivre et de consolider le travail engagé pour améliorer les parcours de soins et de vie des personnes et de leurs proches. Des démarches partenariales ont été engagées, des conventions signées, des protocoles établis.

A partir du fondement même du PTSM qui se met en place (une meilleure articulation de tous les acteurs), les orientations validées nécessitent pour leur mise en œuvre effective à la fois un mode de gouvernance adapté et des moyens de coordination spécifiques.

Détails de l'action, étapes, modalités pratiques

Suivi des objectifs opérationnels de chacune des Fiches Actions du PTSM

Liaison régulière avec l'instance territoriale de formation

Etude et recherche de moyens complémentaires : moyens techniques, humains et financiers

Accompagnement des différents acteurs dans la réflexion et la production collective, en lien avec les orientations du PTSM

Mise en liens avec les productions du PRS 2, du PMP (notamment les filières psychiatrie et addictologie) du GHT,

Appui des pilotes et co-pilotes des actions

Animation et suivi des groupes de travail

Mise en place de synthèses partenariales en lien avec les priorités du PTSM et le développement de ses actions. Le support partagé d'informations trouvera son développement dans la réalisation concrète de la fiche action portant sur la plateforme/ panorama des acteurs.

Veille et collaboration active avec l'ensemble des PTSM de la Région des Hauts-de-France. Contribution aux travaux communs engagés par l'ARS pour une politique régionale en santé mentale. Mise à disposition des initiatives et expertises collectées dans le PTSM de la Somme.

Porteur(s)	Co-porteur(s)	Contributeur(s)
------------	---------------	-----------------

		ARS
--	--	-----

Place des usagers

Il s'agit d'assurer la représentation des usagers au sein de l'ensemble des niveaux de gouvernance dédiés au PTSM : instance de pilotage, comité technique, groupes de travail, assemblée plénière.

Ressources nécessaires

- Moyens spécifiques en ressources humaines
- Création d'un poste de coordinateur/coordinatrice. Temps plein requis. Compétences définies selon profil de poste
- Partage des réflexions et actions territorialisées avec les coordinations des 2 CLSM Abbeville et Amiens
- Temps d'échanges avec les autres PTSM de la région Hauts-de-France
- Appui informatique conséquent

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Suivi actualisé des travaux des fiches actions, bilan annuel de la démarche du PTSM
- Suivi régulier des porteurs et co-porteurs de projets
- Suivi de l'ensemble des indicateurs des fiches actions
- Existence d'un plan global de communication, disponible et actualisé

Calendrier

2021 Rédaction de la fiche de poste du coordonnateur-trice du PTSM

2021 et suivantes Organisation de la coordination et mise en œuvre des actions

Analyse DD croisée avec PRS		Autres liens FDR, CSL, CLSM...
Rattachement PRS	Rattachement au actions/opération du plan d'actions SM	
OG 9 OP 2	3.2 Accompagner les PTSM	

AXE

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux

Intitulé de l'action

REALISER UNE PLATEFORME / PANORAMA DES ACTEURS

Objectifs généraux

- ① Renforcer la connaissance réciproque des professionnels pour améliorer la qualité de l'offre d'accompagnement
- ① Dépasser les logiques d'acteurs et inciter au déploiement d'une mise en réseau des acteurs

Objectifs spécifiques

- ① Repérer **l'existant**, identifier l'ensemble des acteurs, des services, des institutions, des dispositifs intervenant dans le champ des troubles psychiques, l'accès aux soins et aux accompagnements.
Rendre visible cet existant (lieux et structures) et le renforcer. Recenser les **missions** de chacun : des aides possibles à aller chercher
- ① Créer un **support informatique**, concevoir son architecture
- ① Permettre et faciliter des **misés en lien d'acteurs**. La plateforme doit être génératrice de liens, de coopérations, une aide à la rencontre entre dispositifs, institutions, associations
- ① Valoriser dans la durée les apports liés au **partage d'informations et d'expériences**

Objectifs opérationnels

- ① Inventer un **contenu** informatif, actualisable, réactif
- ① S'appuyer sur les **centres ressources existants** (CREPHSY, MDPH...)
- ① Croiser le contenu de la plateforme avec les productions des 2 **CLSM** Amiens et Abbeville sur le département : annuaires, guides des ressources (Abbeville : *Informé, orienter et accompagner les jeunes en souffrance psychique et/ou en situation de handicap* – Guide à destination des professionnels. Amiens : *Guide pratique en santé mentale : soins et structures sur Amiens* / Mise à jour en cours)

Public cible

Professionnels de santé, bénévoles, toutes équipes et associations intervenant dans les champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, acteurs de la cité

Approche Parcours de santé et de vie

Le contenu de la Plateforme est à croiser avec les problématiques existantes et les parcours des personnes. Il est préconisé d'accorder une attention particulière aux situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes et à la continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements, prenant en compte les réponses à apporter lors des passages à l'adolescence, à l'âge adulte et celles liées au vieillissement. Il est important de préciser les **âges charnière**, de mieux les identifier pour ainsi, éviter les ruptures de parcours.

Liens avec le diagnostic territorial

Le diagnostic territorial partagé de la Somme a permis à différents acteurs, professionnels, usagers et familles, d'échanger à partir de données statistiques et épidémiologiques, mais aussi de leurs constats qualitatifs sur les problèmes psychiques des populations du territoire et des réponses apportées.

Il existe beaucoup d'acteurs et d'initiatives. Parmi les freins soulignés, la méconnaissance relative de l'ensemble des services, des dispositifs et actions existants dans ce domaine, est fréquemment mise en évidence.

Justification de l'action

Au-delà d'expliciter le « *Qui fait quoi ?* », « *Qui intervient quand ?* », il s'agit de mieux comprendre le rôle et la mission de chacun, jusqu'où commence-t-elle et jusqu'où va la mission de l'autre... Comment puis-je faire appel à d'autres professionnels ? Les besoins sont différents entre professionnels (1ère ligne, médico-social...). Savoir s'interpeller ? Notions de **subsidiarité**. **Interactivité**. **Transférabilité**. Conventionnement et outils de liaison entre services, établissements, organismes.

Cette action met l'accent sur la visibilité des ressources. Elle est le préalable à la mise en réseau. Il s'agit de contribuer à une dynamique de **complémentarité**.

Les constats généraux issus des professionnels font état d'une bonne connaissance sur leur propre secteur d'intervention, mais peu sur les autres territoires. Par ailleurs, le turn-over des personnels est évoqué.

Détails de l'action, étapes, modalités pratiques

- collecte et ordonnancement des informations
- validation des contenus. Choix des portes d'entrée (soin, accueil, accompagnement, formation...)
- choix du support informatique et tests d'usage de la Plateforme.
- mise à disposition, communication, diffusion

Porteurs	Co-porteur	Contributeurs
EPSM Somme CH Abbeville	ESPOIR 80	ARS CLSM Amiens MDA CLSM Abbeville Conseil Départemental Territoire Picardie Maritime MDPH MAIA Est Coordination nationale des microstructures CNRSM

Place des usagers

Il est possible d'associer des représentants des usagers pour une meilleure compréhension des contenus de la Plateforme et de son utilisation optimale. L'ensemble des associations est présent sur la Plateforme.

Ressources nécessaires

- Hébergement et accompagnement informatique
- Poste de création et de suivi de l'utilisation de la plateforme
- Coût de conception
- Temps de mise en œuvre et suivi
- Temps de mises à jour régulières

Indicateurs de suivi et d'évaluation

Taux d'utilisation de la Plateforme
 Amélioration des usages de la Plateforme : mise en liens d'acteurs
 Evolution des besoins
 Evolution de la mise en réseau d'acteurs

Calendrier

2021 : Repérages de réseaux informatiques existants. Choix de l'accompagnement / place du numérique.
 Collecte et ordonnancement des informations

2022 : Evolution des usages de la plateforme. 1er bilan et aménagements de son utilisation

2023 :

En continu : valorisation de l'existant

Analyse croisée avec PRS		Autres liens FDR, CSL, CLSM...
Rattachement PRS	Rattachement actions/ opérations du Plan Action SM	
OG 9 OP 3	3.1 Développer l'interconnaissance des professionnels du champ sanitaire, social et médico-social sur le handicap psychique	PRédice CREPSY CLSM Abbeville (travaux sur répertoire des acteurs)

AXE

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux

Intitulé de l'action

DEVELOPER LA FORMATION DES ACTEURS

Objectifs généraux

- ① Renforcer une culture commune en santé mentale
- ① Décloisonner les pratiques en s'appuyant sur la formation des acteurs

Objectifs spécifiques

- ① Co-construire et co-animer des programmes de **formation continue** en cohérence avec les besoins du terrain exprimés par les acteurs de la santé mentale. Identifier les acteurs compétents. Mettre en place un panel de formations diversifiées et adaptées à ces besoins
- ① Proposer des aménagements, être force de proposition pour les programmes de **formation initiale**

Objectifs opérationnels

- ① **Identifier** l'ensemble des **formations existantes** actuellement à l'attention des acteurs de la santé mentale. Recenser les porteurs des programmes, les déroulés de formation. Porter à la connaissance des acteurs l'actualité et les nouveautés de façon continue.
- ① Privilégier les formats les plus adaptés aux besoins des acteurs. **Inventer de nouveaux standards** de formation : immersion réciproque (travailler dans le champ de l'autre), formations croisées, visites sur sites, échanges de pratiques, co-construction.
- ① Mettre en place une **instance territoriale de formation**

Public cible

Tout professionnel et bénévole issu des champs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, associatifs, libéraux et hospitaliers

Approche Parcours de santé et de vie

La **continuité et la coordination des prises en charge** sont à relier aux objectifs de la formation des acteurs. Si les contenus de formation sont nécessaires à appréhender, dans leur diversité, leur adaptation aux besoins, leur utilité, ils sont à mettre en correspondance avec les résultats envisagés de ces formations : une meilleure connaissance des uns et des autres, un partage d'expériences, conduisant à de nouvelles formes de travail et une coordination des intervenants, professionnels de santé et du médico-social sur le terrain. **Le décloisonnement des pratiques est attendu dans un but de mieux fluidifier les parcours de santé mentale.**

Justification de l'action

Cette action traverse l'ensemble des réflexions des groupes de travail qui ont préfiguré la feuille de route du PTSM de la Somme.

Si les propositions de formation existent déjà, professionnels du médico-social, équipes des établissements, professionnels de santé, personnels éducatifs, professionnels en proximité avec les usagers, professionnel des services pénitentiaires, bénéficiaires des services (...) font état de manques ou de méconnaissances de

l'existant (Exemples d'initiatives : formation des enseignants au repérage / CLSM Abbeville, formations dispensées par le CREHPSY, formations des aidants dispensées par EPSoMS-EPISSOS...). Alors que l'offre existe, il s'agit de permettre aux acteurs de se saisir de cet existant. Les équipes éducatives notamment, mentionnent les besoins pour mieux connaître/dédramatiser la maladie mentale/mieux appréhender la communication avec les soignants/mieux travailler l'adhésion aux soins.

La journée régionale Psychiatrie et Santé Mentale qui s'est tenue à Amiens en janvier 2020 a également mis en évidence l'importance de la formation des acteurs, qu'ils soient professionnels ou bénévoles. Les exemples présentés ont suscité une motivation supplémentaire à concevoir des formations communes (invitant au sein d'un même programme, des participants aux horizons différents) et élaborer des programmes co-construits. Les **formations croisées** sont à investir et doivent être facilitées.

La mise en œuvre de **formations interprofessionnelles, interdisciplinaires et interinstitutionnelles** sur les dispositifs sanitaires, sociaux et médicosociaux, sur l'approche des pathologies mentales, est fréquemment citée. Les formations doivent être portées à la connaissance du plus grand nombre et **tenir compte de ce qui existe déjà**.

Distinguer ce qui est de l'ordre de la **sensibilisation** et de la formation. Ne pas oublier **les acteurs de 1ère ligne** (et non soignants) : auxiliaires de vie, assistants familiaux, lieux sociaux, personnels des CCAS, personnels éducatifs exerçant en milieu pénitentiaire, sapeurs-pompiers...

La Plateforme des acteurs (Cf. Fiche Action N°1) et le développement des actions de formation contribuent dans la Somme, à la **diffusion des bonnes pratiques**, notamment à destination des **acteurs les plus isolés** dans leur exercice professionnel ou dans leur institution respective.

Lien avec le diagnostic territorial

Face au manque de connaissance des troubles psychiques, aux difficultés de partenariat et aux cloisonnements évoqués, la formation est citée de manière consensuelle par les professionnels comme occasion d'y apporter des réponses. Les stages de formation croisée permettant de « faire évoluer les représentations (...) sont une vraie plus-value ». « La formation continue est pauvre en offre dans le champ de la santé mentale, dans le champ de la psychiatrie, dans le champ de la prévention du suicide (...). La formation des enseignants est importante pour le repérage précoce. Il y a nécessité de former les équipes des ESMS sur les troubles du comportement (...), [il y a un] besoin de formation et d'aide pour les soignants et les aidants ».

Détails de l'action, étapes, modalités pratiques

Identification de l'ensemble des formations existantes actuellement à l'attention des acteurs de la santé mentale, les besoins couverts ou non, les manques, les atouts, les cadres existants (formation professionnelle, certification des organismes formateurs), les ressources potentielles pour développer dans la durée, un ensemble de formations aux formats divers et répondant aux besoins. Proposition de formats courts, aux thématiques adaptées, faciles d'accès.

L'instance territoriale de formation veille à l'**articulation** des formations proposées. Dans une perspective de **collégialité**, elle instaure une réflexion partagée et suggère des programmes communs, des réponses « à la carte ». En suscitant aussi l'intérêt des intervenants et formateurs, elle est **l'interface** entre les promoteurs, les concepteurs et réalisateurs des formations. Elle est **porteuse** de suggestions et d'**innovations**.

Etablissement des **liens avec la formation-recherche** : accueil en IUFM, Universités d'Amiens, établissements de santé, rencontres étudiantes...

Porteurs	Co-porteurs	Contributeur(s)
EPSM Somme CHU Amiens	EPSM Somme	ARS CLSM Amiens DSDEN 80 CLSM Abbeville Conseil Départemental Territoire Picardie Maritime CH Péronne Coordination nationale des microstructures CNRSM

Place des usagers

Les usagers et leurs représentants sont invités à participer aux formations les concernant, mais aussi à investir une place dans la conception des formations inter disciplinaires.

Les usagers et leurs représentants sont également sollicités pour participer à des rencontres d'information visant à promouvoir les formations décroisées.

Ressources nécessaires

- Moyens recherchés pour toutes les étapes de mise en place des programmes de formation
- Temps de promotion de l'existant : moyens de communication
- Aide à l'accès aux formations pour les participants potentiels
- Moyens de fonctionnement de l'instance territoriale de formation, dont moyens financiers spécifiques

Indicateurs de suivi et d'évaluation

Suivi de l'activité de formation

Mesures d'impact recherchées pour chacune des formations ayant trait à l'amélioration et au décroisement des pratiques d'acteurs

Indicateurs de suivi de l'instance territoriale de formation : processus et résultats

Calendrier

2021 Etat des lieux. Mise en œuvre et développement des programmes de formation, à partir de l'existant

2021 Suivi des préconisations dans le temps de l'instance territoriale de formation

2022 et suivantes Amplification des programmes de formation.

Analyse croisée avec PRS		Autres liens
Rattachement PRS	Rattachement actions/ opérations Plan Action SM	FDR, CSL, CLSM...
OG 9 OP 5 Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité.	5.4 Montée en compétence des professionnels chargés d'animer ou de conduire les projets de territoire dans le champ de la santé mentale	CLSM CREPSY

AXES

**Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et
aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux
Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence**

Intitulé de l'action

PROMOUVOIR ET ACCOMPAGNER L'AIDE AUX AIDANTS

Objectifs généraux

- ① Développer l'accompagnement des aidants
- ① Apporter une réponse adaptée à leurs besoins

Objectifs spécifiques

- ① Revisiter la place des aidants, en fonction des besoins
- ① Donner des clés de compréhension aux familles
- ① Mettre en œuvre de nouveaux modèles d'intervention des aidants et encourager les initiatives
- ① Augmenter les propositions, les aides, les places de répit sur le département

Objectifs opérationnels

- ① Recenser et promouvoir les outils pour les aidants : anticipation des situations, connaissance des ressources, formations adaptées, ETP
 - ① Créer des communautés soutenant pour les familles
 - ① Développer des actions d'information et de sensibilisation
-

Public cible

Toute personne en situation d'aidant. Tout professionnel et bénévole en situation d'aider les aidants.

Approche Parcours de santé et de vie

La prise en charge de la psychiatrie ne prend pas suffisamment en compte la dimension globale de la personne. La famille doit être entendue au même titre que le sanitaire. Pourtant, les pratiques changent, évoluent. Il y a une ouverture, une amélioration : guidance parentale, plateforme diagnostic des troubles de l'autisme, veille aux approches systémiques des Pays du Nord (demande de prise en charge systémique...), RAPT-MDPH, pair-aidant...

A la réflexion portant sur les âges charnières, s'ajoute l'intention de centrer le questionnement sur la place de la personne (la personne au centre) et sa prise en charge globale. Le parcours de santé mentale intègre ces évolutions.

Justification de l'action

La place des aidants et de la famille revêt une grande importance. Le soutien familial est primordial, comme peut l'être la guidance parentale.

La place des parents et le rôle de la famille : information, acceptation de la différence, orientation, appréhension et connaissance des institutions, gros besoin de soutien, place des aidants

Il est attendu que les aidants soient systématiquement reçus par les professionnels. Bien (mieux) définir les aidants et leur place. Il n'y a pas que la famille qui est aidant. Savoir qui fait quoi, les professionnels aussi...

Il existe beaucoup de choses dans ce domaine; les initiatives sont nombreuses (CH Pinel, UNAFAM, MDPH, Plateforme de répit, EPSomS...) mais pas toujours identifiées, connues et valorisées. Le travail avec les familles est à faire connaître (exemples : Profamille / CH Pinel, groupes de parents, groupe de travail Inclusion à domicile, cafés des aidants...). Il est aussi à croiser avec les orientations du Département de la Somme (MDSI). La MDPH travaille actuellement sur les situations à risque potentiel pour anticiper les difficultés avec les équipes qui vont à domicile.

Cette priorité apparaît dans l'ensemble des groupes de travail. Le groupe portant sur le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux souligne l'intérêt d'une telle fiche action également pour les autres groupes, prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence, accès aux soins somatiques.

Liens avec le diagnostic territorial

Parmi les initiatives relevées, l'Unafam représente les familles et défend leurs intérêts dans différentes instances sanitaires et de concertation. Elle mène une «activité d'accueil, de formation et de défense des droits» des personnes souffrant de «troubles psychiques sévères», de leurs familles et de leurs proches.

Tenue de permanences à Abbeville, Péronne et Amiens, organisation de rencontres conviviales et de conférences dans lesquelles des professionnels spécialisés du département interviennent, l'association propose aussi plusieurs thématiques de formation à destination des professionnels. Elle organise des journées d'information sur les troubles psychiques, des ateliers d'entraide Prospect et une formation «mieux communiquer avec son proche bipolaire» pour les aidants familiaux. En partenariat avec le CH Pinel, l'Unafam promeut la formation Profamille.

Cependant, il «manque de coordination entre les organisations, les réseaux et les acteurs de 1^{re} ligne : les aidants, la famille». Les familles sont des ressources et participent au «maillage». Pour autant, elles se disent en «grande difficulté, (...) sans possibilité d'hospitalisation ni de relais» lorsque leur proche va mal.

Face aux constats relatant l'essentielle place de la famille et des aidants, il apparaît très pertinent d'aider au développement des initiatives existantes ou émergentes sur le département.

Détails de l'action, étapes, modalités pratiques

Faire connaître les initiatives existantes

Promouvoir les supports

Développer les évaluations pour diffuser et démultiplier les différents modes d'accompagnement

Transférer les exemples et actions significatifs région Hauts-de-France et hors région dans le département de la Somme

Porteur	CoPorteur	Contributeur(s)
EPSM Somme	UNAFAM	ARS CLSM Amiens ESPOIR 80 MDPH EPISSOS CLSM Abbeville Conseil Départemental Territoire Picardie Maritime

Place des usagers

Les familles sont souvent désarmées, en grande souffrance. En situation de crise et d'urgence, elles cherchent des réponses aux raisons de cette situation. Alors que la communication peut être difficile, la recherche d'aide passe par une meilleure fluidité de la communication.

Il importe dans le cadre de cette action de porter une attention toute particulière au **droit des personnes**.

Celui-ci a pour objectif de permettre aux usagers de mieux connaître leurs droits et de leur en faciliter l'exercice. La parole et le pouvoir d'agir font converger les droits des usagers des structures de soins, sociales et médico-sociales, notamment au travers de la participation des représentants des usagers et de la mise en place de dispositifs adaptés aux parcours de santé mentale.

La place des aidants, de leurs représentants, est également utile dans les formations (Cf. Fiche Action N°2 Développer la formation des acteurs).

Ressources nécessaires

- Appui sur les savoirs faire existants
- Temps de collecte, de repérage et de valorisation des actions déjà engagées
- Temps de création (modèles, outils)
- Temps de coordination

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Nombre de communautés soutenant (création / évolution)
- Nombre d'actions d'information et de sensibilisation
- Evénements annuels départementaux (ou régionaux) centrés sur l'aide aux aidants et leurs résultats

Calendrier

2021 : Création et développement des supports de communication. Liens avec la formation des acteurs. Appui aux initiatives

2022, 2023 : Tenue d'événements : information, promotion de l'aide aux aidants

	Analyse croisée avec PRS	Autres liens FDR, CSL, CLSM...
Rattachement PRS	Rattachement actions/ opérations du Plan Action SM /	
OG 9 OP 5 Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité	5.2.3 : Promouvoir la pair-aidance	

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux

Intitulé de l'action

DEVELOPPER LES EQUIPES MOBILES

Objectifs généraux

- ① Renforcer le « Aller vers » des équipes soignantes et médico-sociales dédiées pour la population éloignée du système de santé
- ① Contribuer à l'accès aux soins et à la prise en charge des publics en situation de vulnérabilité et/ou de précarité

Objectifs spécifiques

- ① Prolonger la réflexion sur la mobilité et ses enjeux dans le département : potentialité des équipes mobiles, maillage du territoire de la Somme (viser une équité d'intervention sur l'ensemble du département, investissement des communes rurales distantes des centres urbains)
- ① Expérimenter la mise en place d'une équipe mobile rapidement mobilisable à la demande des patients, des familles ou de différents partenaires, pour anticiper et évaluer les situations de crise de nature psychiatrique qui interviendrait à domicile, pour évaluer les besoins en soins, initier une prise en charge adaptée et une alliance thérapeutique avec les patients et l'entourage
- ① Mieux définir la précarité et ses liens avec la santé mentale : publics, approches spécifiques

Objectifs opérationnels

- ① Créer des dispositifs mobiles pluridisciplinaires en fonction des groupes définis selon la population et les âges
- ① Soutenir financièrement et techniquement le développement des projets en cours ou déposés et des équipes constituées (par exemples : EMP et EMPP)
- ① Expérimenter de nouvelles formes d'équipes mobiles sollicitées par les familles confrontées dans leur entourage à la situation d'une personne qui refuse les soins et ne trouvent pas dans les dispositifs de soin habituel de solution. Equipe sollicitée aussi par les bailleurs sociaux, les maires, les centres d'hébergement, les établissements scolaires et d'une manière générale chaque professionnel du territoire confronté à la situation d'une personne en difficulté psychologique ou psychiatrique et qui n'accepte pas ou plus les soins

Public cible

Professionnels de santé et du social, professionnels de 1^{er} recours, en proximité, qui sollicitent les équipes mobiles

Enfants, adolescents, adultes, familles, personnes âgées

Approche Parcours de santé et de vie

Le développement de l'ambulatoire, la diminution des séjours hospitaliers, la vie à domicile, les ruptures de parcours pour des situations de plus en plus complexes, la prévention à développer, caractérisent les parcours de santé mentale.

La logique de continuité et de prise en charge globale de la personne, le nécessaire renforcement des liens ville-hôpital, l'incitation du patient à s'engager dans une démarche de soins sont autant d'orientations qui rendent crédible l'approche par parcours de santé et donnent du sens à cette Fiche Action.

Justification de l'action

De nombreuses réflexions portent sur la pertinence et la capacité à développer des réponses mobiles sur le territoire, notamment envers les situations en amont de la crise. Celles-ci sont partagées par les trois groupes travaillant sur le repérage précoce, sur la prévention des situations d'urgence et sur l'accès aux soins somatiques.

Le « Aller vers » est une pratique à promouvoir fortement. La ruralité et les conditions de mobilité accentuent les besoins de repérage précoce et de prise en charge. Le lien est également à entretenir avec la gestion de ces situations de crise et d'urgence.

Plusieurs projets existent à ce jour, mais les équipes ne se connaissent pas entre elles (CH Abbeville : EMPP, projet déposé auprès de l'ARS, CH Pinel : EMPPAS). Chacun est conscient que les moyens actuels sont insuffisants.

Instaurer et partager une réflexion sur une équipe mobile (aussi) en direction des familles ? Difficile à mettre en œuvre, il existe pourtant des initiatives hors région (Ile-de-France). Veille de ces expériences et de leurs avancées.

Par ailleurs, le groupe a également échangé sur la nécessité de citer les équipes de liaison, qui ne sont pas des équipes mobiles, mais qui font un excellent travail d'interface entre les ESMS (Foyers de vie et EHPAD) et le CH Pinel.

Liens avec le diagnostic territorial

Parmi les actions existantes, l'Équipe mobile psychiatrique de prévention et d'accès aux soins (EMPASS) a pour mission d'aller «vers» les publics en situation de précarité et/ou d'exclusion pour faciliter la prévention, l'orientation et l'accès aux soins.

Comme à Abbeville (EMPP), cette équipe assure l'interface entre la psychiatrie et les autres équipes sanitaires, médico-sociales et sociales.

En lien avec les caractéristiques de ruralité et/ou de précarité, il s'agit de développer le « aller vers ».

Détails de l'action, étapes, modalités pratiques

Identification et renforcement des dispositifs existants sur le territoire

Définition élargie des compétences et des missions des équipes mobiles (professionnels, institutions, aidants, patients citoyens experts ...)

Création d'un groupe de travail sur les nouvelles formes d'équipes mobiles. Expérimentation sur un secteur du département

Accompagnement des professionnels

Porteur	Co porteurs	Contributeur(s)
ARS	EPSM Somme UNAFAM CH ABBEVILLE CH PERONNE	CLSM Amiens CLSM Abbeville (Clémentine JOBREDEAUX) Conseil Départemental Territoire Picardie Maritime MDPH CH PERONNE MAIA Est

Place des usagers

Les membres des groupes de travail rappellent l'importance de la participation de tous aux réponses en santé mentale. Pour parfaire la représentation des usagers dans les réflexions et actions engagées, leur place est attendue.

Les représentants des usagers présents (UNAFAM) soulignent l'importance du domicile, de la famille, du lieu de vie et font état du nécessaire décloisonnement entre le sanitaire, social et médico-social pour répondre au plus près des besoins.

Il importe dans le cadre de cette action de porter une attention toute particulière au **droit des personnes**. Celui-ci a pour objectif de permettre aux usagers de mieux connaître leurs droits et de leur en faciliter l'exercice. La parole et le pouvoir d'agir font converger les droits des usagers des structures de soins, sociales et médico-sociales, notamment au travers de la participation des représentants des usagers et de la mise en place de dispositifs adaptés aux parcours de santé mentale.

Ressources nécessaires

- Appui sur les structures sanitaires
- Organisation des équipes, moyens logistiques et effectifs
- Equipement pour réunions interdisciplinaires

Indicateurs de suivi et d'évaluation

Nombre d'équipes mobiles en activité et périmètre(s) d'action

Nombre de formations interprofessionnelles dédiées à ce développement

Nombre et type de conventions cadres signées

Nombre de visites à domicile pluridisciplinaires

Calendrier prévisionnel

2021 : Renforcement des équipes en place

2021 - 2022 : Augmentation des territoires couverts par une EMPP

2022- 2023 : Expérimentation de nouvelles formes d'équipes mobiles

Analyse croisée PRS		Autres liens FDR, CSL, CLSM...
Rattachement PRS	Rattachement actions/opérations du Plan Action SM	
OG 9 OP 2	2.1 Développer les équipes mobiles notamment les EMPP et les équipes de pédopsychiatrie => 2.1.3 Renforcer ou créer de nouvelles EMPP sur les territoires dépourvus	Contrat de Ville Abbeville / CLS Communauté d'Agglo de la Baie de Somme

AXE

Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence

Intitulé de l'action

HARMONISER LES REPONSES AUX SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE

Objectif général

- ① Harmoniser les réponses aux situations de crise et d'urgence en psychiatrie afin d'améliorer le service rendu aux usagers sur l'ensemble du territoire de la Somme

Objectifs spécifiques

- ① Favoriser le repérage précoce des situations d'urgence et de crise, en amont de leur apparition
- ① Améliorer la lisibilité des dispositifs existants répondants aux situations de crise et d'urgence
- ① Développer la formation des acteurs issus des différents champs

Objectifs opérationnels

- ① Mieux connaître les services d'urgence et leurs fonctionnements
- ① Identifier les acteurs de l'urgence et de la crise
- ① Répertorier les initiatives de formation existantes et appréhender leurs résultats

Public cible

Tout acteur et service impliqué dans les situations de crise et d'urgence, en amont ou en aval de celle-ci. Tout intervenant, soignant ou non, au sein du parcours de santé mentale.

Priorité affichée par l'ARS Hauts-de-France, les **enfants et adolescents** sont l'objet d'une attention toute particulière dans ce domaine.

Approche Parcours de santé et de vie

Il est utile de différencier les notions de crise et d'urgence :

L'urgence psychiatrique nécessite une prise en charge mixte somatique et psychiatrique : tentatives de suicide, intoxications médicamenteuses volontaires sans volonté suicidaire, états d'agitation psychomotrice, troubles confusionnels, troubles du comportement, troubles somatiques à expression psychiatrique, troubles dépressifs.

La crise : polarité ou expression psychiatrique prédominante. Il s'agit de pathologies aiguës, sans pathologie organique associée, correspondant à des crises survenant chez des patients connus ou non des services de psychiatrie, présentant un 1^{er} épisode ou une décompensation d'une pathologie chronique, y compris des idées suicidaires. Les principales pathologies rencontrées dans ce cadre sont des troubles dépressifs, des troubles bipolaires, des troubles psychotiques, notamment des troubles schizophréniques, des troubles post traumatiques, des troubles graves de la personnalité, des troubles anxieux et des situations de crise familiales.

Justification de l'action

La nature de cette action est ancrée dans les priorités nationales et régionales.

Mise en œuvre de la priorité n°4 du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale : « L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence »

L'harmonisation des réponses face aux situations de crise et d'urgence passe par l'information et la formation, la mise en réseau d'acteurs.

L'amélioration des dispositifs existants passe par une meilleure connaissance des missions d'un service d'urgences psychiatriques au sein des hôpitaux : évaluation somatique (bilan, évaluation des troubles somatiques associés), évaluation psychiatrique (contexte de crise, diagnostic des pathologies, évaluation des conduites addictives, reconnaissance des conduites suicidaires, identification des tiers aidants et recueil des informations fournies par l'entourage, évaluation sociale), surveillance/soins immédiats somatiques, psychiatriques et organisation de l'orientation et du suivi à moyen terme.

La **formation des acteurs** est fréquemment évoquée au sein des groupes de travail du PTSM.

Formation pour les personnels soignants, pour les non-soignants, les milieux sociaux et médico-sociaux : beaucoup de formations existent. Elles sont toutefois insuffisamment connues. Quelle communication promouvoir pour améliorer à la fois leur existence, leur connaissance, l'augmentation du nombre de places et le taux de remplissage, l'ouverture au plus grand nombre ?

Une **réflexion approfondie sur les modalités d'intervention** selon le type de public à former, leurs attentes et les objectifs recherchés, dans la perspective d'une réponse de formation graduée (professionnels de 1^{er} ligne, personnels soignants, travailleurs sociaux, familles d'accueil...) et **d'une meilleure efficacité dans la mise en réseau des professionnels** est à mener.

La place de la formation initiale et continue, la construction de l'après-formation pour soutenir les personnes formées, les dispositifs d'appui dans la durée, les nouveaux formats de formation sont autant de sujets qui viendront compléter cette orientation.

Liens avec le diagnostic territorial

Le diagnostic précise l'accueil en urgence pour motifs psychiatriques. 2 types de services hospitaliers interviennent pour le recours aux soins non programmé en psychiatrie.

- Les services d'accueil d'urgence (les « urgences »- SAU) accueillent les patients quel soit le motif médical de leur venue ; si celui-ci comprend une dimension psychique, ils sont d'abord vus par un professionnel de santé d'une discipline médico-chirurgicale, puis par un professionnel d'un service de psychiatrie. Selon les sites, la présence psychiatrique est permanente ou partielle (avec système d'astreinte). Ces services sont présents sur l'ensemble du territoire régional.
- Les services d'accueil psychiatrique d'urgence qui assurent l'accueil non programmé de patients en situation de crise. Ils peuvent avoir un statut de Centre d'accueil et de crise. Contrairement aux SAU, il s'agit de services de psychiatrie.

Certains services de psychiatrie pratiquent des admissions non programmées de patients en situation de crise.

Les urgences psychiatriques sont adressées au CHU d'Amiens et aux CH Abbeville et Péronne. Les psychiatres aux urgences générales sont de plus en plus sollicités pour la prise en charge précoce des traumatismes psychologiques auprès des psycho-traumatisés (accident de la voie publique, victimes d'agression, victimes de viol ou de violence conjugales...).

Au-delà de l'offre sanitaire, médico-sociale et associative présentée en santé mentale, et face au manque de connaissance des troubles psychiques, aux difficultés de partenariat et aux cloisonnements évoqués, la formation est citée de manière consensuelle par les professionnels comme occasion d'y apporter des réponses. « La formation continue est pauvre en offres dans le champ de la santé mentale, dans le champ de la psychiatrie, dans le champ de la prévention du suicide (...) la formation des enseignants [est importante] pour le repérage précoce (...), [il y a] nécessité de former les équipes des ESMS sur les troubles du comportement (...), [il y a un] besoin de formation et d'aide pour les soignants et les aidants ».

Conception et diffusion d'une information détaillée à l'attention des professionnels en santé mentale, dans les champs sanitaire, social et médico-social : les caractéristiques de la prise en charge, les spécificités des services d'urgence, le fonctionnement des équipes et les modes d'intervention

Soutien des acteurs de 1^{ère} ligne et des familles dans les situations de crise

Repérage des formations existantes, disponibles pour les professionnels et les associations, connaissance de leur existence et des possibilités d'accueil

Repérage et contribution au développement des initiatives de type « Mon plan personnel de gestion de crise » (Ateliers Réhab.ch)

Porteurs	Co Porteur	Contributeurs
EPSM Somme CHU Amiens (Pr DERVAUX)	CHU Amiens (Pr GUILLE)	ARS CLSM Amiens CHU Amiens ESPOIR 80 Clinique du campus CLSM ABBEVILLE CH DOULLENS UNAFAM MAIA Est CH ABBEVILLE CH PERONNE EPSM Somme

Place des usagers

Comment associer les familles à la gestion de la crise ? Dans 80% des cas, les aidants sont près ou proches du patient en état de crise.

Le recours aux urgences est une vraie prise de décision d'autant plus difficile à prendre qu'elle doit intervenir à chaud, en temps de crise, en essayant de garder la tête froide face à plusieurs points de vue au premier rang desquels figure celui du patient. Lors d'une crise, la personne est insensible à tout raisonnement et généralement refuse les soins. Parce qu'un passage par les urgences s'annonce comme ce qui deviendra un traumatisme, l'attitude de l'entourage revêt alors une forte importance. Un entretien peut parfois désamorcer une crise.

Le problème consiste d'ailleurs plutôt à bien préparer l'intervention afin d'utiliser les bons moyens au bon moment, ni trop tôt, ni trop tard.

Dans le contexte de l'urgence et de la crise, il s'agit de rendre plus systématique le travail avec les familles tant dans le désamorçage rapide d'une situation aigüe à fortes implications relationnelles, que pour étayer le projet de soin ultérieur et renforcer l'alliance future.

Les entretiens familiaux pour assurer cette alliance et l'orientation à venir - soutien de l'entourage au projet de soins - sont essentiels.

Il importe dans le cadre de cette action de porter une attention toute particulière au **droit des personnes**.

Celui-ci a pour objectif de permettre aux usagers de mieux connaître leurs droits et de leur en faciliter l'exercice. La parole et le pouvoir d'agir font converger les droits des usagers des structures de soins, sociales et médico-sociales, notamment au travers de la participation des représentants des usagers et de la mise en place de dispositifs adaptés aux parcours de santé mentale.

Ressources nécessaires

- Appui sur les initiatives existantes : groupe de travail sur l'importance de la post-urgence au CHU d'Amiens. S'adosser sur les travaux en cours
- Création d'outils de communication
- Montage de programmes de formation (en cohérence avec les propositions de la fiche action sur la prévention du suicide)
- Appui sur groupe de travail sur la place des aidants, de la famille (CH Pinel)
- Appui sur groupe de travail national 15 psy

Indicateurs de suivi et d'évaluation

Critère d'amélioration de la lisibilité des dispositifs existants / satisfaction des acteurs
 Amélioration de l'identification des acteurs de l'urgence et de la crise
 Impact des outils créés sur le repérage précoce des situations d'urgence et de crise
 Amélioration du soutien des acteurs de 1ère ligne et des familles dans les situations de crise
 Nombre de formations créées ou développées
 Nombre d'acteurs sensibilisés et formés
 Impact sur l'évolution et le mode d'organisation des services d'urgences

Calendrier

2021 : conception et diffusion des présentations détaillées des services d'urgence et des modes d'intervention
 2021 : repérage des formations existantes et des possibilités d'accueil
 Mise en œuvre des initiatives de type « Mon plan personnel de crise »

Analyse croisée PRS		Autres liens FDR, CSL, CLSM...
Rattachement PRS	Rattachement actions Plan Action SM	
OG 9 OP 1 : Repérer en prendre en charge précocement le risque suicidaire	1.1 Consolider et étendre le dispositif VIGILANS à l'ensemble des HDF Former les professionnels concernés par la prise en charge des suicidants	Feuille de route territoriale Somme : s'appuyer sur les MDA

PTSM de la Somme

Fiche Action N°6

AXE

Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence

Intitulé de l'action

RENFORCER LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE SUICIDAIRE

Objectif général

- ① Baisser la mortalité et la morbidité par suicide dans le département de la Somme

Objectifs spécifiques

- ① Impliquer l'ensemble des acteurs dans l'identification des facteurs de risque du suicide en vue d'activer les leviers de prévention
- ① Mieux former les professionnels de santé en s'appuyant sur le plan de formation déployé en région et ses différents modules : le repérage et l'orientation, l'évaluation du risque suicidaire, la gestion des crises
- ① Améliorer la coordination entre les acteurs de la prise en charge des suicidants
- ① Mieux prendre en charge les suicidants immédiatement à l'issue du geste suicidaire
- ① Promouvoir et développer le programme Vigilans

Objectifs opérationnels

- ① Clarifier et rendre lisible la coordination des différents acteurs de la prise en charge des suicidants
- ① Recenser l'ensemble des programmes de formation et de sensibilisation existants sur le département
- ① Porter à la connaissance des acteurs les résultats d'évaluation du programme Vigilans pour son développement dans la Somme.
- ① Développer un programme de prévention des conduites suicidaires à l'intention des collèges, lycées et universités et grandes écoles

Public cible

Professionnels et associations issus du sanitaire, du social, du médico-social et de l'éducatif

Approche Parcours de santé et de vie

Si le public jeunes est fortement concerné par cette problématique, les personnes âgées et les publics en situation de précarité souffrant de troubles psychiques ne doivent pas être oubliés. Le risque suicidaire est important pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

Justification de l'action

Mise en œuvre de la priorité n°4 du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale : « L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence ».

Les échanges du groupe ont fortement mis en évidence la problématique du suicide et de sa prévention dans le département.

Priorité du PRS 2 2018-2028 des Hauts-de-France, l'ARS agit dans son champ de compétence pour prévenir les comportements suicidaires au moyen d'actions diversifiées et complémentaires. Le PRS renforce cet engagement :

- ❶ Maintenir le contact avec les suicidants dès leur sortie de l'hôpital : numéro vert dédié, information du médecin traitant, rappel téléphonique régulier des suicidants... Plus de 12.000 personnes ont déjà bénéficié du dispositif Vigilans dans le Nord et le Pas-de-Calais. Il est en cours d'extension sur l'ensemble des Hauts-de-France. Cette innovation de l'ARS et du CHU de Lille a fortement contribué à une diminution globale des conduites suicidaires et des récidives. Ces indicateurs très favorables ont conduit le Ministère à annoncer le déploiement de Vigilans à l'échelle nationale d'ici fin 2020.
- ❶ Aider les jeunes à faire face à l'adversité : il s'agit d'accompagner le développement de leurs compétences « psycho-sociales », qui permettent à une personne de répondre aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne (savoir résoudre les problèmes, gérer son stress...)
- ❶ Prévenir le développement de risque suicidaire, notamment en intervenant de façon préventive lorsqu'un suicide a eu lieu au sein d'une collectivité

A propos du programme Vigilans

Le maintien d'un contact avec les patients sortis de l'hôpital après une tentative de suicide ainsi que de l'implantation de lignes d'appel sont des interventions reconnues dans la littérature comme ayant apporté les preuves de leur efficacité.

Les médecins traitants, psychiatres et psychologues traitants des suicidants sont prévenus de la mise en place du dispositif de veille (le processus d'alerte est installé sur une période de 6 mois). Des contacts téléphoniques et des envois de cartes postales sont prévus pour les patients récidivistes. Une carte comprenant le numéro d'appel de ressource régional est initialement transmis à chaque participant.

Contribuant à la mise en place de stratégies innovantes et répliquables dans la prise en charge des conduites suicidaires, il s'agit de promouvoir l'évaluation du programme conduite par la f2rsm psy.

Par ailleurs, développé en pédopsychiatrie, le protocole SECURIPLAN (adaptable chez l'adulte, proche du programme Vigilans) aide à la formalisation de la prise en charge de l'adolescent suicidant par les thérapies comportementales et met l'accent sur le volet prévention et facteur de protection de la crise suicidaire.

Le développement d'un programme de prévention dans les collèges, lycées, universités et grandes écoles

Dans le champ scolaire, les personnels de l'Education nationale - présents dans chacun des groupes de travail - constatent des troubles du comportement en hausse. Lorsque la crise est importante, ils font appel au Samu. C'est difficile d'aller vers les soins. Des essais d'accompagnement sont organisés vers le service social, mais les équipes restent démunies. Il s'agit de trouver des réponses constructives, adaptées, en lien avec la scolarisation à organiser en amont, avant la situation de crise.

Avec un travail étroit avec l'Education Nationale (enseignants, personnels de santé, chefs d'établissements, chargés de mission et conseillers techniques, parents d'élèves...), il y a lieu de sensibiliser et former ces acteurs visant à la déstigmatisation et à l'évolution des représentations sur le suicide, et plus globalement, à agir sur les déterminants de la santé mentale : prévention de l'isolement social, soutien social, renforcement des facteurs de protection individuels des plus jeunes, développement des compétences psychosociales, soutien à la parentalité...

Des liens sont à souligner avec d'autres programmes de formation (programme suricates, prévention du harcèlement scolaire, formation sentinelles, formation au repérage et à l'orientation des personnes en souffrance auprès des professionnels...).

Enfin, issue des travaux du groupe portant sur « le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux », la proposition d'une **instance territoriale de formation** sera porteuse de suggestions et d'innovations et veillera à l'articulation et la cohérence des formations proposées.

Liens avec le diagnostic territorial

Avec 1478 personnes hospitalisées en service de médecine-chirurgie avec un diagnostic de tentative de suicide en 2015 (CHU Amiens), la Somme se caractérise par une **forte morbidité suicidaire** (taux standardisé de 31,5 pour 10 000 vs 21,7 dans les Hauts-de-France, région connaissant les plus forts taux en France, tant pour les femmes que pour les hommes).

109 décès sont enregistrés annuellement dans le département entre 2012 et 2014, soit une surmortalité de 31% par rapport à la France métropolitaine.

Les professionnels souhaitent disposer de chiffres actualisés pour éclairer et relier ces états quantitatifs aux besoins exprimés par les acteurs et ainsi, arriver à des améliorations au profit des patients et de leurs familles. Travailler avec les propriétaires de ces données pour une mise à jour régulière des informations disponibles est recherché. La F2RSMPsy traite régulièrement les données sur les tentatives de suicide et les suicides.

Prolongeant le diagnostic initial, l'analyse des données du PMSI 2018 concernant la prise en charge des suicides et tentatives de suicide au CHU Amiens fait état des résultats suivants : 1208 séjours (âge à l'admission > 17 ans) sur l'année 2018, correspondant à 949 patients uniques. L'âge moyen à l'admission est de 42 ans. La durée moyenne de séjour est de 4.6 jours.

Les modes d'entrée de ces séjours sont essentiellement à partir du domicile avec passage aux urgences 1162 personnes (96 %), ou en provenance d'une unité de MCO (2%). Les modes de sortie de ces séjours sont le domicile (67 %) ou le transfert vers une unité de psychiatre (27 %).

(Source : CHU Amiens-Picardie. Départements d'information médicale au 26/04/2019)

Les données quantitatives disponibles actualisées par certains intervenants dans le groupe de travail comme les sapeurs-pompiers, montrent à l'évidence le nombre conséquent de tentatives de suicides : 200 sur le département de la Somme pour les mois de janvier et février 2020. (Source : SDIS Somme)

Au-delà des chiffres, alors que les professionnels constatent un taux de suicide alarmant, le manque de coordination entre les acteurs de la prise en charge des suicidants est souligné.

Détails de l'action, étapes, modalités pratiques

Collecte et exploitation des données épidémiologiques dans la durée

Argumentaire des manques dans la prise en charge. Exemple de manque criant : une unité d'hospitalisation post-urgences pour les patients suicidants, unité de courte durée, interface comblant un vide entre services d'urgences et services de psychiatrie en raison notamment de la nécessité d'une double prise en charge somatique et psychiatrique de patients sortants « incomplètement » soignés. Autres exemples : absence de structures d'urgence et de post-urgence pour les 17-18 ans et les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques.

Recensement des formations existantes dans le domaine de la prévention et de la prise en charge du suicide

Déploiement et mise en œuvre du programme Vigilans dans le département de la Somme

Mise en évidence d'autres protocoles aidant à la formalisation de la prise en charge de l'adolescent suicidant (exemple du « SECURIPLAN »)

Réalisation d'un programme d'actions dans les établissements scolaires et universitaires

Porteurs	Co-porteur	Contributeurs
EPSM Somme CHU Amiens (Pr DERVAUX) CH ABBEVILLE	CHU Amiens (Pr GUILLE)	ARS CLSM Amiens DSDEN80 CHU Amiens CHU Amiens MDA Clinique du Campus CLSM Abbeville CH DOULLENS CH PERONNE

Place des usagers

Dans une période « post passage potentiel à l'acte », la personne concernée a davantage besoins de soins. Les liens des personnels soignants avec les tiers et les entretiens familiaux pour assurer l'alliance et l'orientation sont nécessaires pour bénéficier du soutien de l'entourage au projet de soins à venir, et notamment s'il débute par des soins sous contrainte.

Il importe dans le cadre de cette action, de porter une attention toute particulière au **droit des personnes**.

Celui-ci a pour objectif de permettre aux usagers de mieux connaître leurs droits et de leur en faciliter l'exercice. La parole et le pouvoir d'agir font converger les droits des usagers des structures de soins, sociales et médico-sociales, notamment au travers de la participation des représentants des usagers et de la mise en place de dispositifs adaptés aux parcours de santé mentale.

Ressources nécessaires

- Relevé des données quantitatives
- Supports de formation (moyens humains, formateurs, moyens techniques, moyens de communication)
- Expertise en évaluation de programme
- Temps de conception et d'animation au sein des établissements scolaires et universitaires
- Temps d'ingénierie : concertation et coordination entre acteurs de la prise en charge des suicidants

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Evolution du nombre de tentatives de suicides et suicides
- Nombre de bénéficiaires du programme Vigilans
- Impact d'une organisation de recontacts après une tentative de suicide
- Nombre et types de programmes de prévention installés dans un établissement scolaire et universitaire
- Nombre et types d'acteurs impliqués
- Nombre et types de formations développées dans le département de la Somme
- Impact de ces formations sur la prévention du suicide

Calendrier

2021 – 2025 : collecte régulière et exploitation des données épidémiologiques

2021 Travail sur la lisibilité de la coordination des différents acteurs de la prise en charge des suicidants

2021 : recensement des formations existantes dans le domaine de la prévention et de la prise en charge du suicide

2021 : mise en œuvre du programme Vigilans dans le département

Mise en évidence d'autres protocoles aidant à la formalisation de la prise en charge de l'adolescent suicidant

3ème trimestre 2021 : lancement d'un programme d'actions dans les établissements scolaires

Analyse croisée PRS		Autres liens FDR, CSL, CLSM...
Rattachement PRS	Rattachement actions/opérations Plan Action SM	
OG 9 OP 1 Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire	1.1 Consolider et étendre le dispositif VIGILANS à l'ensemble des HdF Former les professionnels concernés par la prise en charge des suicidants	CLSM

TRAVAILLER EN RESEAU

Objectif général

- ➊ Renforcer la coordination et la coopération entre professionnels

Objectifs spécifiques

- ➊ Accentuer la connaissance réciproque des acteurs issus de tout secteur
- ➋ Promouvoir et développer les pratiques de coopération existantes
- ➌ Pérenniser les apports liés au partage afin de dépasser les logiques d'acteurs et consolider les passages de relais entre dispositifs/institutions/associations

Objectifs opérationnels

- ➊ Développer concrètement des outils de communication entre professionnels
- ➋ Susciter et organiser des retours d'expériences
- ➌ Mettre en œuvre la diffusion des « bonnes pratiques »

Public cible

Tout professionnel et intervenant dans le département : établissements et équipes soignantes, secteur médico-social, secteur social

Approche Parcours de santé et de vie

La lisibilité des parcours patients, avec une bonne distinction des temps d'urgence, de crise et de post-crise, évite une confusion des rôles entre les différents acteurs de la prise en charge. La coordination des différents partenaires est d'autant plus facilitée qu'il y a consensus sur les termes employés. La notion d'urgence, dans un contexte de santé, renvoie aux notions de risque vital pour soi-même ou autrui et à la nécessité d'une évaluation médicale.

La démarche de parcours, au regard du travail en réseau, assure une meilleure orientation, une continuité et une cohérence des soins dispensés.

Est également questionnée dans le groupe, la notion de coordonnateur de parcours, qui serait de nature à fluidifier les relations et coopérations entre acteurs, au profit des usagers.

Justification de l'action

Le travail en réseau est qualifié de grande priorité. Le chantier Santé Mentale de l'ARS Hauts-de-France précise, parmi les priorités retenues dans le PRS 2, le développement de l'interconnaissance des professionnels.

Si la coordination et la coopération des équipes soignantes existent déjà entre professionnels de la psychiatrie, il s'agit de les renforcer. Les soins urgents relèvent d'un recours à un service adapté, d'accueil non programmé, urgent et médicalisé en CHG avec présence psychiatrique.

Les soins de crise relèvent d'une même immédiateté mais peuvent être accueillis dans un centre de crise avec présence médicale et paramédicale psychiatrique, mais sans nécessité de plateau technique général.

Les soins non programmés sont déclenchés lors de la perception de symptômes d'un état critique, dans des lieux de consultation dédiés (CMP, créneaux de consultations non programmées des centres de crise, et des services de psychiatrie dans lequel un patient est connu dans la mesure du possible, consultations non programmées de psychiatres libéraux, des cliniques, des patients récemment pris en charge dans des services d'urgence ou de crise).

Les acteurs de prévention et de consolidation, tant dans le médico-social, la médecine de ville ou l'hospitalisation au long court des CHS, sont des acteurs clefs du parcours d'urgence en tant que sentinelles et susceptibles de dispenser les gestes de premiers secours psychiatriques, avant la prise en charge par les secteurs d'urgence et de crise spécialisés.

Au-delà des équipes soignantes, l'articulation et la collaboration entre professionnels passe par la connaissance réciproque des acteurs et des services : bien connaître les professionnels à qui l'on s'adresse. Comment mieux se connaître ? Quel accès aux coordonnées des soignants ? Quelle interface prévention/soin ?

Par ailleurs, il est attendu l'exploration des apports liés au partage d'expériences afin de dépasser les logiques d'acteurs et de consolider les passages de relais entre dispositifs/institutions/associations.

La diffusion des « bonnes pratiques » stimulerait le partage des connaissances et des savoirs expérientiels et permettrait la formation continue. Cette diffusion, notamment à destination des acteurs professionnels les plus isolés dans leur exercice, décroïsonne les pratiques en vue de fluidifier le parcours.

Promouvoir l'échange d'expériences, c'est permettre le soutien des pratiques elles-mêmes, le soutien aux acteurs de ces pratiques, aux outils et méthodes liés à ces pratiques, aux compétences nécessaires pour l'exercice de ces pratiques, aux savoirs, savoir-faire et savoir-être issus de ces pratiques. C'est aussi l'intérêt à connaître ce qui se fait ailleurs, rencontrer d'autres acteurs professionnels ou associatifs, faciliter l'expérimentation, le déploiement des projets.

Le travail en réseau est également mis en exergue dans le groupe sur le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux (Fiche Action sur la réalisation d'une Plateforme/Panorama des acteurs créatrice de liens) et dans le groupe portant sur les soins somatiques (à partir du médecin généraliste et des aides attendues pour les cas complexes).

Liens avec le diagnostic territorial

De multiples coopérations, réglementées ou non, ont été formalisées dans le champ de la santé mentale dans la Somme. En ressort une volonté affirmée et consensuelle de poursuivre et de consolider le travail engagé pour améliorer les parcours de soins et de vie des personnes et de leurs proches.

Le diagnostic territorial précise que la volonté de coopération entre psychiatrie et services médico-sociaux est réelle et a déjà donné lieu à un certain nombre de conventions ou accords : CLSM constitués à Abbeville et Amiens, Commission santé mentale constituée au sein du Conseil territorial de santé, Pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE), dispositif Rapt qui vise « à travers une approche systémique mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, à créer les conditions nécessaires permettant d'assurer la continuité des parcours des personnes handicapées)...

Entre établissements de santé, des accords existent également. Quelques-uns ont été définis dans le cadre du GHT Somme – Littoral sud.

Ce sont autant d'instances propices à la création ou au développement de coopérations, favorables aux parcours de soins et de vie coordonnés, auxquels les médecins généralistes doivent également être associés.

Au regard de ces observations liées aux conventions et aux coopérations, le travail en réseau doit être amplifié, conforté.

Détails de l'action, étapes, modalités pratiques

Les professionnels de santé (libéraux, hospitaliers) font part de l'opérationnalité attendue, de leur besoin de création de supports à la concertation, pour discuter en réunion pluridisciplinaire, autour de cas cliniques.

- Relevés de situations et organisation des modalités de partage d'expériences
- Création des supports : outil de collecte, de repérage et de promotion des « bonnes pratiques »
- Diffusion des informations (expérimentations, vécus professionnels)
- Renforcement des coopérations entre établissements du département de la Somme

Porteurs	Coporteur	Contributeurs
COPIL PTSM EPSM Somme	MAIA Est (Mme PIAT)	ARS PJJ CLSM Amiens DSDEN 80 MDA Clinique du Campus CLSM Abbeville Conseil Départemental Territoire Picardie Maritime UNAFAM CH PERONNE CH ABBEVILLE

Place des usagers

La lisibilité des dispositifs doit se faire à partir de la place et de la compréhension des usagers. Une lecture aisée de ces différents niveaux, intervenants, filières de soin... sert l'objectif général d'une meilleure qualité de soin et d'accompagnement.

Les réflexions avancées par les participants du groupe soulignent la nécessité de partir de situations concrètes, rencontrées sur le terrain par les usagers.

Ressources nécessaires

- Appui sur les structures existantes et organismes ressources qui initient déjà un travail en réseau (MDPH, CREPSHY, F2RSMPsy, MDA, PJJ...)
- Etablissements de santé et leurs savoir-faire
- CLSM Amiens et CLSM Abbeville
- Modalités d'animation et d'échange des retours d'expériences
- Compétences en animation, communication et numérique

Indicateurs de suivi et d'évaluation

Nombre de retours d'expériences réalisés par année

Satisfaction des acteurs

Impact du travail en réseau sur l'échange de « bonnes pratiques »

Impact du travail en réseau sur l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des patients

Calendrier

Action conduite sur toute la durée du PTSM

2021 : recherche d'outils de communication efficaces

2021 : conception des temps et des modalités d'échange. Publication et promotion de retours d'expériences

2021 : recherche approfondie des potentialités du travail en réseau et des indicateurs d'évaluation

A partir de 2022 : accentuation des partages d'expériences et production des bilans

Transfert entre PTSM de la région des Hauts de France

Analyse croisée PRS		Autres liens FDR, CSL, CLSM...
Rattachement PRS	Rattachement actions/ opérations du Plan Action	



	SM	
OG 9 OP 3 Coordonner les démarches de soins et d'accompagnement social et médico-social	3.1 Développer l'interconnaissance des professionnels du champ sanitaire, social et Médico-social sur la Handicap psychique 3.1.2 Recenser les outils favorisant la coordination entre les champs sanitaire, sociaux et médico-sociaux	CLSM
OG 9 OP 4 Assurer la prise en charge des enfants et adolescents à risque	4.5 Améliorer la coordination dans la prise en charge des situations complexes (renvoi chantier Handicap-Opérations 131 et 1.3.3)	MDA

PTSM de la Somme

Fiche Action N°8

AXE

Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence

Intitulé de l'action

RURALITE & SANTE MENTALE

Objectif général

- ① Doter les territoires ruraux de ressources en santé mentale

Objectifs spécifiques

- ① Renforcer la présentation, la coopération et l'interconnaissance des acteurs
- ① Favoriser les pratiques « d'aller vers » en milieu rural
- ① Travailler davantage en proximité avec les communes

Objectifs opérationnels

- ① Mettre en place ou conforter le travail en réseau d'acteurs en zones rurales
- ① Guider les élus locaux dans la connaissance et les moyens d'agir

Public cible

Tout acteur intervenant en zone rurale

Approche Parcours de santé et de vie

L'habitat, les conditions de vie, l'accès aux soins et à la prévention (...) sont des éléments constitutifs du parcours de santé. Dans les territoires ruraux, l'offre sanitaire et médico-sociale existante, les modes de transport, les facilités de déplacement sont à appréhender fortement.

Justification de l'action

La ruralité, spécificité territoriale, apparaît transversalement à l'ensemble des groupes de travail, mais c'est toutefois le groupe portant sur la prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence qui l'a exprimé le plus fortement. Si l'ensemble des groupes a mis en évidence les caractéristiques départementales en matière de ruralité (et les liens directs avec le déséquilibre de l'offre de soin vis-à-vis des centres urbains), l'approche s'est davantage affirmée au regard de cette thématique.

Quatre réflexions de base ont engagé les travaux :

- La souffrance psychique dans le monde rural
- L'isolement accentué des personnes
- La place des travailleurs sociaux
- Le rôle des communes et de leurs élus

Les questions sont abordées différemment dans les zones rurales et urbaines. Dans ces secteurs, elles renvoient à davantage d'isolement, de nécessité de prévention. Pour autant, ce sont les mêmes attentes.

A la faible interconnaissance entre l'ensemble des intervenants, s'ajoute l'aspect « campagne ». En milieu rural, la place de la commune est importante. Le niveau est jugé pertinent pour agir. La proximité avec les élus locaux est relevée, comme l'est, le travail avec les maires. Il peut toutefois exister un positionnement difficile avec les habitants sur ces questions de santé mentale, du fait de la proximité de l' élu.

En zone rurale, les ressources sont moindres, mais la communication entre les professionnels y apparaîtrait comme plus facile (les acteurs se connaissent mieux). Presque un paradoxe ? Moins de moyens, mais mieux connus ?

Alors qu'il existe une vraie souffrance psychique dans le monde rural, l'isolement des personnes est lui aussi mis en évidence. Les retours d'hospitalisation sont complexes. D'où la besoin de favoriser « l'aller vers » plus spécifiquement en milieu rural. Le réseau est aussi à travailler en milieu rural.

Les travailleurs sociaux connaissent-ils suffisamment les ressources en santé mentale ? Ces professionnels sont en proximité des publics les plus vulnérables, précaires et préoccupés par la santé mentale qui les concerne au quotidien.

Cette action s'inscrit dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de **santé** identifiée dans le PRS 2 de l'ARS Hauts-de-France.

Liens avec le diagnostic territorial

La ruralité du territoire rend difficile l'accès aux soins, d'autant que les transports en commun sont jugés très insuffisants et que « beaucoup de personnes n'ont pas de moyens de locomotion propres ».

La densité d'habitants du département de la Somme (92 habitants au km²) est la plus faible des Hauts-de-France, après celle de l'Aisne. Les indicateurs socio-économiques situent la Somme, le plus souvent, en situation légèrement plus favorable qu'en moyenne régionale, mais nettement moins bonne qu'en moyenne nationale.

L'insuffisance en ressources humaines est largement soulignée; celles-ci se répartissent mal sur le territoire départemental, tant pour les psychiatres libéraux que pour les généralistes, très concentrés eux-aussi autour d'Amiens.

La ruralité d'une très large partie de la Somme et la mauvaise répartition de l'offre médicale, très déficitaire, contribuent aux faibles taux de prise en charge psychiatrique enregistrés dans le département, alors que la morbidité y est plus élevée, notamment les taux de tentatives de suicide.

Détails de l'action, étapes, modalités pratiques

Appui sur les annuaires des ressources en santé mentale couvrant l'ensemble du territoire départemental (exemple : annuaire des CMP) en capacité de répondre localement aux secteurs éloignés des centres villes

Mise en liens avec les partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux

Temps formalisés de rencontres avec les collectivités territoriales concernées (communes, communautés de communes, services du Département)

Collecte des besoins de formation spécifiques au monde rural

Porteurs	Co-porteur	Contributeurs
EPSM Somme CH ABBEVILLE	CHIMR	ARS EPSOMS CHIMR DSDEN 80 MDA CLSM Abbeville Conseil Départemental Territoire Picardie Maritime CHU Amiens

		CH DOULLENS CH PERONNE Coordination nationale des microstructures CNRSM EPSM Somme
--	--	---

Place des usagers

Issue des mondes citadin ou rural, la prise en compte des attentes et besoins de l'utilisateur est essentielle. Les associations existantes, les représentants des usagers, leurs familles, les aidants sont à solliciter fortement au regard des spécificités du monde rural : isolement des personnes, soutien des travailleurs sociaux, éloignement des services...

Ressources nécessaires

- Appui sur les équipes des MDSI, la PMI (Conseil Départemental de la Somme), la MSA
- Mobilisation de tous les acteurs (Etablissements, professionnels de santé libéraux, associations, collectivités territoriales...)
- Intégration des réflexions en cours portant sur les efforts de décentralisation des ressources (ex : maillage des MDA à venir sur le département, notamment la couverture sur l'est de la Somme)
- Formations adaptées selon des processus à distance et des formats accessibles
- Capacités rédactionnelles pour la création d'outils de communication et de liaison

Indicateurs de suivi et d'évaluation

Impact du réseau d'acteurs sur les facilités d'accès aux soins

Amélioration de la couverture des zones rurales en ressources en santé mentale

Satisfaction des professionnels et des élus locaux quant au rapprochement de l'offre

Calendrier

Fiche action couvrant toute la période du PTSM

2021 : création du guide départemental à l'attention des élus locaux. Connaissance au préalable, des outils et expériences existants dans ce domaine, au niveau national et régional

2021 : engagement de la réflexion sur les équipes mobiles en ruralité et les pistes d'actions adaptées (lien avec la fiche action « Développer les équipes mobiles » / groupe repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux)

2021-2022 : renforcement de l'offre de formation

	Analyse croisée PRS	Autres liens FDR, CSL, CLSM...
Rattachement PRS	Rattachement actions/opération du Plan Action SM / Pilote	
OG 9 OP 2	2.1 Développer les équipes mobiles notamment les EMPP et les équipes de pédopsychiatrie	Lien avec éventuel nouveau CLS pour L'EST du département.
OG 9 OP 3	3.3 Développer la télépsychiatrie	

**FAVORISER L'ACCES A UN MEDECIN GENERALISTE, ACTEUR DE SOINS PRIMAIRES
ET COORDONNATEUR DE SOINS**

Objectifs généraux

- ① Permettre à chaque personne présentant un trouble mental, quelle que soit son âge (enfant, adolescent, adulte, personne âgée) de bénéficier d'une prise en charge médicale adaptée et globale, par un médecin généraliste (ou médecin traitant) de proximité, en décloisonnant les soins somatiques et psychiatriques, afin d'assurer un suivi pérenne
- ① Prévenir et diagnostiquer les conduites et pathologies qui conduisent à une sur-morbi/mortalité

Objectifs spécifiques

- ① Limiter les ruptures de parcours de soins
- ① Amener la personne souffrant de trouble psychiatrique, sans médecin généraliste traitant à réintégrer le dispositif de soin commun
- Créer une véritable coopération entre les professionnels de la santé physique et de la santé mentale

Objectifs opérationnels

- ① Rendre accessible l'accès / Permettre la mobilité
 - ① Favoriser l'accès à un bilan de santé (diagnostic)
 - ① Préparer (éducation), orienter et accompagner la poursuite des soins (traitement, prévention) par un médecin généraliste exerçant à proximité du domicile.
-

Public cible

Adulte présentant une pathologie psychiatrique, notamment sévère entraînant des freins à l'accès aux soins somatiques, sans médecin généraliste traitant.

MG libéraux, MSP, ESP, CPTS, centres de santé

Approche Parcours de santé et de vie

Rupture de soins

Retentissement de la maladie mentale sur les parcours de soins : « non demande » et moindre recours, absence de plainte, problèmes de compliance, errance diagnostic, précarité sociale plus importante, vulnérabilité, intrication angoisses corporelles et problèmes organiques, négligence des soins...

Liens avec le diagnostic territorial

Dans le département de la Somme, moindre recours aux soins par rapport à la moyenne nationale

Justification de l'action

En France, le rôle essentiel de la médecine générale dans la PEC des patients présentant des troubles mentaux a été souligné dans de nombreux rapports portants sur la psychiatrie et la santé mentale publiés ces dernières années.

Pourtant et particulièrement chez les patients en situation complexe souffrant le plus souvent de maladies mentales sévères et persistantes, potentiellement en situation de précarité sociales, il existe un moindre recours aux soins et des ruptures de parcours de soins alors qu'il s'agit de populations présentant un risque accru de morbidité et de mortalité par rapport à la population générale.

Détails de l'action, étapes, modalités pratiques

Identification des personnes en rupture de soins ne bénéficiant pas de suivi médical par un MG référent : personnels des champs sanitaire, médicosocial, social, après échec lors des recherches de MG.

Favoriser l'accès à un bilan de santé complet : Centre d'examen de santé (CPAM) ou Consultation dédiée PASS ou Consultation ciblée EMPPASS (dispositif dédié à créer)
= consultations et bilans complémentaires paracliniques (au moins 2 temps de consultation)

Organisation d'une synthèse médicale

Préparation d'un projet de soin personnalisé

Psychoéducation du patient à l'intérêt d'un suivi et des « règles de bonnes conduites » (En lien avec la Réhabilitation)

Orientation et accompagnement du patient vers un MG de proximité. (au moins 2 temps de consultation)

Coordination Suivi et coopération avec le patient le MG choisi.

Réflexion à porter sur le médecin généraliste soutien au sein de certains ESMS avec une « rémunération / cotation » différenciées

Développement des liens avec le PRAPS PSH des Hauts de France, l'URPS et l'Ordre des médecins

Mise en valeur des structures et/ou projets de MSP, de CPTS et des centres de santé sur le territoire et la prise en compte spécifique de la dimension psychique

Valorisation de la PASS en psychiatrie et de sa position d'interface partenariale

Repérage et exploration des actions reliant les CMP et les médecins généralistes (visibilité des initiatives)

Porteurs

Coporteur(s)

Contributeurs

EPSM Somme CH ABBEVILLE		ARS CHIMR Service santé de la CABS CHU Amiens CH DOULLENS
----------------------------	--	---

Place des usagers

Sollicitation directe possible

Il importe dans le cadre de cette action de porter une attention toute particulière au **droit des personnes**. Celui-ci a pour objectif de permettre aux usagers de mieux connaître leurs droits et de leur en faciliter l'exercice. La parole et le pouvoir d'agir font converger les droits des usagers des structures de soins, sociales et médico-sociales, notamment au travers de la participation des représentants des usagers et de la mise en place de dispositifs adaptés aux parcours de santé mentale.

Ressources nécessaires

Pérennisation et consolidation des moyens existants : PASS, Centre d'examens de santé de la CPAM. Moyens spécifiques en ressources humaines supplémentaires (Médicaux et paramédicaux) pour la

coordination et les actions : BS en CHS et CH et pour les autres étapes : synthèse médicale, PSP, Education et Réhabilitation, Orientation et accompagnement et suivi

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Nombre de patients bénéficiant du dispositif
- Nombre de MG impliqués

Calendrier prévisionnel

2021 : Développement et portage du projet

Recrutement des partenaires

Communication

2022 : Projet et suivi régulier des indicateurs

2023 : Bilan à 1an puis régulier

Inspiré du dispositif CORESO – Consultation et réseau somatique

Analyse DD	
Rattachement PRS	Autres liens FDR, CSL, CLSM...
PRAPS	
	Plan d'accès aux soins ⇒ CPTS ⇒ Développer les consultations avancées pour limiter le déplacement des patients et faciliter l'accès aux soins de spécialité
	CPAM Dispositif Ariane

AXE 2 : ACCES AUX SOINS SOMATIQUES

Intitulé de l'action

FAVORISER L'ACCES A DES SOINS SOMATIQUES SECONDAIRES ET TERTIAIRES DE QUALITE

Objectif général

- ❶ Permettre à chaque personne présentant une maladie psychiatrique chronique notamment sévère ou un handicap psychique de bénéficier d'une prise en charge médicale adaptée et globale en décloisonnement les soins somatiques et psychiatriques, coordonnée par un médecin généraliste, lors des consultations spécialisées et des hospitalisations

Objectifs spécifiques

- ❶ Limiter les ruptures de parcours de soins
- ❶ Améliorer le recours aux soins et la qualité des soins en permettant une prise en charge coordonnée, adaptée par une préparation de la consultation, un accompagnement par un professionnel de santé lors de la consultation et une participation à la restitution des informations de la consultation
- ❶ Faciliter la coopération entre les différents professionnels de la santé physique et de la santé mentale
- ❶ Améliorer la prise en charge psychiatrique lors des hospitalisations en MCO (psychiatrie de liaison)

Objectifs opérationnels

- ❶ Rendre accessible l'accès / Permettre la mobilité
 - ❶ Favoriser l'accès à des soins secondaires et tertiaires
 - ❶ Préparer (éducation), orienter et accompagner la personne lors des rendez-vous médicaux et des hospitalisations pour améliorer la qualité de la prise en charge
-

Public cible

Adulte ou personne âgée présentant une maladie psychiatrique chronique, notamment sévère ou un handicap psychique entraînant des freins à l'accès aux soins somatiques secondaires et tertiaires

Médecins spécialistes libéraux, MSP, Établissements de santé.

Approche Parcours de santé et de vie

Rupture de soins

Retentissement de la maladie mentale sur les parcours de soins : « non demande » et moindre recours, absence de plainte, problèmes de compliance, errance diagnostic, précarité sociale plus importante, vulnérabilité, intrication angoisses corporelles et problèmes organiques, négligence des soins.

Retentissement de l'absence de soins sur le parcours de vie.

Liens avec le diagnostic territorial

Moindre recours aux soins par rapport à la moyenne nationale

Justification de l'action

Pour les personnes souffrant le plus souvent de maladies mentales sévères et persistantes, potentiellement en situation de précarité sociales et ayant des difficultés voire des réticences à exprimer des demandes de soins, il existe un moindre recours aux soins et des ruptures de parcours de soins alors qu'il s'agit de populations présentant un risque accru de morbidité et de mortalité par rapport à la population générale.

De nombreux patients ne réalisent pas les examens prescrits par leur médecin généraliste ou ne se rendent pas au rendez-vous alors qu'un accompagnement par un professionnel de santé améliore le recours aux soins.

De plus, lors des différentes consultations et des hospitalisations, il peut exister une réelle perte de chance par rapport à la population générale pour comprendre ou se faire comprendre par le consultant. L'accompagnement par un professionnel de santé, formé et qui a pris le temps en amont de préparer ce RDV avec le patient, sa famille, ses aidants et les professionnels qui l'entourent (mais aussi en aval pour un temps de synthèse et de reprise des conclusions) permet une réelle amélioration de la qualité des soins.

A l'image du programme Handiconsult pour ce qui est des soins de prévention, et notamment pour son volet handicap psychique à repenser et à déployer ; il est nécessaire de développer un programme d'accompagnement pour les soins curatifs.

Détails de l'action, étapes, modalités pratiques

Préparation du dispositif de coordination (y compris financement) et communication aux partenaires

Préparation de la consultation avec patient et les aidants

Accompagnement du patient lors de la consultation (pourrait être éventuellement transporteur si nécessaire)

Participation active à la consultation

Suivi et retours (synthèse) auprès des patients, aidants, médecin traitant

Faciliter la portée à connaissance auprès des MT, spécialistes libéraux de ce dispositif.

Penser PEC globale : Décloisonner lien soins somatiques - soins psychiatriques :

Intra hospitalier avec liaisons à promouvoir et à renforcer :

- Avis-suivi psy aux Urgences et dans les services MCO
 - Avis-suivi médecins généralistes en EPSM/services psychiatriques
- avec transmission des informations au médecin traitant.

Porteur	Co-porteur(s)	Contributeurs
EPSM Somme		ARS (DAC) CHU Amiens Service santé de la CABS CH DOULLENS

Place des usagers

Sollicitation directe possible.

Il importe dans le cadre de cette action de porter une attention toute particulière au **droit des personnes**.

Celui-ci a pour objectif de permettre aux usagers de mieux connaître leurs droits et de leur en faciliter l'exercice. La parole et le pouvoir d'agir font converger les droits des usagers des structures de soins, sociales et médico-sociales, notamment au travers de la participation des représentants des usagers et de la mise en place de dispositifs adaptés aux parcours de santé mentale.

Ressources nécessaires

Pérennisation et consolidation des moyens existants :

Handiconsult', psychiatrie de secteur, SAMSAH, SimuTED

Moyens spécifiques en ressources (humaines et matériels) supplémentaires pour création du dispositif

Médicaux : coordination, liaison

Et paramédicaux pour la coordination et les actions : PEC spécifique de l'accompagnement de personnes avec handicap psychique ou maladie psychiatrique sévère

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- = Nombre de consultations accompagnées
- = Nombre de patients bénéficiant du dispositif

Calendrier prévisionnel

2021 : Développement et portage du projet

Recrutement des partenaires

Communication

2022 : Projet et suivi régulier des indicateurs

2023 : Bilan à 1an puis régulier

Analyse DD	
Rattachement PRS	Autres liens FDR, CSL, CLSM...
PRAPS	Plan d'accès aux soins ⇒ CPTS ⇒ Développer les consultations avancées pour limiter le déplacement des patients et faciliter l'accès aux soins de spécialité DAC
	CPAM ⇒ Dispositif Ariane

**SOUTENIR LES PROFESSIONNELS DE SANTE DES SOINS PRIMAIRES
DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES MENTAUX**

Objectif général

- ① Promouvoir des pratiques de coordination entre les professionnels de santé en soins primaires (MG, IDE, autres paramédicaux, pharmaciens) et autres acteurs de soin qui améliorent la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux.

Objectifs spécifiques

- ① Inciter les professionnels de santé en soins primaires à prendre en charge les personnes présentant des troubles mentaux en créant une dynamique de réseau.
- ① Contribuer à l'amélioration des bonnes pratiques de suivi somatique des personnes présentant des pathologies psychiatriques auprès des partenaires sanitaires, médicosociaux et de la ville, par des actions de sensibilisation et de formation des professionnels (psychiatres, médecins généralistes traitants, IDE ...)
- ① Renforcer les liens entre les MG en ville et les praticiens MG des établissements de santé mentale.

Objectifs opérationnels

- ① Aider à identifier les ressources disponibles : professionnels, établissements, dispositifs...
 - ① Améliorer la coopération, la communication et les échanges d'information
 - ① Faciliter l'accès à un accès diagnostique, thérapeutique ou à un adressage (= 2^{ème} niveau de recours pour les professionnels : praticien hospitalier, médecin généraliste, pharmacien, psychiatre
-

Public cible

Professionnels de santé de soins primaires (MG, IDE, autres paramédicaux, pharmaciens...)

Approche Parcours de santé et de vie

Créer une approche réseau avec un deuxième niveau hospitalier (avec recours d'expertise)

Liens avec le diagnostic territorial

Pistes d'amélioration dans la coordination Ville/Hôpital

Justification de l'action

Les études montrent qu'en France la coordination entre médecins généralistes et acteurs de la psychiatrie est peu développée et peu formalisée (échanges de courriers et retours d'informations peu fréquents...). Les médecins généralistes expriment des difficultés de recours auprès des professionnels de la psychiatrie et soulignent la nécessité de s'améliorer sur la communication et la coordination.

De plus, la prise en charge de personnes présentant des troubles psychiatriques nécessite un suivi spécifique au vu de la surmortalité de cette population par rapport à la population générale et de la fréquence élevée de pathologies cardiovasculaires, métaboliques et néoplasiques. Or il a été montré que très peu de professionnels connaissent les recommandations de bonnes pratiques du suivi somatique éditées par la HAS.

Détails de l'action, étapes, modalités pratiques

Création d'une dynamique de réseau.

Dimensions de liaison et de coopération opérationnelle: identification d'un médecin généraliste traitant, courriers aux médecins généralistes mais aussi ESMS, et secteur social (PJJ, CHRS, FV, FH ...) information du médecin généraliste des hospitalisations programmées ou urgentes en milieu spécialisé de son patient,

Amélioration des échanges d'information : création d'outils communs partagés (lettre de liaison, interfaces DPI-DMP), développement des messageries sécurisées.

Développement des programmes de sensibilisation et de formation des professionnels.

Faciliter l'accès à un avis diagnostique, thérapeutique (= 2^{ème} niveau de recours pour les professionnels : par exemple : Praticiens Hospitaliers MG, Pharmaciens, psychiatre...)

Renforcement de la connaissance des ressources d'aides pour des professionnels libéraux :
Orientation précoce vers des soins psychiatriques adaptés (plateforme d'avis et d'adressage -> FA n°1)
Permettre un accompagnement des personnes concernées dans le soin somatique, (FA n°10 par ex)

Association des PTA au vu de leur mission d'amélioration des échanges d'information

Porteurs

Co porteur(s)

Contributeurs

EPSM Somme CH ABBEVILLE		ARS (DAC) Service santé de la CABS EPSM Somme
----------------------------	--	---

Place des usagers

Témoignages d'usagers, expression de ceux-ci auprès des médecins libéraux, dans le cadre des actions de sensibilisation et de formation

Ressources nécessaires

Dispositifs de partage de système d'informations

Moyens spécifiques en ressources humaines supplémentaires

Médicaux/pharmaciens/IDE : coordination de la dynamique de réseau et recours/avis/adressage.

Projets de sensibilisation et de formation : ressources humaines.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- = Nombre d'outils de communications créés, partagés
- = Nombre de sensibilisations/formations
- = Repérage des bonnes pratiques de suivi somatique

Calendrier prévisionnel

2021 : Développement et portage du projet

Recrutement des partenaires - Communication

2022 : Projet et suivi régulier des indicateurs

2023 : Bilan à 1 an puis régulier

Analyse DD croisée PRS		Autres liens FDR,CSL, CLSM...
Rattachement PRS	Rattachement actions/opérations Plan Action SM	
OG 9 OP 1 Repérer en prendre en charge précocement le risque suicidaire	1.2 Former les professionnels concernés par la prise en charge des suicidants	CLSM CREPSY

OG 9 OP 3 Coordonner les démarches de soins et d'accompagnement social et médico-social	3.1.2 Recenser les outils favorisant la coordination entre les champs sanitaire, sociaux et médico-sociaux	
		Plan d'accès aux soins ⇒ CPTS DAC

Intitulé de l'action

**PROMOUVOIR DES ACTIONS DE PREVENTION CIBLEES SUR LA SANTE PHYSIQUE ET
L'EDUCATION A LA SANTE DES PERSONNES SUIVIES
POUR DES MALADIES PSYCHIATRIQUES CHRONIQUES**

Objectif général

- ① Améliorer la santé des personnes suivies pour des maladies psychiatriques chroniques ou un handicap psychique par des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Objectif spécifique

- ① Permettre à chaque personne présentant une maladie psychiatrique chronique notamment sévère ou un handicap psychique et à ses aidants, de bénéficier d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique

Objectifs opérationnels

- ① Mettre en place des actions conjointes somatiques et psychiatriques des programmes d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique
 - ① Développer des actions de prévention primaires et secondaires
-

Public cible

Adulte présentant une maladie psychiatrique chronique, notamment sévère ou un handicap psychique et ses aidants.

Enfant présentant un trouble mental ou un handicap psychique, ses parents et ses aidants.

Approche Parcours de santé et de vie

L'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique améliorent l'adhésion aux soins et la qualité des soins.

Liens avec le diagnostic territorial

Nécessité de développer des actions des préventions, afin de limiter les ruptures de soins.

Lien avec la filière spécialisée de Réhabilitation psychosociale et cognitivo-comportementale

Justification de l'action

Pour les patients souffrant le plus souvent de pathologies mentales sévères et persistantes, potentiellement en situation de précarité sociales et ayant des difficultés voire des réticences à exprimer des demandes de soins, il existe un moindre recours aux soins et des ruptures de parcours de soins alors qu'il s'agit de population présentant un risque accru de morbidité et de mortalité par rapport à la population générale.

De plus, les personnes présentant des troubles psychiatriques ont une espérance de vie diminuée d'environ 15 ans par rapport à la population générale et une fréquence nettement plus élevée de pathologies cardiovasculaires, néoplasiques et métaboliques : par exemple, l'obésité est environ 3 fois plus importante chez les schizophrènes que dans la population générale.

Détails de l'action, étapes, modalités pratiques

Promotion de la filière spécialisée de **Réhabilitation psychosociale** et cognitivo- comportementale : ses missions, ses articulations partenariales
Mise en avant des programmes d'ETP sur le territoire de la Somme
Repérage des organismes/structures en capacité d'élaborer des programmes d'éducation à la santé
Préparation et organisation des actions de prévention : hygiène bucco-dentaire, alimentation, nutrition et activités physiques et sportives, addictions
Préparation et organisation des actions conjointes d'éducation thérapeutique du patient et d'éducation à la santé.
Promotion du développement d'actions d'éducation à la santé dans les ESMS, en lien avec les villes, les MSP
Soutien de la capacité des GEM à développer des actions de prévention et d'éducation à la santé
Positionnement des animateurs dans les ESMS ou dans le secteur soins

Porteurs

Co-porteur(s)

Contributeurs

EPSM Somme CH ABBEVILLE		ARS DSDEN 80 Service santé de la CABS EPSM Somme
----------------------------	--	---

Place des usagers

Sollicitation directe possible
Participation aux action de prévention et d'éducation thérapeutique

Ressources nécessaires

Moyens humains et matériels
Communications
Aide méthodologique

Indicateurs de suivi et d'évaluation

Nombre d'actions de prévention et d'éducation à la santé et éducation thérapeutique.
Nombre de personnes sensibilisées.

Calendrier prévisionnel

2021 : Développement et portage du projet
Recrutement des partenaires et formateurs
Communication
2022 : Projet et suivi régulier des indicateurs
2023 : Bilan à 1 an puis régulier

Analyse DD croisement PRS		Autres liens FDR,CSL, CLSM...
Rattachement PRS	Rattachement actions/opérations du plan Action SM	
OG 9 OP 5 Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité	5.3 Organiser et structurer la réhabilitation psychosociale et la remédiation cognitive 5.3.2 Développer l'ETP dans le champ du handicap psychique.	

Retours et partage d'expériences Covid 19

Objectifs généraux

- ① Mettre à profit les retours d'expériences dans le cadre de la pandémie
- ① Contribuer aux aménagements dans la durée des enseignements tirés de la pratique, au service de la politique en santé mentale

Objectifs spécifiques

- ① Renforcer la connaissance réciproque des acteurs à partir de leurs récentes expériences
- ① Améliorer les coopérations entre acteurs dans la durée

Objectifs opérationnels

- ① Collecter les nouvelles pratiques et échanger leurs résultats
- ① Intégrer dans les modes d'organisation actuels et à venir ces nouvelles pratiques & outils

Public cible

Tout acteur intervenant dans le champ de la santé mentale.

Approche Parcours de santé et de vie

En ces 1ers trimestres de l'année 2020, les équipes en place ont su faire preuve d'adaptation, de réactivité dans les processus d'accueil, d'écoute et de soin. Les parcours de santé dans cette période très particulière, nouvelle par son apparition, son intensité, sa durée et son extension, ont été perturbés. L'interface entre les acteurs et les parcours de santé mentale nécessite d'approcher la personne dans sa globalité en œuvrant sur la prévention, la protection, la continuité de sa prise en charge.

Liens avec le diagnostic territorial

Si aucun élément ne figurait dans le diagnostic territorial, les différentes étapes successives de confinement et déconfinement, sont à mettre en évidence, parce qu'elles induisent des changements au sein des services de psychiatrie de secteur et des services sociaux.

Justification de l'action

La pandémie de Covid 19 et la crise sanitaire qui s'en est suivie, à partir de janvier 2020, ont généré des interrogations, des changements, des expérimentations dans les services et structures accueillant des personnes en situation de handicap, des personnes en souffrance psychique.

Emprunts de créativité et d'adaptabilité, beaucoup d'aménagements ont été testés et/ou réalisés dans ces structures accueillant du public : développement des plateformes d'écoute, téléconsultation, soutien des professionnels, dématérialisation des supports d'ingénierie (télétravail), nouveaux leviers de communication, mobilité des équipes, place des familles, réhabilitation psychosociale...

Au niveau de la coordination et de la coopération, de nouveaux usages se sont développés pour garder les liens, accompagner les acteurs, entretenir les partenariats, soutenir la communication.

Réactif au regard de son environnement, le PTSM et son ambition à programmer des actions en réponse aux besoins dans la durée, est légitime à repérer les innovations et à rechercher les ressources suffisantes pour accompagner ces changements. Les bilans et retours d'expériences organisés sont de nature à éclairer l'avenir sur ces évolutions.

Il s'agit aujourd'hui de tirer profit de ces expériences et de ces enseignements, tant pour les professionnels en place que pour les malades, usagers et leurs familles.

Détails de l'action, étapes, modalités pratiques

- Appel à contribution
- Collecte des retours et réalisation du bilan : le vécu des professionnels face à la crise, le vécu des personnes, les expériences significatives et les enseignements à en tirer
- Valorisation et échanges des pratiques
- Etablissement de nouveaux process d'organisation, de management, de coopération
- Ajustement des moyens de communication interne et externe aux équipes

Porteur

Coporteur

Contributeurs

EPSM Somme	MAIA Est	ARS CH PERONNE
------------	----------	-------------------

Place des usagers

Au regard de cette période si particulière, la sollicitation des familles, leurs questionnements et propositions sont essentiels à intégrer dans ces évolutions, dans ces pratiques de changement potentiel.

Parmi ces nouvelles perceptions et ces usages modifiés, il faut également considérer la résilience, la capacité du patient à accepter ces évolutions.

La place de la famille, des aidants, des voisins, des associations, les exemples de solidarité, institutionnelle ou spontanée, de citoyenneté, d'entraide sont autant d'éléments à prendre en compte dans le fonctionnement et l'animation des futures actions du PTSM.

Ressources nécessaires

- Appui et valorisation des initiatives existantes dans ce domaine : études régionales, comité scientifique local avec participation de psychiatre (ville d'Amiens), collecte d'informations...
- Temps de coordination liés à la collecte des expériences et à l'animation
- Budget communication pour documents de synthèse
- Conseils méthodologique et technologique pour l'exploitation et la mise en œuvre des initiatives développées

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Nombre d'acteurs impliqués dans les travaux de collecte et d'échanges
- Nombre d'expériences et de situations relevées
- Type de changements produits dans la durée de ces travaux
- Impact sur de nouvelles formes de coopération entre acteurs

Calendrier prévisionnel

Tenir compte de l'évolution de la pandémie en 2020 et 2021

1^{er} trimestre 2020: appel à contribution

2^{ème} trimestre 2021 : collecte des retours et réalisation du bilan : le vécu des professionnels face à la crise, le vécu des personnes, les expériences significatives et les enseignements à en tirer
Valorisation et échanges des pratiques

2021–2022 : établissement de nouveaux process d'organisation, de management, de coopération
Ajustement des moyens de communication interne et externe aux équipes

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CD : Conseil Départemental
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CLS : Contrat Local de Santé
CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNRSM : Coordination Nationale des réseaux de microstructures
COPIL : Comité de Pilotage
CREHPSY : Centre de Ressources sur le Handicap Psychique
CTS : Conseil Territorial de Santé
CTSM : Contrat Territorial de Santé Mentale
DD : Délégation Départementale (ARS)
DSDEN : Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie-Précarité
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale
ESMS : Etablissement et Service Médico-Social
ETP : Education Thérapeutique du Patient
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
IME : Institut Médico-Educatif
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDA : Maison Départementale des Adolescents
MG : Médecin Généraliste
MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMP : Projet Médical Partagé
PRS : Projet Régional de Santé
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale
RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
TND : Troubles Neuro Développementaux
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé