

PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE L' AISNE

Feuille de route finale

Décembre 2020

SOMMAIRE

Introduction	4
I. Méthodologie d'élaboration du PTSM	7
1. Première session de travail : octobre 2019 à février 2020	7
a. Organisation de la gouvernance du PTSM	7
b. Stabilisation des constats du diagnostic et des objectifs prioritaires.....	8
c. Élaboration du plan d'actions de chacun des 6 axes du PTSM en groupes de travail.....	9
d. Stabilisation des plans d'actions	10
2. Deuxième session de travail : octobre à décembre 2020	10
a. Lancement et ajustement de la gouvernance.....	10
b. Recueil de données pour l'élaboration des fiches actions en groupes de travail	11
c. Formalisation des fiches actions	12
d. Présentation et validation de la feuille de route.....	12
II. Présentation de la feuille de route	13
1. Principaux points forts de la démarche.....	13
2. Principaux points d'amélioration de la démarche.....	13
3. Une priorisation intournable amorcée mais à consolider	14
4. Synthèse de la feuille de route.....	15
III. Fiches actions	19
Actions transversales.....	19
Axe 1 – Repérage, accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements.....	26
Axe 2 – Parcours de vie et de santé sans rupture, en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes.....	39
Axe 3 – Accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques	56
Axe 4 – Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence	69
Axe 5 – Promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir, lutte contre la stigmatisation.....	75
Axe 6 – Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale	91
IV. Annexes	95
1. Personnes sollicitées pour les groupes de travail	95
a. GT1 – Repérage, accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements	95
b. GT2 – Parcours de vie et de santé sans rupture / rétablissement	95
c. GT3 – Accès aux soins somatiques.....	96
d. GT4 – Prévention et gestion des situation de crise et d'urgence.....	97
e. GT5 – Promotion des droits, pouvoir d'agir, lutte contre la stigmatisation	98

f.	GT6 – Action sur les déterminants sociaux et territoriaux de la santé mentale	98
2.	Glossaire des principales abréviations utilisées	100

INTRODUCTION

Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées par des problèmes de santé mentale à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans ruptures, émane de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 et a depuis lors été précisé par un décret d'application publié en juillet 2017 et une circulaire ministérielle publiée en juin 2018.

La démarche du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) comprend trois phases :

- La réalisation du diagnostic territorial partagé avec tous les acteurs de la santé mentale ;
- L'élaboration d'actions visant à répondre à ce diagnostic sur cinq années ;
- La rédaction d'un Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) entre l'ARS et les acteurs du territoire. Il définit les missions, les engagements, les moyens, les modalités de suivi et d'évaluation des acteurs pour mettre en œuvre le PTSM.

Le PTSM doit être élaboré par l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, les représentants des usagers, des politiques de la ville, des collectivités territoriales, ainsi que des conseils locaux de santé (CLS) et des conseils locaux de santé mentale (CLSM), car la politique de santé mentale est conçue comme une action globale et comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale qui doivent associer un large panel d'acteurs.

Le PTSM doit tenir compte des spécificités du territoire, de l'offre de soins et de services. Il précise les modalités d'accès aux soins et aux accompagnements, aux techniques de soin et d'accompagnement les plus actuelles, quels que soient les troubles psychiques concernés.

Le décret du 27 juillet 2017 fixe six priorités à traiter dans le cadre des PTSM :

- L'organisation des conditions du **repérage précoce** des troubles psychiques, et **l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux** ;
- L'organisation d'un **parcours de santé et de vie** de qualité et **sans rupture**, en vue du **rétablissement** et de **l'inclusion sociale** des personnes souffrant de troubles psychiques graves ;
- L'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des **soins somatiques adaptés** à leurs besoins ;
- L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations **de crise et d'urgence** ;
- L'organisation des conditions du **respect et de la promotion des droits** des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur **pouvoir de décider** et d'agir et la **lutte contre la stigmatisation** de ces troubles ;
- L'organisation des conditions d'action sur les **déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux** de la santé mentale.

L'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France s'est fixée, au travers du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2023, plusieurs objectifs prioritaires en matière de santé mentale :

- Objectif 1 – Repérer et prendre en charge précocement le **risque suicidaire** ;

- Objectif 2 – Développer les **prises en charge ambulatoires** en adaptant l'offre ;
- Objectif 3 – Coordonner les démarches de **soins et d'accompagnement social et médico-social**
- Objectif 4 – Assurer la prise en charge des **enfants et des adolescents** ;
- Objectif 5 – Promouvoir l'**insertion** des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité.

Le PTSM de l'Aisne entend donc couvrir prioritairement les six axes prioritaires du décret du 27 juillet 2017, tout en prenant en compte les priorités régionales en matière de santé mentale.

Le périmètre retenu pour le PTSM est celui du département. **Un diagnostic départemental a été réalisé en mai 2018** par la F2RSM des Hauts-de-France, et a été enrichi par un travail sous forme de focus groupes réunissant le collectif des acteurs en santé mentale du département avec l'accompagnement du CREHPSY Hauts-de-France, et par un diagnostic complémentaire réalisé par l'UNAFAM 02.

La feuille de route du PTSM de l'Aisne a ensuite été réalisée en deux temps :

- Une première phase de travail, entre octobre 2019 et février 2020, a permis de mobiliser les acteurs, et d'obtenir un consensus sur **les actions à prioriser au sein de chaque axe thématique**.
- Une deuxième phase de travail, entre octobre et décembre 2020, a permis de redynamiser la démarche, ralentie en raison de la crise sanitaire, et d'**opérationnaliser les actions retenues, dans un format fiche action**.

Le PTSM de l'Aisne a été présenté devant son comité de coordination le 14 décembre 2020.

Il sera encore porté à évoluer, en fonction de l'établissement de plans annualisés, des dynamiques territoriales et de la mise en place du prochain Projet Régional de Santé, tout au long des 5 années de sa mise en œuvre.

Les acteurs de l'Aisne engagés dans l'élaboration du PTSM ont voulu décliner une feuille de route :

- **Évolutive** dans le temps, selon les besoins et le contexte ;
- **Modulable**, dont les fiches actions devront être enrichies par les réflexions des animateurs/référents et des contributeurs ;
- **Amendable**, par des avenants au-delà de la validation par l'ARS ;
- **Ambitieuse**, reflétant les consensus des acteurs sur les besoins du territoire. La feuille de route devra encore connaître une étape de concertation sur les priorisations pour être réalisable.
- **Destinée à la communication** sur le territoire, au partage avec l'ensemble des acteurs du soin, du médico-social, et du milieu ordinaire, dont les personnes concernées et les familles ;
- **Définissant des actions socles**, qui ont vocation à être expérimentées sur des infra territoires, puis à essaimer dans le département en tenant compte des spécificités ;
- **Associant les personnes concernées**, la prise en compte des savoirs d'usage étant garante de la pertinence des actions.

I. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PTSM

Le cabinet Acsantis a été recruté par le Conseil territorial de santé (CTS) afin d'accompagner les acteurs du territoire dans l'élaboration de la feuille de route du PTSM, selon deux missions complémentaires : une première en 2019, une seconde en 2020.

1. PREMIERE SESSION DE TRAVAIL : OCTOBRE 2019 A FEVRIER 2020

a. Organisation de la gouvernance du PTSM

Un **comité de coordination** avait été installé dès la phase de diagnostic, afin de mettre en place une dynamique transversale en santé mentale sur le département. Ce comité de de coordination a été la structure de pilotage pour toute l'élaboration du PTSM. Il a occupé des fonctions stratégiques : validation de la méthodologie d'accompagnement et de la feuille de route finale.

Il est composé des membres suivants :

- Un représentant du CTS et de sa commission santé mentale ;
- Un représentant de la DT ARS de l'Aisne ;
- Un représentant de la Direction des établissements publics, sièges d'un secteur de psychiatrie ;
- Un représentant des établissements privés de santé mentale ;
- Un représentant de CME des établissements publics et privés de santé mentale ;
- La présidente de la Commission Territoriale des Usagers ;
- Un représentant des acteurs sociaux et médico-sociaux (un collectif de directeur des ESMS public handicap, le GADES, permet sur ce département de disposer d'une représentation transversale aux établissements) ;
- Un représentant des GEM ;
- Un représentant de CME des centres hospitaliers généraux ;
- Un représentant du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins ;
- Un représentant de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale de l'Aisne ;
- Un représentant du Conseil départemental de l'Aisne ;
- Un représentant de la Maison Départementale des Personnes Handicapées de l'Aisne ;
- Un représentant des usagers ;
- Un représentant des coordonnateurs de Conseil Local en Santé Mentale.

Le comité de coordination a rencontré le cabinet Acsantis pour une première **réunion de cadrage** le 1^{er} octobre 2019. Cette réunion a permis de présenter et valider la méthodologie de l'accompagnement.

Le comité de coordination a souhaité que le PTSM soit structuré autour des 6 axes thématiques du décret du 17 juillet 2017. Il a identifié, pour chaque axe, un **pilote représentatif du champ d'action**, parmi les acteurs du territoire.

	Thème	Pilote.s
Axe 1	Repérage précoce, accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements	M Michel DROP, cadre de santé, EPSMD M Luc CONTAUT, cadre de santé, EPSMD
Axe 2	Parcours de vie et de santé sans rupture en vue de l'inclusion sociale et du rétablissement des personnes	Mme Dominique LEFORT, vice-présidente du GADES, directrice du Pôle soins APEI
Axe 3	Accès aux soins somatiques	Mme Sylvie LAMBOLEY, chef de service, SAMSAH de Laon
Axe 4	Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence	M Jean-Marc TUTIN, cadre de santé, CH St Quentin
Axe 5	Promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir, lutte contre la stigmatisation	Dr Laurence BOURGEOIS, UNAFAM
Axe 6	Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale	Mme Nathalie MONTCRIOL, responsable du CCAS de Soissons

Le portage administratif et financier du projet a été réalisé par l'Établissement Public de Santé Mentale Départemental (EPSMD) de l'Aisne.

b. Stabilisation des constats du diagnostic et des objectifs prioritaires

Un diagnostic préalable au PTSM avait été réalisé par la F2RSM, à qui l'ensemble des diagnostics en santé mentale des territoires de démocratie sanitaire des Hauts-de-France avaient été confiés par l'ARS. Dans l'Aisne, ce diagnostic avait été complété par un diagnostic réalisé par l'UNAFAM 02, puis par l'organisation de focus groupes accompagnés par le CREHPSY Hauts-de-France.

Ces focus groupes avaient permis de constituer un collectif de plus de 50 acteurs en santé mentale, et de lancer une réflexion autour des 6 axes thématiques du décret du 27 juillet 2017.

À partir des données rassemblées des diagnostics de la F2RSM et de l'UNAFAM 02, et des comptes rendus des focus groupes, le cabinet Acsantis a pu extraire les principaux constats sur chaque axe, en termes de points forts et de points faibles du département.

Ces constats ont été partagés et précisés une première fois avec le pilote de l'axe thématique concerné, par entretien téléphonique.

Puis, une **réunion de lancement de la démarche**, invitant les membres du collectif déjà constitué, s'est tenue le 19 novembre 2019, avec le soutien logistique de la DT ARS, afin de :

- Présenter, compléter et valider les constats pour chacun des axes thématiques.
- À partir d'une proposition du cabinet Acsantis, stabiliser les objectifs d'amélioration pour chaque axe thématique, afin de répondre à ces constats.
- Inviter les personnes présentes à s'inscrire dans les groupes de travail visant à élaborer les plans d'actions de chaque axe thématique.

À la suite de cette réunion, la DT ARS a pu poursuivre ce travail de mobilisation, sur proposition de profils « manquants » en fonction des thématiques à aborder, par Acsantis.

La mobilisation a donc été large et mixte : représentants des directions de de la psychiatrie publique et privée, du personnel soignant de la psychiatrie publique et privée, du premier recours (médecins généralistes, psychologues), de la MCO (urgentistes), du secteur médico-social (personnes en situation de handicap, personnes âgées, addictologie), du secteur social (PJJ, hébergement), de l'Éducation nationale et des collectivités territoriales (CD, MDPH), etc. (voir annexe 1).

En sortie de la réunion de lancement, les **premiers éléments de l'architecture du PTSM** étaient stabilisés. Chaque axe thématique comportait 3 à 5 objectifs stratégiques prioritaires, qui devaient s'assortir d'actions issues de la réflexion des groupes de travail.

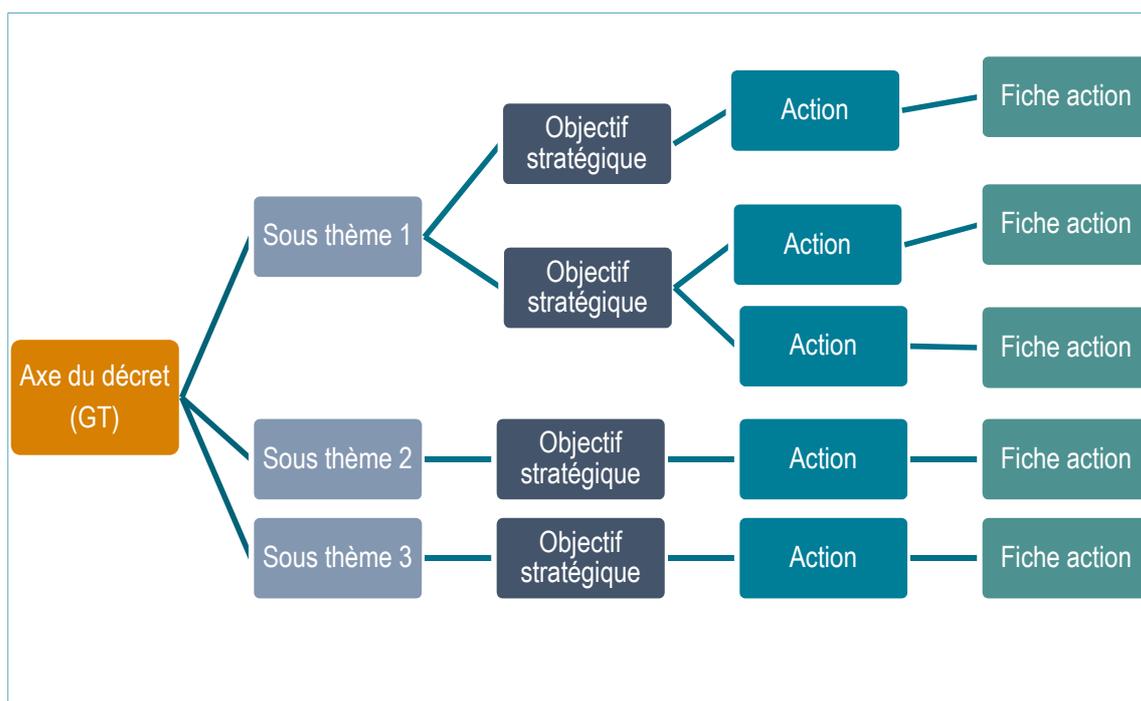


Schéma de l'architecture du plan d'actions de chaque axe thématique

c. Élaboration du plan d'actions de chacun des 6 axes du PTSM en groupes de travail

Six groupes de travail, coanimés par les pilotes et la consultante du cabinet Acsantis, ont été réalisés en présentiel les semaines du 9 et du 16 décembre 2019. Ils visaient, à partir des constats et objectifs validés lors de la réunion de lancement, à recueillir les **pistes d'actions** émanant des participants sur chaque axe, grâce à une méthode *post It*, puis à échanger sur les pistes d'actions les plus partagées par les participants.

La consigne était de se limiter à 5 - 6 actions prioritaires pour chaque axe thématique, afin de :

- Éviter l'effet « catalogue » dans le PTSM final ;
- Proposer une feuille de route lisible, ayant un fort potentiel de communication ;
- Limiter la charge de travail en vue de la rédaction des fiches actions dans un temps contraint ;
- Ne pas sur-solliciter les acteurs, chaque action devant être associée à un référent parmi les acteurs du territoire.

Ces réunions ont largement mobilisé les acteurs du territoire, issus de tous champs professionnels.

Groupe	GT1	GT2	GT3	GT4	GT5	GT6
Effectifs	18	20	11	21	18	18

Les plans d'actions obtenus ont fait l'objet d'un compte rendu diffusé aux participants, puis d'un travail de bureau par Acsantis, avec un échange avec les pilotes de chaque groupe.

d. Stabilisation des plans d'actions

Des temps d'échange ont été organisés avec l'ARS, puis avec le comité de coordination en fin de cette première période de l'accompagnement, afin de mener une analyse en transversal de la feuille de route proposée, pour :

- Chasser les doublons ou chevauchements d'actions d'un groupe à un autre, ou à l'inverse identifier les passerelles entre certaines actions prévues par des groupes différents.
- Identifier les éventuelles lacunes au regard des attendus du décret PTSM ou des attendus concernant les priorités régionales de l'ARS.
- Travailler à la cohérence de l'ensemble : alignement des thématiques, objectifs stratégiques et actions et mise en lien avec les cadres stratégiques existants sur le territoire (Schéma départemental, PRS...) et les projets d'établissements pouvant être corrélés.
- Procéder à un travail de reformulation de certaines propositions pour les rendre plus claires.

Le **comité de coordination** s'est réuni le 13 février 2020, en présence des référents de groupe, et a **validé la feuille de route** obtenue à l'issue des groupes de travail.

La feuille de route du PTSM contenait à ce stade **38 actions**.

2. DEUXIEME SESSION DE TRAVAIL : OCTOBRE A DECEMBRE 2020

La période de crise sanitaire a retardé la démarche d'élaboration du PTSM. L'ARS et les pilotes de groupe ont néanmoins continué, durant cette période, d'organiser la poursuite de la démarche et de proposer une première priorisation du plan d'actions.

L'obtention d'un financement pour une deuxième période d'accompagnement par le cabinet Acsantis, a permis de relancer la démarche, pour la rédaction des fiches actions.

a. Lancement et ajustement de la gouvernance

Une **réunion de lancement** de la deuxième phase a été organisée avec les pilotes de groupe, le 6 octobre 2020, afin de leur présenter leur rôle sur cette deuxième session de travail, et de cadrer la méthodologie et les résultats attendus.

Pour cette deuxième session de travaux, il a été décidé de mettre en place une **chefferie de projet**, réduite, en lien étroit avec le cabinet Acsantis, afin de suivre le déroulement de la mission au fil de l'eau, de procéder aux premiers arbitrages, et de porter un regard transversal sur le travail des groupes. Un **temps de cadrage** avec la chefferie de projet a été organisé le 16 octobre 2020.

Cette chefferie de projet a été constituée de :

- M Yves Duchange, Directeur départemental de l' Aisne, ARS ;
- Mme Marie-Laure Potensier, Adjointe du Directeur Départemental de l' Aisne, ARS ;
- Mme Marie-Christine PHILBERT, Présidente de la Commission Territoriale des Usagers du CTS ;
- Dr Djoudi NAIT-AMARA, Président de la Commission Spécialisée Santé Mentale du CTS.

b. Recueil de données pour l'élaboration des fiches actions en groupes de travail

Les groupes de travail de cette deuxième session ont été les mêmes que pour la première. Chaque personne a été invitée par la DT ARS à se joindre à nouveau aux travaux.

Un à deux entretiens téléphoniques ont été réalisés entre chaque pilote et Acsantis, afin d'actualiser les plans d'actions élaborés en décembre 2019 (échange sur les avancements, état des lieux...).

Un document a été envoyé en amont de la réunion des groupes de travail à chaque membre, en vue de **recueillir leur point de vue pour préparer la séance** : ce document rappelait la synthèse des plans d'actions de chaque groupe, leur proposait de prioriser les actions au sein de chaque plan d'actions, et d'apporter des éléments d'opérationnalisation pour chaque action, via des fiches actions vierges.

Six réunions de travail de deux heures, en visioconférence, ont été organisées les semaines du 2 et du 9 novembre 2020.

La participation a été plus modeste que lors de la première session, en raison du contexte de crise sanitaire, un certain nombre d'acteurs étant retenus par la gestion de leur structure.

La chefferie de projet a été représentée dans l'ensemble des réunions de travail.

Groupe	GT1	GT2	GT3	GT4	GT5	GT6
Effectifs	8	14	9	14	7	11

Il s'agissait de travailler sur les éléments clefs des fiches actions :

- **Précisions** : sur les enjeux et le contenu de l'action.
- **Animateurs / référents** : institutions garantes de l'orchestration de l'action, en lien avec la future gouvernance du PTSM.
- **Contributeurs** : acteurs / institutions associés à la mise en œuvre de l'action, pour leur savoir-faire et leurs ressources.
- **Étapes principales de l'action**, déclinées de façon simple et opérationnelle, dont des indicateurs de suivi et de résultats.
- **Lien avec les cadres stratégiques territoriaux** : Projet régional de santé des Hauts-de-France, Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies des Hauts-de-France, Schéma départemental de l'autonomie...
- **Calendrier** : niveau de priorité attribué à l'action.
- **Moyens** : nécessaires à la mise en place de l'action, envisageables ou déjà disponibles.

c. Formalisation des fiches actions

Les fiches actions ont été ensuite rédigées à partir de ces données par le cabinet Acsantis. Elles ont été transmises aux pilotes et à la chefferie de projet, afin de recueillir leurs commentaires et ajouts, avant d'être diffusées à l'ensemble des groupes de travail, en vue également du recueil de leurs retours.

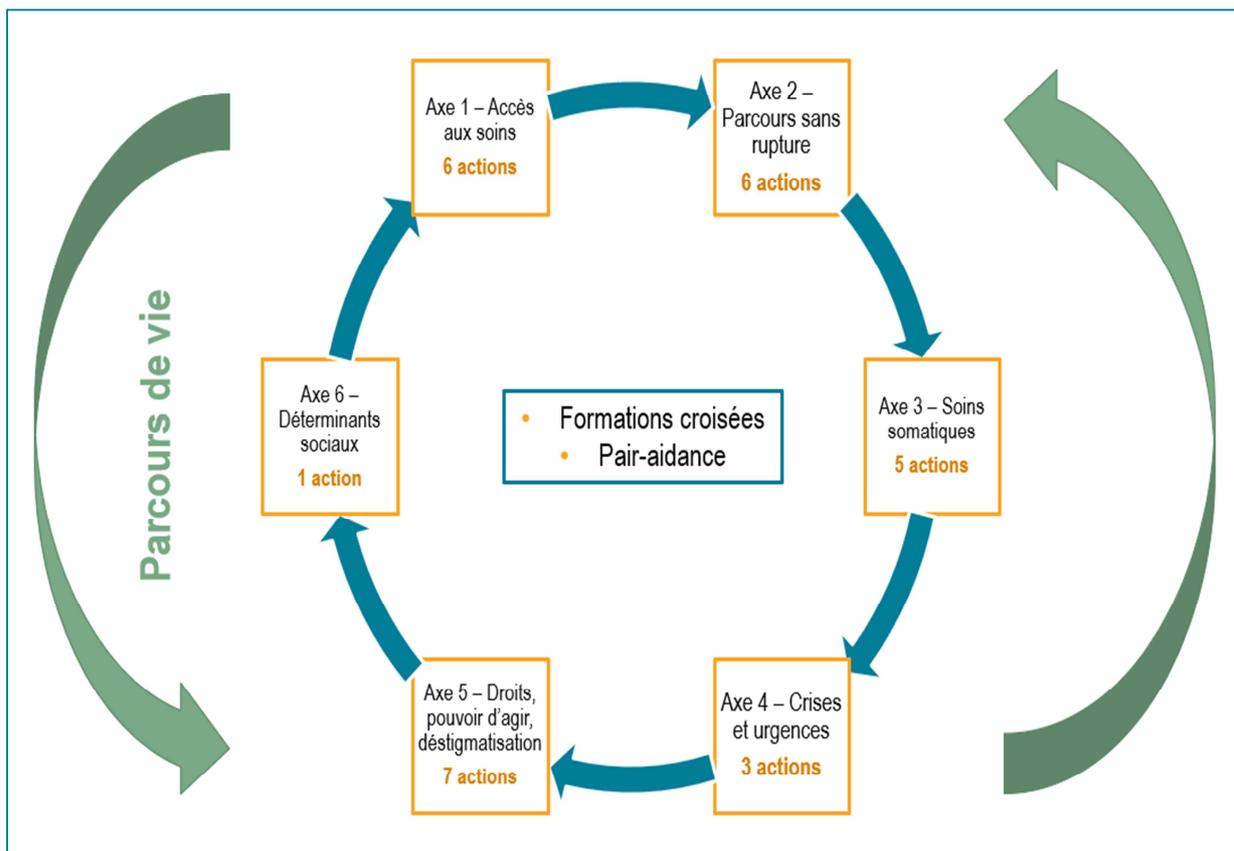
De nouveaux arbitrages ont été proposés à la suite des réunions de groupes :

- Fusion d'actions qui étaient redondantes ou fortement corrélées ;
- Suppression d'actions qui n'avaient pas recueilli de pistes opérationnelles pendant les réunions.

d. Présentation et validation de la feuille de route

La feuille de route ainsi obtenu a été partagée et précisée avec la chefferie de projet et le président du CTS, le 8 décembre 2020.

Elle a été présentée au comité de coordination, le 14 décembre 2020, avec un envoi en amont de la feuille de route exhaustive.



Organisation de la feuille de route

II. PRESENTATION DE LA FEUILLE DE ROUTE

Le PTSM de l'Aisne comprend **30 actions** déclinées en fiches actions. 2 actions sont considérées comme transversales, les 28 autres sont réparties au sein des 6 axes thématiques du décret d'application du Projet Territorial de Santé Mentale. Ces actions visent donc l'amélioration de l'ensemble du **parcours de vie, de soins, et de santé** des personnes concernées par les troubles psychiques.

1. PRINCIPAUX POINTS FORTS DE LA DEMARCHE

Le principal élément positif du PTSM de l'Aisne tient, de façon unanime, en la **mobilisation des acteurs** dans son élaboration. Au-delà du projet auquel elle a abouti, la démarche a permis aux acteurs de se rencontrer et a ainsi amorcé la mise en place d'une dynamique d'interconnaissance des différents champs professionnels de la santé mentale, qui est un des objectifs des PTSM. La démarche a concouru à l'expression de différentes approches, dont cette feuille de route est le reflet.

Des projets de partenariats ont ainsi pu émerger dans le cadre de ces rencontres. L'ensemble des acteurs ont convenu de la nécessité de **mutualiser davantage leurs initiatives**, leurs moyens, pour améliorer la prise en charge des troubles psychiques dans le département. Des expériences pilotes sont attendues en ce sens, par exemple dans le cadre de l'action 5.1 concernant la mise en place de partenariats sanitaires et médico-sociaux afin de renforcer l'activité de l'EMPP du département.

De manière générale, la mobilisation d'une variété de secteurs professionnels et associatifs a évité l'écueil de l'« hospitalo-centrisme » pour ce PTSM, les actions ne visant pas spécifiquement la dotation des établissements sanitaires mais des coordinations entre l'ensemble de ces secteurs.

La démarche des acteurs a été pragmatique : **un certain nombre d'actions du PTSM sont à faible coût, et visent à rendre plus lisible / accessible / décloisonné l'existant**. À titre d'exemples, l'action 5.3 vise à améliorer l'information des élus et des personnes concernées sur les procédures de soins sans consentement, et pourra s'appuyer sur des outils déjà existants. Les actions 5.2 de sensibilisation des opérateurs de l'hébergement aux troubles psychiques et 5.5 d'organisation de temps d'échange avec les familles au sein des structures de la santé mentale, pourront s'appuyer également sur des ressources et dynamiques déjà présentes dans le territoire.

Malgré cette approche s'efforçant d'un certain réalisme, un **accord unanime** a été établi entre les participants sur les **dispositifs encore manquants sur le territoire et indispensables à une meilleure prise en compte des besoins et des familles** (ex : action 1.6 équipes mobiles, action 2.1 ESAT Hors murs, action 5.6 dispositifs de répits).

La démarche a pu compter sur un **engagement des acteurs** : peu d'actions sont actuellement sans animateurs / référents, bien que pour certaines ces engagements soient encore à confirmer.

L'annonce par le Ministre de la santé le 25 novembre 2020 du financement de **postes de coordonnateurs** pour chacun des PTSM par ailleurs été très rassurante par les acteurs mobilisés, cet élément ayant été considéré comme indispensable à la poursuite de l'animation du PTSM.

2. PRINCIPAUX POINTS D'AMELIORATION DE LA DEMARCHE

Il a été constaté, le peu de représentation dans la démarche de certains acteurs :

- Les **élus locaux**, dont l'implication aura un enjeu pour certaines actions : CLSM, Maison des Adolescents, procédures de soins sans consentement, notamment.
- Les **personnes concernées** : peu d'usagers de la psychiatrie et/ou du secteur médico-social ont rejoint les groupes de travail. L'implication des personnes concernées a néanmoins été mentionnée dans un grand nombre de fiches actions, de manière à favoriser la co-construction dans la mise en œuvre du PTSM.
- Des **médecins libéraux**. Peu de médecins généralistes ont pu se joindre aux groupes de travail en raison de leur tenue en journée. Pour autant, un contact a été établi avec l'URPS Médecins Libéraux des Hauts-de-France dans la phase de finalisation de la feuille de route. L'URPS a pu émettre un avis positif sur les 9 fiches actions (repérage, soins somatiques, formations croisées) dans lesquelles elle avait été citée en contributeur. Cette adhésion de l'URPS au PTSM est un point très positif, le rapprochement sera à poursuivre dans la mise en œuvre pour favoriser des partenariats concrets.

De manière générale, une **plus faible mobilisation des acteurs** dans les groupes de travail a été notée dans la 2^{ème} phase de travaux, en raison des impératifs de chacun liés à la crise sanitaire. La finalisation des fiches actions a donc été moins partagée que les étapes précédentes. Il conviendra de fait, dès les premiers temps de mise en œuvre du PTSM, de partager plus encore ces fiches actions avec les structures référentes identifiées, afin qu'elles puissent se les approprier et les préciser.

Par ailleurs, il a été constaté, parfois, une **difficulté à saisir dans les temps impartis les projets déjà en cours sur le territoire**, pour les articuler aux fiches actions. Certains projets ont été connus des pilotes de groupe et de la chefferie de projet au moment de la finalisation, alors qu'ils auraient gagné à être intégrés dès le début des travaux de groupes dans les plans d'actions. Une attention devra être portée à cette intégration pour la poursuite des actions.

Une **difficulté à identifier des leviers d'amélioration** sur des sujets sensibles a été également rencontrée, notamment sur la question des situations de crise et d'urgence. La réflexion devra être poursuivie sur ces sujets pour arriver au niveau d'opérationnalisation attendu et prendre en compte la réalité vécue par les personnes et les familles.

Enfin, si la plupart des actions concerne la coordination des dispositifs existants, certaines fiches actions évoquent la **création de places ou de dispositifs**, et sont en ce sens tributaires de financements ou d'appels à projets. Ces actions ne pourront pas être engagées sans visibilité sur les financements envisageables (ex : Équipes mobiles, ESAT Hors murs, dispositifs de répits).

3. UNE PRIORISATION INTOURNABLE AMORCEE MAIS A CONSOLIDER

La feuille de route comporte 30 actions.

Afin de s'assurer du caractère opérationnel de cette feuille de route, il a été proposé d'attribuer, lors de la rédaction des fiches actions, un **niveau de priorité de 1 à 3** (1 correspondant au niveau de priorité le plus fort), aux actions au sein de chaque axe thématique, en fonction :

- Des dynamiques territoriales ;
- Des recommandations nationales ;
- Des points de vue des acteurs exprimés en séance de travail ;
- Du caractère « facilement » réalisable des actions, au regard des ressources disponibles.

L'élaboration de plans annualisés sera nécessaire pour une traduction plus précise et opérationnelle de ces 3 niveaux.

Au moment de la remise du PTSM :

- **14 actions sont classées en niveau 1** et pourront être mises en œuvre dès la contractualisation du PTSM. Il reviendra à chaque animateur / référent d'action, en lien avec la gouvernance du PTSM, de préciser rapidement le calendrier interne au déroulement de l'action.
- 13 actions sont classées en niveau 2.
- 3 actions sont classées en niveau 3. Ces actions ont été considérées soit moins urgentes soit moins réalisables au regard des moyens disponibles, ou encore il a été convenu qu'elles devaient attendre que d'autres actions du PTSM soient déployées avant d'être mises en œuvre.

Il reviendra à chaque animateur / référent d'action, en lien avec la gouvernance du PTSM, de préciser rapidement le calendrier interne au déroulement de l'action.

4. SYNTHESE DE LA FEUILLE DE ROUTE

 Animateurs / référents des actions	<p>Les animateurs / référents des actions, ne sont pas porteurs au sens juridique et financier du/des dispositif.s mentionné.s dans l'action, mais des structures en charge d'animer la poursuite de la dynamique de concertation en vue de la mise en œuvre de l'action sur le territoire, en lien avec la gouvernance du PTSM.</p> <p>Concernant certaines actions, les animateurs / référents ne sont pas, ou pas tous, indiqués. Des structures pertinentes ont été identifiées mais les prises de contact sont en cours pour confirmer leur engagement. En l'attente de cette confirmation, il a été décidé de ne pas les mentionner dans la feuille de route.</p>
--	---

Actions	Priorité	Animateurs / référents
Actions transversales (2 actions)		
0.1. Organiser des formations croisées (échanges autour de cas pratiques, stages par comparaison / par immersion inter structures) régulières sur le territoire, entre la psychiatrie et les acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CAREPSE ▪ EPSMD
0.2. Développer et professionnaliser la pair-aidance dans le département	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MDPH ▪ Comité de liaison CHSQ – EPSMD ▪ GADES ▪ CTU
Axe 1 – Repérage, accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements (6 actions)		
1.1. Mettre en place des modalités de prise en charge de forfaits de consultations par des psychologues , mobilisables dans le département pour améliorer l'accès à un premier avis et une prise en charge	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ Représentant des psychologues libéraux
1.2. Travailler à la réorganisation des CMP du département pour favoriser une réponse plus réactive aux demandes de premier accueil et aux situations de crise	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de liaison CHSQ – EPSMD

1.3. Mettre en place une expérimentation de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise) en psychiatrie , à destination de médecins généralistes et d'établissements et services sociaux et médico-sociaux du territoire	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La roseraie ▪ GADES ▪ Futures CPTS
1.4. Organiser un travail de concertation entre les médecins généralistes, les psychiatres, les représentants d'usagers et des familles et la MDPH, sur la rédaction de la partie médicale du dossier MDPH , afin de mieux informer les médecins sur les attendus et sur l'ouverture des droits des personnes à la compensation, et d'envisager les voies d'amélioration répondant à leurs propres contraintes	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MDPH ▪ Groupe de liaison CHSQ/ EPSMD
1.5. Mettre en place une Maison des Adolescents dans le Nord du département et envisager son déploiement au Sud, en appui sur les structures existantes d'accueil des adolescents en proximité	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ Collectivités territoriales
1.6. Promouvoir l'aller vers des soins psychiatriques, les interventions sur le lieu de vie des patients	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de liaison CHSQ – EPSMD
Axe 2 – Parcours de vie et de santé sans rupture (6 actions)		
2.1. Mieux accompagner les personnes vers l'emploi inclusif en coordonnant différentes initiatives innovantes : a) Développer une offre en ESAT de transition et hors les murs dans le département b) Développer un axe « handicap psychique » dans le Dispositif Emploi Accompagné (DEA) c) Développer des modalités de soin psychiatrique renforcé compatibles avec le maintien d'une activité professionnelle	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espoir 02 ▪ Clinique la Roseraie
2.2. Développer et diversifier des solutions d'habitat accompagné / inclusif diversifiées, graduées et évolutives , dans le département	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CD 02
2.3. Structurer une offre départementale en réhabilitation psychosociale associant l'ensemble des acteurs du parcours en santé mentale, et organiser une réponse territoriale ambulatoire spécifique en réhabilitation psychosociale pour les grands adolescents / jeunes adultes	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Futur porteur retenu dans AAP 2021 ▪ ARS
2.4. S'assurer de la présence d'une composante santé mentale , ainsi que d'une composante soins somatiques et psychiatrie, dans les actuels et futurs outils de coordination des parcours	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DAC ▪ CPTS
2.5. Déployer les CLSM sur l'ensemble du territoire, notamment les zones rurales et organiser l'animation départementale des CLSM par le PTSM	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ Collectivités territoriales
2.6. Créer un/des outil.s de recensement des acteurs de la santé mentale sur le département, et organiser sa/leur mise à jour régulière et son/leur adaptabilité	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CLSM du département
Axe 3 – Accès aux soins somatiques (5 actions)		
3.1. Mettre en place une organisation permettant de renforcer la prise en charge somatique au sein des CMP et d' améliorer la collaboration et la coopération des CMP avec la médecine de ville	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 CMP de l'EPSMD et 1 CMP du CH St Quentin ▪ SAMSAH Espoir 02 et SAMSAH APEI

3.2. Systématiser le recours aux courriers de liaison psychiatrie – médecin généraliste après une hospitalisation, voire après des consultations ambulatoires marquantes. Identifier les freins à ces adresses et travailler à les lever	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de liaison CHSQ / EPSMD
3.3. Mieux accompagner les personnes vers des soins somatiques adaptés a) Diffuser une information accompagnée en termes de besoins et d'offre en soins somatiques auprès des patients souffrant de troubles psychiques et de leur famille b) Mener une réflexion sur les modalités et les organisations des soins en MCO à adapter aux besoins des personnes en situation de handicap psychique et viser leur renforcement et leur diffusion lorsqu'elles sont en place	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Commission des usagers du CTS (dont UNAFAM) ▪ Espoir 02 (SAMSAH)
3.4. Renforcer la formation en santé mentale au sein des IFSI et des centres de formation des travailleurs sociaux du département, en tenant compte des référentiels nationaux	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IFSI Prémontré
3.5. Développer la formation continue des professionnels de la MCO en matière de santé mentale	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de liaison CHSQ / EPSMD
Axe 4 – Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence (3 actions)		
4.1. Organiser une réponse téléphonique disponible 24h/24 aux besoins d'écoute, de conseils et d'orientation, des familles, du public et des professionnels face aux situations de crise, en lien avec le centre 15	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de liaison CHSQ / EPSMD
4.2. Déployer le dispositif Vigilans sur l'ensemble du département pour la prévention de la récurrence suicidaire	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CH St Quentin ▪ ARS
4.3. Renforcer l'intervention de la psychiatrie au sein des services d'urgence des centres hospitaliers généraux, et mettre en place des procédures et protocoles d'accueil harmonisés dans le département	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de liaison CHSQ / EPSMD
Axe 5 – Promotion des droits, pouvoir d'agir, lutte contre la stigmatisation (7 actions)		
5.1. Développer l'activité en EMPP du territoire , au domicile et dans la rue, en l'étoffant de professionnels partenaires parmi les acteurs de l'addictologie, de la prévention spécialisée, du champ de la précarité	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD ▪ SATO
5.2. Renforcer la formation et la sensibilisation des écoutants du 115 et des opérateurs de l'hébergement sur les troubles addictifs et les troubles psychiques, par des rencontres avec les CAARUD, les CSAPA et la psychiatrie. Promouvoir une culture du « travailler ensemble ».	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SATO
5.3. Diffuser une information adaptée concernant les procédures de soins sans consentement aux personnes concernées, aux familles et aux élus	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de liaison CHSQ / EPSMD
5.4. Développer la formation des usagers afin de les amener à siéger davantage au niveau des instances de démocratie sanitaire et de mieux les informer sur les différents lieux de représentation existants	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UNAFAM ▪ Espoir 02
5.5. Déployer des temps d'échanges réciproques avec les familles dans le secteur médico-social et dans les établissements de santé intervenant en psychiatrie	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD ▪ Espoir 02
5.6. Développer une offre en dispositifs de répit assurant un soutien pour les aidants des personnes souffrant de troubles psychiques	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ CD 02

<p>5.7. Décloisonner les actions culturelles, sportives et de loisirs : les faire sortir des établissements, s'appuyer sur les structures hors santé mentale et les ouvrir à la population générale</p>	<p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD
<p>Axe 6 – Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale (1 action)</p>		
<p>6.1. Constituer un réseau « déterminants sociaux de la santé mentale » au sein du PTSM, en lien avec les autres axes, chargé de poursuivre le diagnostic et de coordonner des actions de promotion de la santé mentale dans les domaines prioritaires identifiés</p>	<p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À identifier

III. FICHES ACTIONS

ACTIONS TRANSVERSALES

NIVEAU DE PRIORITE : 1

<p><u>Travaux transversaux à l'ensemble des GT</u></p>	<p>Objectif : Renforcer l'interconnaissance et la coordination des différents acteurs de la santé mentale</p>
	<p>Action n°0.1. Organiser des formations croisées (échanges autour de cas pratiques, stages par comparaison / par immersion inter structures) régulières sur le territoire, entre la psychiatrie et les acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif 3 – Coordonner les démarches de soins et d'accompagnement social et médico-social**
 - Déployer un programme de formations des professionnels et de stages croisés autour du handicap psychique sur l'ensemble de la région
- ☑ **Objectif 4 – Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents à risque**
 - Mettre en place des formations sur le repérage et les situations à risque

Animateurs / référents	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CAREPSE ▪ EPSMD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD ▪ CHSQ ▪ ARS ▪ CD 02 ▪ MDPH ▪ GADES 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CLSM ▪ CPTS ▪ URPS ML et IDE ▪ DSDEN 02 ▪ CREHPSY 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communes ▪ Fédération des centres sociaux ▪ Acteurs du logement ▪ Acteurs de l'emploi ▪ UNAFAM 02 ▪ Usagers, pair aidants, RU

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Le diagnostic a révélé un besoin de connaissance réciproque des acteurs, de leurs missions et des dispositifs existants. Les formations qui favorisent l'interconnaissance et une meilleure compréhension des pratiques professionnelles des différents acteurs (formations croisées) peuvent contribuer à répondre aux besoins exprimés.
- Les acteurs impliqués dans l'élaboration du PTSM ont ajouté que ce type de formations devait contribuer au décloisonnement des approches professionnelles (frein évoqué de façon récurrente pendant les GT) en élaborant une culture, un langage, communs. Ils ont également pointé le besoin de renforcer les compétences en santé mentale des acteurs non spécialistes, par des temps de rencontre avec les professionnels de la psychiatrie et du secteur médico-social.
- Le CAREPSE (réseau psychiatrie – PJJ – Éducation nationale – CLSM) organise une journée d'étude annuelle qui est très attendue des professionnels.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de formations croisées déployées dans le département sur les 5 années du PTSM
- Professionnels touchés par ces formations
- Évaluation de ces formations par les participants et les organisateurs

Étapes de mise en œuvre

1. Préciser les besoins de formation des différents professionnels dans chacune des thématiques envisagées pour ces formations

Les thématiques évoquées par l'ensemble des groupes de travail d'élaboration du PTSM sont les suivantes :

- **Repérage des troubles psychiques et orientation**
 - Public : professionnels en première ligne du repérage mais non spécialistes de la santé mentale (Petite enfance, Éducation nationale, acteurs du social, de l'emploi, du logement, etc.).
 - Contenu : signes qui doivent inquiéter, comportements à avoir face à ces signes, connaissance des réseaux d'acteurs pour l'orientation vers une expertise et une prise en charge, accompagnement des familles dans le début du parcours de prise en charge.
- **Détection des signes de crise**
 - Public : ensemble des acteurs impliqués dans la crise (psychiatrie, médico-social, familles, forces de l'ordre, élus, pompiers, transports sanitaires)
 - Contenu : connaissance des parcours de la crise, postures professionnelles, comportements / outils à avoir face la crise, connaissance des troubles psychiques.
- **Premier recours et troubles psychiques**
 - Public : médecins généralistes, IDEL
 - Contenu : soutien au repérage, connaissance des réseaux d'acteurs pour l'orientation, suivi somatique des personnes souffrant de troubles psychiques, effets secondaires et comorbidités les plus fréquentes à surveiller, gestion comportementale des consultations.
- **Accès aux droits et santé mentale**
 - Public : acteurs des premiers maillons de l'accès aux droits tels que les CCAS, les Maisons France service (dispositif en cours de développement visant à développer un guichet unique service publique en proximité, notamment sur les zones rurales et QPV) et tout autre structure à identifier.
 - Contenu : connaissance des droits du patient en santé mentale, connaissance des prestations et procédures MDPH, connaissance de l'offre de prise en charge, concept d'autodétermination et de pouvoir d'agir.

2. Identifier les différentes modalités de mise en œuvre adéquates au regard de la variété des publics

a) Format :

- Privilégier des temps de sensibilisation faciles à organiser et non chronophages : déterminer la fréquence, la durée, les lieux, le financement.
- Envisager les conditions de mise en œuvre pour les stages par comparaison / immersion : formation professionnelle continue ?

b) Opérateurs, ressources :

- Identifier des organismes de formation adaptés à une approche transversale (langage commun).
- Intégrer l'expertise de pairs ressources et des familles dans les interventions. Ces formations devront plus globalement intégrer les participants dans leur conception et leur animation.

3. Diffuser ces formations, mobiliser les établissements

- Faire connaître ces formations aux structures et acteurs du département, et promouvoir leur intégration dans les plans de formation des établissements

4. Déployer les formations et en organiser l'évaluation

Moyens nécessaires identifiés

- Ressources humaines pour la coordination des formations
- Financement des formations
- Opérateurs de formation

Précisions / points de vigilance / références

- Veiller à des temps de sensibilisation non chronophages pour les médecins généralistes

NIVEAU DE PRIORITE : 1

Travaux
transversaux
à l'ensemble
des GT

Objectif : Prendre en compte le savoir expérientiel et la place des usagers dans la conception et le fonctionnement des dispositifs

Action n°0.2. Développer et professionnaliser la pair-aidance dans le département

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- ☑ Objectif 5 – Promouvoir l’insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité
 - Structurer les GEM à l’échelle de la région en référence au cahier des charges national paru en 2016

Liens avec les autres priorités du PRS Hauts-de-France

- ☑ Objectif général 6 – Promouvoir les parcours de vie sans rupture et l’inclusion des personnes en situation de handicap
 - Objectif 3 : Soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap et promouvoir la pair-aidance

Liens avec le Schéma départemental de l’autonomie de l’Aisne

- ☑ Orientation 5 : Renforcer la place de l’usager dans la gouvernance de la politique de l’autonomie
 - Fiche action n°19 : Diffuser une culture de la pair-aidance

Animateurs / référents	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MDPH ▪ Comité de liaison CHSQ – EPSMD ▪ GADES ▪ CTU 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CD 02 ▪ ARS ▪ GEM ▪ Pair-aidants et MSP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambassadeurs santé ▪ Adultes relais médiateurs santé ▪ CCAS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CCOMS ▪ CSSM et CTU ▪ CLSM ▪ RU

Enjeux de l’action au regard du diagnostic

- La pair-aidance repose sur la reconnaissance d’un savoir expert détenu par le patient, et sur des mécanismes d’entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d’une même maladie psychique. Elle est reconnue comme un levier majeur dans le rétablissement des personnes.
- Des dispositifs de pair-aidance sont présents sur le département, mais sont à développer plus encore
 - La MDPH soutient le développement de la pair-aidance dans le cadre de l’Axe 3 de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ». Des sessions de formation ponctuelles ont été organisées.
 - Une médiatrice de santé pair va entrer en poste en janvier 2021 au sein de l’EPSMD.
 - L’APEI de St Quentin a intégré un poste de pair-aidant sur ses structures médico-sociales.

Indicateurs de suivi / résultats

- Augmentation du nombre de MSP formés dans les structures du département à l’horizon 2025
- Nombre de structures sanitaires et médico-sociales ayant intégré des pairs-aidants bénévoles
- Évaluation qualitative de l’intégration de ces pairs-aidants dans les équipes
- Nombre d’actions du PTSM ayant intégré des pairs-aidants à l’horizon 2025
- Nombre de temps de formation organisés pour les pair-aidants du département chaque année
- Nombre de situations ayant bénéficié d’un binôme professionnel / pair-aidant

Étapes de mise en œuvre

1. Accompagner le développement de la pair-aidance dans le département

a) Sensibiliser les professionnels du soin et du médico-social à la pair-aidance

- Réaliser un état des lieux des connaissances ;
- Recueillir les initiatives existantes dans le département pour le développement de la pair-aidance ;
- Organiser des temps de sensibilisation des professionnels du département à l'empowerment, au pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap psychique et à la pair-aidance ;
- Valoriser les apports de la pair-aidance dans le rétablissement, en s'appuyant sur l'expérience de structures dans et hors du département.

b) Promouvoir et accompagner leur intégration dans les structures sanitaires et médico-sociales

- Élaborer un cahier des charges partagé par les acteurs du département concernant le rôle des pair-aidants au sein des différentes structures, sur la base des initiatives existantes, des points forts et des points d'amélioration constatés.

c) Mettre en place des temps de sensibilisation en santé mentale par les pair aidants dans le département

- Intégrer les pairs-aidants dans les actions des CLSM, du PTSM, des SISM ;
- Encourager et accompagner leur intervention, leur collaboration, dans les formations croisées.

2. Accompagner la professionnalisation de la pair-aidance au sein des établissements

a) Développer la formation et le recrutement des médiateurs de santé pairs (MSP)

- Organiser le financement des formations ;
- Accompagner le recrutement des MSP au sein des établissements.

b) Favoriser l'intégration des médiateurs de santé pairs dans les équipes

- Préparer les équipes ;
- Structurer la place des MSP dans les services en élaborant des fiches de postes claires et partagées.

3. Accompagner la dynamique collective des pair-aidants

a) Structurer et renforcer l'**orientation des usagers** des établissements sanitaires et médico-sociaux **vers les pair-aidants**. Construire des d'espaces d'échange entre les usagers et les pair-aidants au sein des structures.

b) Organiser des **temps réguliers de rencontre entre pair-aidants** sur le territoire, intégrant les **ambassadeurs santé** et les **adultes relais médiateurs santé**.

c) Promouvoir la **formation des pairs-aidants** en démocratie sanitaire, en lien avec l'action 5.4. (Développer la formation des usagers afin de les amener à siéger davantage au niveau des instances de démocratie sanitaire et de mieux les informer sur les différents lieux de représentation existants).

Moyens nécessaires identifiés

- Financement de la formation des MSP
- Moyens humains pour la sensibilisation et l'accompagnement des équipes
- Logistique et moyens humains pour l'organisation de temps de rencontre entre les pair-aidants du département

Précisions / points de vigilance / références

- Le centre ressource en réhabilitation psychosociale du CH le Vinatier a élaboré un guide pratique « Comment intégrer un travailleur pair dans une équipe de santé mentale ? » qui pourra être un appui à l'accompagnement des équipes :
 - https://centre-ressource-rehabilitation.org/sites/centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/livret_integrertravailleurpair.pdf
- Association Pouvoir Agir 53-ESPER

AXE 1

REPÉRAGE, ACCÈS AU DIAGNOSTIC, AUX
SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS

NIVEAU DE PRIORITE : 1

<p>Travaux du GT1</p> <p>Axe du PTSM : Repérage, diagnostic, accès aux soins et aux accompagnements</p>	<p>Objectif : Améliorer l'accès à des soins psychiques rapides pour les enfants et adolescents post repérage</p>
	<p>Action n°1.1. Mettre en place des modalités de prise en charge de forfaits de consultations par des psychologues, mobilisables dans le département pour améliorer l'accès à un premier avis et une prise en charge</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif 4 – Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents à risque**
 - Définition par les PTSM d'une filière de prise en charge des enfants et adolescents à risque

Animateurs / référents	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ Représentant des psychologues libéraux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CPTS ▪ CDOM ▪ EPSMD ▪ CD 02 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MDA ▪ CPAM ▪ DSDEN 02 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APEI ▪ MDPH ▪ Représentants des usagers

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Il est noté un manque de dispositifs pour une orientation rapide, après le repérage.
- Du point de vue des médecins généralistes, quelques consultations psychologiques peuvent parfois s'avérer suffisantes pour dénouer des situations simples, sans qu'une orientation vers un psychiatre s'avère nécessaire.
- L'expérimentation Ecout'Emoi est en cours de déploiement en France sur 3 régions pilotes, coordonnée par les Maisons des Adolescents jusqu'à fin 2021. Elle permet aux médecins généralistes de prescrire à un jeune un forfait de consultations par un psychologue libéral, et concourt ainsi à réduire les délais d'accès à une évaluation et à une prise en charge.

Indicateurs de suivi / résultats

- Mise en place d'un groupe de travail chargé de la thématique
- Type de dispositif.s mis en place et évaluation de l'utilisation
- Nombre de psychologues libéraux mobilisés dans le.s dispositif.s
- Nombre de « prestations complémentaires » et/ou de complément de l'AEEH pour des consultations par un psychologue libéral

Étapes de mise en œuvre

1. Étudier les possibilités de financement existantes et les diffuser auprès des médecins généralistes, des acteurs de la psychiatrie et des familles
 - Faire connaître les possibilités de financement par la CPAM, à travers les « prestations complémentaires » de consultations de psychologues en ville. Ce dispositif est soumis à des conditions de revenus et aux limites des fonds disponibles.

- Faire connaître les possibilités de prises en charge en complément de l'AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé), pour les enfants et adolescents déjà inscrits dans un parcours d'accompagnement.
- Développer une communication auprès des familles par le biais de la CPAM-CAF Santé scolaire-PMI (accès aux interlocuteurs sur le territoire et aux informations sur les financements).

2. Favoriser des dispositifs coordonnés entre les psychologues libéraux et les acteurs de la santé mentale, sur le modèle du dispositif Ecout'Emoi

- Une expérimentation est en cours de mise en place dans le département, portée par le Conseil départemental, l'APEI, l'ASE et une psychologue libérale, pour le financement de forfaits de consultation à destination des enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance.
- Déployer, évaluer et étendre cette expérimentation dans le département.

Moyens nécessaires identifiés

- Financement des dispositifs retenus

Précisions / points de vigilance / références

- Travail en lien avec le Schéma départemental de l'autonomie, fiche Action n°12 « : Améliorer l'anticipation et la réactivité des dispositifs aux âges charnières et notamment réussir le passage de l'adolescence à l'âge adulte ».
- Lien avec le Schéma départemental Services d'aide aux familles de l'Aisne.

NIVEAU DE PRIORITE : 1

<p><u>Travaux du GT1 et GT2</u></p> <p>Axes du PTSM :</p> <p>Repérage, diagnostic, accès aux soins et aux accompagnements / Prévention et gestion des crises et des urgences</p>	<p>Objectif : Améliorer les délais d'accès aux soins psychiatriques</p>
	<p>Action n°1.2. Travailler à la réorganisation des CMP du département pour favoriser une réponse plus réactive aux demandes de premier accueil et aux situations de crise</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- ☑ Objectif 2 – Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre dans le champ sanitaire, social et médico-social
 - Améliorer l'accès aux CMP en harmonisant les conditions d'accueil sans rendez-vous et l'amplitude horaire d'ouverture, et en diffusant les principes de fonctionnement aux partenaires du territoire.

Animateurs / référents	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de liaison CHSQ – EPSMD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD ▪ Pôle psychiatrie du CHSQ ▪ DAC ▪ ARS ▪ GADES ▪ CPTS, URPS

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Concernant les consultations non programmées, il est noté un manque de possibilités de consulter un psychiatre en urgence sans passer par les SAU : il n'existe pas de permanences pour l'urgence / la crise en CMP.
- Concernant la réponse aux premières demandes de soins, certains CMP ont mis en place une IDE disponible pour un premier accueil tous les jours, mais il est noté un manque de visibilité sur cette organisation spécifique pour l'ensemble des CMP.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un groupe de travail « organisation des CMP » départemental
- Nombre de CMP disposant de créneaux de consultation en urgence
- Nombre de CMP disposant de créneaux de 1^{er} accueil
- Nombre de CMP disposant d'une infirmière d'accueil
- Nombre de CMP disposant d'un psychiatre référent « 1^{er} accueil et crises »
- Nombre et type de partenaires ayant connaissance de l'organisation des CMP
- Nombre de plaquettes et/ou flyers d'information diffusés

Étapes de mise en œuvre

Mettre en place un groupe de travail en charge de définir une organisation commune aux CMP pour permettre une réponse lisible et harmonisée aux premières demandes de soin et aux situations de crise

- **Recenser** les modalités d'organisation des CMP du département concernant l'accueil des primo-consultants et la réponse aux situations de crise.
- Faire remonter les **freins** à la mise en place d'une organisation dédiée aux premiers accueils et aux situations de crise, et identifier des leviers de façon transversale.
- **Proposer une harmonisation des organisations et déployer des créneaux dédiés** au sein des CMP dans

lesquels une réponse n'est pas organisée.

- S'appuyer sur les compétences des **IDE**, et à terme, des **IPA** – infirmières de pratique avancée – en psychiatrie, et sur un **psychiatre référent par CMP**.
- **Communiquer** l'organisation existante aux partenaires et au public : plaquettes de fonctionnement, flyers, communication via le dispositif d'appui à la coordination (DAC), les URPS, les pharmacies, les CCAS du département.

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail
- Renforcement des CMP en IDE et/ou en IPA

Précisions / points de vigilance / références

- La mise en place de ces organisations doit s'accompagner d'une réflexion de fond sur le niveau d'acceptabilité de la situation de crise au sein des CMP. Ces structures ne sont pas équipées pour gérer des personnes avec des troubles du comportement aigus voire violents, ce qui peut influencer sur la sécurité du personnel et des autres patients.

NIVEAU DE PRIORITE : 1

<p><u>Travaux du GT1</u></p> <p>Axe du PTSM :</p> <p>Repérage, diagnostic, accès aux soins et aux accompagnements</p>	<p>Objectif : Développer l'offre de prise en charge ambulatoire en psychiatrie</p>
	<p>Action n°1.3. Mettre en place une expérimentation de télémedecine (téléconsultation, téléexpertise) en psychiatrie, à destination de médecins généralistes et d'établissements et services sociaux et médico-sociaux du territoire</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- Objectif 3 – Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social**
 - Expérimenter et évaluer la télépsychiatrie en associant un établissement de soin et une structure sociale ou médico-sociale

Animateurs / référents	Contributeurs	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clinique la Roseraie ▪ GADES ▪ Futures CPTS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DT ARS 02 ▪ EPSMD (dont CPAO) ▪ Pôle psychiatrie du CHSQ ▪ CPTS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CDOM ▪ URPS ML ▪ GIP Sant& Numérique HDF ▪ RU ▪ Conseil régional (financement de l'équipement des cabinets libéraux) ▪ CLSM, CLS

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Il est noté un manque de formation aux troubles psychiques et de connaissance de l'offre pour les médecins généralistes, parfois isolés dans la prise en charge de personnes avec troubles psychiques, notamment en zones rurales.
- Les ESSMS disposent rarement d'une ressource médicale en interne.
- Des difficultés d'accès géographique aux soins sont notées en zones rurales.
- La crise sanitaire liée à la Covid-19 a montré que la télémedecine était une modalité de soin efficace, complémentaire à un accompagnement présentiel, relativement simple à mettre en place sur le plan matériel.
- Peu d'expérimentations de télémedecine en psychiatrie ont été mises en place dans le département en dehors de cette période de crise.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'une expérience pilote rassemblant psychiatrie – médecine générale – ESSMS
- Nombre de téléconsultations / téléexpertises en psychiatrie déployées chaque année vers des ESSMS
- Nombre de téléconsultations/ téléexpertises en psychiatrie déployées chaque année vers des médecins généralistes
- Mesure de la satisfaction des patients et des professionnels utilisateurs
- Existence d'une procédure de suivi et d'analyse des évènements indésirables

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Réaliser un bilan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des expériences existantes pour d'autres spécialités médicales dans le département ▪ Des expériences de téléconsultations mises en place durant la crise sanitaire en psychiatrie dans le département, pour capitaliser sur les modalités les plus efficaces 	<p>1^{er} semestre 2021</p>
<p>2. Identifier des acteurs volontaires pour expérimenter ces téléconsultations / téléexpertises au sein du département</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des praticiens en psychiatrie ▪ Des médecins généralistes ▪ Des ESSMS : les EHPAD pourront être ciblés en premier lieu en raison du manque de mobilité du public et du maillage territorial important 	
<p>3. Définir le cadre, les modalités, les plus adaptés aux différents publics dans la mise en œuvre de téléconsultations</p>	
<p>4. Définir et mettre en place les équipements / outils techniques sécurisés nécessaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À la réalisation des téléconsultations (vidéotransmission) ▪ À l'échange numérique d'informations préalables, de comptes rendus de consultation, de prescriptions (messagerie sécurisée, plateforme) ▪ Une attention devra être portée à la compatibilité des solutions numériques, en télémédecine (Prédice est déjà utilisé par un grand nombre de médecins généralistes et a fait l'objet d'une présentation récente aux professionnels de l'EPSMD) ▪ Former les professionnels à l'utilisation des solutions numériques ▪ Anticiper la maintenance, la gestion des dysfonctionnements ▪ Prendre appui sur le GIP Sant& Numérique Hauts-de-France pour cette étape 	<p>2^{ème} semestre 2021</p>
<p>5. Mettre en œuvre les premières téléconsultations / téléexpertises et réaliser une évaluation au fil de l'eau</p>	<p>2022 - 2025</p>
<p style="text-align: center;">Moyens nécessaires identifiés</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ressources humaines et supports techniques 	

Précisions / points de vigilance / références
<ul style="list-style-type: none"> – La téléconsultation peut être un moyen efficace pour les personnes réfugiées d'obtenir un accès à un psychiatre parlant leur langue. Un travail complémentaire pourra être réalisé avec les acteurs de l'hébergement et de l'insertion sur ce point spécifique. – Un travail parallèle est estimé nécessaire pour identifier les freins au déploiement (zones peu couvertes par Internet dans le département).

NIVEAU DE PRIORITE : 2

<p><u>Travaux du GT1</u></p> <p>Axe du PTSM : Repérage, diagnostic, accès aux soins et aux accompagnements</p>	<p>Objectif : Améliorer la description des effets des troubles pour mieux compenser le handicap</p>
	<p>Action n°1.4. Organiser un travail de concertation entre les médecins généralistes, les psychiatres, les représentants d'usagers et des familles et la MDPH, sur la rédaction de la partie médicale du dossier MDPH, afin de mieux informer les médecins sur les attendus et sur l'ouverture des droits des personnes à la compensation, et d'envisager les voies d'amélioration répondant à leurs propres contraintes</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif 3 – Coordonner les démarches de soins et d'accompagnement social et médico-social**
 - Déployer un programme de formation des professionnels autour du handicap psychique
 - Mettre en place des outils facilitant la coordination
- ☑ **Objectif 5 – Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité**
 - Diffuser la culture de la réhabilitation au sein des structures de soin et d'accompagnement des personnes souffrant d'un handicap psychique

Liens avec les priorités du Schéma départemental de l'autonomie

- ☑ **Objectif 4 - Adapter l'offre médico-sociale à l'évolution du secteur et des besoins de la population**
 - Fiche action n°11 : Faire évoluer les établissements et services en lien avec la Réponse Accompagnée Pour Tous et la réforme des autorisations pour permettre l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation les plus complexes
 - Fiche action n°14 : Faciliter les liens de coopération et de coordination entre le secteur médico-social et le secteur psychiatrique en lien avec le programme régional de santé mental

Animateurs / référents	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MDPH ▪ Groupe de liaison CHSQ – EPSMD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GADES ▪ CDOM ▪ CPTS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UNAFAM 02 ▪ CREHPSY ▪ URPS ML 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Représentants des usagers ▪ UFC que choisir

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Tous les médecins généralistes et les psychiatres ne sont pas sensibilisés / formés à la description des retentissements fonctionnels de la maladie dans la vie quotidienne, nécessaire à la rédaction des certificats médicaux accompagnant les dossiers MDPH.
- L'ouverture de droits par la MDPH est pourtant tributaire de la finesse de cette description.
- Les médecins manquent de temps pour renseigner les dossiers MDPH considérés comme « lourds ».
- Les prestations du handicap doivent être utilisées comme une réponse possiblement temporaire dans le parcours, qui ne fige pas le diagnostic.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un groupe de travail en charge de traiter cette question et caractère pluriprofessionnel de ce groupe
- Nombre de temps de sensibilisation / formation proposés et fréquentation (nombre de médecins généralistes et de psychiatres)
- Évolution de la qualité descriptive des certificats médicaux du point de vue de la MDPH

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Mettre en place un groupe de travail mixte (professionnels médico-sociaux, médecins, MDPH, représentants des usagers) chargé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ D'évaluer les freins dans la rédaction des certificats médicaux, pour les médecins ▪ De mettre en place des guides, outils, pour la rédaction ▪ D'envisager des modalités de simplification dans le remplissage des dossiers (sauvegardes des données par exemple) 	2021
<p>2. Organiser des temps de sensibilisation auprès des médecins généralistes et des psychiatres du département sur la rédaction des certificats médicaux MDPH</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Basés sur la connaissance du modèle social du handicap, le partage autour des notions de limitations fonctionnelles et de restrictions d'activités 	2022 - 2025
Moyens nécessaires identifiés	
<ul style="list-style-type: none"> – Groupe de travail – Support pédagogique pour l'outillage 	

NIVEAU DE PRIORITE : 2

Travaux du GT1 Axe du PTSM : Repérage, diagnostic, accès aux soins et aux accompagnements	Objectif : Développer l'offre de prise en charge ambulatoire en psychiatrie
	Action n°1.5. Mettre en place une Maison des Adolescents dans le Nord du département et envisager son déploiement au Sud, en appui sur les structures existantes d'accueil des adolescents en proximité

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif 4 – Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents à risque**
 - Définir une filière de prise en charge des enfants et des adolescents à risque dans le cadre du PTSM
 - Mettre en place des formations sur le repérage et les situations à risque
 - Mettre en place des prises en charge coordonnées entre les acteurs du soin, du social et du médico-social

Animateurs / référents	Contributeurs	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ Collectivités territoriales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôle psychiatrie du CHSQ ▪ EPSMD ▪ DSDEN 02 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ANMDA ▪ Équipe mobile d'appui à la scolarisation (fondation Savart) ▪ DDCCS ▪ PAEJ du département

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Le département ne comptait pas de Maison des Adolescents (MDA) au moment de l'élaboration du diagnostic, alors même que des défauts de prise en charge récurrents sont constatés pour les adolescents.
- Un projet de mise en place d'une MDA est en cours sur le Nord du département pour 2020, sous le pilotage de l'ARS et du Conseil départemental, en lien avec la commune de St Quentin, avec un projet d'antenne en Thiérache à Hirson (via le Point Accueil Écoute Jeunes – PAEJ – et le soutien de la DDCCS). Ce dispositif devrait être effectif courant 2021.
- L'extension sera à envisager dans un second temps sur le Sud du département.

Indicateurs de suivi / résultats

- Présence d'un bilan de la mise en place et du fonctionnement de l'antenne Nord
- Existence d'une antenne Sud à l'horizon 2025

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Déployer la Maison des adolescents au Nord du département et réaliser le bilan des freins et des leviers dans le déploiement <ul style="list-style-type: none"> ▪ En déduire des recommandations pour la mise en place d'un dispositif départemental avec une antenne Sud et une antenne Nord. ▪ Identifier les leviers de déploiement du modèle mis en place dans le Nord pour sa transférabilité au Sud. 	2021 - 2023

<p>2. Mettre en place une antenne Sud du dispositif Maison des adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir le portage de cette antenne (équipe, locaux). ▪ Définir les partenariats locaux, les appuis à mettre en place (acteurs du champ de l'adolescence, mais aussi éventuellement adultes relais médiateurs santé, infirmière relais de l'ANPS – association nationale pour la protection de la santé). ▪ Mobiliser les financements adéquats à la mise en œuvre du dispositif. 	<p>2024</p>
<p>3. Envisager une coordination départementale du dispositif</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir un projet et des outils communs aux antennes Nord et Sud. ▪ Mettre en place un comité de pilotage large du dispositif, permettant de partager le projet et ses orientations avec les acteurs institutionnels départementaux (DSDEN, organismes de protection de l'enfance, etc.) et d'établir des liens formalisés. ▪ Organiser une mission d'animation territoriale vis-à-vis des partenaires opérationnels des parcours de l'adolescence infra territoriaux, conformément au cahier des charges 2016 des Maisons des Adolescents. 	<p>2024 - 2025</p>

Moyens nécessaires identifiés

- Financement de l'équipe de l'antenne Sud
- Appui à la mise en œuvre (ANMDA)

Précisions / points de vigilance / références

- Il est préconisé par le groupe de travail du PTSM d'organiser une véritable mobilité du dispositif vers les jeunes, qui pourrait par exemple reposer sur la mise en place d'un bus itinérant (cf. bus itinérant service public en Thiérache).
- Néanmoins, des pistes de modalités moins stigmatisantes peuvent aussi favoriser la venue des adolescents dans les permanences MDA : celles-ci pourraient s'appuyer par exemple sur les Maisons France Service qui se mettent en place à l'échelle des communes ou intercommunalités et intègrent une composante mission locale.

NIVEAU DE PRIORITE : 3

<p><u>Travaux du GT1 et GT2</u></p> <p>Axes du PTSM :</p> <p>Repérage, diagnostic, accès aux soins et aux accompagnements / Prévention et gestion des crises et des urgences</p>	<p>Objectif : Améliorer la mobilité des soins psychiatriques</p>
	<p>Action n°1.6. Promouvoir l'aller vers des soins psychiatriques, les interventions sur le lieu de vie des patients</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif 2 – Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre dans le champ sanitaire, social et médico-social**
 - Réduire le recours et la durée de séjour en hospitalisation complète par le développement des alternatives à l'hospitalisation et des dispositifs permettant la mobilité des équipes
 - Mener un travail d'harmonisation à un niveau régional sur les missions et l'organisation des modalités de prise en charge que sont les équipes mobiles et l'HAD en psychiatrie

Animateurs / référents	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de liaison CHSQ – EPSMD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD ▪ Pôle psychiatrie du CHSQ ▪ ARS ▪ GADES ▪ CPTS ▪ Association Temps de vie

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Un manque d'équipes mobiles est pointé sur le département. Il n'en existe à ce jour que trois : une équipe mobile psychiatrie précarité à l'EPSMD qui va être étendue aux secteurs du Centre hospitalier St Quentin, une équipe mixte sanitaire / médico-sociale (EPSMD – APEI des deux vallées et APEI) pour les enfants de 3 à 20 ans depuis le 1^{er} janvier 2020, et une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé portée par l'EPSMD.
- Un appel à candidature est en cours dans la région pour le développement d'équipes mobiles de pédopsychiatrie.
- Les familles attirent l'attention sur leur besoin d'interventions de la psychiatrie sur le lieu de vie des personnes, notamment face aux situations de crise, afin d'éviter ou d'accompagner l'arrivée aux urgences. Des difficultés d'accès aux soins liées à l'étendue du territoire de l'Aisne et aux difficultés de mobilité des usagers sont également évoquées.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un groupe de travail « équipes mobiles » départemental
- Nombre d'équipes mobiles partenariales développées à l'horizon 2025
- Nombre et types de dispositifs d'intervention à domicile pour des problématiques psychiatriques

Étapes de mise en œuvre

1. **Mettre en place un groupe de travail mixte (psychiatrie – médico-social) chargé d'évaluer les pratiques, les besoins et les leviers en termes de mobilité des soins psychiatriques**
 - Au niveau des différentes modalités existantes : VAD depuis les CMP, équipes mobiles et hospitalisation à domicile.
2. **Mener une réflexion à l'échelle du département sur les besoins en développement d'équipes mobiles**

« agiles », partenariales, intersectorielles, pour des interventions ponctuelles

- Recenser les équipes mobiles existantes et les projets d'équipes mobiles.
- Recenser les partenariats existants ou à venir avec les équipes mobiles.
- Évaluer, dans le cadre du PTSM, l'apport des équipes mobiles déployées.
- Travailler sur des propositions au regard des besoins non couverts en termes d'équipes mobiles : publics/tranches d'âge, types de missions (repérage, gestion des crises), zones d'intervention prioritaires, portages et compositions envisageables, modalités de financement envisageables.

3. Envisager le développement de la psychiatrie dans l'activité de l'hospitalisation à domicile (HAD) généraliste

- Il est à noter que l'association Temps de vie, qui gère un service d'HAD à ST Quentin, travaille sur l'intégration de patients de la psychiatrie dans le dispositif.

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail
- Financement des équipes mobiles

Précisions / points de vigilance / références

- La mise en place de ces organisations doit s'accompagner d'une réflexion de fond sur le périmètre de ce qui, en psychiatrie, peut être géré au domicile, et de ce qui nécessite une surveillance plus rapprochée, à l'hôpital.
- L'HAD est souvent vécue comme moins stigmatisante que l'hospitalisation classique pour les patients, néanmoins, elle ne serait pas indiquée dans les situations de crise, lors desquelles l'institution peut se révéler plus contenante, ni pour les situations de soin sous contrainte. Par ailleurs, elle nécessite des ressources humaines dédiées, ce qui reste un frein important à sa mise en place dans le contexte de la démographie médicale en psychiatrie de l'Aisne.

AXE 2

PARCOURS DE VIE ET DE SANTÉ SANS
RUPTURE, EN VUE DU RÉTABLISSEMENT ET
DE L'INCLUSION DES PERSONNES

NIVEAU DE PRIORITE : 1

<p><u>Travaux du GT2</u></p> <p>Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion</p>	<p>Objectif : Améliorer l'accès à / le maintien dans l'emploi des personnes atteintes de troubles psychiques</p>
	<p>Action n°2.1. Mieux accompagner les personnes vers l'emploi inclusif en coordonnant différentes initiatives innovantes promouvant le rétablissement par le travail :</p> <p>a) Développer une offre en ESAT de transition dans le département</p> <p>b) Développer un axe « handicap psychique » dans le Dispositif Emploi Accompagné (DEA)</p> <p>c) Développer des modalités de soin psychiatrique renforcé compatibles avec le maintien d'une activité professionnelle</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif 5 – Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité**
 - Diffuser la culture du rétablissement au sein des structures de soins et d'accompagnement des personnes souffrant d'un handicap psychique

Liens avec les priorités handicap du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif 6 : Adapter et/ou développer l'offre d'accompagnement en établissements aux besoins des adultes en situation de handicap**
 - Adapter les modalités d'accompagnement des ESAT aux besoins spécifiques des travailleurs avec TSA ou handicap psychique
- ☑ **Objectif 7 : Soutenir le choix des adultes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire**
 - Favoriser l'insertion professionnelle en milieu ordinaire par l'emploi accompagné, les ESAT de transition...

Liens avec les priorités du Schéma départemental de l'autonomie

- ☑ **Orientation 4 : Adapter l'offre médico-sociale à l'évolution du secteur et des besoins de la population**
 - Fiche action 12 : Améliorer l'anticipation et la réactivité des dispositifs aux âges charnières afin notamment de mieux réussir le passage de l'adolescence à l'âge adulte pour les personnes en situation de handicap

Animateurs / référents	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espoir 02 ▪ Clinique la Roseraie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MDPH ▪ CREHPSY ▪ GADES 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD ▪ Pôle psychiatrie du CHSQ ▪ Clinique Ste Monique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CLSM ▪ Pôle Emploi ▪ Cap Emploi ▪ RU

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Certains ESAT du département travaillent déjà sur le volet inclusion. Néanmoins le manque d'ESAT hors les murs constitue un frein à l'accompagnement vers l'emploi en milieu ordinaire.
- Le dispositif emploi accompagné (DEA) est déployé par le département depuis janvier 2020, porté par un regroupement d'opérateurs médico-sociaux (ensemble des gestionnaires d'ESAT). Ce dispositif « tous types de handicaps » doit être outillé de façon différenciée pour répondre aux besoins spécifiques du public du handicap psychique, que l'on situe l'action dans l'accès, le maintien ou le retour à l'emploi.
- La logique du « place and train » est à développer dans le département.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un groupe de travail départemental sur l'évolution des ESAT vers le public handicap psychique
- Nombre de professionnels des ESAT ayant suivi une formation handicap psychique
- Présence d'une offre en ESAT de transition à l'horizon 2025
- Existence d'un référent départemental « DEA handicap psychique »
- Nombre de personnes souffrant de troubles psychiques incluses dans le DEA
- Évaluation de l'expérimentation du document d'aide à l'accueil du handicap psychique auprès des employeurs

Étapes de mise en œuvre

1. Mettre en place un groupe de travail chargé de développer une offre en ESAT de transition et hors les murs dans le département, afin de favoriser les tremplins entre l'emploi en milieu protégé et en milieu ordinaire

En charge de porter la dynamique sur l'ensemble du département, et diversifié en vue de s'appuyer sur les compétences de chacun

- a) **Former / sensibiliser les professionnels** intervenant en ESAT aux spécificités du handicap psychique, en s'appuyant notamment sur les ressources du CREHPSY.
- b) **Innover sur les modalités d'accompagnement dispensées par les ESAT**, en suivant différentes pistes :
 - Travailler à l'assouplissement des cadres administratifs pour mieux adapter l'accompagnement aux besoins des personnes (alternance temps complet / temps partiel, notamment)
 - S'appuyer sur la méthodologie Messidor (Cf. Passage Pro, Beauvais) pour favoriser la mise en place de passerelles entre le milieu protégé et le milieu ordinaire.
 - Promouvoir un accompagnement basé sur la mise en valeur des compétences de la personne, tant vis-à-vis d'elle-même que des employeurs.
 - Diversifier les formes d'accompagnement proposées au-delà de l'atelier : envisager des accompagnements vers l'auto-entreprenariat par exemple.
 - Mener une réflexion sur la possibilité juridique de mettre en place des « contrats glissants » sur le modèle de l'intermédiation locative : la structure médico-sociale porte le contrat dans un premier temps, qui peut ensuite être repris par l'entreprise.

2. Développer un axe « handicap psychique » dans le Dispositif Emploi Accompagné (DEA), afin d'adapter les modalités de l'accompagnement aux difficultés des personnes atteintes de troubles psychiques

- a) **Mettre en place dans le cadre du PTSM un référent départemental DEA**
 - Chargé de diffuser l'existence du DEA, de le faire connaître et d'évaluer son efficacité pour le public du handicap psychique
 - Chargé de faire le lien entre le dispositif et le public du handicap psychique
- b) **Former / sensibiliser les intervenants du DEA** aux besoins spécifiques du public en situation de handicap psychique en termes d'accompagnement et d'adaptation des situations de travail

3. Sensibiliser les employeurs et les services de santé au travail au handicap psychique, et valoriser les compétences des salariés auprès d'eux

- S'appuyer sur les CLSM pour toucher les employeurs, encourager les groupes de travail emploi au sein des CLSM.

- Élaborer des interventions auprès des employeurs type webinaires « emploi et handicap psychique » (cf. expérience de la MDPH).
- Créer et expérimenter un document d'aide à l'accueil des personnes en situation de handicap psychique pour les professionnels de l'emploi.
- Favoriser la mise en place d'actions de sensibilisation dans le cadre de la SEEPH (Semaine Européenne de l'Emploi des Personnes en situation de Handicap).

4. Développer des modalités de soin psychiatrique renforcé compatibles avec le maintien d'une activité professionnelle, afin de réduire les risques de rupture dans la trajectoire professionnelle

- a) Promouvoir la mise en place de séances de soins en horaires décalés (fin de journée, début de soirée), organiser une offre en hospitalisation de nuit
- b) Encourager les conventions psychiatrie – pôle emploi pour des suivis partagés
- c) Renforcer le rôle des assistants de service social en psychiatrie sur le maintien dans l'emploi

Moyens nécessaires identifiés

- Formation des professionnels des ESAT et du DEA
- Logistique pour la communication auprès des acteurs de l'emploi

Précisions / points de vigilance / références

- Référence « Passage Pro » à Beauvais

NIVEAU DE PRIORITE : 1

<p><u>Travaux du GT2</u></p> <p>Axe du PTSM :</p> <p>Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion</p>	<p>Objectif : Améliorer l'accès à / le maintien dans le logement des personnes atteintes de troubles psychiques</p>
	<p>Action n°2.2. Développer et diversifier des solutions d'habitat accompagné / inclusif diversifiées, graduées et évolutives, dans le département</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif 2 – Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre dans le champ sanitaire, social et médico-social**
 - Recomposer l'offre en hospitalisation complète du sanitaire vers le médico-social lorsque ces recompositions sont nécessaires pour une bonne adéquation des accompagnements aux attentes et aux besoins des personnes souffrant de handicap psychique
- ☑ **Objectif 5 – Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité**
 - Diffuser la culture du rétablissement au sein des structures de soins et d'accompagnement des personnes souffrant d'un handicap psychique

Liens avec les priorités handicap du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif 7 : Soutenir le choix des adultes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire**
 - S'assurer de l'existence dans chaque territoire, existe une palette de réponses articulées en matière de services, à l'instar des plateformes de services SAMSAH/SAVS/SSIAD PH, des unités d'accompagnement et de soutien à domicile pour personnes en situation de handicap psychique

Liens avec les priorités du Schéma départemental de l'autonomie

- ☑ **Orientation 3 : Faciliter le parcours résidentiel des personnes via une offre intermédiaire entre domicile et établissement**
 - Fiche action 8 : Accompagner le développement de nouvelles formes d'habitat et promouvoir l'habitat inclusif pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

Animateur / référent	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CD 02 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GADES ▪ EPSMD ▪ Pôle psychiatrie du CHSQ ▪ CLSM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SAAD ▪ Bailleurs sociaux ▪ CAF ▪ RU 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UNAFAM 02 ▪ CD ▪ ARS

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Une offre d'habitat intermédiaire à destination des personnes handicapées se développe, portée par le précédent Schéma départemental de l'autonomie, comprenant une palette de solutions possibles et articulables, selon le besoin.
- Toutefois, l'offre médico-sociale reste engorgée, notamment au niveau de foyers de vie (49 % des orientations ne sont pas honorées faute de places). Ces foyers n'ont par ailleurs pas de places fléchées handicap psychique.
- Ce déficit de places peut entraîner des recours aux établissements belges : d'après la MDPH, au 10 janvier 2018, 154 personnes adultes y sont accueillies, dont 2/3 âgées de moins de 30 ans.

Indicateurs de suivi / résultats

- Dispositifs d'habitat inclusif créés dans le département à l'horizon 2025
- Évolution du nombre de places diffuses en établissement médico-social chaque année
- Nombre et formes (conventions actives par exemple) de coopérations mises en place entre les acteurs de la santé mentale (associations médico-sociales, secteurs de psychiatrie, CLSM) avec des bailleurs sociaux et nombre de logements concernés par ces coopérations

Étapes de mise en œuvre

1. Élaborer une offre d'habitat inclusif / intermédiaire variée dans le département

- Reposant sur une articulation des interventions médico-sociales, sanitaires et sur l'accès à un bail de droit commun. S'appuyer sur l'expérience de la **résidence accueil** de Laon portée depuis trois ans par l'association Espoir 02, qui a mis en place une articulation avec l'EPSMD pour des visites régulières des professionnels de la psychiatrie aux personnes suivies.
- Envisager le développement du programme « **Un chez soi d'abord** » dans le département.
- Améliorer l'accès et le maintien dans le logement social en **lien avec les opérateurs du logement** : identifier les leviers de financement de projets coconstruits avec les bailleurs sociaux, notamment via le Fonds national d'accompagnement vers et dans le logement (FNAVDL).

2. Amener les établissements et services médico-sociaux à faire évoluer leur offre vers davantage de structures diffuses / éclatées au sein de la cité

- Promouvoir la transformation de places en institution en logements au sein de la ville.
- Accompagner l'EPSMD dans la mise en place de **Maisons d'accueil spécialisé** (MAS) pour les patients les plus chroniques.

3. Développer l'intermédiation locative dans le département pour améliorer l'accès au logement en post hospitalisation

- Organiser des convention bailleur social – psychiatrie – service d'accompagnement pour la mise en place de **baux glissants**.
- S'appuyer sur les **CLSM** du département pour nouer ces collaborations.
- S'appuyer sur l'expérience du bailleur OPAL qui, par le biais du CLSM de Soissons a élaboré un projet de dispositif d'intermédiation locative avec l'EPSMD.

4. Renforcer le soutien du maintien à domicile des personnes souffrant de troubles psychiques

- a) **Mieux soutenir l'action des aides à domicile et coordonner leur intervention avec celle de la psychiatrie**
 - **Former les professionnels des SAAD** (services d'aide et d'accompagnement à domicile) en santé mentale
 - Mettre en place des **conventions psychiatrie – SAAD** pour améliorer la coordination des interventions et le soutien à l'intervention des auxiliaires de vie par une supervision infirmière, sur le modèle du SAMAD développé par l'EPSMD Flandres et l'UNAFAM.
- b) **Promouvoir l'accompagnement au domicile en soutien des aidants**
 - Sur le modèle de l'UAS (unité d'accompagnement et de soutien) mise en place au CHSQ en lien avec la MAS de l'APEI de St Quentin qui permet une intervention d'équipe pluridisciplinaire au domicile.

Moyens nécessaires identifiés

- Appels à projets pour l'offre en habitat inclusif
- Ressources humaines pour la formation des professionnels de SAAD

Précisions / points de vigilance / références

- Articuler ces actions avec les initiatives portées par le Schéma départemental de l'autonomie en matière d'habitat inclusif
- S'appuyer sur les repères du guide de l'habitat inclusif élaboré par la CNSA en 2017 : https://www.cnsa.fr/documentation/guide-de_l-habitat-inclusif-pour-les-personnes-handicapees-et-les-person.pdf

NIVEAU DE PRIORITE : 1

<p><u>Travaux du GT2</u></p> <p>Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion</p>	<p>Objectif : Structurer l'offre en réhabilitation psychosociale sur le territoire</p>
	<p>Action n°2.3. Structurer une offre départementale en réhabilitation psychosociale associant l'ensemble des acteurs du parcours en santé mentale, et organiser une réponse territoriale ambulatoire spécifique en réhabilitation psychosociale pour les grands adolescents / jeunes adultes</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif 5 – Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité**
 - Diffuser la culture de la réhabilitation au sein des structures de soins et d'accompagnement des personnes souffrant d'un handicap psychique
 - Développer l'offre en réhabilitation en mettant en œuvre des outils thérapeutiques retenus par le centre de preuves en psychiatrie et santé mentale tels que la remédiation cognitive et l'ETP et en s'appuyant sur les ressources existantes

Animateurs / référents	Contributeurs	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ Futur porteur selon AAP 2021 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD ▪ Pôle psychiatrie du CHSQ ▪ CRISALID (CHI) ▪ CREHPSY ▪ GADES 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acteurs sociaux (emploi, insertion, logement) ▪ Services jeunesse communaux ▪ DSDEN, universités ▪ Clinique Ste Monique ▪ Clinique la Roseraie ▪ RU ▪ Familles

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Le déploiement de la réhabilitation psychosociale fait partie des priorités de la feuille de route nationale Santé mentale et psychiatrie. L'instruction du 16 janvier 2019 posait comme objectif qu'à l'échéance 2020 une couverture homogène des territoires soit assurée en centres supports régionaux et centres de proximité.
- Des demandes de labellisation sont en cours dans le département, notamment à l'EPSMD, pour une unité d'hospitalisation et un CATTP, en lien avec le centre support CRISALID porté par le Centre Hospitalier Isarien.
- La réhabilitation psychosociale doit également être privilégiée pour les jeunes adultes, afin de favoriser une intervention précoce sur les premiers déficits cognitifs dès les premiers épisodes de la maladie.
- De plus, les acteurs constatent que la prise en charge dans la période fin de l'adolescence / entrée dans l'âge adulte est complexifiée par la transition entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie générale. Des efforts de coordination sont à mettre en œuvre.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de professionnels formés en réhabilitation psychosociale chaque année
- Nombre de temps de sensibilisation au rétablissement organisés dans le département
- Nombre de centres de proximité labellisés dans le département à l'horizon 2025
- Nombre de conventions mises en place par les structures labellisées avec les partenaires à

l'horizon 2025

- Existence d'une filière « grands adolescents / jeunes adultes » au sein des structures ambulatoires
- Nombre et type de professionnels et de structures intégrés dans la filière et file active

Étapes de mise en œuvre

1. Déployer la formation des acteurs de la santé mentale à la réhabilitation psychosociale

- Former les **professionnels des équipes psychiatriques** ayant un projet de réhabilitation psychosociale via le centre CRISALID.
- La formation doit apporter des compétences en termes de consultations thérapeutiques spécifiques (ETP, remédiation cognitive...) mais aussi une culture du rétablissement (ouverture aux partenaires, approche centrée sur le projet de vie du patient).
- Organiser dans le département des **temps de sensibilisation croisés**, réunissant les différents secteurs professionnels (psychiatrie, médico-social, social) à la réhabilitation psychosociale et au rétablissement.

2. Promouvoir la labellisation des centres développant des pratiques de réhabilitation psychosociale, en veillant à l'organisation des critères nécessaires

- **Recenser les équipes** qui dispensent déjà des consultations empruntant aux méthodes de la réhabilitation psychosociale (ETP, remédiation cognitive) **et les accompagner vers la labellisation.**

3. Promouvoir des coopérations de proximité avec les acteurs des champs sanitaire, médico-social et social dans le cadre d'une logique de plateforme en réhabilitation psychosociale

- Les équipes psychiatriques de réhabilitation psychosociale qui vont se mettre en place devront s'appuyer sur un étayage infra territorial pluriprofessionnel.
- L'offre en réhabilitation psycho-sociale doit pouvoir **articuler l'offre sanitaire pour l'évaluation et les soins, et l'offre sociale et médico-sociale pour la mise en œuvre du projet de vie**, en renversant les logiques d'institutions vers une logique d'ajustement au projet de la personne.

4. Organiser une filière départementale spécifique « grands adolescents / jeunes adultes », empruntant aux méthodes de la réhabilitation psychosociale et associant l'ensemble des structures ambulatoires de la psychiatrie (CMP, HDJ, CATT), les partenaires sociaux et médico-sociaux

- **Définir les besoins** spécifiques à cette tranche d'âge et les **approches spécifiques à mobiliser** en termes de soin psychiatrique.
- **Former en réhabilitation psychosociale** des professionnels dédiés à cette tranche d'âge, au sein des structures ambulatoires du département, en appui sur le centre support CRISALID.
- Organiser l'articulation des structures ambulatoires avec l'ensemble des acteurs du parcours des jeunes, pour la **mise en œuvre du projet de vie**, dans une logique de rétablissement :
 - S'appuyer sur des conventions, des partenariats, avec l'ensemble des acteurs de l'enseignement, de l'inclusion professionnelle, du social, du logement...
 - Penser les articulations avec des acteurs variés, afin de répondre aux différents besoins de prise en charge : ne pas oublier les CSAPA (consultations jeunes consommateurs).
 - Définir des alliances avec les acteurs de l'enseignement (Éducation nationale, enseignement supérieur) afin de favoriser l'accès aux études au sein du dispositif.

Moyens nécessaires identifiés

- Formation des professionnels

- Logistique et intervenants pour les temps de sensibilisation

Précisions / points de vigilance / références

- Une action se met en place avec les PEP 02 pour l'accompagnement des « décrocheurs » scolaires. Il conviendra d'articuler cette initiative avec la sous action 4.

NIVEAU DE PRIORITE : 2

<p><u>Travaux du GT2</u></p> <p>Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion</p>	<p>Objectif : Renforcer la coordination des parcours entre les différents acteurs de la santé mentale</p>
	<p>Action n°2.4. S'assurer de la présence d'une composante santé mentale, ainsi que d'une composante soins somatiques et psychiatrie, dans les actuels et futurs outils de coordination des parcours</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- Objectif 3 – Coordonner les démarches de soins et d'accompagnement social et médico-social

Animateurs / référents	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DAC ▪ CPTS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD ▪ Pôle psychiatrie du CHSQ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GADES ▪ ARS ▪ CD, MDPH ▪ Communauté 360 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CDOM ▪ URPS ML ▪ Représentants des usagers

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

L'émergence d'une dynamique transversale en santé mentale est notable dans le département à travers :

- Une démarche de conventionnement en cours entre l'EPSMD, le GADES, la DT ARS et le Conseil départemental pour l'articulation psychiatrie – médico-social ;
- La mise en place de 3 CLSM (Soissons, Laon, Château-Thierry) et un projet en cours à St Quentin.

Néanmoins, il subsiste encore une **approche par filières**, avec une méconnaissance entre les acteurs. Les médecins traitants, porte d'entrée des parcours de soin, sont particulièrement isolés dans leur pratique, peu de lien formalisés existent avec les professionnels de la psychiatrie. La coordination sanitaire/social/méxico-social doit être renforcée afin de saisir la personne dans sa globalité. Les acteurs réunis pour l'élaboration du PTSM ont largement insisté sur le **besoin de développer des fonctions partagées autour de la coordination des parcours**.

Des dispositifs émergent sur le territoire pour améliorer la coordination territoriale des parcours de santé et constituent des leviers à saisir en santé mentale :

- **Le DAC (dispositif d'appui à la coordination)**, regroupement des MAIA et réseaux de santé, qui aura pour mission le soutien aux professionnels pour l'orientation des patients et l'appui à la coordination de situations complexes, toutes thématiques et tous âges, en lien avec les médecins traitants.
- **Les CPTS (communautés pluriprofessionnelles de santé)**, qui auront pour objectif de favoriser des projets de santé territoriaux partagés entre l'hôpital, la médecine de ville et les acteurs médico-sociaux.
- **Les démarches Communauté 360 et Réponse Accompagnée** qui réunissent les expertises des associations de personnes, des établissements et services médico-sociaux, de l'hôpital, des professionnels de santé de ville, de l'école, des entreprises, de la mairie, des services publics, des citoyens, sous le pilotage des MDPH, afin de proposer des solutions plus rapides et coordonnées aux demandes des personnes en situation de handicap. L'ARS a participé au financement de la mise en place de la Communauté 360.

Indicateurs de suivi / résultats

- Bilan annuel des situations traitées par le DAC en santé mentale
- Diffusion d'un support de communication sur le rôle du DAC et les modalités de saisie auprès des acteurs de la santé mentale
- Existence au terme du PTSM d'un axe « santé mentale » au sein des CPTS du territoire
- Nombre et évaluation des situations en santé mentale prises en charge dans le cadre des Communautés 360

Étapes de mise en œuvre

1. Mettre en place, dès la phase de structuration du DAC un travail partenarial avec les acteurs de la santé mentale, afin de :

a) Structurer une organisation pour assurer une compétence santé mentale au sein du DAC, en étudiant différentes modalités

- Mise en place d'outils d'évaluation des situations psychiatriques
- Mise en place d'outils d'orientation, de lisibilité de l'offre en santé mentale
- Appui sur un réseau de compétences externes en santé mentale : mise à disposition du temps de psychiatres ou IDE, par exemple
- Organisation de staffs réguliers avec les secteurs de psychiatrie du département
- Organisation du lien avec la Communauté 360 d'information et d'orientation pour les personnes en situation de handicap, porté par la MDPH

b) Déployer l'organisation retenue et en réaliser un bilan chaque année dans le cadre du déploiement du PTSM

- Communiquer sur le rôle du DAC et les modalités de recours auprès des acteurs de la santé mentale du territoire, incluant les acteurs du premier recours et les partenaires sociaux.
- Réaliser un bilan annuel des situations traitées par le DAC et identifier les freins et points d'amélioration aux réponses apportées.

2. Faire exister la santé mentale au sein des futures CPTS

- La prise en charge de la **santé somatique** des patients avec des troubles psychiques, mais aussi le **soutien aux médecins généralistes** pour le repérage et la prise en charge des troubles psychiques sont des points à améliorer dans le département.
- Les CPTS sont le futur cadre recommandé pour intégrer des actions partagées entre les centres hospitaliers, les médecins de ville et les acteurs médico-sociaux sur ces thématiques.

3. Faire exister la santé mentale au sein du dispositif Communauté 360

- Observer une **veille** sur les réponses apportées en matière de handicap psychique.
- **Renforcer** au besoin les compétences en santé mentale au sein de ce dispositif.
- **Articuler** le travail de la Communauté 360 (et de la Réponse Accompagnée Pour Tous) avec le travail du DAC : prévoir des temps réguliers de mises en commun pour mettre en évidence des co-constructions de réponses. de veiller à l'articulation

4. Mener une réflexion sur la mise en place de postes de référents de parcours en santé mentale dans le cadre du conventionnement en cours dans le département, entre le GADES, l'EPSMD, le CD, l'ARS.

- Étudier, dans un premier temps, ce que le DAC et la communauté 360 vont apporter sur la coordination des cas complexes en santé mentale, et envisager des pistes de travail afin de

compléter, au besoin, leur approche.

- Définir le concept de coordonnateur de parcours, reconnu par l'ensemble des acteurs.

Moyens nécessaires identifiés

- Ressources humaines en santé mentale pour l'appui du DAC, des CPTS et de la Communauté 360

NIVEAU DE PRIORITE : 2

<p><u>Travaux du GT2</u></p> <p>Axe du PTSM :</p> <p>Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion</p>	<p>Objectif : Renforcer la coordination des parcours entre les différents acteurs de la santé mentale</p>
	<p>Action n°2.5. Déployer les CLSM sur l'ensemble du territoire, notamment les zones rurales et organiser l'animation départementale des CLSM par le PTSM</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif 5 – Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité**
 - Développer les CLSM, prioritairement sur les zones dans lesquelles il existe des quartiers prioritaires de la politique de la ville et sur la base d'un cadre d'organisation régionale.

Animateur / référent	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ Collectivités territoriales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CLSM du département ▪ CCAS ▪ EPSMD ▪ Pôle psychiatrie du CHSQ ▪ CREHPSY ▪ Association des Maires de l'Aisne ▪ Représentants des usagers

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Trois CLSM se sont mis en place dans le département au cours des dernières années : à Soissons, à Laon et à Château-Thierry. Un projet de CLSM est en cours à St Quentin.

Ces CLSM sont considérés comme très efficaces en matière de **coordination de proximité**.

Il est noté toutefois le besoin de :

- Renforcer plus encore la **participation** des acteurs de la santé mentale de façon large en leur sein (ASE, bailleurs, Éducation nationale, etc.).
- **Sensibiliser les élus** à la mise en place de CLSM sur les territoires non pourvus. Les **zones rurales** sont les moins dotées alors même que l'accès aux soins y est particulièrement complexe.
- Renforcer l'articulation des CLSM entre eux : déployer des **actions transversales** sur les territoires inter dépendants.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de CLSM dans le département à l'horizon 2025 et implantation
- Temps de sensibilisation déployés auprès des élus, notamment en zones rurales

Étapes de mise en œuvre

1. Sensibiliser les élus aux apports des CLSM

- Notamment sur les thématiques en lien avec leurs prérogatives : soins sous contrainte, logement social, précarité, addictions...
- Organiser des rencontres permettant aux CLSM existants de présenter leurs actions.
- Recenser l'existant sur le sujet de la santé mentale dans les formations de l'Association des

Maires de l'Aisne et créer des liens pour envisager une présentation des CLSM par ce biais.

2. Intégrer la présentation des CLSM dans les formations croisées organisées dans le département dans le cadre du PTSM, afin de sensibiliser l'ensemble des acteurs

3. Renforcer la coordination départementale des CLSM, afin de :

- Définir des axes de travail transversaux, mutualiser des actions qui gagneraient en visibilité ou en ampleur par des moyens communs (comme les semaines d'information en santé mentale – SISM – par exemple).
- Faire remonter des difficultés communes et déployer des actions coordonnées pour les lever.

Moyens nécessaires identifiés

- Intervenants pour les temps de sensibilisation
- Financement des postes de coordination des CLSM

Précisions / points de vigilance / références

- Pour avancer sur les zones rurales, travailler avec les communautés de communes

NIVEAU DE PRIORITE : 2

<p><u>Travaux du GT2</u></p> <p>Axe du PTSM :</p> <p>Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion</p>	<p>Objectif : Renforcer la coordination des parcours entre les différents acteurs de la santé mentale</p>
	<p>Action n°2.6. Créer un/des outils de recensement des acteurs de la santé mentale sur le département, et organiser sa/leur mise à jour régulière et son/leur adaptabilité</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- Objectif 3 – Coordonner les démarches de soins et d'accompagnement social et médico-social
- Objectif 5 – Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité

Animateurs / référents	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CLSM du département 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensemble des acteurs en santé mentale du territoire du CLSM ▪ CREHPSY ▪ Représentants des usagers

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- L'information sur les dispositifs en santé mentale (soins, droits, logement, emploi, etc.) est aujourd'hui considérée comme peu lisible. Les sources sont multiples ce qui peut paradoxalement engendrer une difficulté d'accès à la bonne information.
- Une information efficace, surtout pour les personnes vulnérables, est une information accompagnée, incarnée, et contextualisée, c'est-à-dire dispensée en mode parcours et construite autour d'une logique utilisateur. Elle doit permettre au destinataire de repérer ses besoins à un moment précis de son parcours.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un annuaire dans chaque CLSM du département
- Diffusion et mesure de l'utilisation de cet annuaire par le public et les partenaires

Étapes de mise en œuvre

S'appuyer sur les CLSM pour mettre en place un annuaire territorialisé de l'offre de prise en charge et d'accompagnement en santé mentale

Les CLSM sont les bonnes échelles pour mettre en place ce type d'outils, une envergure départementale serait difficile à collecter, à synthétiser et à mettre à jour.

- a) **Recenser les initiatives mises en place par les CLSM du département et hors département, en termes d'information du public**
 - Par exemple, le CLSM d'Armentières a créé une plateforme en ligne contributive, en vue d'établir un répertoire mais aussi un recueil des retours d'expériences. Le coordonnateur centralise et organise l'information, par thématiques.
- b) **Diffuser ces initiatives et élaborer une trame commune aux différents CLSM du département, afin de les soutenir dans cette démarche, en capitalisant sur les bonnes pratiques**

c) Diffuser ces annuaires au public et aux partenaires (plateforme en ligne, format papier...)

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens techniques pour la rédaction des supports d'information
- Moyens humains pour leur recueil et leur centralisation

AXE 3

ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES DES
PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES
PSYCHIQUES

NIVEAU DE PRIORITE : 1

<p><u>Travaux du GT3</u></p> <p>Axe du PTSM :</p> <p>Accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques</p>	<p>Objectif : Mieux accompagner les personnes présentant des troubles psychiques vers les soins somatiques</p>
<p>Action n°3.1. Mettre en place une organisation permettant de renforcer la prise en charge somatique au sein des CMP et d'améliorer la collaboration et la coopération des CMP avec la médecine de ville</p>	

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- ☑ Objectif 3 – Coordonner les démarches de soins et d'accompagnement social et médico-social

Liens avec les priorités de la feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie

- ☑ Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité
 - Actions n° 11, 14 et 15 : Mieux prendre en charge la santé somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques

Animateurs / référents	Contributeurs	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 CMP de l'EPSMD et 1 CMP du CH St Quentin ▪ SAMSAH Espoir 02 et SAMSAH APEI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôles de psychiatrie et pédopsychiatrie ▪ Pôle somatique de l'EPSMD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CREHPSY ▪ CDOM ▪ CPTS ▪ URPS ML ▪ CTU du CTS ▪ Sant& Numérique Hauts-de-France

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Le suivi somatique associé aux prescriptions de traitement assurées par les CMP, ainsi que les liens CMP – médecins traitants sont à renforcer
- Les recommandations de bonnes pratiques FFP et HAS (juin 2015) indiquent que : « si le patient n'a pas de médecin traitant, le psychiatre doit gérer les problèmes somatiques du patient, le temps qu'il arrive à trouver un relais auprès d'un confrère généraliste et à obtenir l'adhésion effective du patient à cette évolution ».
- Un pôle somatique est présent à l'EPSMD (4 médecins généralistes et 4 IDE), mais uniquement mobilisé pour les hospitalisations, faute de moyens pour intervenir en ambulatoire.
- Les 3 SAMSAH handicap psychique du département assurent un rôle majeur dans l'accompagnement des patients vers les soins somatiques.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un groupe de travail pluriprofessionnel en charge de concevoir le questionnaire
- Évaluation de l'utilisation de ces questionnaires au sein de chaque CMP
- Utilisation de Prédice dans l'ensemble des CMP et SAMSAH du département à l'horizon 2025
- Existence d'un groupe de travail en charge de promouvoir et accompagner l'EPP
- Nombre d'EPP réalisées sur la question du soin somatique au sein des CMP

Étapes de mise en œuvre

Calendrier

<p>1. Mettre en place une organisation commune aux CMP du département concernant la prise en charge somatique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer et diffuser un questionnaire commun aux CMP et aux SAMSAH, listant les données essentielles à recueillir pour chaque patient dans le suivi somatique : (médecin traitant, fréquence de visite, dépistage, vaccination, observance des traitements...). ▪ Identifier la personne référente (secrétaire ? IDE ?) dans les structures, pour la tenue et la mise à jour de ce questionnaire. ▪ Évaluer la tenue de ces dossiers, à six mois puis annuellement, à partir d'une sélection. 	<p><u>1^{ère} étape</u> Dès 2021</p>
<p>2. Mettre en place une organisation afin de mieux coordonner les CMP avec la médecine de ville et les SAMSAH</p> <p>Dédier des IDE référentes, puis des futures IPA, aux missions de renforcement du lien avec le médecin traitant, au sein de chaque CMP.</p> <p>a) Si le patient a un médecin traitant</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Réaliser un dossier somatique du patient au CMP partagé avec le médecin traitant, sur le modèle des dossiers des médecins coordonnateurs en EHPAD (antécédents, prescriptions, suivi, bio, ECG...). ○ Généraliser l'utilisation de Prédice au sein des CMP, pour des modalités de partage des dossiers non chronophages et systématisées : un travail de mise en compatibilité du système d'information de l'EPSMD avec cette plateforme est en cours. Inclure les SAMSAH (qui ne sont actuellement pas utilisateurs) dans cette démarche. <p>b) Si le patient n'a pas / plus de médecin traitant (ou peu présent)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Réaliser un interrogatoire par appareil (cardio, digestif, dépistage, douleurs...) au CMP, en s'appuyant sur les recommandations de la conférence de consensus de 2015. Les examens devront être prescrits par les psychiatres. <p>En fonction des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Indiquer un degré d'urgence au patient pour aller consulter un médecin traitant ○ Réaliser une fiche de synthèse qui sera transmise au médecin traitant identifié ○ Au besoin, réaliser un accompagnement pour la première consultation avec le médecin traitant 	<p><u>2^{ème} étape</u> Attente de l'arrivée des IPA dans les CMP ?</p>
<p>3. Mettre en place une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) autour de l'accompagnement vers le soin somatique au sein des CMP</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place un groupe de travail en charge de promouvoir cette approche au sein des CMP, et de l'accompagner en proposant une méthodologie et des indicateurs types. ▪ Chaque équipe doit rester à l'initiative de la démarche, l'EPP reposant sur l'établissement de critères propres à chaque structure. 	<p>Dès 2022</p>

Moyens nécessaires identifiés

- IDE et IPA en CMP
- Groupe de travail avec des représentants de tous les établissements / libéraux concernés pour

l'élaboration du questionnaire, du dossier type et de la procédure d'ensemble

- Groupe de travail pour la diffusion et l'appui à l'EPP
- Appui technique pour la mise en place d'un dossier partagé avec les médecins traitants

Précisions / points de vigilance / références

- Les CMP manquent de moyens pour le soin psychique : il convient de veiller à ce que les missions de soins somatiques assurées demeurent raisonnables, l'accent doit avant tout être mis sur le renforcement du lien avec les médecins traitants.
- L'appui sur les SAMSAH doit être recherché concernant l'accompagnement vers les soins somatiques, pour les patients communs.
- « La réalisation d'un examen somatique à l'entrée en hospitalisation, puis suivi régulièrement tout au long de la prise en charge, en lien avec le médecin traitant et/ou les services spécialisés, si nécessaire » est un critère de la V2020 de la certification HAS (critère 2.2-17).

NIVEAU DE PRIORITE : 1

<p><u>Travaux du GT3</u></p> <p>Axe du PTSM :</p> <p>Accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques</p>	<p>Objectif : Renforcer la coordination entre la psychiatrie et les médecins traitants</p>
	<p>Action n°3.2. Systématiser le recours aux courriers de liaison psychiatrie – médecin généraliste après une hospitalisation, voire après des consultations ambulatoires marquantes. Identifier les freins à ces adressages et travailler à les lever</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- ☑ Objectif 3 – Coordonner les démarches de soins et d'accompagnement social et médico-social

Liens avec les priorités de la feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie

- ☑ Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité
 - Actions n° 11, 14 et 15 : Mieux prendre en charge la santé somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques

Animateur / référent	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de liaison CHSQ/ EPSMD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD (dont pôle somatique) ▪ GADES ▪ URPS ML ▪ Clinique la Roseaie ▪ Clinique St Monique ▪ CTU du CTS ▪ CPTS ▪ CPTS ▪ Sant& Numérique Hauts-de-France

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- La transmission des comptes rendus d'hospitalisation (CRH) aux médecins traitants, obligation réglementaire précisée par des recommandations de l'HAS, pourrait encore être améliorée dans le département.
- La transmission des CRH aux acteurs médico-sociaux accompagnant le patient est limitée par le cadre du secret professionnel. Pour autant, le manque d'informations à la sortie du patient peut nuire à la qualité de son accompagnement.
- Si toutes les consultations en CMP ne peuvent faire l'objet d'un courrier de liaison au médecin traitant en raison du caractère chronophage d'une telle ambition, les consultations les plus marquantes pourraient être transmises afin d'améliorer la coordination des soins.

Indicateurs de suivi / résultats

- Évaluation de la transmission des CRH auprès des médecins traitants chaque année
- Existence d'un courrier de liaison type en CMP et utilisation
- Évaluation, à organiser par le GADES, de la transmission au sein des ESMS

Étapes de mise en œuvre

1. **Travailler à la systématisation des comptes rendus d'hospitalisation (CRH) en psychiatrie aux médecins traitants**
 - Identifier les freins à la transmission et les leviers :

- Nécessité de simplifier et harmoniser en élaborant un CRH type commun à tous les établissements ?
- Difficultés liées à l'implémentation des systèmes d'information des établissements ?
- Difficultés liées à l'accord du patient ?
- Intégrer les actes somatiques réalisés pendant l'hospitalisation dans ce CRH.
- Mettre en œuvre des solutions pour la systématisation et les intégrer dans le fonctionnement des unités d'hospitalisation en psychiatrie.
- Évaluer annuellement la transmission sur les 5 années du PTSM, avec le concours des médecins traitants du département.

2. Mettre en place des courriers de liaison psychiatrie – médecin traitant post consultation CMP

- Identifier les besoins en termes de transmissions : changements de traitements, évènements indésirables, etc.
- Rédiger et transmettre un courrier de liaison type commun aux CMP du département.
- Élaborer et transmettre une procédure commune de transmission de courriers de liaison.
- À terme, ces transmissions devront être intégrées dans le cadre d'un dossier de de coordination numérique commun (Prédice).

3. Mettre en place des modalités « allégées » de courrier à destination des établissements et services médico-sociaux accompagnant le patient

- Identifier les services qui ont besoin d'une information et la nature de ces informations (prochains rendez-vous, modifications de traitement, démarches entreprises pendant l'hospitalisation...).
- Rédiger une trame de courrier type, en version « papier » :
 - Dans le cadre des sorties d'hospitalisation
 - Dans le cadre des consultations en CMP marquantes
- Intégrer le recueil de l'accord du patient dans la procédure de transmission, et/ou du mandataire judiciaire.
- Diffuser ce modèle au sein des établissements sanitaires autorisés en psychiatrie.
- À terme, l'extension de Prédice aux établissements médico-sociaux pourra simplifier les modalités de transmission.

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail mixte : psychiatrie, médecine générale, médico-social, représentants des usagers

Précisions / points de vigilance / références

- Ce type de projet devra être porté dans le cadre des CPTS du territoire, dès qu'effectives.
- Il est important que cette organisation ne s'appuie pas uniquement sur les psychiatres, du fait de la tension du temps médical disponible, mais puisse s'appuyer sur les fiches de liaison infirmières.
- La fluidité des transmissions pour améliorer le parcours et les soins doit être considérée dans le cadre réglementaire et éthique de partage d'informations entre différents acteurs (Réf : formation du CREHPSY en 2019 et recommandations du HCTS).

NIVEAU DE PRIORITE : 2

<p>Travaux du GT3</p> <p>Axe du PTSM :</p> <p>Accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques</p>	<p>Objectif : Mieux accompagner les personnes présentant des troubles psychiques vers les soins somatiques</p>
	<p>Action n°3.3. Mieux accompagner les personnes vers des soins somatiques adaptés</p> <p>a) Diffuser une information accompagnée en termes de besoins et d'offre en soins somatiques auprès des patients souffrant de troubles psychiques et de leur famille</p> <p>b) Mener une réflexion sur les modalités et les organisations des soins en MCO à adapter aux besoins des personnes en situation de handicap psychique et viser leur renforcement et leur diffusion lorsqu'elles sont en place</p>

Liens avec les priorités de la feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie

- ☑ **Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité**
 - Actions n° 11, 14 et 15 : Mieux prendre en charge la santé somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques

Animateurs / référents	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Commission des usagers du CTS ▪ Espoir 02 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD ▪ Pôle psychiatrie du CHSQ ▪ CLSM ▪ UNAFAM 02 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CPTS ▪ CREHPSY ▪ Pharmacies ▪ URPS ▪ MSP / CDS ▪ IDEL 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MSA ▪ ASS en psychiatrie ▪ Services de prévention en santé ▪ GEM ▪ GADES

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

L'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques peut être entravé par :

- Une faible connaissance de leurs besoins de suivi somatique en lien avec la maladie et ses traitements. Une information « brute » n'est pas toujours suffisamment efficace, les familles et les usagers ont besoin d'une information « incarnée », accompagnée.
- Une difficulté des personnes concernées à se mobiliser sur cette dimension, à multiplier les interlocuteurs médicaux.
- La manque de sensibilisation des médecins aux besoins spécifiques de ce public, tant en termes de surveillance que d'adaptation des modalités de consultation (durée, accompagnement, angoisse et troubles du comportement)

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de programmes de psychoéducation déployés abordant le soin somatique
- Diffusion des supports d'information par les professionnels de 1^{ère} ligne
- Nombre de sessions de sensibilisation des professionnels MCO réalisées

Étapes de mise en œuvre

1. Informer de façon accompagnée les personnes concernées et les familles sur les besoins en soins somatiques et l'offre existante

- a) Mettre en place des **programmes de psychoéducation / ETP** à destination des patients et des familles, centrés sur les soins somatiques en lien avec les troubles psychiques.
- b) Diffuser les **campagnes de prévention** du cancer du sein, du colon, du col utérin, des vaccinations antigrippales, par le biais des IDE / IPA en CMP et SAMSAH.
- c) Diffuser des **supports d'information / de prévention par le biais des professionnels de 1^{ère} ligne**, et les encourager à délivrer une information pro-active depuis les lieux d'entrée dans le parcours de soins (pharmacies, médecins traitants, Éducation nationale pour les adolescents, ...).
 - Recenser les outils existants : fiches explicatives sur les risques somatiques les plus importants au vu des pathologies psychiatriques (s'appuyer notamment les brochures du PSYCOM).
 - Les présenter aux acteurs de première ligne (à répertorier en priorisant des cibles) afin qu'ils soient en mesure d'accompagner la délivrance.

2. Promouvoir l'organisation de consultations adaptées aux patients de la psychiatrie

- a) **Étudier les bonnes pratiques en matière de consultations adaptées** aux personnes souffrant de troubles psychiques :
 - Diffusées sur le plan national
 - Portées hors département (réseaux de soins adaptés par exemple).
 - Proposées par les professionnels / services MCO du département
- b) **Diffuser via des modalités variées et peu chronophages** (temps de sensibilisation, webinaires, brochures) ces pratiques auprès des professionnels MCO du territoire.
 - Viser en premier lieu les dentistes, les services d'urgences, de cardiologie, de diabétologie/endocrinologie, voire de cancérologie, en raison de la fréquence de ces comorbidités. Les étendre éventuellement à d'autres services après évaluation de ces pratiques professionnelles.

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens pour l'organisation de temps de formation

Précisions / points de vigilance / références

- Le programme de psychoéducation Profamille, qui comporte un module sur les points de vigilance somatiques, devait être développé à l'EPSMD mais a été différé en raison de la crise sanitaire. Le Centre hospitalier St Quentin avait développé le programme il y a une dizaine d'années, mais n'a pu poursuivre en raison d'une difficulté pour dédier du personnel.
- Le soutien du CREHPSY pourra être recherché pour l'organisation, par exemple, d'une journée annuelle « santé mentale et soins somatiques », à laquelle pourraient être conviés les différents acteurs du premier recours – pour l'information et la prévention – et de la MCO – pour les consultations. Le CREHPSY vient de réaliser l'étude « Ma santé physique » à partir de l'expérience des personnes en situation de handicap psychique de l'accès aux soins somatiques, dont cette journée pourra être une suite.
- La fiche PSYCOM « Soins somatiques en psychiatrie » pourra être un appui : <https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2020/10/Soins-somatiques-en-psychiatrie->

2019.pdf

NIVEAU DE PRIORITE : 2

<p><u>Travaux du GT</u></p> <p>Axe du PTSM :</p> <p>Accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques</p>	<p>Objectif : Renforcer la coordination entre la psychiatrie et les médecins traitants</p>
	<p>Action n°3.4. Renforcer la formation en santé mentale au sein des IFSI et des centres de formation des travailleurs sociaux du département, en tenant compte des référentiels nationaux</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- Objectif 3 – Coordonner les démarches de soins et d'accompagnement social et médico-social

Liens avec les priorités du PRAPS Hauts-de-France

- Amener les personnes en situations de précarité à s'engager dans une démarche de santé
 - o Promouvoir une offre de formation des professionnels de l'accompagnement social au repérage des besoins en santé des personnes précaires

Animateurs / référents	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ IFSI Prémontré 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autres IFSI ▪ Espoir 02 ▪ UNAFAM 02 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ URPS Infirmiers ▪ GEM, usagers ▪ ARS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CREHPSY ▪ CTU du CTS

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Les apports en santé mentale au sein des centres de formation sont considérés insuffisants. L'UNAFAM intervient en 1^{ère} année au sein des IFSI du département, ce qui paraît prématuré dans le cursus. Le résultat attendu n'est pas la dispensation de contenu ponctuelle, mais bien une cohérence d'ensemble des apports en santé mentale (contenu, moment dans la formation, modalités...).
- La formation des travailleurs sociaux, dispensée dans le département par l'APRADIS, est également estimée insuffisante concernant le public précis de la psychiatrie.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un groupe de travail chargé d'élaborer un programme de formation en santé mentale, au sein des IFSI et de l'APRADIS
- Évolution du programme de formation en santé mentale au sein des IFSI et de l'APRADIS au terme du PTSM

Étapes de mise en œuvre

Mettre en place un groupe de travail pluriprofessionnel et intégrant des usagers / représentants d'usagers, en charge de :

- Réaliser un **état des lieux** et un bilan en matière d'apports en santé mentale tout au long de la formation des IDE et des travailleurs sociaux.
- Travailler en lien avec l'ARS sur la proposition / préconisation **d'intégrer un stage en santé mentale dans le parcours de formation des IDE** sur un IFSI pilote.
- Identifier des **pistes d'amélioration** au niveau des contenus, des stages pratiques, des coopérations.

- Intégrer les améliorations proposées dans les programmes de formation.
- Mettre en place des **formations croisées** entre les étudiants de l'APRADIS et les IDE en formation, sur la santé mentale / le handicap psychique.

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail pour l'ingénierie de formation
- Professionnels, représentant des usagers, usagers pour les interventions en centres de formation

Précisions / points de vigilance / références

- Orienter vers la coordination, le travail en plateforme, en partenariat.

NIVEAU DE PRIORITE : 3

<p><u>Travaux du GT</u></p> <p>Axe du PTSM :</p> <p>Accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques</p>	<p>Objectif : Renforcer la coordination entre les CHG, la psychiatrie et les ESSMS</p>
	<p>Action n°3.5. Développer la formation continue des professionnels de la MCO en matière de santé mentale</p>

Liens avec les priorités de la feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie

- ☑ **Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité**
 - Actions n° 11, 14 et 15 : Mieux prendre en charge la santé somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques

Animateur / référent	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de liaison CHSQ/ EPSMD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établissements de santé ▪ Représentants des usagers ▪ URPS ▪ CPTS ▪ CREHPSY ▪ GEM, usagers

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- L'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques au sein des services MCO est jugé de mauvaise qualité, essentiellement en raison d'un manque de formation des professionnels aux troubles psychiques.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de temps de sensibilisation organisés et fréquence
- Nombre de professionnels présents sur ces temps

Étapes de mise en œuvre

Organiser des temps / journées d'information et de sensibilisation au public de la santé mentale et à ses besoins en suivi somatique, ciblés sur la pratique et réguliers, à destination des professionnels de la MCO

- **Cibler les praticiens hospitaliers, les internes, les professionnels libéraux**, des spécialités pour lesquelles on rencontre le plus de comorbidités avec les troubles psychiques (notamment, cardiologie, diabétologie, soins dentaires).
- **Recueillir les attentes** des professionnels MCO en termes de formation en santé mentale
- **Contenu envisagé** (à travailler en fonction des attentes) :
 - Surveillance somatique en lien avec les troubles psychiques et les traitements prescrits.
 - Accueil d'un patient avec troubles psychiques : symptômes et conséquences dans le soin (troubles du comportement, expression et perception de la douleur, angoisses...), gestion comportementale par l'intervenant et adaptations des consultations.
- **Diffuser** ces formations au sein des établissements de santé et auprès des professionnels de ville.
- **Mettre en œuvre** ces formations à des intervalles réguliers (exemple : tous les deux ans), avec des bilans à chaque session.

Moyens nécessaires identifiés

- Financement des formations
- Intervenants pour les formations

Précisions / points de vigilance / références

- Prendre appui sur les formations d'une année en soins psychiatriques, qui étaient organisées par les Professeurs DEVULDER et GOUEMAND, à la Faculté de médecine de Lille (contacter leur successeur, le Pr Thomas).
- Prendre appui sur les formations organisées par le CREHPSY au sein du DES de psychiatrie de la Faculté de médecine de Lille (présentation du handicap psychique et intervention de patients experts).

AXE 4

PREVENTION ET GESTION DES SITUATIONS
DE CRISE ET D'URGENCE

NIVEAU DE PRIORITE : 1

<p>Travaux du GT4</p> <p>Axe du PTSM : Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence</p>	<p>Objectif : Proposer une réponse graduée aux situations de crise, sans attendre le passage aux urgences</p>
	<p>Action n°4.1. Organiser une réponse téléphonique disponible 24h/24 aux besoins d'écoute, de conseils et d'orientation, des familles, du public et des professionnels face aux situations de crise, en lien avec le centre 15</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif 2 – Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre dans le champ sanitaire, social et médico-social**
 - Réduire le recours et la durée de séjour en hospitalisation complète par le développement des alternatives à l'hospitalisation et des dispositifs permettant la mobilité des équipes

Animateur / référent	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de liaison CHSQ / EPSMD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ SAMU 02 ▪ DAC ▪ MDPH ▪ Représentants des familles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre de formation d'assistant de régulation médicale du Groupement de Coopération Sanitaire G4 (CHU d'Amiens) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre d'Enseignement et de Soins d'Urgences de l'Aisne

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- La nécessité de renforcer les premiers maillons de la réponse aux situations de crise, afin qu'elles ne conduisent systématiquement aux urgences, fait partie des priorités du diagnostic.
- La mise en place d'une réponse téléphonique 24h/24 est attendue par les familles et les partenaires pour recevoir une expertise clinique, une écoute, un avis sur l'orientation, qui pourraient (selon les situations) suffire à prévenir la dégradation de la crise.
- Néanmoins, les modalités de mise en œuvre font débat, ce premier maillon correspondant aux missions du SAMU centre 15, qui doit répondre aux demandes aussi bien somatiques que psychiatriques, non systématiquement par l'orientation vers les urgences mais en assurant un rôle de premier filtre. Les participants estiment que le SAMU n'est pas suffisamment outillé et compétent en matière d'expertise en santé mentale. Toutefois, il est noté que la réforme des études des assistants de régulation médicale (ARM), en cours, souhaite faire plus de part à l'écoute psychologique.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un groupe de travail en charge de préciser l'organisation à déployer
- Existence d'une réponse téléphonique outillée en santé mentale au terme du PTSM
- Évaluation qualitative de la réponse aux besoins des familles et de l'effet sur les passages aux urgences (DIM)

Étapes de mise en œuvre

1. Mettre en place un groupe de travail chargé de poursuivre la réflexion sur les modalités à mettre en place pour assurer une réponse téléphonique d'urgence aux familles

Différentes modalités d'organisation ont été évoquées, et sont à étudier tant au niveau de leur pertinence que de leur faisabilité :

- **Création d'une ligne téléphonique ad hoc** (ave quel portage, quelles ressources ?). Certains participants alertent sur le risque de multiplication des numéros de téléphone en termes de lisibilité pour le public. L'articulation de cette ligne téléphonique avec le centre 15 devra être pensée.
- **Renforcement du personnel psychiatrique au sein des SAU**, en charge de gérer la réponse téléphonique.
- Mise en place d'une **IDE formée en psychiatrie au sein du centre 15**.
- **Renforcement des compétences / de l'outillage en santé mentale du personnel du centre 15**, en lien avec le centre de formation des assistants de régulation médicale (ARM).
- **Outillage des dispositifs d'information et d'orientation émergents en compétences psychiatriques**, (dispositif d'appui à la coordination, dispositif communautés 360 portés par les MDPH pour les personnes en situation de handicap) afin de leur permettre d'assurer une réponse téléphonique en cas de crise. Ce type d'organisation a l'avantage de tirer profit des organisations existantes, néanmoins, il ne permet pas de dispenser une réponse unique, ce qui peut être un frein en termes de lisibilité. Si cette solution était retenue, il conviendrait de coordonner les réponses. De plus, les DAC comme les Communautés 360 ne sont pas prévues actuellement pour gérer les situations de crise.

2. Réaliser une étude de faisabilité des modèles retenus à l'échelle départementale

- Identifier des porteurs, estimer les coûts et identifier des leviers de financement

3. Déployer le modèle le plus pertinent, et évaluer son fonctionnement et son efficacité (impact sur les passages aux urgences et sur les demandes de prise en charge directes au CPAO) chaque année

Moyens nécessaires identifiés

- Ressources humaines pour assurer la mise en œuvre du modèle retenu

Précisions / points de vigilance / références

- Le CREHSPY organise une formation « Mieux comprendre les situations de crise pour mieux les accompagner » qui peut être un levier de sensibilisation.

NIVEAU DE PRIORITE : 2

<p><u>Travaux du GT4</u></p> <p>Axe du PTSM : Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence</p>	<p>Objectif : Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</p>
	<p>Action n° 4.2. Déployer le dispositif Vigilans sur l'ensemble du département pour la prévention de la récurrence suicidaire</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- Objectif 1 – Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire**
- Poursuivre le déploiement du dispositif VIGILANS au niveau régional en prenant en compte les enseignements de l'évaluation nationale menée dans les régions participant à l'expérimentation
 - Intégrer un axe spécifique sur la prévention du risque suicidaire dans le programme qualité des établissements prenant en charge des personnes souffrant de troubles psychiques

Animateurs / référents	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CH St Quentin ▪ ARS 	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">▪ EPSMD <li style="width: 33%;">▪ Vigilans Hauts-de-France <li style="width: 33%;">▪ SAU <li style="width: 33%;">▪ CPTS <li style="width: 33%;">▪ URPS ML <li style="width: 33%;">▪ Représentants des usagers

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Le programme Vigilans est un dispositif national de veille des suicidants sur une période de 6 mois. Des recontacts téléphoniques et des envois de cartes postales sont prévus pour les patients récidivistes. Son déploiement est une des priorités de la feuille de route nationale Santé mentale et psychiatrie, relayée par le Projet régional de santé des Hauts-de-France.
- Le dispositif Vigilans est assuré par une cellule de veille et de recontact régionale ou inter départementale et des centres hospitaliers partenaires sur les territoires.
- Des professionnels ont déjà été formés au Centre hospitalier St Quentin. Le déploiement du dispositif dans le département est, au moment de la rédaction de la feuille de route, suspendu à la décision de Vigilans Hauts-de-France de renforcer les ressources de la cellule de recontact lilloise ou de mettre en place une seconde cellule de recontact pour l'ex région Picardie.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de professionnels formés au sein des centres hospitaliers du département
- Nombre de patients inclus dans le dispositif chaque année par rapport au nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide (DIM)
- Présence d'éléments d'analyse qualitative des freins et leviers au fonctionnement du dispositif

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Prendre contact avec le dispositif Vigilans des Hauts-de-France afin de convenir d'une date de déploiement selon les modalités d'organisation retenues</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cellule de recontact spécifique aux trois départements de l'ex région Picardie, ou rattachement à la cellule de recontact de Lille. ▪ L'attente d'un accord pour le déploiement est indispensable. 	<p>1^{er} semestre 2021</p>

<p>2. Former les professionnels des centres hospitaliers partenaires du département, en s'appuyant sur les professionnels déjà formés au CH St Quentin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipes d'hospitalisation et de liaison psychiatriques et pédopsychiatriques ▪ Équipes d'hospitalisation MCO ▪ Équipes des services d'urgence 	<p>2^{ème} trimestre 2021</p>
<p>3. Présenter le dispositif aux médecins généralistes, impliqués dans la mise en œuvre (s'appuyer sur les CPTS)</p>	
<p>4. Déployer le dispositif dans le département</p>	<p>Début 2022</p>
<p>5. Mettre en place une procédure d'évaluation départementale du dispositif, en lien avec les dispositifs d'évaluation prévus aux niveaux régional et national</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En charge de faire remonter les freins et les leviers à l'inclusion des patients du département dans le dispositif ▪ En charge de faire remonter les freins et les leviers à la coordination des centres partenaires du département avec la cellule de veille et de recontact 	<p>2022 - 2025</p>

Moyens nécessaires identifiés

- Formation des équipes
- Cellule de recontact

Précisions / points de vigilance / références

- Le dispositif Vigilans ne doit pas se substituer aux initiatives de prises en charge de « fond » mises en place dans le département, mais les compléter en renforçant le suivi par une réponse immédiate, en touchant les « perdus de vue » et ceux qui n'ont pas de suivi psychiatrique.
- Une évaluation qualitative de l'implantation du dispositif sur des territoires pilotes, réalisée en juin 2019 par Santé publique France, fournit des recommandations de mise en œuvre intéressantes :
 - <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/bourgogne-franche-comte/documents/enquetes-etudes/2019/analyse-qualitative-de-l-implantation-du-dispositif-de-prevention-de-la-recursive-suicidaire-vigilans-dans-5-territoires-pilotes-2016-2018-breta>
- Le CREHSPY organise une formation « Mieux comprendre le risque suicidaire » qui peut également être un levier de sensibilisation.

NIVEAU DE PRIORITE : 2

<p><u>Travaux du GT4</u></p> <p>Axe du PTSM : Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence</p>	<p>Objectif : Améliorer et harmoniser la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques aux urgences générales</p>
	<p>Action n° 4.3. Renforcer l'intervention de la psychiatrie au sein des services d'urgence des centres hospitaliers généraux, et mettre en place des procédures et protocoles d'accueil harmonisés dans le département</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif 1 – Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire**
 - Organiser et structurer la prise en charge psychiatrique dans les services d'accueil des urgences à l'échelle des territoires retenus pour les PTSM

Animateur / référent	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de liaison CHSQ / EPSMD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SAU du territoire ▪ CLSM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ Forces de l'ordre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Représentants des usagers

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Le Centre psychiatrique d'accueil et d'orientation (CPAO), implanté au sein de l'EPSMD propose un accueil et des soins non programmés de courte durée pour des patients de plus de 16 ans. Néanmoins cette structure ne dispose que de 5 lits et est soumise à une forte demande.
- Sur les secteurs de l'EPSMD, les situations de crise et d'urgence sont – en principe – prises en charge au sein des 7 services d'accueil d'urgence (SAU) du département. La psychiatrie de liaison y est assurée par les équipes de 5 Unités de Proximité (UP), après interpellation par les professionnels des SAU. En pratique, le temps soignant disponible, en particulier médical, ne permet pas de répondre à la demande dans des délais satisfaisants.
- Sur les secteurs du CH St Quentin, la place de la psychiatrie au sein d'un centre hospitalier général a permis que des professionnels de la psychiatrie soient dédiés aux urgences et la situation est globalement considérée satisfaisante.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de téléconsultations SAU – EPSMD réalisées chaque année, et analyse des freins et leviers au déploiement
- Analyse de l'effectivité de l'intervention de la psychiatrie de liaison de l'EPSMD dans les SAU à l'échéance du PTSM
- Existence d'un groupe de travail psychiatrie – SAU
- Existence de protocoles formalisés entre la psychiatrie et les SAU
- Existence de documents harmonisés entre l'EPSMD et le CHSQ pour le traitement des urgences et les soins sans consentement

Étapes de mise en œuvre

1. **Préciser et mettre en œuvre les modalités d'organisation envisagées pour améliorer l'intervention effective de la psychiatrie de liaison de l'EPSMD au sein des SAU**
 - Organiser des **téléconsultations** entre les SAU et l'EPSMD, en lien avec les projets télémédecine portés par l'ARS.
 - S'appuyer sur des **IDE et IPA**, formées aux spécificités des urgences psychiatriques, pour renforcer les équipes de liaison et économiser le temps médical.
2. **Mettre en place des modalités de travail partagées entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs des urgences**
 - a) Mettre en place un groupe de travail réunissant les présidents des CME des établissements ayant une activité en psychiatrie et les urgentistes du département, pour formaliser des **protocoles d'accueil et de passage de relais**, sur la base des bonnes pratiques et difficultés rencontrées par les uns et les autres. Une attention sera à porter sur les situations des patients se présentant aux urgences alcoolisés.
 - b) Organiser des **temps d'information et de sensibilisation aux troubles psychiatriques, à destination des urgentistes**. Ces temps gagneraient à être étendus aux professionnels des Forces de l'ordre. Ils pourraient être dispensés par des cadres infirmiers formés.
3. **Uniformiser les procédures et documents pour le traitement des urgences dans le département, afin de fluidifier le ré adressage des patients**
 - Les **documents d'accueil aux urgences** et de transmission d'information à la suite d'un passage aux urgences
 - Les formulaires obligatoires dans le cadre des procédures de **soin sous contrainte**

Moyens nécessaires identifiés

- Groupes de travail
- Supports logistiques pour l'organisation de la télémédecine
- Ressources humaines pour les temps d'information / sensibilisation

Précisions / points de vigilance / références

- Il conviendra d'associer les CLSM à ce travail d'harmonisation, afin de prendre en compte les spécificités territoriales.
- La place du CPAO de l'EPSMD dans le parcours face aux situations de crise doit être précisée et travaillée, en lien avec une distinction des parcours types entre crises et urgences :
 - Le CPAO est régulièrement confronté à des demandes de prise en charge directe, alors que le parcours type prévoit une orientation par les SAU, afin qu'une première évaluation et un diagnostic somatique soient produits.
 - À l'inverse, il est assez fréquent que des personnes âgées résidants en EHPAD soient admises au CPAO après un passage en SAU, et que la situation de crise soit alors passée, ce qui entraîne une absence de prise en charge. Toutefois, un projet d'équipe mobile psychogériatrie en direction des EHPAD est en cours.

AXE 5

PROMOTION DES DROITS,
RENFORCEMENT DU POUVOIR D'AGIR,
LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION

NIVEAU DE PRIORITE : 1

<p><u>Travaux du GT5</u></p> <p>Axe du PTSM : Promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir, lutte contre la stigmatisation</p>	<p>Objectif : Améliorer l'accès aux soins en santé mentale des publics fragiles</p>
	<p>Action n°5.1. Développer l'activité en EMPP du territoire, au domicile et dans la rue, en étoffant de professionnels partenaires parmi les acteurs de l'addictologie, de la prévention spécialisée, du champ de la précarité</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif 2 – Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre dans le champ sanitaire, social et médico-social**
 - Réduire le recours et la durée de séjour en hospitalisation complète par le développement des alternatives à l'hospitalisation et des dispositifs permettant la mobilité des équipes
 - Harmoniser à un niveau régional les missions et l'organisation des équipes mobiles, identifier les évolutions nécessaires pour réduire les inégalités territoriales.

- ☑ **Objectif 3 – Coordonner les démarches de soins et d'accompagnement social et médico-social**

Liens avec les priorités du PRAPS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif 3 – Structurer une offre spécifique « passerelle » vers le droit commun sur les territoires pour les personnes les plus démunies**
 - Organiser l'accès à une offre en EMPP à l'échelle de la région en s'appuyant notamment sur les dispositifs existants. Renforcer harmonisation de leur rôle et de leur fonctionnement par la mise en place d'une coordination régionale.

Animateurs / référents	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD ▪ SATO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôle psychiatrie du CHSQ ▪ ARS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordination régionale des EMPP ▪ 115 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PASS du territoire ▪ Centres d'hébergement social ▪ CSAPA, CAARUD

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Alors que la part de la population vivant en situation de pauvreté s'élève à 18,7%, taux légèrement supérieur à celui de la région (18,3%) et plus encore à celui de la France métropolitaine (14,7%), le département de l'Aisne ne dispose que d'une seule Équipe Mobile Psychiatrie Précarité.
- Rattachée au CPAO et peu dotée en ETP (0.10 de temps médical et 2 de temps infirmier), elle n'intervient qu'au sein des établissements sociaux et médico-sociaux du bassin de vie de Laon. En raison de son activité limitée, elle est peu connue des professionnels du département.
- Par ailleurs, un projet est en cours sous le pilotage de l'ARS pour étendre son activité au Nord du département (bassin de vie de Hirson et de St Quentin) en lien avec le Centre hospitalier St Quentin.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de coopérations formalisées entre l'EMPP et des partenaires
- Nombre d'ETP annuels apportés par ces coopérations
- Évolution de l'activité de l'EMPP et des zones couvertes
- Existence d'une activité de maraude de l'EMPP

Étapes de mise en œuvre

1. **Renforcer l'activité de l'EMPP par la mise en place d'une mutualisation des moyens avec les acteurs du département intervenant auprès des publics précaires**
 - a) **Mettre en place un groupe de liaison partenarial** rassemblant l'EMPP, les représentants des usagers, les acteurs de l'addictologie et de l'hébergement social, la DT ARS 02, les PASS du territoire, en charge de :
 - Préciser et prioriser les lieux de vie à couvrir (quartiers prioritaires, squats, espace public, institutions sociales, domicile) et les zones géographiques d'intervention ;
 - Identifier et mobiliser les partenariats pertinents et réalisables pour une meilleure couverture (ex : appui de l'activité de l'EMPP sur les repérages réalisés par les équipes sociales en maraude, réalisation de maraudes communes).
 - b) **Formaliser ces coopérations et les mettre en œuvre** (conventions, mises à disposition)
 - c) **Évaluer les coopérations mises en place, les freins et leviers d'amélioration**
2. **Déployer l'activité de l'EMPP sur le secteur d'Hirson, en partenariat avec le CH St Quentin et les acteurs intervenant auprès des publics précaires sur cet infra territoire**
 - Prendre attache avec le CAARUD de St Quentin (GCSMS SATO et MAIL)
3. **Renforcer les liens entre les EMPP et les CMP pour favoriser l'accès aux soins dans les structures du « droit commun »**

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail
- Ressources humaines en psychiatrie et partenariales pour le fonctionnement de l'EMPP

NIVEAU DE PRIORITE : 1

<p><u>Travaux du GT5</u></p> <p>Axe du PTSM : Promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir, lutte contre la stigmatisation</p>	<p>Objectif : Mieux accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques vers l'inclusion et l'accès aux droits</p>
	<p>Action n°5.2. Mettre en place une meilleure formation et sensibilisation des écoutants du 115 et des opérateurs de l'hébergement sur les troubles addictifs et les troubles psychiques, par des rencontres avec les CAARUD, les CSAPA et la psychiatrie. Promouvoir une culture du « travailler ensemble ».</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- Objectif 3 – Coordonner les démarches de soins et d'accompagnement social et médico-social

Liens avec les autres priorités du PRS Hauts-de-France

- Objectif général 10 – Améliorer l'accès à la prévention et la prise en charge des conduites à risques et/ou addictives
 - Objectif 2 – Améliorer l'accès et le recours aux dispositifs d'accompagnement des conduites addictives en garantissant leur efficacité et en favorisant les coopérations

Liens avec les priorités du PRAPS Hauts-de-France

- Objectif 4 – Améliorer la coordination des acteurs et des interventions professionnelles

Animateur / référent	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ SATO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Santé Mentale France ▪ Association Aurore de Bucy-le-Long 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SIAO de l'Aisne ▪ Acteurs de l'AHI ▪ UNAFAM 02 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD ▪ CHSQ

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Les opérateurs de l'hébergement ont des difficultés à aborder les questions d'usage de drogues, par méconnaissance, représentations ou sentiment de ne pas être légitimes. En parallèle, les consommateurs craignent d'aborder leurs difficultés avec les opérateurs de l'hébergement, par peur de ne pas être accueillis.
- Les usages de drogues ne doivent pas être un frein à l'accès à l'hébergement social, sous peine de générer des consommations à risque à l'extérieur, des ruptures d'accompagnement et des phénomènes de stigmatisation.
- L'objectif du « travailler ensemble » doit se construire au fil de rencontres régulières, d'expériences partenariales. L'accompagnement doit proposer une approche combinant des exigences adaptées à la situation de la personne et au seuil de tolérance des structures d'hébergement.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de temps de sensibilisation déployés auprès des écoutants du 115
- Nombre de temps de sensibilisation déployés auprès des acteurs de l'hébergement social

Étapes de mise en œuvre

1. **Organiser des temps de formation sur les troubles psychiques et addictifs à destination des écoutants du 115 et des opérateurs de l'hébergement social**
 - **Recueillir les besoins en formation**, des écoutants du 115 et des opérateurs de l'hébergement, en matière de santé mentale. Réaliser un état des lieux des difficultés rencontrées.
 - Mettre en place des **temps de sensibilisation réguliers** en santé mentale.
 - Réaliser un **bilan** de ces formations et ajuster.
2. **Développer la formation aux premiers secours en santé mentale auprès des acteurs de l'AHJ (Accueil, Hébergement, Insertion)**
 - La formation aux premiers secours en santé mentale est portée par l'UNAFAM et l'association Santé Mentale France. Elle vise à donner à tout un chacun les premiers réflexes lorsqu'il assiste à une crise et une éventuelle décompensation d'un malade psychique. Elle concourt, en améliorant les connaissances de chacun et en intégrant la santé mentale dans la notion de premiers secours, dispositif auquel la population est sensibilisée en médecine somatique, à déstigmatiser les troubles psychiques.
 - Cette formation pourra être utilisée en appui de la démarche de sensibilisation des opérateurs de l'hébergement.

Moyens nécessaires identifiés

- Ressources humaines pour les temps de sensibilisation et de formation

NIVEAU DE PRIORITE : 1

<p><u>Travaux du GT5</u></p> <p>Axe du PTSM :</p> <p>Promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir, lutte contre la stigmatisation</p>	<p>Objectif : Mieux soutenir les aidants des personnes souffrant de troubles psychiques</p>
	<p>Action n°5.3. Diffuser une information adaptée concernant les procédures de soins sans consentement aux personnes concernées, aux familles et aux élus</p>

Liens avec les priorités du PRS Hauts-de-France

- Objectif général 23 : Reconnaître l'utilisateur comme acteur du système de santé**
 - Objectif 2 : Mesurer l'effectivité des droits et valoriser les bonnes pratiques
 - Objectif 3 : Développer une communication plus accessible

Animateur / référent	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de liaison CHSQ – EPSMD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CDSP ▪ CLSM ▪ CREHSPY 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UNAFAM 02 ▪ Association des Maires de l'Aisne 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communes ▪ CCAS ▪ RU

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Le taux de soins sans consentement (tous modes légaux confondus) dans l'Aisne était de 111,1 pour 100.000 habitants en 2005, soit inférieur au taux régional (123,1) et national (132,9). Le taux de SPPI (soins psychiatriques en cas de péril imminent) est en revanche beaucoup plus élevé dans l'Aisne (39,1 pour 100.000 habitants) que dans la région (25,3) et dans la France entière (28,5).
- La nécessité de mieux accompagner les familles, mais aussi les élus, dans les signalements et dans les démarches de soins sous contrainte a été pointée sur le territoire, afin que les droits des patients soient davantage connus et mieux respectés.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence de fiches pratiques départementales sur les soins sans consentement
- Connaissance de ces fiches par les élus, les personnes concernées et les familles
- Nombre de temps de sensibilisation réalisés auprès des élus et communes touchées

Étapes de mise en œuvre

1. Élaborer et diffuser une fiche pratique rappelant les procédures à suivre en cas de soins sans consentement

- **Contenu :**
 - Privilégier une vision « grand angle », éviter une approche uniquement juridique.
 - S'appuyer sur les documents existants (ARS Ile-de-France, fiches Psycom).
 - Intégrer une information sur les notions de tiers digne de confiance, de directives anticipées en psychiatrie (volontés en cas de rechute).
 - **Territorialiser l'information :** il ne s'agit pas de dispenser une information généraliste, déjà disponible par ailleurs, mais de la contextualiser aux ressources du département, afin qu'elle ait une portée opérationnelle.

- **Modalités d'élaboration :**
 - Recueillir les besoins des élus en matière d'information.
 - Co-construire le document, par un partage des différents acteurs impliqués (psychiatrie, familles, CLSM).
 - Élaborer trois versions adaptés aux différents publics (élus, familles, personnes concernées)
 - Le traduire en FALC (facile à lire et à comprendre).
- **Diffusion :**
 - Aux élus via les CLSM, l'Association des Maires de l'Aisne pour les territoires non dotés d'un CLSM.
 - Aux familles et aux personnes concernées, via les associations et les établissements.

2. Organiser des temps de sensibilisation des élus du département aux procédures de soins sans consentement

- Impliquer les CLSM dans l'organisation.

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail pour l'élaboration
- Support logistique pour le document
- Ressources humaines pour la préparation et l'animation des temps de sensibilisation

Précisions / points de vigilance / références

- L'ARS Île-de-France a élaboré, en 2015, en concertation avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), un guide relatif aux soins psychiatriques sans consentement s'adressant aux maires et aux services communaux, sur lequel ce travail pourra s'appuyer :
 - https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Guide_Psy-sans-consentement-2015.pdf
- Le Psycom édite deux fiches qui pourront être mobilisés : « Modalités de soins psychiatriques » et « Le tiers et les soins psychiatriques sans consentement »

NIVEAU DE PRIORITE : 2

<p><u>Travaux du GT5</u></p> <p>Axe du PTSM : Promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir, lutte contre la stigmatisation</p>	<p>Objectif : Mieux accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques vers l'inclusion et l'accès aux droits</p>
	<p>Action n°5.4. Développer la formation des usagers afin de les amener à siéger davantage au niveau des instances de démocratie sanitaire et de mieux les informer sur les différents lieux de représentation existants</p>

Liens avec les priorités du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif général 23 : Reconnaître l'utilisateur comme acteur du système de santé**
 - Objectif 1 : Soutenir et renforcer l'action des représentants des usagers
 - Objectif 4 : Impliquer les usagers dans la politique régionale et au plus près des territoires
 - Objectif 5 : Impliquer les usagers dans leur prise en charge

Animateurs / référents	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ UNAFAM ▪ Espoir 02 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD ▪ CHSQ ▪ GADES 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CTU ▪ ARS ▪ MDPH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ France Asso Santé HDF ▪ CREHPSY ▪ GEM ▪ RU

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- En santé mentale, la représentation des usagers au sein des instances de démocratie sanitaire est la plupart du temps assurée par des associations de familles et proches, faute de personnes concernées volontaires et d'associations d'usagers agréés.
- Un médiateur de santé pair va entrer en poste en janvier 2021 au sein de l'EPSMD.
- Un travail est en cours, piloté par l'ARS Hauts-de-France, pour mieux outiller les usagers qui participent à des instances de co-construction de l'action publique (PTSM, CLSM) ou de pair aide (associations, GEM, MSP) et qui ne sont pas atteints par les formations de France Asso Santé qui ciblent les représentants d'usagers. Un des enjeux est de développer leurs compétences et leur légitimité et de créer des ponts entre les instances de représentation des usagers et ces usagers, face à l'évolution du paysage de la démocratie en santé. Ce travail pourrait être relayé sur le plan départemental pour renforcer les dynamiques à l'échelle du territoire.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de formations des usagers déployées au sein du département chaque année et public
- Présence des usagers au sein des actions déployées dans le cadre du PTSM

Étapes de mise en œuvre

1. **Organiser des temps de rencontre et de formation des usagers en santé mentale dans le département**
 - **Public :**
 - Les **usagers** qui participent aux dispositifs de coordination territoriaux (PTSM, CLSM), de pair aide (GEM, MSP, associations), à la vie des établissements médico-sociaux (CVS)

- Les **représentants des usagers** au sein des instances de démocratie sanitaire du département (CDU, CTU, CDCA, etc.).

▪ **Contenu :**

- Travail sur la **notion de représentant d'usagers (RU)** : comment le devient-on ? Comment et à quelles conditions une association obtient-elle un agrément ? Quels sont les enjeux de la présence des RU dans les instances et établissements ? Quelles sont les instances de démocratie sanitaire du territoire ? Etc.
- Travail sur la **posture de la représentation** : qui représente-t-on et comment ?
- Connaissance de l'**environnement institutionnel** en santé mentale (institutions, psychiatrie, médico-social, partenaires) et des dispositifs de coordination (PTSM, CLSM, etc.).
- **Échanges** entre les participants sur les enjeux, les freins et les leviers à la participation, à partir de leur expérience.

2. Inciter les établissements sanitaires et médico-sociaux à être innovants et créatifs dans leur propre façon de promouvoir la démocratie sanitaire en leur sein

- Mieux faire connaître les **instances de représentation internes** aux établissements (CDU et CVS) et leurs enjeux. Des pistes ont été évoquées de mise en place de délégués par secteurs, par services, en lien avec les représentants des usagers à la CDU. Néanmoins, cette piste pose la question de la légitimité d'un délégué en dehors de tout mandat associatif et doit être approfondie.
- Élaborer et mettre en œuvre le **projet des usagers** au sein des établissements autorisés en psychiatrie (certification HAS).
- Mieux relayer la possibilité de siéger au sein **d'instances de démocratie sanitaire à l'échelle du département et de la région.**

3. Inciter les personnes concernées à participer aux actions du PTSM

- La mise en œuvre du PTSM doit reposer sur une logique de co-construction, dans laquelle l'intégration des personnes concernées est **indispensable.**
- Peu de personnes directement concernées ont été présentes au sein des groupes de travail, une réflexion autour de leur intégration dans la future mise en œuvre du PTSM devra menée.

Moyens nécessaires identifiés

- Ressources humaines pour la formation

NIVEAU DE PRIORITE : 2

<p><u>Travaux du GT5</u></p> <p>Axe du PTSM :</p> <p>Promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir, lutte contre la stigmatisation</p>	<p>Objectif : Mieux soutenir les aidants des personnes souffrant de troubles psychiques</p>
	<p>Action n° 5.5. Déployer des temps d'échanges réciproques avec les familles dans le secteur médico-social et dans les établissements de santé intervenant en psychiatrie</p>

Liens avec les priorités du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif général 6 – Promouvoir les parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap**
 - Objectif 3 : Soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap et promouvoir la pair-aidance
- ☑ **Objectif général 23 : Reconnaître l'utilisateur comme acteur du système de santé**
 - Objectif 5 : Impliquer les usagers dans leur prise en charge

Animateurs / référents	Contributeurs	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD ▪ Espoir 02 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôle psychiatrie du CHSQ ▪ CMP, CATTP et HDJ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GADES ▪ Cliniques ▪ CLSM ▪ UNAFAM 02 ▪ Personnes concernées et RU

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- L'UNAFAM 02 représente les familles et défend leurs intérêts dans différentes instances sanitaires et de concertation. L'association 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.
- Pour autant, il est noté un besoin de renforcer le lien entre les familles et les institutions de soin et d'accompagnement et de recueillir davantage leur parole. Les représentants des familles insistent sur la volonté des familles d'être intégrées comme des contributeurs du système de santé, et sur leur besoin de formation pour mieux accompagner leur proche sur le long terme, tout en se protégeant. L'enjeu est tout autant la diminution des rechutes de la maladie que l'amélioration de la qualité de vie de chacun.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un groupe de travail chargé de promouvoir et accompagner l'accueil des familles
- Nombre d'actions d'accueil déployées dans les établissements sanitaires et médico-sociaux chaque année
- Nombre d'actions inter établissements
- Nombre et types de temps d'information / d'échange au sein de ces actions

Étapes de mise en œuvre

1. **Mettre en place un groupe de travail mixte (représentants de la psychiatrie, du secteur médico-social, associations de familles et personnes concernées) chargé de :**
 - Répertorier, imaginer, les initiatives mobilisables en termes de rencontres des familles : journées

portes ouvertes, vernissages, moments festifs, temps de réflexion, de débats, d'activités...

- Diffuser auprès des partenaires de la psychiatrie et du secteur médico-social ces propositions, et les promouvoir.
- Au sein des établissements sanitaires, cibler plus spécifiquement les structures ambulatoires de proximité (CMP, CATTP, hôpitaux de jour).
- Réaliser un bilan annuel des actions mises en place dans les établissements du département.

2. Intégrer des temps d'information aux familles dans ces rencontres

- Identifier les thématiques prioritaires en lien avec les autres actions du PTSM, et les intégrer dans les rencontres proposées (soins sans consentement, représentation des usagers, etc.)

3. Intégrer des temps de recueil de la parole des familles dans ces rencontres

- L'objectif est tout autant de questionner la façon dont les institutions peuvent mieux accompagner les familles, que la façon dont les familles peuvent concourir par leur expertise d'usage à l'amélioration des pratiques professionnelles.

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail
- Soutien financier pour les actions transversales à plusieurs établissements

Précisions / points de vigilance / références

- Ces actions pourront également être déployées entre plusieurs établissements sur un même infra territoire. Elles participeront alors aussi à la rencontre entre les professionnels, et à la diffusion d'une approche décloisonnée de la prise en charge aux familles.

NIVEAU DE PRIORITE : 2

<p><u>Travaux du GT5</u></p> <p>Axe du PTSM :</p> <p>Promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir, lutte contre la stigmatisation</p>	<p>Objectif : Mieux soutenir les aidants des personnes souffrant de troubles psychiques</p>
	<p>Action n°5.6. Développer une offre en dispositifs de répit assurant un soutien pour les aidants des personnes souffrant de troubles psychiques</p>

Liens avec les priorités du PRS Hauts-de-France

- ☑ **Objectif général 6 – Promouvoir les parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap**
 - Objectif 3 : Soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap
- Lien avec les priorités du Schéma départemental de l'autonomie de l'Aisne
- ☑ **Orientation 2 : Améliorer l'accompagnement des personnes à leur domicile**
 - Fiche action N° 5 : Diversifier et développer l'offre de soutien aux aidants

Animateurs / référents	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS ▪ CD 02 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MDPH ▪ Communauté 360 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD ▪ Pôle psychiatrie du CHSQ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Familles ▪ GADES ▪ Représentants des usagers

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- Des séjours de répit sont organisés à l'échelle nationale par l'UNAFAM pour ses adhérents.
- Un manque de dispositifs de répit, plus ponctuels, permettant aux aidants de personnes atteintes de troubles psychiques de se dégager provisoirement de la prise en charge en bénéficiant d'un accueil temporaire de leur proche, est noté.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un groupe de travail institutionnel sur la question du répit des aidants en santé mentale
- Présence d'une offre départementale en dispositifs de répit en santé mentale à l'horizon 2025

Étapes de mise en œuvre

Organiser une réflexion institutionnelle entre la DT ARS, le Conseil départemental, la MDPH dans le cadre de la Communauté 360 et les associations de familles, sur l'accueil temporaire, afin de mettre en place un dispositif départemental répondant aux besoins de répit des aidants en santé mentale

- Développer et diffuser une offre répondant à la diversité des besoins exprimés concernant un répit temporaire, occasionnel, régulier ou d'urgence, que la personne soit reconnue par la MDPH ou non.
- Décliner des formes et des modalités diverses : accueil de jour, de nuit, en séjour, en alternance avec l'établissement, au domicile, baluchonnage, en famille d'accueil, en établissement médico-social ou sanitaire, en séjour vacances adaptées/familiales, etc...

- Coordonner les modalités de financement.

Moyens nécessaires identifiés

- Financement des dispositifs et développement de coopérations innovantes

Précisions / points de vigilance / références

- Voir en référence par exemple, « La maison de Pierre », structure d'accueil temporaire dans le Pas-de-Calais, financée par le Conseil départemental et recevant des personnes sur notification MDPH.

NIVEAU DE PRIORITE : 2

<p>Travaux du GT5</p> <p>Axe du PTSM : Promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir, lutte contre la stigmatisation</p>	<p>Objectif : Mieux lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques</p>
	<p>Action n°5.7. Décloisonner les actions culturelles, sportives et de loisirs : les faire sortir des établissements, s'appuyer sur les structures hors santé mentale et les ouvrir à la population générale</p>

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS Hauts-de-France

- Objectif 5 – Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité

Liens avec les autres priorités du PRS Hauts-de-France

- Objectif général 6 – Promouvoir les parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap
 - o Objectif 7 : Soutenir le choix des adultes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire

Animateur / référent	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPSMD 	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">▪ CLSM <li style="width: 33%;">▪ Associations culturelles et sportives du département <li style="width: 33%;">▪ Centres sociaux, jeunesse, culture, loisirs, communaux <li style="width: 33%;">▪ GADES <li style="width: 33%;">▪ RU <li style="width: 33%;">▪ CHSQ <li style="width: 33%;">▪ Fédération du sport santé <li style="width: 33%;">▪ CREHSPY

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- La stigmatisation des troubles psychiques en population générale, renforcée par la communication inadaptée des médias, agit comme un frein à l'inclusion des personnes dans la cité.
- Les participants à l'élaboration du PTSM évoquent spécifiquement le champ de la culture et des loisirs comme un moyen de citoyenneté et d'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques, et de fait de déstigmatisation, pertinent.
- Plusieurs projets culturels sont déployés au sein des établissements de prise en charge : leur limite commune est de souvent cloisonner les personnes suivies pour troubles psychiques et de ne pas se dérouler suffisamment en lien avec la cité.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence de commissions culture / sport / loisirs au sein des CLSM du département
- Évaluation qualitative des actions portées par ces commissions
- Nombre de personnes en ALD psychiatrique incluses dans le dispositif sport santé

Étapes de mise en œuvre

1. Renforcer les liens entre les acteurs de la santé mentale et ceux de la culture, du sport et des loisirs, pour l'inclusion des personnes atteintes de troubles psychiques dans les structures du droit commun
 - a) Réaliser un **état des lieux des projets inclusifs existants** en matière d'accès à la culture, au sport et aux loisirs, dans le département
 - Identifier leurs points forts, leurs freins, leurs axes d'amélioration

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les conditions de leur duplication sur le territoire b) Formaliser un réseau culture / sport / loisirs avec les acteurs et structures concernés sur chaque infra territoire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ces réseaux, pour éviter un éparpillement des initiatives et pour bénéficier des organisations préexistantes, pourraient être intégrés dans les CLSM lorsque l'infra territoire en est doté, sous la forme d'une « commission accès à la culture, au sport et aux loisirs » dans chaque CLSM. c) Élaborer et mettre en œuvre, via ces réseaux / commissions des actions en coordination pour tisser les liens, sensibiliser et accompagner les acteurs des structures de la culture, du sport et des loisirs dans l'accueil de personnes souffrant de troubles psychiques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur la base d'un kit d'accessibilité « handicap psychique » ▪ Intégrer la participation des médiateurs de santé pairs ▪ Formaliser l'accompagnement de l'utilisateur par les acteurs de la santé mentale au sein de ces structures, si nécessaire
<p>2. Faire connaître le dispositif Sport santé et promouvoir l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques dans ce dispositif</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le dispositif Sport santé est un dispositif de sport sur ordonnance, né en 2016. Il donne la possibilité aux personnes atteintes d'une affection de longue durée de se faire prescrire une activité physique et de bénéficier d'un remboursement des séances.
<p>3. Développer des actions « culture-santé » sur appel à projets au sein des centres hospitaliers, en lien avec les acteurs du droit commun</p>
<p>Moyens nécessaires identifiés</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ressources humaines pour le travail en réseaux / en commissions – AAP « culture-santé »

AXE 6

ACTION SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX,
ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX
DE LA SANTÉ MENTALE

NIVEAU DE PRIORITE : 2

<p><u>Travaux du GT6</u></p> <p>Axe du PTSM : Actions sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale</p>	<p>Objectif : Mieux agir sur les déterminants sociaux de la santé mentale</p>
	<p>Action n°6.1. Constituer un réseau « déterminants sociaux de la santé mentale » au sein du PTSM, en lien avec les autres axes, chargé de poursuivre le diagnostic et de coordonner des actions de promotion de la santé mentale dans les domaines prioritaires identifiés</p>

Liens avec les priorités du PRS Hauts-de-France

- ☑ Orientation stratégique 1 : Promouvoir un environnement favorable à la santé et agir sur les comportements dès le plus jeune âge
 - Objectif général 3 : Promouvoir la santé des jeunes

Animateurs / référents	Contributeurs		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ À identifier 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fédération des Centres Sociaux Pays Picards ▪ DSDEN 02 ▪ IRESP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la prévention et de la promotion de la santé, DT ARS 02 ▪ Direction santé / environnement, DT ARS 02 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communes ▪ EPSMD ▪ CHSQ ▪ CAREPSE ▪ RU

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

- L'axe 6 des PTSM doit permettre d'élaborer des actions de promotion de la santé mentale en population générale qui ne s'adressent pas à des publics déjà identifiés mais aux publics à risque. Ces actions concernent la lutte contre les déterminants défavorables de la santé mentale, et/ou, au contraire, le renforcement des déterminants favorables à une bonne santé mentale.
- La particularité fortement rurale du département est un facteur important d'isolement social et de méconnaissance en santé mentale. Les personnes âgées et les personnes sans sont des publics particulièrement fragiles.
- Concernant la prévention en santé mentale chez les jeunes, il est noté un manque de visibilité sur ce qui est fait au niveau des écoles primaires. Des actions sont davantage visibles au niveau des collèges et des lycées, mais des difficultés sont notées au niveau de l'implication du personnel enseignant. Les actions de renforcement des compétences psychosociales sont considérées comme efficaces, probantes et importantes, et devraient impliquer davantage les parents. Le PTSM peut être l'occasion de les diffuser, les renforcer et les partager davantage.
- Concernant le logement, la Direction santé/environnement de la DT ARS exprime un besoin de soutien par les acteurs de la santé mentale dans ses actions de lutte contre le mal logement, notamment pour les situations de syndrome de Diogène.
- La promotion de la santé mentale au travail a été également abordée comme un axe à renforcer.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un réseau « déterminants sociaux de la santé mentale » dans le département
- Représentativité des secteurs professionnels et des infra territoires au sein du réseau
- Nombre d'actions impulsées par le réseau, type et caractère partenarial

Étapes de mise en œuvre

1. Stabiliser les thématiques prioritaires à travailler en matière d'actions sur les déterminants sociaux et territoriaux de la santé mentale

Les thématiques suivantes ont été pré-identifiées par le groupe de travail :

- Accompagnement des jeunes vers une bonne santé mentale
- Lutte contre l'isolement social
- Soutien à la parentalité
- Maintien dans le logement (notamment face aux syndromes de Diogène)

2. Compléter le diagnostic sur les principaux déterminants pour chacune des thématiques prioritaires

- Un rôle d'observatoire est à construire. Il est noté l'importance d'identifier les indicateurs prioritaires pour éviter un éparpillement et de s'appuyer sur les données existantes (évaluation des partenaires sociaux, de l'Éducation nationale, de la Direction santé/environnement de la DT ARS concernant la mal logement...).
- Envisager la faisabilité et la pertinence de s'appuyer sur un prestataire pour la méthodologie.
- Identifier les lieux d'intervention prioritaires sur chaque thématique.

3. S'engager pour élaborer et mettre en œuvre des actions en partenariat (acteurs de la prévention, du social, de la psychiatrie, du médico-social, de l'éducation, communes) pour agir sur ces déterminants

- **Méthodologie générale**
 - Identifier et mobiliser les structures / équipes du département réalisant des actions de prévention en santé mentale / en santé en population générale.
 - Identifier des référents « déterminants de la santé mentale » pour chaque domaine prioritaire, afin de favoriser des liens construits et identifiables dans ce réseau.
 - S'appuyer sur les SISM pour diffuser ces actions, tant en population que dans les établissements.
 - Identifier des supports de prévention efficaces et les diffuser via le réseau : évènements (mise à disposition de personnel, intervenants extérieurs), courts métrages, théâtre, accompagnement, actions à distance (e-santé).
 - Organiser différents évènements thématiques, de proximité (bassins de vie).
- **Type d'actions envisagées**
 - **Accompagnement des jeunes vers une bonne santé mentale**
 - Développer les actions de renforcement des compétences psychosociales, en lien avec les actions portées par la Fédération des Centres Sociaux Pays Picards et l'Éducation nationale.
 - Déployer ces actions par le biais d'une sensibilisation des communes, des élus.
 - Promouvoir une approche positive de la santé mentale (bien-être) et corrélée à la santé globale (déstigmatisation, prendre soin de soi...).
 - **Lutte contre l'isolement social**
 - Mettre en place des actions ciblant les personnes âgées, les personnes sans emploi et les zones rurales.
 - **Soutien à la parentalité**
 - Intégrer les familles dans les actions de renforcement des compétences psychosociales.
 - **Maintien dans le logement (notamment face aux syndromes de Diogène)**
 - Mettre en place des actions coordonnées entre les acteurs de la santé mentale (psychiatrie, ESMS), du logement, et de la Direction santé / environnement de la

DT ARS.

Moyens nécessaires identifiés

- Ressources humaines

Précisions / points de vigilance / références

- Il a été noté que cette action devait s'appuyer sur le déroulement des autres actions du PTSM, attendre leur déploiement.
- Le CREHSPY propose une action de formation sur le syndrome de Diogène, qui pourra être mobilisée. Des travaux sur cette thématique ont été initiés avec des CLSM de la région Hauts-de-France.

IV. ANNEXES

1. PERSONNES SOLLICITEES POUR LES GROUPES DE TRAVAIL

a. GT1 – Repérage, accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements

- BLERVAQUE Gaëtan, chef de service, SESSAD AFG Autisme
- BROCHART Olivier, psychiatre, président CME, Clinique La Roseraie
- CASTERMAN Sabine, directrice, Aurore / Centre APTE
- CHRISTODOULOU Lucile, psychologue libérale
- CONTAUT Luc, cadre de santé, EPSMD
- DELEHELLE André, représentant des usagers, UNAFAM 02
- DROP Michel, cadre supérieur de santé, EPSMD
- EVRARD Nadia, coordonnatrice, CLSM de Soissons
- GALLOO Bertrand, directeur, association Temps de vie / Clinique Ste Monique, St Quentin
- GUERIN Nathalie, directrice, SESSAD AFG Autisme
- GUILLEMETTE Patricia, membre CA du GADES et directrice du pôle autonomie APEI 2 vallées
- HYACINTHE Frédéric, président GADES et directeur APEI 2 Vallées
- JASPART Magali, psychologue libérale
- LOISEAU Damien, médecin généraliste, Centre médical Montreuil Laon
- MONCEAUX Françoise, représentante des usagers, UNAFAM 02
- NAÏT AMARA Djoudi, psychiatre et président CME, EPSMD
- NATTEAU Isabelle, médecin scolaire, DSDEN 02
- ODDIN Gilles, psychologue, Espoir 02
- PHILBERT Marie-Christine, représentante des usagers, CDCA / CTU
- RENAUX Olivier, chargé de mission territoire Handicap, DT ARS 02
- SADIN Eric, directeur, Espoir 02
- VANNOBEL Christian, élu, Conseil Régional
- VENET Adeline, pilote, MAIA Aisne Nord

b. GT2 – Parcours de vie et de santé sans rupture / rétablissement

- ATANNON Anouchka, conseillère sociale, bailleur social OPAL 02
- BEGUE Michael, faisant fonction de cadre supérieur de santé, EPSMD
- CADOU Marie-Noëlle, directrice, CREHPSY
- CARLIER Denis, France Assos Santé Délégation Hauts-de-France
- CHRISTODOULOU Lucile, psychologue libérale
- DEBOSSOREILLE Alexandre, directeur, Clinique La Roseraie, Soissons
- DELEHELLE André, représentant des usagers, UNAFAM 02

- DEMAREST Cécile, psychologue, PJJ
- DEPREZ Hervé, cadre socio-éducatif, PASS PSY, EPSMD
- DEVAUCHELLE Marie-Laure, psychologue, CREHPSY
- EUSTACHE Lionel, chargé de mission, CREHPSY
- FANCHIN Hélène, CH St Quentin
- GIVORD BARTOLI Augustin, président du CAREPSE, psychologue EPSMD
- HOPIN Catherine, cadre socio-éducatif, EPSMD / CAREPSE
- LAMANT Virginie, psychologue, Espoir 02
- LEFEBVRE Anna, directrice des soins, association Temps de vie / Clinique Ste Monique, St Quentin
- LEFORT Dominique, vice-présidente du GADES et directrice du pôle soins de l'APEI
- LEPERE Stéphanie, infirmière conseillère technique santé, PJJ
- LISSY Audrey, coordonnatrice, CLSM de Château-Thierry
- LITTIERE Claire, cheffe du service développement et ingénierie de parcours, MDPH
- MILOWSKI Olivier, pilote MAIA centre Aisne
- MONCEAUX Françoise, représentante des usagers, UNAFAM 02
- NAÏT AMARA Djoudi, psychiatre et président CME, EPSMD
- PASSICOUSSET Jérôme, directeur, EPHESE 02
- PEDIAC David, directeur du pôle enfance, APEI 2 Vallées
- PHILBERT Marie-Christine, représentante des usagers, CDCA / CTU
- PUMECOCQ Claire, directrice, Service Territorial Éducatif de Milieu Ouvert et d'Insertion, Laon, PJJ
- PODEVIN-BAUDUIN Vincent, Direction de l'enfance et de la famille, Conseil Départemental 02
- QUENNELLE Jean-Luc, UFC Que Choisir
- RICHET Emeline, CH St Quentin
- RIGAULT FREUDENREICH Sylvie, MSA Picardie
- SADIN Eric, directeur, Espoir 02
- SEDANO Isabelle, directrice, CSAPA Horizon 02
- THIERRY Bérandère, cheffe du pôle analyse et évaluation, MDPH
- VANNOBEL Christian, élu, Conseil Régional

c. GT3 – Accès aux soins somatiques

- BAALLAL Ikrane, stagiaire assistante de service social, CH Laon
- BAGIEN Karine, IDE, SAMSAH, Espoir 02
- CERWINSKI Céline, cadre de Santé Pôle somatique, EPSMD
- DELEHELLE André, représentant des usagers, UNAFAM 02
- EUSTACHE Lionel, chargé de mission, CREHPSY
- GUILLEMETTE Patricia, membre CA GADES et directrice pôle autonomie APEI 2 vallées
- HAËNI Philippe, cadre supérieur de santé, CH St Quentin
- JAFFRELOT Sabrina, IDEL, cabinet libéral Royaucourt-et-Chailvet

- LAMBOLEY Sylvie, chef de service SAMSAH et résidence accueil, ESPOIR 02
- LEFORT Dominique, vice-présidente du GADES et directrice du pôle soins de l'APEI
- LOPES MAGANETE Ludivine, assistante de service social, CH Laon
- NAÏT AMARA Djoudi, psychiatre et président CME, EPSMD
- PHILBERT Marie-Christine, représentante des usagers, CDCA / CTU
- RIGAULT FREUDENREICH Sylvie, MSA Picardie
- SEGALL Isabelle, pilote MAIA Aisne Sud

d. GT4 – Prévention et gestion des situation de crise et d'urgence

- BARRET Laurent, directeur, EPSMD
- BEGUE Michael, faisant fonction de cadre supérieur de santé, EPSMD
- BODIN Christelle, faisant fonction de cadre de santé, EPSMD
- DELEHELLE André, représentant des usagers, UNAFAM 02
- DELPIERRE Isabelle, infirmière, EPSMD
- DEMAREST Cécile, psychologue, PJJ
- DEVAUCHELLE Marie-Laure, psychologue, CREHPSY
- GOMES Anthony, psychiatre, CH St Quentin
- GUERFALI Samir, responsable territoriale Aisne, Coallia
- GUILLEMETTE Patricia, membre CA GADES et directrice pôle autonomie APEI 2 vallées
- HAËNI Philippe, cadre supérieur de santé, CH St Quentin
- HANGHIUC Iuliana, psychiatre, CH St Quentin
- ISABELLE Estelle, coordonnatrice, CLSM de Laon
- KHOURY Clémence, médecin urgentiste, CH Laon
- LAMBOLEY Sylvie, chef de service, SAMSAH et résidence accueil, ESPOIR 02
- LASNE Anne-Sophie, éducatrice, PJJ
- MAZOUROVA Elena, psychiatre, EPSMD
- PAUWS Caroline, chef de service CAARUD Aisne sud, SATO Picardie
- PHILBERT Marie-Christine, représentante des usagers, CDCA / CTU
- PLUMECOCQ Claire, PJJ
- RAZA Joël, CH Château-Thierry
- ROJAS Térésa, psychiatre, EPSMD
- SEGALL Isabelle, Pilote MAIA Aisne Sud
- SPADA Simona, psychiatre, EPSMD
- THUEZ Véronique, conseillère technique, DSDEN 02
- TUTIN Jean-Marc, cadre supérieur de santé, CH St Quentin

e. GT5 – Promotion des droits, pouvoir d’agir, lutte contre la stigmatisation

- BARRET Laurent, directeur, EPSMD
- BEGUE Michael, faisant fonction de cadre supérieur de santé, EPSMD
- BOCQUET Patricia, représentante des usager, CTU
- BOURGEOIS Laurence, médecin généraliste, représentante des usagers, UNAFAM 02
- DAVID Emilie, COALLIA
- DE JODAR Ségolène, assistante de service social, EPSMD
- DELPIERRE Isabelle, infirmière, EPSMD
- DEPREZ Hervé, cadre socio-éducatif, PASS PSY, EPSMD
- DEVAUCHELLE Marie-Laure, psychologue, CREHPSY
- GAVINHA BRAGA Teresa, psychologue, SPIP
- HOPIN Catherine, cadre socio-éducatif, EPSMD / CAREPSE
- KIKEL Alain, Familles de l'Aisne
- LEITAO-LOURO Daniel, directeur, ARILE
- LITTIERE Claire, cheffe du service développement et ingénierie de parcours, MDPH
- MARTIN Ketsia, assistante de service social, SPIP
- MILLESCAMPS Alice, assistante de service social, EPSMD
- PAUWS Caroline, chef de service CAARUD Aisne Sud, SATO Picardie
- PHILBERT Marie-Christine, représentante des usagers, CDCA / CTU
- ROJAS Térésa, psychiatre, EPSMD
- SADIN Eric, directeur, Espoir 02
- SERAIN Françoise, bénévole et membre du CA, Croix Rouge Française
- WILLIAM Natalie, Sous-Préfète de Château-Thierry

f. GT6 – Action sur les déterminants sociaux et territoriaux de la santé mentale

- BIVAUD Bertrand, psychiatre, EPSMD
- CADOU Marie-Noëlle, directrice, CREHPSY
- CHRISTODOULOU Lucile, psychologue libérale
- DAVID Emilie, COALLIA
- DEVAUCHELLE Marie-Laure, psychologue, CREHPSY
- DHENIN Mathilde, chargée de développement santé, Fédération des centres sociaux Pays Picards
- DUFOUR Claude, Familles de l'Aisne
- EUSTACHE Lionel, chargé de mission, CREHPSY
- GAVINHA Braga Teresa, psychologue, SPIP
- GIVORD BARTOLI Augustin, président du CAREPSE, psychologue EPSMD
- HOPIN Catherine, cadre socio-éducatif, EPSMD / CAREPSE

- ISOREZ Martine, infirmière conseillère technique santé, PJJ
- KIKEL Alain, Familles de l'Aisne
- LAMANT Virginie, psychologue, SAMSAH, Espoir 02
- LELOIR Caroline, directrice des services, Aid'Aisne
- MARTIN Ketsia, assistante de service social, SPIP
- MEGHERBI Moudo, cadre de Santé, EPSMD
- MONTCRIOL, Nathalie, directrice, CCAS de Soissons
- NAÏT AMARA Djoudi, psychiatre et président CME, EPSMD
- ODDIN Gilles, psychologue, Espoir 02
- PANNIER Laurette, chargée de mission, direction de la prévention et de la promotion de la santé, DT ARS 02
- PARIS Bénédicte, ingénieure principale d'études sanitaire, Service santé environnement, DT ARS 02
- PAUWS Caroline, chef de service CAARUD Aisne Sud, SATO Picardie
- PHILBERT Marie-Christine, représentante des usagers, CDCA / CTU
- RIGAULT FREUDENREICH Sylvie, MSA Picardie
- THUEZ Véronique, conseillère technique, DSDEN 02

2. GLOSSAIRE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS UTILISEES

- AAP** : Appel à projets
- AEEH** : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- ALD** : Affection longue durée
- ASE** : Aide sociale à l'enfance
- ARS** : Agence régionale de santé
- CAARUD** : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques
- CATTP** : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- CCAS** : Centre communal d'action sociale
- CD** : Conseil départemental
- CDOM** : Conseil départemental de l'ordre des médecins
- CDU** : Commission des usagers (au sein des établissements de santé)
- CDS** : Centre de santé
- CH** : Centre hospitalier
- CHSQ** : Centre hospitalier Saint Quentin
- CME** : Commission médicale d'établissement
- CMP** : Centre médico-psychologique
- CLSM** : Conseils locaux de santé mentale
- CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie
- CPAO** : Centre psychiatrique d'accueil et d'orientation
- CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé
- CREHPSY** : Centre de ressources sur le handicap psychique des Hauts de France
- CRH** : compte rendu d'hospitalisation
- CSAPA** : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- CTU** : Commission territoriale des usagers (au sein du CTS)
- CTS** : Conseil territorial de santé
- CTSM** : Contrat Territorial de Santé Mentale
- CVS** : Conseil de la vie sociale
- DAC** : Dispositif d'appui à la coordination
- DEA** : Dispositif emploi accompagné
- DIM** : Direction d'information médicale
- DT ARS** : Direction territoriale de l'ARS
- DSDEN** : Direction des services départementaux de l'Éducation nationale
- EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EMPP** : Équipe mobile psychiatrie précarité
- EPSMD** : Établissement Public de Santé Mentale Départemental
- ESSMS** : établissements et services sociaux et médico-sociaux
- ESMS** : établissements et services médico-sociaux
- ESAT** : Établissement et service d'aide par le travail

ETP : Éducation thérapeutique du patient

FALC : Facile à lire et à comprendre

GADES : Groupement axonais de directeurs d'établissements et services médico-sociaux

GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-sociale

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

HDJ : Hôpital de jour

IDE : Infirmier diplômé d'État

IDEL : Infirmier diplômé d'État libéral

IFSI : Institut de formation aux soins infirmiers

IPA : Infirmier de pratique avancée

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

MDA : Maison des adolescents

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MSA : Mutualité sociale agricole

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle, ou médiateur de santé pair

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

PRAPS : Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

PRS : Projet Régional de Santé

PTSM : Projet territorial de santé mentale

RAPT : Réponse accompagnée pour tous

RU : Représentant des usagers

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SAU : Service d'accueil des urgences

SISM : Semaine d'information en santé mentale

UNAFAM : Union Nationale de familles et Amis de Personnes Malades et/ou handicapées psychiques

URPS : Union régionale des professionnels de santé