

# Projet Territorial de Santé Mentale de l'OISE

Décembre 2020



Avec l'appui méthodologique du cabinet ACSANTIS



## Préambule

Le projet territorial de santé mentale de l'Oise est adressé au Directeur général de l'ARS Hauts de France.

Lancé il y a deux ans par Luc ROLLET, alors directeur territorial de l'Oise, il a pris la forme d'une large concertation, prévue par le législateur, faisant appel à l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale dans l'Oise, avec une volonté évidente de permettre une expérience approfondie de démocratie sanitaire.

Une première rencontre dans l'amphithéâtre des Archives départementales à Beauvais a montré que la gageure pouvait être tenue. Avec le soutien efficace de la Direction départementale de l'ARS de l'Oise tout au long de ce travail d'élaboration, en la personne de Sylvie PIONCHON, directrice départementale adjointe, et l'engagement durable de beaucoup, ce projet initié dans l'enthousiasme des débuts s'achève avec confiance pour la suite, dans un contexte mondial difficile, voire régressif, alors qu'on mesurait le risque d'une ferveur retombée.

L'exigence souvent rappelée d'une bienveillance générale, mais quelque peu en surplomb, dans les relations avec les usagers de la santé mentale n'a pas résumé la tonalité de cette démarche de construction.

Ici, le principe de responsabilité des professionnels et des politiques rencontre celui de l'autonomie de la raison, et prépare ou conforte l'écoute et la prise en compte de toute expression humaine, même non verbale ou confuse, individuelle ou collective. La capacité d'entendre la critique d'autrui, la capacité d'une autocritique des professionnels et des responsables sont indispensables dans les questions complexes de la santé mentale et de la santé publique.

Prévoyons que les tragiques conséquences de la pandémie en cours nous aideront, après le plaisir des commencements aventureux, à trouver collectivement dans notre territoire les réponses nécessaires à l'équilibre du monde social.

**Docteur Bruno TOURNAIRE BACCHINI**  
Chef de projet du PTSM de l'Oise

18 décembre 2020

## Remerciements

Le Projet Territorial de Santé Mentale de l'Oise est le fruit d'un important travail partenarial, qui a été plus particulièrement porté par un certain nombre d'acteurs auxquels il convient d'adresser des remerciements plus spécifiques en les distinguant ici.

Ce travail doit beaucoup à l'engagement des pilotes des groupes de travail thématiques, qui ont animé les réunions de travail chacun dans leur axe thématique, assuré les synthèses et rédigé les fiches-actions.

Si la charge de travail n'avait pas été forcément perçue au démarrage, ils ont maintenu leur engagement et participé au pilotage global du projet jusqu'à son terme, alors même qu'ils étaient très fortement mobilisés sur la gestion de la crise sanitaire tout au long de cette dernière année.

- GT 1 : Mme Céline DAVID-GALLOIS, Mme Camille GENTON, Mme Odile GUILLARD et M. Roland FONTAINE
- GT 2 : Mme Sophie DAGORNE, Mme Elisabeth RAZAFINDRANALY et Mme Karine MESSAGER
- GT 3 : Mme Laure-Anne BURKER et M. Roland FONTAINE
- GT 4 : Mme Isabelle JACQMART, Mme Véronique IDASIAK et M. Thierry RAMAHERISON
- GT 5 : Mme Caroline BILL et Mme Claudine KARINTHI
- GT 6 : Mme Annabelle LEROY-DEROME, M. Elie POUILLAUDE et M. Benoît JAULHAC

Il est important de souligner la très forte mobilisation des équipes du CHI, de la Nouvelle Forge et du Conseil départemental, qui ont participé en nombre aux réunions des groupes de travail thématiques et alimenté les propositions d'actions retenues dans le PTSM.

L'UNAFAM, à travers le dynamisme et la force de conviction de sa présidente déléguée pour l'Oise, Mme Claudine KARINTHI, s'est très fortement impliquée dans le pilotage global et l'animation des groupes de travail, pour permettre la représentation des familles et des usagers.

La mobilisation du CREHPSY a permis d'ouvrir un nouvel axe de travail au sein du PTSM, en vue de prendre en compte la parole des usagers et favoriser de véritables échanges avec les professionnels. Merci à Mme Marie-Noëlle CADOU, Mme Marie-Laure DEVAUCHELLE, M. Lionel EUSTACHE et Mme Marine MERLEVEDE, pour leur disponibilité, leur bienveillance et la qualité de leur contribution.

Que soient remerciés également pour leur enthousiasme et la qualité de leur contribution au pilotage du projet : les 3 jeunes étudiants reçus en stage au sein de la délégation territoriale de l'ARS, Mme Sarah DAVID, Mme Marie BAR et M. Doryan LAHANNIER, puis M. Edouard ROUTIER, chargé de mission santé mentale, qui a repris le flambeau avec une grande détermination.

Merci enfin au cabinet ACSANTIS, et plus particulièrement à Mme Gaëlle GIORDANO, pour la qualité de son écoute et de son apport méthodologique, qui ont été très appréciés par les acteurs de l'Oise.

# Sommaire

<b>I- Contexte et méthodologie d'élaboration du PTSM .....</b>	<b>4</b>
1) La gouvernance mise en place pour l'élaboration du PTSM .....	5
2) Les 6 groupes de travail thématiques .....	8
3) L'accompagnement méthodologique apporté par le cabinet ACSANTIS.....	10
4) L'élaboration du PTSM : retour sur le planning depuis le lancement du projet.....	12
5) La participation des usagers.....	14
6) La poursuite des travaux .....	16
<b>II-Plan d'action du PTSM.....</b>	<b>17</b>
1) Présentation du plan d'action .....	17
2) Actions transversales.....	25
3) Axe 1 : Repérages, Accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements.....	26
4) Axe 2 : Parcours de vie et de santé sans ruptures .....	40
5) Axe 3 : Accès aux soins somatiques .....	55
6) Axe 4 : Prévention et gestion des crises et des urgences .....	65
7) Axe 5 : Promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir, lutte contre la discrimination	76
8) Axe 6 : Action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale .....	94
9) Contribution complémentaire de l'UNAFAM.....	105
10) La prise en compte de la crise sanitaire et de son impact en matière de santé mentale...	106
<b>Conclusion .....</b>	<b>111</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>112</b>

## I- Contexte et méthodologie d'élaboration du PTSM

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans son article 69, a proposé une nouvelle organisation de la réponse aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques, fondée sur les Projets Territoriaux de Santé Mentale – PTSM.

Son décret d'application en date du 27 juillet 2017, ainsi que l'instruction N°DGOS/R4/DGCS/38/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relatif aux projets territoriaux de santé mentale, en définissent les orientations prioritaires, s'inscrivant dans un objectif commun : **l'accès à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans ruptures.**

Les principes suivants ont été posés pour l'élaboration des PTSM :

- le caractère transversal de la santé mentale (requérant la nécessaire articulation des professionnels du sanitaire avec les acteurs de l'accompagnement du champ social et médico-social) ;
- une démarche participative et partenariale de co-construction ;
- la prise en compte de 6 priorités thématiques ;
- le rôle des ARS et le délai d'élaboration des PTSM.

L'élaboration du PTSM s'inscrit dans le cadre des orientations de la feuille de route nationale de la santé mentale et de la psychiatrie, présentée le 28 juin 2018, ainsi que les orientations du Projet Régional de Santé des Hauts-de-France, publié le 5 juillet 2018.

**Il doit être transmis au Directeur Général de l'ARS avant le 28 décembre 2020, pour une durée de 5 ans.**

Il peut néanmoins être complété ou modifié à tout moment après son adoption.

De fait, l'élaboration et la mise en œuvre du PTSM s'inscrivent dans le temps. Arrêté pour une durée de 5 ans, le PTSM peut être révisé et complété ultérieurement, en fonction notamment des évolutions réglementaires ainsi que des travaux spécifiques menés aux niveaux national et régional.

De même, il a été décidé par l'ARS Hauts-de-France de traiter ultérieurement certains sujets, qui n'ont donc pas été analysés dans le PTSM de l'Oise :

- ✓ **Les troubles du neuro-développement** (qui renvoient à une réflexion régionale reposant sur la Stratégie Nationale pour l'Autisme) ;
- ✓ **Le psychotraumatisme** (qui renvoie à une réflexion qui doit être menée au niveau régional par le centre régional ressources) ;
- ✓ **La prise en charge des personnes placées sous-main de justice** (qui renvoie à une réflexion conduite au niveau régional avec la direction interdépartementale des services pénitentiaires).

**Le PTSM est un outil de déclinaison de la politique de santé mentale, élaboré à l'initiative des acteurs locaux. Il s'inscrit en lien avec les schémas élaborés par les acteurs institutionnels du territoire.**

La démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale 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.

Le CTSM définit les missions, les engagements, les moyens, les modalités de suivi et d'évaluation des acteurs pour mettre en œuvre le PTSM.

Le PTSM est élaboré par l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, les représentants des usagers et des familles, des politiques de la ville, des collectivités territoriales, ainsi que des contrats 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 où tous les acteurs sont associés.

Le PTSM tient 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.

Concernant le département de l'Oise, un diagnostic territorial a été présenté en mai 2018 par la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts de France. Lors de la réunion plénière de restitution, les acteurs du territoire ont exprimé le souhait de poursuivre et approfondir le travail d'analyse qualitative.

Compte tenu de la dynamique à l'œuvre, le périmètre choisi par les acteurs pour la démarche d'élaboration du PTSM est le territoire de démocratie sanitaire : **le département de l'Oise**.

## 1) La gouvernance mise en place pour l'élaboration du PTSM

Le projet est porté par le **Conseil Territorial de Santé (CTS)**, et plus particulièrement sa **Commission Territoriale en Santé Mentale (CTSM)**.

Dans le cadre de la gouvernance mise en place, il s'est agi d'assurer une représentation du secteur sanitaire, du secteur social et médico-social ainsi qu'une représentation des usagers et des familles.

Une gouvernance à plusieurs niveaux a été mise en place pour élaborer et valider les orientations du PTSM de l'Oise :

- ✓ Une [chefferie de projet](#) assurée par le Président de la CTSM ;
- ✓ Un [groupe projet](#) qui est l'instance exécutive, chargée de valider les orientations stratégiques et le plan d'action du PTSM ;
- ✓ Un [comité technique](#) (COTECH) qui associe les pilotes des six groupes de travail, ainsi que les coordinatrices des CLSM et CLS du département ;
- ✓ Un [comité de pilotage \(COPIL\) territorial](#) comprend tous les acteurs engagés dans l'élaboration du PTSM.

#### A. Le Chef de projet du PTSM

L'animation du projet est confiée au président de la CTSM, le Docteur Bruno TOURNAIRE BACCHINI.

#### B. Le Groupe projet

Le Groupe projet est l'instance exécutive, chargée de valider les orientations stratégiques et le plan d'action du PTSM. Il est composé des représentants des institutions signataires contributrices au projet conclu dans le cadre du PTSM et présenté dans le document de cadrage stratégique de juin 2019 (cf. en annexe).

Les institutions et structures ont été retenues au titre des représentations suivantes :

- ✓ Le Conseil Départemental est associé en tant que "chef de file" en matière d'aide sociale, d'autonomie des personnes et de solidarité sur les territoires, à la tête de la MDPH.
- ✓ Le Centre Hospitalier Isarien et la Nouvelle Forge sont deux établissements de santé autorisés en psychiatrie, ils couvrent par leur activité l'intégralité des secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile de l'Oise.
- ✓ L'UNAFAM représente les associations de familles et d'utilisateurs de l'Oise.
- ✓ La DDCS est désignée par le Préfet de l'Oise pour le représenter.

Le groupe projet est animé par le chef de projet.

#### Composition du Groupe projet :

- le chef de projet, président de la Commission Territoriale de Santé Mentale, Dr Bruno TOURNAIRE BACCHINI
- le président du Conseil Territorial de Santé, M. Fabien DEWAELE
- le représentant du Préfet, chef de pôle logement hébergement de la DDCS, M. Luc RENAULT
- la représentante de la Présidente du Conseil Départemental, en charge de la santé, Mme Anne FUMERY
- la directrice de la MDPH, Mme Isabelle MASSOU
- le directeur du Centre Hospitalier Isarien, M. Stephan MARTINO
- la directrice de La Nouvelle Forge, Mme Valérie PAPARELLE
- la présidente-déléguée de l'UNAFAM 60, Mme Claudine KARINTHI

### C. Le Comité technique

Le COTECH réunit les pilotes des 6 groupes de travail thématiques, ainsi que les coordinatrices des CLS et CLSM de l'Oise.

Il décline les orientations stratégiques arrêtées par le Groupe projet et assure la coordination des travaux, à travers l'animation des groupes de travail et la rédaction du plan d'action.

#### Composition du comité technique :

- le chef de projet
- les pilotes des groupes de travail
- les coordinatrices des CLS et CLSM de l'Oise
- le Cabinet Conseil d'accompagnement en ingénierie ACSANTIS

Le COTECH est animé par le chef de projet.

### D. Le Comité de pilotage territorial

Le comité de pilotage territorial réunit l'ensemble des participants au PTSM de l'Oise. Il s'agit d'une instance plénière où sont présentés l'avancement des travaux, les diagnostics, les orientations stratégiques retenues, ainsi que le plan d'action.

#### Composition du comité de pilotage territorial :

- les membres du Conseil Territorial de Santé
- les membres de la Commission Territoriale de Santé Mentale
- les membres du groupe projet
- les membres du comité technique
- les représentants des usagers et des GEM

Cette liste est non exhaustive et susceptible d'évolution. Le comité de pilotage territorial est ouvert à toute structure souhaitant participer à la démarche.

Le portage financier du projet a été confié à la Nouvelle Forge, qui a reçu une subvention de l'ARS Hauts-de-France pour recruter un cabinet chargé de l'accompagnement méthodologique des groupes de travail (animation des groupes et définition du plan d'action du PTSM).

Dans le cadre de l'élaboration du PTSM, l'ARS remplit un rôle d'animation, de suivi et de validation de la démarche. Elle s'assure de la pertinence du territoire, de la mobilisation des acteurs (en vérifiant que sont représentés chacun des secteurs de la santé mentale), de la gouvernance et de la prise en compte du PRS et de la stratégie nationale de santé.

## 2) Les 6 groupes de travail thématiques

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 ruptures, 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 crises** et d'urgences ;
- 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 Hauts-de-France s'est fixée, au travers du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2023, 5 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'Oise entend couvrir les six axes prioritaires du décret du 27 juillet 2017, tout en intégrant les 5 priorités régionales en matière de santé mentale.

Six groupes de travail thématiques ont ainsi été définis selon les six priorités nationales, charge aux pilotes d'intégrer les cinq priorités régionales dans leurs travaux.

Chaque groupe de travail est animé par les pilotes suivants, qui se sont portés volontaires pour animer la démarche :

- GT 1 : Mme Céline DAVID-GALLOIS (PEP Grand Oise), Mme Camille GENTON (La Nouvelle Forge), Mme Odile GUILLARD (La Nouvelle Forge) et M. Roland FONTAINE (CDCA)
- GT 2 : Mme Sophie DAGORNE (La Nouvelle Forge), Mme Elisabeth RAZAFINDRANALY (UNAFAM) et Mme Karine MESSAGER (UNAPEI)
- GT 3 : Mme Laure-Anne BURKER (CHI) et M. Roland FONTAINE (CDCA)
- GT 4 : Mme Isabelle JACQMART (CHI), Mme Véronique IDASIAK (CHI) et M. Thierry RAMAHERISON (CHB)
- GT 5 : Mme Caroline BILL (MDPH) et Mme Claudine KARINTHI (UNAFAM)
- GT 6 : Mme Annabelle LEROY-DEROME(CD), M. Elie POUILLAUDE (La Nouvelle Forge) et M. Benoît JAULHAC (CD)

Les groupes de travail thématiques ont associé plus d'une centaine de participants, appartenant aux structures à associer à la démarche PTSM recensées dans l'instruction du 5 juin 2018.

Les groupes se sont réunis trois fois en moyenne, entre février et juin 2019, afin de compléter par des apports qualitatifs le diagnostic territorial en santé mentale réalisé par la F2RSM, et de commencer à définir les priorités du PTSM pour chacun des six axes concernés.

### 3) L'accompagnement méthodologique apporté par le cabinet ACSANTIS

Le cabinet Acsantis a été sollicité à partir de septembre 2019, dans un double objectif :

- ✓ Apporter un **appui méthodologique aux pilotes** des groupes de travail pour qu'ils puissent dégager de façon consensuelle avec les membres de leur groupe les sous-thématiques de travail, les objectifs opérationnels associés à chaque sous-thématique, et les actions prioritaires à déployer en réponse à chaque objectif au cours des 5 années à venir.
- ✓ De façon transversale, harmoniser les travaux des différents groupes, afin de dégager une **feuille de route cohérente**, entre les plans d'action de chaque groupe (éviter les redondances ou au contraire des lacunes), et avec les priorités du décret PTSM de juillet 2017 et de l'ARS Hauts-de-France.

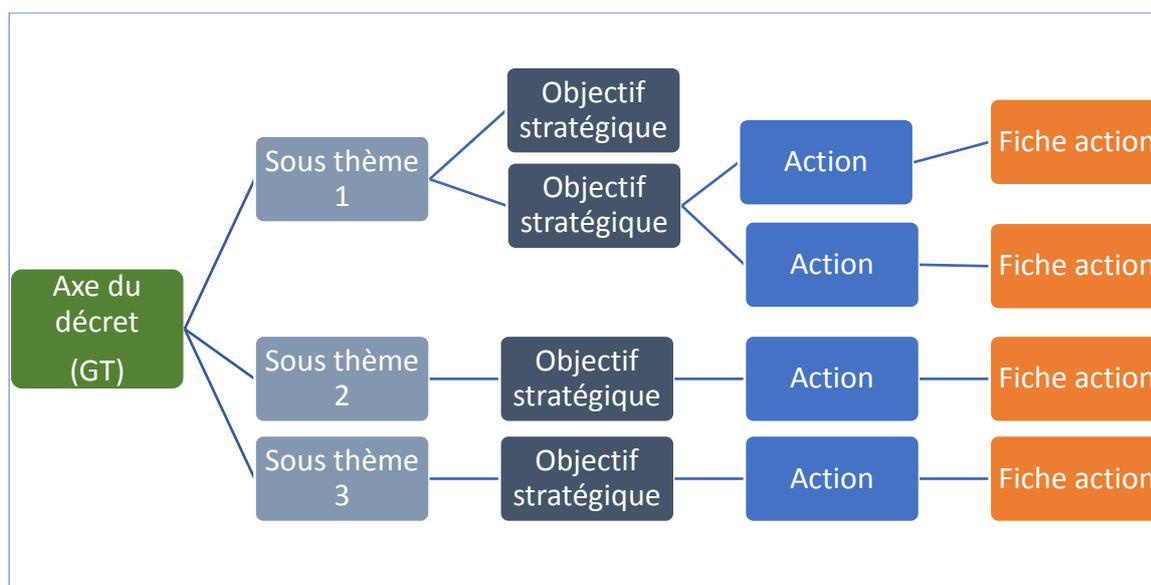
La méthodologie proposée par Acsantis a reposé sur l'organisation, à distance, de deux sessions de réunion, qui ont été assurées par la consultante Gaëlle GIORDANO (qui a également rédigé la feuille de route du PTSM, issue de ces travaux).

#### A. Une session pour la priorisation des actions

Une première session de groupes de travail s'est déroulée d'octobre à novembre 2019. L'objectif de cette session était de stabiliser les plans d'actions de chaque axe thématique.

Acsantis a proposé à chaque groupe, à partir d'une synthèse du travail réalisé lors des premières réunions menées en autonomie, et en concertation avec le référent du groupe (identifié par le COTECH parmi les pilotes), une **feuille de route**, c'est-à-dire une liste de sous-thématiques, d'objectifs stratégiques et d'actions prioritaires rattachés à chaque sous-thématique.

Les acteurs de chaque groupe de travail avaient pour consigne, à partir de cette proposition, de **stabiliser, en consensus avec les membres du groupe, la liste des actions prioritaires**. Chaque groupe de travail a fait l'objet d'une préparation à distance et d'un débriefing entre la consultante Acsantis et le référent du groupe.



**FIGURE 1 : Schéma de l'architecture du plan d'actions de chaque axe thématique**

## B. Une session pour la précision opérationnelle des actions

Une deuxième session de groupe de travail s'est déroulée de décembre à janvier 2020.

L'objectif de cette session était, pour chaque groupe, de retenir 5 à 6 actions prioritaires par axe, et de les **décliner de façon opérationnelle**, dans un format proche de la fiche action.

Les actions non priorisées ont été conservées en « actions complémentaires » dans la feuille de route finale. Elles pourront faire l'objet d'un approfondissement et d'une déclinaison en fiches actions au cours du PTSM.

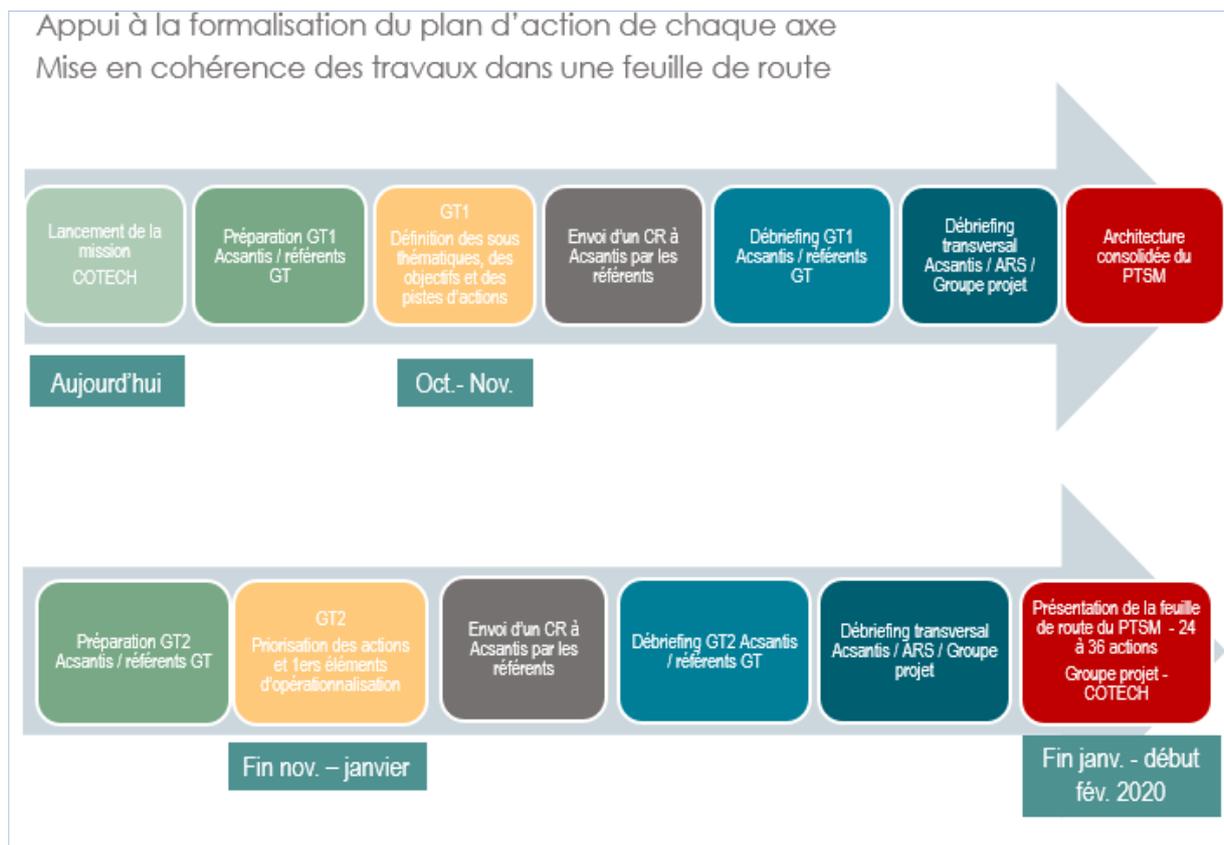
Chaque groupe de travail a fait l'objet d'une préparation à distance et d'un débriefing entre la consultante Acsantis et le référent du groupe.

## C. Mise en cohérence des plans d'actions des groupes

Des échanges avec le Groupe projet et la direction territoriale de l'ARS, ont permis d'avoir une **lecture transversale de la feuille de route** en cours d'élaboration du PTSM, et de mettre en cohérence les travaux des différents groupes :

- ✓ Une réunion avec la **direction territoriale de l'ARS** et une réunion avec le **Groupe projet** ont eu lieu entre les deux sessions de travail des groupes, fin novembre. Elles ont permis d'ajuster la méthodologie (notamment au niveau du nombre d'actions prioritaires attendu), de vérifier la cohérence des actions proposées avec le PRS et les projets d'établissements, et au besoin, de rapprocher ou déplacer des actions entre les groupes.

- ✓ Un réunion du **Groupe projet** à la fin de l'accompagnement, le 5 février 2020, a permis de présenter la feuille de route finale, et de procéder à quelques ajustements et arbitrages.
- ✓ Une réunion du **COTECH**, le 5 février 2020, a permis de restituer le travail réalisé aux acteurs, et de préparer l'écriture des fiches actions par les pilotes.



**FIGURE 2 : Schéma global de l'accompagnement proposé par Acsantis à partir de septembre 2019**

#### 4) L'élaboration du PTSM : retour sur le planning depuis le lancement du projet

La **réunion de lancement** de la démarche PTSM dans l'Oise s'est déroulée aux Archives départementales à Beauvais en **juin 2018**, pilotée par le directeur territorial de l'ARS, M. Luc ROLLET.

Faisant suite à la présentation du diagnostic territorial en santé mentale réalisé par la **Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale** des Hauts de France en mai 2018, et réunissant une centaine de participants de tous horizons professionnels et associatifs, cette première rencontre avait pour objet de présenter la démarche PTSM et de mobiliser les acteurs du département dans son élaboration.

La fin de l'année 2018 a été consacrée au cadrage méthodologique des travaux, en lien avec la référente régionale Mme Isabelle LOENS, la mise en place des instances de gouvernance, la détermination des outils de pilotage et de suivi, du calendrier et la constitution des groupes de travail thématiques, associant tous les partenaires souhaitant participer à la démarche.

**L'élaboration du PTSM s'est déroulée de janvier 2019 à décembre 2020, en 3 phases successives.**

### **A. Phase 1 : approfondissement du diagnostic territorial en santé mentale**

Une 1<sup>ère</sup> phase de travaux s'est tenue de **janvier à juin 2019**.

Pour faire suite à la présentation du diagnostic territorial en santé mentale réalisé par la F2RSM, les groupes de travail thématiques ont contribué durant cette 1<sup>ère</sup> phase à approfondir et enrichir le diagnostic partagé.

En parallèle, la direction territoriale de l'ARS a accueilli 3 étudiants stagiaires, chargés d'accompagner le pilotage de la démarche : Mme Marie BAR et Doryan LAHANNIER (étudiants en « Master Ingénierie de la santé EMOIS » - Education, Management des Organisations et Ingénierie en Santé), et Sarah DAVID (étudiante en 3<sup>ème</sup> année de Licence Mention Sciences pour la santé - Parcours type Biologie humaine et technologie de la santé BHTS à l'Institut Ingénierie de la santé 2IS).

### **B. Phase 2 : accompagnement méthodologique par le cabinet ACSANTIS / détermination des priorités d'action pour chaque groupe et de la feuille de route stratégique du PTSM**

Une 2<sup>nde</sup> phase de travaux, **de septembre 2019 à février 2020**, a bénéficié de l'accompagnement méthodologique par le cabinet ACSANTIS, retenu dans le cadre d'un appel à projet initié par l'ARS Hauts-de-France.

Cette séquence a permis, pour chacun des 6 groupes de travail thématiques, d'aboutir à l'identification des actions prioritaires et de construire le plan d'action global.

Le Groupe projet valide le 5 février 2020 la feuille de route du PTSM de l'Oise.

## C. Phase 3 : rédaction des fiches actions et du document global du PTSM

La crise sanitaire liée à l'irruption du COVID-19 à compter de février 2020 a stoppé net les réunions de travail. Les acteurs étant mobilisés sur la gestion de la crise, l'avancement du PTSM est suspendu jusqu'en septembre 2020, qui marque la relance de la dynamique de travail.

La 3<sup>ème</sup> séquence se déroule donc **de septembre à décembre 2020** : elle constitue la phase de rédaction des fiches actions par les pilotes pour chacun des 6 groupes de travail thématiques, ainsi que l'écriture finale du document global du PTSM.

Sur cette dernière séquence, le projet bénéficie du recrutement comme apprentie au sein de la direction départementale de l'ARS de Mme Sarah DAVID, étudiante en MASTER 2 santé publique. Dans le prolongement de son premier stage réalisé de mars à mai 2019 au sein de la direction sur cette thématique, Mme Sarah DAVID revient comme chargée de projet en santé mentale (pour une période d'1 an, d'octobre 2020 jusqu'en septembre 2021) afin d'accompagner le pilotage du PTSM.

### **Le Groupe projet valide le Projet Territorial de Santé Mentale de l'Oise le 18 décembre 2020.**

Il est adressé au Directeur général de l'ARS Hauts-de-France par le chef de projet, le Dr TOURNAIRE BACCHINI.

## 5) La participation des usagers

### A. Le Groupe citoyen conduit par le CREHPSY

Dans le cadre de l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale de l'Oise, le comité de pilotage territorial a souhaité engager une démarche de concertation citoyenne, associant les usagers.

Avec le soutien méthodologique du CREHPSY Hauts-de-France, un Groupe de travail citoyen constitué de treize personnes s'est réuni **en février et mars 2020**, et des entretiens complémentaires ont été réalisés **fin novembre 2020**.

Le travail conduit au sein du Groupe citoyen a été animé par les professionnels du CREHPSY : Marie-Laure DEVAUCHELLE, Lionel EUSTACHE et Marine MERLEVEDE.

Les personnes mobilisées lors de ce groupe de travail citoyen sont adhérentes à des Groupes d'entraide mutuelle (GEM), bénévoles à l'Unité de Préparation et Suivi de la Réinsertion, ou suivies et orientées par des services et structures spécialisées (SAMSAH ADSEAO, CRISALID, Nouvelle Forge/Passage pro).

Cette concertation a permis de :

- recueillir, sur la base du volontariat, les avis et préconisations du Groupe de travail citoyen sur les 6 axes du PTSM
- dégager des correspondances et/ou de points de vue complémentaires sur l'ensemble des actions proposées
- mettre en avant des éléments socles, « les incontournables » du Groupe de travail citoyen
- anticiper sur des modalités de gouvernance associant les personnes concernées

Pour les membres de ce Groupe de travail citoyen, cette concertation apporte de la légitimité aux travaux effectués, participe à une reconnaissance de la parole des usagers et ouvre des pistes innovantes de collaboration avec l'ensemble des acteurs et partenaires du Projet Territorial de Santé Mentale de l'Oise.

## B. L'association des GEM

Les présidents et adhérents des GEM ont pu participer aux travaux du PTSM, notamment à travers l'implication des CLSM.

En vue d'ouvrir davantage encore la dynamique de participation et permettre une expression spécifique des représentants des usagers, une rencontre du chef de projet, le Dr Tournaire Bacchini, avec les présidents des GEM de l'Oise s'est tenue le 14/12/20.

Ont été invités à participer à cet échange :

- le président du GEM de Margny-les-Compiègne, M. Alain MARLIERE
- le président du GEM OISIS, M. Guillaume LEBON
- la présidente du GEM Club Beauvaisien, Mme Valérie TURBAN
- et le président du GEM le Renouveau, M. Marc Jean KAYSER

Cette réunion a permis de faire un état des lieux des actions conduites par les GEM dans le cadre de la crise sanitaire et des deux confinements, afin de soutenir leurs adhérents et maintenir le lien social, prévenir et éviter les situations de rupture.

Les présidents des GEM ont exprimé le souhait de participer aux travaux conduits dans le cadre du PTSM, en étant associés aux instances de gouvernance pour représenter la voix des usagers et en participant aux groupes de travail qui seront mis en place pour décliner les actions.

Ils ont proposé de rajouter une fiche action dans le cadre de la feuille de route du PTSM, concernant l'accompagnement à la création d'une association départementale des usagers.

Ce projet de création pourrait être accompagné dans le cadre du PTSM afin de lui apporter le soutien institutionnel et les moyens nécessaires pour faire aboutir ce projet innovant, permettant de faire progresser la représentation des usagers au sein des différentes instances.

Les objectifs de cette association départementale seraient les suivants :

- accompagner les usagers dans leurs démarches
- participer à des actions de sensibilisation et de formation
- assurer un rôle de représentation auprès des autorités publiques
- participer à l'empowerment de ses membres, au développement de la pair aidance

## 6) La poursuite des travaux

Dans la foulée de la réception du PTSM, le Directeur général de l'ARS Hauts-de-France saisit le Président du Conseil Territorial de Santé de l'Oise afin de recueillir les observations et l'avis de cette instance de démocratie en santé.

Une **phase de consultation réglementaire**, fixée sur une période de 2 mois, s'ouvre auprès du CTS et des Conseils Locaux de Santé Mentale (Creil, Val de la Nonette, Beauvais, Clermont).

Dans l'Oise, le choix a été fait d'étendre également la consultation aux Contrats Locaux de Santé de la Communauté de communes de la Picardie Verte (CCPV) et du Pays Noyonnais (CCPN), qui comportent chacun un axe « santé mentale », afin de favoriser la participation la plus large possible aux acteurs du département.

Il s'agit donc de consulter 7 instances, suivant le calendrier indicatif suivant :

	CLSM Beauvais : 22 janvier 2021
	CLSM Clermont : 29 janvier
	CLS de la CCPV : 01 février
	CLSM de Creil : 09 février
	CLS du Pays Noyonnais : 09 février
	CLSM du Val de la Nonette : 11 février
	<b>Assemblée plénière du CTS de l'Oise : 16 février</b>

A l'issue de cette phase de consultation réglementaire et de la publication du PTSM de l'Oise par le Directeur général de l'ARS Hauts-de-France, les prochaines étapes seront les suivantes :

- ✓ Rédaction du Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM)
- ✓ Mise en place des instances de gouvernance pour assurer la déclinaison et le suivi du CTSM
- ✓ Recrutement d'un coordinateur / d'une coordinatrice pour assurer l'animation du CTSM l'Oise

## II- Plan d'action du PTSM

### 1) Présentation du plan d'action

Le plan d'action du PTSM de l'Oise comprend **35 actions**, réparties entre les six axes thématiques du décret du 27 juillet 2017 (TABLEAU 1).

## A. Synthèse des actions prioritaires

Sous thèmes	Objectif	N°	Action
<b>Gouvernance du PTSM</b>			
<b>Coordination des acteurs</b>	Organiser, partager et échanger des pratiques en santé mentale dans le département	0	Structurer les <b>temps d'échange</b> entre professionnels du territoire pour optimiser leurs compétences et les parcours de vie et de soin de la population
<b>Formation des acteurs</b>	Favoriser la montée en compétence et la mise en réseau des acteurs	0	Construire un <b>programme de formation</b> à partir des besoins identifiés et en assurer la mise en œuvre
<b>Axe 1. Repérage précoce, accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements</b>			
<b>Repérage / Prévention</b>	Mieux former les professionnels de première ligne au repérage précoce et à l'orientation	1.1	Organiser la <b>formation et le maillage des professionnels de première ligne</b> , incluant les non spécialistes de la santé mentale, en proximité, sur le <b>repérage des troubles psychiques</b>
	Mieux accompagner les familles et usagers dans l'orientation	1.2	Mettre en place des <b>organisations sur des zones de proximité</b> , (type consultations avancées de psychiatrie en MSP), mobilisables par les familles et les usagers, pour une <b>première évaluation et un avis sur l'orientation</b>
<b>Accès au diagnostic</b>	Développer une réponse de la psychiatrie par l'aller vers	1.3	Rendre plus lisible les structures et organisations existantes en termes de <b>mobilité des soins</b> et développer <b>l'intervention à domicile</b> et en proximité, pour aider à l'orientation, à la demande des familles et en appui aux professionnels du <b>repérage</b> et des acteurs de gestion de la <b>crise</b>
<b>Accès aux soins et aux accompagnements</b>	Développer une offre adaptée à destination du public des adolescents	1.4	Mettre en place une <b>Maison des Adolescents</b> , pour un accueil généraliste et confidentiel des adolescents en difficulté, dans le département
	Développer le partenariat entre la psychiatrie et les acteurs de la santé mentale	1.5	Développer le <b>réseau partenarial</b> entre les acteurs de la psychiatrie, du secteur médico-social, et de <b>l'addictologie</b>
	Améliorer l'accès aux soins des publics spécifiques	1.6	Déployer les soins psychiatriques vers les <b>personnes en situation de grande précarité</b> sur le département

## Axe 2. Parcours de vie et de santé sans rupture

<b>Prévention des ruptures</b>	Améliorer la coordination des parcours entre les différents acteurs et secteurs de l'accompagnement	2.1	Mener une réflexion sur la mise en place d'une fonction de <b>coordinateur de parcours global</b> , responsable du soutien et du développement du projet de vie, incluant le projet de soin et l'accompagnement vers et dans le <b>logement</b> ; et renforcer les compétences spécifiques nécessaires à cette fonction en développant des <b>formations adaptées</b>
<b>Pair aideance</b>	Renforcer le soutien entre personnes concernées par les troubles psychiques	2.2	Développer des « cafés usagers » et autres modalités de temps d'échange sur le département, permettant aux personnes atteintes de troubles psychiques d'échanger sur leur expérience et leur parcours
<b>Accompagnement vers le milieu ordinaire</b>	Mieux accompagner les personnes en situation de handicap psychique par les SAVS et SAMSAH	2.3	Rendre visible et accessible le travail d'évaluation diagnostic et des besoins au sein d'un SAMSAH accompagnant des personnes porteuses de handicap psychique et de troubles du spectre autistique
		2.4	Création d'un SAVS spécialisé dans l'accompagnement de personnes souffrant de handicaps psychiques
		2.5	Rendre visible et accessible au plus grand nombre le travail de suite au sein d'un SAMSAH accompagnant des personnes porteuses de handicap psychique
		2.6	Créer un programme Premiers Soins de Secours en Santé Mentale (PSSM) sur le département

## Axe 3. Accès aux soins somatiques

<b>Accessibilité de l'offre de soins somatiques</b>	Améliorer l'accessibilité de l'offre de soins somatiques aux personnes atteintes de troubles psychiques et sa lisibilité	3.1	Organiser la <b>formation et le maillage des professionnels de la MCO</b> , afin d'améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes atteintes de troubles psychiques
		3.2	Mener une réflexion sur la pertinence de développer le <b>recours à la télémédecine</b> pour certaines consultations somatiques spécialisées en psychiatrie et en ESMS
<b>Coordination / Parcours de soins sans ruptures</b>	Mieux accompagner les professionnels du premier recours dans l'orientation vers des soins somatiques « adaptés » pour les personnes souffrant de troubles psychiques	3.3	Inclure une composante psychiatrie dans le développement du <b>Dispositif d'Appui à la Coordination départemental (DAC)</b> pour mieux outiller les professionnels du premier recours dans l'orientation des patients

	Améliorer la transmission d'information de la psychiatrie vers les acteurs de la médecine de ville et médico-sociaux	3.4	Travailler à la remise systématique d'un <b>courrier de liaison</b> au patient (puis au médecin généraliste et aux accompagnants médico-sociaux avec accord du patient), après chaque hospitalisation psychiatrique ou consultation/entretien en CMP
<b>Axe 4. Prévention et gestion des crises et urgences</b>			
<b>Prévention du risque suicidaire</b>	Renforcer la prise en charge du risque suicidaire dans le département	4.1	Promouvoir le déploiement du <b>dispositif ViliganS</b> dans le département
<b>Repérage et prévention des situations de crise</b>	Développer la communication sur le repérage et la prise en charge précoce de la crise, vers les usagers et les professionnels	4.2	Mieux <b>former les acteurs du repérage des situations de crise</b> en santé mentale, et mieux les outiller en tant que dispensateurs d'information au public
<b>Prise en charge des situations de crises et d'urgences</b>	Organiser une réponse centralisée par les professionnels qui font face aux situations de crises et d'urgences	4.3	<b>Renforcer la coordination des acteurs de la crise par les CLSM</b> , et plus précisément par leur cellule de veille
<b>Organisation des CMP</b>	Renforcer le rôle des CMP dans la prise en charge des crises / urgences	4.4	Développer la réponse aux soins non programmés au sein des CMP, par la mise en place de <b>créneaux réservés aux consultations urgentes au sein des CMP</b>
		4.5	Développer l'expérimentation en cours autour de la <b>formation des IDE scolaires à l'urgence médico-psychologique</b> à partir des CMP infanto-juvéniles par la mise en place de professionnels référents au sein des CMP
<b>Axe 5. Promotion des droits – Pouvoir d'agir – Lutte contre la stigmatisation</b>			
<b>Accès et maintien dans le logement</b>	Améliorer l'accompagnement vers / dans le logement des personnes suivies pour troubles psychiques, en coordination avec les autres acteurs de l'accompagnement	5.1	<b>Former les professionnels</b> intervenant auprès de personnes souffrant de troubles psychiques, à <b>l'accompagnement dans et vers le logement</b>
		5.2	Renforcer et prioriser la question du <b>logement dans les CLSM</b> du territoire
<b>Accès à la culture et</b>	Soutenir et améliorer l'accès à la culture et aux loisirs des personnes	5.3	Inscrire l'accès à la <b>culture et aux loisirs dans les CLSM</b> du territoire

<b>aux loisirs</b>	souffrant de troubles psychiques	5.4	Faire un état des lieux de l'offre existante en <b>séjours adaptés</b> pour les personnes en situation de handicap psychique, afin de diffuser largement l'information et mener une réflexion sur les besoins
<b>Formation / emploi</b>	Renforcer l'offre départementale en dispositifs d'accompagnement vers et dans l'emploi	5.5	Mettre en place un <b>dispositif de pré-orientation</b> pour les personnes en situation de handicap psychique, souple, individualisé, et répondant à une logique de « Place and train »
<b>Accompagnement vers les droits</b>	Mieux communiquer vers les patients sur leurs droits dans le cadre de soins sous contrainte	5.6	Renforcer les <b>échanges entre l'ARS et la Préfecture</b> afin de garantir les droits des patients et la qualité de la prise en charge pour les soins psychiatriques sous contrainte à la demande du représentant de l'Etat
<b>Soutien aux aidants</b>	Reconnaitre et soutenir la place et l'expertise des proches de malades psychiques sur le territoire	5.7	Conduire une réflexion pour une meilleure couverture du territoire en <b>séjours de répit pour les aidants</b>
<b>Empowerment</b>	Renforcer le pouvoir d'agir	5.8	A l'initiative des GEM, accompagner la création d'une <b>association départementale des usagers</b>

### Axe 6. Action sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

<b>Lutte contre l'isolement social</b>	Prévenir, repérer et réparer les ruptures de lien social	6.1	Mener une réflexion sur les modalités à mettre en œuvre pour rompre l' <b>isolement social</b> des personnes vulnérables sur le plan de la santé mentale
<b>Personnes migrantes</b>	Rendre accessible et compréhensible l'accompagnement à toute personne accompagnée	6.2	Accompagner les <b>personnes étrangères</b> vers le soin et dans le <b>soin</b> (accompagner dans la langue)
<b>Prévention en milieu scolaire</b>	Renforcer la prévention en santé mentale en milieu scolaire	6.3	<b>Rendre visible et déstigmatiser la santé mentale</b> comme tout autre objet de prévention (conduites à risque, santé sexuelle, ...) <b>en milieu scolaire</b> , auprès des élèves et des professionnels
<b>Soutien à la parentalité</b>	Soutenir les familles confrontées à un proche porteur de troubles psychiques	6.4	Mettre en place un <b>dispositif pour informer et accompagner les familles</b> au moment de l' <b>entrée dans le parcours</b> de soin

***TABLEAU 1 : Synthèse des actions prioritaire***

## B. La contribution du Groupe citoyen

De nombreux éléments de convergence se font jour entre les préconisations du Groupe de travail citoyen et les 6 groupes de travail du PTSM. Toutefois, le groupe de travail citoyen souhaite insister sur certains éléments qu'il conviendrait de renforcer dans le cadre du PTSM : l'importance du logement et des modalités d'accompagnement, l'accès, le suivi et l'adaptabilité des droits à la situation de la personne, la création d'une association d'usagers à l'échelle départementale, une réflexion collective sur le rôle qu'elle peut tenir au sein du PTSM, le renforcement du pouvoir d'agir des GEM.

Les pistes d'action complémentaires proposées par le groupe de travail citoyen (TABLEAU 2) sont intégrées dans un encart spécifique, au sein de chaque fiche-action concernée.

Axe thématique	Action	Pistes d'action complémentaires
Axe 1	Action 1.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former les forces de l'ordre sur la maladie psychique</li> <li>- Renforcer l'accès à des formations liées à l'Education thérapeutique du patient</li> </ul>
	Action 1.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « Accompagner nos familles dans la complexité du système de santé »</li> </ul>
	Action 1.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser les familles sur l'organisation du système de santé</li> </ul>
	Action 1.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les échanges entre psychiatres et addictologues</li> </ul>
	Action 1.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aller vers les personnes invisibles, qui restent seules chez elles, prendre en compte les situations de grande précarité</li> </ul>
Axe 2	Action 2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former des professionnels pour une fonction de « gestion de cas »,</li> <li>- Renforcer l'accompagnement lié au logement,</li> <li>- Mettre en place une fonction de coordination, gestion de cas entre l'hospitalisation et la sortie</li> </ul>
	Action 2.6.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prolonger les accompagnements réalisés par le SAMSAH</li> </ul>
Axe 3	Action 3.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faciliter l'accès à des médecins généralistes</li> <li>- Eviter les ruptures d'ordonnance entre les médecins généralistes et les psychiatres</li> </ul>
	Action 3.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expérimenter la télémédecine</li> <li>- Faciliter l'accès à des psychiatres quand les anciens s'en vont</li> </ul>
Axe 4	Action 4.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adapter le dispositif Vigilans aux personnes sortant des urgences psychiatriques</li> </ul>
	Action 4.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer l'accueil aux urgences,</li> <li>- Renforcer le rôle des psychologues au sein de l'hôpital et au sein des CMP (accompagnements, informations sur les droits, orientation vers des prises en charge plurielles : sophrologie, art thérapie, groupes de paroles...)</li> <li>- Former les professionnels des Centres Hospitaliers généraux</li> </ul>
	Action 4.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouvoir trouver rapidement un interlocuteur au sein des CMP avant que la crise ne se déclenche</li> </ul>

Axe 5	Action 5.1	- Renforcer l'accompagnement lié au logement
	Action 5.2	- Alléger les critères d'accessibilité au logement ordinaire pour les personnes en situation de handicap psychique, - Offrir une palette d'alternative à l'accès au logement, - Soutenir les projets de mixité résidentielle
	Action 5.5	- Développer massivement les dispositifs d'emploi accompagné, - Favoriser les modalités d'allers-retours entre l'emploi en milieu protégé et milieu ordinaire, - Positionner un référent au sein de la structure associative et/ou médico-sociale en correspondance avec un référent au sein de l'entreprise
Axe 6	Action 6.1	- Promouvoir davantage l'action des GEM - Renforcer les moyens humains et financiers des GEM
	Action 6.2	- Faciliter l'aller vers des populations d'origine étrangère
	Action 6.3	- Promouvoir l'inclusion dès le plus jeune âge

*TABLEAU 2 : Synthèse des pistes d'action complémentaires proposées par le groupe de travail citoyen*

Au-delà des préconisations contenues dans les fiches-actions, les membres du Groupe citoyen ont mis en exergue un certain nombre d'éléments qu'il leur paraît important de travailler au sein du PTSM.

Ces éléments sont recensés ci-dessous et détaillés dans les rapports d'analyse rédigés par le CREHPSY (figurant en intégralité dans les annexes du PTSM) :

**Le développement des formations en ETP**, pour les professionnels et pour les personnes concernées. L'ETP n'est pas assez diffusée parmi les professionnels. Les personnes ont peur du changement.

**Les programmes de réhabilitation psychosociale sont encore trop méconnus**, l'information se diffuse difficilement, les gens ont du mal à aller les uns vers les autres.

**L'emploi est très important**. Il existe encore une forte stigmatisation vis-à-vis de personnes souffrant de troubles psychiques. Il faut sensibiliser les employeurs et aller plus loin, les accompagner.

**Le logement reste une catastrophe.** Pourquoi n'y a-t-il pas de contrôle, pourquoi autant de marchands de sommeil? La notion de contrôle doit être renforcée. Il serait intéressant que des personnes concernées puissent avoir un rôle dans la rénovation des logements, puissent s'impliquer dans ces métiers du bâtiment, de façon organisée.

**Travailler l'accès au logement :** l'accès au logement est compliqué. Les organismes de logement sont invisibles dans les instances, le parc privé est cher pour les personnes. Comment mieux travailler ? Comment rendre cela fluide ?

**L'accès aux droits est difficile, notamment l'adaptabilité des aides.** Les situations individuelles évoluent et pourtant les aides sont figées, non adaptées, sans suivi spécifique de l'évolution de la personne.

**Une meilleure information relative aux droits :** Comment bénéficier d'une meilleure ouverture des droits ? Comment avoir de l'information sur l'existant ? Quels sont les relais ?

**La lutte contre la stigmatisation est importante** et il faut aborder très tôt le droit à la différence, avec des actions concrètes : créer un vivier d'entreprises porte-parole par exemple.

**L'accompagnement hospitalier :** organiser les sorties de l'hôpital grâce à une meilleure coordination entre les acteurs (notamment entre des professionnels de l'addictologie et de la psychiatrie). Il faut dédramatiser car il existe une grande peur de la ré-hospitalisation.

**Mettre en œuvre le Plan de crise et d'urgence.** Il faut valoriser le Dossier Médical Partagé. C'est une action phare !

## 2) Actions transversales

Sous thèmes	Objectifs	Actions
<b>Coordination des acteurs</b>	Organiser, partager et échanger des pratiques en santé mentale dans le département	Structurer des <b>temps d'échanges</b> entre professionnels du territoire pour optimiser leurs compétences et les parcours de vie et de soins de la population
<b>Formation des acteurs</b>	Favoriser la montée en compétence et la mise en réseau des acteurs	Construire un <b>programme de formation</b> à partir des besoins identifiés et en assurer la mise en œuvre

***TABLEAU 3 : Récapitulatif des actions transversales***

### 3) Axe 1 : Repérages, Accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements

#### Principaux constats du diagnostic pour l'axe 1

##### En matière de repérage

- Un manque de sensibilisation à la santé mentale des professionnels susceptibles d'intervenir dans le repérage (PMI, forces de l'ordre, pompiers, IDE libérales et scolaires, assistants de service social, etc.).
- Un manque de soutien et d'accompagnement des familles au moment de l'entrée dans un parcours de soins.
- Un manque de dispositifs spécifiques pour l'accueil des adolescents, pour le repérage, l'écoute et l'orientation.

##### En matière d'accès aux diagnostics de situation

- Des leviers :
  - L'accès à un diagnostic est rendu possible grâce à un travail en partenariat avec les urgences (Unité Accueil et Urgences – UAU) mais on observe une hétérogénéité du fonctionnement des équipes.
  - Le service P3A offre la possibilité d'accès à un diagnostic pour toute personne non suivie sur le secteur, via une équipe mobile qui se déplace à domicile ou en EHPAD.
- Des freins :
  - Un diagnostic trop souvent conçu comme « figé ».
  - Les évaluations et réévaluations devraient être réalisées davantage en continu dans le temps. Un besoin de réajustement plus fréquent que tous les 3 ans par la MDPH pour les prises en charge est constaté.

##### En matière d'accès aux soins et aux accompagnements

- Des leviers :
  - Mise en place de la démarche RAPT (Réponse accompagnée pour tous).
  - Mise en place de prestations d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) par le COPEPPI (COordination pour la Prévention et l'Éducation du Patient en Picardie)
- Des freins :
  - Un manque de repérage dans l'offre pour les familles et les acteurs non spécialistes. Un besoin de développer l'information.
  - Un maillage territorial trop éloigné du domicile.
  - Des manques importants en termes de démographie médicale.
  - Des délais d'attente importants pour enclencher les prises en charge en psychiatrie.
  - Un manque de professionnels formés aux pratiques innovantes en psychiatrie.
  - Pas d'EMPP dans le département malgré des besoins importants concernant les publics précaires, mais une PASS psy au CHI.

## 6 actions prioritaires

Sous thèmes	Objectifs	Actions
Repérage / prévention	Mieux former les professionnels de première ligne au repérage précoce et à l'orientation	1.1. Organiser la formation et le <b>maillage des professionnels de première ligne</b> , incluant les non spécialistes de la santé mentale, <b>en proximité, sur le repérage des troubles psychiques</b>
	Mieux accompagner les familles et usagers dans l'orientation	1.2. Mettre en place des <b>organisations sur des zones de proximité</b> , (type consultations avancées de psychiatrie en MSP), mobilisables par les familles et les usagers, <b>pour une première évaluation et un avis sur l'orientation</b>
Accès aux diagnostics de situation	Développer une réponse de la psychiatrie publique par l'aller vers	1.3. Rendre plus lisible les structures et organisations existantes en termes de <b>mobilité des soins et développer l'intervention à domicile et en proximité</b> , pour aider à l'orientation, à la demande des familles et en appui aux professionnels du <b>repérage</b> et des acteurs de gestion de la <b>crise</b>
Accès aux soins / accompagnements	Développer une offre adaptée à destination du public des adolescents	1.4. Mettre en place une <b>Maison des Adolescents</b> , pour un accueil généraliste et confidentiel des adolescents en difficulté, dans le département
	Développer le partenariat entre la psychiatrie et les acteurs de la santé mentale	1.5. Développer le réseau partenarial entre les acteurs de la psychiatrie, du secteur médico-social, et de l' <b>addictologie</b>
	Améliorer l'accès aux soins des publics spécifiques	1.6. Déployer les soins psychiatriques vers les <b>personnes en situation de grande précarité</b> sur le département

*TABLEAU 4 : Récapitulatif des actions prioritaires de l'Axe 1*

### Actions complémentaires

- ✓ Développer les apports en santé mentale dans la **formation initiale des IDE** au sein des IFSI
- ✓ Poursuivre le **déploiement des CLSM** sur le territoire
- ✓ Développer les **dispositifs de type ESTEREL** au CHI

## Objectif : Mieux former les professionnels de première ligne au repérage précoce et à l'orientation

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp 1 Axe du PTSM : Repérage, diagnostic, accès aux soins et aux accompagnements</p>	<p>Action n° 1.1. Organiser la formation et le maillage des professionnels de première ligne, incluant les non spécialistes de la santé mentale, en proximité</p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><u>Porteurs pressentis :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CHI</li> <li>▪ Nouvelle Forge</li> <li>▪ URPS Médecins Libéraux</li> </ul>	<p><u>Contributeurs pressentis :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ UNAFAM</li> <li>▪ GEM</li> <li>▪ ESMS</li> <li>▪ CD60 (travailleurs sociaux de proximité)</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

Améliorer la fluidité dans l'échange entre professionnels et structures

Manque de formations des professionnels de proximité dans le champ de la santé mentale (exemple : l'équipe mobile d'accompagnement et d'appui à l'inclusion en milieu scolaire a un rôle de formation des équipes éducatives en milieu scolaire – voir également avec les autres équipes mobiles sur le volet de la formation et organiser une coordination des différentes équipes mobiles)

Reprise des éléments diagnostic de la phase 1 :

Besoin de sensibilisation pour tous les professionnels : diffuser les connaissances et les compétences (PMI, gendarme, enseignants, médecins généralistes, pompiers, IDE, assistantes sociales...),

Besoin de sensibilisation des médecins de famille pour une meilleure réponse aux familles,

Numéro pour se renseigner (numéro unique « plus central »), avec des interlocuteurs de qualité, qui savent où orienter ! (Appel lors des « grosses crises » : pouvoir appeler avant les crises).

**Précisions :**

- 1.1.1. Informer et former sur une thématique commune tous les ans les professionnels et les personnes concernées dans une dynamique transversale (pluralité des publics et inter-institutions) – avec un groupe de travail qui constitue la programmation et pilote la mise en œuvre
- 1.1.2. Mettre en place des formations croisées sanitaire / MS pour faciliter le travail de transition d'un établissement à l'autre – constituer un cahier des charges avec des priorités
- 1.1.3. Développer l'organisation d'immersions dans le cadre de stages de découverte dans une autre structure sous convention – s'appuyer sur l'expérimentation de la recherche – action avec le CREAI
- 1.1.4. Constituer un annuaire mis à jour avec une double entrée vers les professionnels et vers les usagers (concerne également l'action 1.3) – à prioriser le plus tôt possible afin de répondre dans la première année – voir l'annuaire SANTE SOCIAL travaillé avec l'ARS par rapport au somatique et au psychiatrique (en lien avec le groupe 2 – action 2-2)

*Retour du groupe projet : Intégrer les personnes concernées (usagers) dans les acteurs des formations croisées  
Formation ++, développement des compétences, définition personnes ressources*

## Maillage et réseau

La formation vient plutôt des échanges, des évaluations partagées

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de formations mises en place, nombre de participants et thématiques traitées
- Réalisation de l'annuaire et mise à jour régulière
- Satisfaction des professionnels, des institutions et des usagers concernant la mise en réseau pour faciliter l'accompagnement des parcours

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Formaliser un comité technique ou scientifique pour la programmation des programmes de formation et d'immersion (1.1.1 – 1.1.2 – 1.1.3)	Dès la mise en œuvre du PTSM
2. Formaliser un comité technique de définition de l'annuaire (1.1.4)	Dès la mise en œuvre du PTSM
3. Mise en œuvre de formations transverses avec une thématique par an : 1 journée d'information puis des sessions de formation territorialisées	Tous les ans
4. Solliciter l'ensemble des acteurs pour l'annuaire	6 premiers mois du PTSM
5. Mise à jour annuelle de l'annuaire	Tous les ans

### Moyens nécessaires identifiés

- Comité technique ou scientifique pour la programmation des formations et informations
- Moyens financiers et matériels pour la réalisation de ces formations/informations
- Mobilisation de l'ensemble des partenaires pour les sessions d'immersions
- Comité technique annuaire
- Support annuaire
- Pilotage de la mise à jour de l'annuaire

### Points de vigilance

- Attention aux choix des priorisations pour que la charge de travail ne soit pas ingérable

### Groupe de travail citoyen :

- Former les forces de l'ordre sur la maladie psychique
- Renforcer l'accès à des formations liées à l'Education thérapeutique du patient

## Objectif : Mieux accompagner les familles et usagers dans l'orientation

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp 1 Axe du PTSM : Repérage, diagnostic, accès aux soins et aux accompagnements</p>	<p>Action n° 1.2. Mettre en place des organisations sur des zones de proximité, (type consultations avancées de psychiatrie en MSP), mobilisables par les familles et les usagers, pour une première évaluation et un avis sur l'orientation</p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><u>Porteurs pressentis mais non engagés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CHI</li> <li>▪ Nouvelle Forge</li> <li>▪ Association régionale des maisons de santé</li> </ul>	<p><u>Contributeurs pressentis :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARS</li> <li>▪ UNAFAM</li> <li>▪ GEM – paires aidants</li> <li>▪ CD60 (travailleurs sociaux de proximité)</li> <li>▪ URPS Médecins Libéraux</li> <li>▪ CPTS</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

Besoin d'apporter des réponses plus en proximité

Reprise par rapport aux éléments de la phase 1 :

Comment avoir accès à un diagnostic de situation ?

Evaluation pluri professionnelle en amont avec des professionnels de différents champs d'action

Comment raccourcir les délais de diagnostic ? de début de prise en charge ? Comment favoriser le repérage précoce pour éviter la chronicisation ? Comment gérer la liste d'attente ?

Moyens que l'on se donne et les moyens que l'on nous donne.

Précisions :

- 1.2.1. Mettre en place des permanences d'évaluation dans le cadre du repérage précoce, tout public, le plus en proximité (en zone rurale notamment) – faire le lien avec les maisons médicales – question du détachement de temps de professionnels de CMP dans ces espaces – comment s'appuyer sur des infirmières en pratiques avancées (IPA)? – mise en lien avec l'infirmière coordinatrice au sein de la maison de santé (intégrer la fiche 1.6 puisque c'est le même sujet : Mettre en place des consultations avancées (IDE et psychologues) de la psychiatrie publique en MSP)
- 1.2.2. Développer une pratique de réponses rapides sur l'ensemble des secteurs avec un travail de réflexion commune territorial par rapport à cette question des délais d'accueil (Besoin spécifique pour des publics à besoin particuliers comme par exemple les adolescents ou les nourrissons par rapport à un accueil sans rendez-vous et rapide)

*Trouver ensemble des réponses de proximité, locales et partagées, en prenant en compte les « zones blanches »*

*Garder une logique de proximité pour favoriser le développement des interactions entre les différents dispositifs*

*Retours du groupe projet : Inclure sous action TSA (formation PMI, 0-3 ans) : existence du CRA, de plateformes de diagnostic précoce Creil, Beauvais, Compiègne, et neurodev... Inclure les futurs PCO et travailler avec les*

publics qui échappent à la PCO – à voir comment vont se déployer les dispositifs d'appui à la coordination à venir.

Envisager l'intégration dans le fonctionnement de la future PTA d'un accueil téléphonique des familles et usagers, pour le conseil à l'orientation

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de consultations avancées de psychiatrie mises en place (repérage précoce)
- Nombre de dispositifs mis en œuvre pour proposer des réponses rapides territoriales
- Satisfaction des professionnels, des institutions et des usagers concernant la mise en place de ces solutions d'évaluation et d'orientation de première intention

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Penser des dispositifs ou des actions spécifiques (avec la possibilité d'expérimenter) pour la mise en œuvre d'interventions en proximités de psychiatrie et pour nourrir un référentiel de pratique	Année 1 du PTSM
2 Déployer les interventions en proximité, suivre et évaluer	Année 2 à 5 du PTSM
3 Expérimenter les dispositifs de réponse rapide sur les territoires	Année 1 du PTSM
4 Valoriser les dispositifs adaptés et les pérenniser	Année 2 à 5 du PTSM

### Moyens nécessaires identifiés

- Comité de suivi de l'action
- Moyens financiers et matériels pour la mise en œuvre des consultations avancées et des dispositifs de réponse rapide territoriale
- Mobilisation de l'ensemble des partenaires concernés

### Points de vigilance

- Suite à l'évaluation dans le champ de l'autisme, manque de soutien des familles et de réponse adaptée pour les enfants suite au diagnostic (action de l'UNAFAM en soutien de pair à pair sur la question de l'autisme – soutien à la parentalité)

### Groupe de travail citoyen :

- « Accompagner nos familles dans la complexité du système de santé »

## Objectif : Développer une réponse par l'aller vers par la psychiatrie publique aux familles

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp 1 Axe du PTSM : Repérage, diagnostic, accès aux soins et aux accompagnements</p>	<p>Action n° 1.3. Rendre plus lisible les structures et organisations existantes en termes de mobilité des soins et développer l'intervention à domicile et en proximité, pour aider à l'orientation, à la demande des familles et en appui aux professionnels du repérage</p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><u>Porteurs pressentis mais non engagés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CHI</li> <li>▪ Nouvelle Forge</li> </ul>	<p><u>Contributeurs pressentis :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CD60</li> <li>▪ CCAS</li> <li>▪ Les services d'intervention à domicile</li> <li>▪ Médecins généralistes</li> <li>▪ UNAFAM</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

#### Rendre possible un repérage et un accompagnement en lien avec les demandes des familles

Réactivité le plus en proximité, être le plus possible en lien avec les familles qui sont en difficulté pour faire le pas d'entrée dans un processus de soins et d'accompagnement, réponse aux besoins exprimés

Nécessité d'une équipe pluridisciplinaire

Préciser les champs d'intervention de toutes les équipes mobiles existantes. Les équipes mobiles ne devraient-elles pas avoir une mission d'intervention à domicile pour permettre un dialogue en proximité avec la famille ou la personne concernée ?

#### Précisions :

- Reprise de l'action 1.1.4. Constituer un annuaire mis à jour avec une double entrée vers les professionnels et vers les usagers (concerne également l'action 1.3) – à prioriser le plus tôt possible afin de répondre dans la première année – voir l'annuaire SANTE SOCIAL travaillé avec l'ARS par rapport au somatique et au psychiatrique
- 1.3.1. Proposer des interventions à domicile pour pouvoir faire un diagnostic de situation et un premier accompagnement d'appui à la famille – par exemple par le biais d'une équipe mobile (spécificité de l'accompagnement des adolescents, enfants et jeunes adultes en intervention à domicile et des interventions en proximité pour des personnes en situation de grande précarité) – accompagner vers une démarche de soin

*Attention à la définition d'une équipe mobile, ses champs d'intervention, professionnels et/ou usagers. Regroupe des champs très différents. Voir Protection de l'Enfance.*

*Voir les accueils pour SDF permettant l'accès aux dispositifs*

*Comment se mobiliser pour permettre un diagnostic de situation, développer l'intervention à domicile ? Un moyen pour accompagner vers les dispositifs ?*

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre d'équipes mobiles d'intervention à domicile ou en proximité et territoires couverts
- Satisfaction des professionnels, des institutions et des usagers concernant la mise en place de ces dispositifs

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Poser un cahier des charges pour la mise en œuvre d'équipes mobiles d'intervention à domicile	Année 1 du PTSM
2. Déployer les équipes mobiles, suivre et évaluer	Année 2 à 5 du PTSM

### Moyens nécessaires identifiés

- Comité de suivi de l'action
- Moyens financiers et matériels pour la mise en œuvre des équipes mobiles
- Mobilisation de l'ensemble des partenaires concernés

### Points de vigilance

- Voir avec le CHI pour mettre en lien les actions avec le projet d'établissement en cours de rédaction  
Un projet d'interventions à domicile (IAD), prenant appui sur une coordination départementale, est en réflexion. Il s'agirait d'un dispositif élargi d'interventions à domicile s'appuyant sur les visites à domicile à partir du CMP. L'objectif est de disposer d'une offre de soins en psychiatrie graduée et personnalisée hors les murs.  
Trois types d'intervention à domicile sont prévus :
  - Intervention de suivi et d'accompagnement à la sortie d'hospitalisation ;
  - Intervention à domicile de « crise » pour des situations aiguës à la sortie d'hospitalisation ;
  - Intervention à domicile d'évaluation et d'orientation pour les personnes non-demandeuses de soins, à la demande des familles, de proches et/ou partenaires du réseau.

### Groupe de travail citoyen :

- Sensibiliser les familles sur l'organisation du système de santé

## Objectif : Développer une offre adaptée à destination du public des adolescents

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp 1 Axe du PTSM : Repérage, diagnostic, accès aux soins et aux accompagnements</p>	<p>Action n° 1.4. Mettre en place une Maison des Ados sur le département (voir plan d'action santé des jeunes du PRS 2018-2023)</p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><u>Porteurs pressentis :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARS</li> <li>▪ Education Nationale</li> <li>▪ Conseil départemental</li> <li>▪ La Nouvelle Forge</li> </ul>	<p><u>Contributeurs pressentis :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direction de la cohésion sociale</li> <li>▪ ANPAA / SATO</li> <li>▪ CMPP et CMP enfants</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

Pas de dispositif spécifique sur le Département pour répondre de façon adaptée aux besoins d'un accueil rapide des adolescents (pas de maison des ados).

Eléments phase 1 :

Travailler sur le suivi des ados suicidaires avec un plan de sécurité.

Développer des équipes mobiles (adolescents, enfants)

Accueil espace ado à développer

Explosion du nombre de situations de mal-être des jeunes dans les établissements scolaires au regard de la fermeture des points écoute qui existaient précédemment dans les établissements scolaires (produit une augmentation du nombre d'orientations vers les services de soin (CMP-CMPP) par manque de prise en charge précoce)

Précisions :

- 1.4.1. Mise en place d'un dispositif d'accueil des adolescents avec une réponse territoriale en proximité en associant les domaines du soin, du socio-éducatif et de la pédagogie (voir PRS sante des jeunes obj op5 action 5.1)
- 1.4.2. Favoriser et aider au maintien ou à la mise en place de points écoutes en établissement scolaire ou de « Point écoute mobile » (voir PRS sante des jeunes obj op3 action 3.2)

*Un accueil généraliste ? Accueil rapide dans la semaine avec ou sans RDV*

*Les MDS ?*

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre d'équipes mobiles d'intervention à domicile ou en proximité et territoires couverts
- Satisfaction des professionnels, des institutions et des usagers concernant la mise en place de ces dispositifs

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Installer un comité de suivi de l'action pour penser et coordonner la mise en place des actions	Année 1 du PTSM
2. Expérimenter des dispositifs nouveaux et remettre en place des dispositifs ayant existés et dont l'évaluation avait révélé l'intérêt	Année 1 du PTSM
3. Pérenniser les dispositifs adaptés et efficaces	Année 2 à 5 du PTSM
4. Pilotage et suivi par le comité de suivi	Sur l'ensemble du PTSM

### Moyens nécessaires identifiés

- Comité de suivi de l'action
- Moyens financiers et matériels pour la mise en œuvre des dispositifs adaptés
- Mobilisation de l'ensemble des partenaires concernés

### Points de vigilance

- Prioriser pour une mise en place rapide pour agir au plus tôt
- Attention à prendre en compte la question de l'accompagnement autour de la parentalité

## Objectif : Développer le partenariat entre la psychiatrie et les acteurs de la santé mentale

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp 1 Axe du PTSM : Repérage, diagnostic, accès aux soins et aux accompagnements</p>	<p>Action n° 1.5. Développer le réseau partenarial entre les acteurs de la psychiatrie, du secteur médico-social, et de l'<u>addictologie</u></p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><u>Porteurs pressentis mais non engagés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CLSM</li> <li>▪ ANPAA</li> <li>▪ SATO</li> </ul>	<p><u>Contributeurs pressentis :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ EN</li> <li>▪ CD60</li> <li>▪ SAMU social</li> <li>▪ CH – urgences</li> <li>▪ ESMS</li> <li>▪ Collectivités territoriales</li> <li>▪ CLS / CLSM</li> <li>▪ URPS Médecins Libéraux</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

Relai compliqué, lien avec les structures (addictologie : problème de repérage, pas assez de lien, développer le réseau partenarial)

Beaucoup de troubles psy avec addictions

Précisions :

- 1.5.1. Mettre en place une coordination d'un réseau santé mentale et addictions permettant des temps de rencontre, de formation, et de connaissance mutuelle

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de réseaux de santé mentale et addictions mis en place sur le territoire
- Nombre de formations et d'actions mises en place dans ce cadre
- Satisfaction des professionnels, des institutions et des usagers concernant la mise en réseau autour de ces questions

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Installer un comité de pilotage et de coordination d'un réseau santé mentale et addictions départemental	Année 1 du PTSM
2. Initier des réseaux locaux	Année 2 à 5 du PTSM
3. Venir en appui et coordonner les réseaux locaux	Année 2 à 5 du PTSM
4. Pilotage et suivi par le comité de pilotage et de coordination	Sur l'ensemble du PTSM

### Moyens nécessaires identifiés

- Comité de pilotage et de coordination du réseau
- Moyens humains et matériels pour la mise en œuvre de réseaux locaux
- Mobilisation de l'ensemble des partenaires concernés

### Points de vigilance

- Attention à faire vivre les réseaux par le biais d'une coordination qui ait du temps à y consacrer

### Groupe de travail citoyen :

- Renforcer les échanges entre psychiatres et addictologues

## Objectif : Améliorer l'accès aux soins des publics spécifiques

<b>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp 1</b> <b>Axe du PTSM : Repérage, diagnostic, accès aux soins et aux accompagnements</b>		<b>Action n° 1.6. Déployer le soin psychiatrique vers les personnes en situation de grande précarité sur le département</b>	
<b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b> <input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire <input checked="" type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre <input type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social <input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents <input checked="" type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité		<u>Porteurs pressentis mais non engagés :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>SAMU social</li></ul>	<u>Contributeurs pressentis :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>CH</li><li>ADARS</li><li>UNAFAM</li><li>Pairs aidants</li></ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

Population invisible qui n'est pas dans les institutions

Équipe mobile précarité à déployer

Équipe du SAMU social de trop petite taille – manque de moyens

Réflexion sur la nécessité de former à la pair aidance

Précisions :

- 1.7.1. Créer une équipe mobile précarité en appui au SAMU social avec des professionnels formés sur le champ de la santé mentale

Développer le soin psychiatrique vers les personnes en situation de grande précarité sur le département

Réflexion en cours au CHI sur le déploiement de la PASS psy via des antennes territorialisées

Voir dans la fiche action pour ne pas se limiter au PASS psy

### Indicateurs de suivi / résultats

- Mise en place d'une équipe mobile précarité en appui au SAMU social
- Satisfaction des professionnels, des institutions et des usagers concernant la mise en place du dispositif

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Expérimenter une équipe mobile précarité en appui au SAMU social dans le champ de la santé mentale	Année 1 et 2 du PTSM
2. Définir un dispositif adapté au regard de l'expérimentation et le pérenniser	A partir de l'année 3 du PTSM
3. Suivre et évaluer le dispositif	A partir de l'année 3 du PTSM

### Moyens nécessaires identifiés

- Moyens humains et matériels pour la mise en œuvre de l'équipe mobile précarité
- Mobilisation de l'ensemble des partenaires concernés

### Points de vigilance

- Attention à faire le lien avec l'équipe mobile d'infirmières vers un public en situation de précarité (fondation Diaconesses de Reuil qui a remporté un appel à projet et qui va mettre en place le dispositif)

### Groupe de travail citoyen :

- Aller vers les personnes invisibles, qui restent seules chez elles, prendre en compte les situations de grande précarité

## 4) Axe 2 : Parcours de vie et de santé sans ruptures

### Principaux constats du diagnostic pour l'axe 2

#### Prévention des ruptures

- Manque de coordination entre les différents pans de l'accompagnement des personnes suivies pour troubles psychiques. Certains ESMS manquent d'appui par la psychiatrie pour le suivi de leurs usagers et l'intervention en cas de crise. Des conventions existent sur certains territoires et sont efficaces, mais sont insuffisamment développées et encore trop personnes ou territoires dépendantes.
- Manque d'accompagnement vers et dans le logement des personnes suivies pour troubles psychiques, point fondamental pour éviter les ruptures de parcours.
- Manque de connaissance de l'offre. Les acteurs de la santé mentale du département, travaillant dans des secteurs éloignés, ne se connaissent pas toujours. Les nouveaux dispositifs (PCPE, DEA...) restent peu identifiés, ce qui peut entraver le recours aux bons outils au bon moment.
- Manque de communication au moment des sorties d'hospitalisation.

#### « Barrière » des âges

- Manque de coordination entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie générale.
- Dans le secteur médico-social, la barrière des 18 ans est particulièrement sensible. Si des solutions sont mobilisées ponctuellement, une réflexion sur la souplesse des barrières d'âge gagnerait à être menée de façon plus « macro ».

#### Rétablissement / réhabilitation psychosociale

- Manque de sensibilisation et de formation des professionnels du département à la culture du rétablissement, alors que le développement de la réhabilitation psychosociale est une priorité nationale.
- Existence du centre CRISALID.

#### Pair aidance

- Des travaux en cours à la Nouvelle Forge pour développer l'aide entre pairs, en amenant les personnes à se rencontrer sur des cafés thématiques. Cette action a connu un fort succès, et a permis de mobiliser des personnes qui sont en rupture de parcours.
- Un seul pair aidant professionnel intégré aux équipes dans le département (CHI).

#### Inclusion / accompagnement en milieu ordinaire

- Un besoin de dispositifs allégés pour certains jeunes.
- Un besoin de retravailler l'accueil des personnes en SAVS et SAMSAH, « aller vers » davantage, du fait de la difficulté des jeunes d'aller vers ces structures.

## 6 actions prioritaires

Sous-thèmes	Objectifs	Actions
Prévention des ruptures	Améliorer la coordination des parcours entre les différents acteurs et secteurs de l'accompagnement	2.1. Mener une réflexion sur la mise en place d'une fonction de <b>coordinateur de parcours</b> global, responsable du soutien et du développement du projet de vie, incluant le projet de soin et l'accompagnement vers et dans le <b>logement</b> ; et renforcer les compétences spécifiques nécessaires à cette fonction en développant des <b>formations adaptées</b>
Pair aideance	Renforcer le soutien entre personnes concernées par les troubles psychiques	2.2. Développer des « <b>cafés usagers</b> » et autres modalités de <b>temps d'échange</b> sur le département, permettant aux personnes atteintes de troubles psychiques d'échanger sur leur expérience et leur parcours
Inclusion	Améliorer l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique	2.3 / 2-4 / 2-5. Mieux accompagner les personnes en situation de handicap psychique par <b>les SAVS et SAMSAH</b>
		2.6. Créer un <b>programme Premiers Soins de Secours en Santé Mentale (PSSM)</b> sur le département

TABLEAU 5 : Récapitulatif des actions prioritaires de l'Axe 2

### Actions complémentaires

- **Elaborer un annuaire de l'offre de prise en charge en santé mentale, dans les différents secteurs (sanitaire, social, médico-social) :** voir ce dont dispose l'ARS (via le projet PREDICE) avant d'envisager un outil spécifique, couteux en temps.
- Renforcer la mise en place de **conventions entre les PH en psychiatrie du département et les ESMS « handicap psychique »**, pour leur intervention dans le cadre de leur MIG

## Objectif : Améliorer la coordination des parcours entre les différents acteurs et secteurs de l'accompagnement

Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp2

Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans ruptures

Action n° 2.1. Mise en place d'une fonction de coordinateur de parcours global, responsable du soutien et du développement du projet de vie : projet de soin, accompagnement vers et dans le logement ; et renforcer les compétences spécifiques nécessaire à cette fonction en développant des formations adaptées

### Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF

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

### Porteurs :

- CHI
- MAIA Oise Est

### Contributeurs :

- MDPH
- ARS
- CONSEIL DEPARTEMENTAL

## Constats du diagnostic auxquels répond l'action

### Pourquoi un coordinateur ?

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 a mis en exergue la nécessité dans les prochaines années de garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population.

Un coordinateur de parcours permettrait de soutenir la personne, la mobiliser pour identifier les difficultés rencontrées et les leviers pour les surmonter.

La coordination a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements, notamment entre les trois secteurs d'activité suivants :

- Le secteur sanitaire, qui recouvre la médecine de ville et les établissements de santé, essentiellement hospitalier ;
- Le secteur social qui concerne les actions visant à l'insertion sociale et professionnelle des personnes ;
- Le secteur médico-social, qui regroupe les services apportant de l'aide et des soins aux personnes vivant à domicile et les établissements (avec ou sans hébergement) accueillant des personnes en situation de handicap.

Ainsi les enjeux de la coordination sont la construction d'un dispositif ressource et l'identification d'une personne référente.

La fonction de coordination a pour but de :

- Garantir la complémentarité, la cohérence des interventions et leurs nécessaires ajustements ;
- Coordonner les professionnels amenés à intervenir pour faciliter le parcours de la personne ;
- Positionner le dispositif comme ressource du territoire.

Les interventions auprès d'une même personne peuvent être réalisées dans des contextes variés, dans un service ou établissement.

Ce dispositif s'adresserait aux personnes vulnérables, personnes en situation de handicap qu'ils aient ou non une notification MDPH (personnes âgées, personnes en rupture de soin, situation complexe ...). Le principe de non subsidiarité aux ressources déjà existante est à la base de ce dispositif.

Objectifs :

- Éviter les ruptures de parcours ;
- Améliorer la prévention et la détection des problématiques ;
- Inter connaissances institutionnelles ;
- Co-construire le projet avec la personne et/ou la famille, le tuteur ;
- Développer le « aller vers » ;
- Faciliter le projet de vie de la personne.

On peut s'appuyer entre autre sur la synthèse et les outils pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap de l'Anesm, ainsi que sur les guides de l'ANAP sur la coordination des parcours complexes.

**Comment développer ce dispositif :**

Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) se sont constitués en territoire avec une accessibilité géographique raisonnable. À ce titre, ils peuvent répondre aux problématiques locales. C'est pourquoi cela pourrait être opportun d'intégrer ce dispositif aux territoires des futurs DAC (Oise Est et Oise Ouest). Pour développer ce dispositif, des moyens humains et matériels sont nécessaires. Ainsi, nous identifions qu'au vu de la taille des territoires, ce dispositif devra être constitué d'une équipe de 2 à 3 coordinateurs pour chaque territoire en fonction de la file active.

Si un autre porteur venait à être nommé, les futurs DAC pourront aider à quantifier les demandes et les besoins.

Réflexion à conduire sur l'organisation du CHI et l'articulation avec le souhait du patient (attention aux changements d'adresse pour les personnes en sortie d'hospitalisation et qui ne peuvent plus accéder à leur CMP de rattachement) / configuration particulière de Clermont.

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de coordinateurs en fonction / nombre de structure

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. S'appuyer sur le diagnostic territorial pour identifier dans les structures médico-sociales, sanitaires et sociales qui proposent des coordonnateurs de parcours de soins ?	Année 1
2. Rencontrer les structures qui ont les ressources humaines et/ou financières pour mettre en place la fonction de coordonnateur de parcours de soins ou identifier les freins existants pour développer cette fonction.	Année 2
3. Evaluer la fonction de coordonnateur de parcours de soins de manière opérationnelle	Année 3

### Moyens nécessaires identifiés

- Temps de rencontre avec tous les partenaires
- Temps pour écrire les étapes de mise en œuvre
- S'appuyer sur les écrits

### Points de vigilance

- La temporalité (réactivité de la création du projet à la coordination et l'action de terrain)
- Constituer une gouvernance équilibrée

### Groupe de travail citoyen

- Former des professionnels pour une fonction de « gestion de cas »,
- Renforcer l'accompagnement lié au logement,
- Mettre en place une fonction de coordination, gestion de cas entre l'hospitalisation et la sortie

## Objectif : Renforcer le soutien entre personnes concernées par les troubles psychiques

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp2</p> <p>Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans ruptures</p>	<p>Action n° 2.2. Développer des « cafés usagers » et autres modalités d'échanges sur le département permettant aux personnes atteintes de troubles psychiques d'échanger sur leur expérience et leur parcours</p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CHI</li> <li>▪ La Nouvelle Forge</li> <li>▪ UNAPEI</li> </ul>	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unafam</li> <li>▪ Les GEM / projet d'association d'usagers en santé mentale</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- La personne en situation de handicap doit pouvoir accéder sans discrimination à la vie sociale et citoyenne. Sa capacité à agir dépend aussi de sa confiance en elle. L'échange avec des pairs, avec des proches voire avec du public non concerné est un facteur de confiance. Il manque de lieux adaptés qui soient à la fois inclusifs et bienveillants.
- Les « café usagers » répondent à ce besoin dans une logique de pair aide (plusieurs personnes concernées vont s'entraider rien qu'en partageant leur expérience, leurs réussites mais aussi leurs difficultés); dans une logique inclusive : le moment est ouvert, aux familles, aux proches, à toutes personnes non concernées mais souhaitant être attentives ; dans une logique conviviale : nous sommes donc dans un café ou un lieu de sociabilité.

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de cafés usagers ouverts en 5 ans sur l'Oise
- Nombre de séances créées et nombre de participants

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Solliciter les GEM de l'Oise pour qu'ils soient porteurs chacun d'un projet de café usagers, les soutenir dans l'élaboration du projet et dans les contacts à prendre éventuellement auprès des « cafés », voire les collectivités locales	1er semestre 2021
2. Mettre en œuvre les projets de cafés usagers (conventions avec les établissements, règles de fonctionnement, communication externe...)	1er semestre 2021
3. Démarrer les réunions selon une périodicité choisie	2021

### Moyens nécessaires identifiés

- En soutien des GEM, il faut un support administratif (même discret) pour accompagner et faciliter les démarches

### Points de vigilance

- Positionnement et rôle de l'animateur
- Un GEM n'est pas un établissement médico-social et les associations gestionnaires ne viennent qu'en appui à la demande

## Objectif : Améliorer l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp2</p> <p>Axe : Mieux accompagner les personnes en situation de handicap psychique par les SAVS et SAMSAH</p>	<p>Action n° 2.3 : Rendre visible et accessible le travail d'évaluation diagnostic et des besoins au sein d'un SAMSAH accompagnant des personnes porteuses de handicap psychique et de troubles du spectre autistique</p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SAMSAH</li> </ul>	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MDPH</li> <li>▪ ARS</li> <li>▪ CONSEIL DEPARTEMENTAL</li> <li>▪ Unités d'Accompagnement et de Soutien (UAS)</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- Certificats médicaux d'orientation remplis par les médecins généralistes ;
- Manque de médecins psychiatres dans les CMP ;
- Manque de médecins psychiatres libéraux ;
- Liste d'attente importante dans les services d'évaluation autistes (CRA et SITED)

### Indicateurs de suivi / résultats

- Augmentation du nombre d'usagers évalués et orientés ;
- Adaptation de la prise en charge aux difficultés évaluées ;
- Affiner les demandes de compensations en fonction des résultats de l'évaluation menée ;
- Diminuer le nombre de personnes sans solution.

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Définir les besoins en matière d'évaluations et d'orientations.	1 <sup>er</sup> trimestre 2021
2. Identifier et mettre à disposition les moyens logistiques (téléphone, espace dédié, batteries de tests).	1 <sup>er</sup> trimestre 2021
3. Quantifier les besoins humains pour assurer ces missions.	1 <sup>er</sup> trimestre 2021
4. Modéliser l'action « évaluation » et l'intégrer comme une modalité d'accompagnement du SAMSAH.	3 <sup>ème</sup> trimestre 2021

### Moyens nécessaires identifiés

- Identifier des places spécifiques sur l'évaluation pour identifier le besoin ;
- Moyens logistiques : matériel, salles dédiées ...
- Moyens humains.

### Points de vigilance

- La personne doit bénéficier d'une notification MDPH indiquant une demande d'évaluation.
- L'accompagnement sera limité à l'évaluation et à l'orientation si nécessaire.

### Groupe de travail citoyen

- Prolonger les accompagnements réalisés par le SAMSAH

## Objectif : Améliorer l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp2</p> <p>Axe : Mieux accompagner les personnes en situation de handicap psychique par les SAVS et SAMSAH</p>		<p>Action n° 2.4 : Création d'un SAVS spécialisé dans l'accompagnement de personnes souffrant de handicaps psychiques</p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>		<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SAMSAH</li> </ul>	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARS</li> <li>▪ CONSEIL DEPARTEMENTAL</li> <li>▪ Association de familles et ou d'utilisateurs</li> <li>▪ MDPH</li> <li>▪ Unités d'Accompagnement et de Soutien (UAS)</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- Absence de SAVS handicap psychique sur le territoire ;
- Propositions de ce type d'accompagnement, par défaut, au sein des SAMSAH handicap psychique.

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de notifications MDPH ou demande d'orientations SAVS handicap psychique déposées auprès de la MDPH ;
- Nombre de SAMSAH handicap psychique proposant un accompagnement SAVS » sans places identifiés dans le cadre de l'autorisation
- Nombre de personnes accompagnées bénéficiant d'un accompagnement « type SAVS » au sein d'un SAMSAH handicap psychique;
- Nombre de personnes se retrouvant sans solution suite à l'absence de SAVS handicap psychique.

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Définir les besoins spécifiques des personnes porteuses de handicaps psychiques ;	1 trimestre 2021
2. Identifier les différences entre les modalités d'accompagnements par un SAVS et par un SAMSAH handicap psychique ;	1 trimestre 2021
3. Mener une réflexion sur la mise en place d'un réseau et sa pérennité ;	1 trimestre 2021
4. Identifier et mettre à disposition les moyens	1 trimestre 2021

logistiques (matériel informatique, salles dédiées, véhicules...)	
5. Identifier les besoins humains en recrutement professionnels formés au handicap psychique.	<b>1 trimestre 2021</b>

#### Moyens nécessaires identifiés

- Places identifiés et repérés et création de places SAVS sur les samsah existants
- Moyens logistiques ;
- Moyens humains ;
- Mise en place d'un plan de formation centré sur le handicap psychique.

#### Points de vigilance

- identifier et respecter la différence d'accompagnement proposé par un SAMSAH et par un SAVS.

## Objectif : Améliorer l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp2</p> <p>Axe : Mieux accompagner les personnes en situation de handicap psychique par les SAVS et SAMSAH</p>	<p>Action n°2.5 : Rendre visible et accessible au plus grand nombre le travail de suite au sein d'un SAMSAH accompagnant des personnes porteuses de handicap psychique</p>	
<p>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p>Porteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SAMSAH</li> </ul>	<p>Contributeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARS</li> <li>▪ CONSEIL DEPARTEMENTAL</li> <li>▪ Association de familles et ou d'usagers</li> <li>▪ MDPH</li> <li>▪ Unités d'Accompagnement et de Soutien (UAS)</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- Appels et demandes régulières après la fin de l'accompagnement par le SAMSAH (personnes accompagnées, partenaires...)
- Nouvelles demandes d'accompagnement par un SAMSAH dans les 3 ans suivant la fin d'accompagnement ;
- Modalité « veille » mise en place au sein du SAMSAH entre 6 mois et 1 an avant la fin de l'accompagnement.

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de SAMSAH utilisant la modalité « veille » avant une fin d'accompagnement ;
- Nombre de personnes accompagnées par un SAMSAH sollicitant le service après l'arrêt de l'accompagnement ;
- Nombre de personnes déjà accompagnées demandant un nouvel accompagnement dans les 3 ans après l'arrêt.

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Définir les actions à mettre en place dans un service de suite en comparaison avec un accompagnement global	2 <sup>ème</sup> trimestre 2021
2. Identifier et mettre à disposition les moyens logistiques (voiture, téléphone, espace dédié)	2 <sup>ème</sup> trimestre 2021
3. Quantifier les besoins humains pour assurer ces missions.	2 <sup>ème</sup> trimestre 2021
4. Modéliser l'action « service de suite » et généraliser à tous les SAMSAH comme	2 <sup>ème</sup> trimestre 2021

une modalité d'accompagnement	
5. Repérer l'activité du service de suite des SAMSAH	2 <sup>ème</sup> trimestre 2021

#### Moyens nécessaires identifiés

- Moyens logistiques : matériel, salles dédiées ...
- Moyens humains.

#### Points de vigilance

- Le service de suite doit permettre des admissions au sein du SAMSAH et non engorger la file active.

## Objectif : Améliorer l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique

Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp2	Action n° 2.6. Déployer un programme Premiers Soins de Secours en Santé Mentale (PSSM) sur le département.	
Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans ruptures		
<p style="text-align: center;"><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire <input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre <input checked="" type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social <input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents <input checked="" type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La Nouvelle Forge</li> <li>▪ Coordinateur du PTSM</li> </ul>	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GT formation</li> <li>▪ CLS / CLSM</li> <li>▪ UNAFAM</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- Méconnaissance du trouble psychique
- De stigmatisation des personnes ayant un trouble psychique
- Eviter les ruptures de parcours
- Améliorer la prévention et la détection des problématiques
- Démarche « réseau » pour coordonner les prémices d'une prise en charge
- Manque d'outils et de formation sur ce domaine pour bon nombre de professionnels (police ; CCAS ; prison ; éducation nationale ; entreprises ; services de domicile...)

### Indicateurs de suivi / résultats

- Questionnaire
- Nombre de demandes de formations Premiers Soins de Secours en Santé Mentale (PSSM)
- Nombre de formations organisées sur l'année
- Nombre et type de participants aux formations
- Suivi créneaux premières urgences CMP et libéraux

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Déployer une communication sur le département sur le programme premiers secours en santé mentale (éducation nationale ; forces de l'ordre ; prisons ; CCAS)	2021
2. Identifier les besoins de formation sur le département	2021
3. Organiser les séances de formation	2021/2022/2023
4. Identifier et activer le partenariat sur le département (structures et professionnels de santé). Travail en lien avec les CLSM et flyers pour répondre et accueillir les personnes en souffrance. Mettre en place des outils (numéro d'appel ; créneaux réservés sur les CMP et les libéraux...)	2021/2022/2023

---

### Moyens nécessaires identifiés

- Prise en charge de la formation (CPF ; AGEFIPH ; FIPH ; OPCO ; département ; région.)
- Moyens logistiques pour réalisation formation (matériel ; salle...)
- Généraliser les formations Premiers Soins de Secours en Santé Mentale (PSSM) comme l'AFGSU
- Généraliser la formation dans les modules de formation (infirmier ; AS ; éducateur ; animateur ; TISF...)

### Points de vigilance

- Accompagner la personne vers le soin sans faire à sa place

## 5) Axe 3 : Accès aux soins somatiques

### Principaux constats du diagnostic pour l'axe 3

#### Suivi somatique en médecine de ville ou en consultation hospitalière MCO

- Un nombre important de patients de psychiatrie n'ont pas de suivi somatique régulier.
- Une démographie médicale en baisse sur le territoire.
- Une réticence de certains professionnels de santé libéraux à prendre en charge des patients présentant des troubles psychiques. Les IDE en libéral, notamment, rencontrent des difficultés en raison de leur système de cotation qui ne prend pas en compte le temps réel passé auprès du patient.
- La nécessité d'organiser, pour les professionnels de santé, des formations et/ou sensibilisations à la prise en charge des troubles psychiques, afin d'améliorer l'accueil des personnes qui en sont atteintes.

#### Suivi somatique en psychiatrie

- Organisation au CHI de la prise en charge somatique :
  - Pour les personnes hospitalisées à temps complet.
  - Pour les personnes en hospitalisation de jour : mise en place d'un suivi somatique (ECG et bilans sanguins tous les 6 mois) afin de tenter de pallier les difficultés à consulter un médecin traitant et les délais importants pour obtenir une consultation avec un cardiologue.
  - En CMP : mise en place d'ECG réalisés en CMP puis analysés par les somaticiens du CHI, en cours de réalisation, dans le cadre de la modification de traitements antipsychotiques ou antidépresseurs.

#### Coordination / parcours de soins sans rupture

- Importance et rôle pivot des CMP qui sont au cœur du territoire et de la prise en charge psychiatrique.
- La plupart des médecins somaticiens du CHI ont une Activité d'Intérêt Général (AIG) au sein d'ESMS (FAM, MAS, EHPAD) du département de l'Oise, ce qui favorise la coordination des acteurs.
- Manque de communication entre les acteurs de la psychiatrie, du premier recours et médico-sociaux, qui peut favoriser des ruptures du parcours de soin :
  - Absence de courrier de liaison entre les CMP et les partenaires ;
  - Manque d'entretiens de concertation entre le psychiatre et le médecin traitant.
- Un Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) en cours de mise en place dans le département pour aider les professionnels dans la coordination des parcours de santé complexes.

## 4 actions prioritaires

Sous-thèmes	Objectifs	Actions
Accessibilité de l'offre en soins somatiques	Améliorer l'accessibilité de l'offre de soins somatiques aux personnes atteintes de troubles psychiques et sa lisibilité	3.1. Organiser la <b>formation et le maillage des professionnels de la MCO</b> , afin d'améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes atteintes de troubles psychiques
		3.2. Mener une réflexion sur la pertinence de développer le <b>recours à la télémédecine</b> pour certaines consultations somatiques spécialisées en psychiatrie et en ESMS
Coordination / Parcours de soins sans ruptures	Mieux accompagner les professionnels du premier recours dans l'orientation concernant les soins des personnes souffrant de troubles psychiques	3.3. Inclure une composante psychiatrie dans le développement du <b>Dispositif d'Appui à la Coordination départemental (DAC)</b> pour mieux outiller les professionnels du premier recours dans l'orientation des patients
	Améliorer la transmission d'information de la psychiatrie vers les acteurs de la médecine de ville et vers les acteurs médico-sociaux	3.4. Travailler à la remise systématique d'un <b>courrier de liaison</b> au patient (puis au médecin généraliste et aux accompagnants médico-sociaux avec accord du patient), après chaque hospitalisation psychiatrique ou consultation/entretien en CMP

**TABLEAU 6 : Récapitulatif des actions prioritaires de l'Axe 3**

## Objectif : Améliorer la structuration et la lisibilité de l'offre de soins somatiques accessibles aux personnes atteintes de troubles psychiques

Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp3

Axe du PTSM : Accessibilité de l'offre en soins somatiques pour les personnes présentant des troubles psychiques

**Action n° 3.1.** : Recenser les différentes organisations mises en place pour améliorer l'**accessibilités aux soins des personnes atteintes de troubles psychiques** afin de formaliser un **réseau de professionnels de santé somatique sensibilisés et/ou formés à l'accueil** des personnes atteintes de troubles psychiques et communiquer sur ce réseau

### Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF

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

### Porteurs :

- A définir par le groupe projet

### Contributeurs :

- Associations représentatives des professionnels de santé somatiques
- URPS Médecins Libéraux
- MSA
- A définir par le groupe-projet

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

Améliorer l'accueil de ces patients par les professionnels de santé somatiques afin de favoriser leur suivi somatique et ainsi éviter les ruptures de parcours de soins

### Indicateurs de suivi / résultats

- Taux ou nombre de praticiens ayant signé la charte « Romain Jacob »
- Taux ou nombre de réponses au questionnaire
- Nombre de réunions de formation/sensibilisation
- Nombre de participants aux réunions de formation/sensibilisation
- Taux de participants aux réunions de formation/sensibilisation par type de profession

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Identifier les besoins en soins somatiques (spécialités médicales, dentistes, Infirmiers libéraux, kinés, podologues/pédicures ...)	
2. Identifier les structures / Personnels de Santé Libéraux (PSL) existants qui sont organisés pour accueillir et répondre plus particulièrement aux besoins des personnes atteintes de troubles psychiques comme la mise en place de plages horaires réservées, auprès des professionnels libéraux, des services hospitaliers	

MCO et des maisons de santé.	
3. Mener une réflexion sur la mise en place d'un réseau et sa pérennité.	
4. Organiser pour les professionnels de santé, de formations et/ou sensibilisations à la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques afin d'améliorer l'accueil des personnes qui en sont atteintes.	
5. Proposer des séances de sensibilisation en les intégrant aux réunions de formation continue de chaque corps professionnel.	

### Moyens nécessaires identifiés

- Enquête par questionnaire sur les organisations mises en place par les professionnels de soins somatiques pour accueillir ces personnes et les incidences de la charte Romain Jacob sur leur pratique quotidienne.
- Moyens humains pour la mise en place, la diffusion et l'analyse du questionnaire
- Se rapprocher des organisations de formation continue des professionnels de santé libéraux
- Moyens pour la mise en place de temps de formations/sensibilisation à destinations des professionnels de santé du territoire
- Créer les supports de formation/sensibilisation à la prise en charge des troubles psychiques adaptés aux différents types de professionnels de santé
- Moyens humains pour assurer ces formations/sensibilisations

### Points de vigilance

- Risque de stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques mais aussi des professionnels de santé

### Groupe de travail citoyen

- Faciliter l'accès à des médecins généralistes
- Eviter les ruptures d'ordonnance entre les médecins généralistes et les psychiatres

## Objectif : Enrichir l'offre de soins somatiques accessibles aux personnes atteintes de troubles psychiques

Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp3

Axe du PTSM : Accessibilité de l'offre en soins somatiques pour les personnes présentant des troubles psychiques

**Action n° 3.2.** : Mener une réflexion sur la pertinence de développer le **recours à la télémédecine (téléconsultation et télé-expertise)** pour certaines consultations somatiques spécialisées (cardiologie, dermatologie...), la télé-psychiatrie pour des personnes résidentes en ESMS.

### Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF

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

### Porteurs :

- ARS
- A définir par le groupe projet

### Contributeurs :

- ESMS
- A définir par le groupe-projet

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

Pénurie médicale généraliste et spécialiste du territoire

### Indicateurs de suivi / résultats

- Taux d'établissements sanitaires et ESMS équipés pour la télémédecine
- Taux de professionnels libéraux équipés pour pratiquer par télémédecine
- Taux de patients ayant eu recours à la téléconsultation

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Définir les spécialités médicales et les contextes pour lesquels la télémédecine est pertinente	
2. Identifier et mettre à disposition les moyens logistiques : matériel, salles dédiées ...	
3. Former les professionnels à l'utilisation de la télémédecine	

### Moyens nécessaires identifiés

- Lien à faire avec le programme PREDICE
- Financement accordé par les tutelles pour la mise en œuvre de la télémédecine
- Moyens logistiques : matériel, salles dédiées ...
- Généraliser la formation des professionnels de santé à la pratique de la télémédecine

### Points de vigilance

- Téléconsultation psychiatrique ne doit pas se faire au détriment de la consultation « physique »
- Téléconsultation médicale somatique ne doit pas se faire au détriment de la consultation « physique »

### Groupe de travail citoyen

- Expérimenter la télémédecine
- Faciliter l'accès à des psychiatres quand les anciens s'en vont

## Objectif : Mieux accompagner les professionnels du premier recours dans l'orientation concernant les soins des personnes souffrant de troubles psychiatriques

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp3</p> <p>Axe du PTSM : Accessibilité de l'offre en soins somatiques pour les personnes présentant des troubles psychiques</p>	<p>Action n° 3.3. : Inclure une composante psychiatrie dans le développement du <b>dispositif d'appui à la coordination départemental</b> (DAC) pour mieux outiller les professionnels du premier recours dans l'orientation des patients</p>	
<p>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p>Porteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARS</li> <li>▪ A définir par le groupe projet</li> </ul>	<p>Contributeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Association de professionnels de psychiatrie et de la santé mentale</li> <li>▪ CREHPSY</li> <li>▪ URPS Médecins Libéraux</li> <li>▪ A définir par le groupe-projet</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- Aider les professionnels de soins somatiques de premier recours à orienter leur patient vers le service adapté

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de recours de professionnels de santé au DAC concernant la prise en charge de personne avec troubles psychiques
- Taux de satisfaction des utilisateurs de la DAC concernant réponse apportée

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Mener une réflexion sur la mise en place d'un DAC intégrant la psychiatrie afin d'aider à l'orientation vers les circuits de la prise en charge de la santé mentale pour les professionnels de premier recours.</p>	
<p>2. Mener une réflexion pour proposer les différents parcours possibles dans la prise en charge des troubles psychiques</p>	

### Moyens nécessaires identifiés

- Existence d'un Dispositif d'Appui à la Coordination départemental sans l'Oise

### Points de vigilance

- Difficulté à établir un parcours type de personne souffrant de troubles psychiatriques car fluctuant selon l'état clinique : réflexion à mener sur ce sujet

## Objectif : Améliorer la transmission d'information de la psychiatrie vers les acteurs de la médecine de ville et vers les acteurs médico-sociaux

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp3</p> <p>Axe du PTSM : Coordination / Parcours de soins sans rupture</p>	<p><b>Action n° 3.4.</b> : Travailler à la remise systématique d'un <b>courrier de liaison</b> au patient (puis au médecin généraliste et aux accompagnants médico-sociaux avec accord du patient), après chaque hospitalisation psychiatrique ou consultation/entretien en CMP</p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CHI</li> <li>▪ Nouvelle-Forge</li> <li>▪ Clinique Eugénie</li> <li>▪ A définir par le groupe projet</li> </ul>	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A définir par le groupe-projet</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- Favoriser la communication entre les professionnels de santé prenant en charge la personne avec troubles psychiques et limiter les risques de rupture de soin somatique et psychiatrique

### Indicateurs de suivi / résultats

- Taux de courriers de liaison remis au patient à sa sortie d'hospitalisation ou de fin de prise en charge en ambulatoire
- Taux de courriers de liaison ou CRH adressés au médecin traitant après l'accord du patient
- Taux de courriers de liaison remis au patient après consultation au CMP

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. <b>Hospitalisation</b> : Mise en place au CHI d'un courrier de liaison à remettre au patient systématiquement à la sortie d'hospitalisation (en cours d'informatisation car liée au changement du logiciel DP2I).</p>	<p>Mise en place du nouveau Dossier Patient Informatisé Interopérable (DP2I) sur 2020, mise en production 2021</p>
<p>2. <b>Au CMP</b> : Systématiser la rédaction et la remise au patient d'un courrier de liaison après chaque consultation ou entretien où figurent les informations pertinentes nécessaires à la continuité des soins (exemple: modification de traitements ...)</p>	<p>Mise en place du nouveau Dossier Patient Informatisé Interopérable (DP2I) sur 2020, mise en production 2021</p>

	<i>Projet d'Etablissement Medico-Soignant 2018/2022 du CHI</i> Axe 1- Axe 2
3. <b>ESMS</b> : S'il s'agit d'un résident d'ESMS, le courrier de liaison remis au patient en présence de l'accompagnant, est rédigé dans le respect du secret médical partagé pour permettre la continuité des soins.	<i>Projet d'Etablissement Medico-Soignant 2018/2022 du CHI</i> Axe 1- Axe 2

### Moyens nécessaires identifiés

- Accompagnement financier pour la mise en place du DPI
- Accessibilité du DP2I dans toutes les structures du CHI
- Accompagnement financier pour la généralisation et l'utilisation du DMP
- Accompagnement financier pour la généralisation et l'utilisation de « PREDICE »

### Points de vigilance

- La lettre de liaison doit être remis au patient à sa sortie, le CRH doit être, lui, disponible dans les 8 jours.
- La lettre de liaison ne peut être adressée au médecin traitant qu'avec l'accord du patient
- Au CMP, très peu d'informations transmises du psychiatre ou de l'IDE vers le patient (et le médecin traitant avec son accord).

## 6) Axe 4 : Prévention et gestion des crises et des urgences

### Principaux constats du diagnostic pour l'axe 4

#### Prévention de la récurrence et du risque suicidaire

- **Adultes :**
  - Le CHI a candidaté au dispositif Vigilans, afin de l'étendre à l'ensemble du département.
  - Face à la longueur des délais d'admission ou de nouveau rendez-vous en CMP, ce sont essentiellement les services d'urgences psychiatriques (Unité Accueil et Urgences – UAU, et professionnels de l'UAU détachés dans les SAU) qui assurent des consultations post urgence, lorsqu'une personne à fort risque suicidaire est repérée. Cette organisation est chronophage pour les équipes, mais a l'avantage d'éviter l'ajout d'un échelon intermédiaire entre les urgences et les CMP de rattachement.
- **Enfants / adolescents :**
  - En cas de crainte de suicide / récurrence suicidaire, maintien des adolescents quelques jours en pédiatrie pour évaluation et engagement d'un suivi. Mais la réduction des lits de pédiatrie est un facteur défavorisant.
  - La Nouvelle Forge propose des créneaux de consultation d'urgence par des psychologues sur chacun de ses secteurs infanto-juvéniles.

#### Repérage et gestion des situations de crises

- La prévention est préférable à l'urgence pour éviter la crise et nécessite une amélioration de la communication. Le problème est l'avant crise, par manque de visibilité/repérage, ou par manque de réponse rapide.
- Un manque d'information des familles et usagers : beaucoup ne connaissent pas l'Unité Accueil et Urgences du CHI.
- Il y a nécessité à repenser les circuits et les moyens d'intervention précoce :
  - Renforcer le rôle des médecins généralistes et de la médecine scolaire dans la détection des crises ;
  - Clarifier les définitions pour les acteurs de la ville ;
  - Repenser le rôle des CMP dans le processus de gestion de la crise.

#### Organisation de la réponse aux situations de crises et d'urgence

- Selon les usagers (GEM), la réponse aux situations de crise est encore trop « personne dépendante ».
- Les cellules de veille des 5 CLSM du département apparaissent comme les outils privilégiés de la coordination de l'urgence en proximité : les différents acteurs, dont les pompiers, y sont représentés. Un travail de partenariat, à renforcer, y est mené.
- Un manque d'organisation des CMP pour les soins non programmés :
  - Un accueil des urgences est en théorie organisé dans les CMP du territoire, sur les heures d'ouvertures des CMP, mais la réponse à l'urgence reste hétérogène en fonction des CMP et doit être améliorée.
  - La mobilité des équipes est à développer. Les CMP réalisent de moins en moins de visites à domicile, au profit d'entretiens IDE dans les murs, et ne sont pas accessibles à toute une partie de la population non mobile et isolée.
  - Une réflexion est en cours sur l'accueil en urgence des CMP infanto-juvéniles avec des

partenaires tels que les IDE scolaires, par l'institution de professionnels référents dans les CMP infanto-juvéniles.

- La prise en charge de l'urgence est réalisée par les acteurs des services d'urgence (UAU, SAU), mais par défaut de correspondant en aval dans un délai rapide, le suivi peut être effectué par les équipes, ce qui entraîne une embolisation de ces équipes.

## 5 actions prioritaires

Sous-thèmes	Objectifs	Actions
<b>Prévention de la récurrence et du risque suicidaire</b>	Renforcer la prise en charge du risque suicidaire dans le département	4.1. Promouvoir le <b>déploiement du dispositif ViliganS</b> dans le département
<b>Repérage et prévention des situations de crise</b>	Développer la communication sur le repérage et la prise en charge précoce de la crise	4.2. Mieux <b>former les acteurs du repérage des situations de crise</b> en santé mentale et mieux <b>les outiller</b> en tant que dispensateurs d'information au public
<b>Prise en charge des situations de crises et d'urgences</b>	Organiser une réponse centralisée par les professionnels qui font face aux situations de crises et d'urgences	4.3. Renforcer la <b>coordination des acteurs en amont de la crise par les CLSM</b> , et plus précisément par leur cellule de veille
<b>Organisation des CMP</b>	Renforcer le rôle des CMP dans la prise en charge des crises / urgences	4.4. Développer la <b>réponse aux soins non programmés au sein des CMP</b> , par la mise en place de créneaux réservés aux consultations urgentes au sein des CMP
		4.5. Développer l'expérimentation en cours autour de la <b>formation des IDE scolaires à partir des CMP infanto-juvéniles</b> par la mise en place de professionnels référents au sein des CMP

**TABLEAU 7 : Récapitulatif des actions prioritaires de l'Axe 4**

## Action complémentaire

- Ouvrir une **réflexion sur la qualité de l'accueil aux urgences générales** des patients de la psychiatrie dans le département, identifier les leviers d'amélioration et envisager des actions dédiées

## Objectif : Renforcer la prise en charge du risque suicidaire dans le département

Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp4

Axe du PTSM : Axe 4 – Prévention et gestion des crises et des urgences

Action n° 4.1. Promouvoir le déploiement du dispositif ViliganS sur le CHI de Clermont et sur le département

### Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF

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

### Porteurs pressentis :

- Centre Hospitalier Isarien EPSM de l'Oise

### Contributeurs :

- Pôle de la Permanence des Soins du CHI
- CH généraux du département et cliniques pouvant accueillir des TS
- URPS Médecins libéraux
- MSA

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

À ce jour, l'activité de prévention du CHI est intégrée à d'autres dispositifs alors que du temps et des moyens dédiés seraient nécessaires

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de personnes rappelées par rapport aux nombres de TS selon le protocole

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Validation par l'ARS	
2. Dotation budgétaire	
3. Constitution de l'équipe	
4. Formation des professionnels	
5. Identification des relais	
6. Mise en place du dispositif	

### Moyens nécessaires identifiés

- ETP dédiés
- Moyens logistiques : matériel

### Points de vigilance

- Volonté de mettre un seul dispositif dans l'ex Picardie mais organisation différente d'un département à l'autre. Le fonctionnement Isarien est un atout : action initiée à valoriser dans le PTSM.

### Groupe de travail citoyen

- Adapter le dispositif Vigilans aux personnes sortant des urgences psychiatriques

## Objectif : Développer la communication sur le repérage et la prise en charge précoce de la crise

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp 4</p> <p>Axe du PTSM : Axe 4 – Prévention et gestion des crises et des urgences</p>	<p><b>Action n° 4.2. Mieux former les acteurs du repérage des situations de crise en santé mentale et mieux les outiller en tant que dispensateurs d'information au public</b></p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><u>Porteurs pressentis :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coordinateur du PTSM</li> </ul>	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CREAM</li> <li>▪ CREHPSY</li> <li>▪ PSYCOM</li> <li>▪ CHI (actions de formations inscrites dans conventions de partenariat, actions de formation portées par l'IFSI, ProFamille et autres)</li> <li>▪ UNAFAM</li> <li>▪ association de patients</li> <li>▪ Association Grandir ensemble</li> <li>▪ Direction autonomie des personnes</li> <li>▪ Projet dispositif violences conjugales</li> <li>▪ Réseau précarité Compiègne</li> <li>▪ Professionnels libéraux (URPS)</li> <li>▪ URPS Médecins Libéraux</li> <li>▪ CLS / CLSM</li> <li>▪ etc...</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- La prévention est préférable à l'urgence pour éviter la crise et nécessite une amélioration de la communication.
- Les familles et usagers sont les plus difficiles à atteindre sur la question de l'information.

En parallèle, conduire une réflexion sur la qualité de l'accueil aux urgences générales des patients de la psychiatrie dans le département, identifier les leviers d'amélioration et envisager des actions dédiées.

Nécessité de sensibiliser les élus aux soins sans consentement.

Envisager d'associer les CLSM à la prochaine mise en place des Services d'Accès aux Soins.

#### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre d'actions de formation/sensibilisation
- Nombre de personnes formées

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Définir le portage du dispositif	
2. Recenser les actions existantes en termes de formation/sensibilisation/information	
3. Proposer des programmes de formation/sensibilisation	

#### Moyens nécessaires identifiés

- Financement d'un temps dédié pour un professionnel chargé de mission
- Mise en commun des expériences des cellules de veille sous forme de bonnes pratiques
- Inclure les pairs aidants
- Élaborer des fiches pratiques

#### Points de vigilance

- Intérêt des fiches « faciles à comprendre » mais difficulté pour élaborer le support adéquat (problème du temps et de la mise à disposition)
- Distinguer les actions ouvertes aux professionnels et aux usagers

#### Groupe de travail citoyen

- Améliorer l'accueil aux urgences,
- Renforcer le rôle des psychologues au sein de l'hôpital et au sein des CMP (accompagnements, informations sur les droits, orientation vers des prises en charge plurielles : sophrologie, art thérapie, groupes de paroles...)
- Former les professionnels des Centres Hospitaliers généraux

## Objectif : Organiser une réponse centralisée par les professionnels qui font face aux situations de crises et d'urgences

Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp 4

4. Axe du PTSM : Axe 4 – Prévention et gestion des crises et des urgences

### Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF

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

Action n° 4.3. Renforcer la coordination des acteurs en amont de la crise par les CLSM, et plus précisément par leur cellule de veille

### Porteurs pressentis :

- Coordination par l'ARS départementale

### Contributeurs

#### pressentis :

- Coordonnateurs des CLSM / CLS
- Professionnels des services d'urgence MCO et psychiatriques

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- Améliorer la prévention et la détection
- Organiser une réponse centralisée par les professionnels qui font face aux situations
- Les CLSM participent à l'amélioration de la qualité du réseau du côté des professionnels.

### Indicateurs de suivi / résultats

- Formalisation de supports
- Définition des modalités d'organisation de la réponse centralisée
- Nombre de situation traitée

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Partage des outils et des expériences	
2. Formalisation du partage d'expérience	
3. Diffusion départementale	

### Moyens nécessaires identifiés

- Temps et espace de rencontre identifié
- Définition d'une méthodologie de travail

### Points de vigilance

- Les CLSM ne traitent pas des urgences mais peuvent être interpellées en amont

## Objectif : Renforcer le rôle des CMP dans la prise en charge des crises / urgences

Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp4

### 4. Axe du PTSM : Axe 4 – Prévention et gestion des crises et des urgences

#### Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF

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

**Action n° 4.4. Développer la réponse aux soins non-programmés au sein des CMP, par la mise en place de créneaux réservés aux consultations urgentes au sein des CMP**

#### Porteurs pressentis :

- CHI
- Nouvelle Forge

#### Contributeurs

##### pressentis :

- CMP

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- La réponse à l'urgence reste hétérogène en fonction des CMP et doit être améliorée.

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombres de plages réservées aux consultations urgentes en CMP
- Nombres de consultations non programmées réalisées

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Pour la psychiatrie générale au CHI</p> <p>Redéfinir les missions, fonctionnement et outils des CMP – Mettre en œuvre – Evaluer</p>	<p>Pour la psychiatrie générale au CHI</p> <p>→ Déc 2019 : Formalisation des organisations et des outils</p> <p>→ Déc 2020 : Mise en œuvre des organisations et outils</p> <p>→ Janvier 2022 : Evaluation et suivi des organisations et des indicateurs</p>
<p>2. Pour la Psychiatrie infanto juvénile, un travail est en cours entre les CMP de La Nouvelle Forge et du CHI, et les CMPP des PEP, pour redéfinir les missions de chaque structure</p>	<p>Calendrier à solliciter auprès des acteurs concernés</p>

---

### Moyens nécessaires identifiés

- Action inscrite dans le PEMS du CHI jusqu'en 2022
- Renforcement en ETP des équipes de CMP

### Groupe de travail citoyen

- Pouvoir trouver rapidement un interlocuteur au sein des CMP avant que la crise ne se déclenche

## Objectif : Renforcer le rôle des CMP dans la prise en charge des crises / urgences

Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gp 4

3. Axe du PTSM : Axe 4 – Prévention et gestion des crises et des urgences

Action n° 4.5. Développer l'expérimentation en cours autour de la formation des IDE scolaires à partir des CMP IJ par la mise en place de professionnels référents au sein des CMP

### Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF

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

### Porteurs presentis :

- Education nationale

### Contributeurs

#### presentis :

- CHI
- Nouvelle Forge
- CMPP
- PEP
- ...

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- Nécessité d'améliorer la prévention et la détection

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de professionnels scolaires formés
- Nombre de référents désignés

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Signature prévue d'une convention CHI/Education Nationale pour formaliser le travail engagé	
2. Dispositif identique prévu avec la Nouvelle Forge et les PEP	
3. Sur tout le territoire d'intervention du CHI, projet d'identification de référents d'une part pour les CMP, d'autre part pour la santé scolaire (médecins et infirmières)	

### Moyens nécessaires identifiés

- Dispositif existant en psychiatrie infanto-juvénile en cours de développement
- Formation des IDE scolaires à l'urgence médico-psychologique + débriefing annuel par le médecin référent de la CUMP60

## 7) Axe 5 : Promotion des droits, renforcement du pouvoir d’agir, lutte contre la discrimination

### Principaux constats du diagnostic pour l’axe 5

#### Accès à / maintien dans le logement

- Un manque de coordination entre les différents pans de l’accompagnement des personnes suivies pour troubles psychiques, notamment sur la question du logement.
- Un manque d’accompagnement vers et dans le logement des personnes suivies pour troubles psychiques sévères et persistants. Celles-ci connaissent mal les dispositifs d’aide existants en matière de logement.
- Une pénurie de logements est notée dans le département, par engorgement du parc social et vétusté du parc privé. Le département reçoit environ 100 demandes de logement par an, avec une possibilité de réponse très inégale selon les infra-territoires.

#### Accès à la culture et aux loisirs

- Des difficultés de transports/mobilité relevées comme freins à l’accessibilité.
- Une réflexion en cours au CHI afin de favoriser les sorties de l’hôpital par la participation à des visites culturelles (ouverture vers le monde artistique).
- Existence de partenariats entre les CMP et CATT et les associations locales (exemples : Association O’rizons à Pont Sainte Maxence, ateliers d’écriture hebdomadaire à la médiathèque de Chantilly, exposition des textes et mise en scène des textes pendant les SISM).
- Le dispositif Cultures du cœur n’est pas présent dans l’Oise
- Le programme Culture santé, financé par l’ARS et la DRAC, est présent dans certaines structures du département : La Nouvelle Forge et le CHI.
- Existence d’une Unité sports et loisirs au CHI.
- Manque de sections sport adapté dans les clubs locaux.
- Pratique de séjours adaptés pour les patients du CHI en appui sur des structures locales ou nationales (Alpha Picardie), mais ces dispositifs restent peu connus par les professionnels du territoire.

#### Scolarité / formation / emploi

- Un travail de réflexion et de formation en cours à l’Education nationale en lien avec l’ARS et les Conseils départementaux et régionaux pour permettre et faciliter l’inclusion scolaire. Un besoin de formation des enseignants et des AVS est noté, pour permettre une véritable intégration des élèves.
- Existence de structures spécialisées : UPSR (intersectoriel CHI), ESAT troubles psy (L’Envolée) à Creil de 30 places, ESAT hors les murs (Passage pro) de 30 places.
- Mise en place du Dispositif Emploi Accompagné dans le département, via 3 services prestataires (ESIPA de l’UNAPEI 60 sur le Beauvaisis, Passage pro de la Nouvelle Forge sur le Creillois, le CAFU d’Un autre regard, sur le Compiégnois), en lien avec le CFEA (Collectif France Emploi Accompagné). Une réflexion en cours pour la création d’un référentiel métier accompagnateur Emploi accompagné.
- Un seul centre de pré orientation professionnelle (CPO) dans l’Oise. Ce type de dispositifs, en proximité, manque dans la chaîne des possibilités de l’Oise. Les personnes doivent se rendre hors département avec des temps d’attente important et constitue un frein à l’inclusion.

- Malgré des structures, un constat de freins : des orientations mal faites pour cause de dossiers imprécis ou incomplets, et une difficulté de ces structures à accompagner de manière globale.

#### Accès aux droits

- Un besoin d'échanges avec la Préfecture ressenti par les acteurs de la santé mentale, concernant les critères conduisant à des SDRE, et la mise en œuvre des procédures.

#### Soutien aux aidants

- Existence de séjours de répit pour les aidants et leurs proches, par exemple par l'œuvre Falret
- Néanmoins, manque de prise en compte du rôle des aidants dans la prise en charge. Des aidants souvent invisibles, peu soutenus par les professionnels.

## 8 actions prioritaires

Sous-thèmes	Objectifs	Actions
Accès à / maintien dans le logement	Améliorer l'accompagnement vers / dans le logement des personnes suivies pour troubles psychiques, en coordination avec les autres acteurs de l'accompagnement	5.1. <b>Former les professionnels</b> intervenant auprès de personnes souffrant de troubles psychiques, à l'accompagnement dans et vers le logement
		5.2. Renforcer et prioriser la question du <b>logement dans les CLSM</b> du territoire
Accès à la culture et aux loisirs	Soutenir et améliorer l'accès à la culture et aux loisirs des personnes souffrant de troubles psychiques	5.3. Inscrire l'accès à la <b>culture et aux loisirs dans les CLSM</b> du territoire
		5.4. Faire un état des lieux de l'offre existante en <b>séjours adaptés</b> pour les personnes en situation de handicap psychique, afin de diffuser largement l'information et mener une réflexion sur les besoins
Formation / emploi	Renforcer l'offre départementale en dispositifs d'accompagnement vers et dans l'emploi	5.5. Mettre en place un <b>dispositif de pré-orientation</b> pour les personnes en situation de handicap psychique, souple, individualisé, et répondant à une logique de « Place and train »
Accompagnement vers les droits	Mieux communiquer vers les patients sur leurs droits dans le cadre de soins sous contrainte	5.6. Renforcer les <b>échanges entre l'ARS et la Préfecture</b> afin de garantir les droits des patients et la qualité de la prise en charge pour les soins psychiatriques sous contrainte à la demande du représentant de l'Etat
Soutien aux aidants	Soutenir la place des proches de malades psychiques sur le territoire	5.7. Conduire une réflexion pour une meilleure couverture du territoire en <b>séjours de répit pour les aidants</b>
Empowerment	Renforcer le pouvoir d'agir	5.8. A l'initiative des GEM, accompagner la création d'une <b>association départementale des usagers</b>

**TABEAU 8 : Récapitulatif des actions prioritaires de l'Axe 5**

## Actions complémentaires

- Favoriser l'émergence de structures d'**habitat diffus / intermédiaire / accompagné** sur le territoire
- Développer les possibilités d'**accueil dans les associations culturelles, de loisirs, et sportives** du territoire, en sensibilisant leurs dirigeants à la santé mentale
- Solliciter les EPCI et les municipalités pour obtenir des **conditions d'accès à la culture** avec tarifs préférentiels, dans le cadre de la lutte contre la stigmatisation
- Développer le **Dispositif Emploi Accompagné** et la formation d'accompagnateur dans l'emploi accompagné, en matière de troubles psychiques
- Soutenir la **représentation des usagers** au sein des instances qui les concernent
- Mieux faire connaître la **Convention internationale des Droits des Personnes Handicapés**

## Objectif : Former les professionnels intervenants auprès de personnes souffrant de troubles psychiques à l'accompagnement dans et vers le logement

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Groupe 5</p> <p>Axe du PTSM : 5 promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir lutte la stigmatisation</p>		<p><b>Action n° 5 .1</b></p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>		<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARS</li> </ul>	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acteurs de l'accompagnement ( CD, CLSM, ESMS...)</li> <li>▪ UNAFAM</li> <li>▪ Pair aidants</li> <li>▪ CHI</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- Absence de données chiffrées,
- 30 places de résidence accueil dans l'Oise (lieu unique),
- Nombreuses personnes interpellant en recherche de logement (20 000 personnes tout public en attente logement social)

#### Sorties sans solution de logement du CHI

- Un manque de coordination entre les différents pans de l'accompagnement des personnes suivies pour troubles psychiques, notamment sur la question du logement.
- Un manque d'accompagnement vers et dans le logement des personnes suivies pour troubles psychiques sévères et persistants. Celles-ci connaissent mal les dispositifs d'aide existants en matière de logement.

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombres d'institutions concernées et de professionnels formés

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Designier le personne référente au sein de l'ARS	
2. Constitution du groupe de travail	
3. Elaboration du cahier des charges de la formation	

### Moyens nécessaires identifiés

- Financement de la formation

### Points de vigilance

- A décliner sur tout le territoire de l'Oise

### Groupe de travail citoyen

- Renforcer l'accompagnement lié au logement

## Objectif : Renforcer et prioriser la question du logement dans les CLSM du territoire

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée :</p> <p style="text-align: center;">GROUPE 5</p> <p style="text-align: center;">Axe du PTSM :</p> <p style="text-align: center;">5 promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir lutte la stigmatisation</p>	<p style="text-align: center;">Action n° 5 .2</p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coordinatrices des CLSM</li> </ul>	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CLSM du territoire</li> <li>▪ UHR</li> <li>▪ CD</li> <li>▪ Acteurs du parc privé</li> <li>▪ ADIL</li> <li>▪ Bailleurs sociaux</li> <li>▪ Conférence des financeurs logement</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- Un manque de coordination entre les différents pans de l'accompagnement des personnes suivies pour troubles psychiques, notamment sur la question du logement.
- Un manque d'accompagnement vers et dans le logement des personnes suivies pour troubles psychiques sévères et persistants. Celles-ci connaissent mal les dispositifs d'aide existants en matière de logement.

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombres de réunions d'informations, de formation et de partage de pratique
- Nombres de situations ayant trouvé une solution adaptée

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Sensibiliser les porteurs afin d'étendre à tous les CLSM les groupes de travail sur le logement	
2. Créer le planning des formations et informations	
3. Créer les conditions d'une efficience pour résoudre les situations en difficultés de logement	

### Moyens nécessaires identifiés

- Recherche de financement pour prendre en charge les démarches nécessaires à la résolution du problème de logement ( solvabilité des personnes)
- Travailler avec la conférence des financeurs logement (en cours de création)

### Points de vigilance

- Tenir compte de la réalité territoriale de chaque CLSM
- Etre vigilant aux territoires sans CLSM

### Groupe de travail citoyen

- Alléger les critères d'accessibilité au logement ordinaire pour les personnes en situation de handicap psychique,
- Offrir une palette d'alternative à l'accès au logement,
- Soutenir les projets de mixité résidentielle

## Objectif : Inscrire l'accès à la culture et aux loisirs dans les CLSM du territoire

<b>Groupe dans lequel l'action a été traitée :</b> Groupe 5		<b>Action n° 5 .3</b>
<b>Axe du PTSM : 5 promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir lutte la stigmatisation</b>		
<b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li><li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li><li><input type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li><li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li></ul>	<b>Porteurs :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Coordinatrices des CLSM</li></ul>	<b>Contributeurs :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Partenaires et membres du CLSM</li><li>▪ Services culturels des institutions du territoire</li></ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- Thème absent du diagnostic original
- Nombreuses personnes interpellant sur ce sujet
- Sentiment d'isolement exprimé
- Méconnaissance des possibilités et de l'existant
- Des difficultés de transports/mobilité relevées comme freins à l'accessibilité.
- Une réflexion en cours au CHI afin de favoriser les sorties de l'hôpital par la participation à des visites culturelles (ouverture vers le monde artistique).
- Existence de partenariats entre les CMP et CATPP et les associations locales (exemples : Association O'rizons à Pont Sainte Maxence, ateliers d'écriture hebdomadaire à la médiathèque de Chantilly, exposition des textes et mise en scène des textes pendant les SISM).
- Le dispositif Cultures du cœur n'est pas présent dans l'Oise
- Le programme Culture santé, financé par l'ARS et la DRAC, est présent dans certaines structures du département : La Nouvelle Forge et le CHI.
- Existence d'une Unité sport et loisirs au CHI.
- Manque de sections sport adapté dans les clubs locaux.

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de groupe de travail
- Création des outils
- Nombres de personnes ayant participé à des actions

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Sensibiliser les porteurs afin d'étendre à tous les CLSM la thématique culture	
2. Création de groupes de travail	
3. Proposer les outils permettant l'accès à la culture	

#### Moyens nécessaires identifiés

- Personnel dédié

#### Points de vigilance

- Tenir compte de la réalité territoriale de chaque CLSM
- Etre vigilant aux territoires sans CLSM

**Objectif : Faire un état des lieux de l'offre existante en séjours adaptés pour les personnes en situation de handicap psychique, afin de diffuser largement l'information et mener une réflexion sur les besoins**

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Groupe 5</p> <p>Axe du PTSM : 5 promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir lutte la stigmatisation</p>	<p><b>Action n° 5 .4</b></p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><b>Porteurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direction de l'AUTONOMIE du CD</li> </ul>	<p><b>Contributeurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fédérations des séjours adaptés</li> <li>▪ Structures accompagnant les personnes (CHI, associations, emploi accompagné...)</li> <li>▪ La Direction régionale de l'ETA qui agrée ces séjours</li> </ul>

**Constats du diagnostic auxquels répond l'action**

- Pratique de séjours adaptés pour les patients du CHI en appui sur des structures locales ou nationales (Alpha Picardie), mais ces dispositifs restent peu connus par les professionnels du territoire.

**Indicateurs de suivi / résultats**

- Nombre de partenaires sensibilisés et acteurs
- Création des outils

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Créer un groupe de travail	
2. Recenser l'existant et les besoins	
3. Créer les outils communication	

### Moyens nécessaires identifiés

- A définir en fonction de l'avancement des travaux

### Points de vigilance

- Les réponses doivent être en adéquation avec les besoins exprimés par les personnes

**Objectif : Mettre en place un dispositif de pré-orientation pour les personnes en situation de handicap psychique, souple, individualisé, et répondant à une logique de « Place and train »**

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Groupe 5</p> <p>Axe du PTSM : 5 promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir lutte la stigmatisation</p>	<p><b>Action n° 5 .5</b></p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><b>Porteurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARS</li> <li>▪ DIRECCTE</li> <li>▪ DDCS</li> <li>▪ La Nouvelle Forge : Passage Pro</li> <li>▪ CHI : UPSR</li> <li>▪ Un Autre Regard : CAFAU</li> <li>▪ UNAPEI : ESIPA</li> </ul>	<p><b>Contributeurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Partenaires concernés par l'emploi et la formation du département</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- Pas de centre de pré orientation professionnelle (CPO) dans l'Oise. Ce type de dispositifs, en proximité, manque dans la chaîne des possibilités de l'Oise. Les personnes doivent se rendre hors département avec des temps d'attente important et cela constitue un frein à l'inclusion.
- Malgré des structures, un constat de freins : des orientations mal faites pour cause de dossiers imprécis ou incomplets, et une difficulté de ces structures à accompagner de manière globale.
- Dispositif attendu par les professionnels et les personnes
- S'appuyer sur l'expertise développée via les emplois accompagnés

### Indicateurs de suivi / résultats

- Création du dispositif

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Faire un appel à projet	
2. Créer un ou des dispositifs de pré orientation	

### Moyens nécessaires identifiés

- Financement du dispositif

### Points de vigilance

- Associer les partenaires à la rédaction de l'appel à projet

### Groupe de travail citoyen

- Développer massivement les dispositifs d'emploi accompagné / Positionner un référent au sein de la structure associative et/ou médico-sociale en correspondance avec un référent au sein de l'entreprise
- Favoriser les modalités d'allers-retours entre l'emploi en milieu protégé et milieu ordinaire

**Objectif : Renforcer les échanges entre l'ARS et la Préfecture afin de garantir les droits des patients et la qualité de la prise en charge pour les soins psychiatriques sous contrainte à la demande du représentant de l'Etat**

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée :</p> <p>GROUPE 5</p> <p>Axe du PTSM :</p> <p>5 promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir lutte la stigmatisation</p>	<p><b>Action n° 5 .6</b></p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARS</li> </ul>	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Préfecture</li> <li>▪ CHI</li> <li>▪ Représentants des familles</li> </ul>

**Constats du diagnostic auxquels répond l'action**

Un besoin d'échanges avec la Préfecture ressenti par les acteurs de la santé mentale, concernant les critères conduisant à des SDRE, et la mise en œuvre des procédures.

**Indicateurs de suivi / résultats**

- Dialogue instauré entre le sanitaire, la Préfecture et les représentants des familles

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Positionner l'ARS comme médiateur entre le parcours clinique du patient et les obligations du représentant de l'Etat	
2. Organiser des rencontres	

**Moyens nécessaires identifiés**

- Volonté de dialogue

**Points de vigilance**

- Redonner sa place à l'évaluation clinique dans les échanges et les décisions

## Objectif : Conduire une réflexion pour une meilleure couverture du territoire en séjours de répit pour les aidants

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Groupe 5</p> <p>Axe du PTSM : 5 promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir lutte la stigmatisation</p>	<p>Action n° 5.7</p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CD - Direction de l'Autonomie</li> </ul>	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ UNAFAM</li> <li>▪ associations proposant des répits</li> <li>▪ Associations souhaitant développer des séjours</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- Existence de séjours de répit pour les aidants et leurs proches, par exemple par l'œuvre Falret
- Néanmoins, manque de prise en compte du rôle des aidants dans la prise en charge. Des aidants souvent invisibles, peu soutenus par les professionnels.
- Thème absent du diagnostic
- Nombreuses personnes interpellant sur ce sujet
- **Priorité nationale**

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombres de séjours mis en place

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Groupe de travail à constituer	
2. Recenser l'existant et les besoins	

### Moyens nécessaires identifiés

- Financement via la conférence des financeurs

### Points de vigilance

- Associer tous les partenaires

## Objectif : Accompagner la création d'une association départementale des personnes concernées

Axe 5 du PTSM : promotion des droits, renforcement du pouvoir d'agir, lutte contre la stigmatisation

### Action n°5.8

#### Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF

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

#### Porteurs :

Collège des présidents de GEM  
Et  
Groupe d'usagers citoyen ACT' ESPOIR OISE, en attendant la création de l'association des personnes concernées qui prendra le relais

#### Contributeurs :

- ARS
- UNAFAM
- CHI
- CREHPSY
- ...

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

Dans les suites du travail conduit avec le CHI (déroulé ACT' ESPOIR OISE) et de la dynamique impulsée par le Groupe citoyen au sein du PTSM, le groupe d'usagers citoyen ACT' ESPOIR OISE porte un projet de création d'association départementale des personnes concernées.

Ce projet de création pourrait être accompagné dans le cadre du PTSM afin de lui apporter le soutien institutionnel et les moyens nécessaires pour faire aboutir ce projet innovant, qui permettra de faire progresser la représentation des personnes concernées et leur pouvoir d'agir, au sein des différentes instances et dans leur prise en charge.

Les objectifs de cette association départementale seraient les suivants :

- accompagner les personnes concernées dans leurs démarches et parcours de soin, dans le respect des missions de chaque intervenant public ou associatif
- participer à des actions de sensibilisation et de formation à destination des acteurs du territoire
- assurer la représentation des personnes concernées auprès des autorités publiques
- participer à l'empowerment des personnes concernées, au développement de la pair-aidance sur le territoire, directement et en appui technique aux structures médico-sociales et sanitaires mettant en place ces pratiques

## Indicateurs de suivi / résultats

- Validation fiche action n°5-8
- Poursuite d'ACT' ESPOIR OISE (contrat FIR) jusqu'à la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2021  
Indicateurs de suivi et de résultat : cf. contrat FIR ACT' ESPOIR OISE
- Présentation bilan de l'action pour validation  
Indicateurs de suivi et de résultat : cf. contrat FIR ACT' ESPOIR OISE
- Création de l'association des personnes concernées par le groupe d'usagers citoyen  
Indicateur de suivi et de résultat : dépôt des statuts en préfecture et dépôt de la demande d'agrément de représentation des personnes concernées pour l'association.
- Transfert de l'action FIR ACT' ESPOIR OISE vers l'association des personnes concernées  
Indicateur de suivi et de résultats : contractualisation des actions entre l'association nouvellement créée et ses partenaires
- 1<sup>ère</sup> année d'activité  
Indicateurs de suivi et de résultat :
  - nombre de personnes concernées accompagnées
  - nombre d'actions de formation et de sensibilisation organisées
  - nombre et qualité des sensibilisées et/ou formées
  - supports de communication et d'information créés et nombre de personnes concernées impliquées dans ce travail
  - retour des questionnaires de satisfaction
  - nombre d'actions de pairs-aidants professionnelles réalisées par l'association et nombre de structure sanitaire et sociale accompagnée
  - nombre de personnes concernées accompagnées dans leur parcours de professionnalisation
- Selon évaluation des indicateurs de la première année : constitution d'un contrat territorial d'actions entre l'association et les décideurs et acteurs du territoire
- Objectif général de l'association :
  - Création d'une association des personnes concernées des services d'accompagnement médico sociaux, plus particulièrement ceux relatif au handicap psychique et/ou pouvant accueillir des personnes souffrant de troubles psychiques à l'âge adulte, sur le territoire de l'Oise avec comme objets principaux :
- Objets de l'association :
  - Défense de l'intérêt et des droits des personnes concernées
  - Développement de l'empowerment des personnes concernées sur le territoire dans tous les aspects de leur vie, animation d'une dimension collective à ce mouvement d'empowerment, par l'appui au développement de la participation des personnes concernées, et par tous les moyens nécessaires, notamment l'emploi et le développement et l'appui au développement du travail pair
  - Information et déstigmatisation sur les problématiques amenant à être accompagnés de façon médicosociale, et plus particulièrement vis à vis de la question du handicap psychique à l'âge adulte

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Préfiguration par la mise en œuvre et la prolongation du contrat FIR ACT' ESPOIR OISE	Début réponse à appel à projet conjointe EPSM-travailleur pair consultant  fin : juin 2021
2. Création d'une association des personnes concernées, mise en place du fonctionnement et des actions, à la fois citoyennes et professionnelles	juin 2021-juin 2022
3. Bilan, installation du nouvel acteur dans le passage et élaboration d'un contrat d'action territorial de 4 ans sur des actions concrètes et des objectifs précis et chiffrés, avec possibilité d'avenant	Juin 2022- fin du PTSM

### Moyens nécessaires identifiés

– Pour l'étape 1 :

Prévoir :

- budget pour dédommager les membres du groupe d'usagers citoyen de leurs frais de déplacement
  - budget pour exercer des tests de préfiguration dans des structures médico-sociales et sanitaires partenaires
- Possibilité d'utiliser le FIR et CRISALID comme un cocon pour lancer l'activité.  
Rémunération des actions AEO par les partenaires (les partenaires paieraient CRISALID et l'EPSM, l'établissement encadrant le déroulé des prestations)

– Pour l'étape 2 :

Financement pour 1 année de coordination d'actions du groupe d'usagers AEO, d'un local, et de frais de déplacement et de consommables

– Pour l'étape 3 :

Bilan et construction d'un contrat territorial d'actions sur 4 ans avec les décideurs et le PTSM

### Points de vigilance

- Indépendance d'action
- Bien différencier l'action citoyenne de l'association du développement d'expertise dans la mise en œuvre de politiques de soin ou d'accompagnement au sein des établissements médico-sociaux ou sanitaires du territoire
- Respect par les acteurs de l'existence du groupe AEO, et donc sa cohérence et sa cohésion en évitant les demandes intempestives d'intervention de façon unilatérale

## 8) Axe 6 : Action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale

### Principaux constats du diagnostic pour l'axe 6

- Un certain cloisonnement, un manque d'interconnaissance et de synergie des acteurs autour de la prévention en santé mentale. Un besoin de partage et de coordination sur ces sujets qui mobilisent des acteurs de champs variés.
- Peu d'éléments de diagnostic sur les particularités infra territoriales en matière de santé mentale : un besoin de disposer d'indicateurs, de données auprès de ressources / observatoires.
- Des priorités néanmoins perçue par les acteurs en matière d'action sur les déterminants sociaux et territoriaux de la santé mentale :
  - L'isolement social, facteur d'une mauvaise santé mentale
  - L'accès aux dispositifs existants en santé mentale pour les personnes de langue étrangère
  - La prévention en santé mentale en milieu scolaire, insuffisamment développée sur le département. Un sujet encore trop stigmatisé.

### 4 actions prioritaires

Sous -thèmes	Objectifs	Actions
Lutte contre l'isolement social	Prévenir et réparer les ruptures de lien social	6.1. Mener une réflexion sur les modalités à mettre en œuvre pour rompre <b>l'isolement social</b> des personnes vulnérables sur le plan de la santé mentale
Personnes migrantes	Rendre accessible et compréhensible l'accompagnement à toute personne accompagnée	6.2. Accompagner les <b>personnes étrangères</b> vers le soin et dans <b>soin</b> (accompagner dans la langue)
Prévention en milieu scolaire	Renforcer la prévention en santé mentale en milieu scolaire	6.3. <b>Rendre visible et déstigmatiser la santé mentale</b> comme tout autre objet de prévention (conduites à risque, santé sexuelle, ...) <b>en milieu scolaire</b> , auprès des élèves et des professionnels
Soutien à la parentalité	Soutenir les familles confrontées à un proche porteur de troubles de la santé mentale	6.4. Mettre en place un <b>dispositif pour informer et accompagner les familles</b> au moment de <b>l'entrée dans le parcours</b> de soins

**TABLEAU 9: Récapitulatif des actions prioritaires de l'Axe 6**

### Action complémentaire

Intégrer les **dispositifs de réussite éducative** présents sur le département au sein des CLSM

## Objectif : Prévenir, repérer et réparer les ruptures de lien social

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gt 6</p> <p>Axe du PTSM : AXE 6 – ACTION SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, TERRITORIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTE MENTALE</p>	<p><b>Action n° 6.1</b></p> <p>Mener une réflexion sur les modalités à mettre en œuvre pour rompre l'isolement social des personnes vulnérables sur le plan de la santé mentale (notamment en matière de mobilité / prévention)</p> <p>A articuler avec le projet de mise en place d'une MDA</p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><u>Porteur.s :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nouvelle Forge (Pôle sanitaire)</li> <li>▪ CHI</li> <li>▪ PEP Grand Oise</li> </ul>	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les Maires</li> <li>▪ Les CCAS</li> <li>▪ Les CSR</li> <li>▪ Education Nationale</li> <li>▪ Conseil départemental</li> <li>▪ Acteurs territoriaux</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- L'isolement social est un facteur d'aggravation des risques suicidaires. Un certain nombre de ces personnes échappent aux radars existants. Favoriser le repérage en renforçant les partenariats avec des acteurs y compris hors champs du soin et de l'accompagnement.

### Indicateurs de suivi / résultats

- Evolution du nombre de personnes hospitalisées pour TS sans être au préalable prises en charge par le réseau de soin et d'accompagnement du territoire.

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Recenser les actions existantes développées sur les territoires visant à assurer un lien social.	
2. Repérer les personnes en situation d'isolement. Comment détecter les « invisibles » ? Quel repérage ?	
3. Informer/communiquer : faire du lien entre les acteurs (actions/dispositifs) du territoire et les personnes en situation d'isolement social. Elaborer un outil composé d'indicateurs (problématique - public - territoire - acteurs) permettant la mise en lien.	

### Moyens nécessaires identifiés

- Création d'un numéro vert d'alerte, « voisins solidaires » (développement de la vigilance et de l'aide).
- La formule « visite régulière du facteur » de La Poste.
- Identifier la population à risque. Repérer par le réseau prévention et repérage précoce. Développement du partenariat.
- Sensibilisation des maires lors de la journée des maires (Association des maires de l'Oise). Réaliser un travail sur l'acceptation de la différence et engager une réflexion sur le niveau d'inquiétude (le curseur).
- S'appuyer sur les acteurs locaux : CSR, CCAS, ...
- Mettre en place un dispositif de repérage de premier secours en santé mentale et ou s'adresser (formation).

### Points de vigilance

- Il serait sans doute pertinent de commencer par une expérimentation sur un territoire (CLSM) et de réaliser un bilan.

### Groupe de travail citoyen

- Promouvoir davantage l'action des GEM
- Renforcer les moyens humains et financiers des GEM

## Objectif : Rendre accessible et compréhensible l'accompagnement à toute personne accompagnée

Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gt 6

Axe du PTSM : AXE 6 – ACTION SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, TERRITORIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTE MENTALE

### Action n° 6.2

Accompagner les **personnes étrangères** vers le soin et dans le **soin** (accompagner dans la langue), notamment dans le bassin creillois

#### Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF

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

#### Porteur.s :

- Nouvelle Forge
- CHI
- PEEP Grand Oise
- SEMNA (Secteur Educatif Mineur Non Accompagné)

#### Contributeurs :

- Education Nationale
- Conseil départemental

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- Manque d'outils de traduction pour une prise en soin dans la langue.
- Il apparaît que la traduction du soin dans la langue favorise la réassurance de la personne accompagnée et par prolongement l'efficience.

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de personnes suivies pour lesquelles il existe une barrière de la langue.
- Nombre de personnes ayant pu bénéficier d'une traduction dans la langue maternelle à un moment de sa prise en charge.
- Nombre de professionnels et de dispositifs mobilisés dans cette action.

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Tester et expérimenter le travail de tiers dans l'accompagnement. Traduction et prise en charge dans la langue.	
2. Mutualiser les compétences et outils sur un territoire (réseau).	

### Moyens nécessaires identifiés

- Un annuaire actualisé des partenaires et des professionnels inscrits dans la démarche et parlant différentes langues.
- Etudier le financement par l'ARS de ce service complémentaire de l'annuaire départemental.

- Elaboration d'un guide des « attentes envers le traducteur ».

### Points de vigilance

- Difficulté de mutualisation des moyens et prendre en compte la limite des moyens de chaque institution.
- Faire attention à la place du traducteur en tant qu'interprète et pas comme juste traducteur.

### Groupe de travail citoyen

- Faciliter l'aller vers des populations d'origine étrangère

## Objectif : Renforcer la prévention en santé mentale en milieu scolaire

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gt 6</p> <p>Axe du PTSM : AXE 6 – ACTION SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, TERRITORIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTE MENTALE</p>		<p><b>Action n° 6.3</b>  <b>Rendre visible et dé-stigmatiser la santé mentale</b> comme tout autre objet de prévention (conduites à risque, santé sexuelle, ...) <b>en milieu scolaire</b>, auprès des élèves et des professionnels          A articuler avec la mise en place de la Maison des Ados.</p>
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><u>Porteur.s :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Education Nationale</li> <li>▪ Nouvelle forge</li> <li>▪ CHI</li> <li>▪ PEP Grand Oise</li> </ul>	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conseil départemental</li> <li>▪ Associations de parents</li> <li>▪ Associations de malades</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- Prise de conscience d'une méconnaissance de la santé mentale entraînant des représentations négatives et parfois même de la crainte.
- Dé-stigmatiser et prévenir.

### Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de rencontres et d'actions entre les acteurs de la santé mentale et l'Education Nationale.

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Formation des professionnels de l'Education Nationale sur la santé mentale, mais également auprès de personnes relais.</p> <p><u>Mettre en place des actions auprès des élèves :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Développer des actions favorisant le renforcement des compétences psychosociales (veiller à prendre en compte l'âge des élèves). Par exemple proposer un travail sur les émotions. Apprendre à les reconnaître, à les gérer et à les exprimer (lien entre la tête et le corps).</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibilisation en collège sur les risques suicidaires, les comportements et les conduites à risque (les addictions, la prostitution, trouble du spectre autistique, trouble alimentaire, la psychose, ...).</li> <li>▪ Informer les publics lycéens sur les troubles psychiques par l'intervention de binômes Professionnel/Pairs aidants. Associer les GEM</li> </ul> <p>Conduire des actions de sensibilisation dans les universités et les IFSI.</p>	
<p>2. Encourager les actions facilitant l'accueil et l'inclusion d'enfant porteur de handicap tel que l'autisme. Travailler l'acceptation de la différence avec et entre les élèves.</p>	

### Moyens nécessaires identifiés

- Investissement concret des acteurs de la santé mentale et de l'EN dans un partenariat.

### Points de vigilance

- Nécessité de préciser le calendrier.
- Compte tenu de la forte potentialité d'actions envisageables, un ciblage des actions s'impose.
- Expérimenter localement par exemple sur le secteur d'un CLSM pour prioriser les actions et vérifier la pertinence.

### Groupe de travail citoyen

- Promouvoir l'inclusion dès le plus jeune âge

## Objectif : Soutenir les familles confrontées à un proche porteur de troubles psychiques

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée : Gt 6</p> <p>Axe du PTSM : AXE 6 – ACTION SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, TERRITORIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTE MENTALE</p>	<p><b>Action n° 6.4</b> Mettre en place un <b>dispositif pour informer et accompagner les familles</b> au moment de l'<b>entrée dans le parcours</b> de soin</p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>	<p><u>Porteur.s :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nouvelle Forge</li> <li>▪ CHI</li> <li>▪ PEP Grand Oise</li> </ul>	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ UNAFAM pour la réalisation de l'enquête auprès des familles</li> <li>▪ Professionnels libéraux</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

La question de l'accompagnement des parents dans la problématique du soin psychique ou psychiatrique et de la difficulté à obtenir des réponses. Une méconnaissance des dispositifs existants et des modes d'entrée dans ces dispositifs par les familles et parfois par certains professionnels libéraux.

### Indicateurs de suivi / résultats

- Mise en œuvre du dispositif

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Réaliser une enquête auprès des familles afin de connaître leurs difficultés rencontrées dans le parcours de soin.	
2. Créer un livret d'accueil et d'accompagnement des familles (recommandation de bonnes pratiques). Optimiser la lisibilité de la coordination. Dispositif d'accompagnement des différentes perspectives. Accompagner, vulgariser le parcours, rendre compréhensible le parcours. Aider dans les choix qui se présentent. Identifier les intervenants...	
3. Fédérer un réseau de libéraux.	

### Moyens nécessaires identifiés

- Elaborer un diagnostic.
- Rédaction d'un livret d'accueil et d'accompagnement.
- Nécessité de mobiliser des moyens RH.

### Points de vigilance

- L'action repose sur une mobilisation de moyens RH et non seulement sur l'engagement personnel de certains professionnels.

## Objectif : Intégrer les dispositifs de réussite éducative présents sur le département au sein des CLSM

<p>Groupe dans lequel l'action a été traitée :</p> <p><b>Axe du PTSM : AXE 6 – ACTION SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, TERRITORIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTE MENTALE</b></p>		<p><b>Action n° 6.5 (complémentaire)</b></p> <p>Intégrer les dispositifs de réussite éducative présents sur le département au sein des CLSM</p>	
<p><b>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS HdF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Repérer et prendre en charge précocement le risque suicidaire</li> <li><input type="checkbox"/> Développer les prises en charge ambulatoires en adaptant l'offre</li> <li><input type="checkbox"/> Coordonner les démarches de soin et d'accompagnement social et médico-social</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Assurer la prise en charge des enfants et des adolescents</li> <li><input type="checkbox"/> Promouvoir l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité</li> </ul>		<p><u>Porteur.s :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CLSM</li> </ul>	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Communes</li> <li>▪ Etablissements scolaires</li> </ul>

### Constats du diagnostic auxquels répond l'action

- Les dispositifs de réussite éducative (RE) ont souvent un axe fort autour de la santé mentale des enfants et adolescents accompagnés (point écoute, rendez-vous avec un psychologue, prise en compte du mal-être des enfants et des adolescents...).
- Ces dispositifs sont des outils de prévention avec la possibilité d'un repérage précoce par l'école et une prise en compte rapide en proximité pour les secteurs où existent ces dispositifs de réussite éducative.
- Au regard de l'intérêt des dispositifs de réussite éducative pour les questions de santé globale des enfants et des jeunes, il semble important de les associer là où existent les CLSM.

### Indicateurs de suivi / résultats

- Recensement des dispositifs de réussite éducative.
- Mise en lien de ces dispositifs avec les CLSM quand cela couvrent un même territoire.
- Déclinaison d'actions communes RE et CLSM.

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1.	
2.	
3.	

### Moyens nécessaires identifiés

- Mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'Education Nationale et de la commune et du secteur sanitaire, médico-social et associatif autour des actions qui pourraient être déployées par le biais des dispositifs de RE.

## 9) Contribution complémentaire de l'UNAFAM

L'UNAFAM OISE a été interpellée et alertée par des familles concernées par les notifications de la MDPH orientant leurs enfants vers les IME.

Elles sont très inquiètes de ne pas trouver, en première lecture, dans les fiches-actions du PTSM d'éléments pouvant améliorer leurs situations. La mise en œuvre de la « Réponse Accompagnée pour tous » ne semble pas permettre d'amélioration notable.

De nombreux enfants sur liste d'attente ne peuvent accéder à un IME et ont, de ce fait, des pertes de chance importantes.

Les membres de la CDAPH confirment que des notifications d'orientation correspondant aux besoins des enfants sont faites bien qu'il n'y ait pas ou très peu d'intégration possible dans des délais raisonnables.

En conséquence, les solutions palliatives proposées aux familles peuvent être inadaptées par rapport aux besoins des enfants et aux souhaits des familles.

Nous demandons qu'un point de situation soit fait et partagé. Il semble que le territoire du Noyonnais soit particulièrement démuné.

Nous souhaitons pouvoir avoir connaissance des besoins. Combien-y-a-t-il de notifications de la MDPH qui ne peuvent pas aboutir ? A quel moment l'outil « Via trajectoire » tant attendu permettra-t-il des projections au service des projets de vie des enfants ?

Même si nous ne raisonnons plus en termes de « place », certains enfants ont besoin de construire un projet de vie qui inclue le recours à un établissement de type « IME ». Les familles ne peuvent pas, en ce moment, construire un projet de vie satisfaisant avec leur enfant.

Nous souhaitons que la collaboration créée par « la Convention Partenariale » signée entre, l'ARS, La MDPH, le CD, Le Rectorat de l'académie d'Amiens, la PJJ, et l'UNAFAM dans le cadre de la RAPT s'intensifie et apporte de réelles avancées dans ce domaine. Un travail d'approfondissement entre ces partenaires doit être stimulé pour apporter des réponses satisfaisantes aux besoins des enfants et au choix de vie des familles.

Claudine KARINTHI  
Présidente-Déléguée  
UNAFAM OISE

## 10) La prise en compte de la crise sanitaire et de son impact en matière de santé mentale

La crise de la COVID, qui a touché le département de l'Oise de plein fouet dès fin février 2020, a concerné tous les secteurs de la santé. Grâce à une très forte mobilisation, les acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie dans le département ont dû se réorganiser dans l'urgence pour s'adapter aux caractéristiques de cette crise sanitaire hors norme, d'ampleur inédite, et continuer à répondre au mieux aux besoins des patients et des familles dans un contexte de forte pression.

Cette mobilisation a mené à de nombreuses initiatives innovantes et significatives, au sein des structures et dans la coordination entre les acteurs au niveau des territoires, sur lesquelles il est apparu important de pouvoir capitaliser. Le Délégué ministériel à la Santé mentale et la Psychiatrie, Frank BELLIVIER, a ainsi invité dès mai 2020 à identifier les initiatives particulièrement intéressantes et à les inscrire dans les PTSM en vue de les intensifier et de les pérenniser, en lien avec la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie ».

Ce travail de **retour d'expériences** a été conduit dans l'Oise le **16 octobre 2020** au cours d'une 1<sup>ère</sup> réunion des principaux acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie ayant œuvré dans la gestion de la crise sanitaire (CHI, Nouvelle Forge, les pilotes des groupes de travail du PTSM, les coordinatrices des CLSM et CLS, le CREHPSY, la DDCS, l'URPS des Médecins libéraux), avec l'appui du Réseau Santé Qualité Risques des Hauts-de-France afin de bénéficier d'un soutien méthodologique et d'une capacité de prise de recul et d'élaboration sur le vécu des acteurs.

Cette réunion a permis de faire un 1<sup>er</sup> travail de recensement (non exhaustif) des actions conduites dans l'Oise, et synthétisées ci-dessous dans le TABLEAU 10 élaboré à partir du *Rapport d'analyse RETEX en santé mentale et psychiatrie*, élaboré par l'ANAP en août 2020.

<b>Thématiques</b> (Sur la base du rapport d'analyse RETEX en santé mentale et psychiatrie, élaboré par l'ANAP / Août 2020)	<b>Actions significatives identifiées dans l'Oise</b>
<b>Organisation des structures</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CHI : ouverture de 2 unités COVID, dans le secteur sanitaire et le médico-social (unités pour patients suivis en psychiatrie ayant des comorbidités associés nécessitant une prise en charge somatique renforcée).</li> <li>Maintenir une PEC psychiatrique en même temps que les soins COVID.</li> <li>Personnel en nombre suffisant, volontaire, avec du temps pour l'écoute : une vraie qualité de soins, orientée sur le rétablissement.</li> <li>- La Nouvelle Forge : mise en place d'équipes mobiles sur tous les infra-territoires (amenant une évolution des pratiques professionnelles : se décentrer des besoins de l'utilisateur et prendre en compte son environnement).</li> <li>- CHI : déclenchement du plan blanc très tôt (24/02) et pilotage en cellule de crise / communication institutionnelle soutenue et permanente / soutien CUMP / adaptation du parcours de soins en 3 niveaux / adaptation de l'activité en ambulatoire (suivi par téléphone).</li> <li>- Hébergement spécialisé pour les personnes sans domicile à Margny-les-Compiègne (Collia / Samu social). Reprise des liens et projet d'insertion, résolution des difficultés individuelles.</li> <li>- APSJO : organisation des modalités d'intervention pour maintenir au mieux les missions de protection des biens et des personnes protégées.</li> </ul>
<b>Maintien du lien et du soin</b> (Pour les personnes, les familles, les aidants)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CMP de Chantilly : rédaction d'une trame d'aide au soutien téléphonique infirmier pour les patients du CMP-CATTP.</li> <li>- UNAFAM : capacité à faire tiers entre les familles et les institutions (expliquer, soutenir, rassurer).</li> </ul>
<b>Interventions à domicile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La Nouvelle Forge : mise en place d'une cellule d'écoute téléphonique pouvant déboucher sur des VAD pour les personnes qui en avaient besoin.</li> </ul>
<b>Supports technologiques / usage du numérique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CHI : télémédecine (développement des téléconsultations).</li> <li>- GEM le Renouveau à Clermont : mise en place d'une chaîne de solidarité et d'entraide téléphonique pilotée par un « ambassadeur » (appels journaliers pour maintenir le lien et accompagner dans les difficultés).</li> <li>- CHI : entretiens téléphoniques avec les familles et les usagers par les psychologues de l'UAU</li> <li>Intersecteur du Couple et de la Famille de Chantilly : entretiens téléphoniques et téléconsultations grâce au logiciel PREDICE.</li> <li>- PMI de Senlis/Pont-Ste-Maxence/Chantilly : dans le cadre du dépistage de la</li> </ul>

	<p>dépression du post-partum après une sortie de la maternité au bout de 2 jours, questionnaire effectué par les sages-femmes au téléphone avec un codage qui permet d'orienter les mères en souffrance psychique vers l'association Maman blues ou le CMP de référence.</p> <p>- La Nouvelle Forge : mise en place d'une cellule d'appui téléphonique (7-20h tous les jours), relayée par VAD en cas de besoin. Soutien téléphonique et présence physique (nouveau dans l'Oise). Création de jeux whatsapp pour occuper les enfants et maintenir le lien.</p> <p>- CREHPSY : mise en place d'un soutien psychologique pour les professionnels de santé (depuis le 12/10/20)</p>
<b>Accès aux soins somatiques</b>	- CHI : télémédecine (développement des téléconsultations).
<b>Soutien aux professionnels</b>	- CHI : soutien aux professionnels de santé (consultations de psychotraumatologies pour les soignants).
<b>Education thérapeutique</b>	- CHI : développement de la psychoéducation et de l'ETP en présentiel et à distance.
<b>Autres</b>	<p>- CHI : CATTP à la maison (œuvre collective à partir de propositions d'activité déposée à domicile et de consignes à distance).</p> <p>- GEM le Renouveau à Clermont : réalisation de mandalas, de jouets en bois et de témoignages écrits pour les soignants et leurs enfants, ainsi que les résidents de l'EHPAD du CHG de Clermont.</p> <p>- CHI – unité de préparation et de suivi de la réinsertion : écriture d'un journal du confinement par les personnes accompagnées et l'équipe de l'UPSR.</p>

**TABLEAU 10 : Recensement des actions conduites dans l'Oise dans le cadre d'une analyse RETEX en santé mentale et psychiatrie**

Légende des couleurs :

- En gris : les actions identifiées dans le document national ANAP.
- En orange : les actions remontées par écrit par les acteurs de l'Oise  
(CLSM de Clermont / CLSM du Val de la Nonette / UPSR-CHI / APSJO – personnes protégées)

Cette 1<sup>ère</sup> réunion de RETEX a permis de partager un vécu et un ressenti des acteurs face à cette crise sanitaire hors norme, d'échanger sur les difficultés rencontrées, les points de vigilance à avoir en vue du prolongement de la crise sanitaire et de nouvelles mesures de reconfinement qui pourraient être prises (notamment sur le maintien des activités indispensables des structures de soutien et une check-list des besoins à domicile pour la protection des personnes vulnérables), et d'identifier les points d'appui positifs qui avaient émergé au cours de cette gestion de crise.

Les participants ont ainsi présenté les actions menées dans leur structure, identifié les bonnes pratiques et témoigné d'expérience de solidarité, qui ont permis de « tenir le coup » et d'envisager positivement une évolution des pratiques professionnelles. La crise a en effet révélé de nouvelles aptitudes, des capacités d'adaptation et d'agilité, d'imagination et de simplification face à des situations inédites d'urgence, qui ont permis de travailler autrement, de maintenir un accompagnement des usagers et des familles, et de développer de nouvelles modalités de coopération entre les institutions.

Deux actions ont semblé tout particulièrement significatives, devant amener à de nouveaux développements dans le cadre du PTSM :

- Pérenniser les expériences **d'équipes mobiles** permettant d'effectuer des **visites à domicile** et éviter la dégradation des situations ;
- Mettre en place des **actions de soutien psychologique des « soignants »**, dans un sens large (équipes du social, médico-social et du sanitaire engagées dans la gestion de crise).

Il est donc convenu de poursuivre ce travail de retour d'expérience et de réflexion sur les effets de la crise sanitaire. D'autres temps de réunion seront proposés dans le cadre de la déclinaison du Contrat Territorial de Santé Mentale afin de partager les expériences et poursuivre la prise de recul et le renforcement des collaborations inter-structures.

De plus, la crise se prolongeant et comportant d'importantes conséquences sociales et économiques, il apparaît de plus en plus clairement qu'elle a également des conséquences psychologiques très importantes et de nouveaux besoins d'écoute et de prise en charge émergent :

- Dans la population générale, pour qui les mesures de restriction de liberté (confinement, couvre-feu, port du masque, distanciation sociale, interdictions de rassemblement, télétravail...) et la peur de la contamination, ont majoré les symptômes dépressifs, anxieux, les risques de passage à l'acte (tentatives de suicide) ou les addictions.

- Pour les personnes qui ont développé des formes graves de la maladie, qui ont vécu des hospitalisations longues et lourdes, avec des séquelles importantes et des parcours de rétablissement qui vont durer longtemps ;

- Pour les personnes qui ont perdu des proches pendant cette période, sans pouvoir les accompagner jusqu'au bout et pouvoir les enterrer avec l'appui des rituels funéraires, sociaux, familiaux ;

- Parmi les personnels des hôpitaux et des EHPAD qui ont été les premières lignes de la gestion de crise et qui ont vécu des épisodes traumatiques à répétition, pour lesquels des risques de syndrome de stress post-traumatiques sont particulièrement pointés.

Les acteurs du PTSM de l'Oise marquent par conséquent leur volonté de prolonger leur réflexion **sur l'impact psychologique de la crise COVID** et de travailler au **développement d'actions** qui seront à définir, pour l'écoute, le soutien et la prise en charge de la détresse psychologique.

## Conclusion

L'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale de l'Oise s'est déroulée sur une période d'un peu plus de deux années.

Elle a favorisé un important travail partenarial, qui a permis aux acteurs de l'Oise d'origines professionnelles très diverses d'apprendre à mieux se connaître, voire même de se découvrir, pour créer des passerelles et mieux travailler ensemble.

Elle a permis également d'ouvrir de nouveaux espaces de dialogue avec les usagers et les familles, qui sont appelés à connaître des développements dans la mise en œuvre du PTSM.

Ce document, soumis à la validation du Directeur général de l'ARS Hauts-de-France, porte l'ambition d'approfondir la mobilisation collective en vue de construire des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans ruptures, sur le territoire de l'Oise.

A travers la voix de son Chef de projet et des membres du Groupe projet, les acteurs du territoire expriment leur satisfaction et leur fierté de voir aboutir ce projet, et indiquent leur volonté de poursuivre ce travail en le déclinant sous la forme du Contrat Territorial de Santé Mentale et en le faisant vivre collectivement dans l'Oise durant ces cinq prochaines années.

## Annexes

- Glossaire
- Liste des tableaux et figures
- Diagnostic territorial réalisé par la F2RSM (Juin 2018)
- Note de cadrage stratégique du PTSM de l'Oise, rédigée par la Nouvelle Forge (Juin 2019)
- Feuille de route du PTSM de l'Oise, rédigée par le cabinet ACSANTIS (Février 2020)
- Synthèses des propositions du Groupe citoyen rédigées par le CREHPSY (27/04/20 et 04/12/20)

## Glossaire

### A

---

- **ADARS** : Association Départementale d'Accueil et de Réinsertion Sociale
- **ADIL** : Agence Nationale pour l'Information sur le Logement
- **ADSEAO** : Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfance à l'Adulte de l'Oise
- **AFGSU** : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence
- **AGEFIPH** : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
- **AIG** : Activité d'Intérêt Général
- **ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance
- **ANESM** : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- **ANPAA** : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **AS** : Aide- Soignant
- **AVS** : Auxiliaire de Vie Scolaire

### C

---

- **CAFAU** : Centre d'Accompagnement et de Formation à l'Activité Utile
- **CATTP** : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- **CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale
- **CCPN** : Communauté de Communes du Pays Noyonnais
- **CCPV** : Communauté de Communes de Picardie Verte
- **CD60** : Conseil départemental de l'Oise
- **CDAPH** : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
- **CDCA** : Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie
- **CFEA** : Collectif France Emploi Accompagné
- **CHB** : Centre Hospitalier de Beauvais
- **CHI** : Centre Hospitalier Isarien
- **CLS** : Contrat Local de Santé
- **CLSM** : Conseil Local de Santé Mentale
- **CMP** : Centres Médico Psychologiques
- **COPEPPI** : COordination pour le Prévention et l'Education du Patient en Picardie
- **COFIL** : Comité de Pilotage
- **COTECH** : Comité Technique
- **CPF** : Compte Personnel de Formation
- **CPO** : Centre de pré-orientation professionnelle
- **CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- **CRA** : Centre Ressources Autisme
- **CREAI** : Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

- **CREHPSY** : Centre de ressources spécialisé dans le champ du handicap psychique
- **CRH** : Compte-Rendu d'Hospitalisation
- **CSR** : Centre Social Rural
- **CTS** : Conseil Territorial de Santé
- **CTSM** : Commission Territoriale en Santé Mentale
- **CTSM** : Contrat Territorial de Santé Mentale

## D \_\_\_\_\_

- **DAC** : Dispositif d'Appui à la Coordination
- **DDCS** : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
- **DEA** : Dispositifs d'Emploi Accompagné
- **DP2I** : Dossier Patient Informatisé Interopérable
- **DRAC** : Direction régionale des affaires culturelles

## E \_\_\_\_\_

- **ECG** : Electrocardiogramme
- **EHPAD** : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- **EMPP** : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
- **EN** : Education Nationale
- **EPCI** : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
- **ESAT** : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
- **ESMS** : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux
- **ETP** : Education Thérapeutique du Patient

## F \_\_\_\_\_

- **F2RSM** : Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale
- **FAM** : Foyer d'Accueil Médicalisé
- **FIPH** : Fonds pour l'Insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
- **FIR** : Fonds d'Intervention Régionale

## G \_\_\_\_\_

- **GEM** : Groupe d'Entraide Mutuelle
- **Gp** : Groupe
- **GT** : Groupe de travail

## H \_\_\_\_\_

- **HdF** : Hauts-de-France

## I

---

- **IAD** : Intervention A Domicile
- **IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat
- **IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers
- **IJ** : Infanto-Juvenile
- **IME** : Institut médico-éducatif
- **IPA** : Infirmière en Pratiques Avancées

## M

---

- **MAIA** : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
- **MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée
- **MCO** : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
- **MDA** : Maisons Des Adolescents
- **MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- **MDS** : Maisons Départementales des Solidarités
- **MIG** : Missions d'Intérêt Général
- **MS** : Médico-Social
- **MSA** : Mutualité Sociale Agricole
- **MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelles

## O

---

- **OPCO** : Opérateurs de compétences

## P

---

- **P3A** : Proximité Autonomie de l'Avancée en Âge
- **PASS psy** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé en milieu Psychiatrique
- **PCO** : Plateforme de Coordination et d'Orientation
- **PCPE** : Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées
- **PH** : Personnes Handicapées
- **PJJ** : Protection Judiciaire de la Jeunesse
- **PMI** : Protection Maternelle et Infantile
- **PRS** : Projet Régionale de Santé
- **PSL** : Personnels de Santé Libéraux
- **PSSM** : Premiers Soins de Secours en Santé Mentale
- **PTA** : Plateformes Territoriales d'Appui
- **PTSM** : Projet Territorial de Santé Mentale

## R \_\_\_\_\_

- **RAPT** : Réponse Accompagnée Pour Tous

## S \_\_\_\_\_

- **SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
- **SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente
- **SATO** : Service d'Aide aux TOxicomanes
- **SAU** : Service d'Accueil et de traitement des Urgences
- **SAVS** : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale
- **SDF** : Sans Domicile Fixe
- **SDRE** : Les Soins sans consentement sur Décision d'un Représentant de l'Etat
- **SEMNA** : Secteur Educatif Mineur Non Accompagné
- **SISM** : Semaines d'Information sur la Santé Mentale

## T \_\_\_\_\_

- **TISF** : Technicien / Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale
- **TS** : Tentative de Suicide
- **TSA** : Trouble du Spectre de l'Autisme

## U \_\_\_\_\_

- **UAS** : Unités d'Accompagnement et de Soutien
- **UAU** : Unité Accueil et Urgences
- **UHR** : Unité d'Hébergement Renforcé
- **UNAFAM** : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.
- **UNAPEI** : Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis
- **UPSR** : Unité de Préparation et Suivi de la Réinsertion
- **URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux

## V \_\_\_\_\_

- **VAD** : Visite A Domicile

# Liste des Tableaux et Figures

## Figures

- Figure 1.....11
- Figure 2.....12

## Tableaux

- Tableau 1.....21
- Tableau 2.....23
- Tableau 3.....25
- Tableau 4.....27
- Tableau 5.....41
- Tableau 6.....56
- Tableau 7.....66
- Tableau 8.....77
- Tableau 9 .....94
- Tableau 10.....108